

T.C
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ANJİYOĞRAFI UYGULANACAK
HASTALARIN ALGILADIKLARI STRES
DURUMLARI VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Nur KADAYIF

Enstitü Ana Bilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hande CENGİZ AÇIL

NİSAN-2024

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ANJİYOĞRAFI UYGULANACAK
HASTALARIN ALGILADIKLARI STRES
DURUMLARI VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Nur KADAYIF

Enstitü Ana Bilim Dalı: Hemşirelik

Bu tez 30/04/2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği/ Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınarak hazırlanmıştır. Söz konusu olan tezin kendi çalışmam olduğunu, en başından sonuna kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını belirtirim. Tez içeriğindeki tüm bilgilerin etik kurallar içerisinde elde ettiğimi ve tez çalışması haricindeki bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine belirttiğimi, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici hiçbir davranışımın olmadığını beyan ederim.

30/04/2024

Ayşe Nur KADAYIF

TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlarken, her aşamada bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, çıkan zorluklar karşısında beni yüreklendiren, öğrencisi olmaktan her zaman mutluluk ve gurur duyacağım sevgili danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hande CENGİZ AÇIL' a, meslek bilgisi ve tecrübesiyle ilham aldığım, yoluma ışık olan Prof. Dr. Dilek AYGİN' e, her zaman olduğu gibi bu konuda da bana destek olan sevgili arkadaşım Merve AKTAŞ'a ve sevgili kuzenim Özden YALIM'a, tüm kaygılarımı dinleyen, bana hep moral veren, hayattaki en büyük destekçilerim, canım kardeşim Ömer Arslan AYDIN'a ve canım ablam Hatice AYDIN ÖKTEN'e, her zaman iyiliğimi düşünen, beni yetiştirip büyütüp, bu günlere gelmemi sağlayan babam Erkan AYDIN'a ve annem Nurcan AYDIN'a, yoğun çalışmalarımın dolayısı beni anlayan ve bana her şekilde yardımcı olan, bu önemli süreçte ve hayat yolculuğunda her anımda elimden tutan, destek olan canım eşim, hayat arkadaşım Erdem KADAYIF' a, en içten dileklerle teşekkür ederim.

Ayşe Nur KADAYIF

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar.....	vi
ÖZET.....	vii
SUMMARY.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KORONER ARTER HASTALIĞI.....	3
2.1.1 Koroner Arter Hastalığının Tanımı.....	3
2.1.2 Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi.....	4
2.1.3. Koroner Arter Hastalığının Etyolojisi.....	4
2.1.4. Koroner Arter Hastalığının Patofizyolojisi.....	5
2.1.5. Koroner Arter Hastalığının Tanı Yöntemleri.....	6
2.2. KORONER ANJİYOGRafi.....	7
2.2.1 Koroner Anjiyografi Tanımı.....	7
2.2.2. Koroner Anjiyografi Endikasyonları.....	8
2.2.3 Koroner Anjiyografisinin Kontraendeksiyonları.....	12
2.3.4 Koroner Anjiyografi Uygulanması.....	13
2.3.5. Koroner Anjiyografi Komplikasyonları.....	14
2.3.6. Koroner Anjiyografide Hemşirelik Uygulamaları.....	15
2.3.6.1. Koroner anjiyografi öncesi hemşirelik uygulamaları.....	15
2.3.6.2 Koroner anjiyografi sırası hemşirelik uygulamaları.....	15
2.3.6.3. Koroner anjiyografi sonrası hemşirelik uygulamaları.....	16
2.3.6.4 Taburculuk eğitimi.....	17

2.3. Anksiyete.....	17
2.3.1. Anksiyete Tanımı.....	17
2.3.2 Anksiyete Türleri ve Etkileri.....	18
2.4. Koroner Anjiyografi ve Anksiyete.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	21
3.2. Araştırma Soruları.....	21
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri.....	22
3.5.2. Örneklemden Dışlama Kriterleri.....	22
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	23
3.6.2 Ölçekler.....	23
3.6.2.1. Algılanan stres ölçeği.....	23
3.6.2.2. Durumluk-süreklilik kaygı ölçeği.....	23
3.6.3. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKÇA	53
EKLER.....	62
ÖZGEÇMİŞ.....	74

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKO: Ekokardiyografi

GİS: Gastrointestinal Sistem

MI: Miyokard Enfarktüsü

KABG: Koroner Arter By-pass Greft

KAG: Koroner Anjiyografi

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

KKY: Konjektif Kalp Yetmezliği

KYB: Koroner Yoğun Bakım

PİG: Perkütan İnvaziv Girişim

PKG: Perkütan Koroner Girişim

TABLÖLAR

Tablo 1. Demografik Özelliklerin İncelenmesi.....	27
Tablo 2. Tanılara Dair Özelliklerin İncelenmesi.....	29
Tablo 3. Anjiyo Durumlarına Dair Özelliklerin İncelenmesi.....	31
Tablo 4. Ölçekler ve Boyutlara Dair Tanımlayıcı İstatistikleri.....	32
Tablo 5. Ölçekler İle Demografik Özelliklerin İlişkisinin İncelenmesi.....	33
Tablo 6. Ölçekler İle Tanıya Dair Özelliklerin İlişkisinin İncelenmesi.....	37
Tablo 7. Ölçekler İle Anjiyo Durumlarına Dair Özelliklerin İlişkisinin İncelenmesi..	40
Tablo 8. Ölçek ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi.....	43

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Dünya çapında koroner arter hastalıklarının artması sonucu koroner anjiyografi yapılan hasta sayısındaki artışta kaçınılmaz olmaktadır. Bu nedenle koroner anjiyografi (KAG) uygulanacak hastaların algıladıkları stres durumları ve kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla bu çalışma planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmanın evreni, bir eğitim ve araştırma hastanesinin koroner yoğun bakım üniteleri oluşturdu. Örneklemi ise araştırma kriterlerine uyan 144 hasta oluşturdu. Araştırmada hastalara "Kişisel Bilgi Formu" ve "Durumluk ve Süreklik Kaygı Ölçeği" ve "Algılanan Stres Ölçeği" uygulandı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması $54,31 \pm 12,50$ idi. Hastaların %63,2'si erkek, 36,8'i kadındı. %27,8'i lise mezunu, %57,6' sının gelir seviyesi düşüktü. Araştırmaya katılanların %79,2'si evli olup %33,3'ü emekli idi. Katılımcıların %45,8'i sigara kullanmaktaydı. Araştırmada katılımcıların %30,6'sı tanısını bilmemekte olup %64,6'sının başka ek hastalığı vardı. Hastaların %58,3'ü tanı amaçlı KAG olmakla birlikte anjiyo olacağı bölgeyi bilenler %61,8 idi. KAG' nin kasıktan yapılacağını bilenler %48,3 iken koldan yapılacağını bilenler ise %51,7' dir. Tanıyı bilmeyenlerde durumluk kaygı ölçek puanı bilenlere göre daha yüksek iken KAG nedeni kontrol olanlarda durumluk kaygı ölçek puanı girişimsel olanlara göre daha yüksekti. Ayrıca kasıktan anjiyo yapılanlarda algılanan stres ölçek ve algılanan stres alt boyut puanları koldan anjiyo yapılanlara göre daha yüksek olarak bulundu.

SONUÇ: Hastalık ve koroner anjiyografi hakkında hasta açısından bilinmezlikler, sağlığın sürdürülmesinde hastaların kendisini yetersiz hissetmesi ve stres durumlarını etkilemektedir. Ayrıca anjiyo yapılan bölgenin de kaygı düzeylerini etkilediği saptanmış olup KAG öncesi bakım, KAG sonrası bakımı da etkilemektedir. Bu sonuçlar hastaların kaygı düzeyini etkileyen faktörlerin bilinmesinin önemini bir kez daha vurgulamış, hemşirelerin bu doğrultuda hastalara girişim uygulaması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Algılanan stres, hemşirelik bakımı, kaygı düzeyi, koroner anjiyografi, koroner arter hastalığı



SUMMARY

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: As a result of the increase in coronary artery diseases worldwide, the increase in the number of patients undergoing coronary angiography is inevitable. Therefore, this study was planned to determine the perceived stress and anxiety levels of patients who will undergo coronary angiography (CAG).

MATERIALS AND METHODS: The population of the research was the coronary intensive care units of a training and research hospital. The sample consisted of 144 patients who met the research criteria. In the research, "Personal Information Form", "State and Trait Anxiety Scale" and "Perceived Stress Scale" were applied to the patients.

RESULTS: The average age of the patients was 54.31 ± 12.50 . 63.2% of the patients were male and 36.8 were female. 27.8% were high school graduates, and 57.6% had low income levels. 79.2% of the participants in the study were married and 33.3% were retired. 45.8% of the participants were smokers. In the study, 30.6% of the participants did not know their diagnosis and 64.6% had other comorbidities. Although 58.3% of the patients had CAG for diagnostic purposes, those who knew the area where angiography would be performed were 61.8%. Those who know that CAG will be performed in the groin is 48.3%, while those who know that it will be performed in the arm are 51.7%. While the state anxiety scale score was higher in those who did not know the diagnosis than in those who knew, the state anxiety scale score in those with control CAG was higher than in those who had intervention. Additionally, perceived stress scale and perceived stress subscale scores were found to be higher in those who underwent groin angiography than in those who underwent arm angiography.

CONCLUSION: Uncertainty about the disease and coronary angiography affects patients' feelings of inadequacy and stress in maintaining their health. In addition, it has been determined that the area where angiography is performed also affects anxiety

levels, and pre-CAG care also affects post-CAG care. These results once again emphasize the importance of knowing the factors affecting the anxiety level of patients and show that nurses should intervene in patients accordingly.

Keywords: Perceived stress, nursing care, anxiety level, coronary angiography, coronary artery disease



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Koroner arterler kalbi besleyen ana damarlardır. Bu damarların daralması veya tıkanması sonucunda kalp yeterince beslenemez ve görevini tam olarak yerine getiremez. Bu duruma koroner arter hastalığı (KAH) adı verilir (Koplay ve Erol 2013).

Günümüzde koroner arter hastalığı (KAH), gelişmiş toplumlarda en önemli morbidite sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin; Amerika Birleşik Devletlerinin yetişkin nüfusunu kapsayan ölümlerin %42'si bu nedenledir. Ülkemize bakıldığında, “Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” çalışmasına göre bir yıl içerisinde 400 ile 420 bin yeni vakaya KAH tanısı konulmakta ve 340 bin yetişkin yine bir yıl içerisinde hayatını kaybettiği belirtilmektedir (Yel ve Ünsar 2020).

Hastalığın tanı ve teşhisinde kullanılan araç ve testler; ekokardiyografi, kardiyak enzimlerin kandaki değeri, elektrokardiyografi, kardiyak manyetik rezonans görüntüleme, miyokard perfüzyon sintigrafisi, bilgisayarlı tomografi, efor testi ve koroner anjiyografidir. Damardan kontrast madde verilerek bir röntgen cihazı yardımı ile damarların görüntülenmesi işlemine anjiyografi olarak tanımlanmaktadır. Koroner anjiyografi; femoral, brakial veya radial arterin kateterizasyonu sağlanarak, fluoroskopi eşliğinde kontrast madde verilmesi ile koroner arterlerin görüntülenmesi olarak tanımlanmaktadır (Koplay ve Erol 2013).

Türk Kardiyoloji Derneğine göre koroner anjiyografi, tanı yöntemleri içinde en kesin sonuç veren yöntemdir. Bir başka kaynakta ise koroner anjiyografi, birey ve toplumun sağlığı açısından önemli bir yer barındıran koroner arter hastalığının tanısını koymada klinik olarak altın standart olarak kabul edilmektedir (Türker ve Bedük 2021).

Öte yandan anksiyete, bilinmezlik korkusu, kötü bir durum olacakmış endişesi ile beraber hissedilen bir bunaltı duygusudur. Tanımsal açıdan ise sıkıntı ve üzüntü hissi anlamına gelmektedir. Anksiyete; hafif, orta, şiddetli, panik düzeylerde olabilmektedir. Bununla birlikte sürekli anksiyete ve durumluk anksiyetesi olarak da görülmektedir. Sürekli anksiyete, kişilerin bulunduğu durumu normal dahi olsa stresli olarak algılaması ile oluşan kaygıdır. Durumluk anksiyetesi, bireyin var olan stresli bir durumla ilgili kişisel hissettiği korkular olup tehlike arz etmez. Tehlike yaratan durum ortadan kalkınca anksiyete de ortadan kalkar. Hastaneye yatış, vücut bütünlüğünde bozulma bu duruma örnek olarak verilebilir (Kaya 2019).

Koroner anjiyografi uygulanan bireyler işlemle ilgili bilginin yetersiz olması, girişimsel bir işlem olması, hayatı tehdit edebilecek yeni tanı konma olasılığı ve işlem ile ilişkili komplikasyon gelişme riski gibi nedenlerden dolayı anksiyete yaşayabilmektedirler. Ayrıca girişim yapılan bölgede basınçlı pansuman ve kum torbasının varlığı girişim bölgesinde ağrıya neden olabilmektedir. Tüm bunlara ek olarak işlem sonrası 4-6 saat hareketsiz yatma zorunluluğu ayrıca stres kaynağı olabilmektedir (Vizeli 2010). Buradan yola çıkılarak, bu çalışma koroner anjiyografi uygulanacak hastaların algıladıkları stres durumları ve kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla planlandı.

GENEL BİLGİLER

2.1. KORONER ARTER HASTALIĞI

2.1.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı

Kalbin kas tabakası, yani miyokarda, kan akışını sağlayan damarlara koroner arter adı verilir. Koroner arterlerde herhangi bir sebeple meydana gelen daralma veya tıkanıklıklara koroner arter hastalıkları denir (Mahmood 2009).

Koroner arter hastalıklarında, koroner kan akımı bozulduğu için miyokardın beslenmesi yeterli bir şekilde sağlanamaz (Sevinç 2016). Yeterli oksijenlenemeyen kalp kası bu durumu anjina pectoris ile belli eder. Koroner arter hastalığı, çoğunlukla plak birikimi ile koroner arterlerin daralması ve/veya sertleşmesi sonucunda sinsice oluşan ve gelişen aterosklerozdan kaynaklanır. Semptom vermesi çok uzun yıllar sürebilir ve semptom verdiğinde genellikle hastalık ilerlemiş olmaktadır (Mahmood 2009). Hastalığın ortaya çıkması anjina pectoris, kalp yetmezliği, akut koroner sendrom, kalp ritim-iletim bozuklukları ve ani ölüm gibi durumların yaşanması ile eş zamanlı olabilmektedir (Sevinç 2016).

Koroner arter hastalığı gelişmiş ülkelerde ölüm ve sakatlık nedenleri arasında önemli bir yere sahiptir. Ölüm oranı son yıllarda azalma göstermesine rağmen, yine de 35 yaş ve üzeri ölüm nedenlerinin üçte birini kapsamaktadır (Sanchis-Gomar, Perez-Quilis, Leischik ve Lucia 2016).

Araştırmalar koroner arter hastalığına, hipertansiyon, stres, sigara kullanımı, obezite, diyabet, hareketsiz yaşam tarzı, diyabet, aile öyküsü ve genetik gibi faktörler neden olduğunu göstermiştir (Mahmood 2009).

2.1.2. Koroner Arter Hastalığı Epidemiyolojisi

Dünyanın en büyük hastalık yükünü bulaşıcı olmayan hastalıklar oluşturmaktadır. Tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklar sınıfında 2019 WHO verilerine göre yaklaşık 33,3 milyon insan hayatını kaybetmiştir. Bu ölümler 17,9 milyon ile kardiyovasküler sistem hastalıkları ile ilk sırada yer almaktadır (Kanser; 9,3 milyon, kronik solunum yolu hastalıkları; 4,1 milyon, diyabet; 2,0 milyon). Kardiyovasküler hastalıkların %85 gibi büyük bir oranı, miyokart enfarktüsü ve inme sebepli ölümlerdir (WHO 2023).

Ülkemiz 2019 yılı ölüm istatistikleri verileri incelendiğinde, 435 bin 941 kişinin hayatını kaybettiği görülmüştür. Bu ölümlerin sebepleri incelendiğinde en yüksek hastalık yükünü ise %36,8 oranı ile dolaşım sistemi kaynaklı hastalıklar oluşturmuştur. Dolaşım sistemi hastalıklarının neden olduğu ölümlerin en çoğunu ise %39,1 oranı ile iskemik kalp hastalığı oluşturmaktadır. Ayrıca serebro-vasküler hastalık ve diğer nedeni olan hastalıkları ayırtırdığımızda; kardiyovasküler hastalıklar toplam %72,7'lik bir oranı kaplamaktadır (TÜİK 2023).

