

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ramazan SARI

KORONER ANJİYOĞRAFI UYGULANACAK
HASTALARIN BİLGİ, ANKSİYETE VE KONFOR
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Alev YILDIRIM KESKİN

İSTANBUL, Haziran 2025

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ramazan SARI

224003047

KORONER ANJİYOĞRAFI UYGULANACAK
HASTALARIN BİLGİ, ANKSİYETE VE KONFOR
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Alev YILDIRIM KESKİN

İSTANBUL, Haziran 2025

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ramazan SARI
224003047

KORONER ANJİYOĞRAFI UYGULANACAK
HASTALARIN BİLGİ, ANKSİYETE VE KONFOR
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih:

Tezin Savunulduğu Tarih: 29.05.2025

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Alev YILDIRIM KESKİN

Diğer Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Zeynep SÖNMEZ

İSTANBUL, Haziran 2025

ÖNSÖZ

Tezimin tasarlanması aşamasından itibaren bilgisi, güler yüzü ve samimiyetiyle bana yardımcı olan danışman hocam Sayın Doç. Dr. Alev YILDIRM KESKİN'e,

Çalışmaya katkıda bulunan tüm hastalara,

Sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim canım babam,annem ve abime,

Her zaman ve her konuda olduğu gibi çalışmamda da desteğini esirgemeyen kıymetli eşime ve çok sevdiğim dünya güzelim canım kızım Zeynep Ela'ya tüm kalbimle teşekkür ederim.

Ramazan SARI

ÖZET

KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANACAK HASTALARIN BİLGİ, ANKSİYETE VE KONFOR DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Amaç: Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların bilgi, anksiyete ve konfor düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir tasarım kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Method: Çalışma, 10 Mart 2025-10 Nisan 2025 tarihleri arasında, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kardiyoloji Polikliniğinde Anjio olan 221 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), Genel Konfor Ölçeği (GCS) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımı kullanılarak %90 güven aralığında yapılmıştır. Verilerin istatistiksel testlere uygunluğunu değerlendirmek amacıyla normallik analizi yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri, yüzdeler, Bağımsız Örneklem T-Testi, One Way ANOVA testleri kullanılmıştır. Tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada, hastaların %55,7'sinin erkek, %47,1'inin 56 yaş ve üzerinde olduğu, %38,5'inin ilköğretim mezunu, %45,7'sinin çalıştığı, %59,3'ünün sigara kullandığı saptanmıştır. %81,4'ünün anjiyografi işlemini hiç geçirmediği, anjiyografi geçirenler arasında %10,4'ünün bir kez anjiyografi işlemini geçirdiği bulunmuştur. Hastaların %69,2'sinin anjiyografi işlemi ile ilgili bilgi almadığı tespit edilmiştir. Anjiyografi işlemi ile ilgili daha önceden eğitim/bilgi alan hastaların durumluluk kaygı düzeyinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p < 0,05$), genel konfor, ferahlama ve rahatlama düzeylerinin ise anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p < 0,05$) saptanmıştır. Ancak sürekli kaygı ve sorunların üstesinden gelme boyutlarında belirgin bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Anjiyografi işlemi ile ilgili daha önce eğitim/bilgi alma durumu ile durumluluk kaygı arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon ($p < 0,05$) bulunurken; genel konfor ($p < 0,05$), ferahlama ($p < 0,05$) ve rahatlama ($p < 0,05$) ile negatif ve anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir.

Sonuç: Hastalarda anjiyografi işlemi ile ilgili eğitim/bilgi almanın durumluluk kaygıyı azalttığı, genel konfor, ferahlama ve rahatlama düzeylerini artırdığı saptanmıştır. Bu sonuçlar,

sürekli kaygının konfor algısı ve alt boyutları üzerinde etkili olduğunu, durumluk kaygısının ise konfor algısını etkileyebileceğini, ancak bu etkinin spesifik alt boyutlara yansımadığını göstermektedir. Demografik ve klinik faktörlerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı gibi) kaygı ve konfor düzeyleri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Hasta odaklı bilgi verme ve psikolojik destek uygulamalarının güçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koroner Anjiyografi, Bilgi, Anksiyete, Hasta Konforu.



ABSTRACT

DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE, ANXIETY, AND COMFORT LEVELS OF PATIENTS UNDERGOING CORONARY ANGIOGRAPHY

Objective: A cross-sectional, descriptive and correlational design was used to determine the relationship between the knowledge, anxiety and comfort levels of patients who will undergo coronary angiography.

Method: The study was completed with 221 patients who underwent Angiography in the Cardiology Clinic of Karabük Education and Research Hospital between March 10, 2025 and April 10, 2025. Data were collected using the Personal Information Form, State and Trait Anxiety Inventory (STAI), and General Comfort Scale (GCS) prepared by the researcher. In the analysis of the data, were performed at a 90% confidence interval using SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) software. Normality analysis was performed to evaluate the suitability of the data for statistical tests. Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk Tests, Percentage, Independent-Sample T-test, One Way ANOVA Tests were used. The significance level in all comparisons was accepted as $p < 0.05$.

Findings: In the study, it was found that 55.7% of the patients were male, 47.1% were 56 years of age and over, 38.5% were primary school graduates, 45.7% were working, and 59.3% were smokers. It was found that 81.4% had never undergone angiography and among those who had angiography, 10.4% had undergone angiography once. It was found that 69.2% of the patients did not receive information about the angiography procedure. It was found that the state anxiety level of patients who had previously received education/information about angiography was significantly lower ($p < 0.05$) and their general comfort, relief and relaxation levels were significantly higher ($p < 0.05$). However, it was found that it had no significant effect on the dimensions of trait anxiety and overcoming problems. While a positive and significant correlation ($p < 0.05$) was found between receiving previous education/information about angiography and state anxiety; A negative and significant correlation was found with general comfort ($p < 0.05$), relief ($p < 0.05$) and relaxation ($p < 0.05$).

Conclusion: Receiving education/information about the angiography procedure was found to decrease state anxiety and increase general comfort, refreshment, and relaxation levels. These

results suggest that trait anxiety affects comfort perception and its sub-dimensions, while state anxiety may affect comfort perception, though not in specific sub-dimensions. Demographic and clinical factors (e.g., age, gender, educational status, and smoking) were found to affect anxiety and comfort levels. Strengthening patient-oriented information and psychological support practices is recommended.

Keywords: Coronary Angiography, Information, Anxiety, Patient Comfort.



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xiii
1.GİRİŞ	1
1.1.Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Önemi	4
1.4. Araştırma Soruları	4
1.5.Sınırlılıklar	4
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Koroner Anjiyografi.....	6
2.2. Koroner Anjiyografinin Tarihçesi	6
2.3.Koroner Anjiyografi Endikasyonları.....	7
2.4.Koroner Anjiyografi Komplikasyonları	8
2.5. Koroner Anjiyografinin Kontraendikasyonları	8
2.6.Koroner Anjiyografide Kullanılan Katater Çeşitleri	8
2.7. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	9
2.7.1.Değiştirilemez Risk Faktörleri	10
2.7.2.Değiştirilebilir Risk Faktörleri	10
2.8.Koroner Anjiyografinin Uygulanması.....	13
2.9. Koroner Arter Hastalığı ve Hasta Eğitimi	13
2.9.1.Taburculuk, Hastanın Öğrenim Gereksinimleri ve Bilgilendirilmesi.....	15
2.10.Anksiyete (Kaygı) Kavramı ve Tanımı	19
2.11.Anksiyete (Kaygı) Türleri	20
2.11.1.Objektif/Gerçeklik Anksiyete (Kaygısı).....	21
2.11.2.Törel Anksiyete (Kaygı).....	21
2.11.3.Nevrotik Anksiyete Kaygı.....	22

2.11.4.Durumluk Anksiyete Kaygı.....	23
2.11.5.Sürekli Anksiyete Kaygı	23
2.12. Anksiyete (Kaygı) Düzeyleri.....	24
2.13.Anksiyete (Kaygı) Belirtileri.....	25
2.14.Koroner Anjiyografide Kaygı ve Kaygının Bedensel Yanıtı	26
2.15.Hastaların Konfor Düzeyi	28
2.15.1. Cerrahi İşlemler.....	28
2.15.2. Fiziksel Ortam	28
2.15.3.Anksiyete.....	29
2.15.4.Hemodiyaliz	29
2.15.5.Öz Yönetim	30
2.16.Konfor Kavramı ve Tanımı	30
2.17.Konfor Düzey ve Boyutları	31
2.18.Konfor Kuramının Uygulamada Kullanımı.....	33
2.19.Hastalarının Konfor Düzeyine Göre Bakımı	34
2.20.Konfor Düzeyinin Gelişmesinde Yararlanılan Kuramcılar	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Tipi	38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	38
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.4. Veri Toplama Araçları.....	38
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	41
3.6. Verilerin Analizi.....	41
4. BULGULAR	43
Tablo 1. Katılımcı Bireylerin Kişisel Bilgilerinin Dağılımı (N=221)	43
Tablo 2. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Koroner Anjiyografi Uygulamasına İlişkin Bilgi Düzeyleri (N=221)	44
Tablo 3. Verilerin Normallik Analizi	45
Tablo 4. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Cinsiyet Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)	46
Tablo 5. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Sigara Kullanma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221).....	47
Tablo 6. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Alkol Kullanma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221).....	48

Tablo 7. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Daha Önce Anjiyografi İşlemi Geçirme Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)	49
Tablo 8. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların İşlemle İlgili Daha Önce Eğitim/Bilgi Alma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)	50
Tablo 9. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Yaş Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)	51
Tablo 10. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Eğitim Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)	53
Tablo 11. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Çalışma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221).....	55
Tablo 12. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Anjiyografi İşlemi Geçirme Sayıları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)	57
Tablo 13. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Anjiyografi İşlemine İlişkin Bilgi Düzeyleri ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin İlişkisi	59
Tablo 14. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Durumluk Kaygı Düzeylerinin Konfor Düzeylerine Etkisi.....	60
Tablo 15. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Sürekli Kaygı Düzeylerinin Konfor Düzeylerine Etkisi.....	61
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
6.1. Sonuç.....	68
6.2. Öneriler.....	68
KAYNAKLAR.....	70
EKLER.....	88

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcı Bireylerin Kişisel Bilgilerinin Dağılımı (N=221)	43
Tablo 2. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Koroner Anjiyografi Uygulamasına İlişkin Bilgi Düzeyleri (N=221)	57
Tablo 3. Verilerin Normallik Analizi	58
Tablo 4. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Cinsiyet Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221).....	59
Tablo 5. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Sigara Kullanma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)	60
Tablo 6. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Alkol Kullanma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221).....	48
Tablo 7. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Daha Önce Anjiyografi İşlemi Geçirme Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221) ..	49
Tablo 8. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların İşlemle İlgili Daha Önce Eğitim/Bilgi Alma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)	50
Tablo 9. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Yaş Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221).....	51
Tablo 10. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Eğitim Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221).....	53
Tablo 11. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Çalışma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221).....	68
Tablo 12. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Çalışma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221).....	57
Tablo 13. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Anjiyografi İşlemine İlişkin Bilgi Düzeyleri ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin İlişkisi	59

Tablo 14. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Durumluk Kaygı Düzeylerinin Konfor Düzeylerine Etkisi	60
Tablo 15. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Sürekli Kaygı Düzeylerinin Konfor Düzeylerine Etkisi	61



KISALTMALAR

ACTH :	Adrenokortikotropik Hormon
ADH :	Antidiüretik Hormon
BKİ :	Beden Kitle İndeksi
CCS:	Canadian Cardiovascular Society
CRP:	C-Reaktif Protein
EKG:	Elektrokardiyografi
EKO:	Ekokardiyografi
HRT:	Hormon Replasman Tedavisi
IMA :	İç Meme Arteri
KABG :	Koroner Arter Baypass Greft
KAG:	Koroner Anjiyografi
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
KVH:	Kardiyovasküler Hastalıklar
MI :	Miyokard Infarktüsü
MR:	Manyetik Rezonans
PTKA	Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti
RCA:	Right Coronary Artery
SCORE:	Standing Committee on Research Exchange
TEKHARF:	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TKDHÖKP :	Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ:	Vücut Kitle İndeksi
WHO:	World Health Organization

1.GİRİŞ

1.1.Problem Durumu

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), teknolojik ve bilimsel ilerlemelere rağmen bireylerin sağlığını tehdit eden ve yüksek ölüm oranına sahip önemli bir sağlık sorunudur. Küresel olarak, koroner arter hastalığı (KAH), KVH'den kaynaklanan mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre (2023), dünya genelinde 17,9 milyon kişi KVH nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bu ölümlerin %42,4'ü KAH'a bağlıdır (WHO, 2023). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre (2023), kardiyovasküler hastalıklar %36,0 ölüm oranı ile ilk sırada yer almaktadır. Bunu %33,4 ile iskemik kalp hastalığı ve %24,1 ile diğer kalp hastalıkları takip etmektedir (TÜİK, 2023).

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde en çok önlenebilir hastalıklardan biridir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi için Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı'nı (TKDHÖKP) geliştirmiştir (TKDHÖKP, 2021-2026).

Koroner arter hastalığı (KAH) dünyada ve Türkiye'de önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Erken teşhis, hastalığın seyrini olumlu yönde etkilemekte ve ölüm riskini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır. Günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte KAH'ın teşhis ve tedavisinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi (EKO), kardiyak enzim monitörizasyonu, miyokard perfüzyon sintigrafisi, bilgisayarlı tomografi anjiyografi, stres testi, manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve koroner anjiyografi (KAG) yer almaktadır (TKDHÖKP, 2021-2026).

Koroner Anjiyografi (KAG), kalp hastalığını teşhis etmek için anjiyografi laboratuvarında radyoopak madde içeren bir kateter aracılığıyla koroner damarları görüntülemek için yapılan invaziv bir işlemdir. Koroner anjiyografi, damar yapılarında darlık veya tıkanıklık olup olmadığını değerlendirme fırsatı sunarken, hastanın tedavi süreci de buna göre şekilleniyor. Gelişen teknoloji ile birlikte koroner anjiyografi sadece tanısal bir işlem olmaktan çıkmış, balon anjiyoplasti ve stentleme ile entegre olarak KAH tedavisinin önemli bir parçası haline gelmiştir (Yel ve Ünsar, 2020). Girişimsel kardiyojideki teknolojik yenilikler, cerrahi kardiyovasküler

müdahalelere bir alternatif sunarak daha az ağrılı, minimal invaziv ve daha kısa iyileşme sürelerine sahip tedavilere olanak sağlamaktadır (Karakoç et al., 2017; Timmis, et al., 2018).

Hastalar koroner anjiyografi öncesinde çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlarla başvururlar. İşlemin belirsizliği, olası komplikasyonlar ve hastalığın ciddiyeti bu semptomların gelişmesinde önemli rol oynar. Anksiyete ve depresyon en sık görülen psikiyatrik semptomlar arasındadır (Akkaya et al., 2018). Hastalar, prosedürün ciddi bir kalp rahatsızlığının ortaya çıkmasıyla sonuçlanıp sonuçlanmayacağını bilmedikleri için yoğun bir endişe yaşayabilirler. Ölüm korkusu ve işlem sırasında veya sonrasında gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin endişe, hastanın psikolojik durumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir ve potansiyel olarak anksiyete ve depresyon düzeylerini artırabilir. Günlük yaşamdaki kısıtlamalar, gelecek ve sağlık durumu ile ilgili kaygılar, hastaların sosyal ve duygusal yaşamı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir (Güney, 2023). Bu semptomlar nedeniyle hasta konforunun bozulması, hastane ortamına uyumu zorlaştırabilir ve işlem öncesi hazırlık sürecinde açlık ve intravenöz sıvılar gibi prosedürler rahatsızlığa neden olabilir. Fiziksel belirtiler arasında göğüs ağrısı, çarpıntı ve nefes darlığı yer alır. Bu belirtiler anksiyete ile daha da şiddetlenebilir. Bu gibi durumlarda, bilgilendirici eğitim ve psikolojik destek kaygıyı azaltabilir ve diğer semptomları hafifletebilir (Gökçe ve ark., 2021).

Anksiyete, Latince 'angere' kelimesinden türemiştir ve boğmak veya boğulmak anlamına gelir. Anksiyete, kötü bir şey olacağı korkusuyla bunalmış olma hissidir. Tanım olarak, bir sıkıntı veya üzüntü hissi olarak tanımlanmaktadır (Algur, 2019).

Anksiyete, koroner anjiyografi öncesi hastalarda sık görülen bir semptomdur. Literatürde yapılan çalışmalarda; hastaların orta ve yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (Sesci, 2023; Gökçe ve ark., 2021). Anksiyetenin şiddeti ve sıklığı bireysel faktörlere ve çalışma yöntemlerine bağlı olabilir. Koroner anjiyografi geçiren hastalar üzerinde yapılan çeşitli çalışmalar, eğitim müdahalelerinin anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisini göstermiştir. Literatürde anjiyografi hastalarına işlem öncesinde verilen bilgi eğitiminin etkilerini değerlendiren çalışmalar, bireylerde anksiyete, stres, korku, kaygı ve depresyon düzeylerinde azalma olduğunu vurgulamıştır (Cengizhan, 2018; Haddad, 2018; Gökçe ve ark., 2021; Jamshidi et al., 2019; Şen, 2019; Tunç, 2019; Shamsizadeh, 2013; Xu et al., 2007). Tüm bu çalışmalar, bilgilendirilmiş hasta eğitimi ve aydınlatılmış onama dayalı bilgilendirmenin anksiyete ve stres üzerinde güçlü bir sakinleştirici etkisi olduğunu göstermektedir.

Koroner anjiyografi, kardiyovasküler hastalıkları teşhis ve tedavi etmek için yaygın olarak kullanılan invaziv bir prosedürdür. Koroner anjiyografi geçiren hastaların konforu, işlem öncesi ve sonrasında bir dizi faktör tarafından tehlikeye atılabilir (Güney, 2023). Anjiyografi

öncesinde hastalar göğüs ağrısı ve nefes darlığı gibi semptomlar yaşamakta ve işlem sonrası iyileşme sürecine ilişkin belirsizlik nedeniyle stres, endişe ve kaygı duymaktadır. Hastane ortamı ve prosedürle ilgili kaygı ve endişeler hasta konforunu olumsuz etkileyebilir; Kolcaba'nın konfor teorisine göre konfor fiziksel, psikososyal ve çevresel olmak üzere üç boyutta ele alınmaktadır (Kolcaba, 1998). Fiziksel konfor, işlem öncesinde yaşanan göğüs ağrısı veya nefes darlığı ve işlem sonrasında giriş yerinde yaşanan rahatsızlık nedeniyle azalabilir. Hareketsizlik ve kısıtlı hareket de fiziksel konforu olumsuz etkileyebilecek faktörler arasındadır. Psikolojik konfor, hastanın prosedür süreci, müdahalenin riskleri ve hastalığın prognozu hakkındaki endişesi nedeniyle tehlikeye girer. Hasta eğitimi ve sağlık personeliyle etkili iletişim, bu endişeleri azaltarak psikolojik konforu artırabilir. Çevresel faktörler de konforun belirleyicilerindendir. Alışılmadık ve soğuk hastane ortamları, gürültü, güçlü ışık ve sağlık çalışanlarıyla yetersiz iletişim hastaların kendilerini endişeli hissetmelerine neden olabilir. Bu nedenle, uygun çevresel düzenlemeler ve hasta merkezli bir yaklaşım konforun artmasına katkıda bulunabilir. KAG hastalarının konforu fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenir. Bu faktörlerin etkili bir şekilde yönetilmesi, hasta deneyimini ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir (Dağlı, 2023; Kolcaba, 1998).

Konfor, bireyin fiziksel, zihinsel ve çevresel olarak iyi olma halini ifade eder ve hastanın yaşadığı stres ve kaygı ile doğrudan ilişkilidir (Büyükcinal, 2018). Ameliyat öncesinde yeterli bilgiye sahip olmak kaygı, stres ve endişeyi azaltarak konforu artırabilir (Dağlı, 2023; Gökçe, 2021; Jamshidi et al.,2019; Şen, 2019; Tunç, 2019). Bu nedenle, hastaların bilgi düzeyi, anksiyete ve konfor arasındaki ilişkiyi belirlemek önemlidir. Güncel literatürde anjiyografi uygulanan hastaların bilgi, anksiyete ve konforu ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Çalışmalar, eğitim ve bilgi sağlamaya yönelik hemşirelik yaklaşımının anjiyografi yapılan hastalarda anksiyete, stres ve endişeyi azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (Tunç, 2019; Cengizhan, 2018). Ayrıca hastane ortamı ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri de etkili konfor faktörleridir. Hasta bireylerin konforunun sağlanması, bütüncül hemşirelik yaklaşımının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, mevcut çalışmalar genellikle belirli değişkenlere odaklanmakta ve bütünsel olarak değerlendirmemektedir. Literatürde anjiyoplasti geçiren hastaların kaygı, endişe ve konfor düzeylerini birlikte ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır (Akkaya et al.,2018; Cengizhan, 2018; Dağlı, 2023; Gökçe ve ark., 2021; Güney, 2023). Bu nedenle, bu çalışma koroner anjiyografi geçiren hastaların bilgi, anksiyete ve konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Sonuçların, hasta

konforunu artırmak ve anksiyeteyi azaltmak için kanıta dayalı öneriler sunarak bakım kalitesine katkıda bulunması amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, "Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bilgi, Anksiyete ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesini" incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Koroner anjiyografi, kalp ve damar hastalıklarını teşhis etmek için sıklıkla uygulanan bir operasyon türüdür. Bu işlem, tanı koyma ve tedavi süreçlerinde önemli bir rol üstlenirken, aynı zamanda hastalar için bilgi eksikliği, yüksek seviyede kaygı ve rahatsızlık gibi farklı psikolojik ve fiziksel problemler yaratma potansiyeline sahiptir. Özellikle işlem öncesinde hastaların karşılaştığı belirsizlik, endişe ve korku, psikolojik sağlık durumlarını ve işlemi kabullenmelerini olumsuz yönde etkileyebilir. Hastaların tıbbi işlemler hakkında sahip oldukları bilgi ile hissettikleri kaygı düzeyi ve konfor hissi arasında önemli bir bağ olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, hastalara sağlanan bilgilendirmenin kalitesi ve yeterliliği, onların psikolojik durumlarını doğrudan etkileyerek sağlık hizmetlerinden daha fazla memnuniyet duymalarına ve tedaviye uyumlarını artırmalarına yardımcı olabilir. Bu nedenle, bu faktörler arasındaki ilişkiyi araştırmak, hem hastaların bakım kalitesini artırmak hem de güvenlik ve memnuniyetlerini sağlamada büyük öneme sahiptir.

1.4. Araştırma Soruları

1. Koroner anjiyografi olacak hastaların koroner anjiyografi uygulamasına ilişkin bilgi düzeyleri nedir?
2. Koroner anjiyografi olacak hastaların anksiyete düzeyleri nedir?
3. Koroner anjiyografi olacak hastaların konfor düzeyleri nedir?
4. Koroner anjiyografi olacak hastaların bilgi, anksiyete ve konfor düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

1.5.Sınırlılıklar

Araştırma, ülkemizdeki anjiyografi olacak hastaların genelini yansıtmamakta olup, çalışmanın yapıldığı tek merkez olan Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji

polikliniğine başvuran ve koroner anjiyografisi planlan hastalar ile sınırlıdır. Bu nedenle çalışma sonucu tüm evrene genellenmez. Araştırma sonuçları ve hasta bilgileri öz bildirimlerine dayılıdır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Koroner Anjiyografi

Koroner anjiyografi, anjiyografik görüntüler elde etmek için koroner arterlere arterler yoluyla opak bir maddenin uygulandığı invaziv bir girişimdir (TKD, 2018; Adalet, 2019).

Periferik bir artere yerleştirilen özel bir kateter aracılığıyla koroner artere özel bir telin ilerletildiği ve floroskopi altında koroner arteri görüntülemek için radyopak maddenin verildiği minimal invaziv bir prosedürdür (Sachdev et al.,2018; Türkmen, Badır ve Ergün, 2012; Chen and Carroll, 2010). Koroner anjiyografi, klinik tanıda girişimsel tedavinin en önemli altın standartlarından biridir (Enç, 2019; Dehkordi, 2016).

Koroner anjiyografi, koroner arter hastalığının tanı ve girişimsel tedavisinde altın standarttır (Dehkordi, 2016). Koroner anjiyografi, hastalara aynı anda teşhis ve tedavi fırsatı veren invaziv bir prosedürdür (Kolpay ve Erol, 2013; Hamur ve ark., 2016) Yöntem, periferik bir artere özel bir kateterin yerleştirilmesini ve radyolüsent olarak koroner arter hastalığını görüntülemek için radyopak bir maddenin verilmesini içerir. Bu yöntem, koroner arterlerin radyografi ile görüntülenmesine yönelik minimal invaziv bir yöntemdir (Sachdev et al.,2018).

2.2. Koroner Anjiyografinin Tarihçesi

Koroner anjiyografinin tarihçesine baktığımızda ilk çalışmalar atlar üzerinde gerçekleştirilmiştir: 1844 yılında Bernard, bir at üzerinde deneysel bir kalp kateterizasyonu gerçekleştirmiştir (Özmen, 2008; Wake et al., 2011). İnsan üzerindeki ilk çalışmalar 1929 yılında Werner Forssmann'ın kendi üzerinde yaptığı çalışmalarla başlamıştır. Forssmann'ın amacı bir teşhis yöntemi geliştirmek değil, ilacı dolaylı olarak kalbin sağ kulakçığına enjekte etmektir (Wake et al., 2011; Özmen, 2008; Türkoğlu, 2004). Forsman, çeşitli idrar kateterleri aracılığıyla sol ön juguler ve vene bir kateter yerleştirmiş ve kateteri sol atriyumuna ilerletmiştir. Daha sonra kateterin konumunu radyografi ile belirlemiştir. Araştırma, güvenilirlik ve amaç nedeniyle 1940'lara kadar sınırlıdır (Türkoğlu, 2004).

KAG'nin pratik uygulaması 1958 yılında Mason Sones ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu gelişmeyle birlikte ilk KAG transbrakiyal olarak gerçekleştirilmiştir (Wake et al.,2011); Sones brakiyal arteri 'cut down' tekniği kullanarak açığa çıkarmış ve perforan bir kateterle selektif koroner anjiyografi ve sol ventrikülografi gerçekleştirmiştir. İşlem sırasında

uygulanan radyoopak madde hiçbir komplikasyona neden olmamış ve bu da ilk KAG işlemi olmuştur (Türkoğlu, 2004).

1960'larda KAG, Melvin Judkins tarafından geliştirilmiş ve modifiye edilmiştir; 1967'de Judkins, femoral arter girişi KAG için kendi adını taşıyan Judkins eğriliğini keşfetmiştir. Bu yöntem sayesinde komplikasyon oranı en aza indirilmiştir (Vizeli ve Şenturan, 2012). Geliştirilmesiyle birlikte ilk koroner balon anjiyoplasti 1977 yılında Gruentzing, Myler ve Hanna tarafından ABD'de, ilk stentleme işlemi ise 1986 yılında Puel tarafından Fransa'da gerçekleştirilmiştir (Vizeli ve Şenturan, 2012; Türkoğlu, 2004). Ülkemizde ilk çalışmalar Celal Ertuğ tarafından sağ kalp kateterizasyonu ile başlamıştır. Daha sonra ilk anjiyoplasti 1983 yılında Oral Pektaş tarafından gerçekleştirilmiştir (Özmen, 2008)

2.3.Koroner Anjiyografi Endikasyonları

Avrupa Kardiyoloji Derneği ve Amerikan Hemşireler Birliği, koroner anjiyografide yanlış ve gereksiz uygulamaların önüne geçmek için ortak kılavuzlar yayınladı. Bu kılavuzlarda koroner anjiyografi endikasyonları üç sınıfa ayrılmıştır. Sınıf I endikasyonlar genel kabul gören endikasyonları, Sınıf II endikasyonlar farklı görüş ve kanaatlerin olduğu endikasyonları, Sınıf III endikasyonlar ise koroner anjiyografinin yapılmaması gereken durumları ifade etmektedir (Bonow ve Davidson, 2015).

I. sınıf endikasyonlar kalpte bıçak saplanması, delici veya kesici ağrı, akut miyokard enfarktüsü için non-invaziv test sonrası taşikardi atakları, kardiyojenik şok, yanıt vermeyen tıbbi prosedürler, açık kalp ameliyatı geçiren hastaların kontrolü ve ani kardiyak ölüm sonrası resüsitasyon içindir (Bonow ve Davidson, 2015).

II. sınıf endikasyonlar medikal tedavi ile kontrol edilebilen stabil olmayan anjina/akut koroner sendrom, fibrinoliz sonrası ST-segment yükselmesi olan akut miyokard enfarktüsü (reperfüzyon gerçekleşmezse), kurtarma PKG'si gerçekleştirmek amacıyla medikal tedavi ile dönüştürülen CCS sınıf III veya IV anjina Kanada Kardiyovasküler Toplum (CCS) sınıf I veya sınıf II konversiyon, yüksek riskli özellikler olmaksızın anormal stres testi, ilaçlara yanıt vermeyen veya ilaçları tolere etmeyen CCS sınıf I veya II anjina, non-invaziv testlerde kötüleşen iskemi, kalp transplantasyonundan sonra yıllık perioperatif anjiyografi perioperatif miyokard enfarktüsüdür (MI) (Members et al., 2013).

III. sınıf endikasyonlar arasında revaskülarizasyonu reddeden hastaların, tıbbi komplikasyonlar nedeniyle revaskülarizasyon için uygun olmayan hastaların ve iskemi

belirtileri olmayan fibrinolizden sonraki 24 saat içinde asemptomatik hastaların taranması yer almaktadır (Members et al., 2013).

2.4.Koroner Anjiyografi Komplikasyonları

Koroner anjiyografi uygulaması sırasında hem kalp ile ilgili hem de kalp dışı komplikasyonlar yaşanabilir (Goerne et al., 2021). Bu işlemler sırasında meydana gelebilecek önemli komplikasyonlar arasında ölüm (%0,01), kalp krizi (%0,002), felç (%0,06), beklenmedik acil koroner baypas (%0,002), koroner diseksiyon (%0,002), psödoanevrizma ve perikardiyal sıvı birikimi (%0,009) yer almaktadır. Vasküler komplikasyonlar ise diseksiyon, psödoanevrizma, kanama, arteriovenöz fistül, hematoma ve tromboembolizm gibi sorunları içermektedir (Goerne et al.,2021).

2.5. Koroner Anjiyografinin Kontraendikasyonları

Koroner anjiyografi işlemleri için kesin bir yasak olmamakla birlikte, bazı durumların yasakları hastanın mevcut sağlık sorunlarına ve girişimin gerekliliğine göre değişebilir (Goerne et al.,2021). Bu durumların bazıları şunlardır: Aktif mide-bağırsak kanaması yaşayan hastalar, aktif enfeksiyonu bulunan kişiler, ağır anemi çeken bireyler, kontrol altına alınmayan yüksek tansiyonu olan hastalar, belirgin sıvı-elektrolit dengesizliği yaşayanlar, dijital ilaç zehirlenmesi olan hastalar, tedaviyi kabul etmeyen ya da vazgeçen hastalar, kontrast maddeye karşı intoleransı bulunan kişiler, yaygın kanser yayılımı olan hastalar, yaşam beklentisi çok kısa olanlar, gebeliğin ilk üç ayında olan kadınlar ve akut veya kronik böbrek yetmezliği tanısı alan bireyler için geçerlidir (Soylu ve ark., 2024).

2.6.Koroner Anjiyografide Kullanılan Katater Çeşitleri

Koroner anjiyografi için kullanılan kateterler, bükülmeyi önlemek ve damar duvarına girişi kolaylaştırmak için genellikle ince dokunmuş bir polietilen veya poliüretan malzemeden yapılır. Kateterlerin dış çapı 4 ila 8 F arasında değişir, ancak koroner anjiyografi için sıklıkla çapı 5 ila 6 F olan kateterler tercih edilir.

Judkins Katater: Judkins kateterleri sağ ve sol Judkins kateterleri olarak ikiye ayrılır. Kılavuz kateterler de denilmektedir. Bu kateterler femoral arter yoluyla sol ventriküle ve oradan da sol ve sağ koroner arterlere erişmek için kullanılır. Sol Judkins kateteri sol brakial veya radyal yolda kullanılabilir. Sağ koroner artere erişmek için sağ Judkins kateteri saat yönünde hafifçe döndürülür (Pompa, 2008).

Hastanın vücut yapısı ve aort kökünün boyutu judkins kateterin seçimi açısından önem taşır. Genel olarak, hastaların çoğunda 4 F sol judkins kateter ile sol koroner artere rahatlıkla ulaşılabilir. Konjenital aort stenozu bulunan hastalar genellikle 5-6 F kateterleri tercih ederken, aort anevrizması olanlar için 7-10 F kateterler kullanılır (Türker, 2015).

Amplatz Kataterleri: Koroner arterlere erişim için judkins kateteri uygun değilse femoral veya brakial yoldan amplatz kateteri tercih edilir. Sağ brakial veya radyal yolla koroner arteriyografi için L-1 veya L-2 Amplatz kateterleri tercih edilir (Braunwald, 2008; Türker, 2015).

Diğer Kataterler: Koroner anjiyografi için kullanılan diğer kateter türleri arasında iç meme arterine (IMA) ve yukarı doğru eğimli sağ koroner artere (RCA) erişmek için uygun kateterler bulunur. Radyal arterden koroner artere erişmek için özel olarak tasarlanmış kateterler de vardır (Braunwald, 2008)

2.7. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Koroner kalp hastalığında birçok risk faktörü rol oynadığından, tanı ve tedavi için tüm risk faktörlerinin tek tek değil, birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Kardiyovasküler risk faktörlerinin tanımı Framingham çalışmasında yapılmıştır. Framingham'ın başlattığı risk terimi, geçmişte ve günümüzde mevcut risk faktörlerini ele alan ve yeni risk faktörlerini araştıran çeşitli çalışmalara yol açmıştır. Risk faktörleri tanımı altında çeşitli risk faktörleri incelenmiş, risk hesaplamaları yapılmış ve testler gerçekleştirilmiştir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından önerilen ve Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından kabul edilen SCORE sistemi de yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu hesaplama yöntemi, çeşitli ve büyük bir Avrupa popülasyonunun prospektif analizine dayanmaktadır (Kültürsay, 2011; Yavuz et al., 2013; Hajar, 2017).

Koroner arter hastalığı için risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak ikiye ayrılabilir. Değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet ve genetikdir. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında fizyolojik olarak kontrol edilebilen dislipidemi, hipertansiyon, diyabet, menopo ve hormon kullanımı yer almaktadır (Enç ve Uysal, 2014; Dülek, Vural ve Gönenç, 2019).

Çoğu hasta yaklaşık olarak aynı oranda geleneksel risk faktörüne sahiptir, ancak hastalık prognozu hastadan hastaya değişir. Bu nedenle daha fazla risk değerlendirmesi gereklidir. Çalışmaların akut koroner sendromların oluşumunda rol oynadığını gösterdiği diğer risk faktörleri; homosistein, lipoprotein(a), trombojenik ve enflamatuvar faktörler, yüksek CRP

seviyeleri, düşük dolaşımdaki antioksidanlar, trombojenite, hemostatik risk faktörleri ve genetik mutasyonlar değerlendirilir (Günel, 2013; Buğan ve Çelik, 2014; Enç ve Uysal, 2014).

2.7.1.Değiştirilemez Risk Faktörleri

Yaş: Koroner kalp hastalığının görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Yaş, kalp hastalığı gelişimi için bir risk faktörü değildir, ancak riske maruz kalma süresi önemlidir: KAH riski yaşla birlikte artar ve 45 yaşın üzerindeki erkeklerde ve 55 yaşın üzerindeki kadınlarda daha yüksektir (Dülek, Vural ve Gönenç, 2018).

Cinsiyet: Erkekler ve kadınlar karşılaştırıldığında, kadınlarda KAH riski erkeklerle aynıdır, ancak başlangıç kadınlarda erkeklere göre 7-10 yıl daha geçtir (Maas ve Appelman, 2010). Erkeklerin risk faktörlerine daha fazla maruz kalması, KAH'daki cinsiyet farklılıklarının çoğunu açıklayabilir. Bir diğer tanım ise östrojen hormonunun kadınlarda kalp hastalıklarına karşı koruyucu bir rol oynamasıdır (Yıldız et al., 2015; Pathak et al., 2017).

Aile Öyküsü: Bağımsız risk faktörleri arasında genetik, KAH gelişimi için önemlidir. Genetik faktörlerin KAH insidansını artırdığına dair önemli göstergeler vardır. Kesitsel bir çalışmada, yüksek genetik riske sahip kişilerin sağlıklı bir yaşam tarzı ile hem koroner olay hem de koroner arter hastalığı risklerini önemli ölçüde azalttıkları bulunmuştur (Khera et al., 2016). Aile öyküsü yalnızca genlerin aktarımı olarak değil, aynı zamanda aile alışkanlıklarını ve yaşam koşullarını etkileyen genetik, çevresel, kültürel ve davranışsal faktörlerin bir yansıması olarak düşünülmelidir. 'Kanıtlanmış aile öyküsü', koroner arter hastalığı olan bir hastanın birinci derece akrabasında erken dönemde bir koroner olay veya koroner arter hastalığı bulunması anlamına gelir (Buğan ve Çelik, 2014).

2.7.2.Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Diyabet: Diyabetik hastalarda KAH gelişme riski, diyabetik olmayan hastalara göre iki ila dört kat daha yüksektir. Özellikle Tip 2 diyabet, koroner arter hastalığı için önemli bir risk faktörüdür. Diyabet ve KAH prevalansı, obezite prevalansındaki artışla doğrusal olarak ilişkilidir ve koroner olayları tetikleyen diğer risk faktörlerini sergileme eğilimindedirler. Yaşam tarzı değişiklikleri, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki toplumlarda bu hastalıkların gelişiminde rol oynamaktadır (Aronson ve Edelman, 2014; Nozha et al., 2016).

Hipertansiyon: Yüksek tansiyon, kan basıncının normalden fazla olduğu bir durumdur. Bu durum, koroner arter hastalığı, inme, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği ve periferik arter hastalığı gibi önemli kalp sorunlarına yol açabilecek büyük bir risk unsurudur. Genellikle, 18

yaş ve üzeri bireylerde, kan basıncının sürekli ölçümlerinde sistolik değerinin 140 mmHg ya da diastolik değerinin 90 mmHg ve üzerinde olması halinde hipertansiyon tanısı konur (Durna, 2012). Yüksek kan basıncı, kan damarlarının kalınlaşmasına ve hasar görmesine neden olabilen arteriyosklerozun gelişmesine yol açabilir. Arteriyoskleroz, damar içinde plak birikimine ve daralmaya sebep olarak kan akışını artırabilir. Bu durum, özellikle koroner arterlerde aterosklerozun hız kazanmasına yol açabilir. Kalp kasının, yani miyokardın, oksijene olan ihtiyacı artar ve bu da kalp kasının sağlıklı bir şekilde çalışmasını zorlaştırabilir. Hipertansiyonun yönetimi ve tedavisi, bu tür ciddi komplikasyonların önüne geçmek açısından oldukça önemlidir. Yüksek tansiyonun kontrolü genellikle sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, tuz alımını azaltma gibi yaşam tarzı değişikliklerini, ilaç tedavisini ve düzenli doktor ziyaretlerini içerir (Sakman, 2019). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, kan basıncının istenen seviyelere ulaşmaması ve kontrolsüz kan basıncı, iskemik kalp hastalığının en yaygın nedenleridir. Araştırmalar, hipertansiyonun hem erkeklerde hem de kadınlarda koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği ve periferik arter hastalığı için en tehlikeli risk faktörü olduğunu göstermiştir. Sistolik ve diastolik kan basıncında sırasıyla 20 mmHg ve 10 mmHg'lik bir artış, koroner olaylardan ölüm riskini iki katına çıkarmaktadır (Eray, Set ve Ateş, 2018).

Hiperlipidemi: Lipid seviyelerindeki dengesizlikler ateroskleroza yol açar ve kardiyovasküler hastalık riskini önemli ölçüde artırır. Kandaki total kolesterol/HDL-kolesterol oranı bireylerde koroner kalp hastalığının iyi bir lipid belirleyicisidir. Laboratuvar değerlerinde total kolesterolün 200 mg/dl ve LDL-kolesterolün 130 mg/dl üzerinde olması KAH için risk faktörüdür. Total kolesterol düzeyindeki her 40 mg/dl'lik artış, koroner arter hastalığı riskini %35 oranında artırmaktadır (TEKHARF, 2017).

Obezite: Obezite, vücut kitle indeksi (BKİ) hesaplanarak tanımlanır ve BKİ değeri 30'un üzerinde olan bireyler obez olarak kabul edilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO, 2015) göre, obezite koroner arter hastalığı açısından önemli bir risk faktörüdür. Obezite, kalpte yapısal ve işlevsel değişimlere yol açarak kalp yetmezliği gelişimine zemin hazırlar. Ayrıca, miyokard yapısındaki bu değişimler atriyal fibrilasyon riskini artırırken ani kardiyak ölüme de neden olabilmektedir (Csige et al.,2018).

Tütün ve Alkol Kullanımı: Sigara kullanımı kadınlar ve gençler arasında giderek artmaktadır. Sigara içmenin KVH riskini iki kat artırdığı bilinmektedir, ancak sadece sigara içmek değil, dumana maruz kalmak da endotel disfonksiyonuna neden olmaktadır. Sigara kalp hızını ve kan basıncını artırır, bu da periferik vasküler direnci artırır. Sigara içmek koroner arter genişlemesini azaltır ve kanın pıhtılaşmasını daha olası hale getirir. Kronik alkol tüketiminin

aritmilere, hipertansiyona, hemorajik inmeye ve hatta ani ölüme neden olduğu bildirilmiştir (Gülel, 2018; Dülek, Vural ve Gönenç, 2018).

Fiziksel İnaktivite: Hipertansiyon, diyabet, sigara kullanımı ve hiperkolesterolemi gibi yaygın risk faktörlerinin yanı sıra, fiziksel inaktivite de koroner arter hastalığının oluşumu ve ilerlemesinde bağımsız bir risk unsuru olarak değerlendirilmektedir (Winzer, Woitek ve Linke, 2018). Düzenli egzersiz, damar genişlemesini destekleyerek endotel fonksiyonunu iyileştirir, kan basıncını ve lipid seviyelerini dengeleyerek koroner aterosklerozun ilerlemesini yavaşlatır ve böylece miyokarda erişen oksijen miktarını artırarak KAH'ı ile ilintili morbidite ve mortalite seviyelerini düşürür (Bruning ve Sturek, 2015).

Stres: Stres, bir dış faktör olarak ya da vücutta meydana gelen bir tepki olarak tanımlanabilir. İnsanlar üzerindeki stres kaynaklarının etkisi çeşitlilik gösterir. Psikolojik stres, kişinin kaynaklarını aştığı ve huzurunu tehdit eden bir ilişkiyi tanımlar. Stres, hastalarda kaygıyı artıran önemli bir faktördür. Stres, çeşitli tetikleyici durumlar veya olumsuz yaşam koşullarının yarattığı psikolojik zorluk riskini ifade eder ve genellikle duygusal rahatsızlık, acı veya sıkıntı şeklinde kendini gösterir. Normalde, bir organizma ile çevresi arasında sürekli bir denge bulunur ve bu denge bozulduğunda ya da kendi kendine bozulmuş olarak hissedildiğinde stres meydana gelir (Fan et al.,2021; Ji et al.,2022; Gao et al.,2022).

Oral Kontraseptif Kullanımı ve Hormon Replasman Tedavisi: Ağız yoluyla alınan doğum kontrol ilaçları, koroner arter hastalığına yakalanma riskini yaklaşık dört kat arttırabilir. Genetik etkenlerin yanında, bu ilaçları kullanan kişilerin tromboz, kalp krizi ve inme gibi durumlarla karşılaşma ihtimallerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Harbalıoğlu et al.,2018). Ayrıca, menopoza sonrasında kadınların yağ profillerinin daha olumsuz bir durum gösterdiği tespit edilmiştir. Hormon replasman tedavisinin (HRT) damar işlevleri üzerinde olumsuz etkileri olabileceği söylenmesine rağmen, sağlıklı menopoza sonrası kadınlarda bu sorunun HRT ile düzeltilebileceği bildirilmiştir (Yıldız ve ark., 2015).

Menopoz: Bu, en önemli risk faktörlerinden biri olup, kardiyovasküler hastalık (KVH) riskini belirgin şekilde arttırmaktadır. Menopoz döneminde kadınlarda kan basıncı ve glikoz seviyeleri yükselirken, östrojen seviyeleri düşmektedir. Bu düşüşle birlikte testosteron-östrojen dengesinin bozulması, KVH riskinin artışında etkili bir faktör olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalar, belirgin menopoz semptomları yaşayan kadınlarda asemptomatik aterosklerozun daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur (Acar ve ark., 2018).

2.8.Koroner Anjiyografinin Uygulanması

Koroner anjiyografi, 1953 yılında Seldinger tarafından geliştirilen bir teknik olarak günümüzde hala geçerliliğini sürdürmektedir (Demir, 2013). Bu işlemden önce EKG ve laboratuvar bulgularının incelenmesi önemlidir. Koroner anjiyografi genellikle uyluktan gerçekleştirilir, ancak üst kol, radius ve aksilla gibi bölgeler de tercih edilebilir. Hangi bölgenin seçileceği hekimin tercihinine, periferik vasküler sorunlara ve antikoagülasyon durumuna bağlıdır. Kateter, lokal anestezi altında 45° açıyla arterin içerisine yerleştirilir ve kateterin içinden bir kılavuz tel ilerletilir. Bu işlemde, arteri görüntülemek ve darlık seviyesini belirlemek amacıyla bir kontrast madde kullanılır. İşlemin ardından darlık eğer ciddi değilse, işlem kontrollü bir şekilde sonlandırılır (Demir, 2013).

Kateter çıkarıldıktan sonra, kanama durana kadar müdahale bölgesine elle basınç uygulanmalı ve kanamanın durduğu doğrulandıktan sonra 4-5 saat boyunca müdahale bölgesinin üzerine bir kum torbası yerleştirilmelidir. Bu süre zarfında hasta müdahale bölgesini hareket ettirmemeli ve kanama ve hematoma açısından düzenli olarak gözlemlenmelidir (Demir, 2013).

2.9. Koroner Arter Hastalığı ve Hasta Eğitimi

Günümüzde sağlık sistemindeki değişiklikler ve yenilikler sayesinde hastaların hastanede kalma süreleri azalmıştır. Bunun sonucunda hasta ve ailelerinin yükümlülükleri artmıştır. Hasta ve yakınlarının gereken öz bakım becerilerini geliştirebilmeleri için etkili, çözüme odaklı ve kaliteli eğitim almaları önemli bir ihtiyaç haline gelmiştir. Bu bağlamda, sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler; hastalıkların önlenmesi, sağlıkların korunması ve geliştirilmesi, sağlık sorunlarının yönetimi ve rehabilitasyon süreçlerinde eğitici roller üstlenmektedir (Öz Alkan, 2016).

Hasta eğitimi, hasta ve hasta yakınlarının bilgi, tutum, beceri ve davranışlarını geliştirmelerine yardımcı olmak ve bu kazanımları günlük yaşamlarına entegre etmelerini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen bir süreçtir (Heidenthal et al., 2008). Etkili bir hasta eğitimi; hastaların tedaviye uyumunu artırarak bakım süreçlerinin etkinliğini yükseltir, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürür, hastaların yaşam kalitesini ve bağımsızlığını geliştirir ve öz bakım gereksinimlerini karşılamalarına katkı sağlar (Orgun, 2010).

Hasta eğitiminin büyük önem taşıdığı alanlardan biri de kardiyolojidir (Öz Alkan, 2016). Koroner anjiyografi işlemi öncesinde verilen eğitim, hastaların işlemle ilgili kaygılarını

azaltmak, güvensizlik hissini gidermek ve olası komplikasyonları önlemek için bireyin bilgi gereksinimlerine göre düzenlenir (Şatıroğlu ve ark., 2011). Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara işlem öncesi, sırası ve sonrasında sağlanan eğitim, hemşirelik bakımının temel bileşenlerinden biridir. Taburculuk sürecinde ise hastalara ve yakınlarına yönelik bilgilendirici eğitimler planlanmalı ve yürütülmelidir. Bu süreçlerde hasta ve hasta yakınlarının aktif katılımı sağlanarak eğitimlerin etkinliği artırılmalıdır.

İşlem sonrasında hastalara ilaçlarını düzenli kullanmaları ve aksatmamaları gerektiği anlatılmalıdır. Hastaların ilaçlarını kullanmamaları durumunda kalp damarlarının tıkanabileceği anlatılmalı ve zamanında gelmelerinin önemi vurgulanmalıdır. Hastalar ameliyat sonrasında evde veya sosyal ortamda aşırı güç veya efor gerektiren aktivitelerden kaçınmalıdır. Hastalara VKİ'leri ve beslenmelerine dikkat etmeleri gerektiği hatırlatılmalı; VKİ'si yüksek olan hastalara kilo vermeleri önerilmeli ve bir diyetisyene danışmaları söylenmelidir. Sigara veya alkol kullanan hastalara sigara ve alkolün kalp hastalığı için önemli risk faktörleri olduğu söylenmelidir. Hastalara, hastaneden taburcu olduktan sonra herhangi bir göğüs ağrısı, yanma hissi veya sırt ya da kol ağrısının en yakın acil servise bildirilmesi ve tedavisiz bırakılmaması gerektiği açıklanmalıdır. Tedavi edilen bölgedeki kanama, şişlik ve kızarıklık en az 24 saat boyunca hasta veya bir yakını tarafından gözlemlenmelidir. Kızarıklık, şişlik veya kanama varsa derhal en yakın acil servise başvurun. Hastaya ameliyattan sonra 24 saat boyunca ılık banyo ve duş alabileceğini, araba kullanabileceğini ve hafifse spor yapabileceğini açıklayın. Hastalar fiziksel aktivite alışkanlığı geliştirmeye teşvik edilmeli ve hafif tempoda günlük yürüyüşler yapmaları söylenmelidir. Stresle başa çıkmakta zorlanan hastalara psikososyal destek sunulmalıdır. Hastaların eğitimle ilgili sorularını tekrar tekrar yanıtlayın ve hasta eğitim hedeflerine ulaşıldığından emin olunmalıdır (Yılmaz ve ark., 2012; Akın, 2013).

Koroner anjiyografi (KAG), kalp hastalıklarının tanılanmasında kullanılan, radyasyon altında radyoopak madde verilerek ve standart kateterler yardımıyla koroner damarların floroskopik olarak görüntülendiği invaziv bir işlemdir. Bu işlem sayesinde koroner damarlar incelenerek darlık ya da tıkanıklık olup olmadığı belirlenir ve hastaya uygun tedavi planı oluşturulur. Teknolojideki gelişmelerle birlikte KAG, yalnızca tanı koyma amacıyla değil, aynı zamanda balon anjiyoplasti ve stent uygulamaları gibi tedavi yöntemlerinin bir parçası olarak da kullanılmaktadır (Yel ve Ünsar, 2020).

Girişimsel kardiyolojideki bu ilerlemeler sayesinde, hastalar cerrahi müdahalelere göre daha az ağrılı, daha kısa sürede iyileşebilen ve daha az invazif işlemleri tercih etmektedirler (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017; Timmis et al., 2018). Uygulamanın kolaylığı ve süresinin kısalığı, KAG'nin toplumda yaygın olarak tercih edilmesinde etkili olmuştur.

Ancak bazı hastalar, KAG işlemini ciddi bir cerrahi müdahale olarak görmemekte ve işlem sonrası tüm kalp rahatsızlıklarının ortadan kalkacağı inancıyla süreci yanlış yorumlayabilmektedirler. Bu durum, bilgi eksikliği ya da yanlış kaynaklardan edinilen bilgilerle ilgilidir. Özellikle ilk kez KAG olacak bireylerde, işlem öncesi yüksek düzeyde kaygı ve endişe yaşanabilmektedir. Bu duygusal durum, hastane ortamına yabancılık, teknik terimlerin anlaşılmaması, sağlık çalışanlarıyla iletişim kurma zorluğu, çevresel etkiler, geçmiş deneyimler ve bilgi kirliliğinden kaynaklanmaktadır (Yılmaz, Sayın ve Tel, 2012).

KAG işlemi uygulanan bazı hastalar, daha önce deneyim yaşamış olsalar dahi, taburculuk sonrası evde bakım süreçlerinde bilgi eksikliği nedeniyle hatalı uygulamalar yapabilmektedirler (Şatıroğlu ve ark., 2011). Bu da, işlemin sadece teknik yönüyle değil, aynı zamanda hastaların bilgi düzeyi ve eğitimi ile de doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir.

Fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörler bireylerin hastalıkla baş etme süreçlerini doğrudan etkiler. Hastalığın bireyde yarattığı stres ve kaygı, bilgi düzeyinden bağımsız olarak önemli bir problem oluşturmaktadır. Bu nedenle bütüncül bakımın bir parçası olan sağlık eğitimi, birey, aile ve toplum için kalıcı davranış değişiklikleri kazandırmayı hedefleyen önemli bir süreçtir (Öztürk, Çilingir ve Hindistan, 2011). Bu bağlamda hemşirenin rolü oldukça kritiktir. Hemşireler, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kaygı düzeyi ve hastalık hakkında bilgi seviyesi gibi birçok değişkeni göz önünde bulundurarak işlem öncesinde doğru ve yeterli bilgilendirmeyi sağlamalıdır. Hem işlem öncesi hem de sonrası dönemde hastaların ve ailelerinin doğru bilgilendirilmesi, hastaların sürece uyumunu ve tedavi başarısını doğrudan etkileyebilmektedir (Tan, Özdelikara ve Polat, 2013).

Türkiye’de yapılan çalışmalar, koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların bilgi düzeylerini ve öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yeterli sayıda araştırma olmadığını göstermektedir (Dursun ve Yılmaz, 2015; Çetinkaya ve Aşiret, 2017). Bu durum, işlem öncesi ve sonrası hasta eğitiminin önemini daha da artırmaktadır. Eğitim, sadece hastanın kaygı düzeyini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda komplikasyonların önlenmesinde ve kaliteli hasta bakımının planlanmasında da belirleyici rol oynamaktadır.

2.9.1.Taburculuk, Hastanın Öğrenim Gereksinimleri ve Bilgilendirilmesi

Taburculuk sürecinde, hastalara ve ailelerine taburculuk sonrası bilgi verilmektedir (Çetin, 2017). Hemşire, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda, taburculuk gerçekleşmeden önce uygulama alanını gözlemleyerek, olabilecek komplikasyonları tanıyabilmeyi ve hangi durumlarda sağlık kurumlarına başvurulması gerektiği hakkında bilgi sağlamalıdır (Çil, 2020). İşlem sonrasında

24 saat boyunca ağır eşya kaldırılmaması ve bandajın yerinde kalması gerektiği vurgulanmaktadır, bunun amacı bölgenin kuru kalmasını sağlamaktır (Akdemir ve Canlı Özer, 2020). Bandaj çıkarıldıktan sonra hastaların düş alabileceği (Çetin, 2017) ancak banyo sırasında işlem alanının ovulmaması ve dar kıyafetlerden kaçınılması gerektiği açıklanmaktadır (Çil, 2020). İşlem alanında kızarıklık, uyuşma, morluk, sertlik artışı, ağrı gibi belirtilerle birlikte anjina, aritmi, dispne, aşırı terleme, sıcak basması, görme durması, ani baş dönmesi gibi durumlarda derhal sağlık kuruluşuna gidilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Çil, 2020). Kontrol için belirtilen gün ve saat hakkında hasta ve yakınları bilgilendirilir; hastanın kullandığı ilaçların getirilmesi istenir. İlaçların nasıl kullanılacağı hakkında bilgi verilir; eğer bir yan etki hissedilirse en yakın sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği bildirilmektedir (Çetin, 2017).

Taburculuk hizmetleri, bir hastanın mevcut ve gelecekteki bakım ihtiyaçlarının uygun ve kapsamlı bir şekilde teşhis edilmesini ve uygun kararların koordineli bir şekilde alınmasını sağlayan çok aşamalı bir çabadır (Tan, Özdelikara ve Polat, 2013).

Hastanın hastaneye kabulüne dayanan taburculuk planlaması, hastanın taburcu olduktan sonra evde karşılaşılabileceği mevcut ve potansiyel sağlık sorunlarını önceden belirleyerek evde refah ve bakım ihtiyaçlarının sürekliliğini sağlamak için organize edilmiş işbirlikçi bir süreçtir. Bu süreç daha sonra hastanın uyum sağlayabilmesi için planlı bir eğitim gerektirir. Sağlık ekibinin her bir üyesi bu hasta eğitiminden sorumlu olsa da taburculuk planlaması aslında hemşirenin görev ve sorumluluğunda olan bir süreçtir (Yalçın ve ark., 2015).

Araştırmalar, taburculuk eğitimi alanların tedavi ve iyileşme sürecinin hızlandığını, tedaviye uyum ve güvenin arttığını, daha az sayıda hastanın sürekli olarak hastane ve polikliniklere başvurduğunu, hastalara sağlanan bakım maliyetinin azaldığını, bakım kalitesinin arttığını ve hasta memnuniyetinin önemli ölçüde iyileştiğini belirtmektedir (Yalçın ve ark.,2015; Dursun ve Yılmaz, 2015; Demirkıran, 2011).

Taburculuk eğitiminin niteliğine ve amacına uygun olarak gerçekleştirilmesinde en önemli ve öncelikli konu, hastanın ihtiyaç duyduğu konuların bireysel özelliklerine göre uyarlanarak sistematik bir şekilde planlanmasıdır. Her birey için özel olarak hazırlanan, hastanın ihtiyaçlarının anlaşılmasına dayanan eğitim, hasta için daha etkili ve faydalıdır (Demirkıran, 2011). Hastaların ihtiyaçları dikkate alınmadan hazırlanan taburculuk eğitimi iyileşme sürecini uzatabilir, bakım kalitesini düşürebilir ve komplikasyonlara neden olabilir. Bu nedenle taburculuk eğitimi, her bir hastanın eğitim ve öğrenme ihtiyaçlarının birbirinden farklı olabileceği unutulmadan, tüm hastaların bilgi düzeyi dikkate alınarak planlanmalıdır. Buna paralel olarak, etkili bir hasta eğitimi sağlamak için hastaların öğrenme ihtiyaçlarının doğru bir şekilde tespit edilmesi gerekmektedir. Literatürde, hastaneden taburcu olmak üzere olan

hastaların öğrenme ihtiyaçlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Çetinkaya ve Aşiret, 2017; Sivrikaya ve Erdem, 2018).

Taburculuk eğitiminin planlanması gereken hasta gruplarından biri de kalp hastalarıdır. Kardiyak rehabilitasyon, kalp hastalarının hastalıklarına ve tedavilerine uyum sağlamalarına yardımcı olmak, iyileşmeyi hızlandırmak, yaşam kalitelerini artırmak ve olası komplikasyonların gelişmesini önlemek için yapılan işlemleri ifade eder. Eğitim ve danışmanlık, taburculuk eğitiminin de bir parçası olduğu kardiyak rehabilitasyon programının en önemli aşamaları arasındadır (Akbulut, Tülüce ve Kahraman, 2016).

Örneğin, Finlandiya'daki Kuzey Karelia Kardiyak Rehabilitasyon Programı, KAH için risk faktörlerinden biri olan kolesterol seviyelerini %18 ve tütün kullanımını %15 azaltmış ve takip eden 20 yıl içinde KAH mortalitesinde %55 azalma sağlamıştır (Öz Alkan, 2016).

Eğitimde hastanın mevcut bilgi ve deneyimi çok önemlidir. Anamnez sırasında hastalara risk faktörleri ve yaşam tarzı alışkanlıkları sorularak eğitim verilecek konular belirlenmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Koroner arter hastaları için taburculuk eğitimi hastalığa ve hastanın bireysel özelliklerine göre değişir. Bu eğitimler;

- Koroner arter hastalığına dair tanım, nedenler, belirtiler ve risk unsurları;
- Koroner arter hastalığının teşhis ve tedavi yöntemleri;
- İlaçlar hakkında bilgiler;
- Kontrol için ne zaman, nasıl ve nereye başvurulması gerektiği;
- Çalışma yaşantısına etkisi;
- Günlük yaşam aktivitelerinin devam ettirilmesi;
- Psikoterapi uygulamaları;
- Yaşam alışkanlıklarındaki değişimler; sağlıklı beslenme, kilo ve kan basıncının kontrolü, düzenli egzersiz, sigarayı bırakma, alkol tüketiminin azaltılması ve stres yönetimi, taburculuk eğitimi içerisinde yer almaktadır (İnangil ve Şendir, 2014; Öz Alkan, 2016; Kasapoğlu ve Enç, 2017; T. C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Günümüzde sağlık sistemindeki yenilikler ve değişimler sayesinde hastanede kalış süreleri kısalmış, buna bağlı olarak hasta ve ailelerinin yükümlülüklerini artmıştır. Hastaların ve yakınlarının gerekli öz bakım becerilerine ulaşabilmesi için etkili, nitelikli ve çözüm odaklı eğitim almaları büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, bireyleri bütüncül bir bakış açısıyla

ele alan hemşireler, sağlık ekibinin temel bir parçası olarak hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık sorunları ortaya çıktığında iyileştirme ve rehabilitasyon süreçlerinde önemli bir eğitici rol üstlenmektedir (Öz Alkan, 2016).