2.1.3. Koroner Arter Hastalığı Etiyolojisi

Koroner arter hastalığı, birçok bilimsel çalışma yapılan bir hastalıktır. Çalışmalar arasında 1948'de yapılan Framingham Kalp Çalışması kronik kalp hastalıklarına neden olan faktörlerini özetleyen ve bu hastalıkların önlenmesi için önemli bilgiler veren bir çalışmadır. Framingham Kalp Çalışması asemptomatik 5127 kişi ile yapılmış ve bu konuda dönüm noktası olmuştur (Mahmood, Levy, Vasan ve Wang 2014).

Koroner arter hastalığı genetik, çevresel, davranışsal ve fizyolojik faktörlerin birleşmesi ile oluşmaktadır. Bu faktörler Dünya Sağlık Teşkilatının belirttiği gibi, değiştirilebilir ve değiştirilemeyen faktörler olarak ayrılmaktadır (WHO 2023).

Koroner Arter Hastalığında Değiştirilebilen Risk Faktörleri

- Tütün Kullanımı
- Alkol Kullanımı
- Sedanter Yaşam
- Sağlıksız Beslenme
- Obezite
- Diyabet
- Hipertansiyon
- Stres

Koroner Arter Hastalığında Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

- Aile
- Irk
- Cinsiyet
- Yaş (Hajar 2017, WHO 2023)

2.1.4. Koroner Arter Hastalığı Patofizyolojisi

Koroner Arter Hastalığı klinik olarak aterosklerozdan kaynaklanır. Endotel ile düz kas hücreleri ve trombositler ile lökositlerin etkileşimi aterosklerozun patofizyolojisini oluşturur. Lipit birikimi, iltihabi ve hücresele atıklar, kalsiyum plakları oluşturarak ateroskleroza neden olur. Bunun sonucunda yeniden vasküler yapılandırma gerçekleşir, lümen tıkanıklığı oluşur, kan akışı anormalleşir ve miyokardiyuma oksijen tedariği azalır (Mahmood 2009, Sevinç 2016).

Oksijen talebinin artması; kalp atımının hızlanması, sol ventrikül kasılması, katekolamin artması gibi fizyolojik süreçleri doğurabilir. Karşılanamayan oksijen ise koroner spazm ile kendini gösterir. Vücudun talep ettiği oksijen ile karşılanan oksijen arasındaki dengesizlik miyokard iskemisini oluşturur. EKG de ST segment değişikliği olabilir, gerçekleşen tüm olaylar kendini anjina pectoris olarak gösterir (Mahmood 2009).

2.1.5. Koroner Arter Hastalığı Tanı Yöntemleri

Koroner arter hastalığının birçok tanı yöntemi bulunmaktadır. Bazı testler aracılığı ile hastalığın varlığı anlaşılabilirdi gibi, tanıyı netleştirmek ve tedavi planını belirlemek mümkündür (Sevinç 2016).

En öncelikli ve önemli tanı aracı anamnezdır. Hasta öyküsü ve belirtilerin tipik ifadesi KAH tanısı konulmasında büyük ölçüde olanak sağlamaktadır (Abacı 2011, Knuuti 2019). Anamnez alınırken ağrı tarifleyen hastada odaklanılacak şey, ağrının yeri, ağrının nasıl hissettirdiği (baskıcı, boğucu, daraltıcı), ne kadar sürdüğü, eforla artıp artmadığı, hastanın ne ile rahatladığı soruları olmalıdır (Durusoy, Yıldırım ve Altun 2010, Abacı 2011). Sosyodemografik özellikleri ve ek hastalıkları tanı koymaya yardımcı olur. Fiziksel muayene de oskulte edilerek kalp seslerinin dinlemesi ile tanı hakkında bir fikir oluşturabilir (Yıldırım 2022).

Koroner arter hastalığının non-invaziv testleri;

Kan Testleri; Anamnez ve hasta şikâyeti değerlendirildikten sonra, hastalık şüphesi olan kişilerden bazı kan testleri istenilir. Bunlar, hemogram, böbrek fonksiyon testleri, kolesterol düzeyi, açlık kan şekeri, glikolize hemoglobin (HbA1c) değeri ve özellikle miyokard hasarını gösteren troponin değeridir (Yıldırım 2022, Durusoy ve ark 2010, Abacı 2011).

EKG (elektrokardiyografi); Anjina şüphesi olan her hastaya çekilmelidir, ağrı varlığında iskemiye bağlı EKG değişikliği görülebilir. Test iskemiden etkilenen koroner arterler hakkında bilgi verebilir (Yıldırım 2022, Durusoy ve ark 2010, Knuuti 2019).

Ekokardiyografi (EKO); Kalbin yapısı, çalışması ve fonksiyonelliği hakkında bilgi veren fiziksel bir muayene aracıdır (Yıldırım 2022, Durusoy ve ark 2010). İskemik miyokard hasarını gösterebilir, ejeksiyon fraksiyonu ölçer. Göğüs ağrısının birçok nedeni olabileceği için ekokardiyografi göğüs ağrısının diğer nedenlerini dışlamaya yardımcı olur (Knuuti 2019).

Stres testi, efor testi, holter EKG, transözefageal ekokardiyografi, sintigrafi, diğer görüntüleme araçlarındandır. Bu tanı yöntemleri sayesinde koroner arter hastalığının varlığı hakkında birçok bilgiye sahip olunabilmektedir. Anamnez, fiziksel muayene, EKG ve laboratuvar testleri ile risk faktörleri belirlenen hastaların, koroner arter hastalığı olma olasılığına göre bu testlerin gerekliliği belirlenmelidir. Örneğin KAH varlığı yüksek olan hastalara efor testi gibi testleri yaptırılması çok gerekli değildir. Bunun sebebi testlerin sonucunun negatif olması koroner arter hastalığı tanısının dışlanamamasıdır (Abacı 2011).

2.2. KORONER ANJİYOGRAFI

2.2.1. Koroner Anjiyografi Tanımı

Koroner anjiyografi, koroner arterlerin anatomisini görüntülemek, varsa lümen tıkanıklığını görmek ve derecesini tanımlamak amacı ile yapılmaktadır. Ayrıca tıkanıklığın ne çeşit olduğunu (trombüs, aterom, diseksiyon vb.) saptamak için de yapılmaktadır (Scanlon et al 1999).

Koroner anjiyografi genellikle arterlerin incelendiği kontrast madde kullanılarak görüntü elde edilmesi yoluyla gerçekleştirilir. KAG’ de kullanılan arterler, femoral, radial, brakial, aksillar arterlerdir (Demir ve Arslantaş 2016, Pamuk Cebeci ve Veremci 2022).

Koroner anjiyografi riskleri az olan bir invaziv yöntemdir. Hem koroner damardaki darlıkları tanılamada (KAG), hem de kan akışını bozan bir damar varlığında o darlığın balon ile açılıp tedavi etme/miyokard perfüzyonunu sağlama imkânı veren bir işlemdir (Demir ve Arslantaş 2016). KAG sık kullanılan ve en güvenilir tanı testi olarak geçmektedir (Nikfarjam 2020).

Gün geçtikçe teknolojik anlamda gelişimini arttıran koroner anjiyografini kökeni 1079 yılına dayanmaktadır. Yüksek çözünürlük ve anlamlı görüntüleme sayesinde koroner arterlerin tamamının görüntülenebilmesi, günümüzde koroner anjiyografinin gözde bir yöntem haline gelmesini sağlamıştır (Niu 2020).

Koroner arter hastalıklarının bir dalı olan ve ölüm riskli en fazla olan ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) başta olmak üzere, reperfüzyon tedavisinde, (Şahinkuş 2020) tanı koyulması ve tedavi stratejisini belirlenmesi için primer perkütan girişim önerilir (Demir ve Arslantaş 2016). Perkütan Koroner Girişim (PKG) mortaliteyi ve komplikasyonları özellikle acil durumlarda önemli ölçüde azaltmaktadır (Şahinkuş 2020).

2.2.2. Koroner Anjiyografi Endikasyonları

Amerikan Kalp Derneği (AHA) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) koroner anjiyografi ile ilgili ortak yayınladığı kılavuzda endikasyonları Sınıf I, II, III şeklinde sınıflandırmaktadır.

- Sınıf I: Prosedürün faydalı ve etkili olduğuna dair kanıtların ve/veya genel mutabakatın olduğu durumlar.
- Sınıf II: İşlemi gerçekleştirmenin yararlılığı/etkinliği konusunda tutarsız kanıtların ve/veya fikir ayrılığının olduğu durumlar.
 - Sınıf IIa: Kanıtların/görüşlerin ağırlığı yararlılık/etkinlik yönündedir.
 - Sınıf IIb: Yararlılık/etkinlik, kanıt/görüşlerle tam kanıtlanamamıştır.
- Sınıf III: Prosedürün faydalı/etkili olmadığına ve hatta bazen zararlı olabileceğine dair kanıtların olduğu ve/veya genel mutabakatın olduğu durumlar.

➤ Kararlı anginası olan veya asemptomatik olgular

- Medikal tedaviye olmasına karşın kronik kararlı anginası olan hastalar (CCS (Kanada Kalp Damar Derneği) sınıf III ve IV)
- Non-invaziv testlerde yüksek risk kriterleri çıkan hastalar (Angina şiddetinden bağımsız)
- Ani kalp ölümü gerçekleşen veya ciddi ventrikül aritmilerinden sonra hayata dönen hastalar
- Konjestif kalp yetersizliğine dair semptom ve bulgularını gösteren ve bununla beraber anginasını varolan hastalar
- KAH açısından klinik özelliği ciddi yüksek olasılıklı olan hastalar

- Ciddi sol ventrikül disfonksiyonu ($EF < \%45$), anginası olan (CCS sınıf I ya da II), non-invaziv testlerde düşük riskli (yüksek risk kriterlerine göre) çıkan hastalar.
 - Non invaziv testlerden sonra yeterli prognostik bilgi sağlanamayan hastalar.
 - Non- invaziv testlerde yüksek riskten daha düşük riske sahip olan, CCS sınıf I ya da II anginası olan, LV fonksiyonu stabil ($EF > \%45$) hastalar
 - Medikal tedavi ile CCS sınıf I veya II' ye düzelmiş, sınıf III ya da IV anginası olan hastalar,
 - CCS sınıf I ya da II anginası olan ancak yeterli medikal tedaviye rağmen tolerans oluşmayan hastalar (Scanlon et al 1999, TKD 2005).
- Atipik anjinası olan hastalar,
- Non-invaziv testlerde yüksek riskli bulguları olan hastalar
 - Göğüs ağrısı sebebiyle hastaneye sık yatma ve anormal olan ancak yüksek risk kriterleri sayılmayan bulguları olan hastalar
- Kararsız angina veya ST yükselmesiz Miyokard Enfarktüsü olan hastalar
- Yeterli medikal tedavi almış ama semptom ve iskemik bulguları tekrarlayan hastalar.
 - Yüksek veya orta risk barındıran olgular.
 - Başlangıçta düşük risk görülen ancak non-invaziv testlerde yüksek riskli çıkan hastalar.
 - Başta medikal tedavi ile düzelmiş, orta ve yüksek risk içeren hastalar.
 - Prinzmetal varyant angina şüphesi olan hastalar.
 - Başlangıçta düşük risk grubunda olan ve non-invaziv test sonuçlarına göre yüksek riskli olmayan olgular (Scanlon et al 1999, TKD 2005).

➤ Revaskularizasyon sonrası iskemi olan hastalar

- Perkütan invaziv girişim sonrası akut tıkanma veya subakut tıkanma şüphesi,
- PİG sonrası ilk 9 ay içinde non-invaziv testlerde yüksek riskli olan veya tekrarlayıcı semptomu
- Koroner arter by-pass greft (KABG) cerrahisi sonrası 12. ayı içinde tekrarlayıcı semptomatik iskemi
- Postoperatif herhangi bir dönemde non-invaziv yüksek risk bir ölçüt bulunması
- Revaskularizasyon sonrası medikal tedavinin yetersiz gelmesi.
- PİG sonrası asemptomatik olan fakat yüksek risk sayılmayan anormal non-invaziv testler ile, ilk bir ay içinde restenozdan şüphe duyulan hastalar
- İşlem sonrasında 1 yılı geçmiş hastalarda, non invaziv testlerde yüksek riskli olmayan, tekrarlayıcı angina
- Asemptomatik olan ama seri non-invaziv testlerde yüksek risk kriteri taşıyan postoperatif bypass hastalar (Scanlon et al 1999, TKD 2005).

➤ Akut Mİ hastane tedavi süresince Koroner Anjiyografi

- Spontan veya minimal egzersizle provoke edilen iskemi.
- Mİ mekanik komplikasyonlarının (kas/duvar rüptürü vb.) kesin tedavisi öncesi.
- Devam eden hemodinamik instabilite.
- Mİ mekanizmasında trombotik oklüzyon dışında farklı bir mekanizma şüphesi (emboli, spazm, metabolik veya hematolojik hastalık vb).
- $LVEF \leq \%40$, başarılı yeniden canlandırma ile yaşayan, malign aritmisi olan hastalar.
- Akut faz boyunca klinik kalp yetmezliği olan ancak ventrikül fonksiyonu olan ($EF > \%40$) korunmuş hastalar.
- Revaskularizasyon düşünülen fakat arterin total tıkalı olduğu düşünülen olgular.

- Sol ana koroner ya da 3 damar hastalığı düşünölen fakat diğör risk kriterleri içermeyen hastalar.
- Akut iskemi gelişmeksizin aritmi gelişmesi (Scanlon et al 1999, TKD 2005).

➤ Cerrahi girişim öncesi (kalp dışı) KAG

- Bilinen veya şüphelenilen KAH olan hastalar
- Non-invaziv testlerde yüksek riskli çıkan hastalar
- Medikal tedavi yanıtı olmayan angina.
- Yüksek-orta risk kalp dışı cerrahi işlem yapılacak olan ancak kararsız anjinası olan hastalar.
- Yüksek cerrahi risk kriter olan hastalarda yine yüksek klinik risk içeren olgular.
- Vasküler cerrahi planlanan, çok sayıda orta derecede klinik risk içeren hastalar.
- Non-invaziv testlerde iskemi bulunan ama yüksek risk kriteri olmayan hastalar.
- Akut Mİ iyileşme döneminde olan olgularda acil kalp dışı cerrahi.
- Perioperatif Mİ.
- Minör cerrahi planlanan hastalar ve CCS Sınıf III-IV anginası olan hastalar (Scanlon et al 1999, TKD 2005).

➤ Kalp kapak hastalığı varlığında hastalar

- Cerrahi öncesi, göğüs ağrısı olan ve/veya non invaziv testlerde iskemisi bulunan hastalar.
- Erişkin olup, göğüs ağrısı olmamasına rağmen KAH için sayıca çok risk faktörü olanlar.
- İnfektif endokarditli olgular (kanıta dayalı koroner embolizasyonu olan)
- Mitral/aort kapak valvotomi veya cerrahi öncesi sol kalp kateterizasyonu yapılan olgular ancak KAH için risk faktörü olmayan hastalar (Scanlon et al 1999, TKD 2005).

➤ Konjestif kalp yetersizliği

- Bölgesel duvar hareket bozukluğu, geri dönüşlü iskemi gösterilen sistolik disfonksiyonlu olan ya da her ikisinde olan hastalar.
- Kalp transplantasyon işlemi öncesi.
- MI sonrası ikincil olarak gelişen KKY.
- Yapılan testlere rağmen sebebi bulunamayan sistolik disfonksiyon.
- İskemi kaynaklı kalp yetersizliği atakları geçiren hastalar (Scanlon et al 1999, TKD 2005).

➤ Diğer durumlar

- Aorta kaynaklı hastalıklarda, koroner arter tutulumu olduğu bilinen veya yaygınlığının araştırılması gereken olgular.
- Medikal tedaviyle geçmeyen anjina varolan, hipertrofik kardiyomiyopatili olgular.
- Kalp cerrahisi planlanan hipertrofik kardiyomiyopati.
- Kalple ilgili cerrahi işlem planlanan, yüksek riskli KAH içerikli olgular.
- Kalp transplantasyon donörü. Olan ancak KAH için yüksek risk barındıran hastalar.
- Kawasaki Hastalığı olanlar (KAH risk profili yüksek olan)
- Aort anevrizması ya da diseksiyon cerrahisi yapılması planlanan hastalar.
- Yeni göğüs travmalı hastalar. (Akut MI şüphesi olan) (Scanlon et al 1999, TKD 2005).