Hemşirenin eğitici rolü içinde yer alan hasta eğitimi, hastaların yaşamlarını düzenlemek için gerekli bilgi ve becerileri edinmelerine ve uygulamaya koymalarına rehberlik etme sürecidir ve hasta bakım faaliyetlerinin tamamlayıcı ve devam eden bir parçasıdır. Hasta eğitimi, hastalık, hasta bakımı ve psikososyal yardımın en erken dönemde sağlanmasını, hastanın bağımsız hale gelmesini, hastane düzenini ve kurumsal prosedürleri içeren organizasyonel bir faaliyettir. Amaç, bireye ve ailesine güven, bilgi ve aktif rol oynama becerisi kazandırmaktır. Bu sayede hastalar ve aileleri, hastalıklarının ve bakımlarının yönetiminde, tedavi sürecinde ve sağlıklı bir yaşam kalitesinin korunması ve sürdürülmesinde gerekli boşlukları doldurarak öz bakım sorumluluğunu üstlenirler (Aygül ve Ulupınar, 2012).

Hasta eğitiminin temel amacı, bireyin bilgi, beceri ve tutumlarını sistematik olarak değiştirmektir. Eğitimin genel amaçları, mevcut sağlığı koruyarak ve sürdürerek ve mevcut riskleri ortadan kaldırarak hastalık önleyici davranışlar kazandırmak, yaşam kalitesini artırmak, hastalık durumunda olası komplikasyonları en aza indirmek, bireysel öz bakım becerilerini ve karar vermeyi desteklemek ve aşağıdaki yollarla yaşamın temel gereksinimlerini gerçekleştirmektir (Uysal, 2012; Yıldırım, Çiftçi ve Kaşıkçı, 2017).

Hemşirelerin eğitim verme hedefleri her ne olursa olsun, öğretim sürecini kullanmaları şarttır ve bu süreç hakkında bilgi sahibi olmalarında büyük yarar vardır. Öğretim süreci, hemşirelik süreciyle paralel bir durumdur. Bireylerin ihtiyaç duyduğu tıbbi bakım, hemşirelik süreciyle saptanırken, aynı zamanda eğitim ihtiyaçları da bilgi eksikliği tanısıyla başlayan bakım planlama sürecinin bir bölümünü oluşturan öğretim süreci ile belirlenir. Bu nedenle, hemşirelik tanıları hasta odaklıdır, bireylere özel olarak düzenlenir ve genel bir standart oluşturmaz. Öğretim, hemşirelik sürecinde olduğu gibi beş aşamadan meydana gelir: veri toplama, teşhis koyma, plan yapma, uygulama ve sonuçları değerlendirme (Basit, 2020).

Veri toplama aşaması, hastanın neyi öğrenmeye ihtiyacı olduğu, öğrenmeye istekli olup olmadığı ve öğrenme becerilerinin neler olduğu gibi bilgilerin sistematik ve planlı bir şekilde elde edilmesini içerir. Teşhis aşamasında, elde edilen veriler ışığında bireyin özel öğrenme ihtiyaçları belirlenir ve sorun tespit edilir. Planlama aşaması, hasta eğitim planının düzenlendiği, gerekli müdahaleleri kapsayan ve bunların ne, nasıl ve ne zaman yapılması gerektiğini belirten kısımdır. Uygulama aşamasında, planlanan müdahaleler uygulanır ve

öğrenmeyi sağlamak için her türlü destek sağlanır. Son aşamada, değiştirilmesi beklenen davranışa ne ölçüde ulaşıldığı, hazırlanan planın başarısı ve bir bütün olarak süreç değerlendirilir. Sorunların ve eksikliklerin analiz edilmesi ve yeniden değerlendirilmesi gerekir (Öztürk, Çilingir ve Hintistan, 2011; Basit, 2020).

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Min ve ark.'nın (2020) tarafından sağlık çalışanları ve kalp yetmezliği hastalarının öğrenme ihtiyaçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, ilaçlar ve semptom bulguları her iki grupta da en önemli ihtiyaçlar olmuştur. Psikolojik bilgi eğitimi ise her iki grupta da en az önem verilen konu olmuştur. Huriani (2019) tarafından miyokard enfarktüsü geçiren hastaların öğrenme ihtiyaçlarını belirlemek için yapılan bir çalışmada, ilaç bilgilerinin hastaların en yüksek puan alan bilgi ihtiyacı olduğu bulunmuştur. Sivrikaya ve Erdem (2018) tarafından koroner yoğun bakım hastalarının taburculuk öncesi bilgi ihtiyaçlarının belirlendiği bir çalışmada, en önemli alt kategoriler 'ilaçlar' ve 'yaşam aktiviteleri' iken, en az önem verilen alt kategoriler 'durumla ilgili duygular', 'toplum' ve 'takip' olmuştur. Sultana (2015) Bangladeş'teki miyokard enfarktüsü hastalarının taburculuk bilgi ihtiyaçlarını incelemiş ve ilaç, semptom yönetimi ve diyetin en önemli hasta ihtiyaçları olduğunu bildirmiştir.

2.10.Anksiyete (Kaygı) Kavramı ve Tanımı

Anksiyete, 'gerçekleşmesi muhtemel veya olası olumsuz duyguların hissedildiği endişeli bir durumdur'. Genel olarak belirsizlik veya anlaşılmaz süreçler nedeniyle gerginlik hissi olarak tanımlanır (Ersoy, 2005).

Anksiyete, bireyin dışarıdan gelen rahatsız edici işaretlere tepki olarak tehlike hissine kapılmasıdır (Tamam ve Demirkol, 2019). Çoğu insan hayatının bir döneminde kaygı yaşar (Özen ve Taşdemir, 2022). Anksiyete, huzursuzluk, kötü durum algısı, sıkıntı, çarpıntı ve titreme gibi farklı derecelerde belirtileri olan rahatsız edici bir durumdur (Tamam ve Demirkol, 2019). Sağlık sorunları için hastanelere yapılan ziyaretler, ortama yabancılik, sağlık çalışanlarının tıbbi terminolojiyi kullanması ve kullanılan ekipman, teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği nedeniyle kaygıya neden olabilir (Kumar, 2019). Ayrıca, izolasyon ve sosyal destek eksikliği de anksiyetenin önemli nedenlerindendir. Hastaların bilgilendirilmesi, ortamın tanıtılması ve sosyal destek sağlanması ile anksiyete önlenmelidir (Boyer ve ark., 2020). Koroner anjiyografi invaziv bir işlemdir ve hastalar üzerinde psikolojik etkisi olan komplikasyonları vardır (Yel ve Ünsar, 2020).

Anksiyete, farklı fizyolojik ve psikolojik yapıya sahip her bireyde farklı tepkilere neden olur. Çarpıntı, terleme, baş ağrısı, göğüs ağrısı, ağız kuruluğu, bağırsak rahatsızlıkları, yeme bozuklukları, nefes alma problemleri, göz bebeği büyümesi, sırt ve boyun ağrısı gibi çok çeşitli belirtiler görülebilir (Dilbaz, 2009; Kocabaşoğlu, 2003).

2.11.Anksiyete (Kaygı) Türleri

Kaygı, çevresel ve psikolojik etkilere tepki olarak deneyimlenen bir duygudur. Belirli bir düzeyde hissedildiğinde hayata karşı bir motivasyon kaynağı olabiliyorken, yoğunluğu arttığında kaygı bozukluğuna yol açabilir (Carr, 2012). Türk Dil Kurumu'na göre kaygı, "genellikle kötü bir şeyin olacağına dair duyulan endişe, düşünce, tasalanma ve sebebi bilinmeyen gerginlik hali" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023).

Kaygı, sempatik ve parasempatik sistemlerin yanı sıra endokrin uyarılmalarla bağlantılı olarak, normalden farklı olan hemodinamik belirtilerle birlikte sinirlilik, hızlı kalp atış hızı, yüksek tansiyon ve açıklanamayan bir huzursuzluk durumu ile ortaya çıkan bir tepki ya da durumdur (Ançel, 2007; Karaman, 2008). Kaygının, yaşamı sürdürebilme ve uyum sağlama davranışlarının gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Bu durum, yaşam boyunca ihtiyaçların karşılanmasını tehdit eden herhangi bir iç veya dış faktör oluştuğunda kendini gösterir (Öz, 2010). Bireyler kaygıyı, "kötü bir şey olacak hissi" veya "hoş olmayan bir endişe veya sebepsiz bir korku" olarak tanımlamaktadırlar (Cüceoğlu, 2005; Köroğlu, 2004). Amerikan Psikoloji Birliği, kaygıyı, gerilim ve endişe duygularıyla birlikte kan basıncında artış gibi fiziksel değişikliklerin eşlik ettiği bir his olarak tanımlamaktadır.

Araştırmalar, kaygı teriminin incelemesine 1940'lı yıllarda başlamış ve 1960'lara kadar bu kavram etrafında bir belirsizlik ve karmaşa yaşanmıştır. Bazı bilim insanları kaygıyı bir kişilik özelliği olarak tanımlarken, diğerleri bunu geçici bir durum olarak görmektedir (Akçalı, 1991). Öz ve Cüceloğlu'na göre, Freud'e dayanarak kaygı, bireyin fiziksel veya sosyal çevresinden gelen tehlikeleri algılayarak gerekli uyumu sağlamasına yardımcı olan, hayati işlevleri destekleyen içgüdüsel dürtülerden kaynaklanmaktadır (Öz, 2010; Cüceloğlu, 2005). Freud tarihte kaygıyı iki farklı teori ile ele almıştır; 1920 yılında ilk kaygı teorisinde, kaygıyı, egonun arzularının baskılanması sebebiyle ortaya çıkan bir tür libido olarak tanımlamıştır (Freud, 2010). 1923'te sunduğu ikinci kaygı teorisinde ise tehlike anında korunmanın işareti olduğunu savunarak, doğum anında başlayan egonun birincil kaygısına bağlı olarak, meydana gelen içsel bir tehlike olarak değerlendirmiştir (Freud, 2013). Ayoğlu'nun ifadelerine göre, Freud 1940

yılında kaygıyı üç farklı biçimde tanımlamıştır: Objektif/Gerçeklik Kaygısı, Törel Kaygı ve Nevrotik Kaygı (Ayoğlu, 2003).

2.11.1.Objektif/Gerçeklik Anksiyete (Kaygısı)

Benlik, alt benliğin ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken, dış dünyadaki gerçeklerle karşılaştığında kaygı hissi ortaya çıkar. Tehlikenin kaynağı bireyin dışında bulunur. Bu durum zaman zaman herkes tarafından deneyimlenebilir.

2.11.2.Törel Anksiyete (Kaygı)

Kaygı: Bir bireyin, o anki veya gelecekte nasıl olacağı belirsiz olan; hatta gerçekleşmesi çok da olası olmayan bir duruma dair hissettiği endişe ve huzursuzluk halidir. İnsanlar, kendilerini rahatsız eden durumları inkar ederler, bunları reddederler ve yok sayarlar; hem içsel hem de dışsal konularla bağlarını koparırlar; savunma mekanizmaları kullanmaya yönelirler. Bastırılan ve bilinç dışına itilmiş olan bu durumlar, çözüm bekleyen sorunlar kişiyi normal zamanlarda bile huzursuz, kaygılı ve endişeli hissettirebilir (Şahin, 1985; Erskine, 2018; Kring ve Johnson, 2015).

Kaygı, bilinç dışındaki çatışmalar nedeniyle ortaya çıkan ve nesnesi bilinmeyen içsel bir tehdit karşısındaki bir tepki biçimidir (Öztürk 1981). Spielberger (1966), sürekli kaygının tanımını yaparken, bazı insanların sürekli olarak huzursuz ve mutsuz olduğunu belirtmiştir. Bu tür kaygı dışsal tehditlere bağlı değil, içsel kaynaklardan gelir. Birey, sürekli olarak kendi değerlerinin tehdit altında olduğunu düşünür. Bulunduğu şartları stresli olarak değerlendirir ve kaygı hisseder. Bu durum sürekli kaygı olarak adlandırılır. Horney'e göre, kaygı, duruma uygun olmayan saklı ve öznel bir tehdit içerir (Geçtan 1981). Örneğin, bireyin küçük bir yaralanma nedeniyle ölüm korkusu taşımakta olması gibi, bu tehdit karşısındaki tepki mevcut durumla orantılı değildir. Kişi, bu duygunun gerçek sebeplerinin ne olduğunu bilmez.

Kierkegaard, kaygıyı "ölüme kadar süren bir hastalık" olarak tanımlayarak, bunu benliğin yitimiyle ilişkilendirir. Ona göre kaygı, yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır ve nevrotik kaygı, bireyin benliğini kaybetmesi ve anlamsızlık duygusundan kaynaklanır. Bu görüşüyle çağdaş düşünürlere önemli bir temel sunmuştur. Kierkegaard'dan etkilenen varoluşçular, kaygıyı insan varoluşunun temel bir niteliği olarak görür. Benliğin kaybı ve varlığın tehdit altında olması bireyde korku ve kaygıya yol açar. Kaygı, var olma ve hiçlik arasındaki derin bir içsel çatışmayı yansıtır. Frankl'ın Logoterapi yaklaşımına göre kaygı, yaşam ve ölümü aşan bir korku biçimidir; birey, potansiyellerini gerçekleştirmediğinde suçluluk hisseder. Kaygı, korku ve

zihinsel rahatsızlıklar, varoluşun farklı yönleri olarak değerlendirilir. Hem psikanalistler hem de varoluşçular, kaygının bireyin düşüncelerindeki, duygularındaki ve hafızasındaki içsel çatışmalardan doğal olarak doğduğunu savunmuştur.

Cannon, kaygının fiziksel dengenin bozulmasıyla ilgili olduğunu ifade etmiştir. Bu bozulmalara karşı verilen tepkilerin ya da düzenleme çabalarının başarısızlığı, kaygının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Goldstein, kaygının meydana gelmesinde bir bireyin yapabildikleri ile ondan beklentiler arasındaki uyumsuzluğun önemli olduğu belirtilmektedir (Geçtan, 1978).

Öner ve LeCompte (1983), durumluk kaygı ile sürekli kaygı arasındaki farkları ve benzerlikleri fiziksel bir metaforla açıklamaktadır. Onlara göre, durumluk kaygı kinetik enerjiye, sürekli kaygı ise potansiyel enerjiye benzetilebilir. Durumluk kaygı, anlık bir olay karşısında gösterilen hızlı bir tepki iken, sürekli kaygı bireyin kaygıya yatkınlığını ve tepki verme eğilimini yansıtır. Sürekli kaygı seviyesi, bireyin stresli ya da tehdit içeren durumlar karşısında ne kadar yoğun ve sık kaygı tepkisi vereceğini belirleyen bir faktördür. Sürekli kaygısı yüksek olan bireylerin, düşük olanlara kıyasla stresli ortamlarda daha fazla durumluk kaygı yaşaması beklenir. Bu beklenti, Öner ve LeCompte'un 1976 yılında gerçekleştirdiği araştırmanın bulgularıyla da desteklenmiştir.

Suçluluk ya da pişmanlık hisleri yaratır. Bu durum, özellikle süper ego denilen yapının vicdan kısmı tarafından onaylanmadığı zaman meydana gelir. Törel kaygının gerçek kaygıdan farkı, kaygıya sebep olan sebepten kaçma şansının bulunmamasıdır.

2.11.3.Nevrotik Anksiyete Kaygı

Bireyin içgüdüleri arasında cinsel ve saldırganlık dürtüleri bulunmaktadır. Bu iç tehditler algılandığında ortaya çıkar ve patolojik bir şekilde tanımlanır. Bir kişi, yaşadığı kaygının sebeplerinin farkında olsa da, bu kaygının kaynağını algılamaz. Tehlike, bireyin içinde yer aldığı için durum böyledir.

Freud'un kaygı türleri üzerine yaptığı sınıflandırmanın ardından Cattel ve Scheier, 1958'de faktör analizi ile durumsal ve sürekli kaygı olarak iki çeşit kaygıyı tanımlamışlardır. Bu tanım, 1966'da Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen İki Faktörlü Kaygı Teorisinin temelini oluşturmuştur (Öner ve Compte, 1985). Gürsoy, Köknel, Sertbaş ve Spielberger ve ekibi tarafından geliştirilen kaygı teorisinin durumsal ve sürekli kaygı olarak iki farklı türde ele alındığını belirtmektedir (Gürsoy, 2001; Köknel, 2000; Sertbaş ve Bahar, 2004).

2.11.4.Durumluk Anksiyete Kaygı

Zamanla yoğunluğu farklılaşan geçici duygusal haller vardır. Bireyde terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişiklikler ile gerilim ve huzursuzluk gibi duygusal değişimler meydana gelir (Sönmez, 2015).

Durumluk kaygının seviyesi ve süresi, tehdit algısının yoğunluğu ve bireyin durumu değerlendirme biçimi ile doğru orantılıdır. Bir kişinin güvenlik hissi tehlike altındaysa artış gösterir. Bireyin yaşadığı anlık gerginlik ve endişeye neden olan durum ortadan kalktığında, olumsuz duygular da azalmakta ve kaygı düşmektedir. Durumluk kaygının düzensiz bir şekilde değişmesi, bu durumun önemli bir özelliğidir. Sakinlik ve durgunluk durumu, durumluk kaygının olmadığını, gerilim, endişe ve sinirlilikte ise orta seviyeyi göstermektedir. Yoğun korkular, felaket senaryoları ve panik davranışları, çok yüksek seviyede durumluk kaygısını temsil eder (Yücel, 2003; Cüceoğlu, 2004).

2.11.5.Sürekli Anksiyete Kaygı

Sürekli kaygı, bireyin yaşamında kaygıyı sürekli olarak deneyimleme eğilimi şeklinde tanımlanabilir. Kişinin içinde bulunduğu durumları ve günlük yaşantısını stresli bir bakış açısıyla değerlendirmesi ya da algılaması bu durumun temel özelliklerindendir. Yüksek kaygı seviyesine sahip bireylerin duygusal olarak daha hassas olduğu, olayları karamsar bir perspektiften ele aldığı ve durumluk kaygıyı daha sık ve yoğun bir şekilde yaşadığı gözlemlenmiştir (Köknel, 1982; Türe, 2006). Başka bir ifadeyle, sürekli kaygı yaşayan kişiler, stresli olayları genellikle tehdit edici veya tehlikeli olarak algılayarak bu tür durumlara karşı belirgin tepkiler verme eğilimindedir (Sertbaş ve Bahar, 2004). Farklı bir bakış açısından değerlendirildiğinde, bireyin çevresel faktörlerden bağımsız olarak huzursuzluk, endişe, karamsarlık hissine kapılması, stresli durumlara aşırı duyarlılık göstermesi ve duygusal tepkiler geliştirmesi sürekli kaygının temel belirtileri arasında sayılabilir. Bu nedenle, sürekli kaygı gösteren bireyler için bu durum kronik bir hal alabilir (Öner ve Compte, 1985). Spielberg, sürekli kaygının, durumluk kaygıya kıyasla daha kalıcı ve istikrarlı olduğunu vurgulamış, kaygının yoğunluğu ve süresinin bireyin kişilik yapısına bağlı olarak değişebileceğini ifade etmiştir. Bireyin kaygıya yatkınlık derecesi, deneyimlediği kaygının düzeyini belirleyen önemli bir faktördür (Sertbaş ve Bahar, 2004; Öner ve Compte, 1985).

2.12. Anksiyete (Kaygı) Düzeyleri

Kardiyopulmoner Baypas Greftleme (KABG) hastalarında kaygı, ölüm ve bilinmezlik korkusu, sağlık ve yaşam hedeflerinin kaybı endişesi, vücut üzerindeki kontrolün kaybolması, organ ya da işlev kaybı korkusu, anestezi konusundaki endişeler, cinsellik ve sosyal becerilerle ilgili kaygılar, estetik kaygılar ve maddi sıkıntılar gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir (Koşucu, 2013). Ayrıca, gerçekleştirilecek cerrahinin türü de hastaların kaygı düzeylerini artıran bir faktör olarak belirtilmektedir. Özellikle KABG gibi büyük cerrahilerin, hastaların kaygı düzeylerini önemli ölçüde artırabileceği vurgulanmaktadır (Ciğerci, 2012).

Ameliyat öncesi yüksek kaygı seviyelerine sahip KABG hastalarında, operasyon sırasında kan basıncının yükseldiği, daha fazla anestezi madde kullanıldığı ve kaygıya bağlı komplikasyonların meydana geldiği gözlemlenmiştir (Tully ve ark., 2008). Anksiyetenin organizma üzerindeki olumsuz etkilerinden biri, ağrı algısının artmasıdır. Kaygı, kas gerginliğine yol açarken, bu gerginlik de ağrının şiddetini artırmaktadır. Bu sebeple, kaygının ameliyat sonrası dönemde ağrıya karşı duyarlılığı ve analjezik ihtiyacı artırabileceği düşünülmektedir (Ciğerci, 2012).

Ameliyat öncesi yüksek kaygı düzeyine sahip hastaların, ameliyat sonrası aktif yaşamlarına daha yavaş döndükleri, öz bakımlarını ihmal ettikleri ve iyileşme sürelerinin daha uzun olduğu rapor edilmiştir (Watt-Watson ve ark., 2004). Ancak açık kalp cerrahisinde, ameliyat öncesinde verilen eğitimlerin hastaların yanlış bilgiye dayalı kaygı ve korkularını azalttığı, ağrıyı hafifleterek analjezik ihtiyacını en aza indirdiği, hastanede kalış sürelerini kısalttığı ve ameliyat sonrası bulantı, kusma gibi komplikasyonları engellediği ifade edilmektedir (Budak, 2015).

Hafif Anksiyete: Bu aşamada, bireyin çevresinde neler olup bittiğine dair farkındalığı yüksektir ve öğrenme yeteneği ile yaratıcılığı artış göstermektedir. Duyarlı ve katılımcı bir tutum sergilemektedir. Bireyin konuşma hızı ve tonlaması, konuştukları ile uyum içerisindedir. Kaygısını azaltmak için tırnak yeme, yürüyüş yapma, ağlama, uyuma, yeme, gülme, sigara içme ya da alkoli kullanma gibi savunma mekanizmalarını kullanmaktadır. Konsantrasyon ve mantık yürütme kabiliyeti tamamen yerindedir. Bu nedenle bu aşamada kaygı yaşayan birey, etkili bir şekilde problem çözme yeteneğine sahiptir (Onan, 2020).

Orta Düzeyde Anksiyete: Bireylerin görsel ve işitsel yeteneklerinin yanı sıra algılama, anlama ve iletişim kabiliyetleri de azalmıştır. Bu aşamada, sorunun küçük bir yönüne odaklanma ve diğer unsurları göz ardı etme eğilimi olabilir. Kas gerginliği, kan basıncında artış,

nabızda hızlanma, nefes alımında değişiklik, mide problemleri, kalp atışlarının hızlanması ve terleme gibi fiziksel belirtiler ortaya çıkabilir. Birey, endişeli, korkak, duyarlı, sabırsız ve heyecanlı hissedebilir (Onan, 2020).

Yüksek Düzeyde Anksiyete: Algı ve anlama yeteneği oldukça kısıtlanmıştır. Birey, yaşadığı küçük detaylara yoğun bir şekilde odaklanır. Çarpıntı, nefes darlığı, baş ağrısı, göğüs ağrısı, uyku sorunları, bulantı, titreme, iştahsızlık, korku, istemli kaslarda gerginlik ve artan kas tonusu gibi belirtiler ortaya çıkar. Rahatsızlık ve hassasiyet hisleri artmıştır (Onan, 2020).

Panik düzey Anksiyete: Kaygının en şiddetli biçimde hissedildiği bir dönemdir. Bireyin dikkati tamamen dağılmıştır. Üzerinde durduğu konular çarpıtılmış ve abartılı bir hale gelmiştir. Uyum sorunları mevcuttur. Aşırı öfke, umutsuzluk, çaresizlik, tükenmişlik, korku, nefes darlığı, boğulma hissi, baş dönmesi, bayılma hissi, çarpıntı ve göğüs ağrısı gibi belirtiler bulunur. Ayrıca, ölüm korkusu veya kontrol kaybı hissetme durumları da görülür. Birey, çevresinde olanlara tepki veremez, kriz dönemindedir. Günlük yaşam aktiviteleri çok fazla etkilenmiştir ve kişinin profesyonel yardıma ihtiyacı bulunmaktadır (Onan, 2020).

2.13. Anksiyete (Kaygı) Belirtileri

Kaygı (anksiyete) bozukluklarının dört temel klinik özelliği bulunmaktadır (Türe, 2006; Öz, 2010).

- Duygusal Belirtiler: Korku, endişe, huzursuzluk, çaresizlik ve panik hissi.
- Davranışsal Belirtiler: Kaygı yaratan durumlara karşı kaçınma, olaylar karşısında donmuş kalma, duramama, uykuya dalmada güçlük çekme ya da uykuya meyil.
- Bilişsel Belirtiler: Dikkatin dağılması, konsantrasyon eksikliği, kontrol kaybı korkusu ve fiziksel zarar görme konusunda endişe.
- Fizyolojik Belirtiler: Kaygı, insanların üzerinde farklı etkilere sahiptir. Bazı kişiler bu duyguyu psikolojik ve duygusal boyutlarda yaşarken, diğerleri bunu bedensel olarak hisseder. Çünkü fiziksel belirtiler aşırı rahatsız edici olabilir ve insanları zorlayabilir. Otonom sinir sistemindeki aşırı aktivite nedeniyle ortaya çıkan belirtiler, pek çok organ sistemini etkileyebilir.

Kaygı, bireylerde çeşitli belirtilerin ortaya çıkmasına yol açar ve bu belirtiler, bireyin kullandığı savunma mekanizmalarına bağlı olarak farklılık gösterebilir (Türe, 2006). Kardiyovasküler sistemde çarpıntı, hızlı kalp atışı, göğüs ağrısı ve bayılma hissi gibi

semptomlar görülebilirken, solunum sisteminde göğüste sıkışma, nefes darlığı, iç çekme ve hiperventilasyon yaşanabilir. Otonom sinir sistemi, ağız kuruluğu, aşırı terleme, baş ağrısı, ani ısı değişimleri ve soğuk eller gibi tepkiler verebilir. Kas-iskelet sisteminde ağrı, kas seğirmeleri, uyku problemleri ve yorgunluk hissi ortaya çıkabilir. Nörolojik sistemde baş dönmesi, uyuşma, bulanık görme, titreme ve genel halsizlik gözlemlenebilir. Gastrointestinal sistemde yutma zorlukları, mide ve bağırsak rahatsızlıkları, bulantı ve ishal gibi sorunlar meydana gelebilirken, genitoüriner sistemde sık idrara çıkma, ani tuvalet ihtiyacı ve adet düzensizlikleri görülebilir (Türe, 2006; Öz, 2010).

2.14.Koroner Anjiyografide Kaygı ve Kaygının Bedensel Yanıtı

Koroner anjiyografi, altın standart olarak kabul edilmesine rağmen, koroner arter hastalıklarını teşhis etmek ve tedavi planları oluşturmak için önemli bir araçtır. Ancak, bu işlem hastalarda fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açabilir (Karakuşlu ve Öztürk, 2023). Koroner anjiyografi, en yaygın tanı yöntemi haline gelmiş ve araştırmalar, KAG öncesinde hastaların kaygı duyduğunu ortaya koymuştur (Özdemir ve ark., 2015). Bu endişenin nedenleri arasında, koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTKA) gibi invaziv yöntemler olması, kalbin etkilenmesi gibi bu organın öneminin yanı sıra, işlemle ilgili belirsizlikler yer almaktadır (Demir ve Arslantaş 2016). Koroner arter hastalıklarıyla ilgili tüm tanılarda, bireyler sosyal, duygusal ve biyolojik olarak etkilenir. Hastalar hastaneye yatış süresince, hastalık ve tedavi sürecine uyum sağlamaya çalışırken zorlanabilir ve bu durum sonucunda kaygı hissedebilirler (Gök ve Hergül, 2020). Tanı, tedavi ve yatış süresindeki belirsizlikler de kaygıyı artırabilir. Tanı koyma aşamasında bu belirsizlik, ölüm korkusunu ortaya çıkarabilir. Öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada yetersizlik ve beden imajında değişiklik, stres yaratabilir (Gök ve Hergül, 2020).

Girişim öncesinde yaşanan bu sorunlar, sonrasında daha fazla komplikasyona yol açabilir. Bazı araştırmalar, işlem öncesi dönemde anksiyete yönetiminin, işlem sonrası süreçleri etkileyebileceğini göstermektedir (Gök ve Hergül, 2020). Bu emosyonel durumların ve olabilecek komplikasyonların önüne geçmek, ayrıca tanı ve tedavi sürecini belirlemek için bu etmenleri tespit etmek oldukça önemlidir (Gök ve Hergül, 2020). Anksiyete ve depresyon seviyelerinin artması, taburculuk sonrasında da olumsuz etkileyerek mortalite ve morbidite oranlarını artırabilmektedir. Psikososyal yaklaşımlar sayesinde endişenin kökeni belirlenebilir, hastaların güven duygusunda artış sağlanabilir, olumsuz duygularla baş etme yolları geliştirilebilir ve fiziksel şikâyetlerde azalma sağlanabilir. Bu nedenle, psikososyal yaklaşımlar

son derece önem kazanmaktadır ve hemşirelerin bu alanda yeterli bilgiye sahip olmaları önerilmektedir (Gök ve Hergül 2020).

Kaygı, sempatik ve parasempatik sistemlerin yanı sıra endokrin uyarılmalarla bağlantılı olarak, normalden farklı olan hemodinamik belirtilerle birlikte sinirlilik, hızlı kalp atış hızı, yüksek tansiyon ve açıklanamayan bir huzursuzluk durumu ile ortaya çıkan bir tepki ya da durumdur (Ançel, 2007; Karaman, 2008). Kaygının, yaşamı sürdürebilme ve uyum sağlama davranışlarının gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Bu durum, yaşam boyunca ihtiyaçların karşılanmasını tehdit eden herhangi bir iç veya dış faktör oluştuğunda kendini gösterir (Öz, 2010). Bireyler kaygıyı, "kötü bir şey olacak hissi" veya "hoş olmayan bir endişe veya sebepsiz bir korku" olarak tanımlamaktadırlar (Cüceoğlu, 2005; Köroğlu, 2004). Amerikan Psikoloji Birliği, kaygıyı, gerilim ve endişe duygularıyla birlikte kan basıncında artış gibi fiziksel değişikliklerin eşlik ettiği bir his olarak tanımlamaktadır.