2.2.3. Koroner Anjiyografinin Kontrendikasyonları

- Akut böbrek yetmezliği
- Diyabete bağlı kronik böbrek yetmezliği
- Aktif GİS kanaması
- Enfeksiyon kaynaklı açıklanamayan ateş
- Tedavi edilmeyen aktif enfeksiyon

- Akut felç
- Şiddetli anemi
- Şiddetli kontrolsüz hipertansiyon
- Elektrolit dengesizliğinin şiddetli olması
- Hastada kooperasyon eksikliği
- Yaşamı önemli ölçüde kısaltan, ciddi eşlik eden hastalık
- Hastanın PTCA, CABG gibi kesin tedaviyi reddetmesi,
- Dijital zehirlenmesi
- Kontrast maddeye karşı belgelenmiş anafilaktik reaksiyon
- Damar erişimini kısıtlayan şiddetli perifer damar hastalığı
- Dekompanse KY ya da akut pulmoner ödem
- Şiddetli koagülopati
- Aort kapak endokarditi (Scanlon et al 1999, Tok Özen ve Şenol Çelik 2010).

2.2.4. Koroner Anjiyografinin Uygulanması

Koroner Anjiyografi için perkütan girişim yoluyla uygun bir artere girilir. Arter tespit edilir ve tek/çift iğne tekniği ile arter kan akışı görülür. Devamında kılavuz tel ilerletilerek iğne çekilir ve kılıf yerleştirilir. Görüntüleme yapıldıktan ve işlem bittikten sonra kılıf çıkarılır. Kanama ve komplikasyonların önlenmesi açısından kompresyon uygulanır (Mavili ve Şenol 2015).

Bu işlem için en çok femoral, brakial, radial, aksiller ve popliteal girişim bölgeleri kullanılır. Femoral bölgedeki arter çapının büyük olması avantaj sağlamaktadır. Radial bölgedeki arter girişimi kısa sürede mobilize olma imkânı verir ve hastalar radial bölgeden işlem yapılacağını öğrendiklerinde rahatladıklarını ifade ederler. Radial arter “Allen Testi” ile tespit edilir. Hastadan elini yumruk yapması istenilir. Bu pozisyonda ulnar ve radial arter komprese edilir. Yumruğun açılması istenilir ve elin normal rengine 10 saniye içerisinde dönmesi beklenilir. 10 saniye içerisinde dönerse ulnar kollateral yeterli anlamına gelir. En sık komplikasyon, özellikle femoral girişimde, giriş yeri hematomudur (Mavili ve Şenol 2015).

2.2.5. Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları

Koroner anjiyografi, KAH tanı/tedavisinde oldukça sık kullanılır. Deneyimli hekim ve ekip tarafından uygulanan KA işleminin, morbidite ve mortalite oranı düşüktür. Ancak bu işlemin bazı komplikasyonları olabilmektedir.

- Koroner arterlerde tekrar daralma ve/veya tıkanma
- Aort diseksiyonu
- Emboli
- Kardiyovasküler perforasyon
- Arterio-venöz fistül
- Psödoanevrizma
- Vazovagal reaksiyonlar
- Retroperitoneal (karnın arka tarafındaki organlar) hematom
- Kalp iletim bozuklukları
- Kontrast madde alerjisi ve nefropatisi
- Kanama
- Arteriyel diseksiyon
- Enfeksiyon
- Vasküler spazm
- Ölüm
- Periferik vasküler sorunlar (Pamuk Cebeci ve Veremci 2022, TKD 2007).

2.2.6. Koroner Anjiyografide Hemşirelik Uygulamaları

2.2.6.1. Koroner anjiyografi öncesi hemşirelik uygulamaları

KAG öncesinde hemşirenin sorumlulukları;

- Hasta anamnezi sonrası bilgi eksikliği varsa hemşirelik müdahaleleri planlanır ve hastanın emasyonel durumu değerlendirilir.
- Hastanın kullandığı ilaçlar kontrol edilir. İşlem öncesi riskli ilaçlar verilmez ve hekime danışılır. Gerekğinde laboratuvar testleri yenilenebilir.

- İşlem öncesi bölgenin tıraşı sağlanır, mümkünse banyo yaptırılır. Bu kateter yerinden kaynaklanması yüksek ihtimal olan enfeksiyonların önlenmesi için önemlidir.
- Hastanın damar yoluna bakılır, kontrol edilip açıklığı sağlanır, EKG'si çekilir, işlem için önlük giymesi sağlanır.
- Onamlar kontrol edilir. Hastanın alerjisinin olup olmadığı sorgulanır.
- Hastanın yaşamsal belirtilerine bakılır. İşlem öncesi perifer damar atımlarına bakılır, not edilir. Hastanın takibinin yapılması işlem sonrası takip ile karşılaştırıldığında olası sorunların erken dönemde fark edilmesi bakımından önemlidir.
- Hastanın takıları ve çıkarılabilir protezi varsa çıkarılır.
- Kaygıyı azaltmak amaçlı varsa hekimin istemi ile işlem öncesi sedasyon uygulanır (TKD 2007).

2.2.6.2. Koroner anjiyografi sırası hemşirelik uygulamaları

Koroner anjiyografi işlemi sırasında; hasta sürekli hemşire tarafından izlenmelidir ve olabilecek acil durumlarda kullanılacak ilaç ve malzemeleri hazırda ve yakında bulundurmalıdır. Hasta bireylere, anjiyografinin rahatsız edebilecek bir işlem olduğunu ancak fazla ağrıya sebep olmayacağı konusunda bilgi verilmelidir. İşlem sırasında ciddi aritmiler gerçekleşme ihtimali yüksektir ve radyoopak madde alerjisi de gelişebilir. Bu gibi durumlar göz önüne alınmalıdır, işlem bitinceye kadar hasta izlenmeli ve acil müdahale önlemleri alınmalıdır (TKD 2007).

Bakım sürecindeki takip edilmesi parametreler:

- Hastanın onam belgesi kontrolü, alerji bilgileri, laboratuvar sonuçları, ilaç kullanımı gibi hasta dosyasına dâhil edilmesi gereken bilgilerin kontrolü,
- Hastanın yaşamsal bulguların değerlendirilmesi,
- Acil duruma karşı hazırlıklı olunması (acil arabası vb.),
- Damar yolunun aktif olması ve yedeğinin bulunması,

- Oksijen desteği sağlamak gerekebileceği için nazal kanül veya oksijen maskesi bulundurulması,
- Enfeksiyonu önlenmesini sağlamak için, kardiyak kateterizasyon laboratuvarının değerlendirilmesi,
- Uygulama alanının (femoral veya radial) temizlenmesi ve cilde yapışan steril bir hasta örtüsü ile kaplanmasının sağlanması,
- Enfeksiyon kontrolü ve radyasyon güvenliği konusunda sağlık çalışanlarının gerekli önlemleri sağlamaya çalışması,
- “Time Out” protokolünün gerçekleştirilmesi,
- Ekip üyelerini tanıtılması ve görevlerinin açıklanması,
- İşlem süresince hastanın yaşamsal belirtilerinin, yapılan tüm uygulamaların ve işlem alanının kaydedildiğinden emin olunmalıdır (TKD 2007).

2.2.6.3. Koroner anjiyografi sonrası hemşirelik uygulamaları

Bu süreçteki amaç, anjiyografi sonrasında gelişebilecek komplikasyonları önlemektir. Hemşirenin sorumlulukları aşağıda sıralanmıştır.

- Koroner anjiyografi biriminden alınan hastanın yaşamsal bulguları kayıt altına alınır ve devamlı izlenilir.
- Kanama ve hematom açısından işlem yeri takip edilir ve katater çekildikten sonra kum torbası ile desteklenmelidir. Hastanın periferik nabızı kontrol edilir.
- Bu süreçte hastanın gereksinimleri yatağından kaldırılmadan karşılanmalıdır.
- Anjiyografi işlemi esnasında uygulanan opak maddenin atılımı için sıvı takviyesi yapılır (klinik durum uygunsa).
- Hastada gelişebilecek alerjik reaksiyonlar ya da ritim bozuklukları gözlemlenir, hareket kısıtlaması sonucu oluşabilecek komplikasyonlar takip edilir.
- Hasta önerilen zamanda beslenmeli ve mobilizasyonu sağlanmalıdır (TKD 2007).

2.2.6.4. Taburculuk eğitimi

Taburcu olduktan sonra, hastaya işlem yapılan alanını izleme, insizyon alanına bakım sağlama, olası komplikasyonları tanıma hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca hasta hangi durumlar karşısında sağlık kurumuna gitmesi gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.

- Hastaya pansumanı bir gün sonra çıkarabileceği söylenir. İşlemden 24-48 saat sonra tedavi olduğu bölgeyi ovalamadan banyo yapabileceği,
 - Çok sıkı kıyafetlerden kaçınması gerektiği,
 - Yeme alışkanlıklarını değiştirmesi gerektiği (gerekliyorsa kilo vermesi konusunda diyetisyene yönlendirilebilir),
 - Alkol ya da sigara kullanıyorsa kaçınması,
 - Hasta aşırı fiziksel aktiviteden kaçınmalı (iki kilogramdan fazla kaldırmamak, merdiven çıkmamak gibi) ve cinsel ilişkiye 3-4 gün ara vermesi gerektiği,
 - Bir süre araba kullanmaması,
 - Baş dönmesi, göğüs ağrısı, bilinç kaybı, ağrı ve duyu kaybı, sıcak basması, nefes darlığı, terleme, aritmi, işlem bölgesinde kızarıklık, morarma veya sertliğin artması gibi durumlarda hemen sağlık kuruluşuna başvurulmasının önemi belirtilmelidir.
- Komplikasyonları bilme ve özellikle erkenden tanıma, hasta/yakını eğitimi ve yaşam biçimi değişiklikleri, prognozu etkileyen çok önemli faktörlerdir (TKD 2007).

2.3. ANKSİYETE

2.3.1. Anksiyete Tanımı

Kaygı, belirsizlik ve endişe ile karakterize geleceğe ilişkin geçici korku olarak tanımlanabilir (Barlow 2004). Dilimizde endişe, anksiyete, bunaltı gibi çeşitlerde kullanılmaktadır. Farklı bir tanıma göre kaygı bilinç dışında gerçekleşen ve tanımlayamadığı içsel bir tehlikeye karşı tepki oluşturmaktır (Öztürk 1981). Kaygının sebep olduğu huzursuzluk ve gerginlik vücudumuzda bazı uyarılar gerçekleştirebilir. Bu uyarılar sempatik, parasempatik, endokrin sistemlerini etkileyerek fizyolojik,

psikolojik sorunlara yol açabilir (Karakula 1999, Klopfenstein, Forster ve Gessel 2000).

Kaygı, tehdit edici bir çevrede kişinin kendisini yetersiz hissetmesi ile ortaya çıkmaktadır. Kaygının oluşumunda doğrudan olaylar rol almaz; aksine gerçek olmayan inançlarının sonucudur. Bundan dolayı kişinin yüklediği anlamın önemi büyüktür (Karataş, Arslan ve Karataş 2014).

2.3.2. Anksiyete Türleri ve Etkileri

Kaygı ile yapılan çalışmalarda Spielberger (1966) iki kuram geliştirmiştir.

Durumluk kaygı; kişi durumları tehdit edici olarak yorumlarsa, şiddeti ve süresi, değişkenlik gösteren geçici duygusal tepkiler oluşturulmasıdır (Yılmaz, Dursun, Güngör Güzeler ve Pektaş 2014). Kişide otonom sinir sisteminin oluşturduğu uyarılmalar sonucu terleme, sararma vb. fiziksel değişimler ve bireyin gerilim ve huzursuzluk duyguları durumluk kaygının göstergesidirler. Durumluk kaygı düzeyi stres yoğun yaşandığında yükselir ve stres durumu ortadan kalktığında, düşer (Ehtiyar ve Üngüren 2008, Kaya ve Varol 2004, Öztürk 2008).

Sürekli kaygı, kişilerin bulunduğu durumu stresli olarak algılaması, aslında normal olan bir durumu tehlikeli olarak düşünmesi ve öz değerlerinin tehlikede hissine sahip olması ile oluşan kaygıdır (Ehtiyar ve Üngüren 2008). Kişi hoşnutsuzluk ve mutsuzluk durumu olarak ifade edilebilir. Sürekli kaygının belirli bir nedeni yoktur.

Durumluk kaygıda, yaşayanlar içinde bulundukları durumları, kendileri için olası bir tehdit veya tehlike olarak algırlar. Sürekli kaygıda ise, bir olay veya duruma doğrudan bağlı değildir ve yaşayanın kişiliğinden kaynaklanmaktadır (Yokuş 2013). Sürekli kaygı bulunan kişiler; davranışları aksar, algıları azalır ve dikkat bozuklukları oluşur, iletişimden kaçınırlar ve içe kapanma gibi belirtiler gösterirler (Özyürek ve Demiray 2010).

Hay ve Peplau kaygı düzeyini dört grupta incelemişlerdir.

Hafif kaygı: bireyin duyuları normal seviyede, kavrama alanı yeterli seviyededir. Öğrenme düzeyi iyi mantık yürütme ve problem çözme yeteneği en üst seviyededir.

Orta seviye kaygı: birey hafif endişelidir ve hafif somatik belirtiler başlayabilir. Kavrama alanı biraz daralmıştır. Olaya odaklanabilir ancak detaylar unutulabilir ve çevreye daha az duyarlıdır.

Şiddetli kaygı: birey olayları tam olarak odaklanamaz ve kavrama alanı oldukça daralmıştır. Neden sonuç ilişkisi kurmakta zorlanır. Problem çözme ve fikir yürütme becerilerini gerçekleştirmekte zorlanır.

Panik: somatik belirtiler oldukça artar ve kişinin kan basıncı düşer. Duyularda azalma meydana gelir. Olayları anlayamaz ve kriz evresine girebilir. Düşünceler çok düzensizdir ve davranışlar anormal hale gelebilir (Öz 2010).

2.4. KORONER ANJİYOĞRAFI VE ANKSİYETE

Altın standart olarak kabul edilen koroner anjiyografi, koroner arter hastalıklarını belirlemek ve tedavi prosedürü oluşturmak için çok önemli bir yere sahip olmasına karşın, uygulama hastalarda fiziksel ve psikolojik problemlere neden olabilmektedir (Karakuşlu ve Öztürk 2023). Koroner anjiyografi en fazla kullanılan tanı prosedürü haline gelmiş ve literatürde KAG öncesi hastaların kaygı yaşadığı belirlenmiştir (Özdemir ve ark 2015).

Bunun sebebi olarak koroner anjiyografi ve aynı zamanda perkütan transluminal koroner anjiyoplastinin (PTKA) invaziv bir yöntem olması, insan için en önemli organlardan biri olan kalbin etkilenmesi ve işlem ile ilgili bilinmezlikler gösterilmesidir (Demir ve Arslantaş 2016).

Sadece koroner arter hastalıkları değil, hastalığa ilişkin bütün tanılarda birey sosyal, duygusal ve biyolojik olarak etkilenmektedir. Hastalar hastaneye yatış sürecinde bir yandan hastalığa bir yandan da tedavi sürecine uyum sağlamaya çalışırken zorluk

yaşayabilmektedirler ve bunu sonucunda endişe ve kaygı duyabilmektedirler (Fadime ve Hergül 2020).

Tanı, tedavi ve yatış süresindeki belirsizlikler de bunu tetiklemektedir. Tanı konulmasında bu belirsizlik ölüm korkusunu doğurabilir. Öz bakım ihtiyaçlarını karşılamadaki yetersizlik ve beden imajı değişikliği stresi oluşturabilmektedir (Fadime ve Hergül 2020).

Girişim öncesi yaşanan bu sorunların, sonrasında daha fazla komplikasyona sebep olabileceği bazı çalışmalar ile belirlenmiştir ve işlem öncesi dönemde anksiyete yönetimi, işlem sonrasındaki dönemin süreçlerini etkilemektedir (Fadime ve Hergül 2020).

İşlem öncesi oluşabilecek bu emosyonel durumlar ve sebep olabileceği komplikasyonların oluşmasını önlemek ve tanı ve tedavinin belirlenmesini sağlamak için buna neden olan etmenleri belirlemek çok önemlidir (Fadime ve Hergül 2020).

Bireyde anksiyete ve depresyon oranının artması taburculuk sonrasını dahi etkilemekte, mortalite ve morbidite oranlarında artışına neden olduğu bildirilmektedir. Psikososyal yaklaşımlar ile bireylerdeki endişenin kaynağı belirlenebilir, hastaların güven duygusu artabilir, olumsuz duygular ile baş etme sağlanabilir, fiziksel şikâyetlerde azalma sağlanabilmektedir (Fadime ve Hergül 2020).

Tüm bunlardan dolayı psikososyal yaklaşımlar oldukça önem kazanmakta ve hemşirelerin psikososyal yaklaşımlar konusunda yeterli bilgiye sahip olması önerilmektedir (Fadime ve Hergül 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Koroner arter hastalıklarının tanı ve tedavisinde kullanılan KAG tüm dünyada çok yaygın olarak görülen ve yönetiminin düzgün yapılamamasından dolayı hastalarda bazı olumsuz etkilere yol açtığı bilinmektedir. Bu sebeple çalışma koroner anjiyografi uygulanacak hastaların algıladıkları stres durumları ve kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla planlandı.

3.2 ARAŞTIRMA SORULARI

- KAG uygulanacak hastaların algıladıkları stres durumları nasıldır?
- KAG uygulanacak hastaların algıladıkları stres durumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
- KAG uygulanacak hastaların kaygı düzeyleri nasıldır?
- KAG uygulanacak hastaların kaygı düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
- KAG uygulanacak hastaların sosyodemografik özelliklerine göre algıladıkları stres durumları ve kaygı düzeyleri nasıldır?
- KAG uygulanacak hastaların tanı özelliklerine göre algıladıkları stres durumları ve kaygı düzeyleri nasıldır?
- KAG uygulanacak hastaların koroner anjiyografi durumlarına göre algıladıkları stres durumları ve kaygı düzeyleri nasıldır?

3.3 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (No: 2022-129) (Ek:1) ve çalışmanın yürütüldüğü hastaneden kurum izinleri alındı.

3.4 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi KYB ünitelerinde yatan (Koroner Yoğun Bakım-1, Koroner Yoğun Bakım-2) ve KAG uygulanacak hastalar ile 01.12.2022 tarihi ile 01.12.2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.5 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evreni; 01.12.2022 - 01.12.2023 tarihleri arasında Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi KYB üniteleri, örneklemi ise araştırmaya katılmayı onaylayan ve araştırma kriterlerine uyan KAG olacak 144 hasta (91 erkek, 53 kadın) oluşturdu.

3.5.1 Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem kapsamına alınacak bireyler;

- Koroner anjiyografi uygulanacak olması,
- Kişi- yer ve zaman oryantasyonun tam olması,
- Duyuma ve konuşma problemi olmaması gibi kriterlere dikkat edilerek belirlendi.

3.5.2 Örneklemden Dışlama Kriterleri

- Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olmaması,
- Bilincinin açık olmaması,
- 18 yaş altında olması durumunda çalışma kapsamına alınmadı.

3.6 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak Kişisel Bilgi Formu (Ek: 2), Algılanan Stres Ölçeği (Ek: 3) ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (Ek: 4) kullanıldı.

3.6.1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu katılımcıların; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, boy-kilosu, medeni durumu, hastanede yatış süresi, herhangi bir kronik hastalık durumu, sigara-alkol alışkanlığı, önceden geçirilmiş KAG öyküsü, şuan ki KAG için bilgi sahibi olma durumu gibi sorulardan oluşmaktadır (Ek: 2).

3.6.2 Ölçekler

3.6.2.1. Algılanan stres ölçeği

Algılanan Stres Ölçeği; Cohen, Kamarck & Mermelste tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Cronbach Alpha değeri 0.86 bulunmuştur. Bilge, Ögce, Genç ve Oran tarafından da 2007 yılında Türkçe 'ye uyarlaması yapılmış ve Cronbach Alpha değeri 0.81 bulunmuştur. Ölçekte 1., 2., 3., 7., 8. maddeler düz ifadelidir ve algılanan stres ölçeği; diğer 4., 5., 6. maddeler ters ifadelidir ve algılanan baş etme ölçeği olmak üzere iki alt ölçeği oluştururlar. Değerlendirme hem toplam puan hem de alt ölçek puanı üzerinden yapılmaktadır. Bireylerin yanıtlayabileceği 5 seçenek verilmiştir (0 hiç, 4 çok sık), sonucunda 0-32 arasında puanlar alınmaktadır. Toplam puan yüksek ise algılanan stres düzeyi de yüksek anlamına gelmektedir. Alt ölçeklerin puanı yüksek gelmesi ise olumsuz bir durumu ifade etmektedir (Bilge, Ögce, Genç ve Oran 2009).

3.6.2.2. Durumluk-süreklilik kaygı ölçeği

Ölçek durumluk ve süreklilik anksiyetesini ayrı ayrı değerlendirmeyi hedeflemektedir. Durumluk anksiyete bireylerin belirtilmiş anda; sürekli anksiyete bireylerin bulunduğu koşuldan bağımsız nasıl hissettiğini belirlemektedir. Durumluk ve Süreklilik Anksiyete ölçeği; anksiyetenin iki boyutunu da ölçmeyi sağlayan, Spielberger ve ark. (1970) tarafından geliştirilen bir değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Öner ve LeCompte (1977) tarafından yapılmıştır ve Cronbach Alfa

katsayıları durumluk anksiyete ölçeği için 0.83 ile 0.92, sürekli anksiyete ölçeği için 0.86 ile 0.92 arasında bulunmuştur.

Ölçekte iki durum için, iki ayrı ölçek bulunmaktadır. STAI-I ölçeği durumluk anksiyete, STAI-II ölçeği sürekli anksiyete puanını ölçmektedir.

Ölçeklerde her madde, bireyler tarafından 1 ile 4 arasında puanlar verilerek değerlendirilmektedir. Cevap seçenekleri dört sınıfta toplanmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde; Hiç (1), Biraz (2), Çok (3) ve Tamamıyla (4) şeklindedir. Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise Hemen hiçbir zaman (1), Bazen (2), Çok zaman (3) ve Hemen her zaman (4) şeklindedir. Aynı zamanda ölçeklerde iki türlü ifade vardır; doğrudan veya tersine dönmüş ifadelerdir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları ifade eder (örneğin: huzursuzum), tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade eder (örneğin: kendimi sakin hissediyorum). Puanlama yapılırken doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksek olduğunu gösterirken, tersine ifadelerde 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı göstermektedir. Durumluk kaygı ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 madde) on tanedir. Sürekli kaygı ölçeğinde tersine dönmüş ifadelerin sayısı (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. madde) yedidir. Değerlendirme yapılırken doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler için iki anahtar oluşturulur, toplam ağırlıkları bulunur. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılarak daha sonra bu sayıya durumluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35 puan değer eklenir. Bu değerler önceden belirlenmiş ve değişmez değerlerdir. Verilen puanların toplamı yüksekliği arttıkça, durumluk ve sürekli kaygı düzeyi de artmaktadır. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasındadır (Spielberger et al 1970, Öner ve LeCompte 1977).

3.7 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma 144 hasta ile IBM SPSS Statistics 23 programına kullanılarak gerçekleştirildi. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verildi. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakıldı. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edildi. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakıldı. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizinden ölçek güvenilirlikleri için ise cronbach alfa değerinden yararlanıldı.

3.8 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma sürecinde, hastanenin taşınmasından kaynaklı çalışma süresinin uzaması, hastaların kalp krizi sebebiyle hastaneye başvurması kaynaklı stres seviyelerinin yüksek olması nedeniyle sorulara cevap vermek istememesi, hastanedeki stres faktörlerinin yoğun olmasından dolayı hastaların çalışma için rahatsız edilmek istememeleri gibi etmenler bu çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

4. BULGULAR

Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların algıladıkları stres durumları ve kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları sekiz başlık altında ele alınmıştır.

1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Katılımcıların Sağlık Öyküsü Özelliklerine İlişkin Bulgular
3. Katılımcıların Anjiyo Durumlarına Dair Özelliklerine İlişkin Bulgular
4. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarına Dair Tanımlayıcı İstatistikler
5. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları İle Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
6. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları İle Sağlık Öyküsü Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
7. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları İle Anjiyo Durumlarına Dair Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
8. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların; yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir durumları, çalışma statüleri, sosyal güvenceleri, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler gibi demografik özellikleri ile sigara-alkol kullanım durumlarına dair bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=144)

		n	%
Cinsiyet	Erkek	91	63,2
	Kadın	53	36,8
Yaş	ort±ss (min-maks)	54,31±12,50 (19-85)	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	4	2,8
	Okur-yazar	10	6,9
	İlkokul	37	25,7
	Ortaokul	31	21,5
	Lise	40	27,8
	Üniversite ve üzeri	22	15,3
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	83	57,6
	Gelirim giderime eşit	34	23,6
	Gelirim giderimden fazla	27	18,8
Birlikte yaşanan kişiler	Eşimle	61	42,4
	Yalnız	15	10,4
	Çocuklarla	13	9,0
	Evde eşim ve çocuklarla	52	36,1
	Diğer aile üyeleri	3	2,1
Egzersiz yapma	Evet	30	20,8
	Hayır	114	79,2
Medeni durumu	Evli	114	79,2
	Bekâr	30	20,8
Çocuk durumu	Yok	13	9,0
	1	22	15,3
	2	39	27,1
	3	46	31,9
	4 ve üzeri	24	16,7
Çalışma statüsü	Memur	18	12,5
	İşçi	22	15,3
	Serbest meslek	20	13,9
	Ev hanımı	33	22,9
	Emekli	48	33,3
	Çalışmıyor	3	2,1
Sosyal güvence	Var	133	92,4
	Yok	11	7,6
Sigara kullanma durumu	Evet	66	45,8
	Hayır	78	54,2
Alkol kullanma durumu	Evet	23	16,0
	Hayır	121	84,0

Katılımcıların %63,2'si erkek, yaş ortalaması $54,31 \pm 12,50$, %27,8'i lise mezunu, %57,6'sının geliri giderinden az, %42,4'ü eşiyle birlikte yaşamakta, %20,8'i egzersiz yapmakta, %79,2'si evli, %9'unda çocuk bulunmamakta, %33,3'ü emekli, %92,4'ünde sosyal güvence bulunmakta, %45,8'i sigara kullanmakta ve %16,0'sı alkol kullanmaktadır.

4.2. KATILIMCILARIN SAĞLIK ÖYKÜSÜ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların; tanıları, ek hastalıkları, ilaç kullanım durumları gibi sağlık öykülerine dair bulgular yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Öyküsü Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=144)

		n	%
Tanıyı bilme durumu	Evet	89	61,8
	Hayır	44	30,6
	Henüz konmadı	11	7,6
Tanılar	Miyokard infarktüsü	38	44,2
	Angina pectoris	34	39,5
	Kalp spazmı	7	8,1
	Kalp yetersizliği	7	8,1
Başka hastalık durumu	Yok	51	35,4
	HT	64	44,4
	DM	37	25,7
	Solunum sistemi hast	10	6,9
	Nörolojik problemler	3	2,1
	Migren	2	1,4
	Ritim bozukluğu	1	0,7
	Hipotiroid	1	0,7
	Multiple skleroz	1	0,7
İlaç kullanım durumu	Evet	93	64,6
	Hayır	51	35,4
İlaç sayısı	Hiç	51	35,4
	<5	81	56,3
	5-8	12	8,3
Ailede KAH tanısı varlığı	Evet	65	45,1
	Hayır	79	54,9
Hastaneye başvuru yeri	Poliklinik	31	21,5
	Acil servis	113	78,5
KAH nedeniyle yatış durumu	Evet	57	39,6
	Hayır	87	60,4
KAH nedeniyle yatış sayısı	1	27	47,4
	2	18	31,6
	3 ve daha fazla	12	21,1
Ailede KAG varlığı	Evet	64	44,4
	Hayır	80	55,6
KAG işlem sayısı	1	49	59,0
	2	22	26,5
	3 ve daha fazla	12	14,5
KAG nedeni	Kontrol	19	13,2
	Tanı	84	58,3
	Girişimsel	41	28,5

Katılımcıların %61,8'i tanıyı bilmekte iken %44,2'sinde miyokard infarktüs, %39,5'inde Angina pectoris bulunmakta, %44,4'ünde hipertansiyon, %25,7'sinde diyabet bulunmakta, %64,6'sı ilaç kullanmakta ve %56,3'ü 5 ve daha az ilaç kullanmaktaydı. Ayrıca katılımcıların %45,1'inin ailesinde KAH öyküsü bulunmakta, %78,5'si acil servise başvurmakta, %39,6'sı KAH nedeniyle hastaneye yatışı bulunmakta, %47,4'ü KAH nedeniyle hastaneye bir kez yatışı bulunmakta, %44,4'ünün ailesinde KAG öyküsü bulunmakta, %59' unda bir kez KAG işlemi yapılmış olup ve %58,3'ü tanı nedeniyle yapıldığı saptandı.

4.3. KATILIMCILARIN ANJİYO DURUMLARINA DAİR ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların; önceki anjiyo durumları, şuan ki anjiyo ile ilgili bilgileri gibi anjiyo durumlarına dair bulgular yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Anjiyo Durumlarına Dair Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=144)

		n	%
Daha önce anjiyo olunan bölge	Kasık	44	71,0
	Kol	18	29,0
Anjiyo yapılacak bölgeyi bilme durumu	Evet	89	61,8
	Hayır	55	38,2
Anjiyo yapılacak bölge	Kasık	43	48,3
	Kol	46	51,7
Hastanın anjiyo için seçmek istediği bölge	Kasık	27	18,8
	Kol	117	81,3
Anjiyo bilgisi alma durumu	Evet	108	75,0
	Hayır	36	25,0
Bilgi aldığı zaman	Servise yattıktan sonra	49	45,4
	KAG yapılacağı söylendiğinde	52	48,1
	KAG' ye giderken	7	6,5
Anjiyo hakkında bilgi alınan kişi	Hemşire	5	4,6
	Hekim	24	22,2
	Hekim ve hemşire	71	65,7
	Arkadaş, komşu ve akraba	8	7,4
Hastanın anjiyo ile ilgili bilmek istediği konular	Koroner anjiyografi için yapılması gereken hazırlıklar	21	14,6
	Koroner anjiyografi yapacak ekip ve anjiyografi ortamı	43	29,9
	Koroner anjiyografinin nasıl uygulanacağı	54	37,5
	Koroner anjiyografi öncesi, esnası ve sonrasında yönelik açıklamalar	72	50,0
Anjiyonun saat kaçta olduğunu bilme durumu	Evet	33	22,9
	Hayır	111	77,1

Katılımcıların %71'i daha önce kasıktan anjiyo olmuşken, %61,8'i anjiyo bölgesini bilmekte ve %51,7'si koldan anjiyo olacak iken %81,3'ü koldan anjiyo olmayı tercih ettiği bulundu. Katılımcıların %75,'i anjiyo bilgisi almıştı. Hastaların %48,1'i KAG yapılacağı söylendiğinde, %45,4'ü servise yattıktan sonra bilgi aldığını ifade etmekte, %65,7'si hekim ve hemşireden bilgi aldığını ifade etmekte, %50'si kroner anjiyografi öncesi, esnası ve sonrasında yönelik açıklamalar beklemekte ve %22,9'u anjiyografinin saat kaçta olduğunu bilmekteydi.

4.4. KATILIMCILARIN DURUMLUK-SÜREKLİK KAYGI ÖLÇEĞİ, ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARINA DAİR TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Bu bölümde katılımcıların çalışmada yer alan ölçeklere dair tanımlayıcı istatistikleri bulunmaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği Ve Alt Boyutlarına Dair Tanımlayıcı İstatistikler (N=144)

	ort	ss	min	maks	Cronbach alfa
Durumluk kaygı ölçek puanı	46,78	11,81	23	72	0,945
Sürekli kaygı ölçek puanı	41,35	9,98	23	76	0,922
Algılanan stres ölçek puanı	16,74	5,32	2	30	0,858
Algılanan stres alt boyutu	11,24	4,08	1	20	0,884
Algılanan baş etme alt boyutu	5,51	1,84	1	11	0,528

Durumluk kaygı ölçek puanı $46,78 \pm 11,81$, Sürekli kaygı ölçek puanı $41,35 \pm 9,98$ ve Algılanan stres ölçek puanı $16,74 \pm 5,32$ 'dir. Algılanan stres alt boyutu puanı $11,24 \pm 4,08$ ve Algılanan baş etme alt boyutu puanı $5,51 \pm 1,84$ ' tür. Bu sonuçlara bakıldığında, araştırmaya katılanların puan ortalamasına göre orta düzey kaygı görülmektedir. Katılımcıların orta düzeyde algılanan stres düzeyi ile uyumlu olduğu görülmüştür ve stres ile baş etme yöntemlerini etkin kullanamamaktadır.