Kardiyak outputun ve vasküler dirençle birlikte artışı, bireyin kan basıncının yükselmesine neden olurken, miyokardın oksijen ihtiyacı ve koroner akış azalmaktadır (Guyton, 2013). Kişide yaşanan kaygı durumu ilk olarak hipotalamusa iletilir. Hipotalamusun aktive olması sonrası posterior hipofiz bezinden antidiüretik hormon (ADH) ve anterior hipofiz bezinden adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgınır. Bu aşamada ACTH, adrenal korteksi uyararak kortikosteroid salgılanmasına yol açar. Aldosteron adlı bir kortikosteroid, sodyum ve suyun tutulmasına yardımcıdır. Böylelikle, kan hacmi artar ve ADH etkisiyle idrarda azalmanın yanı sıra kan basıncı da yükselir (Guyton, 2013). Ayrıca hipotalamus, sempatik sinir sistemi üzerinde de etkilidir. Adrenal medulla, noradrenalin ve adrenalin salgılanmasını sağlar. Noradrenalin, periferik vazokonstriksiyonu tetikler. Böylece bireyin cildi soluklaşır, soğuk hale gelir ve kan basıncı yükselir. Bu süreçte böbreklere giden kan miktarı azalır ve böbrekler renin salgılar. Plazmadaki anjiyotensin, renin sayesinde anjiyotensin I'den anjiyotensin II'ye dönüşür. Anjiyotensin II, damarlarda daralmaya neden olur ve ADH ile aldosteron hormonlarının salınımını tetikler (Guyton, 2013).

Koroner Arter Hastalığı (KAH) olan bireylerde kaygı durumu yaygın olarak gözlemlenmektedir. Bu hastalarda, panik atak gibi yoğun kaygı anlarında hiperventilasyon meydana gelebilir ve bu durum koroner arterlerde spazm ya da aritmi gibi problemlere yol açabilir (Yılmaz ve ark., 2012). Ayrıca, kaygıya bağlı semptomlar KAH belirtileriyle benzerlik gösterebilir, bu nedenle kaygının doğru tanımlanması ve tedavi edilmesi büyük önem taşır (Kayhan, 2003). KAH belirtileri ortaya çıktığında ve hasta koroner anjiyografi yaptırmayı gerektiğinde, bireyde sakat kalma ya da miyokard infarktüsü (MI) geçirme korkusu gelişebilir.

Kaygı nedeniyle göğüs ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, nefes darlığı ve otonom sinir sistemine bağlı belirtiler görülebilir. Aritmi ve anjina pektoris, panik atak semptomlarıyla benzerlik taşıyabilir. Sonuç olarak, panik atak yaşayan bireylerde yaşam kalitesinin düşmesi, işlev kaybı, gereksiz sağlık hizmeti kullanımı, hastaneye yatışların artmasıyla enfeksiyon riskinin yükselmesi, anestezi maddelere daha yüksek dozda ihtiyaç duyulması ve iyileşme sürecinin uzaması gibi olumsuz etkiler görülebilir. Ayrıca, bu durum depresyona yatkınlığı artırabilir (Kayhan, 2003; Karaman, 2008; Yılmaz ve ark., 2012).

2.15.Hastaların Konfor Düzeyi

Rahatlık, insanların ihtiyaçlarından biridir ve özellikle sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda önem kazanır. Hastanede yatan hastalarda, rahatlığın hem fiziksel hem de duygusal açıdan hastane deneyimlerini etkilediği görülmüştür (Williams et al., 2006). Florence Nightingale'den bu yana geçerli ve önemli bir kavram haline gelen konfor, bütüncül hemşirelik bakımının en temel öğelerinden biri olarak kabul edilmiştir. Günümüzde ise konfor, hemşirelik hizmetinin kalitesinin bir parçası olarak yer almaktadır; rahat ve sıkıntı çekmeyen hastaların daha hızlı iyileştiği, hastalık stresiyle daha iyi başa çıktığı, daha etkili rehabilitasyon geçirdiği ve daha huzurlu bir şekilde hayatını sona erdirdiği ifade edilmektedir (Malinowoski et al., 2002).

2.15.1. Cerrahi İşlemler

Cerrahi işlem, hastalar için sadece sosyal, fiziksel ve psikolojik zorluklar değil, aynı zamanda yaşamı kurtaran bir işlem olarak da görülmektedir. Bu süreçte hastalar, ağrı, bulantı, kusma, anksiyete ve düşük vücut ısı gibi pek çok fiziksel ve psikososyal sorunla karşılaşabilirler. Bu etmenler, hastanın rahatlık seviyesinde önemli bir düşüşe yol açarken, bireyler arasında farklı korku biçimlerinin ortaya çıkması da durumu daha karmaşık hale getirmektedir. Hayati tehlike hissi yaşayan hastalar, bu süreç boyunca güvenilir bir desteğe ihtiyaç duyarlar. Hastaların korkularını ve kaygılarını azaltmak, ayrıca rahatlarını artırmak için cerrahi işlem ve hastalık hakkında açık ve anlaşılır bilgi verilmesi ve güven veren hemşirelik hizmetinin sağlanması oldukça önemlidir (Akboğa, 2021).

2.15.2. Fiziksel Ortam

Fiziksel çevre, bireylerin konfor seviyeleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahip önemli bir faktördür. Klinik alanlarda odanın düzeni, mobilyaların yerleşimi, renk seçimi, kalabalıklık

durumu ve aydınlatma gibi unsurlar, bireylerin psikolojik ve fizyolojik rahatlıklarını etkiler. Özellikle yeterli doğal ışık, işlevsel yerleştirmeler ve sakinleştirici renkler, bireylerde huzur duygusunu artırarak stresin azalmasına yardımcı olabilir. Bu anlamda, fiziksel çevrenin dikkatlice düzenlenmesi algılanan konforu yükseltmekle kalmaz, aynı zamanda kaygı gibi olumsuz hisleri de hafifletmektedir. Gerçekten de, bu tür çevresel düzenlemelerle ilgili yapılan araştırmalar, bireylerin kendilerini iyi hissetmelerini desteklediğini göstermektedir (Dijkstra, 2009).

2.15.3.Anksiyete

Hayatı tehdit eden ya da tehdit olarak algılanan durumlar, bireyde yoğun bir kaygı ve korku hissi uyandırarak anksiyete olarak tanımlanabilir. Bu durum; tehlike beklentisi, huzursuzluk ve içsel gerilimle birlikte ortaya çıkar ve sempatik, parasempatik ve endokrin sistemlerin aktivasyonu yoluyla çeşitli fizyolojik ve psikolojik tepkilere neden olur. Anksiyete düzeyi; hastaneye yatış süreci, cerrahi müdahale beklentisi, operasyonun önemine dair bilgi eksiklikleri, olası komplikasyonlar ve yan etkiler, ameliyat sonrası ağrı, günlük yaşam rutinlerinin bozulması, kontrol duygusunun yitirilmesi ve aileden ya da sosyal çevreden uzaklaşma gibi etkenlerle artış gösterebilir (Fındık ve ark., 2015). Bu faktörlerin tümü, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlardaki rahatlık ve huzur düzeyini olumsuz yönde etkileyerek konfor algısında belirgin bir azalmaya neden olur. Konforun bozulması, iyileşme sürecini yavaşlatabileceği gibi, hastanın hastane deneyimini de olumsuzlaştırır.

2.15.4.Hemodiyaliz

Kronik böbrek yetmezliği, yorgunluk, ağrı, bilişsel bozukluklar, uyku sorunları ve kaşıntı gibi çeşitli belirtiler gösterir. Bu semptomlar, özellikle hemodiyaliz tedavisi gören bireyler için yaşam kalitesini ve günlük yaşam konforunu ciddi şekilde etkiler. Hemodiyaliz, ömür boyu sürebilen bir tedavi biçimi olduğundan, bu süreçte meydana gelen akut ve kronik komplikasyonlar, hem fiziksel hem de psikolojik açıdan hasta konforunu olumsuz etkileyebilir (Tol et al.,2015). Mesela, uyku problemleri ve kronik ağrı, bireyin dinlenme kalitesini düşürürken, bilişsel bozukluklar ve yorgunluk günlük işlevselliği kısıtlayabilir. Bunlar, sadece fiziksel değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal açıdan hastanın yaşam deneyimini zorlaştırarak, tedaviye uyumu ve genel yaşam memnuniyetini düşürebilir. Bu yüzden, hasta konforunu etkileyen çok yönlü faktörlerin bütünsel bir yaklaşımla ele alınması son derece önemlidir.

2.15.5.Öz Yönetim

Günümüzde bir kişinin kendi kendini yönetme kabiliyeti ile yaşam kalitesi arasında ciddi bir bağlantı olduğu gözlemlenmektedir. Kendi yönetim becerileri güçlü olan bireyler, tedavi süreçlerine daha iyi uyum sağlamak ve bu durum yaşam kalitelerini doğrudan artırmaktadır. Özellikle hastalıklar hakkında olumlu düşünceler geliştiren bireyler, psikolojik sağlıklarını korumakta ve bu durum genel sağlıklarını olumlu bir şekilde etkilemektedir. Bireylerin hastalıklardan korunmak ve sağlıklarını devam ettirmek için benimsedikleri ve düzenli şekilde uyguladıkları davranışlar örneğin dengeli beslenmek, düzenli olarak egzersiz yapmak, stresle başa çıkma yöntemleri sağlıklı bir yaşam tarzı ortaya çıkarmaktadır (Weng ve ark. , 2010). Tüm bu faktörler, bireyin fiziksel, zihinsel ve duygusal rahatlığını doğrudan etkileyebilmektedir. Rahatlık, yalnızca bedensel sağlık ile sınırlı kalmayıp, bireyin yaşamını sürdürürken çevresiyle ve kendisiyle kurduğu dengeli ilişkiyi de kapsar. Bu doğrultuda, sağlık alışkanlıklarının devamlılığı, bireyin yaşam koşullarını artırmakla kalmaz, aynı zamanda rahatlık algısını derinleştirerek daha tatmin edici bir yaşam deneyimi sunar.

2.16.Konfor Kavramı ve Tanımı

Konfor terimi, Latince'deki güçlendiren anlamına gelen "confortare" kelimesinden gelmektedir. Hemşirelik mesleği açısından konfor, tarih boyunca bakımın hedeflenen bir amacı ve sonucu olarak önemli bir yer tutmuştur (Fawcett, 2005). Konfor yalnızca fiziksel rahatlık değil, aynı zamanda psikolojik, zihinsel, sosyal ve manevi rahatlığı da kapsamaktadır (Lafond ve ark.2019). Temel insan ihtiyaçları arasında yer alan konfor, özellikle sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğunda daha fazla önemi haizdir. Hastaların hastanede kalma süreçlerinde, hasta konforunun hem fiziksel hem de duygusal yönlerinin hospitalizasyon deneyimlerinden etkilendiği belirtilmiştir (Williams ve Irurita, 2006).

Konfor sözcüğü Fransızca kökenlidir ve kolaylaştırma, rahatlama, ferahlama, huzur bulma gibi manalara karşılık gelmektedir (Nural ve Alkan, 2018). Slater, konforu insan ve çevre arasındaki psikososyal ve fiziksel uyumun hoş bir hali olarak tanımlamaktadır (Kolcaba, 1991). Latince "comfortare" olarak bilinip; kuvvetlendirme, ızdırabı azaltma, destekleme, sağlamlaştırma manalarına gelmektedir (Roy Choudhury, Majumdar ve Datta, 2011). Aynı zamanda konfor; zor şartları aşabilme, keder, ızdırıp ve ağrıyla baş edebilmeyi de içerir (Kolcaba, 2005). Sakinliği tarif etmek zor olsa da huzursuzluk; karıncalanma, kaşıntı, sıcak, soğuk ve havasız, kötü kokulu ortam gibi terimlerle kolayca tanımlanabilir (Roy Choudhury, Majumdar ve Datta, 2011).

Hemşirelik sanatıyla yakından bağlantılı olan konfor kavramı, hasta rahatlığı görünüşte karmaşık, kişisel ve bütünsel bir terimdir. Hemşirelerin, güç verme, bakım yapma, teselli etme, destek sağlama, cesaretlendirme ve yardımlaşma gibi eylemlerinin konfor ve konfor uygulamaları yoluyla gerçekleştirildiği literatürde belirtilmektedir (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Velioğlu 1999). Modern hemşirelik kaynaklarında, hastaların konfor talepleri üzerine odaklanılmıştır, ancak bu kavram genellikle ağrı yönetimi bağlamında ele alınmıştır. Hemşirelikte, "konforlu," "rahatlatıcı," "rahatsızlık" ve "konfor önlemleri" gibi çok sayıda terim sıkça kullanılmaktadır (Kolcaba 1991b).

Hemşireler, iyileşme sürecindeki hastaların günlük yaşam aktivitelerini bağımsız şekilde gerçekleştirebilmelerine destek olmak amacıyla, konforlarını bozabilecek engelleri ortadan kaldırarak onların güçlenmesini ve yenilenmesini sağlarlar (Kolcaba 1991b, Kolcaba 1994). Hemşirelikte konfor, bireyin ihtiyaçlarının karşılanmasıyla doğrudan ilişkilidir ve birçok hemşirelik teorisinde kaliteli bakımın temel unsurlarından biri olarak görülmektedir. Roy, Orlando, Watson, Paterson ve Zderad gibi hemşire teorisyenleri de konfor kavramına teorilerinde önemli bir yer vermiştir (Tutton ve Seers 2003, Tutton ve Seers 2004).

Sonuç olarak, Kolcaba konfor kavramını bütünsel bir yaklaşım içeriğinde "rahatlama, huzur bulma ve temel insan ihtiyaçlarının karşılanması yoluyla sorunların üstesinden gelme deneyimi" olarak tanımlamaktadır (Kolcaba 2000).

Kolcaba, 1994 yılında yaptığı çalışmalarla Orta Düzey Konfor Kuramı'nı ortaya koymuştur. Orta düzey kuramlar, az sayıda kavram içermeleri ve uygulamaya elverişli olmaları nedeniyle geniş bir kullanım alanına sahiptir (Kolcaba, 2001; Kolcaba ve Dimarco, 2005). Kolcaba (2003), kuramın gelişiminde holizm, insan ihtiyaçları, Murray'ın 1938'de ortaya koyduğu İnsanda Baskı Kuramı ve Orlando, Henderson ile Paterson'un kuramlarının etkili olduğunu belirtmiştir.

2.17.Konfor Düzey ve Boyutları

Kolcaba, kuramının taksonomik yapısını iki aşamada ele almış olup bunlar konfor düzeyleri ve konfor boyutlarıdır. İlk aşamada konfor, bireyin karşılanan veya karşılanmayan gereksinimlerinin yoğunluğuna bağlı olarak üç farklı düzeyde değerlendirilmiştir (Kolcaba 1991b, 2003).

Ferahlama (Relief); Konforu Bozan Durumdan Kurtulma Hissi :Ferahlama; rahatsız edici bir durumdan kurtulma duygusudur. Bireyin ihtiyaçlarının karşılanmaya başlamasıyla, zorlukların sona erdiği bir hale ulaşılır. Bu durum, özel bir ihtiyacın giderilmesiyle ortaya çıkar ve eski işlevlere dönmek ya da huzurlu bir şekilde hayata veda etmek için gereklidir.

Hemşireliğin temel teorilerinden biri olan ferahlama, hasta ihtiyaçlarının karşılanmasına dayanmaktadır. Orlando'nun teorisine göre, ihtiyaçları giderildikçe hastanın hissettiği bir duygudur. Henderson'ın teorisinde ise, hastanın 14 temel ihtiyacından birinin karşılanmasıyla elde edilen bir hissiyat olarak tanımlanmıştır (Kolcaba 1991b, Tutton ve Seers 2004).

Rahatlama (Ease); Konforlu Olma Durumu: Rahatlık, sakinlik ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Bir hastanın, keyif aldığını ifade etmesi, dağıldığını ilan etmesi ve memnuniyetini belirtmesi durumudur (Kolcaba 1991a, 1991b, 2003).

Üstünlük (Transdence); Kişisel Gelişim (Yenilenme hissi): Bireylerin sorunlarla başa çıkması, genel güçlerinin artırılması olarak ifade edilmektedir (Kolcaba 1994). Konfor, hastanın potansiyeline bağlı olarak belirli bir zamanda kendi kaderini yönetme ve planlama özgürlüğünü sağlamayı hedefler. Konfor gereksinimleri tamamen karşılandığında, birey bu durumun daha üst seviyesine ulaşarak sorunlarla başa çıkma kapasitesini geliştirebilir. (Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003). Üstesinden gelmeyi diğer iki kavramdan ayıran, hastanın olağanüstü performans potansiyelini sergilemesidir.

Üç konfor düzeyinin hepsi, hastanın performansını olumlu bir şekilde etkileyen güçlendirici unsurlardır. Bu üç alanda konforu karşılanmayan bireyde eksiklik hissi oluşur; gereksinimleri yerine getirildiğinde bu eksiklik ortadan kalkar. (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003).

Kolcaba (1991a, 1991b, 2003), ikinci aşamada holistik bir bakış açısıyla geliştirdiği konfor kavramını fiziksel, psiko-spiritüel, sosyo-kültürel ve çevresel olmak üzere dört boyutta incelemiştir.

Fiziksel rahatlık, bedensel algılarla bağlantılıdır. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen unsurlar arasında dinlenme ve gevşeme, hastalıklara verilen tepkiler, beslenme ile homeostazis ve barsak işlevinin sürekliliği gibi fizyolojik faktörler bulunmaktadır (Wilson ve Kolcaba 2004).

Kolcaba (1994), fiziksel rahatlığın bireyin hastalıklara karşı verdiği tepkiler sonucunda ortaya çıktığını ifade etmektedir. Bu doğrultuda, fiziksel rahatlığın sağlanabilmesi için bazı temel fizyolojik göstergelerin dengede olması gerekmektedir. Bu göstergeler arasında sıvı-elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan biyokimyası ile yeterli düzeyde oksijen saturasyonu yer almaktadır. Söz konusu fizyolojik parametrelerde meydana gelebilecek sapmaların, bireyin konfor düzeyini olumsuz etkileyebileceği vurgulanmaktadır (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2002; Wilson ve Kolcaba, 2004).

Psiko-spritüel konfor, zihinsel, duygusal ve ruhsal unsurlardan meydana gelmektedir. Bireyin yaşamına anlam katan unsurlar, öz-değer, benlik algısı, cinsellik ve kendini tanıma gibi hisleri içermektedir. Ayrıca, hastaya yeterli bilgi verilmemesi veya yanlış bilgi sunulması, belirsizlik durumu, kötü bir hastalık teşhisi, korku ve hastanın durumundaki ani değişimler, psikolojik ve ruhsal konforu etkileyen diğer unsurlardır (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003, Wilson ve Kolcaba 2004).

Çevresel konfor, dış koşulların insan üzerindeki etkilerini ifade eder. Bu kavram aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, güvenli bir çevre ve pencereden görülen manzara gibi unsurları içerir. Çevresel konforu azaltan etkenler arasında soğuk ortamlar, yüksek sesler, aşırı parlak ışıklar, rahatsız edici kokular ve kişinin mahremiyetine yeterince saygı gösterilmemesi, ayrıca rahatsız edici yataklar ve sedyalar bulunmaktadır (Wilson ve Kolcaba 2004, Kolcaba, Tilton ve Drouin 2006).

Sosyo-kültürel konfor, bakımın bileşenleri arasında yer alan unsurlar şunlardır: bilgi ve rehberlik sağlama, ailenin gelenekleri, görenekleri ve dini inançları doğrultusunda bakım sunma, finansal destekten yararlanma, kişiler arası iletişimi sağlama, taburculuk planlaması ve eğitim süreçleri, ayrıca evde bakım hizmetinin sağlanması. Sosyo-kültürel konforu etkileyen olumsuz faktörler arasında aileden ayrılma, kültürel geleneklere önem verilmemesi, bakımın sürekliliğinin sağlanmaması, bakım kalitesinin düşük olması ve sosyal güvencenin bulunmaması yer almaktadır. Hemşireler, sağlık ekibi ve hastanın ailesi, dikkatli davranarak sosyal konforu artırabilirler. (Kolcaba 1991a, Kolcaba 1991b, Kolcaba 2003, Wilson ve Kolcaba 2004). Güvensizlik de konforu etkileyen başka bir sebeptir. Hastane ekipmanlarının yeterince işlevsel olmaması, hastaya güven vermemek, güvenliğin tehlikeye atılması, aseptik tekniklerin yanlış uygulanması ve nozokomiyal enfeksiyonlar, güvenlik endişesini artıran durumlardır (Hawley 2000, Wilson ve Kolcaba 2004, Krenziscek, Wilson, Newhouse ve ark. 2004).

2.18.Konfor Kuramının Uygulamada Kullanımı

Konfor teorisi, klinik uygulamalar, eğitim ve araştırma alanlarında yer almaktadır. Bu teori, hemşirelerin bakım planlaması ve organizasyonunda önemli bir rehberlik sunar. Hemşireler, hastalarına hizmet ederken, hemşireliğin teknik yönleri yanında, yaptıkları uygulamaları açıklamak için konfor teorisini esas alabilirler.

Terzi ve ark., (2014)'ün yapmış olduğu çalışmada, yoğun bakım ünitesine hasta kabulü öncesi uygulanan protokolün etkisini incelemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, hasta bireylerin konfor seviyeleri ile yatış anındaki fizyolojik parametrelerini analiz etmişlerdir. Fiziksel, psikospiritüel ve çevresel konforun deney grubunda kontrol grubuna oranla arttığını, ancak sosyokültürel konfor alt boyutunda herhangi bir fark gözlemlenmediğini belirlemişlerdir.

Krinsky ve ark., (2004)'ün tarafından yapılan araştırmada, konfor teorisinin kalp hastalarında nasıl uygulandığı incelenmiştir. Hastaların sorunları alt başlıklar altında değerlendirildiğinde, fiziksel konfor eksikliği göğüs ağrısı ile kendini göstermektedir. Psikospiritüel konfor sorunları arasında kalp krizine bağlı anksiyete yer almaktadır. Sosyokültürel konfor sorunu ise aile ile iletişim kurulamaması ve hemşirelik hizmetinin yetersizliği olarak ortaya çıkmaktadır. Çevresel konfor açısından, gürültü, alarmlar, yatak ve sedyelerin düzensiz yerleşimi ve sürekli yapılan sorgulamalar gibi sorunlar tespit edilmiştir. Bu problemler için konfor bakım modeli uygulanmıştır. Acil servise gelen hastaların fiziksel sorunlarına yönelik olarak hızlı bir triage yapılmış, nefes darlığı olan hastalara oksijen verilmiş ve ağrıları için ilaç tedavisi uygulanmıştır. Ayrıca, akut koroner sendrom protokolü de hayata geçirilmiştir. Psikospiritüel sorunlar için ise hastaların bilgilendirilmesi, rahatlatılması ve sakinleştirilmesi sağlanmıştır. Çevresel konfor yönüyle, hastanın mahremiyetine saygı gösterilerek fiziksel ve sosyal çevrenin düzenlenmesi yapılmıştır. Sosyokültürel konfor açısından, hastalara aileleri hakkında bilgi verilmesi, aile ile iletişim kurabilmelerinin rahatlamalarına ve konforlarının artmasına neden olduğu belirlenmiştir.

Yılmaz ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada, ameliyat sürecindeki ortopedi hastalarının konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları incelenmiştir. Bu araştırmada, perianestezi konfor ölçeği kullanılarak hastalara sunulan bakımın sonuçları değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, ameliyat sürecinde uygulanan bakımın konfor kuramına uygun olarak hastaların konforunu artırdığını ortaya koymuştur.

2.19.Hastalarının Konfor Düzeyine Göre Bakımı

Konfor seviyesi yüksek olan bireyler, tedaviye daha iyi uyum sağlamaktadır ve hastalık süreçlerindeki stresle başa çıkmada daha başarılıdırlar. Konfor, iyileşme sürecini hızlandırmakta ve hastaların günlük yaşam aktivitelerine daha çabuk dönmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca hastanede kalış sürelerini de kısaltmaktadır (Bülbul ve ark. 2002).

Kolcaba (1994) hemşirelikte konforun, hasta, aile veya toplumun ihtiyaçlarının belirlenmesiyle başladığını ve bu ihtiyaçlara yönelik önlemlerin alınması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca, temel konfor seviyesinin ölçülmesi ve uygulamadan sonraki konfor seviyesinin değerlendirilmesi sürecinin de önemli olduğunu ifade etmiştir. Kolcaba (2003), hemşirelikte konfor teorisinin temel bileşenlerini; ferah hissetme, rahatlama ve sorunlarla başa çıkabilme olarak tanımlamıştır. Bu alanlarda konfor ihtiyacı karşılamayan kişiler, bir eksiklik hissedebilirken, ihtiyaçları giderildiğinde bu eksikliğin ortadan kalkacağını vurgulamıştır.

Cerrahi hastalardan ameliyat öncesi, sırasında ve sonrasında karşılaştıkları sorunlar, hasta rahatlığının azalmasına yol açan temel etkenler arasında yer almaktadır (Wilson ve ark. 2004). Cerrahi geçiren hastalar, ameliyattan sonra çeşitli sorunlarla karşılaşabilmektedir; bu sorunlar arasında ağrı, sistemik problemler, sıvı ve elektrolit dengesizlikleri, hipotermi, motor ve duysal işlevlerde bozulma, anksiyete ve ölüm korkusu bulunmaktadır. Olası ve mevcut sorunları değerlendiren bütüncül hemşirelik hizmetlerinin uygulanmasıyla, bakım kalitesinin artırılması, iyileşme sürecinin hızlanması ve hastaların konforunun sağlanması mümkün olduğu ifade edilmektedir (Tuti ve ark. 2017).

2.20.Konfor Düzeyinin Gelişmesinde Yararlanılan Kuramcılar

Paterson, Orlando ve Henderson'un teorileri, konfor teorisinin düzeylerinin gelişiminde önemli bir rol oynamıştır (Kolcaba 1991). Hemşire olan Paterson, konforu sağlık, özgürlük ve iletişim gibi ihtiyaçların altında olduğuna işaret eden bir şemsiyeye benzetirken, bunu hemşirelik mesleğiyle sürekli etkileşimde olan bir yapı olarak tanımlar. Ona göre rahatlık, bireyin potansiyeline göre belirli bir zamanda geleceğini kontrol etmesine ve planlamasına yönelik bir özgürlük sağlamayı hedefleyen, fiziksel olmaktan çok zihinsel bir durumdur.

Orlando, etkileşim teorisine dayanarak hastayı belirli ihtiyaçları olan ve bu ihtiyaçlar karşılanmadığında rahatsızlık hisseden bir birey olarak görür. Hemşireyi ise bu ihtiyaçları fark eden, değerlendiren ve hastanın yaşadığı rahatsızlığı gidermeye çalışan kişi olarak tanımlar. Kolcaba, bu bakış açısından hareketle, ihtiyaçları karşılanan bir hastanın ilk olarak ferahlama hissi yaşayacağını belirtir. Hemşire, bakım sürecinin hem öncesinde hem de sonrasında hastanın konfor seviyesini değerlendirir ve hasta ile etkileşim kurarak onun fiziksel ve ruhsal konfor durumunu gözlemleyerek bakım sürecini şekillendirir (Kolcaba, 1991).

Henderson, Maslow'dan etkilenerek geliştirdiği teorisinde, insanın temel ihtiyaçlarına odaklanmış ve insanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için gereken 14 temel ihtiyacın karşılanması gerektiğini vurgulamıştır. Bu ihtiyaçlar arasında yeterli solunum, beslenme, boşaltım, hareket, dinlenme, giyinme, vücut ısınısını dengeleyebilme, tehlikeden korunma, iletişim kurma, ibadet yapma, temizlik, çalışma hayatında başarı sağlama, eğlenebilme ve bir uğraş edinme yer alır. Kolcaba, bireyin bu aşamalarda dengede kalabilirse, konforun rahatlatma aşamasında olabileceğini ve dengesini sürdürebileceğini ifade eder (Kolcaba 1991).

Kolcaba'nın geliştirdiği genel konfor teorisi; Nightingale'in hemşirelik felsefesi olan, insanların yaşadığı çevrenin nasıl iyileştirilebileceğini yansıtır (Kolcaba, 2003). Konfor teorisi, sağlık bakımının temel unsurlarından biridir ve kalp hastalarının fiziksel çevresini iyileştirmek için kullanılabilir. Koroner yoğun bakım ünitelerindeki gürültü, yetersiz aydınlatma ve diğer türlü kaotik atmosfer oluşturan stresörler; kaçınılmaz olarak hastanın iyileşmesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Nural ve Alkan, 2018).

Nightingale teorisi; sessiz bir ortam sağlamanın, duygusal konforu sağlamada temel yaklaşım olduğunu savunur (Tutton ve Seers, 2003). Hemşire, bakım ortamını huzurlu ve iyileşmeyi sağlayacak biçimde organize etmekten sorumludur. Nightingale'in vurguladığı gibi, hemşire; sağlıklı bir çevre, sağlığı geliştirme ortamı oluşturma gayesiyle; gürültü ve ışığı azaltmak, uykunun devamlılığını sağlamak için bilinçli eylemlerde bulunur (Krinsky, Murillo, ve Johnson, 2014).

Konforun sağlanması hemşirelik girişimlerinin bir parçası olarak bilinir. Hastanın sosyal, spiritüel ve iletişimsel ihtiyaçlarının karşılanması, hastanın konforunu sağlayan önemli bir faktördür (Nural ve Alkan, 2018). Aile üyeleri, akrabalar ve arkadaşların, hastanın bulunduğu ortama dahil edilmesi konforu artırmada önemli bir girişimdir (Nural ve Alkan, 2018). Hemşirelik uygulamaları, fiziksel ortamı iyileştiren ve hastalara kendilerini daha iyi hissetme fırsatı veren teknoloji ile geliştirilebilir (Nural ve Alkan, 2018).

Koroner yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalar, hayatlarını tehdit altında hissetmektedirler. Günlük yaşamdaki ani değişiklikler, deneyimlere bağlı sıkıntı, duygusal ızdırap, yalnızlık ve prognozun bilinmezliğine bağlı anksiyete, sağlık çalışanlarının hastalara uyguladıkları invaziv ve teknik işlemler; hastaların konforunu olumsuz etkileyebilmektedir (Nural ve Alkan, 2018).

Kolcaba, Konfor Kuramında “Holizm”, “İnsan Gereksinimleri” ve “Gereksinim Baskı Kuramı” olmak üzere üç benzer görüşten de etkilenmiştir (Kolcaba, 1991).

Holizm (Bütünlük) Kavramı: Kolcaba'ya göre "holizm" kavramı, bireyin yalnızca fiziksel yapısıyla sınırlı kalmayıp, zihinsel, ruhsal ve duygusal deneyimlerle bütünleşmiş bir varlık

olduğunu ifade eder. Bireyin yaşamını sürdürebilmesi, karmaşık sosyal ve çevresel sistemlerin içinde yer almasına bağlıdır ve insanlar bu etkilere aynı anda tepki verirken, içe ya da dışa dönük şekilde algılama süreçleri yaşarlar. Kolcaba, birey merkezli bütüncül bir bakış açısında, insanın karmaşık uyaranlara tek bir bütün olarak yanıt verdiğini savunur. Bu kapsamda, bütüncül bir yanıtın, parçalı tepkilerin ve bunların etkilerinin değerlendirilmesinden daha üstün olduğunu öne sürer (Kolcaba, 2003).

İnsan Gereksinimleri: Kolcaba (2003), bireylerin sağlık hizmetleri sürecinde temel ihtiyaçlarının karşılanması için yardım sunulan bu aşamada, bireylerin beklentilerinin karşılanmasında kişisellik ve kültürel özelliklere dayalı bütünsel bir bakım yaklaşımının önemini belirtmiştir (Kolcaba 2003).

İnsanda Baskı: Konfor teorisi üzerinde etkili olan bir başka düşünce, Murray ve arkadaşları (1939) tarafından ortaya konmuş olan İnsanda Baskı Teorisi'dir. Bu teoriye göre, insanı etkileyen baskı unsurları alfa ve beta baskıları olarak iki gruba ayrılmaktadır. Alfa baskısı, olumsuz güçler (zorlayıcı nitelikte) ve olumlu güçler (kolaylaştırıcı nitelikte) ile etkileşimde bulunan unsurlar olarak görülürken, beta baskısı ise alfa baskısında yer alan güçlerin birey tarafından nasıl algılandığını ifade etmektedir. Bireyin kendisine yönelik değerlendirmesinde olumlu bir sonuç görmesi, diğer durumların da aynı şekilde olumlu sonuçlanacağına dair bir beklentiyi güçlendirmektedir. Bu beklenti, bireyin deneyimlerine göre olumlu ya da olumsuz bir yön taşımaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, koroner anjiyografi uygulanacak hastaların bilgi, anksiyete ve konfor düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir tasarım kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kesitsel tasarım, belirli bir zaman diliminde hasta özelliklerini ve ilişkili faktörleri değerlendirmek için uygun bir yöntem olarak seçilmiştir (Polit ve Beck, 2021).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, 10 Mart 2025-10 Nisan 2025 tarihleri arasında, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kardiyoloji Polikliniğinde Anjio olacak hastalar ile yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran ve Koroner Anjiyografisi planlan hastalar evreni oluşturmuştur. Araştırmanın yapılacağı dönemde 2024 yılına ait hasta sayısı baz alınarak örneklem hesabı yapılmıştır. Araştırma evrenini son 1 yılda Koroner anjiyografi ünitesine başvuran 1200 kişilik hasta grubu oluşturmaktadır. Bu evren için alfa 0,05 hata payı ile %90 güven aralığında örnekleme en az 221 hasta dahil edilmesi gerektiği hesaplandı. 10 Mart 2025-10 Nisan 2025 tarihlerinde yapılacak tekrarlı koroner anjiyografi işlemi dahil araştırmanın örnekleme araştırma dahil edilme kriterlerini sağlayan 221 hasta alınmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı) ve anjiyografi deneyimleri (daha önce işlem geçirme durumu ve bilgi alma durumu) toplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) (EK-2), Genel Konfor Ölçeği (GCS) (EK-3) kullanılarak toplanmıştır:

Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak (Fathi et al., 2017; Dülek ve ark., 2018; Kaynak ve Ecevit, 2020; Marini et al., 2017; Tunç, 2022) geliştirilen bu form, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı, daha önce anjiyografi geçirme durumu ve işlemle ilgili bilgi alma durumu gibi sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek için kullanılmıştır.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-I ve II)(EK-2)

Spielberger ve diğerleri (1970) tarafından geliştirilen bu envanter, durumluk (STAI-I) ve sürekli (STAI-II) kaygı düzeylerini ölçmek için kullanılmıştır. Her biri 20 maddeden oluşan ölçekler, 4'lü Likert tipi yanıtlarla değerlendirilir (1 = hiç, 4 = tamamen). Toplam puan 20-80 arasında değişir; yüksek puanlar daha yüksek kaygı düzeyini gösterir. 14 yaş ve üzerindeki bireylerde uygulanabilir ve zaman kısıtlaması olmaksızın yaklaşık 10 dakikada tamamlanabilir. Ölçek toplamda 40 maddeden oluşur ve iki alt boyutu vardır;

- Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI I): Kişinin belirli bir anda hissettiği kaygıyı değerlendirir. Yanıt seçenekleri Hiç (1), Biraz (2), Çok (3) ve Tamamıyla (4) şeklindedir.
- Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI II): Bireyin genel kaygı eğilimini ölçer. Yanıt seçenekleri Hemen hiçbir zaman (1), Bazen (2), Çok zaman (3) ve Hemen her zaman (4) olarak belirlenmiştir.

Ölçekte doğrudan (negatif duyguları ifade eden) ve tersine dönmüş (olumlu duyguları ifade eden) maddeler bulunur. Doğrudan maddelerde yüksek puan yüksek kaygıyı gösterirken, tersine dönmüş maddelerde düşük puan yüksek kaygıyı işaret eder. Durumluk kaygı ölçeğinde 10, sürekli kaygı ölçeğinde ise 7 tersine dönmüş madde bulunmaktadır. Puanlama, elle veya bilgisayar aracılığıyla yapılabilir. Doğrudan ve tersine dönmüş maddeler ayrı ayrı değerlendirilerek belirli bir formüle göre hesaplanır. Sonuçlar, Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için 35 sabit değeri eklenerek kaygı puanı belirlenir. Kaygı düzeyleri şu şekilde sınıflandırılır: (Öner ve Compte, 1998).

- 0-19 puan: Kaygı yok
- 20-39 puan: Hafif kaygı
- 40-59 puan: Orta düzey kaygı
- 60-79 puan: Şiddetli kaygı
- 80 ve üzeri: Çok şiddetli panik

Bu ölçek, klinik ortamlarda bireylerin anksiyete düzeylerini değerlendirmek ve uygun müdahaleleri planlamak için yaygın olarak kullanılmaktadır

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (1998) tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa katsayısı 0,83-0,87 arasındadır. Bu çalışmada, Durumluk Kaygı ölçeğin Cronbach alfa değeri ,943 olarak, Sürekli Kaygı ölçeğin Cronbach alfa değeri ,869 olarak bulunmuştur.

Genel Konfor Ölçeği (GCS) (EK-3)

Kolcaba (1992) tarafından geliştirilen bu ölçek, hastaların konfor düzeylerini ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme alt boyutlarında değerlendirir. 48 maddeden oluşan ölçek, 6'lı Likert tipi yanıtlarla (1 = kesinlikle katılmıyorum, 6 = kesinlikle katılıyorum) puanlanır. Toplam puan 48-288 arasında değişir; yüksek puanlar daha yüksek konforu gösterir.

Ölçek, konforun üç düzeyini (rahatlama, ferahlama ve üstünlük) ve dört boyutunu (fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel) değerlendirmektedir. Pozitif ve negatif ifadeler içeren maddeler, karışık bir şekilde sunulmuştur. Pozitif ifadelerde yüksek puan yüksek konfora işaret ederken, negatif ifadelerde düşük puan yüksek konforu göstermektedir. Konfor; “fiziksel (12 madde), psikospiritüel (13 madde), çevresel (13 madde) sosyokültürel boyutları (10 madde)” içermektedir”. Konfor düzeyi olarak ise; “ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstünden gelme (15 madde)” şeklinde değerlendirilmektedir. “Cronbach alpha değerinin orijinal ölçekte 0.88, Türkçede ise 0.85 olduğu saptanmıştır.” Ölçekte yer alan pozitif maddeler; 1-36-15-29-44-46-2-7-31-38-9-17-3-27-11-47-30-33-37-4-23-43-10-16 sorularında. Negatif maddeler ise 14-19-48-25-20-28-5-6-22-40-24-41-45-12-34-32-42-18-21-35-8-13-31-26-39 sorularındadır. Ölçekte negatif maddeler ters kodlanarak toplanmaktadır. Ortalama değere ulaşmak için elde edilen toplam puan, ölçek maddelerinin sayısına bölünmektedir. Alınabilecek en düşük değer olan 1 “düşük konfor”, en yüksek değer olan 4 ise “yüksek konfor” ifade eder. Ölçekten alınabilecek toplam puan 48 ile 192 arasında değişmektedir; yüksek puanlar daha yüksek konfor düzeyini ifade eder. Ölçeğin orijinal Cronbach's Alpha değeri 0,88 olarak belirlenmiş olup, Türkçe uyarlamasında bu değer 0,85 olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kuşuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa katsayısı 0,88'dir. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa değeri ,891 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler, etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra toplanmaya başlanmıştır. 10.03.2025 - 10.04.2025 tarihleri arasında Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran ve Koroner Anjiyografisi planlan, araştırma dahil edilme kriterlerini sağlayan, araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar ile anket ve ölçek soruları yüz yüze uygulanmıştır.

Araştırma Dahil Edilme Kriterleri:

- ✓ 18 yaşından büyük olmak,
- ✓ Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji bölümüne, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında koroner anjiyografi olmak için başvuran,
- ✓ Türkçe okuma, yazma ve konuşma bilen,
- ✓ İletişim problemi olmayan,
- ✓ Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

Araştırma Dışlanma Kriterleri:

- ✓ Araştırmaya katılmak istemeyen,
- ✓ İletişim kurulamayan,
- ✓ Türkçe okuma, yazma ve konuşma bilmeyen,
- ✓ Formları eksik dolduran,
- ✓ Araştırmaya katılmaktan vazgeçen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin analizi, çalışmanın amaçlarına uygun olarak kapsamlı bir istatistiksel yaklaşımla gerçekleştirilmiştir. Tüm analizler, SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımı kullanılarak %90 güven aralığında yapılmıştır. Analiz süreci, verilerin betimlenmesi, dağılım özelliklerinin değerlendirilmesi ve değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesini kapsayan bütüncül bir çerçevede yürütülmüştür.

Katılımcıların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı) ve anjiyografi deneyimleri (daha önce işlem geçirme durumu, bilgi alma durumu), frekans (n), yüzde (%), ortalama (X) ve standart sapma (SS) kullanılarak

tanımlanmıştır. Bu analiz, örneklemin sosyodemografik yapısını ve klinik özelliklerini ayrıntılı bir şekilde ortaya koymuş, değişkenlerin dağılımına ilişkin temel bir anlayış sağlamıştır.

Verilerin istatistiksel testlere uygunluğunu değerlendirmek amacıyla normallik analizi yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak durumluk kaygı, sürekli kaygı, genel konfor ve konfor alt boyutlarının (ferahlama, rahatlama, sorunların üstesinden gelme) dağılım özellikleri incelenmiştir. Test sonuçları, tüm değişkenlerin $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olduğunu göstermiş, ancak çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri sırasıyla -1 ile +1 ve -2 ile +2 aralığında bulunarak normal dağılımı desteklemiştir (Bulmer, 1979; West et al., 1995). Bu nedenle, parametrik istatistiksel testlerin kullanımı uygun bulunmuştur.

Demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı) ve anjiyografi deneyimlerine (işlem geçirme durumu, bilgi alma durumu) göre anksiyete ve konfor düzeylerindeki farklılıklar incelenmiştir. İki grup arasındaki karşılaştırmalar için bağımsız örnek t-testi, birden fazla grup için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA sonuçlarında anlamlı farklılıklar tespit edildiğinde, post-hoc testlerden Tukey HSD testi uygulanarak grup farklarının kaynağı belirlenmiştir. Tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Durumluk kaygı, sürekli kaygı, genel konfor ve konfor alt boyutları (ferahlama, rahatlama, sorunların üstesinden gelme) arasındaki ilişkiler, Pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayıları, ,00-0,29 (zayıf), ,30-0,59 (orta) ve ,60-1,00 (güçlü) olarak sınıflandırılmıştır (Cohen, 1988). Bu analiz, değişkenler arasındaki doğrusal ilişkilerin yönünü ve gücünü belirlemede kullanılmıştır.

Veri toplama araçlarının iç tutarlılığı, Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (EK-2) için Cronbach alfa değeri 0,85, Genel Konfor Ölçeği (EK-3) için ise ,90 olarak hesaplanmıştır, bu da ölçeklerin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermiştir (Field, 2018).

Analiz sonuçları, çalışmanın bulgularını açık ve sistematik bir şekilde sunmak amacıyla tablolara dönüştürülmüştür. Betimsel istatistikler, korelasyon analizleri ve karşılaştırmalı test sonuçları, ilgili değişkenlerin dağılımını ve ilişkilerini ayrıntılı bir şekilde yansıtacak şekilde düzenlenmiştir. Bu yaklaşım, verilerin yorumlanabilirliğini artırmış ve çalışmanın amaçlarına ulaşılmasını desteklemiştir.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, koroner anjiyografi uygulanacak hastaların bilgi, anksiyete ve konfor düzeyleri arasındaki ilişki belirlenerek, hastaların koroner anjiyografi uygulamasına ilişkin bilgi düzeyleri, anksiyete düzeyleri, konfor düzeyleri incelenecek ve tablolar eşliğinde yorumlanacaktır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, daha önce anjiyografi işlemi geçirme durumu ve sayısı, işlemle ilgili daha önce eğitim/bilgi alma durumu gibi kişisel bilgilerinin betimsel analizi Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcı Bireylerin Kişisel Bilgilerinin Dağılımı (N=221)

Kişisel Bilgiler		f	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	98	44,3
	Erkek	123	55,7
Yaş	18-35 Yaş	42	19,0
	36-55 Yaş	75	33,9
	56 Yaş ve Üzeri	104	47,1
Eğitim Durumu	İlkokul	85	38,5
	Ortaokul	33	14,9
	Lise	26	11,8
	Lisans	69	31,2
	Lisansüstü	8	3,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	101	45,7
	Emekli	90	40,7
	İşsiz	30	13,6
Sigara Kullanma Durumu	Evet	131	59,3
	Hayır	90	40,7
Alkol Kullanma Durumu	Evet	59	26,7
	Hayır	162	73,3
Daha Önce Anjiyografi İşlemi Geçirme Durumu	Evet	41	18,6
	Hayır	180	81,4
Anjiyografi İşlemi Geçirme Sayısı	Hiç Geçirmedim	180	81,4
	1 Kez	23	10,4
	2 Kez	11	5,0
	3 Kez ve Üstü	7	3,2
İşlemle İlgili Daha Önce Eğitim/Bilgi Alma Durumu	Evet	68	30,8
	Hayır	153	69,2

Tablo 1’e göre katılımcıların demografik ve sağlıkla ilgili özelliklerini ortaya koymaktadır. Katılımcıların %55,7’si erkek, %44,3’ü ise kadındır. Yaş dağılımına bakıldığında, %47,1 ile 56

yaş ve üzeri grup en yüksek oranı oluştururken, bunu %33,9 ile 36-55 yaş grubu ve %19,0 ile 18-35 yaş grubu izlemektedir. Eğitim düzeyinde, %38,5 ile ilkokul mezunları çoğunlukta olup, %31,2'si lisans, %14,9'u ortaokul, %11,8'i lise ve %3,6'sı lisansüstü mezunudur. Çalışma durumuna göre, %45,7'si çalışan, %40,7'si emekli ve %13,6'sı işsizdir. Sigara kullanımı %59,3 ile oldukça yaygınken, alkol kullanımı %26,7 ile daha düşük bir orandadır. Katılımcıların %18,6'sı daha önce anjiyografi işlemi geçirmiş olup, %81,4'ü bu işlemi hiç geçirmemiştir. Anjiyografi geçirenler arasında %10,4'ü bir kez, %5,0'i iki kez, %3,2'si ise üç kez ve üzeri işlem geçirmiştir. Ayrıca, katılımcıların yalnızca %30,8'i işlemle ilgili daha önce eğitim veya bilgi alırken, %69,2'si bu konuda bilgilendirilmemiştir. Bu bulgular, katılımcıların çoğunlukla orta yaş ve üzeri, sigara kullanımı yaygın, ancak anjiyografi deneyimi ve bilgisi sınırlı bir grup olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların koroner anjiyografi uygulamasına ilişkin bilgi düzeyleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Koroner Anjiyografi Uygulamasına İlişkin Bilgi Düzeyleri (N=221)

		N	Yüzde (%)	X	SS.
Daha Önce Anjiyografi İşlemi Geçirme Durumu	Evet	41	18,6	1,81	,390
	Hayır	180	81,4		
	Toplam	221	,100		
Anjiyografi İşlemi Geçirme Sayısı	Hiç Geçirmedim	180	81,4	,30	,708
	1 Kez	23	10,4		
	2 Kez	11	5,0		
	3 Kez ve Üstü	7	3,2		
	Toplam	221	,100		
İşlemle İlgili Daha Önce Eğitim/Bilgi Alma Durumu	Evet	68	30,8	1,69	,463
	Hayır	153	69,2		
	Toplam	221	,100		

*N=Kişi sayısı; X=Ortalama; SS.=Standart sapma

Tablo 2'ye göre katılımcıların büyük çoğunluğunun bu konuda sınırlı deneyime ve bilgiye sahip olduğu görülmektedir. Daha önce anjiyografi işlemi geçirme durumuna bakıldığında, yalnızca %18,6'sı (ort.= 1,81, ss.= 0,390) bu işlemi geçirmişken, %81,4'ü hiç anjiyografi geçirmemiştir. Anjiyografi işlemi geçirme sıklığı incelendiğinde, %81,4'ü hiç işlem geçirmemiş (ort.= 0,30, ss.= 0,708), %10,4'ü bir kez, %5,0'i iki kez ve %3,2'si üç kez veya daha fazla işlem geçirmiştir. Bu, katılımcıların çoğunun anjiyografi deneyimine sahip

olmadığını göstermektedir. İşlemlerle ilgili daha önce eğitim veya bilgi alma durumu değerlendirildiğinde ise, %30,8'i (ort.= 1,69, ss.= 0,463) bilgi almışken, %69,2'si herhangi bir eğitim veya bilgilendirme almamıştır. Bu bulgular, koroner anjiyografi olacak hastaların çoğunluğunun işlem hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını ve daha önce bu deneyimi yaşamamış olduğunu ortaya koyarak, bilgilendirme ve eğitim süreçlerinin önemine işaret etmektedir.

Çalışmada kullanılan Durumluk Kaygı ölçeği, Sürekli Kaygı ölçeği ile Genel Konfor ölçeği ve alt boyutlarının normallik analiz Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Verilerin Normallik Analizi

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p.	Statistic	Df	p.
Durumluk Kaygı Ölçeği	,072	221	,008	,983	221	,008
Sürekli Kaygı Ölçeği	,105	221	,001	,957	221	,001
Genel Konfor Ölçeği	,076	221	,004	,986	221	,027
Ferahlama	,088	221	,001	,984	221	,012
Rahatlama	,072	221	,007	,990	221	,153
Sorunların Üstesinden Gelme	,102	221	,001	,955	221	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Çalışmada kullanılan Durumluk Kaygı ölçeği, Sürekli Kaygı ölçeği ile Genel Konfor ölçeği ve alt boyutları için yapılan normalite testleri (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri) sonuçlarına göre, verilerin normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür. Çarpıklık (skewness) değerleri Durumluk Kaygı (-,395), Sürekli Kaygı (,796), Genel Kontrol (,255), Ferahlama (,306), Rahatlama (-,014) ve Sorunların Üstesinden Gelme (-,133) için -1 ile +1 aralığında bulunmuş; bu aralık, literatürde normal dağılım için kabul edilen eşik olarak tanımlanmıştır (Bulmer, 1979), Basıklık (kurtosis) değerleri ise sırasıyla -,161, 1,94, ,177, ,330, -,067 ve 2,0 ile -2 ile +2 aralığında yer almıştır; bu aralık da normal dağılımın bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (West & diğ., 1995). Bu bulgular ışığında verilerin normal dağılıma uyduğunu ve parametrik testlerin uygulanması gerektiği anlaşılmaktadır.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların cinsiyet durumları ile anksiyete ve konfor düzeylerinin Bağımsız Örneklem T testi Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Cinsiyet Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)

	Cinsiyet	N	X	SS.	T/p. Değeri
Durumluk Kaygı	Kadın	98	53,18	11,463	T= -,012
	Erkek	123	53,20	11,756	p.= ,990
Sürekli Kaygı	Kadın	98	47,72	8,676	T= 2,26
	Erkek	123	45,15	8,170	p.= ,024
Genel Konfor	Kadın	98	120,51	15,120	T= 1,46
	Erkek	123	117,55	14,739	p.= ,144
Ferahlama	Kadın	98	37,71	7,167	T= ,548
	Erkek	123	37,19	7,051	p.= ,584
Rahatlama	Kadın	98	43,67	6,177	T= 2,15
	Erkek	123	41,86	6,223	p.= ,032
Sorunların Üstesinden Gelme	Kadın	98	34,67	4,312	T= ,946
	Erkek	123	34,13	4,182	p.= ,345

*N=Kişi sayısı; X=Ortalama; SS.=Standart sapma; T/P değeri: Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 4'e göre durumluk kaygı düzeyinde kadınlar (ort.= 53,18, ss.= 11,463) ve erkekler (ort. = 53,20, ss. = 11,756) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0,012$, $p = 0,990$). Ancak sürekli kaygı düzeyinde kadınlar (ort.= 47,72, ss.= 8,676) erkeklere (ort.= 45,15, ss.= 8,170) kıyasla daha yüksek kaygı sergilemiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t = 2,26$, $p = 0,024$). Genel konfor düzeyinde kadınlar (ort.= 120,51, ss.= 15,120) erkeklere (ort.= 117,55, ss.= 14,739) göre biraz daha yüksek konfor bildirmiş, ancak bu fark anlamlı değildir ($t = 1,46$, $p = 0,144$). Ferahlama alt boyutunda kadınlar (ort.= 37,71, ss.= 7,167) ve erkekler (ort.= 37,19, ss.= 7,051) arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($t = 0,548$, $p = 0,584$). Buna karşılık, rahatlama alt boyutunda kadınlar (ort.= 43,67, ss.= 6,177) erkeklere (ort.= 41,86, ss.= 6,223) göre daha yüksek rahatlama düzeyi bildirmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t = 2,15$, $p = 0,032$). Son olarak, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda kadınlar (ort.= 34,67, ss.= 4,312) ve erkekler (ort.= 34,13, ss.= 4,182) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 0,946$, $p = 0,345$). Bu bulgular, kadınların sürekli kaygı ve rahatlama düzeylerinde erkeklere kıyasla daha yüksek değerler gösterdiğini, ancak diğer boyutlarda cinsiyetler arasında belirgin bir farklılık olmadığını ortaya koymaktadır.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların sigara kullanma durumları ile anksiyete ve konfor düzeylerinin Bağımsız Örneklem T testi Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Sigara Kullanma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)

Sigara Kullanma Durumu		N	X	SS.	T/p. Değeri
Durumluk Kaygı	Evet	131	55,59	11,285	T= 3,81
	Hayır	90	49,71	11,222	p.= ,001
Sürekli Kaygı	Evet	131	45,73	8,028	T= -1,19
	Hayır	90	47,11	9,073	p.= ,233
Genel Konfor	Evet	131	115,89	13,186	T= -3,67
	Hayır	90	123,20	16,317	p.= ,001
Ferahlama	Evet	131	36,17	6,582	T= -3,23
	Hayır	90	39,24	7,439	p.= ,001
Rahatlama	Evet	131	41,53	5,773	T= -3,31
	Hayır	90	44,31	6,587	p.= ,001
Sorunların Üstesinden Gelme	Evet	131	33,93	3,539	T= -1,75
	Hayır	90	35,01	5,043	p.= ,081

*N=Kişi sayısı; X=Ortalama; SS.=Standart sapma; T/P değeri: Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 5'e göre durumluk kaygı düzeyinde, sigara kullananlar (ort.=55,59, ss.=11,285) kullanmayanlara (ort.=49,71, ss.=11,222) kıyasla daha yüksek kaygı sergilemiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=3,81, p.=0,001). Sürekli kaygı düzeyinde ise sigara kullananlar (ort.=45,73, ss.=8,028) ile kullanmayanlar (ort.=47,11, ss.=9,073) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-1,19, p.=0,233). Genel konfor düzeyinde, sigara kullanmayanlar (ort.=123,20, ss.=16,317) kullananlara (ort.=115,89, ss.=13,186) göre daha yüksek konfor bildirmiş ve bu fark anlamlıdır (t=-3,67, p.=0,001). Ferahlama alt boyutunda da sigara kullanmayanlar (ort.=39,24, ss.=7,439) kullananlara (ort.=36,17, ss.=6,582) kıyasla daha yüksek ferahlama düzeyi göstermiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=-3,23, p.=0,001). Rahatlama alt boyutunda da benzer şekilde, sigara kullanmayanlar (ort.=44,31, ss.=6,587) kullananlara (ort.=41,53, ss.=5,773) göre daha yüksek rahatlama bildirmiş ve bu fark anlamlıdır (t=-3,31, p.=0,001). Ancak, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda sigara kullananlar (ort.=33,93, ss.=3,539) ile kullanmayanlar (ort.=35,01, ss.=5,043) arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (t=-1,75, p.=0,081). Bu bulgular, sigara kullanımının durumluk kaygı düzeyini artırırken, genel konfor, ferahlama ve rahatlama düzeylerini olumsuz etkilediğini; ancak sürekli kaygı ve sorunların üstesinden gelme boyutlarında belirgin bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların alkol kullanma durumları ile anksiyete ve konfor düzeylerinin Bağımsız Örneklem T testi Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Alkol Kullanma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)

	Alkol Kullanma Durumu	N	X	SS.	T/p. Değeri
Durumluk Kaygı	Evet	59	56,12	11,652	T= 2,28
	Hayır	162	52,13	11,433	p.= ,023
Sürekli Kaygı	Evet	59	45,54	8,437	T= -,790
	Hayır	162	46,56	8,501	p.= ,430
Genel Konfor	Evet	59	113,08	13,679	T= -3,56
	Hayır	162	120,97	14,873	p.= ,001
Ferahlama	Evet	59	35,22	7,156	T= -2,82
	Hayır	162	38,22	6,917	p.= ,005
Rahatlama	Evet	59	40,07	5,810	T= -3,84
	Hayır	162	43,61	6,158	p.= ,001
Sorunların Üstesinden Gelme	Evet	59	33,24	3,825	T= -2,42
	Hayır	162	34,78	4,318	p.= ,016

*N=Kişi sayısı; X=Ortalama; SS.=Standart sapma; T/P değeri: Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 6'ya göre durumluk kaygı düzeyinde, alkol kullananlar (ort.=56,12, ss.=11,652) kullanmayanlara (ort.=52,13, ss.=11,433) kıyasla daha yüksek kaygı sergilemiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=2,28, p.=0,023). Sürekli kaygı düzeyinde ise alkol kullananlar (ort.=45,54, ss.=8,437) ile kullanmayanlar (ort.=46,56, ss.=8,501) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-0,790, p.=0,430). Genel konfor düzeyinde, alkol kullanmayanlar (ort.=120,97, ss.=14,873) kullananlara (ort.=113,08, ss.=13,679) göre daha yüksek konfor bildirmiş ve bu fark anlamlıdır (t=-3,56, p.=0,001). Ferahlama alt boyutunda da alkol kullanmayanlar (ort.=38,22, ss.=6,917) kullananlara (ort.=35,22, ss.=7,156) kıyasla daha yüksek ferahlama düzeyi göstermiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=-2,82, p.=0,005). Rahatlama alt boyutunda da alkol kullanmayanlar (ort.=43,61, ss.=6,158) kullananlara (ort.=40,07, ss.=5,810) göre daha yüksek rahatlama bildirmiş ve bu fark anlamlıdır (t=-3,84, p.=0,001). Son olarak, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda alkol kullanmayanlar (ort.=34,78, ss.=4,318) kullananlara (ort.=33,24, ss.=3,825) göre daha yüksek düzeyde bildirim yapmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=-2,42, p.=0,016). Bu bulgular, alkol kullanımının durumluk kaygı düzeyini artırırken, genel konfor, ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme düzeylerini olumsuz etkilediğini; ancak sürekli kaygı üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların daha önce anjiyografi işlemi geçirme durumları ile anksiyete ve konfor düzeylerinin Bağımsız Örneklem T testi Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Daha Önce Anjiyografi İşlemi Geçirme Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)

Daha Önce Anjiyografi İşlemi Geçirme Durumu		N	X	SS.	T/p. Değeri
Durumluk Kaygı	Evet	41	52,07	10,003	T= -,685
	Hayır	180	53,45	11,945	p.= ,494
Sürekli Kaygı	Evet	41	47,44	8,964	T= ,962
	Hayır	180	46,03	8,366	p.= ,337
Genel Konfor	Evet	41	118,76	11,876	T= -,061
	Hayır	180	118,89	15,591	p.= ,952
Ferahlama	Evet	41	37,44	5,891	T= ,018
	Hayır	180	37,42	7,351	p.= ,986
Rahatlama	Evet	41	43,71	5,921	T= 1,18
	Hayır	180	42,43	6,319	p.= ,238
Sorunların Üstesinden Gelme	Evet	41	33,56	4,450	T= -1,35
	Hayır	180	34,56	4,181	p.= ,176

*N=Kişi sayısı; X=Ortalama; SS.=Standart sapma; T/P değeri: Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 7'ye göre durumluk kaygı düzeyinde, daha önce anjiyografi geçirenler (ort.=52,07, ss.=10,003) ile geçirmeyenler (ort.=53,45, ss.=11,945) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0,685$, $p=0,494$). Sürekli kaygı düzeyinde de anjiyografi geçirenler (ort.=47,44, ss.=8,964) ile geçirmeyenler (ort.=46,03, ss.=8,366) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($t=0,962$, $p=0,337$). Genel konfor düzeyinde, anjiyografi geçirenler (ort.=118,76, ss.=11,876) ile geçirmeyenler (ort.=118,89, ss.=15,591) arasında neredeyse hiç fark yoktur ve bu fark anlamlı değildir ($t=-0,061$, $p=0,952$). Ferahlama alt boyutunda da anjiyografi geçirenler (ort.=37,44, ss.=5,891) ile geçirmeyenler (ort.=37,42, ss.=7,351) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,018$, $p=0,986$). Rahatlama alt boyutunda, anjiyografi geçirenler (ort.=43,71, ss.=5,921) geçirmeyenlere (ort.=42,43, ss.=6,319) kıyasla biraz daha yüksek rahatlama bildirmiş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=1,18$, $p=0,238$). Son olarak, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda, anjiyografi geçirmeyenler (ort.=34,56, ss.=4,181) geçirenlere (ort.=33,56, ss.=4,450) göre biraz daha yüksek düzey bildirmiş, ancak bu fark da anlamlı değildir ($t=-1,35$, $p=0,176$). Bu bulgular, daha önce anjiyografi işlemi geçirmenin, hastaların anksiyete ve konfor düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların işlemle ilgili daha önce eğitim/bilgi alma durumları ile anksiyete ve konfor düzeylerinin Bağımsız Örneklem T testi Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların İşlemle İlgili Daha Önce Eğitim/Bilgi Alma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)