4.5.KATILIMCILARIN DURUMLUK-SÜREKLİK KAYGI ÖLÇEĞİ, ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARI İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tablo 5. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği Ve Alt Boyutları ile Demografik Özellikleri arasındaki ilişkisinin İncelenmesi

	Durumluk kaygı ölçek puanı	Sürekli kaygı ölçek puanı	Algılanan stres ölçek puanı	Algılanan stres alt boyutu	Algılanan baş etme alt boyutu
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Cinsiyet					
Erkek	45,20±11,32	38,54±7,78	15,56±5,15	10,46±4,03	5,10±1,65
Kadın	49,51±12,23	46,19±11,47	18,77±5,02	12,57±3,84	6,21±1,94
t/p	-2,140/0,034*	-4,313/0,000*	-3,643/0,000*	-3,074/0,003*	-3,642/0,000*
Eğitim durumu					
İlkokul ve öncesi	47,98±11,82	44,35±10,44a	18,02±5,04	12,04±3,81	5,98±1,92
Ortaokul	45,32±10,54	40,90±9,28	16,06±5,01	10,84±3,72	5,23±1,78
Lise	46,25±12,49	39,45±9,79	15,38±5,93	10,10±4,67	5,28±1,69
Üniversite ve üzeri	47,05±12,68	38,5±8,95b	17,23±4,74	12,00±3,66	5,23±1,85
F/p	0,359/0,783	2,737/0,046*	2,140/0,098	2,097/0,103	1,785/0,153
Gelir durumu					
Gelirim giderimden az	46,66±11,75b	41,81±10,83	17,25±5,82	11,51±4,34	5,75±2,01
Gelirim giderime eşit	42,26±9,25b	38,62±7,77	15,26±4,75	10,18±3,88	5,09±1,50
Gelirim giderimden fazla	52,85±12,57a	43,41±9,31	17,04±4,04	11,74±3,31	5,30±1,56
F/p	6,529/0,002*	1,961/0,145	1,754/0,177	1,548/0,216	1,791/0,171
Birlikte yalanılan kişiler					
Eşimle	46,82±13,00	42,49±10,51	17,00±5,07	11,10±3,97	5,90±1,62
Yalnız	46,20±12,21	37,93±9,77	16,27±5,31	11,47±4,24	4,80±1,70b
Çocuklarla	53,31±8,09	46,46±11,25	19,54±4,79	13,38±3,10	6,15±1,99a
Evde eşim ve çocuklarla	45,13±10,95	39,88±8,79	15,92±5,74	10,81±4,39	5,12±2,00
F/p	1,670/0,176	2,399/0,071	1,688/0,172	1,421/0,239	3,093/0,029*

Tablo 5. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği Ve Alt Boyutları ile Demografik Özellikleri arasındaki ilişkisinin İncelenmesi (devam)

	Durumluk kaygı ölçek puanı ort±ss	Sürekli kaygı ölçek puanı ort±ss	Algılanan stres ölçek puanı ort±ss	Algılanan stres alt boyutu ort±ss	Algılanan baş etme alt boyutu ort±ss
Egzersiz yapma					
Evet	45,70±13,19	38,67±7,66	15,77±5,33	10,67±4,23	5,10±1,79
Hayır	47,07±11,46	42,06±10,42	17,00±5,31	11,39±4,04	5,61±1,84
t/p	-0,564/0,574	-1,991/0,051	-1,131/0,260	-0,859/0,392	-1,369/0,173
Medeni durumu					
Evli	46,16±12,10	41,61±10,29	16,7±5,51	11,11±4,20	5,60±1,90
Bekar	49,17±10,46	40,40±8,80	16,9±4,59	11,73±3,58	5,17±1,56
t/p	-1,244/0,215	0,587/0,558	-0,201/0,841	-0,749/0,455	1,283/0,205
Çocuk durumu					
Yok	44,85±11,30	36,00±9,99	15,46±6,19	10,77±4,90	4,69±1,84
1	47,18±12,43	39,14±10,99	16,91±6,41	11,32±4,91	5,59±2,13
2	42,90±11,83	41,31±9,25	15,56±4,83	10,15±3,81	5,41±1,53
3	49,24±11,22	43,15±10,7	17,85±5,44	11,98±4,15	5,87±1,93
4 ve üzeri	49,08±11,67	42,92±7,83	17,08±4,00	11,75±2,77	5,33±1,79
F/p	1,924/0,110	1,765/0,139	1,200/0,313	1,215/0,307	1,187/0,319
Çalışma statüsü					
Çalışıyor	46,27±12,08	38,27±8,68	16,27±5,62	11,08±4,36	5,18±1,88
Çalışmıyor	47,15±11,66	43,56±10,31	17,08±5,10	11,35±3,89	5,74±1,78
t/p	-0,444/0,658	-3,240/0,001*	-0,908/0,366	-0,379/0,705	-1,802/0,074
Sosyal güvence					
Var	46,50±11,98	41,49±10,21	16,63±5,44	11,11±4,11	5,53±1,88
Yok	50,18±9,31	39,73±6,80	18,09±3,42	12,82±3,37	5,27±1,19
t/p	-0,993/0,322	0,561/0,576	-1,287/0,218	-1,343/0,182	0,439/0,661
Sigara kullanma durumu					
Evet	49,15±12,31	39,95±10,73	16,88±6,12	11,38±4,64	5,50±1,96
Hayır	44,78±11,05	42,54±9,21	16,63±4,57	11,12±3,56	5,51±1,73
t/p	2,244/0,026*	-1,556/0,122	0,274/0,784	0,377/0,707	-0,042/0,967
Alkol kullanma durumu					
Evet	47,78±13,11	36,48±7,82	15,70±6,56	10,57±5,07	5,13±1,89
Hayır	46,60±11,59	42,28±10,1	16,94±5,06	11,36±3,87	5,58±1,82
t/p	0,441/0,660	-2,607/0,010*	-0,864/0,395	-0,716/0,480	-1,074/0,285

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Cinsiyetler arasında tüm ölçekler ve alt boyutları arasında istatistiki olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 5). Bu duruma göre, kadınlarda erkeklere göre durumluk ve sürekli kaygı ölçek puanları ve algılanan stres ölçek ve alt boyut puanları daha yüksektir. Bu puanların daha yüksek olması kadınların kaygı ve anksiyetesinin daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Eğitim durumları arasında sürekli kaygı ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5). Bu açıdan, ilkokul ve öncesi eğitim durumunda olanlarda sürekli kaygı ölçek puanı üniversite ve üzeri mezunlara göre daha yüksektir. Buna göre eğitim seviyesi düşük olan bireylerin kaygısı daha yüksektir.

Gelir durumlarında, durumluk kaygı ölçek puanına bakıldığında istatistiksel bakımdan anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 5). Buna göre geliri giderinden fazla olanlarda, geliri giderinden az olan hastalara göre durumluk kaygı ölçek puanı daha yüksektir. Gelir durumu daha iyi olan bireylerin anjiyo ile ilgili yaşadığı kaygı daha yüksektir.

Birlikte yaşanan kişiler arasında algılanan baş etme alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5). Bu sonuca göre, çocukları ile yaşayanlarda algılanan baş etme alt boyut puanı yalnız yaşayanlara göre daha yüksektir. Buna göre çocukları ile birlikte yaşayan hastalar anksiyete ile daha az başa çıkabilmektedir.

Egzersiz yapma, medeni durum, çocuk durumu ve sosyal güvence durumları arasında bütün ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Çalışma durumları arasında sürekli kaygı ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 5). Buna göre, çalışmayanlarda sürekli kaygı ölçek puanı çalışanlara göre daha yüksektir. Bu durumda çalışmayan bireyler, çalışan bireylere göre daha kaygılıdır.

Sigara kullanma durumları arasında durumluk kaygı ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Alkol kullanma durumları arasında ise sürekli kaygı ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu sonuçlara bakıldığında, sigara kullananlarda durumluk kaygı ölçek puanı sigara kullanmayan hastalara göre daha yüksektir ve alkol kullanmayanlarda sürekli kaygı ölçek puanı alkol kullananlara göre daha yüksektir. Bu sonuçlara göre sigara kullanan hastaların anjiyo ile ilgili kaygısı daha yüksek iken alkol kullanan hastaların ise alkol kullanmayan hastalara göre kaygı seviyesi daha düşüktür.



Tablo 6. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları ile Sağlık Öyküsü Özellikleri arasındaki ilişkisinin İncelenmesi

	Durumluk kaygı ölçek puanı	Sürekli kaygı ölçek puanı	Algılanan stres ölçek puanı	Algılanan stres alt boyutu	Algılanan baş etme alt boyutu
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Tanıyı bilme durumu					
Evet	44,80±11,05b	40,20±8,67	16,52±4,95	11,02±3,89	5,49±1,64
Hayır	49,80±12,21a	43,80±11,66	16,89±6,09	11,43±4,48	5,45±2,18
Henüz konmadı	50,82±13,59	40,91±11,80	18,00±5,20	12,18±4,05	5,82±1,99
F/p	3,447/0,035*	1,946/0,147	0,400/0,671	0,465/0,629	0,176/0,839
Tanımlar					
Miyokard infarktüsü	45,55±10,00	40,37±7,71	17,39±4,61	11,58±3,63	5,82±1,43
Angina pectoris	45,74±12,32	40,79±9,51	16,76±4,68	10,94±3,72	5,82±1,55
Kalp spazmı	45,71±6,87	43,29±9,01	15,86±7,84	10,57±5,91	5,29±2,21
Kalp yetersizliği	37,00±5,57	33,14±8,01	13,71±3,77	9,43±2,57	4,29±1,70
F/p	1,433/0,239	1,933/0,131	1,195/0,317	0,709/0,549	2,174/0,097
Başka hastalık durumu					
Yok	46,94±11,76	39,24±10,55	16,00±5,66	10,76±4,39	5,24±1,78
Var	46,70±11,89	42,52±9,51	17,15±5,11	11,49±3,90	5,66±1,86
t/p	0,117/0,907	-1,904/0,059	-1,244/0,216	-1,027/0,306	-1,318/0,190
İlaç kullanım durumu					
Evet	46,06±11,93	42,12±9,77	16,87±5,48	11,29±4,17	5,58±1,94
Hayır	48,10±11,58	39,96±10,31	16,51±5,06	11,14±3,93	5,37±1,65
t/p	-0,988/0,325	1,243/0,216	0,389/0,698	0,215/0,830	0,649/0,517
İlaç sayısı					
Hiç	48,10±11,58	39,96±10,31	16,51±5,06	11,14±3,93	5,37±1,65
<5	45,78±12,00	42,06±10,14	16,63±5,57	11,16±4,23	5,47±1,98
5-8	48,00±11,74	42,50±7,05	18,50±4,74	12,17±3,83	6,33±1,50
F/p	0,671/0,513	0,777/0,462	0,719/0,489	0,338/0,714	1,377/0,256
Ailede KAH tanısı varlığı					
Evet	47,09±10,48	42,25±10,32	17,32±4,96	11,65±3,81	5,68±1,72
Hayır	46,53±12,85	40,62±9,70	16,27±5,59	10,90±4,28	5,37±1,92
t/p	0,283/0,778	0,973/0,332	1,189/0,237	1,095/0,275	1,008/0,315

Tablo 6. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları ile Sağlık Öyküsü Özellikleri arasındaki ilişkisinin İncelenmesi (devam)

	Durumluk kaygı ölçek puanı	Sürekli kaygı ölçek puanı	Algılanan stres ölçek puanı	Algılanan stres alt boyutu	Algılanan baş etme alt boyutu
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Hastaneye başvuru yeri					
Poliklinik	45,52±12,05	43,26±11,44	17,26±5,22	11,61±3,90	5,65±1,92
Acil servis	47,13±11,77	40,83±9,53	16,60±5,36	11,13±4,14	5,47±1,82
t/p	a0,674/0,501	1,201/0,232	0,607/0,545	0,579/0,563	0,472/0,638
KAH nedeniyle yatış durumu					
Evet	45,33±11,81	41,25±8,88	17,02±5,02	11,67±3,88	5,35±1,89
Hayır	47,74±11,78	41,43±10,69	16,56±5,53	10,95±4,20	5,61±1,81
t/p	-1,196/0,234	-0,105/0,916	0,500/0,618	1,026/0,307	-0,825/0,411
KAH nedeniyle yatış sayısı					
1	46,48±12,10	42,63±10,05	17,59±4,77	12,33±3,80	5,26±1,89
2	43,06±9,59	40,06±8,22	16,06±4,21	10,78±3,30	5,28±1,87
3 ve daha fazla	46,17±14,46	39,92±7,03	17,17±6,67	11,50±4,83	5,67±2,02
F/p	0,483/0,619	0,616/0,544	0,505/0,607	0,876/0,422	0,208/0,813
Ailede KAG varlığı					
Evet	46,98±10,92	42,83±10,18	17,36±5,09	11,64±3,83	5,72±1,82
Hayır	46,63±12,54	40,18±9,72	16,25±5,48	10,91±4,26	5,34±1,84
t/p	0,181/0,857	1,594/0,113	1,246/0,215	1,065/0,289	1,241/0,217
KAG işlem sayısı					
1	46,94±11,92	43,45±10,05	16,80±5,26	11,31±3,83	5,49±1,89
2	43,45±9,56	41,00±8,58	16,86±5,73	11,50±4,51	5,36±2,01
3 ve daha fazla	44,42±14,98	39,75±5,77	16,58±4,70	11,33±3,45	5,25±1,76
F/p	0,734/0,483	1,064/0,350	0,011/0,989	0,018/0,982	0,090/0,914
KAG nedeni					
Kontrol	51,53±10,91a	43,74±11,35	17,79±5,45	12,16±4,10	5,63±2,11
Tanı	47,24±12,53	41,62±9,85	16,75±5,32	11,17±4,12	5,58±1,79
Girişimsel	43,66±9,88b	39,71±9,54	16,24±5,32	10,95±4,01	5,29±1,82
F/p	3,121/0,047*	1,131/0,326	0,545/0,581	0,594/0,553	0,392/0,676

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

4.6. KATILIMCILARIN DURUMLUK-SÜREKLİK KAYGI ÖLÇEĞİ, ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARI İLE SAĞLIK ÖYKÜSÜ ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tanıyı bilme durumları ve KAG nedenleri arasında durumluk kaygı ölçek puanı bakımından istatistiki olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, tanıyı bilmeyenlerde durumluk kaygı ölçek puanı bilenlere göre daha yüksektir. Ayrıca KAG nedeni kontrol olanlarda durumluk kaygı ölçek puanı girişimsel olanlara göre daha yüksektir. Bu duruma göre tanısını bilmeyen hastaların anjiyo ile ilgili kaygısı daha yüksektir. Anjiyosunu kontrol amaçlı olanların ise girişimsel amaçlı anjiyo yapılanlara göre kaygısı daha yüksektir.

Tanılar, başka hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, kullanılan ilaç sayıları, ailede KAH tanısı varlığı, hastaneye başvuru yeri, KAH nedeniyle yatış durumu, KAH nedeniyle yatış sayısı, Ailede KAG varlığı ve KAG işlem sayıları arasında tüm ölçekler ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre hastaların aile öyküsü koroner arter hastalığı ile ilişkisi kaygı düzeyini ve anksiyetesini etkilememektedir.

4.7. KATILIMCILARIN DURUMLUK-SÜREKLİK KAYGI ÖLÇEĞİ, ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARI İLE ANJİYO DURUMLARINA DAİR ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu bölümde katılımcıların anjiyo durumlarına ait özellikler ile çalışmada yer alan; durumluk-süreklilik kaygı ölçeği, algılanan stres ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiye dair bulgular yer almaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları ile Anjiyo Durumlarına Dair Özellikleri arasındaki ilişkisinin İncelenmesi

	Durumluk kaygı ölçek puanı	Sürekli kaygı ölçek puanı	Algılanan stres ölçek puanı	Algılanan stres alt boyutu	Algılanan baş etme alt boyutu
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Daha önce anjiyo olunan bölge					
Kasık	44,2±11,54	41,14±8,75	16,07±4,78	10,70±3,59	5,36±1,78
Kol	47,50±9,87	42,00±8,96	17,33±5,31	12,00±4,37	5,33±1,94
t/p	-1,061/0,293	-0,350/0,727	-0,916/0,363	-1,211/0,231	0,059/0,953
Anjiyo yapılacak bölgeyi bilme					
Evet	47,29±11,35	42,53±9,34	17,33±4,88	11,61±3,61	5,72±1,78
Hayır	45,96±12,57	39,45±10,76	15,80±5,88	10,64±4,72	5,16±1,88
t/p	0,655/0,514	1,810/0,072	1,683/0,095	1,308/0,194	1,777/0,078
Nereden anjiyo yapılacak					
Kasık	48,88±10,76	44,37±9,67	18,51±4,55	12,60±3,10	5,91±1,86
Kol	45,80±11,80	40,80±8,77	16,22±4,97	10,67±3,82	5,54±1,71
t/p	1,284/0,203	1,825/0,071	2,266/0,026*	2,623/0,010*	0,960/0,340
Anjiyo için hangi bölgeyi seçerdiniz					
Kasık	48,74±11,75	42,56±8,51	18,59±4,90	12,78±3,81	5,81±1,82
Kol	46,33±11,82	41,08±10,3	16,32±5,34	10,88±4,07	5,44±1,84
t/p	0,955/0,341	0,693/0,490	2,026/0,045*	2,209/0,029*	0,966/0,335
Anjiyografi bilgisi alma durumu					
Evet	45,47±12,09	40,50±9,73	16,49±5,41	10,99±4,20	5,50±1,89
Hayır	50,72±10,06	43,92±10,43	17,50±5,03	11,97±3,65	5,53±1,68
t/p	-2,572/0,012*	-1,793/0,075	-0,986/0,326	-1,253/0,212	-0,078/0,938