	İşlemle İlgili Daha Önce Eğitim/Bilgi Alma Durumu	N	X	SS.	T/p. Değeri
Durumluk Kaygı	Evet	68	48,49	10,330	T= -4,17
	Hayır	153	55,29	11,551	p.= ,001
Sürekli Kaygı	Evet	68	46,94	9,683	T= ,761
	Hayır	153	46,00	7,899	p.= ,447
Genel Konfor	Evet	68	123,09	12,645	T= 2,84
	Hayır	153	116,99	15,536	p.= ,005
Ferahlama	Evet	68	39,00	5,785	T= 2,45
	Hayır	153	36,72	7,511	p.= ,015
Rahatlama	Evet	68	44,84	4,922	T= 3,93
	Hayır	153	41,70	6,548	p.= ,001
Sorunların Üstesinden Gelme	Evet	68	35,00	4,519	T= 1,47
	Hayır	153	34,09	4,093	p.= ,142

*N=Kişi sayısı; X=Ortalama; SS.=Standart sapma; T/P değeri: Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 8’e göre durumluk kaygı düzeyinde, eğitim/bilgi alanlar (ort.=48,49, ss.=10,330) almayanlara (ort.=55,29, ss.=11,551) kıyasla daha düşük kaygı sergilemiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=-4,17, p.=0,001). Sürekli kaygı düzeyinde ise eğitim/bilgi alanlar (ort.=46,94, ss.=9,683) ile almayanlar (ort.=46,00, ss.=7,899) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=0,761, p.=0,447). Genel konfor düzeyinde, eğitim/bilgi alanlar (ort.=123,09, ss.=12,645) almayanlara (ort.=116,99, ss.=15,536) göre daha yüksek konfor bildirmiş ve bu fark anlamlıdır (t=2,84, p.=0,005). Ferahlama alt boyutunda da eğitim/bilgi alanlar (ort.=39,00, ss.=5,785) almayanlara (ort.=36,72, ss.=7,511) kıyasla daha yüksek ferahlama düzeyi göstermiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=2,45, p.=0,015). Rahatlama alt boyutunda da eğitim/bilgi alanlar (ort.=44,84, ss.=4,922) almayanlara (ort.=41,70, ss.=6,548) göre daha yüksek rahatlama bildirmiş ve bu fark anlamlıdır (t=3,93, p.=0,001). Ancak, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda eğitim/bilgi alanlar (ort.=35,00, ss.=4,519) ile almayanlar (ort.=34,09, ss.=4,093) arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (t=1,47, p.=0,142). Bu bulgular, işlemle ilgili eğitim/bilgi alanının durumluk kaygıyı azalttığını, genel konfor,

ferahlama ve rahatlama düzeylerini artırdığını; ancak sürekli kaygı ve sorunların üstesinden gelme boyutlarında belirgin bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların yaş durumları ile anksiyete ve konfor düzeylerinin One-Way ANOVA testi Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Yaş Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)

		N	X	SS.	F	P.	Anlamlı Fark
Durumluk Kaygı	18-35 Yaş ^a	42	48,31	11,035	21,14	,001	c>a,b
	36-55 Yaş ^b	75	49,08	11,406			
	56 Yaş ve Üzeri ^c	104	58,13	9,940			
	Toplam	221	53,19	11,601			
Sürekli Kaygı	18-35 Yaş ^a	42	47,19	9,308	,327	,721	
	36-55 Yaş ^b	75	46,28	8,559			
	56 Yaş ve Üzeri ^c	104	45,93	8,117			
	Toplam	221	46,29	8,477			
Genel Konfor	18-35 Yaş ^a	42	125,52	12,843	21,11	,001	a>c b>c
	36-55 Yaş ^b	75	123,93	15,370			
	56 Yaş ve Üzeri ^c	104	112,52	12,822			
	Toplam	221	118,86	14,947			
Ferahlama	18-35 Yaş ^a	42	40,43	5,513	24,07	,001	a>c b>c
	36-55 Yaş ^b	75	40,16	7,226			
	56 Yaş ve Üzeri ^c	104	34,23	6,193			
	Toplam	221	37,42	7,091			
Rahatlama	18-35 Yaş ^a	42	44,86	5,863	9,80	,001	a>c b>c
	36-55 Yaş ^b	75	44,04	6,355			
	56 Yaş ve Üzeri ^c	104	40,79	5,827			
	Toplam	221	42,67	6,254			
Sorunların Üstesinden Gelme	18-35 Yaş ^a	42	35,71	4,587	6,70	,001	a>c b>c
	36-55 Yaş ^b	75	35,08	4,456			
	56 Yaş ve Üzeri ^c	104	33,32	3,677			
	Toplam	221	34,37	4,239			

*N=Kişi sayısı; X=Ortalama; SS.=Standart sapma; F/P değeri: One-Way ANOVA Analizi

Tablo 9’a göre çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların yaş grupları arasında çeşitli boyutlarda anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Durumluk kaygı düzeyinde, yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=21,14, p.=0,001). Gabriel testi sonuçlarına göre, 56 yaş ve üzeri grup (ort.=58,13, ss.=9,940) hem 18-35 yaş (ort.=48,31, ss.=11,035) hem de 36-55 yaş (ort.=49,08, ss.=11,406) gruplarına kıyasla daha yüksek kaygı sergilemiştir. Sürekli kaygı düzeyinde ise yaş grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (F=0,327, p.=0,721). Genel konfor düzeyinde, yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=21,11, p.=0,001); Gabriel testi, 18-35 yaş (ort.=125,52, ss.=12,843) ve 36-55 yaş

(ort.=123,93, ss.=15,370) gruplarının 56 yaş ve üzeri gruba (ort.=112,52, ss.=12,822) kıyasla daha yüksek konfor bildirdiğini göstermiştir. Ferahlama alt boyutunda da anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F=24,07$, $p=0,001$); 18-35 yaş (ort.=40,43, ss.=5,513) ve 36-55 yaş (ort.=40,16, ss.=7,226) grupları, 56 yaş ve üzeri gruba (ort.=34,23, ss.=6,193) göre daha yüksek ferahlama düzeyi bildirmiştir. Rahatlama alt boyutunda da yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=9,80$, $p=0,001$); 18-35 yaş (ort.=44,86, ss.=5,863) ve 36-55 yaş (ort.=44,04, ss.=6,355) grupları, 56 yaş ve üzeri gruba (ort.=40,79, ss.=5,827) kıyasla daha yüksek rahatlama sergilemiştir. Son olarak, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda da anlamlı bir fark gözlenmiştir ($F=6,70$, $p=0,001$); 18-35 yaş (ort.=35,71, ss.=4,587) ve 36-55 yaş (ort.=35,08, ss.=4,456) grupları, 56 yaş ve üzeri gruba (ort.=33,32, ss.=3,677) göre daha yüksek düzey bildirmiştir. Bu bulgular, 56 yaş ve üzeri hastaların durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu, buna karşılık genel konfor, ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme düzeylerinin daha düşük olduğunu; sürekli kaygı düzeyinde ise yaşa bağlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların eğitim durumları ile anksiyete ve konfor düzeylerinin One-Way ANOVA testi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Eğitim Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)

		N	X	SS.	F	p.	Anlamlı Fark
Durumluk Kaygı	İlkokul ^a	85	58,72	10,000	10,20	,001	a>b,c,d
	Ortaokul ^b	33	51,79	12,369			
	Lise ^c	26	51,15	10,672			
	Lisans ^d	69	47,90	10,373			
	Lisansüstü ^e	8	52,63	14,362			
	Toplam	221	53,19	11,601			
Sürekli Kaygı	İlkokul ^a	85	45,18	7,173	1,58	,179	
	Ortaokul ^b	33	44,76	8,934			
	Lise ^c	26	49,04	8,407			
	Lisans ^d	69	47,20	9,492			
	Lisansüstü ^e	8	47,63	9,149			
	Toplam	221	46,29	8,477			
Genel Konfor	İlkokul ^a	85	110,80	13,816	14,77	,001	b>a
	Ortaokul ^b	33	126,06	12,833			
	Lise ^c	26	117,77	14,986			
	Lisans ^d	69	124,33	12,761			d>a
	Lisansüstü ^e	8	131,25	9,285			e>a
	Toplam	221	118,86	14,947			
Ferahlama	İlkokul ^a	85	33,65	6,367	13,40	,001	b>a
	Ortaokul ^b	33	40,67	6,772			
	Lise ^c	26	37,96	7,723			c>a
	Lisans ^d	69	39,59	5,709			d>a
	Lisansüstü ^e	8	43,63	6,346			e>a
	Toplam	221	37,42	7,091			
Rahatlama	İlkokul ^a	85	39,82	6,020	9,62	,001	b>a
	Ortaokul ^b	33	45,76	5,879			
	Lise ^c	26	42,23	6,772			
	Lisans ^d	69	44,61	5,131			d>a
	Lisansüstü ^e	8	44,75	5,548			
	Toplam	221	42,67	6,254			
Sorunların Üstesinden Gelme	İlkokul ^a	85	32,98	3,897	6,52	,001	b>a
	Ortaokul ^b	33	35,58	3,336			
	Lise ^c	26	33,23	4,667			
	Lisans ^d	69	35,58	4,167			d>a
	Lisansüstü ^e	8	37,50	4,928			e>a
	Toplam	221	34,37	4,239			

*N=Kişi sayısı; X=Ortalama; SS.=Standart sapma; F/P değeri: One-Way ANOVA Analizi

Tablo 10'a göre çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların eğitim durumları ile anksiyete ve konfor düzeyleri arasında çeşitli boyutlarda anlamlı farklılıklar yarattığı görülmektedir. Durumluk kaygı düzeyinde, eğitim grupları arasında anlamlı bir fark

bulunmuştur ($F=10,20$, $p.=0,001$). Gabriel testi sonuçlarına göre, ilkokul mezunları (ort.=58,72, ss.=10,000) ortaokul (ort.=51,79, ss.=12,369), lise (ort.=51,15, ss.=10,672) ve lisans (ort.=47,90, ss.=10,373) mezunlarına kıyasla daha yüksek kaygı sergilemiştir. Sürekli kaygı düzeyinde ise eğitim grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($F=1,58$, $p.=0,179$). Genel konfor düzeyinde, eğitim grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=14,77$, $p.=0,001$); Gabriel testi, ortaokul (ort.=126,06, ss.=12,833), lisans (ort.=124,33, ss.=12,761) ve lisansüstü (ort.=131,25, ss.=9,285) mezunlarının ilkokul mezunlarına (ort.=110,80, ss.=13,816) kıyasla daha yüksek konfor bildirdiğini göstermiştir. Ferahlama alt boyutunda da anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F=13,40$, $p.=0,001$); ortaokul (ort.=40,67, ss.=6,772), lise (ort.=37,96, ss.=7,723), lisans (ort.=39,59, ss.=5,709) ve lisansüstü (ort.=43,63, ss.=6,346) mezunları, ilkokul mezunlarına (ort.=33,65, ss.=6,367) göre daha yüksek ferahlama düzeyi bildirmiştir. Rahatlama alt boyutunda da anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=9,62$, $p.=0,001$); ortaokul (ort.=45,76, ss.=5,879) ve lisans (ort.=44,61, ss.=5,131) mezunları, ilkokul mezunlarına (ort.=39,82, ss.=6,020) kıyasla daha yüksek rahatlama sergilemiştir. Son olarak, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda anlamlı bir fark gözlenmiştir ($F=6,52$, $p.=0,001$); ortaokul (ort.=35,58, ss.=3,336), lisans (ort.=35,58, ss.=4,167) ve lisansüstü (ort.=37,50, ss.=4,928) mezunları, ilkokul mezunlarına (ort.=32,98, ss.=3,897) göre daha yüksek düzey bildirmiştir. Bu bulgular, ilkokul mezunlarının durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu, buna karşılık genel konfor, ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme düzeylerinin daha düşük olduğunu; sürekli kaygı düzeyinde ise eğitime bağlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların çalışma durumları ile anksiyete ve konfor düzeylerinin One-Way ANOVA testi Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Çalışma Durumları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)

		N	X	SS.	F	p.	Anlamlı Fark
Durumluk Kaygı	Çalışıyor ^a	101	48,74	11,159	17,38	,001	b>a
	Emekli ^b	90	57,98	10,261			
	İşsiz ^c	30	53,83	11,314			
	Toplam	221	53,19	11,601			
Sürekli Kaygı	Çalışıyor ^a	101	46,08	8,967	2,10	,124	
	Emekli ^b	90	45,57	7,733			
	İşsiz ^c	30	49,17	8,599			
	Toplam	221	46,29	8,477			
Genel Konfor	Çalışıyor ^a	101	124,97	13,444	18,20	,001	a>b,c
	Emekli ^b	90	113,20	13,216			
	İşsiz ^c	30	115,30	17,123			
	Toplam	221	118,86	14,947			
Ferahlama	Çalışıyor ^a	101	40,15	6,430	15,75	,001	a>b,c
	Emekli ^b	90	34,93	6,699			
	İşsiz ^c	30	35,70	7,278			
	Toplam	221	37,42	7,091			
Rahatlama	Çalışıyor ^a	101	44,57	5,934	9,78	,001	a>b
	Emekli ^b	90	40,77	5,492			
	İşsiz ^c	30	41,93	7,638			
	Toplam	221	42,67	6,254			
Sorunların Üstesinden Gelme	Çalışıyor ^a	101	35,75	4,058	10,79	,001	a>b,c
	Emekli ^b	90	33,27	3,575			
	İşsiz ^c	30	33,03	5,295			
	Toplam	221	34,37	4,239			

*N=Kişi sayısı; X=Ortalama; SS.=Standart sapma; F/P değeri: One-Way ANOVA Analizi

Tablo 11'e göre çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların çalışma durumları ile anksiyete ve konfor düzeyleri arasında çeşitli boyutlarda anlamlı farklılıklar yarattığı görülmektedir. Durumluk kaygı düzeyinde, çalışma grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=17,38, p.=0,001). Gabriel testi sonuçlarına göre, emekliler (ort.=57,98, ss.=10,261) çalışanlara (ort.=48,74, ss.=11,159) kıyasla daha yüksek kaygı sergilemiştir. Sürekli kaygı düzeyinde ise çalışma grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (F=2,10, p.=0,124). Genel konfor düzeyinde, çalışma grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=18,20, p.=0,001); Gabriel testi, çalışanların (ort.=124,97, ss.=13,444) hem emeklilere (ort.=113,20, ss.=13,216) hem de işsizlere (ort.=115,30, ss.=17,123) kıyasla daha yüksek konfor bildirdiğini göstermiştir. Ferahlama alt boyutunda da anlamlı bir fark tespit edilmiştir (F=15,75, p.=0,001); çalışanlar (ort.=40,15, ss.=6,430) hem emeklilere (ort.=34,93, ss.=6,699)

hem de işsizlere (ort.=35,70, ss.=7,278) göre daha yüksek ferahlama düzeyi bildirmiştir. Rahatlama alt boyutunda da anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=9,78$, $p.=0,001$); çalışanlar (ort.=44,57, ss.=5,934) emeklilere (ort.=40,77, ss.=5,492) kıyasla daha yüksek rahatlama sergilemiştir. Son olarak, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda anlamlı bir fark gözlenmiştir ($F=10,79$, $p.=0,001$); çalışanlar (ort.=35,75, ss.=4,058) hem emeklilere (ort.=33,27, ss.=3,575) hem de işsizlere (ort.=33,03, ss.=5,295) göre daha yüksek düzey bildirmiştir. Bu bulgular, emeklilerin durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu, çalışanların ise genel konfor, ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme düzeylerinde diğer gruplara kıyasla daha yüksek değerler sergilediğini; sürekli kaygı düzeyinde ise çalışma durumuna bağlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların çalışma durumları ile anksiyete ve konfor düzeylerinin One-Way ANOVA testi Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Anjiyografi İşlemi Geçirme Sayıları ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=221)

		N	X	SS.	F	p.	Anlamlı Fark
Durumluk Kaygı	Hiç Geçirmedim ^a	180	53,45	11,945	,315	,814	
	1 Kez ^b	23	51,78	11,481			
	2 Kez ^c	11	53,91	9,659			
	3 Kez ve Üstü ^d	7	50,14	4,180			
	Toplam	221	53,19	11,601			
Sürekli Kaygı	Hiç Geçirmedim ^a	180	46,03	8,366	,857	,464	
	1 Kez ^b	23	46,48	5,656			
	2 Kez ^c	11	47,09	12,413			
	3 Kez ve Üstü ^d	7	51,14	11,908			
	Toplam	221	46,29	8,477			
Genel Konfor	Hiç Geçirmedim ^a	180	118,89	15,591	1,32	,267	
	1 Kez ^b	23	122,00	10,122			
	2 Kez ^c	11	111,18	14,865			
	3 Kez ve Üstü ^d	7	120,00	7,000			
	Toplam	221	118,86	14,947			
Ferahlama	Hiç Geçirmedim ^a	180	37,42	7,351	,330	,803	
	1 Kez ^b	23	38,39	6,437			
	2 Kez ^c	11	35,91	6,057			
	3 Kez ve Üstü ^d	7	36,71	3,147			
	Toplam	221	37,42	7,091			
Rahatlama	Hiç Geçirmedim ^a	180	42,43	6,319	3,42	,018	b>a,c
	1 Kez ^b	23	45,78	5,402			
	2 Kez ^c	11	39,09	5,700			
	3 Kez ve Üstü ^d	7	44,14	4,100			
	Toplam	221	42,67	6,254			
Sorunların Üstesinden Gelme	Hiç Geçirmedim ^a	180	34,56	4,181	1,85	,139	
	1 Kez ^b	23	34,09	3,566			
	2 Kez ^c	11	31,55	5,447			
	3 Kez ve Üstü ^d	7	35,00	5,000			
	Toplam	221	34,37	4,239			

*N=Kişi sayısı; X=Ortalama; SS.=Standart sapma; F/P değeri: One-Way ANOVA Analizi

Tablo 12'ye göre çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların anjiyografi işlemi geçirme sayıları ile anksiyete ve konfor düzeyleri arasında çoğu boyutta anlamlı bir farklılık olmadığı, ancak rahatlama boyutunda anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir. Durumluk

kaygı düzeyinde, anjiyografi geçirme sayısına göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,315$, $p=0,814$); hiç geçirmeyenler (ort.=53,45, ss.=11,945), 1 kez geçenler (ort.=51,78, ss.=11,481), 2 kez geçenler (ort.=53,91, ss.=9,659) ve 3 kez veya daha fazla geçenler (ort.=50,14, ss.=4,180) benzer kaygı düzeyleri sergilemiştir. Sürekli kaygı düzeyinde de anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($F=0,857$, $p=0,464$); grupların ortalamaları (hiç geçirmeyenler: ort.=46,03, ss.=8,366; 1 kez: ort.=46,48, ss.=5,656; 2 kez: ort.=47,09, ss.=12,413; 3 kez ve üzeri: ort.=51,14, ss.=11,908) arasında belirgin bir farklılık yoktur. Genel konfor düzeyinde de gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,32$, $p=0,267$); hiç geçirmeyenler (ort.=118,89, ss.=15,591), 1 kez geçenler (ort.=122,00, ss.=10,122), 2 kez geçenler (ort.=111,18, ss.=14,865) ve 3 kez veya daha fazla geçenler (ort.=120,00, ss.=7,000) benzer konfor düzeyleri bildirmiştir. Ferahlama alt boyutunda da anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F=0,330$, $p=0,803$); grupların ortalamaları (hiç geçirmeyenler: ort.=37,42, ss.=7,351; 1 kez: ort.=38,39, ss.=6,437; 2 kez: ort.=35,91, ss.=6,057; 3 kez ve üzeri: ort.=36,71, ss.=3,147) arasında farklılık yoktur. Ancak rahatlama alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,42$, $p=0,018$); Gabriel testi, 1 kez anjiyografi geçirenlerin (ort.=45,78, ss.=5,402) hiç geçirmeyenlere (ort.=42,43, ss.=6,319) ve 2 kez geçirenlere (ort.=39,09, ss.=5,700) kıyasla daha yüksek rahatlama bildirdiğini göstermiştir. Son olarak, sorunların üstesinden gelme alt boyutunda anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($F=1,85$, $p=0,139$); grupların ortalamaları (hiç geçirmeyenler: ort.=34,56, ss.=4,181; 1 kez: ort.=34,09, ss.=3,566; 2 kez: ort.=31,55, ss.=5,447; 3 kez ve üzeri: ort.=35,00, ss.=5,000) arasında belirgin bir farklılık yoktur. Bu bulgular, anjiyografi işlemi geçirme sayısının genellikle anksiyete ve konfor düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını, ancak 1 kez anjiyografi geçirenlerin rahatlama düzeyinde diğer bazı gruplara kıyasla daha yüksek değerler sergilediğini göstermektedir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların anjiyografi işlemine ilişkin bilgi düzeyleri ile anksiyete ve konfor düzeylerinin Korelasyon analizi Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Anjiyografi İşlemine İlişkin Bilgi Düzeyleri ile Anksiyete ve Konfor Düzeylerinin İlişkisi

		Daha önce anjiyografi işlemi geçirme durumu	Anjiyografi işlemi geçirme sayısı	İşlemle ilgili daha önce eğitim/bilgi alma durumu	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Genel Konfor	Ferahlama	Rahatlama	Sorunların Üstesinden Gelme
Daha önce anjiyografi işlemi geçirme durumu	r	1	-,886**	,413**	,046	-,065	,003	-,001	-,080	,091
	p.		,001	,001	,494	,337	,959	,986	,238	,176
	N	221	221	221	221	221	221	221	221	221
Anjiyografi işlemi geçirme sayısı	r	-,886**	1	-,426**	-,045	,094	-,031	-,023	,025	-,084
	p.	,001		,001	,508	,165	,643	,730	,715	,213
	N	221	221	221	221	221	221	221	221	221
İşlemle ilgili daha önce eğitim/bilgi alma durumu	r	,413**	-,426**	1	,271**	-,051	-,189**	-,149*	-,232**	-,099
	p.	,001	,001		,001	,447	,005	,027	,001	,142
	N	221	221	221	221	221	221	221	221	221
Durumluk Kaygı	r	,046	-,045	,271**	1	,251**	-,707**	-,670**	-,630**	-,457**
	p.	,494	,508	,001		,001	,001	,001	,001	,001
	N	221	221	221	221	221	221	221	221	221
Sürekli Kaygı	r	-,065	,094	-,051	,251**	1	-,328**	-,279**	-,227**	-,407**
	p.	,337	,165	,447	,001		,001	,001	,001	,001
	N	221	221	221	221	221	221	221	221	221
Genel Konfor	r	,003	-,031	-,189**	-,707**	-,328**	1	,879**	,878**	,776**
	p.	,959	,643	,005	,001	,001		,001	,001	,001
	N	221	221	221	221	221	221	221	221	221
Ferahlama	r	-,001	-,023	-,149*	-,670**	-,279**	,879**	1	,623**	,487**
	p.	,986	,730	,027	,001	,001	,001		,001	,001
	N	221	221	221	221	221	221	221	221	221
Rahatlama	r	-,080	,025	-,232**	-,630**	-,227**	,878**	,623**	1	,658**
	p.	,238	,715	,001	,001	,001	,001	,001		,001
	N	221	221	221	221	221	221	221	221	221
Sorunların Üstesinden Gelme	r	,091	-,084	-,099	-,457**	-,407**	,776**	,487**	,658**	1
	p.	,176	,213	,142	,001	,001	,001	,001	,001	
	N	221	221	221	221	221	221	221	221	221

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 13'e göre çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların anjiyografi işlemine ilişkin bilgi düzeyleri ile anksiyete ve konfor düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, bazı anlamlı ilişkiler ortaya çıkmaktadır. Daha önce anjiyografi işlemi geçirme durumu ile durumluk kaygı ($r=0,046$, $p=0,494$), sürekli kaygı ($r=-0,065$, $p=0,337$), genel konfor ($r=0,003$,

p.=0,959), ferahlama ($r=-0,001$, $p.=0,986$), rahatlama ($r=-0,080$, $p.=0,238$) ve sorunların üstesinden gelme ($r=0,091$, $p.=0,176$) arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Anjiyografi işlemi geçirme sayısı ile de durumluk kaygı ($r=-0,045$, $p.=0,508$), sürekli kaygı ($r=0,094$, $p.=0,165$), genel konfor ($r=-0,031$, $p.=0,643$), ferahlama ($r=-0,023$, $p.=0,730$), rahatlama ($r=0,025$, $p.=0,715$) ve sorunların üstesinden gelme ($r=-0,084$, $p.=0,213$) arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Ancak, işlemle ilgili daha önce eğitim/bilgi alma durumu ile durumluk kaygı arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon ($r=0,271$, $p.=0,001$) bulunurken; genel konfor ($r=-0,189$, $p.=0,005$), ferahlama ($r=-0,149$, $p.=0,027$) ve rahatlama ($r=-0,232$, $p.=0,001$) ile negatif ve anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Eğitim/bilgi alma durumu ile sürekli kaygı ($r=-0,051$, $p.=0,447$) ve sorunların üstesinden gelme ($r=-0,099$, $p.=0,142$) arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur. Ayrıca, durumluk kaygı ile sürekli kaygı ($r=0,251$, $p.=0,001$) arasında pozitif bir korelasyon bulunurken; genel konfor ($r=-0,707$, $p.=0,001$), ferahlama ($r=-0,670$, $p.=0,001$), rahatlama ($r=-0,630$, $p.=0,001$) ve sorunların üstesinden gelme ($r=-0,457$, $p.=0,001$) ile negatif ve güçlü korelasyonlar gözlenmiştir. Sürekli kaygı ile genel konfor ($r=-0,328$, $p.=0,001$), ferahlama ($r=-0,279$, $p.=0,001$), rahatlama ($r=-0,227$, $p.=0,001$) ve sorunların üstesinden gelme ($r=-0,407$, $p.=0,001$) arasında da negatif korelasyonlar bulunmaktadır. Genel konfor ile ferahlama ($r=0,879$, $p.=0,001$), rahatlama ($r=0,878$, $p.=0,001$) ve sorunların üstesinden gelme ($r=0,776$, $p.=0,001$) arasında güçlü pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların durumluk kaygı düzeyleri ile konfor düzeylerinin Regresyon analizi Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Durumluk Kaygı Düzeylerinin Konfor Düzeylerine Etkisi

Model Bilgisi	Değer	F	p.	Katsayılar(B)	Std. Hata	β	t	p.
R	,723	59,27	,001	Sabit	5,59	-	19,67	,001
R ²	,523			Genel Konfor	,502	-,217	-335	,738
Adj. R ²	,514			Ferahlama	,546	-,342	-1,02	,306
Standart Hata	8,08			Rahatlama	,470	,258	-1,01	,310
				Sorunların Üstesinden Gelme	,526	,048	,247	,805

*R: Korelasyon; R²: Model varyansı; Adj. R²: Model genellenebilirliği; F/p. Model anlamlılığı; β : Relatif etki; T/p. Katsayının anlamlılığı

Tablo 14’e göre analiz sonuçlarında, durumluk kaygı düzeylerinin konfor düzeyleri üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=59,27$, $p.=,001$). Modelin açıklayıcılık düzeyi, bağımlı değişkenin (konfor düzeyi) varyansının %52,3’ünü açıklamaktadır

($R^2=,523$). Düzeltilmiş R^2 değeri ise %51,4 olarak hesaplanmıştır, bu da modelin genellenebilirliğini desteklemektedir. Modelin standart hatası 8,08 olarak belirlenmiştir.

Katsayılar incelendiğinde, sabit terimin ($B=5,59$, $p=,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Ancak, bağımsız değişkenlerden genel konfor ($B=,502$, $p=,738$), ferahlama ($B=,546$, $p=,306$), rahatlama ($B=,470$, $p=,310$) ve sorunların üstesinden gelme ($B=,526$, $p=,805$) alt boyutlarının konfor düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Bu alt boyutların standartlaştırılmış katsayıları (β) sırasıyla -,335, -1,02, -1,01 ve ,247 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç olarak, durumluk kaygı düzeylerinin konfor düzeyleri üzerinde genel bir etkisi olduğu modelin açıklayıcılık düzeyiyle desteklenmekle birlikte, alt boyutlar bazında bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Bu bulgular, durumluk kaygının konfor algısını etkileyebileceğini, ancak bu etkinin spesifik alt boyutlara yansımadığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan koroner anjiyografi olacak hastaların sürekli kaygı düzeyleri ile konfor düzeylerinin Regresyon analizi Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15. Çalışmaya Katılan Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Sürekli Kaygı Düzeylerinin Konfor Düzeylerine Etkisi

Model Bilgisi	Değer	F	p.	Katsayılar(B)	Std. Hata	β	t	p.
R	,470	15,34	,001	Sabit	5,22	-	12,39	,001
R^2	,221			Genel Konfor	,468	2,59	3,14	,002
Adj. R^2	,207			Ferahlama	,509	-1,48	-3,49	,001
Standart Hata	7,54			Rahatlama	,439	-,817	-2,52	,012
				Sorunların Üstesinden Gelme	,492	-1,16	-4,72	,001

*R: Korelasyon; R^2 : Model varyansı; Adj. R^2 : Model genellenebilirliği; F/p. Model anlamlılığı; β : Relatif etki; T/p. Katsayının anlamlılığı

Tablo 15’e göre analizi sonuçlarında, sürekli kaygı düzeylerinin konfor düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir ($F=15,34$, $p=,001$). Model, bağımlı değişkenin (konfor düzeyi) varyansının %22,1’ini açıklamaktadır ($R^2=,221$). Düzeltilmiş R^2 değeri %20,7 olarak hesaplanmış olup, modelin genellenebilirliğine işaret etmektedir. Modelin standart hatası 7,54’tür.