Tablo 7. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları ile Anjiyo Durumlarına Dair Özellikleri arasındaki ilişkisinin İncelenmesi (devam)

	Durumluk kaygı ölçek puanı	Süreklilik kaygı ölçek puanı	Algılanan stres ölçek puanı	Algılanan stres alt boyutu	Algılanan baş etme alt boyutu
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Bilgi alınan zaman					
Servise yattıktan sonra	47,49±12,21	41,04±9,70	16,82±5,49	11,22±4,13	5,59±2,04
KAG yapılacağı söylendiğinde	42,23±10,60b	39,10±9,77	15,92±5,51	10,54±4,34	5,38±1,82
KAG'ye giderken	55,43±14,85a	47,14±7,20	18,43±3,95	12,71±3,45	5,71±1,50
F/p	5,321/0,006*	2,305/0,105	0,821/0,443	0,967/0,383	0,196/0,822
Anjiyografi hakkında bilgi alınan kişi					
Hemşire	49,20±12,91	42,20±11,08	16,80±3,11	10,60±2,51	6,20±1,30
Hekim	40,21±9,73b	36,21±7,52	15,96±5,36	11,13±4,03	4,83±1,88
Hekim ve hemşire	45,93±12,36	41,24±10,22	16,31±5,65	10,75±4,42	5,56±1,95
Arkadaş, komşu ve akraba	54,88±9,69a	45,75±6,54	19,50±4,07	13,00±3,46	6,50±0,93
F/p	3,559/0,017*	2,638/0,053	0,932/0,428	0,708/0,549	2,052/0,111
Anjiyografinin saat kaçta olduğunu bilme durumu					
Evet	43,42±9,66	38,24±7,69	15,55±4,67	10,42±3,80	5,12±1,80
Hayır	47,78±12,23	42,28±10,42	17,10±5,47	11,48±4,14	5,62±1,84
t/p	-2,133/0,037*	-2,063/0,041*	-1,479/0,141	-1,306/0,194	-1,379/0,170

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Nereden anjiyo yapılacağı ve anjiyo için seçilen bölge durumları arasında algılanan stres ölçek ve algılanan stres alt boyut puanları ele alındığında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu sonuca göre, kasıktan anjiyo yapılanlarda algılanan stres ölçek ve algılanan stres alt boyut puanları koldan anjiyo yapılanlara göre daha yüksek iken kasıktan olmasını tercih edenlerde algılanan stres ölçek ve algılanan stres alt boyut puanları koldan olmasını tercih edenlere göre daha yüksektir. Sonuçlar kasıktan anjiyo olacağını bilen hastaların daha stresli olduğunu göstermektedir ancak anjiyo olunacak bölge tercihi kasık olan hastaların stresi daha fazladır.

Daha önce anjiyo olunan bölge, Anjiyo yapılacak bölgeyi bilme durumları arasında, algılanan stres ölçek ve alt boyut puanları ve durumluk ve sürekli kaygı ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Anjiyografi bilgisi alma, bilgi alınan zaman, anjiyografi hakkında bilgi alınan kişiler arasında durumları arasında durumluk kaygı ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu bağlamda, anjiyografi bilgisi almayanlarda durumluk kaygı ölçek puanı alanlara göre daha yüksek iken KAG'ye giderken bilgi alanlarda durumluk kaygı ölçek puanı KAG yapılacağı söylendiğinde bilgi alanlara göre ve arkadaş, komşu ve akrabadan anjiyografi hakkında bilgi alınan hastalarda durumluk kaygı ölçek puanı hekimden bilgi alanlara göre daha yüksektir. Bu sonuçlara göre bilgilendirme yapılmayan hastaların kaygı seviyesi daha yüksektir. Bilgiyi anjiyoya gideceği sırada alan hastaların, anjiyo yapılacağı ilk öğrendiği zaman bilgi alan hastalara göre kaygıları daha yüksektir. Anjiyo ile ilgili bilgiyi arkadaş, komşu ve akrabadan alan bireylerin kaygısı daha yüksektir.

Anjiyografinin saat kaçta olduğunu bilme durumları arasında durumluk ve sürekli kaygı ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, anjiyografinin saat kaçta olduğunu bilmeyenlerde durumluk ve sürekli kaygı ölçek puanları bilenlere göre daha yüksektir. Hastaların anjiyoya kaçta gideceğini bilmediğinde kaygısı daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.8. KATILIMCILARIN DURUMLUK-SÜREKLİK KAYGI ÖLÇEĞİ, ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu bölümde katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarına ait puanları arasındaki ilişkiye dair bulgular yer almaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları arasındaki ilişkisinin İncelenmesi

		Algılanan stres ölçek puanı	Algılanan stres alt boyutu	Algılanan baş etme alt boyutu
Durumluk kaygı ölçek puanı	r	0,597	0,584	0,434
	p	0,000*	0,000*	0,000*
	N	144	144	144
Sürekli kaygı ölçek puanı	r	0,687	0,616	0,622
	p	0,000*	0,000*	0,000*
	N	144	144	144

r:Pearson korelasyon katsayısı, *:p<0,05

Durumluk ve sürekli kaygı ölçek puanları ile Algılanan stres ölçek ve alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Bu bağlamda durumluk ve sürekli kaygı artarsa, algılanan stres de aynı şekilde artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Koroner anjiyografi ile koroner arter hastalıklarının tanımlanması ve aynı anda tedavisinin yapılması imkânı sağlanmaktadır. Bu sebeple tüm dünyada sık kullanılan bir yöntem olmuş ve bu konudaki araştırma sayısı da giderek artmaktadır (Türker ve Bedük 2021, Pamuk Cebeci ve Veremci 2022).

Erkek bireylerin koroner arter hastalığına yakalanma ihtimalinin kadınlardan fazla olduğu ancak kadınlarda prognozun daha kötü olması, morbiditenin yüksek olduğu belirtilmektedir (Gaine et al 2022, Jariwala ve Jadhav 2022). Yapılan bu çalışmada, koroner anjiyografi olacak hastaların çoğunluğunu (%63,2) erkek hastalar oluşturmaktaydı. Ancak Özdemir ve ark. 'nın (2015) yaptığı çalışmada kadın hasta sayısı çoğunluktadır (Özdemir ve ark 2015). Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada çalışmayla benzer şekilde erkek birey sayısının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yel ve Ünsar 2020, Balcı ve Enç 2013, Yıldırım ve Oğuz 2022, Atik, Atik, Karatepe, Karatepe ve Çınar 2017, Ali 2015).

Yapılan çalışmada kaygı düzeyi ve anksiyetenin tüm ölçeklerdeki puanı, kadınlarda, erkeklere göre daha fazla bulundu. Yel ve Ünsar'ın (2020) çalışmasında, kadınların sürekli kaygı puanı; Atik ve ark nın (2017) çalışmasında yine kadınların anksiyete puanı erkeklere kıyasla daha fazla bulunmuştur (Yel ve Ünsar 2020, Atik ve ark 2017). Bu sonuçlar çalışma ile paralellik göstermektedir. Bu bulguların tersine erkeklerin durumluk-süreklilik anksiyete puanının, kadınlardan daha yüksek bulunduğu çalışmalarda mevcuttur (Türker ve Bedük 2021, Gören 2019). Çalışmada kadınların anksiyete ve kaygı düzeyinin yüksek olmasının sebebinin, kadınların daha hassas bir yapıda olmaları, sorumluluk duygusunun fazla olması ve daha detaylı düşünmeleri sebebiyle olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların anjiyografi öncesi kaygı durumu ve anksiyete seviyesinin belirlenmesine yönelik olan bu çalışmada Durumluk Ölçek ve Süreklilik Ölçek puanı orta düzeyde, Algılanan stres Ölçek puanı da yine orta düzeyde bulundu (Tablo 4). Bulunan bu sonuçlar diğer çalışma sonuçlarına yakın sonuçlar ortaya çıksa da incelenen hasta profili, örneklem sayısı gibi etkenler nedeniyle farklılıkların ortaya çıkması muhtemeldir (Yel ve Ünsar 2020, Yılmaz, Sayın ve Tel 2012, Kahraman Özlü, Özlü, Bağdigen ve Öncer 2021).

Çalışmada eğitim durumu ilköğretim ve öncesi olanlarda sürekli kaygı puanı, eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olan gruba göre daha yüksek bulundu. Literatürde eğitim düzeyinin koroner anjiyografi öncesinde kaygı düzeyine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda Ali (2015)'nin yapmış olduğu çalışmada eğitim seviyesi arttıkça kaygının azaldığı, yine Yel ve Ünsar'ın (2020) çalışmasında da aynı sonucu buldukları saptanmıştır (Ali 2015, Yel ve Ünsar 2020). Bu sonucun eğitim seviyesinin artması ile stresle baş etme yöntemlerinin bilinmesi ve sağlık okuryazarlığının artmasının; hastalık yönetiminin iyi yapılması, tedaviye bağlılık, yaşam tarzı planlanmasında bilinçli karar verilmesi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların gelir durumlarına göre kaygı düzeyleri incelendiğinde; gelir durumu gider durumundan fazla olanlarda, durumluk kaygı puanı daha fazla olduğu saptandı. Bural Aydın'ın (2023) çalışmasında geliri giderinden eşit olanların durumluk kaygıları, geliri giderinden az olanlarda daha düşük bulunmuştur (Bural Aydın 2023). Hastalık, hastaneye yatma ve ameliyat olma süreci ve bu sürecin yol açtığı bilinmezlik korkusu hastaların hem bilgilendirme hem de danışmanlık gereksinimlerini arttırmaktadır. Özellikle bu durum eğitim ve gelir seviyesi düşük hastalar için önemli olsa bile eğitim seviyesi yüksek ve gelir düzeyi iyi olan hastalar da aynı endişe ve korkuyu yaşayabilmektedirler.

Çalışmamızda, birlikte yaşanan kişiler ile anksiyete durumları incelendiğinde çocukları ile birlikte yaşayan kişilerin, yalnız yaşayan kişilere göre anksiyete ile daha az baş edebildiği bulundu. Evlatların bireylere yaşam desteği sağladığı, ancak onlara karşı hissedilen sorumluluk duygusundan dolayı anksiyete ile baş edemedikleri düşünül-

müştür. Karabiber ve Dığın (2023)'ın yaptığı çalışmaya bakıldığında ise birlikte yaşanan kişiler ile anksiyete arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Karabiber ve Dığın 2023). Bu farklı sonuçların örneklem çeşitliliği ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada herhangi bir işte çalışmayanların sürekli kaygı ölçeği puanı, çalışan hastalara göre daha fazla bulunurken buna karşın Atik ve ark.'nın (2017) yaptığı çalışmada, çalışan hastalarda anksiyete puanı daha fazla çıkmıştır (Atik ve ark 2017). Buna göre araştırmada çalışmayan hastaların sürekli kaygı ölçeği puanının yüksek çıkması hastaların çalışma hayatından uzakta sosyal açıdan desteklerinin olmaması ya da yaşanması düşünülen maddi ihtiyaçların bu sonuca yol açtığı düşünülebilir.

Sigara kullanımı ile KAG ilişkisine kaygı düzeyine yönünden bakıldığında ise durumluk kaygı puanı, kullanmayanlara göre daha fazla olduğu saptandı. Literatürde, benzer olarak sigara kullananların anksiyete puanın kullanmayanlara göre fazla olduğu bulunmuştur (Polat 2018). KAH için bir risk faktörü olan sigaranın (Wang, Yu, Wang, Huang ve Li 2021, Omid ve ark. 2020) aynı zamanda strese de neden olduğu söylenebilir. Aynı zamanda sigara kullanan kişilerin anjio ile ilgili kaygısının yüksek çıkmasının nedenini hastaların sigaranın sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğinin farkında olmaları ve bu nedenle de kaygı duyduklarına bağlayabiliriz.

Alkol kullanımı ile KAG ilişkisine kaygı düzeyine yönünden bakıldığında alkol kullananmayan kişilerin sürekli kaygı seviyesi daha fazla bulunmuş olup bu durumda alkol kullanan kişilerin kaygı seviyesi, kullanmayan kişilere göre daha düşük olduğu saptandı. Alkol kullanan hastalarda ise kaygı seviyesinin düşük çıkmasının nedeni hastaların demografik ve kişilik özellikleri ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmadaki katılımcıların bir çoğu tanısını bilmekte olup ancak tanısını bilmeyenlerde durumluk kaygı ölçek puanı bilenlere göre daha yüksek bulundu. Hastaların tanısını bilmemesi, bilinmezlik korkusu, süreç hakkında fikre sahip olmaması gerginliğe neden olması ile bu sonuca sebep olmuş olabilir.

Anjiyo yapılan bölge ile anksiyete ve kaygı durumları incelendiğinde; kasıktan (femoral) anjiyo olanların algılanan stres ölçeği ve tüm alt boyutlarının puanı, koldan (radial) anjiyo yapılanlara göre daha yüksek bulundu. Çıracı'nın (2019) radial ve femoral yoldan anjiyo olanların konfor düzeylerinin araştırıldığı çalışmada radial yoldan anjiyo olanların konfor düzeyinin, femoral yoldan olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuş olup rahatlama ve ferahlık puanları da femoral yola göre daha yüksek çıkmıştır (Çıracı 2019). Buradan yola çıkarak hastaların konfor seviyesinin artması, rahatlık seviyesinin daha fazla olması, anksiyetesinin azalmasında katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Ayrıca literatürdeki bilgiler incelendiğinde femoral yoldan anjiyonun sıklıkla uygulandığı, ancak işlem sonrası bası amaçlı kum torbası konulması, uzun bir süre düz yatırılması gerektiği hastaların yatakta düz yatma zamanının fazla olması, sırt ağrılarına işlem yeri ağrılarına ve bacak ağrılarına sebep olabilmektedir. Ağrı ve anksiyete birbirleriyle etkileşimli stres kaynaklarıdır (Atik ve ark 2017). Cihan'ın (2021) yaptığı çalışmada radial yoldan anjiyo olan hastaların ve yatak istirahati daha kısa olan hastaların konfor düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Cihan 2021). Bu bilgiler femoral yoldan yapılan anjiyonun hastaların anksiyetesinin daha fazla olmasını açıklamaktadır.

Araştırmada, anjiyo yapılacak bölge olarak kasık bölgesini tercih eden hastaların, kol bölgesini tercih edenlere göre algılanan stres ölçeği ve alt boyutları puanı daha yüksek bulundu. Literatürde el ile ve kum torbası ile bası uygulaması çok yaygın olduğu ancak bu uygulamanın hasta konforunu büyük oranda bozduğu bilinmektedir (Beşli, Alişir, Keçebaş, Serdar ve Güngören 2013). Bu sebepten anjiyo tercihi kasık olanların algılanan stres ölçek ve alt gruplarının yüksek olduğu söylenebilir. Diğer yandan bu hastaların kolu tercih etmeme sebebinin ise, radial damar çaplarının daha küçük ve yüzeysel oluşu sebebiyle, acı hissinin daha çok hissedilmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Fındık ve Yıldızeli Topçu' nun (2012) yaptığı çalışmada ameliyat öncesinde verilen bilginin anksiyeteyi azalttığı görülmüştür (Fındık ve Yıldızeli Topçu 2012). Literatürde koroner anjiyografi hakkında bilgi almayan kişilerin kaygı düzeyi, alanlara oranla daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (Balcı ve Enç 2013, Ali 2015). Çalışmamızda bu bilgiye paralel sonuçlar ortaya çıkmıştır. Sonuçlara göre koroner anjiyografi hakkında bilgi almayan kişilerin durumluk kaygı ölçek puanı, bilgi alan kişilere göre daha yüksek çıktığı belirlendi. Bu sonuç bilgilendirme yapılmayan

hastaların daha kaygılı olduğunu göstermektedir. Bireyler yaşam için çok önemli bir organ olan kalp ile ilgili bir işlem olacağını düşündükçe ve buna ölüm korkusu da eşlik edince kaygıları fazla olabilmektedir. Kaygının artması kardiyovasküler sistemi olumsuz etkileyebilmektedir. Bilinen yanlış bilgiler, başkalarından duyulan kötü deneyimler hastaların kafasını karıştırmaktadır. İşlemin nasıl yapılacağını, nerede yapılacağını ve ortamı bilmemek korkuya sebep olmaktadır. Tüm bunlardan dolayı hastalara yapılacak işlem hakkında zamanında ve tam bilgi verilmesi gerekmektedir.

Araştırmada bilgilendirme yapılan hastaların, ne zaman bilgilendirildiği de kaygı düzeyini etkilemiş; anjiyoya giderken bilgi alanların durumluk kaygı ölçek puanı, anjiyo yapılacağı söylendiğinde bilgi alan kişilere göre daha yüksek bulundu. Gören' in (2019) çalışmasında, servise yattıktan sonra bilgi alanların durumluk - süreklilik ölçek puanı, anjiyo yapılacağı söylendiğinde bilgi alanlara göre daha yüksek çıkmıştır (Gören 2019). Hastalara yapılan bilgilendirme kaygıyı azalttığı gibi, bilgi verilme zamanı da hastanın kendini sürece hazırlaması açısından önemlidir. Hastaların fiziksel ve emosyonel olarak kendini hazır hissetmesi için bilgilendirmenin zamanında yapılması kaygı düzeyini azaltacağı düşünülmektedir.

Hastalarda anjiyoya saat kaçta alınacağını bilmeyenlerdeki kaygı düzeyi, bilen kişilere göre daha yüksek bulundu. Gören' in (2019) çalışmasında buna paralel olarak, işlem saatini bilen hastaların durumluk süreklilik kaygı puanı, bilmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur (Gören 2019). Hastalarda bilinmezlik korkusunun kaygıyı arttığı görülmüştür. Ayrıca hastaların anjiyografi öncesinde önemli derecede kaygı yaşadığı, anjiyo olacak olmanın korkuyu ve anksiyeteyi arttırdığı çalışmalar ile saptanmıştır (Nekouei, Yousefy, Manshaee ve Nikneshan 2011, Delewi et al 2016, Tel, Yazıcı Sayın, Yılmaz, Tel ve Güneş 2011). Hastaların koroner anjiyografi öncesinde yaşadığı kaygının hemodinamik değişikliklere de sebep olduğu bilinmektedir (Nekouei et al 2011). Bu durumda hastaların anjiyo olacağı zamanı bilmesinin kaygı düzeyini etkileyen önemli bir faktör olduğu ortaya çıkmış ve anjiyografi öncesinde hasta bilgilendirilmesinin önemli olduğu görülmüştür.

Cihan'ın (2021) yaptığı çalışmada hekimden bilgi alan kişilerin konfor düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuş, hastaların hekimden bilgi aldıklarında daha iyi hissettikleri

saptanmıştır (Cihan 2021). Çalışmada bilgilendirme alan kişiler arasında, bilgilendirmeyi arkadaş komşu akrabadan alanların, hekimden bilgi alanlara göre durumluk kaygı ölçek puanı yüksek bulundu. Bunun nedeni objektif bilgi aktarılmaması yanlış bilgi verilmesi veya kötü deneyimler olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca hemşirelerin bilgi vermeye daha az zaman ayırması hastalar üzerinde daha az bilgiye sahip oldukları algısını oluşturmaktadır. Bu sebeple hastalar ile en yakın iletişimde olan hemşirelerin, güven bağıını oluşturmak ve hastaların bilgi eksikliğini tamamlamak için bilgilendirme yapmaları gerekmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner anjiyografi olacak hastaların algıladıkları stres durumları ve kaygı düzeylerinin incelendiği çalışmada;

- Cinsiyet, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişiler, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanım durumları, çalışma durumları, tanısını bilme durumu, koroner anjiyografi olma nedeni, anjiyografinin nereden yapılacağı, hastaların nereden anjiyo olmak istediği, koroner anjiyografi ile ilgili bilgi alma durumları ve bilgiyi kimden ve ne zaman aldığı, anjiyografiye ne zaman alınacağı gibi değişkenlerin kaygı düzeyini etkilediği bulundu.
- Ancak egzersiz yapma, medeni durum, çocuk durumu, sosyal güvence, ek hastalıklar, ilaç kullanımı ve sayısı, ailede koroner arter hastalığı var olması ve koroner anjiyografi geçiren birey olması, hastaneye başvurma yeri, KAH nedenli yatış varlığı ve sayısı, KAG sayısı, daha önce anjiyo olunan bölge ve anjiyo olacağı bölgeyi bilmesi gibi değişkenlerin ise etkilemediği görüldü.
- Çalışmada, kadınların, ilkokul ve öncesi eğitim durumunda olanların, gelir durumu daha iyi olanların kaygı ve aksiyetesinin yüksek olduğu, çocukları ile yaşayan kişilerin stresle daha iyi baş edebildiği, sigara kullanan kişilerin kaygısı daha fazla bulunurken, alkol kullanmayan kişiler daha kaygılı olduğu bulundu.
- Çalışmayan hastaların, tanısını bilmeyenlerin, kontrol amaçlı anjiyografi olanların daha kaygılı olduğu, ayrıca kasıktan anjiyo olacakların anksiyetesinin daha yüksek olduğu bulunurken, kasıktan olmak isteyenlerin anksiyetesinin daha yüksek olduğu bulundu.
- Koroner anjiyografiye gideceği sırada bilgi alanların, bilgiyi hekim dışı kişilerden alanların, hiç bilgi almayanların ve kaçta anjiyo olacağını bilmeyenlerin kaygı ve anksiyetesi daha yüksek bulundu.

- Sonuç olarak; koroner anjiyografi yapılacak hastalarda, işlem yapılacak bölgenin anksiyete ve kaygı düzeyine etki ettiği saptandı. Özellikle kasık bölgesinden koroner anjiyografi olacak hastalarda algılanan stres ölçek ve algılanan stres alt boyut puanları koldan anjiyo yapılanlara göre daha yüksek bulundu.

Hastaların Algıladıkları Stres Durumları ve Kaygı Düzeylerini Azaltabilmek İçin Öneriler

- ✓ Sağlık ekibinin çok önemli üyelerinden biri olan hemşirelerin, hastaların rahatsızlığını gidermek için kaygılarını değerlendirmeli ve kontrol altına almaya çalışmalıdır.
- ✓ Hemşirelerin hastaya yaklaşımı hastaların tedaviye uyumunu ve hastalığı algılayışını etkileyebilmektedir. Bu nedenle hastaların tüm özellikleri dikkate alınmalıdır. Özellikle kadın hastalarda olduğu gibi duygusal olarak hassas bireylere bakım ve bilgi verirken daha dikkatli olunmalıdır. Hastaların tedirginlikleri giderilmeye çalışılmalı, bilgi eksiklikleri tamamlanmalıdır.
- ✓ Öğrenim düzeyi düşük hastalar için anlayabileceği şekilde, daha uygun eğitim metotları kullanılarak eğitim verilirken, tedavi, bakım ve süreç konuları uygun şekilde açıklanmalıdır. Örnekleme, fotoğraf, broşür ve benzeri şeylerle bilgilendirme desteklenmelidir. Kaygı düzeyini en aza indirmeye çalışılmalıdır.
- ✓ Gelir durumu düşük olan ve çalışmayan hastaların, kaygıları dinlenmeli soruları cevaplanmalı, işlem sonrası erken mobilizasyon için tedaviye uyumu sağlanmalıdır. Buna uygun gerekli eğitimler verilmelidir.
- ✓ Hemşireler aile yapısını dikkate alarak, hastanın evinde bakıma muhtaç çocuk veya ebeveyn gibi kişilerin olması durumunda, sorumluluk duygusu fazla olacağı için, hasta bütüncül yaklaşım ile hemşirelik bakımı vermeli, anksiyete ile baş etme yöntemlerini öğretmelidir.

- ✓ Hastalık hakkında gerekli tüm bilgilendirmeler hekimle birlikte verilmelidir. Tanısı ve bundan sonra hayatında yapması gereken değişiklikler hastaya uygun bir iletişim dili ile anlatılmalıdır.
- ✓ Hemşireler işlem hazırlıkları öncesinde, işlem bölgesinin (biliniyor ise) yerini göstermeli, işlem sonrası yaşanılacak durumları ve yapılması gerekli şeyleri (uzun süre düz yatma, kum torbası konulması veya kolda hareket kısıtlılığı, ağrı vb.) ayrıntılı bir şekilde açıklanmalıdır.
- ✓ Hastaların kaygıları dinlenmeli, soruları yanıtlanmalı ve hastaya her anında yanında olunacağı ve destek olunacağı söylenmelidir. Mobilizasyon zamanı ile ilgili bilgi verilmeli ve hastanın tedaviye katılımı sağlanmalıdır.
- ✓ Hastaların işlem bölgesi tercihi hekime iletmeli ve hekimin bu konuda hastalar ile görüşmesi sağlanmalıdır. Mümkün olup olmadığı, sebepleri ile birlikte hastaya açıklanmalıdır.
- ✓ Hastaların anjiyo olacağı kesinleştiği ilk andan itibaren anjiyo hakkında bilgi alması sağlanmalıdır ve eğer belli ise saat kaçta alınacağı söylenmelidir. Kendilerini hazır hissetmesi için destek olunmalıdır. Hekim eşliğinde hastaların soruları cevaplanmalı, olası risk ve komplikasyonlar yönünden de bilgilendirilmelidir.
- ✓ Koroner anjiyografi, koroner arter hastalıklarının tanısını belirlenmesinde ve özellikle akut kalp krizlerinde hayat kurtarıcı olan, izlem sürecindeki hastalara tedavi imkânı sunan tanı ve tedavi yöntemidir. Dünya’da ve ülkemizde çok sık uygulanan bu yöntem konusunda, hastaların tedaviye uyumu ve katılımı, bilinmezlik korkusu ve işlem öncesi bilgi eksikliğinin yarattığı anksiyete ve kaygının önlenmesi ve bunların sebep olabileceği komplikasyonların önüne geçilebilmesi açısından hastalara etkili eğitimler verilmelidir. Etkin ve doğru bilgilendirme için sağlık personeli düzenli olarak eğitim almalı, sertifika programlarına katılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abacı A. (2009). Kronik Koroner Arter Hastalığı. 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Kongre Kitabı, 41-42.
- Ali S. (2015). Determination The Level of Anxiety Among Patients Scheduled for Diagnostic Cardiac Catheterization. *Journal of Babylon University*, 23, 891-898.
- Atik D, Atik C, Karatepe H, Karatepe C, Çınar S. (2017). The effect on anxiety level of coronary angiographic result and the perception of pain. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(2), 391–398.
- Augustin AC, de Quadros AS, Sarmento-Leite R. (2010). Early sheath removal and ambulation in patients submitted to percutaneous coronary intervention: a randomised clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 939–945.
- Balcı A, Enç N. (2013). Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel-İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5):41-50.
- Barlow DH. (2004). Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. Guilford press, New York.
- Beşli F, Alishir MF, Keçebaş M, Serdar OA, Güngören F. (2013). Kalp kateterizasyonu ve elektif perkütan girişimlerde periferik damar komplikasyonları açısından femoral arter pnömotik kompresyon cihazının kum torbası yöntemi ile karşılaştırılması. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardio*, 2013;41(6):478-485.
- Bilge A, Ögce F, Genç R, Oran N. (2009). Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)’nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Uygunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(25), 61-72
- Bilgi M, Yıldırım A, Ulus T, Müderrisoğlu H. (2010). The frequency of silent myocardial ischemia associated with femoral sheath removal and hemostasis

- after percutaneous coronary intervention: evaluation with 12-lead ST-segment monitoring. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol*, 38(7):453-458.
- Buldan Ö, Kurban NK. (2018). Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 274-282.
- Bural Aydın S. (2023). Avrasya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda İşlem Öncesi Ve İşlem Sonrası Kaygı Durumunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Prof. Dr. Gülşah BALIK)
- Cihan Z. (2021). Koroner anjiyografi geçiren hastalarda immobilizasyon konforu, hematoma ve ağrıyı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep. (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Özlem IŞIL)
- Çıracı B. (2019). Radial ve femoral girişli anjiyografilerde hastaların konfor düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Medipol Üniversitesi. İstanbul. (Danışman: Doç. Dr. Selda Rızalar)
- Delewi R, Rohlin WJ, Wagenaar TC, Zwemstr M, Meesterma MG, Vis MM, Wykrzykowski JJ, Koch KT, de Winter RJ, Baan J Jr, Piek JJ, Sprangers MA, Henriques JP. (2016). Anxiety levels of patients undergoing coronary procedures in the catheterization laboratory. *International Journal of Cardiology*, 228, 926-930
- Demir Ö, Arslantaş H. (2014). Müzik Eşliğinde Yapılan Kas Gevşeme Egzersizi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 5(3):113-121
- Demir Ö, Arslantaş H. (2016). Müzik Eşliğinde Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizinin Anjiyografi Ve Perkütan Transluminel Koroner Anjiyoplasti Olacak Hastaların Yaşam Bulgularına Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 10-17.
- Durusoy E, Yıldırım T, Altun A. (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Balkan Medical Journal*, (1), 13-18.

- Ehtiyar R, Üngüren E. (2008). Turizm eğitimi alan öğrencilerin umutsuzluk ve kaygı seviyeleri ile eğitime yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1 (4); 159-181.
- Ekiz S, Göz F. (2010). Koroner Anjiyografi Öncesi Hastaları Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1):20-3.
- Fındık Ü, Yıldızeli Topçu S. (2012). Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 22-33.
- Fındık ÜY, Topçu Yıldızeli S. (2012). Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2); 22-33.
- Gaine SP, Sharma G, Kulesi-Rader A, Botros M, Kovell L, Parakh A, Wood MJ, Harrington C. (2022). Multimodality Imaging in the Detection of Ischemic Heart Disease in Women. *J. Cardiovasc. Dev. Dis.*, 9(10), 350.
- Gök F, Kabu Hergül, F. (2020). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 195-206.
- Gören EN. (2019) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastaların Koroner Anjiyografi Öncesi Kaygı Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa. (Danışman: Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu)
- Gül Aİ, Ede H, Ardahanlı İ, Daar G. (2015). Mood and personality changes in the patients undergone coronary angiography. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16:276-283.
- Hajar R. (2017). Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. *Heart views:the official journal of the Gulf Heart Association*, 18(3),109–114.
- https://doi.org/10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS_106_17

- Jariwala P, Jadhav K. (2022). Dual left anterior descending artery: Case series based on novel classification and its therapeutic implications. *Indian Heart Journal*, Volume 74, Issue 3, Pages 218-228.
- Kahraman Özlü Z, Özlü İ, Bağdigen M, Öncer H. (2021). Koroner Anjiyografi ve Elektif Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Mahremiyetin Anksiyete Üzerine Etkisinin Belirlenmesi: Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*.
- Kannel WB, Dawber TR, Kagan A, Revotskie N, Stokes III J. (1961). Factors of Risk in the Development of Coronary Heart Disease—Six-Year Follow-up Experience: The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine*, s. Volume 55, Number 1.
- Karabiber M, Dığın F. (2023). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olacak Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 8(4): 1070-1078.
- Karakuşlu M, Öztürk Ş. (2023). Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(2), 99-106. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1235789>
- Karakula S. (1999). Koroner by-pass ameliyatı geçiren hastalarda bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gönül ÖZGÜR)
- Karataş Z, Arslan D, Karataş ME. (2014). Examining teachers's trait, state cursive handwriting anxiety. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 14 (1); 241-248.
- Kaya M, Varol K. (2004). İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (Samsun örneği). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17; 31-63.

- Kaya MN. (2019). Anjiyo Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Anksiyete Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Sıdıka OĞUZ)
- Klopfenstein CE, Forster A, Gessel EV. (2000). Anesthetic assesstment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anesth*, 47 (6): 511-5.
- Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, Prescott E, Storey RF, Deaton C, Cuisset T, Agewall S, Dickstein K, Edvardsen T, Escaned J, Gersh BJ, Svtil P, Gilard M, Hasdai D, Hatala R, Mahfoud F, Masip J, Muneretto C, Valgimigli M, Achenbach S, Bax JJ, ESC Scientific Document Group. (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European heart journal*, 41(3), 407–477. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>.
- Koplay M, Erol C. (2013). Koroner Arter Hastalığı. Türk Radyoloji Seminerleri,1, 57-69.
- Mahmood S. (2009). Pathology of Coronary Artery Disease and Ischemic Heart Disease. A. Movahed, G. Gnanasegaran, J. Buscombe, & M. Hall (Dü). Integrating Cardiology for Nuclear Medicine Physicians. Springer Berlin. 2009. ss. 23-30.
- Mahmood S, Levy D, Vasan R, Wang T. (2014). The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *Lancet (London, England)*, 15;383(9921):999-1008
- Mavili E, Şenol S. (2015). Temel Angiyografi: Arter Girim Yolları ve Malzeme Tanıtımı. Trd Sem; 3: 247-254.
- Moradipanah F, Mohammadi E, Mohammadil A. (2009). Effect of music on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(3), 639–647.