Katsayılar incelendiğinde, sabit terimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($B=5,22$, $p=,001$). Bağımsız değişkenlerden genel konfor ($B=,468$, $\beta = 3,14$, $p=,002$), ferahlama ($B =,509$, $\beta = -3,49$, $p=,001$), rahatlama ($B =,439$, $\beta = -2,52$, $p=,012$) ve sorunların

üstesinden gelme ($B = ,492$, $\beta = -4,72$, $p = ,001$) alt boyutlarının konfor düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir.

Bu bulgular, sürekli kaygı düzeylerinin konfor düzeylerini etkilediğini ve genel konfor, ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme alt boyutlarında bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, sürekli kaygının konfor algısı ve alt boyutları üzerindeki etkisini göstermiştir.



5. TARTIŞMA

Bu çalışma, koroner anjiyografi uygulanacak hastaların bilgi, anksiyete ve konfor düzeyleri arasındaki ilişkileri inceleyerek önemli bulgular ortaya koymuştur. Katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında, çoğunluğunun erkek (%55,7), 56 yaş ve üzeri (%47,1) ve ilkokul mezunu (%38,5) olduğu görülmüştür. Ayrıca, sigara kullanımı (%59,3) oldukça yaygınken, alkol kullanımı (%26,7) daha düşük bir oranda bulunmuştur. Katılımcıların yalnızca %18,6'sının daha önce anjiyografi geçirdiği ve %30,8'inin işlem hakkında eğitim aldığı belirlenmiştir. Bu demografik profil, Türkiye'deki koroner arter hastalığı (KAH) hastalarının genel özellikleriyle uyumludur. Örneğin, Akyüz ve ark. (2018) Türkiye'de KAH hastalarının çoğunlukla orta yaş ve üzeri erkeklerden oluştuğunu ve sigara kullanımının yüksek olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, uluslararası literatürde de KAH hastalarının yaş ortalamasının genellikle 50 yaş ve üzeri olduğu, erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek oranda etkilendiği belirtilmektedir (Roth ve ark., 2020). Ancak, çalışmamızda alkol kullanımının düşük olması, Türkiye'nin kültürel ve dini yapısıyla ilişkilendirilebilir; bu durum, Batı ülkelerindeki KAH hastalarıyla karşılaştırıldığında farklı bir pattern göstermektedir (He ve ark., 2021).

İşlemle ilgili eğitim veya bilgi alma durumunun anksiyete ve konfor düzeyleri üzerindeki etkisi, çalışmanın en çarpıcı bulgularından biridir. Eğitim/bilgi alan hastaların durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde daha düşük olduğu, buna karşılık genel konfor, ferahlama ve rahatlama düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, hastaların işlem hakkında bilgi sahibi olmasının psikolojik yükü azalttığını ve konfor algısını güçlendirdiğini göstermektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışma, anjiyografi öncesi hasta eğitiminin kaygıyı azalttığını ve hasta memnuniyetini artırdığını rapor etmiştir (Özkan ve ark., 2019). Uluslararası literatürde de, Chair ve ark. (2012) koroner anjiyografi öncesi yapılandırılmış eğitimin hem kaygıyı azalttığını hem de hastaların prosedüre uyumunu artırdığını bildirmiştir. Ancak, çalışmamızda eğitim/bilgi alma durumu ile durumluk kaygı arasında pozitif bir korelasyon $1(r=0,271, p=0,001)$ bulunması dikkat çekicidir. Bu durum, bazı hastaların bilgi aldıktan sonra prosedürün riskleri veya komplikasyonları hakkında daha fazla endişe duyabileceğini düşündürmektedir. Bu çelişkili sonuç, eğitimin içeriği ve sunum şeklinin hastaların algısı üzerindeki etkisini vurgulayan Gallagher ve ark. (2013) çalışmasıyla paralellik göstermektedir; bu çalışmada, aşırı detaylı veya teknik bilgilendirmenin bazı hastalarda kaygıyı artırabileceği belirtilmiştir.

Cinsiyet açısından, kadınların sürekli kaygı (ort.=47,72) ve rahatlama (ort.=43,67) düzeylerinde erkeklere kıyasla daha yüksek değerler sergilediği bulunmuştur. Türkiye’de yapılan bir çalışma, kadın hastaların invaziv kardiyolojik prosedürler öncesi daha yüksek kaygı düzeyleri bildirdiğini ortaya koymuştur (Yılmaz ve ark., 2020). Uluslararası bağlamda, Beckman ve ark. (2016) kadınların erkeklere kıyasla daha fazla duygusal stres yaşadığını ve bu durumun sağlıkla ilgili prosedürlerde kaygı düzeylerini artırdığını rapor etmiştir. Bununla birlikte, durumluk kaygı ve genel konfor düzeylerinde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmaması, prosedürün akut stres yaratan doğasının her iki cinsiyeti benzer şekilde etkilediğini düşündürmektedir. Bu durum, Trotter ve ark. (2011) tarafından yapılan ve koroner anjiyografinin cinsiyet farkı olmaksızın yüksek durumluk kaygı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmayla desteklenmektedir.

Sigara ve alkol kullanımının anksiyete ve konfor düzeyleri üzerindeki etkisi, çalışmanın diğer önemli bulgularındandır. Sigara kullanan hastaların durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, buna karşılık genel konfor, ferahlama ve rahatlama düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışma, sigara kullanımının kardiyovasküler hastalarda anksiyete ve depresyon riskini artırdığını göstermiştir (Kaya ve ark., 2017). Uluslararası literatürde de, Whooley ve ark. (2008) sigara ve alkol kullanımının psikolojik stresle pozitif bir korelasyon gösterdiğini ve bu durumun hasta konforunu olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Bu bulgular, sigara ve alkol kullanımının yalnızca fiziksel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda psikolojik iyilik hali üzerinde de olumsuz etkileri olduğunu vurgulamaktadır.

Yaş grupları arasında, 56 yaş ve üzeri hastaların durumluk kaygı düzeylerinin daha genç yaş gruplarına kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, buna karşılık genel konfor, ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, yaşlı hastaların invaziv prosedürlere karşı daha fazla kaygı duyabileceğini ve fiziksel/psikolojik konforlarının daha düşük olabileceğini göstermektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışma, yaşlı KAH hastalarının anjiyografi öncesi daha yüksek kaygı düzeyleri bildirdiğini ve bu durumun genellikle komorbid sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğunu rapor etmiştir (Erdem ve ark., 2019). Uluslararası literatürde, Gallagher ve ark. (2016) yaşlı hastaların daha düşük sağlık algısı ve artan kaygı eğilimi nedeniyle invaziv prosedürlere daha olumsuz tepkiler verdiğini belirtmiştir. Bu bulgular, yaşlı hastalar için invaziv girim öncesi, sırasında ve sonrasında özel olarak tasarlanmış psikolojik destek ve bilgilendirme programlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Eğitim düzeyi açısından, ilkokul mezunlarının durumluk kaygı düzeylerinin diğer eğitim gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu, buna karşılık genel konfor, ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlıkla ilgili prosedürleri anlamakta zorlanabileceğini ve bu durumun kaygılarını artırabileceğini göstermektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışma, düşük eğitim seviyesinin sağlık okuryazarlığı ile negatif korelasyon gösterdiğini ve bu durumun hasta kaygısını artırdığını bildirmiştir (Şahin ve ark., 2021). Uluslararası bağlamda, Stewart ve ark. (2014) düşük eğitim seviyesinin sağlıkla ilgili belirsizlikleri artırdığını ve bu durumun invaziv prosedürlerde kaygıyı yükselttiğini rapor etmiştir. Bu sonuçlar, düşük eğitim seviyesine sahip hastalar için sade ve anlaşılır bilgilendirme materyallerinin hastalarda kullanılmasının önemini vurgulamaktadır.

Çalışma durumu açısından, emeklilerin durumluk kaygı düzeylerinin çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu, buna karşılık çalışanların genel konfor, ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme düzeylerinde daha yüksek değerler sergilediği bulunmuştur. Bu bulgu, aktif çalışma hayatının bireylerin psikolojik dayanıklılığını artırabileceğini ve emekliliğin sosyal izolasyon veya sağlıkla ilgili kaygıları tetikleyebileceğini düşündürmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışma, emekli bireylerin kardiyovasküler hastalıklarda daha yüksek kaygı düzeyleri bildirdiğini ve bu durumun genellikle ekonomik ve sosyal faktörlerle ilişkili olduğunu rapor etmiştir (Aydın ve ark., 2020). Uluslararası literatürde, Rozanski ve ark. (2019) iş yaşamının bireylerin stresle başa çıkma mekanizmalarını güçlendirdiğini ve bu durumun sağlıkla ilgili prosedürlerde daha olumlu bir psikolojik durumla ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Daha önce anjiyografi geçirme durumu veya sıklığının anksiyete ve konfor düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Bu durum, anjiyografi deneyiminin hastaların prosedüre yönelik algısını değiştirmediği anlamına gelebilir. Ancak, 1 kez anjiyografi geçirenlerin rahatlama düzeyinin diğer gruplara kıyasla daha yüksek olması, tek bir deneyimin hastaların prosedüre alışmasına ve daha rahat hissetmesine katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışma, tekrarlayan anjiyografilerin kaygıyı azaltmada sınırlı bir etkisi olduğunu, ancak hastaların prosedüre aşinalık kazandıkça daha az stres bildirdiğini rapor etmiştir (Koç ve ark., 2022). Uluslararası bağlamda, Jones ve ark. (2015) tekrarlayan kardiyolojik prosedürlerin hastaların kaygı düzeylerini anlamlı şekilde değiştirmediğini, ancak prosedürle ilgili olumlu deneyimlerin rahatlama algısını artırabileceğini belirtmiştir.

Korelasyon analizleri, durumluk kaygının genel konfor, ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme ile güçlü negatif ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu bulgu, yüksek

kaygı düzeylerinin hastaların konfor algısını ve psikolojik iyilik halini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışma, anjiyografi hastalarında yüksek kaygının hasta konforunu ve iyileşme sürecini olumsuz etkilediğini bildirmiştir (Arslan ve ark., 2021). Uluslararası literatürde, Dekkers ve ark. (2017) invaziv kardiyolojik prosedürlerde kaygının hasta konforunu ve prosedür sonrası uyumu azalttığını rapor etmiştir. Bu sonuçlar, kaygı yönetiminin hasta bakımında kritik bir bileşen olduğunu vurgulamaktadır.

Koroner anjiyografi olacak hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin konfor düzeyleri üzerindeki etkilerine bakıldığında; durumluk kaygı düzeylerinin konfor düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ve bağımlı değişkenin varyansının %52,3’ünü açıkladığını göstermektedir. Ancak, alt boyutlar (genel konfor, ferahlama, rahatlama, sorunların üstesinden gelme) bazında bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Bu sonuçlar, durumluk kaygının genel konfor algısını etkilediğini, ancak bu etkinin spesifik alt boyutlara yansımadağını öne sürmektedir. Spielberger 1983, çalışmasında durumluk kaygının geçici ve duruma özgü bir duygusal tepki olduğunu ve genellikle spesifik bir olayla (örneğin, tıbbi bir prosedürle) ilişkili olduğu belirtilmektedir (Spielberger, 1983). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, anjiyografi öncesi hastaların durumluk kaygı düzeylerinin genel sağlık algısını etkilediği, ancak spesifik konfor alt boyutlarına etkisi sınırlı olduğu rapor edilmiştir (Yılmaz ve Arslan, 2019). Bu bulgu, çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur ve durumluk kaygının konfor algısındaki etkisinin daha çok genel bir duygusal tepkiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Sürekli kaygı düzeylerinin konfor düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ve bağımlı değişkenin varyansının %22,1’ini açıkladığını ortaya koymaktadır. Genel konfor, ferahlama, rahatlama ve sorunların üstesinden gelme alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı etkiler gözlenmiştir. Sürekli kaygının, bireyin genel kaygı eğilimiyle ilişkili olduğu ve uzun vadeli duygusal tepkileri yansıttığı bilinmektedir (Spielberger, 1983). Yurtdışında yapılan bir çalışmada, sürekli kaygı düzeylerinin kronik hastalıkları olan hastalarda konfor algısını olumsuz etkilediği ve özellikle psikolojik ferahlama ve sorunlarla başa çıkma kapasitesini azalttığı rapor edilmiştir (Smith et al., 2017). Türkiye’de ise, kronik hastalıklarda sürekli kaygının konfor algısı üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışma, benzer şekilde ferahlama ve sorunların üstesinden gelme boyutlarında anlamlı etkiler bulmuştur (Demir & Kaya, 2021).

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin konfor algısı üzerindeki etkilerinin farklı mekanizmalarla işlediğini göstermektedir. Durumluk kaygının daha çok anlık ve duruma özgü bir etki yarattığı, sürekli kaygının ise uzun vadeli ve daha kalıcı etkilere sahip olduğu söylenebilir. Literatürde, kaygı düzeylerinin konfor algısını etkileyebileceği, ancak bu etkinin

hasta popölasyonuna, ölçüm araçlarına ve kültürel faktörlere bağılı olarak değışebileceğı belirtilmektedir (Jones ve Johnston, 2018; Aydın ve Özdemir, 2020). Çalışmamızın bulguları, bu bağlamda hem yurtiçi hem de yurtdışı literatürle uyumludur ve koroner anjiyografi gibi invaziv prosedürler öncesi kaygı yönetiminin konfor algısını iyileştirmede önemli bir rol oynayabileceğini öne sürmektedir.

Sonuç olarak, koroner anjiyografi hastalarında durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin konfor algısı üzerindeki etkilerinin farklı dinamikler sergilediğı görölmüşür. Eğitim düzeyi, cinsiyet, yaş, sigara/alkol kullanımı ve işlem bilgisi gibi faktörlerin kaygı ve konfor üzerindeki rolleri, hasta bakımında kişiselleştirilmiş bilgilendirme ve psikolojik destek stratejilerinin önemini vurgulamaktadır. Bulgular, kaygı yönetiminin hasta konforunu artırmada kritik olduğunu ve bu bağlamda hem yurtiçi hem yurtdışı literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir. Literatüre, koroner anjiyografi hastalarında kaygı ve konfor arasındaki ilişkilerin alt boyutlar düzeyinde incelenmesiyle katkı sağlayan bu çalışma, hasta odaklı bakım yaklaşımlarının geliştirilmesine yönelik yeni bakış açıları sunmaktadır. Gelecekteki çalışmalar, kaygının psikolojik ve fizyolojik mekanizmalarını daha ayrıntılı inceleyerek ve farklı hasta gruplarında kültürel faktörleri dikkate alarak, bu bulguları genelleştirebilir ve kaygı azaltıcı müdahalelerin etkinliğini değerlendirebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışma, koroner anjiyografi hastalarının bilgi, anksiyete ve konfor düzeylerini etkileyen çoklu faktörleri ortaya koymuştur. Eğitim/bilgi alma, cinsiyet, sigara/alkol kullanımı, yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi faktörlerin anksiyete ve konfor düzeyleri üzerinde önemli etkileri olduğu görülmüştür. Özellikle, işlem öncesi eğitimin kaygıyı azaltma ve konforu artırma potansiyeli, hasta bakımında yapılandırılmış eğitim programlarının önemini vurgulamaktadır. Ancak, eğitimin içeriği ve sunum şeklinin dikkatle düzenlenmesi gerektiği de açıktır. Ayrıca, yaşlı ve düşük eğitim seviyesine sahip hastalar gibi yüksek riskli gruplar için özel müdahaleler geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Hastaların işlemle ilgili eğitim/bilgi almalarının durumluk kaygıyı artırabileceğini, ancak konfor düzeyleri ile olumlu ilişki; anksiyete düzeylerinin konfor ile ters yönde ilişkili olduğunu ve daha önce anjiyografi geçirme durumunun veya sıklığının bu parametreler üzerinde belirgin bir ilişkisinin olmadığını göstermiştir. Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin konfor algısı üzerindeki etkileri farklı boyutlarda kendini göstermektedir. Bu bulgular, hem Türkiye’deki hem de uluslararası literatürdeki çalışmalarla uyumlu olup, koroner anjiyografi hastalarının psikolojik ve fiziksel iyilik halini iyileştirmek için multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

6.2. Öneriler

- ✓ İşlem öncesi eğitimin kaygıyı azaltıp konforu artırdığı göz önüne alındığında, koroner anjiyografi hastalarına yönelik sade, anlaşılır ve rahatlatıcı bilgilendirme programları geliştirilmeli, eğitim içeriği hastaların kaygı düzeyini artırabilecek teknik detaylardan kaçınarak yapılandırılmalıdır.
- ✓ Multidisipliner ekiplerce uygulanacak psikolojik destek programları (örneğin, gevşeme teknikleri, bilişsel davranışçı terapi) hastaların kaygı düzeylerini azaltmak ve konforlarını artırmak için entegre edilmelidir.
- ✓ Yaşlı, düşük eğitim seviyesine sahip, kadın veya emekli hastalar gibi yüksek kaygı ve düşük konfor sergileyen gruplar için özel müdahaleler (örneğin, birebir danışmanlık, görsel destekli materyaller) tasarlanmalı, bu grupların ihtiyaçlarına uygun bakım protokolleri geliştirilmelidir.

- ✓ Sigara ve alkol kullanımının kaygı ve konfor üzerindeki olumsuz etkileri dikkate alınarak, kardiyovasküler hastalar için sigara bırakma ve bağımlılık danışmanlığı programları, psikolojik destekle birleştirilerek uygulanmalıdır.



KAYNAKLAR

- Acar, R. D., Aktoz, M., Atamaner, O., Aytekin, S., Bozçalı Polat, E., Çelik, H.G., Gülmez, Ö. (2018). Kadınlarda kalp damar hastalıklarına yaklaşım. *Türk Kardiyoloji Derneği Arsivi*, 46(Supp.1):1-44 doi: 10.5543/tkda.2018.37913
- Adalet, K. (2019). Klinik Kardiyoloji (2.baskı). Koylan N, Mercanoğlu F, Adalet K (çeviri editörleri) İstanbul Tıp Kitabevi.
- Akboğa Ö. Ş (2021). Perioperatif istemsiz hipotermi postoperatif bulantı ve kusma varlığını etkiler mi? Bir literatür incelemesi. *Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 594-605.
- Akbulut, E., Tülüce, D., Kahraman, B. B. (2016). Kardiyak rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), 140-146.
- Akçalı FÖ. Kaygı Seviyesinin Empatik Beceriye Etkisi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1991, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H Tan).
- Akın, M. (2014). Yüksek riskli hastalarda koroner anjiyografi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2), 51-6.
- Akın, S.(2013). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Bakım. İçinde: İç Hastalıkları Hemşireliği. Durna Z, (ed.), İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, s:147-230.
- Akkaya, S., Polat, C., Ede, H., & Öztürk, Ö. (2018). "Koroner Anjiyografi Laboratuvarına Sevki Yapılan Hastalarda; Depresyon, Anksiyete ve Koroner Arter Hastalığı Ciddiyeti İlişkisi." *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3), 40-45.
- Aktaş, Karabulut, Yılmaz ve Özkan (2015), kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların çevresel stresör algılarını incelemişlerdir.
- Akyüz, A., Alpsoy, Ş., & Akkoyun, D. C. (2018). Coronary artery disease in Turkey: Risk factors and clinical characteristics. *Anatolian Journal of Cardiology*, 20(3), 159-165.
- Algur, V., (2019). "Üniversite öğrencilerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık arasındaki ilişkinin incelenmesi" (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Al-Nozha, M.M., Ismail, H.M., Al Nozha, O.M. (2016). Coronary artery disease and diabetes mellitus. *J Taibah Univ Med Sc*, 11(4):330-338.

- Amaç H, Çam R. Günöbirlik cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;5(1):1222-37.
- Ançel G. Cerrahi ve Dahili Hastalıklarda Anksiyete Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Hemşirelik Bakım Planları, Birlik Matbaası, 1.Basım, Ankara; 2007; 2(4): 59-66.
- Aronson, D. ve Edelman, E.R. (2014). Coronary artery disease and diabetes mellitus. *Cardiology clinics*, 32(3), 439–455.
- Arsan H, Konuk DŞ (2009). Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1) : 51–58.
- Arsan, M., & Şahin, N. (2021). Anjiyografi hastalarında kaygının hasta konforu üzerindeki etkisi. *Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 13(4), 289-297.
- Aydın, A., & Özdemir, F. (2020). Kronik hastalıklarda kaygı ve konfor algısı: Bir literatür derlemesi. *Türk Hemşirelik Dergisi*, 25(3), 123-130.
- Aydın, S., & Kara, M. (2020). Kardiyovasküler hastalıklarda emekliliğin psikolojik etkileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 48(2), 123-130.
- Aygöl, S. ve Ulupınar, S. (2012). Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 1-9.
- Ayoğlu T. Ameliyat Öncesi ve Sırası Bilgi Vermenin Hasta Ailelerinin Anksiyete Düzeylerine ve Kan Basıncı Değerlerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Kanan).
- Basit, G. (2020). Bakımın rehberi: hemşirelik süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.
- Bayata, M. S. ve Saraç, S. (2014). Koroner anjiyografide komplikasyonlar ve riskler. *Türkiye Klinikleri J. Cardiol-Special Topics*, 7(2), 85-9.
- Beckman, A. L., Bucholz, E. M., & Zhang, W. (2016). Sex differences in anxiety and depression among patients undergoing invasive cardiac procedures. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(18), 2013-2021.
- Bonow, R. O. ve Davidson, C. J. (2015). Cardiac catheterization. D. P. Zipes, R. O. Bonow (Ed.), *Braunwald's heart disease a textbook of cardiovascular medicine philadelphia* (ss. 364-392).
- Boyer P, Yell J, Andrews, J, et al. Anxiety reduction after preprocedure meetings in patients with CHD. *Cardiology in the Young*, 2020; 30(7): 991-994. doi:10.1017/S1047951120001407

- Braunwald, E., Libby, P., & Bonow, R. (2008). *Kalp Hastalıkları* (Cilt 2). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Bruning, R.S., Sturek, M. (2015). Benefits of exercise training on coronary blood flow in coronary artery disease patients. *Progress in cardiovascular diseases*, 57(5), 443–453.
- Buğan, B. ve Çelik, T. (2014). Koroner arter hastalığı risk faktörleri. *J Clin Anal Med*, 5(2):159-63.
- Buğan, B. ve Çelik, T. (2014). Koroner arter hastalığı risk faktörleri. *J Clin Anal Med*, 5(2):159-63.
- Bulmer, M. G. (1979). *Principles of Statistics*. Dover Publications.
- Bülbül F, Arıkan B. Çocuklarda ameliyat öncesi psikolojik hazırlık: güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;7(3):101-7.
- Büyükcinal, P. (2018). "Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi." *HSP*, 5(3), 404-413.
- Carr, A. (2012). *Clinical psychology: An introduction*. (1. Baskı). Routledge.
- Cengizhan, Ş. (2018). Anjiyografi öncesi planlı hasta eğitiminin durumluk, sürekli ve ölüm kaygısı üzerine etkisi (Yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Ceylan, Y., Kaya, Y., Tuncer, M. (2011). Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*18(3):147-154.
- Chair, S. Y., Taylor-Piliae, R. E., & Lam, G. (2012). Effect of a nurse-led education program on anxiety and coping in patients undergoing coronary angiography. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(4), 404-411.
- Chen, S.Y.J., Carroll, J.D. (2010), Coronary Angiography. In: Goldberger J., Ng J. (eds.), London: Practical Signal and Image Processing in Clinical Cardiology, Springer, pp: 157-85.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Csige, I., Ujvárosy, D., Szabó, Z., Lőrincz, I., Paragh, G., Harangi, M., Somodi, S. (2018). The Impact of Obesity on the Cardiovascular System. *Journal of diabetes research*, 2018, 3407306. <https://doi.org/10.3407306>.
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları, İstanbul 2005; Remzi Kitabevi.

- Çetin, D. (2017). Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların işlem öncesinde yaşadıkları anksiyetenin azaltılmasında eğitimin önemi (Yüksek lisans tezi).
- Çetinkaya, F., & Aşiret, G. D. (2017). Koroner anjiyografi yapılan hastaların yaşadıkları korku ve anksiyetenin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 1–9.
- Çetinkaya, F., ve Aşiret, G.D. (2017). Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 93-99.
- Çınar, D. ve Olgun, N. (2013). Koroner anjiyografi sonrası uygulanan kum torbası basısına bağlı olduğu düşünülen vazovagal senkop gelişen olgu sunumu. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(1), 51-55.
- Çil, B. (2020). Koroner yoğun bakım ünitesinde koroner anjiyografi geçirmiş hastaların bilgi gereksinimleri ve transfer anksiyetesi arasındaki ilişki (Yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.davranışlar ve yaşam kalitesinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep
- Dağlı, İ. N. (2023). Koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların konfor ve kaygı düzeyleri (Yüksek lisans tezi).
- Dehkordi, M. T. (2016). Extraction of the best frames in coronary angiograms for diagnosis and analysis. *Journal of Medical Signals and Sensors*, 6(3), 150-157.
- Dehkordi, M.T. (2016), Extraction of the best frames in coronary angiograms for diagnosis and analysis, *Journal of Medical Signals And Sensors*. 6(3), 150-57.
- Dekkers, M. J., & Koolen, J. J. (2017). Anxiety and its impact on patient comfort during invasive cardiac procedures. *International Journal of Cardiology*, 245, 156-162.
- Demir Ö, Arslantaş H. (2016). Müzik Eşliğinde Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizinin Anjiyografi Ve Perkütan Transluminall Koroner Anjiyoplasti Olacak Hastaların Yaşam Bulgularına Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 10-17.
- Demir, A., & Kaya, H. (2021). Sürekli kaygının hasta konforu üzerindeki etkisi: Kardiyovasküler hastalıklarda bir inceleme. *Anadolu Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 45-53.
- Demir, Ö. (2013). Koroner Anjiyografi ve Perkütan Transluminall Koroner Angioplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete

- Düzeylerine Olan Etkisi (Yüksek Lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Demirkıran, G. (2011). *Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Dijkstra K (2009). Understanding Healing Environments: Effects of Physical Environmental Stimuli on Patients' Health and Well-Being. University of Twente, PhD Thesis, Netherlands.
- Dilbaz, N. (2009) Ruhsal Bozukluklar, Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yayınları, Ankara.
- Durna, Z. (2012). Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri s 111-146.
- Dursun, H. Ve Yılmaz, E. (2015). Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2 (3), 65-70.
- Dursun, Ş., & Yılmaz, M. (2015). Koroner anjiyografi yapılan hastaların işlem öncesi yaşadığı anksiyete düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 99–105.
- Dülek H., Vural Z., Gönenç I. (2018) Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *Jour Turk Fam Phy*. 09 (2): 53-58. doi: 10.15511/tjtfp.18.00253
- Dülek H., Vural Z., Gönenç I. (2018) Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *Jour Turk Fam Phy*. 09 (2): 53-58. doi: 10.15511/tjtfp.18.00253
- Dülek., H., Tuzcular Vural, Z., Gönenç, I. (2018), Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri, *Jour Turk Form Phy*, 9(2), 53-8.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2023)https://www.who.int/health-topics/hypertension/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 (Erişim tarihi 08.02.2025)
- Eagle, K., & Baliga, R. (2007). *Pratik Kardiyolojisi*. (İ. Keleş, Çev.) İstanbul: İstanbul Meidkal Yayıncılık
- Enç, N. (2019), Kardiyovasküler Hemşirelik. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Enç, N. ve Uysal, H. (2014). Akut Koroner Sendromlar. Enç, N. içinde *İç Hastalıkları Hemşireliği*. (s.95-118). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Eray, A., Set, T., Ateş, E. (2018). Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye aile hekimliği dergisi*, 22(1), 12-19.
- Erdem, A., & Çelik, S. (2019). Yaşlı koroner arter hastalarında anjiyografi öncesi kaygı düzeyleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 22(1), 45-52.

- Ersoy, E. (2005) Anksiyete Bozuklukları. Marmara Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilimdalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Fathi, M., Valiee, S. ve Mahmoodi, P. (2017). Effect of changing the duration of keeping sandbag over catheter insertion site on the coronary angiography acute complications: A controlled clinical trial. *Journal of Vascular Nursing*, 35(4), 193-200.
- Fathi, M., Valiee, S., Mahmoodi, P. (2017), Effect of changing the duration of keeping sandbag over catheter insertion site on the coronary angiography acute complications: A controlled clinical trial, *Journal of Vascular Nursing*. 35(4), 193-200.
- Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge analysis and evolution of nursing models and theories. (2. Baskı). Philadelphia: Fa Davis Company.
- Fındık Ü, Topçu S (2015). Cerrahi girişime alınıp şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 22-33.
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). Sage Publications.
- Fioranelli, M., Bottaccioli, A.G., Bottaccioli, F., Bianchi, M., Rovesti, M., Rocca, M.G. (2018). Stress and Inflammation in Coronary Artery Disease: A Review Psychoneuroendocrineimmunology-Based. *Frontiers in immunology*, 9, 2031. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.02031>
- Freud S. The Ego And The İd. *Stellar Classics*, Trans. Seattle: Stellar House Publishing, 1923; Bartleby.com, 2013.
- Gallagher, R., McKinley, S., & Dracup, K. (2016). Predictors of anxiety in older adults undergoing coronary angiography. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 241-248.
- Gallagher, R., Trotter, R., & Donoghue, J. (2013). Preprocedural concerns and anxiety in patients undergoing coronary angiography. *Heart & Lung*, 42(5), 351-357.
- Geçtan, E. (1978) Çağdaş İnsanda Normal Dışı Davranışlar. Ankara: A. Ü. Eğitim Fakültesi Yayınları: 69
- Geçtan, E. (1981) Psikanaliz ve Sonrası. İstanbul: Hür -Yayın.
- George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429056765>
- Gök F, Kabu Hergül, F. (2020). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 195-206.