- Nekouei Z, Yousefy A, Manshaee G, Nikneshan S. (2011). Comparing anxiety in cardiac patients candidate for angiography with normal population. *Arya Atheroscler*, 7(3):93-6
- Nikfarjam M, Firouzkouhi M, Shahdadi H, Abdollahimohammad A. (2020). Anjiyografi adaylarında stres ve anksiyete üzerine hemşirelik konsültasyonu ve rehberli görüntüye dayalı eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması: Klinik bir çalışma. *Tıbbi-Cerrahi Hemşireliği Dergisi*, 9(3).
- Niu J, Shi X, Yang Y. (2020). The Clinical Effect of Psychological Nursing on Patients Undergoing Coronary Angiography Based on Gold Nanoparticle Contrast Agents. *Journal of Nanoscience and Nanotechnology*, 20(10), 6577–6583. doi:10.1166/jnn.2020.18601
- Omidi N, Sadeghian S, Salarifar M, Jalali A, Abbasi SH, Yavari N, Ghorashi MS, Alidoosti M, Poorhosseini H. (2020). Relationship between the severity of coronary artery disease and cardiovascular risk factors in acute coronary syndrome: based on tehran heart center's data registry. *J Tehran Univ Hear Cent*, 15(4):171–6
- Öner N, LeCompte A. (1998) Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri El Kitabı. 2. baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Öz F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2. Baskı. Mattek Matbaacılık. Ankara.
- Özdemir PG, Selvi Y, Boysan M, Özdemir M, Akdağ S, Öztürk F. (2015). Relationships between coronary angiography, mood, anxiety and insomnia. *Psychiatry Research*, 228(3), 355-362.
- Özger Ö, Olgun N. (2009). Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti Sonrası Kanama Komplikasyonu Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(2):47-54.
- Öztürk A. (2008). Manisa Celal Bayar Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğretmenlik Programı öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. Pamukkale Üniversitesi

- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı.
Denizli. (Danışman: Bülent Ağbuğa)
- Öztürk O. (1981). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, *Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği*.
Ankara. 1981. Yayını No.7. ss. 40-42.
- Özyürek A, Demiray K. (2010). Yurtta ve ailesi yanında kalan ortaöğretim
öğrencilerinin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*,
11 (2); 247-256
- Pamuk Cebeci S, Veremci Ş. (2022). Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalara
Yönelik Hemşirelik Bakım Girişimlerinin Değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık
Bilimleri Dergisi*, 5(3), 45-53. <https://doi.org/10.53493/avrasyasbd.1077505>
- Polat N. (2018). Koroner Anjiyografi Öncesi Bilgilendirmenin Hastaların Anksiyetesi
Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Danışman: Prof. Dr.
Nedime KÖŞGEROĞLU)
- Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. (2016). Epidemiology of
coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Ann Transl Med.*, Jul;
4(13): 256.
- Scanlon PJ, Faxon DP, Audet AM, Carabello B, Dehmer GJ, Eagle KA, Legako RD,
Leon DF, Murray JA, Nissen SE, Pepine CJ, Watson RM, Ritchie JL,
Gibbons RJ, Cheitlin MD, Gardner TJ, Garson A, Jr Russell RO, Jr Ryan TJ,
Smith SC Jr. (1999). ACC/AHA guidelines for coronary angiography. A
report of the American College of Cardiology/American Heart Association
Task Force on practice guidelines (Committee on Coronary Angiography).
Developed in collaboration with the Society for Cardiac Angiography and
Interventions. *Journal of the American College of Cardiology*, 33(6), 1756–
1824. [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(99\)00126-6](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(99)00126-6).
- Spielberger CD, Sarason IG. (1976). Stress and Anxiety. The Series in Clinical
and Community Psychology, Hemisphere Publishing Corporation,
Washington, London.

- Sevinç S. (2016). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. Editörler: Nimet Ovayolu, Özlem Ovayolu. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. Bölüm 7. ss:211-215.
- Şahin M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Şahinkuş S, Aksoy MNM, Aydın E, Eynel E, Akçay Ç, Kocayığit İ, Can Y, Kılıç H, Akdemir R. (2020). 2018 Yılında Tek Merkezde Primer Perkutan Koroner Girişim Yapılan Hastaların Klinik Özellikleri, Anjiyografi İşleminin ve Hastane İçi Klinik Sonuçların Analizi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(2), 197-204.
- Şatıroğlu Ö, Vural M, Bostan M, Bozkurt E. (2011). Patient's knowledge level and expectations about coronary angiography. *Dicle Tıp Dergisi*, 38 (3): 278-281.
- Tel H, Yazıcı Sayın Y, Yılmaz M, Tel H, & Güneş P. (2011). Anxiety In Patients Before Coronary Angiography. *European Psychiatry*. Vol.26.
- TKD (2005). Girişimsel kardiyolojide yetkinlik kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş* 2005; 33:0-0
- TKD (2007). Perkutan Koroner Ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Klavuz Yayınları 2. Basım. Ocak.
- Tok Özen A, Şenol Çelik S. (2010). Koroner Anjiyoplasti Ve İntra Koroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13: 2
- Türker E, Bedük T. (2021). Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların ve Eşlerinin Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 80-90.
- Vizeli M. (2010). Koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda müzik terapisinin anksiyete düzeyine etkisi. Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Leman Şenturan)
- Wang X, Yu D, Wang J, Huang J, Li W. (2021). Analysis of coronary artery lesion degree and related risk factors in patients with coronary heart disease based

on computeraided diagnosis of coronary angiography. *Comput Math Methods Med*, 2021:2370496.

Yel P, Ünsar S. (2020). Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 11(24):7–15.

Yokuş T. (2013). The relationship between the state-trait anxiety levels and academic achievement of music teacher candidates. *International Online Journal of Primary Education*, 2 (1); 25-31.

Yıldırım G. (2022). Koroner Arter Hastalığı Ve Hemşirelik Bakım. Editör Sevil Güler. Sağlık & Bilim 2022 Hemşirelik-1. 1. Basım. Efe Akademi Yayıncılık. İstanbul. 2022. ss: 31-44.

Yılmaz İA, Dursun S, Güngör Güzeler E, Pektaş K. (2014). Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi: Bir Örnek Çalışma. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 4(4), 16-26. <https://doi.org/10.17339/ejovoc.82823>

Yılmaz M, Sayın Y, Tel H. (2012). Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgi Gereksinimleri ve Anksiyete Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 4(2).

Yılmazel G, Ahçıoğlu A. (2021). Coronary Artery Disease and Health Literacy Via Public Health View. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 81-88.

EKLER

EK.1: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ETİK KURUL ONAY BELGESİ


**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih	10.11.2022
Raporörün Adı/Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi Çağrı Düzyol
Araştırmacının Adı	Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Algıladıkları Stres Durumları ve Kaygı Durumlarının Belirlenmesi
Sorumlu Araştırmacı/Koordinatörün Adı	Dr. Öğr. Üyesi Hande Cengiz Açıl
Yardımcı Araştırmacılar	Hem. Ayşe Nur Aydın
Varsa, Protokol Numarası	2022-129
Araştırmanın Niteliği	☒ Tez (Hem. Ayşe Nur Aydın- Yüksek Lisans Tezi) ☐ Bireysel araştırma ☐ Destekleyici çalışması

	Var /Uygun	Gereksiz	Yok/ Hayır	Gerekli açıklamalar
Araştırmanın açık adı	☒	☐	☐	
Araştırmanın onaylandığı başka ülkeler var mı?	☐	☐	☒	
Araştırma pediatrik popülasyonda yürütülecek mi?	☐	☐	☒	
Araştırmanın niteliği	☒	☐	☐	
Varsa destekleyiciyi belirtiniz: yok				
Varsa destekleyicinin yasal temsilcisini belirtiniz:-				
ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER				
Araştırılan tıbbi durum veya hastalığı belirtiniz: Koroner Anjiyografi/Stres Kaygı				
Araştırmanın amacını belirtiniz: Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların algıladıkları stres durumları ve kaygı durumlarının belirlenmesi				
Gönüllülerin dahil etme kriterleri	☒	☐	☐	
Gönüllülerin hariç tutma kriterleri	☒	☐	☐	
Araştırmanın kapsamını belirtiniz: Girişimsel Olmayan				
Araştırmanın Tasarımı: Tanımlayıcı/ Anket Çalışması				
Araştırma Süresi: 6 ay				
ARAŞTIRMADAKİ GÖNÜLLÜ POPÜLASYONU				
Yaş aralığını belirtiniz: 18 yaş ve üzeri				
Cinsiyeti belirtiniz: -				
Araştırmaya dâhil edilmesi planlanan gönüllü sayısını belirtiniz: 279 kişi				
Gönüllünün araştırmaya katılımı sona erdikten sonra verilmesi planlanan tedavi veya bakımı	☐	☐	☐	
BAŞVURUDA YER ALAN KLİNİK ARAŞTIRMA MERKEZLERİ / ARAŞTIRMACILAR				
Çalışmaya katılan merkezleri belirtiniz: SBÜ. Kocaeli Derince EAH./ Koroner Yoğun Bakım Ünitesi				
Araştırmanın gerçekleştirilmesinde kullanılacak olan merkezi teknik tesisler, temel değerlendirme kriterlerinin ölçümü veya değerlendirilmesinin merkezileştirildiği laboratuvar veya diğer teknik tesisleri belirtiniz:				
İLGİLİ BELGELER				
Araştırma protokolü/Protokol bilgileri	☒	☐	☐	

1



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

	Var /Uygun	Gereksiz	Yok/ Hayır	Gerekli açıklamalar
<i>formu eksiksiz mi?</i>				
Türkçe protokol özeti (Uluslararası çalışma ise)	☐	☒	☐	
Araştırma akış şeması	☐	☒	☐	
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) (İçeriği, dili, teknik terimler, v.b)	☒	☐	☐	
Olgu rapor formu ya da anket	☒	☐	☐	
Araştırma ürününe ait Türkçe veya varsa orijinal etiket örneği	☐	☒	☐	
Araştırma ürününe ait Türkçe kullanma talimatı/kısa ürün bilgisi örneği	☐	☒	☐	
Sigorta (Faz IV dışındaki araştırmalar için)	☐	☒	☐	
Araştırma bütçesi	☒	☐	☐	
Destekleyici ait noter tasdikli imza sirküleri	☐	☒	☐	
Koordinatör (tek merkezli araştırmalarda sorumlu araştırmacı) ve araştırma eczacısının özgeçmişi * *Güncel formatta, adı soyadı ve unvanı el yazısı ile yazılmış, tarihli ve ıslak imzalı olmalıdır.	☒	☐	☐	
Biyolojik Materyal Transfer Formu örneği (BMTF)	☐	☒	☐	
Varsa yetkilendirme belgeleri	☐	☒	☐	
Varsa gönüllü bilgilendirme metinleri	☐	☒	☐	
Varsa ilanlar	☐	☒	☐	
Varsa hasta kartı / günlüğü	☐	☒	☐	
Çalışmaya ilişkin destekleyici belge/literatür	☒	☐	☐	
BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI (Islak)	☒	☐	☐	

Eksik/hatalı bulunan diğer konular:
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

EK.2: TANITICI BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz?

A. Erkek B.Kadın

2.Yaşınız:.....

3.Eğitim düzeyiniz?

A.Okur-Yazar Değil

B.Okur –Yazar

C.İlkokul

D. Ortaokul

E.Lise

F.Üniversite ve Üzeri

4. Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

Gelirim Giderimden Az ()

Gelirim Giderime Eşit ()

Gelirim Giderimden Fazla ()

5. Nerede yaşıyorsunuz?

Eşimle ()

Yalnız ()

Çocuklarla ()

Evde-Eşim ve Çocuklarla ()

Diğer aile üyeleri (Anne, baba, kardeşler, gelin, torun, v.b.)

6. Egzersiz yapıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

7. Medeni Durumunuz?

A.Evli B.Bekar

8. Kaç çocuğunuz bulunmaktadır?

A.Yok B.1 C.2 D.3 E.4 ve üzeri

9. Çalışma Statünüz Nedir?

A.Memur B.İşçi C.Serbest Meslek D.Ev hanımı E.Emekli F.Çalışmıyor

10. Sosyal güvenceniz?

A.Var B.Yok

11. Tanınızı biliyor musunuz?

A.Evet B.Hayır C.Henüz konmadı

12. Soruya yanıtınız ‘’Evet’’ ise Tanınız nedir?

Örneğin, Miyokard infarktüsü (MI), Angina pectoris, Kalp yetersizliği,

Dilate kardiyomiyopati, Akut akciğer ödemi

13. Tanınız ne zaman konuldu?

14. Başka bir hastalığınız var mı?

A.Hastalık yok

B.Hipertansiyon

C.Solunum sistemi hastalıkları

D.Diyabet

E.Nörolojik problemler

F.Diğer.....(belirtiniz)

15. İlaç kullanıyor musunuz?

A.Evet B.Hayır

16. Soruya yanıtınız ‘‘Evet’’ ise kullandığınız ilaçlar nedir?

Günlük alınan ilaç sayısı

A. Hiç ilaç kullanmıyor

B. 5’den az

C. 5-8

D. 8’den fazla

17. Ailenizde Koroner Arter Hastalığı (KAH) tanısı olan biri var mı?

A.Evet B.Hayır

18. Soruya yanıtınız ‘‘Evet’’ ise kim olduğunu açıkça belirtiniz.

19. Hastaneye nereden başvurdunuz?

A.Poliklinik B.Acil Servis

20. Daha önce Koroner Arter Hastalığı nedeniyle hastaneye yattınız mı?

A.Evet B. Hayır

21. Soruya yanıtınız ‘Evet’ ise kaç kez hastaneye yattınız?

A.1 B.2 C.3 ve daha fazla

22. Ailenizde Koroner Anjiyografi (KAG) yapılan var mı?

A. Evet B.Hayır

23. Soruya yanıtınız’’Evet’’ ise açıkça belirtiniz.

24. Kaç kez Koroner Anjiyografi işlemi geçirdiniz?

A.1 B.2 C.3 ve daha fazla

25. KAG nedeniniz nedir?

A.Kontrol B.Tanı C.Girişimsel (stent, PTKA) D.Diğer

26. Daha önce anjiyo olduysanız, hangi bölgeden olmuştunuz?

A.Kasık B.Kol

27. Şimdiki anjiyonuzun vücudunuzun hangi bölgesinden yapılacağını biliyor musunuz?

A.Evet B. Hayır

-Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise nereden?

A.Kasık B.Kol

28. Tercih hakkınız olsaydı hangisini seçerdiniz?

A.Kasık B.Kol

29. Anjiyografi ilgili bilgi aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 26. soruya geçiniz.)

A.Evet B.Hayır

30. Eğer bilgi aldıysanız ne zaman bilgi aldınız?

A.Servise yattıktan sonra

B.KAG yapılacağı söylendiğinde

C.KAG'ye giderken

31. Anjiyografi ile ilgili bilmek istediğiniz konular nelerdir? Açıklayınız.

Koroner anjiyografi için yapılması gereken hazırlıklar ()

Koroner anjiyografi yapacak ekip ve anjiyografi ortamı ()

Koroner anjiyografinin nasıl uygulanacağı ()

Koroner anjiyografi öncesi, esnası ve sonrasına yönelik açıklamalar ()

32. Anjiyografi konusunda bu bilgileri kimden aldınız?

A.Hemşire B.Hekim C.Hekim ve Hemşire D.Arkadaş komşu ve akraba F.Sosyal medya ve iletişim araçları

33. Anjiyografi işlemine saat kaçta alınacağınızı biliyor musunuz? A.Evet B.Hayır

34. Sigara kullanıyor musunuz? A.Evet B.Hayır

35. Alkol kullanıyor musunuz? A.Evet B.Hayır

EK.3: ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Aşağıda geçen ay boyunca yaşamış olabileceğiniz duygu ve düşüncelerinizi içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu **geçen ay boyunca** ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Beklemediğim bir olaya karşı sıkıntı yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Önemli olayları kontrol edemedim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Kendimi stresli hissettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Kişisel problemlerimi çözmeye konusunda kendime güvendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaşamımda her şey yolunda gitti.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Yaşamımdaki öfkemi kontrol ettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Kontrolüm dışındaki olaylar beni öfkeliendirdi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Ustesinden gelemediğim zorluklar yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Ölçek kullanımı için izin belgesi;

EK.4: DURUMLUK-SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ - Devamı

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ölçek kullanımı için izin belgesi;



ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ayşe Nur (AYDIN) KADAYIF

Doğum Yeri ve Tarihi: XXXXXXXXX

Medeni Durumu: XXXXX

İletişim Adresi ve Telefonu: Kocaeli Şehir Hastanesi / XXXXX

Yabancı Dili: İngilizce

II. Eğitimi

Yüksek Lisans-Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2020

Lisans- Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2014-2018

Lise- Necip Fazıl Anadolu Lisesi 2010-2014

III. Ünvanları

Hemşire

IV. Mesleki Deneyimi

Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi/ Kemik İliği Transplantasyon Kliniği 2019-2020

Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi 2020-2023

Kocaeli Şehir Hastanesi, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi 2023-

V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI. Bilimsel İlgi Alanları

Yayınlar

Aydın, A.N., Cengiz Açıl H. (2023). Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların Yaşadıkları Deneyimler. 13. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi. 13th | UTSAK, 26-27 August, Ankara

VIII. Bilimsel Etkinlikler

VIV. Diğer Bilgiler