- Gökçe Eskin, S., Bulut, S., & Güngör, H. (2021). "Koroner Anjiyografi Öncesi Sosyal Desteğin Anksiyeteye Etkisi." *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 198-208.
- Guyton AC, Hall JE. Textbook of Medical Physiology Çeviri Editörü: Prof. Dr. B. Çağlayan Yeğen Tıbbi Fizyoloji. 12. basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2013, s: 1079-1138.
- Gülel, O. (2013). Kardiyovasküler risk faktörleri. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29 (3s), 107-116. DOI: 10.5835/jecm.omu.29.s3.003
- Güney, B. (2023). "Koroner Anjiyografi İşlemi Öncesi Yapılan Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Bireylerin Yaşam Bulguları, Anksiyete ve Konfor Düzeyine Etkisi." *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden hastaların gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2001, 3(6): 34-38.
- Haddad N. (2018). The Macedonian Tomb Façade Formation and its Significant Role and Critical Stage for the Development of Hellenistic and Late Classical Façade Morphology, *Atiner Conference Paper Series No: HIS2018-2561*.
- 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.
- Hamur, H., Değirmenci, H., Bakırcı, E. M. ve Topal, E. (2016). Karotis arter hastalığının güncel girişimsel tedavisi. *MN Kardiyoloji*, 23(3), 147-57.
- Hamur, H., Değirmenci, H., Bakırcı, E.M., Topal, E. (2016), Karotis arter hastalığının güncel girişimsel tedavisi, *MN Kardiyoloji*, 23(3), 147-57.
- Harbaloğlu, H., Koca, H., Baykan, A.O. (2018). Oral kontraseptif kullanan hastada miyokard enfarktüsü gelişimi ve trombofili tanısı. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(1), 73-76.
- He, J., Liu, Q., & Wang, X. (2021). Alcohol consumption and cardiovascular disease: A global perspective. *The Lancet*, 397(10279), 1095-1106.
- Heidenthal, P., Braaten, N., Desmond, M., Shah, S.A. (2008), Patient and health care education. in: nursing leadership and management. Kelly P, (ed.) New York: Thomson Delmar Learning. pp: 409-33.
- Huriani E. (2019). Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. *International journal of nursing sciences*, 6(3), 294–299.

- İnangil, D. ve Şendir, M. (2014). Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 96-101
- Jamshidi, S., Parker, J. S., & Hashemi, S. (2019). The impact of environmental factors on patient outcomes in hospital settings: A literature review. *Design Department, College of Human Sciences, Texas Tech University*. Retrieved June 14, 2019; revised August 31, 2019; accepted October 9, 2019
- Jones, I. D., & Slovis, C. M. (2015). Repeated coronary angiography and its effect on patient anxiety and comfort. *American Journal of Cardiology*, 115(9), 1210-1215.
- Jones, P., & Johnston, D. (2018). Anxiety and patient comfort in medical procedures: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 789-802.
- Karakoç Kumsar, A., & Taşkın Yılmaz, F. (2017). Girişimsel işlemler öncesi hastaların yaşadığı kaygı düzeyinin belirlenmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 4326-4335.
- Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F. (2017), Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 18-27
- 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>
- Karaman N (2008). Cerrahi Girişim Uygulanan Adölesanlar ile Anne/Babaların Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2008, İstanbul (Danışman: R Acaroğlu).
- Karaman N (2008). Cerrahi Girişim Uygulanan Adölesanlar ile Anne/Babaların Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2008, İstanbul (Danışman: R Acaroğlu).
- Kasapoğlu, E.S. ve Enç N. (2017). Koroner arter hastaları için bir rehber. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8:1-7.
- Kaya, C., & Ünal, S. (2017). Sigara kullanımının kardiyovasküler hastalıklarda anksiyete ve depresyon üzerine etkisi. *Türk Toraks Dergisi*, 18(3), 89-94.

- Kayhan C. Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2003, Afyonkarahisar (Danışman ON Dilek).
- Kaynak Şimşek, A., Ecevit Alpar, Ş. (2020), Akut koroner sendrom geçiren hastalarda risk faktörlerinin belirlenmesi, *Türk J Cardiovasc Nurs*, 11(25), 82–9.
- Khera, A.V., Emdin, C.A., Drake, I., Natarajan, P., Bick, A.G., Cook, N.R., Chasman, D.I., Baber, U., Mehran, R., Rader, D.J., Fuster, V., Boerwinkle, E., Melander, O., Orho-Melander, M., Ridker, P.M., Kathiresan, S. (2016). Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. *The New England journal of medicine*, 375(24), 2349–2358.
- Kocabaşoğlu, N. (2003) Stres ve Anksiyete, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı, Ders Notları, İstanbul
- Koç, A., & Demir, T. (2022). Tekrarlayan anjiyografilerin hasta kaygısı üzerindeki etkisi. *Kardiyoloji Araştırmaları Dergisi*, 14(1), 56-63.
- Kolcaba K (1991b). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(1):237-238.
- Kolcaba K (1992a). Holistic Comfort: Operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome, *Advances in Nursing Science*, 15(1):1-10.
- Kolcaba K (1992b). The concept of comfort in an environmental framework. *Journal of Gerontological Nursing* 18(6), 33– 38.
- Kolcaba K (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 19(6), 1178–1184.
- Kolcaba K (1995a). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing* 13(2), 117– 131.
- Kolcaba K (1995b). The art of comfort care. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 27(4), 287– 289.
- Kolcaba K (2003). *Comfort Theory and Practice A vision for holistic health care and research*, Springer Publishing Company, New York. 57.
- Kolcaba K, Dimarco MA. Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatr Nurs*. 2005;31(3):187-94.
- Kolcaba K, Fisher E (1996). A holistic perspective on comfort care as an advanced directive. *Critical Care Nursing Quarterly* 18(4), 66–78.

- Kolcaba K, Fox C (1999). The effects of guided imagery on comfort of women with early-stage breast cancer going through radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 26(1), 67-71.
- Kolcaba K, Kolcaba R (1991a). An analysis of comfort. *Journal of Advanced Nursing* 16(11), 1301-1310.
- Kolcaba K, Steiner R (2000) Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing* 18, 46-62.
- Kolcaba K, Wilson L (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 17(2), 102-114.
- Kolcaba K, Wykle M (1997) Comfort research: spreading comfort around the world. *Reflections* 23, 12-13.
- Kolcaba K. Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS Adv Nurs Sci* 1992;15(1):1-10
- Kolpay, M. ve Erol, C. (2013). Koroner arter hastalığı. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 1, 57- 69.
- Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. *Duygu Durum Dizisi*, 2000; 1 (1): 5-11.
- Köroğlu E. Birinci Basamakta Psikiyatri El Kitabı. *Boylam Psikiyatri Enstitüsü*, Ankara, 2009; p:79- 95.
- Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients, *Applied Nursing Research*, 2004;27:147-150.
- Krinsky, Murillo ve Johnson (2014), Kolcaba'nın konfor kuramının kardiyak hastalara pratik uygulamasını ele almışlardır.
- Kuşuoğlu, S. ve Karabacak, Ü. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(61), 16-23.
- Kuşuoğlu, S., & Karabacak, Ü. (2008). Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(2), 34-45.
- Kumar S., Effectiveness of music therapy on stress, anxiety and depression among clients scheduled to undergo coronary angiography at intensive coronary care unit, Government Rajaji Hospital, Madurai. *International Journal of Cardiovascular Nursing*, 2019; 5(2): 30-44.
- Kültürsay, H. (2011). Kardiyovasküler hastalık riski hesaplama yöntemleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 39, 6-13.

- Lafond, D. A, Bowling, S., Fortkiewicz, J. M., Reggio, C. ve Hinds, P. S. (2019). Integrating the comfort theory™ into pediatric primary palliative care to improve access to care. *Int J. Palliat Nurs*, (5), 382-389.
- Maas, A.H. ve Appelman, Y.E. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands heart journal: monthly journal of the Netherlands Society of Cardiology and the Netherlands Heart Foundation*, 18(12), 598–602.
- Malinowoski A, Stamler LL. Comfort Exploration of The Concept In Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 39 (6), 599-606.
- Marini, A., Naka, K.K., Vakalis, K., Bechlioulis, A., Bougiakli, M., Giannitsi, S., Nikolaou, K., ... Michalis L.K. (2017), Extent of coronary artery disease in patients undergoing angiography for stable or acute coronary syndromes. *Hellenic Society of Cardiology*, 58, 115-21.
- Members, T. F., Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., et al. (2013). 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European society of cardiology. *Euro Heart J.*, 34(38), 2949- 3003.
- Min, D., Park, J.S., Choi, E.Y., Ahn, J.A. (2020). Comparison of learning needs priorities between healthcare providers and patients with heart failure. *PloS one*, 15(9), e0239656.
- Nural, N., & Alkan, S. (2018). Identifying the factors affecting comfort and the comfort levels of patients hospitalized in the coronary care unit. *Holistic Nursing Practice*, 32(1), 35–42.
- Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Ünaltuna N, Kaya A, et al. TEKHARF (2017). *Tip Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. (electronic resource). Edited by Altan ONAT. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. p. 180.
- Ong, S.F., Foong, P.P., Seah, J.S., Elangovan, L., ve Wang, W. (2018). Learning Needs of Hospitalized Patients With Heart Failure in Singapore: A Descriptive Correlational Study. *The journal of nursing research: JNR*, 26(4), 250–259.
- Orgun, F. (2010), Sağlık Eğitimi ve Sağlığın İyileştirilmesi. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F, (eds.), İstanbul: Nobel Kitabevi, s: 41-51.
- Öner N, Le Compte A. Süreksiz (Durumluk) Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 1985; s:105-113.

- Öner, N., & Le Compte, A. (1985). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Öner, N., Le Compte, A. (1983) Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı İstanbul: B. Ü. Yayınları.
- Öz Alkan, H. (2016). Hasta eğitimi ve davranış değişikliği gelişimi. *Türk Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7 (Ek: 2), 41-47.
- Öz F.Sağlık Alanında Temel Kavramlar (2. bs.). Ankara: 2010; Mattek Matbaacılık.
- 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.
- Özen Y, Taşdemir, O., Anormal Kavramına Ruh Sağlığı Üzerinden Bir Bakış, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2022; 14(1):174- 184.
- Özkan, S., Yılmaz, E., & Uslu, A. (2019). Anjiyografi öncesi hasta eğitiminin kaygı ve memnuniyet üzerine etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 11(2), 134-142.
- Özmen, F. (2008), Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti. Dünyada ve Türkiye’de ilkler. *Türk Girişimsel Kardiyoloji Dergisi*, 12, 128-41.
- Öztürk, H., Çilingir, D. ve Hintistan, S. (2011). Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (4), 153-158
- Öztürk, O. ve Diğerleri) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını No.7. Ankara: 1981, s. 40-42.
- Öztürk, S., Çilingir, D., & Hindistan, S. (2011). Hasta eğitiminin önemi ve hemşirelikte hasta eğitim süreci. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(17), 35–48.
- Pathak, L.A., Shirodkar, S., Ruparelia, R., Rajebahadur, J. (2017). Coronary artery disease in women. *Indian heart journal*, 69(4), 532–538.
- Pınar G, Doğan N, Algier L ve ark. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*. 36(3): 184-190.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Popma, JJ., (2008). *Coronary Angiography and Intravascular Ultrasound Imaging. Braunwald’s Heart Disease A Text Book of Cardiology Eighth Ed. Chapter 20. Elsevier Saunders Philadelphia .*

- Roth, G. A., Mensah, G. A., & Johnson, C. O. (2020). Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2982-3021.
- Roy Choudhury, A. K., Majumdar, P. K., & Datta, C. (2011). In G. Song (Ed.), *Improving comfort in clothing* (Woodhead Publishing Series in Textiles). Woodhead Publishing.
- Rozanski, A., Bavishi, C., & Kubzansky, L. D. (2019). Psychosocial factors and cardiovascular disease: Implications for clinical practice. *Circulation Research*, 125(8), 768-783.
- Sachdev, S., Bassam, O., Awan, G. M. ve Eyrich, G. (2018). Coronary angiography: Basic views. *Cardiofel Newslet*, 1(5), 27–38.
- Sachdev, S., Bassam, O., Awan, G.M., Eyrich G. (2018), Coronary angiography: Basic views. *Cardiofel Newslet*, 1(5), 27–38.
- Sachdev, S., Bassam, O., Awan, G.M., Eyrich G. (2018), Coronary angiography: Basic views. *Cardiofel Newslet*, 1(5), 27–38.
- Sakman, Z. (2019). Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans Programı. Gaziantep.
- Sertbaş G, Bahar A. Nursing interventions for coping with anxiety and anxiety. Hemşirelik Forumu, 2004, p:39-44.
- Sesci, A. (2023). Koroner anjiyografi öncesi stres topu uygulamasının stres, anksiyete ve yaşam bulguları üzerine etkisi (Yüksek lisans tezi). Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aksaray.
- Shamsizadeh M. (2013). Effective strategies to improve the professional ethics compliance: the presentation the best of practical strategy, *Journal of Ethics in Education*, Volume 2, Number 4, Winter.
- Sivrikaya, S.K. ve Erdem, G. (2018). Koroner yoğun bakım hastalarının hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(3), 186-192.
- Sivrikaya, S.K. ve Erdem, G. (2018). Koroner yoğun bakım hastalarının hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(3), 186-192.
- Smith, J., Brown, L., & Wilson, K. (2017). Chronic illness and comfort perception: The role of trait anxiety. *Health Psychology Review*, 11(4), 321-335.

- Soylu, A., & Korkmaz, M. (2024). Koroner anjiyografi: İşlem öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik girişimleri ve süreç yönetimi: Koroner anjiyografi sürecinde hemşirelik bakımı. *Advances in* <https://doi.org/10.5281/zenodo.10903044>
- Spielberger CD. *Anxiety: Current Trend İn Theory And Research*. New York: 1972, Akademic Press
- Spielberger, C. D. (1966) *Anxiety and Behaviour: Theory and Research Anxiety*, New York: Academic Pres.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Stewart, J. G., & Harkness, K. L. (2014). Education level and health-related anxiety in patients undergoing invasive procedures. *Health Psychology*, 33(10), 1234-1242.
- Sultana, R., Petpichetchian, W., Kritpracha, C. (2015). Patients' Discharge Information Needs Regarding Myocardial Infarction in Bangladesh. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(3): 1–14.
- Şahin, B., & Öztürk, M. (2021). Sağlık okuryazarlığı ve anjiyografi hastalarında kaygı ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(4), 412-419.
- Şatiroğlu, N., Vural, H., Bostan, N., & Bozkurt, A. İ. (2011). Koroner anjiyografi yapılan hastaların bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(2), 22–30.
- Şatiroğlu, Ö., Vural, M., Bostan, M., Bozkurt, E. (2011), Patient's knowledge level and expectations about coronary angiography. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(3), 278-81.
- Şen, F. (2019). *Koroner anjiyografi öncesi verilen eğitimin koroner anjiyografi sonrası anksiyete düzeyi üzerine etkisi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci basamakta çalışan hekimler için koroner arter hastalığına yönelik eğitici eğitimi rehberi. (2019).Ankara
- Tamam L, Demirkol ME. *Anksiyete Bozuklukları*, 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2019: 1-4.
- Tan, M., Özdelikara, A. ve Polat, H. (2013). Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 1(21): 1-8

- Tan, M., Özdelikara, A., & Polat, H. (2013). Koroner anjiyografi yapılan hastaların işlem öncesi bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Türk Kardioloji Derneği Arşivi*, 41(Suppl 1), 123.
- TDK. (2023). Kaygı, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=KAYGI (Erişim Tarihi:15.05.2025)
- Terzi B. Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2014, Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nurten KAYA.
- Thomas JD. Kardiyovasküler Görüntüleme. (Ed: Topol E) Textbook of Cardiovascular Medicine, 1. baskı, Düzey Matbaa, İstanbul, 2005; s: 1031-1295
- Timmis, A., Townsend, N., Gale, C. P., Grobbee, R., Maniadakis, N., Flather, M., ... & European Society of Cardiology. (2018). European Society of Cardiology: Cardiovascular disease statistics 2017. *European Heart Journal*, 39(7), 508–579. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx628>
- Timmis, A., Townsend, N., Gale, C., Grobbee, R., Maniadakis, N., Flather, M., Wilkins, E., ... Vardas, P. (2018). ESC Scientific Document Group. European Society Of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017. *Eur Heart J*, 39(7), 508-79.
- Tol H, Ünal, M, Arslan Ş (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Kaşıntı ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri Nephrology-Special Topics*, 8(3), 49-54.
- Topol J. Textbook Of Cardiovascular Medicine. Çeviren: Kozan Ö. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2008; s: 1227-1228.
- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2011). Anxiety in patients undergoing coronary angiography: Gender differences and implications. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 180-186.
- Tunç B. (2022). Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Bilgi Düzeyleri, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Haziran, İstanbul.
- Tunç, E. (2019). Koroner anjiyografiye girecek hastaların işlem ile ilgili bilgili olma durumlarına göre algılanan stres ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Yüksek lisans tezi, Samsun.
- Tuti N, Gayatri D, Rachmawati I. Comfort assessment of cancer patient in palliative care: a nursing perspective. *Int J Caring Sci*. 2017;10(1):209.

- Tutton E, Seers K (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 689-696
- Tutton E, Seers K (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 46:4, 380-389.
- Tutton, E., & Seers, K. (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 689–696. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00775.x>
- Türe A. Çocuklara Yönelik Gününbirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Afyon (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Korkmaz).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2023). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709> (Erişim Tarihi: 2024)
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (TKAHÖKP) (2021-2026), Ankara. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/KalpDamarEylemPlani_2021-2026.pdf (Erişim Tarihi: 2021)
- Türkmen, E., Badır, A., Ergün, A. (2012), Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acu Sağlık Bil Derg*, 3, 223-31.
- Türkoğlu, C. (2004), Girişimsel kardiyoloji tarihçesi, *Türkiye Klinikleri J Cardiology*, 17, 109-10.
- Uysal, H. (2012). Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 49-59
- Velioğlu P (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset Matbaası, İstanbul.
- Vizeli, M., Şenturan, L. (2012), The effect of music therapy on the level of anxiety in the patients undergoing coronary angiography, *Open Journal of Nursing*, 2(3), 165-9.
- Wake, R., Yoshiyama, M., Iida, H., Takeshita, H., Kusuyama, T., Kanamitsu, H., Mitsui, H., ... Haze, K.(2011), History of Coronary Angiography. In: Advances in the Diagnosis of Coronary Atherosclerosis. Kirac, S., (ed)., InTech: London, UK, pp. 69– 80.
- Weng LC, Dai YT, Huang HL, Chiang YJ (2010). Böbrek nakli alıcılarının öz yeterliliği, öz bakım davranışları ve yaşam kalitesi. *İleri hemşirelik dergisi*, 66 (4), 828-838.
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications* (pp. 56-75). Sage Publications.

- Whooley, M. A., de Jonge, P., & Vittinghoff, E. (2008). Depression, anxiety, and smoking: Effects on cardiovascular outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 300(20), 2379-2388.
- Williams AM, Irurita VF. Emotional comfort: the patient's perspective of a therapeutic context. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 405-415.
- Williams, A. M. ve Irurita, V. F. (2006). Emotional comfort: The patient's perspective of a therapeutic context. *Int J. Nurs Stud*, 43, 405-415.
- Wilson L, Kolcaba K (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 19(3):164-173
- Wilson L, Kolcaba W. Practical application of Comfort Theory in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs*. 2004;19:164-73.
- Wilson L., Kolcaba K . Practical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting; *Journal of PeriAnesthesia Nursing*,2004;19(3):164 173
- Winzer, E.B., Woitek, F., Linke, A. (2018). Physical Activity in the Prevention and Treatment of Coronary Artery Disease. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), e007725.
- World Health Organization. (2015). Obesity and overweight Fact sheet. (Erişim tarihi: 02.20.2025). <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Xu C., Liu M, An S., Chen J.M, Yan P. (2007). Assessing the impact of urbanization on regional net primary productivity in Jiangyin County, China, *Journal of Environmental Management* Volume 85, Issue 3, November 2007, Pages 597-606
- Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A., Doğan, S. (2015). Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 204-209.
- Yavuz, R., Yavuz, D., Tontuş, H.Ö. (2013). Artan mortalite ve morbidite nedeni olarak kardiyovasküler risk faktörlerine sistematik yaklaşım. *Deneyel ve Klinik Tıp Dergisi*, 30(1), 47-53
- Yel, A., & Ünsar, S. (2020). Koroner anjiyografi yapılan hastaların bilgi düzeyleri ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türk Kardiyoloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 14-21.
- Yel, P. Ünsar S. (2020), Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri. *Türk J Cardiovase Nurs*, 11(24), 7-15.

- Yıldırım, N., Çiftçi, B., Kaşıkçı, M. (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, (14), 217-231.
- Yıldırım, A. (2010). Postmenopozal hormon replasman (yerine koyma) tedavisi ve kardiyovasküler sistem. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38, 32-40.
- Yıldız, C., Yıldız, A., Tekiner, F. (2015). Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda lipit profili ve plazma aterojenik indeksinin karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 42 (1), 36-40. DOI: 10.5798/diclemedj.0921.2015.01.0526
- Yılmaz E, Çeçen D, Togaç H, Mutlu S, Kara H, Aslan A. Ameliyat Sürecindeki Hastaların Konfor Düzeyleri ve Hemşirelik Bakımları. *CBU SBED*, 2018;5(1):3-9.
- Yılmaz M, Sayın Y, Tel H. Koroner anjiyografi yapılacak hastaların işlem öncesi bilgi gereksinimleri ve anksiyete düzeyleri, *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science* 2012; 4(2): 55-65.
- Yılmaz, F., & Kaya, N. (2020). Cinsiyetin invaziv kardiyolojik prosedürlerde kaygı üzerindeki etkisi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 11(1), 23-30.
- Yılmaz, M., Sayın, Y., & Tel, H. (2012). Koroner anjiyografi öncesi hastaların yaşadığı kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 25–31.
- Yılmaz, M., Sayın, Y., Tel, H. (2012), Koroner anjiyografi yapılacak hastaların işlem öncesi bilgi gereksinimleri ve anksiyete düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 4(2), 55-65.
- Yılmaz, S., & Arslan, B. (2019). Anjiyografi öncesi durumluk kaygı ve hasta konforu ilişkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 47(5), 312-319.
- Yücel EO. Taekwondocuların Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Müsabaka Başarılarına Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B Gökyürek).
- Zaybak, A., & Çevik, K. (2015). Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6, 4–9.

EKLER

EK AÇIKLAMALAR A. DEMOGRAFİK SORULAR

EK 1: Demografik Sorular

Bölüm	Soru	Yanıt Seçenekleri
Tanımlayıcı Bilgiler	Yaşınız?	_____
	Cinsiyetiniz?	☐ Kadın ☐ Erkek
	Eğitim Durumunuz?	☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
	Çalışma Durumunuz?	☐ Çalışıyor ☐ İşsiz ☐ Emekli
	Sigara Kullanıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
	Alkol Kullanıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
Klinik Bilgiler	Hastalığınızın süresi ne kadar?	_____ yıl
	Daha önce anjiyografi işlemi geçirdiniz mi?	☐ Evet ☐ Hayır
	Kaç kez anjiyografi işlemi geçirdiniz?	_____
	İşlemle ilgili daha önce eğitim aldınız mı?	☐ Evet ☐ Hayır

EK AÇIKLAMALAR B.

EK2: SPIELBERGER DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI I & II)

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.

		Hiç	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)
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 kaçıyorum	(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.	Her şeyi 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)

(Puanlama: 0-19 Kaygı yok, 20-39 Hafif kaygı, 40-59 Orta kaygı, 60-79 Şiddetli kaygı, 80+ Çok şiddetli kaygı)

EK AÇIKLAMALAR C.
GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ

EK 3: GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ

1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Katılıyorum, 4: Kesinlikle katılıyorum

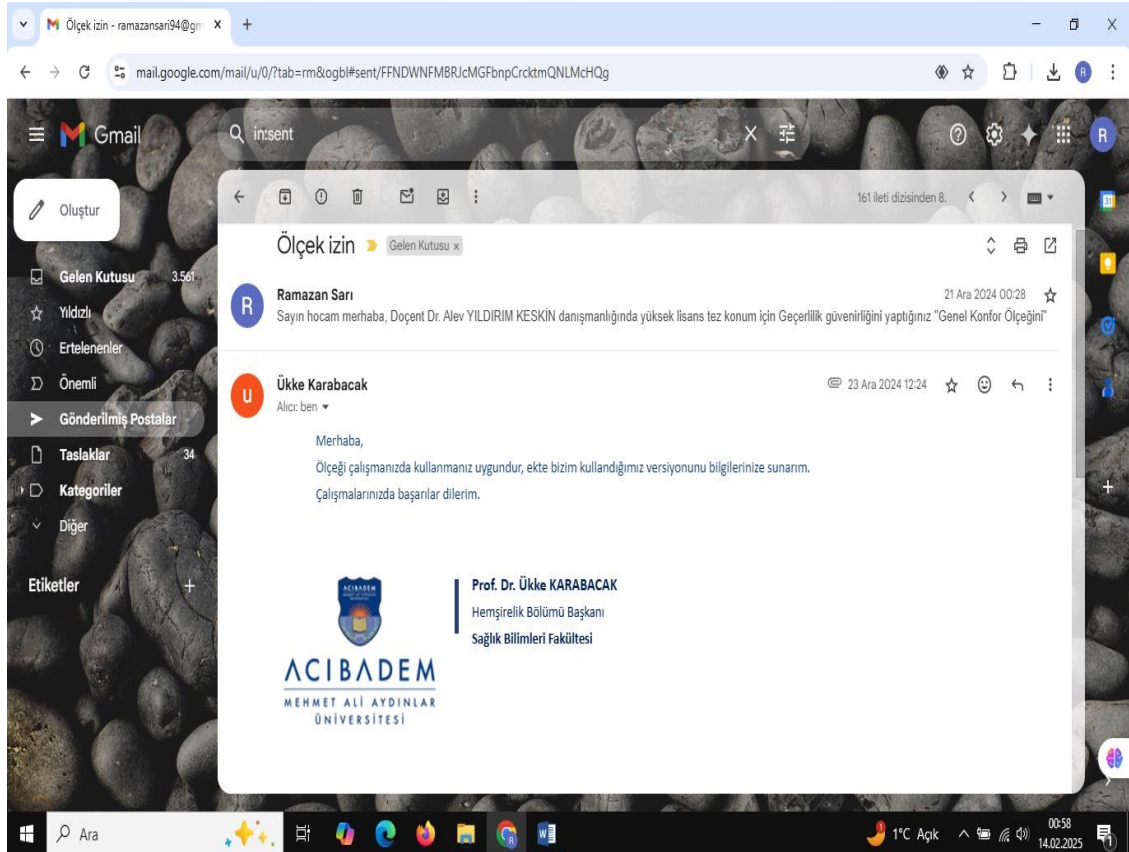
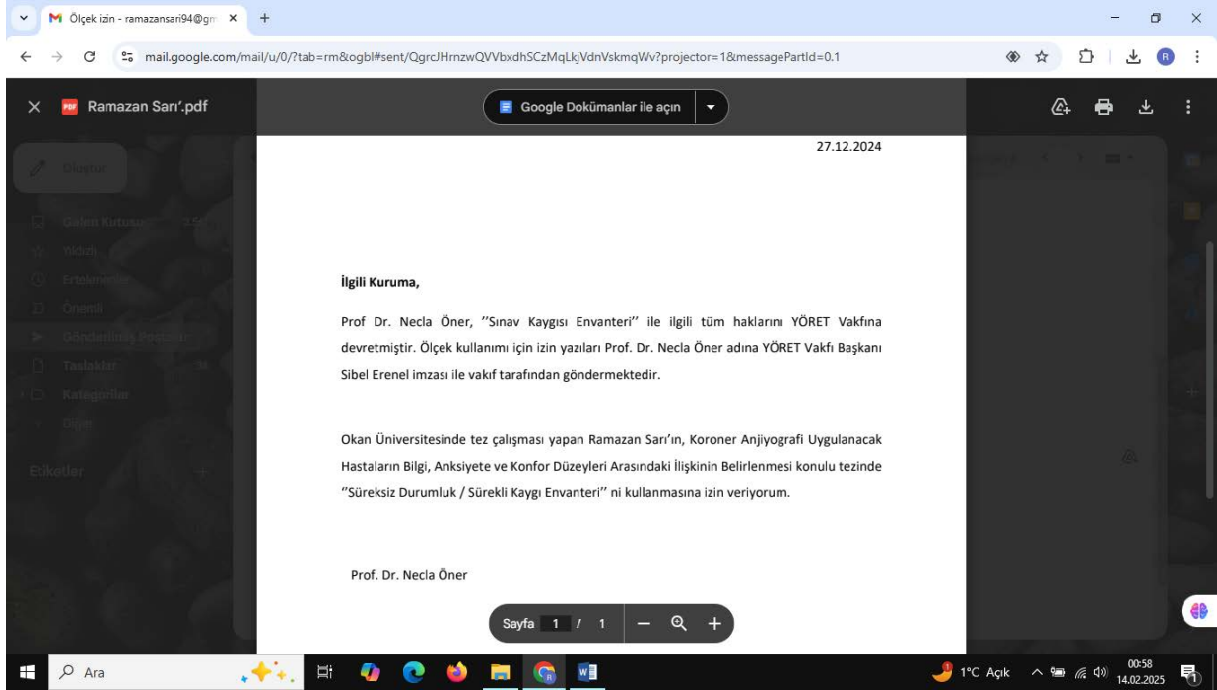
	1	2	3	4
1. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum.				
2. Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum.				
3. Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum.				
4. Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var.				
5. Egzersiz yapmak istemiyorum.				
6. Durumum beni bunaltıyor.				
7. Kendimi güvende hissediyorum.				
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum.				
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum.				
10. Sevildiğini bilmek beni mutlu ediyor.				
11. Bulduğum ortamdan memnunum.				
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor.				
13. Kimse beni anlamıyor.				
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum.				
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.				
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum.				
17. İnancım korkusuz olmama yardım ediyor.				
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum.				
19. Şu anda kabızım.				
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum.				
21. Bu oda beni ürkütüyor.				
22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum.				
23. Önemli olduğumu bana hissettirenler var.				
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum.				
25. Açım.				
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum.				
27. Bu odanın ısısı iyi.				
28. Çok yorgunum.				
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum.				
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor.				
31. Memnunum.				
32. Bu sandalye/yatak rahatsız.				
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor.				
34. Özel eşyalarım burada değil.				
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum.				
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum.				
37. Arkadaşlarım telefon ederek beni hatırlıyor.				
38. İnancılarım bana huzur veriyor.				
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum.				

40. Kendimi kontrol edemiyorum.				
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum.				
42. Bu oda berbat kokuyor.				
43. Tek başınayım ama yalnız hissetmiyorum.				
44. Kendimi huzurlu hissediyorum.				
45. Kederliyim.				
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim.				
47. Burada yaşamak kolay.				
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum				

(Puanlama: 48-96 Düşük konfor, 97-144 Orta konfor, 145-192 Yüksek konfor)



EK AÇIKLAMALAR D. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ



EK AÇIKLAMALAR E. ETİK KURUL İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.03.2025-E.965176



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Yerel Etik Kurulu



Sayı :E-70632468-050.01-965176
Konu :Doç. Dr. Alev YILDIRIM KESKİN -
Etik Kurul Kararı

12.03.2025

Sayın Doç. Dr. Alev YILDIRIM KESKİN

17.02.2025 tarihli "Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bilgi, Anksiyete ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı araştırma projeniz, 13.03.2025 tarihli Yerel Etik Kurul Toplantısında görüşülmüş olup, kurulun konu ile ilgili 2025/155 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Kamil Hakan DOĞAN
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSNEZ49ECZ* Pin Kodu :20482

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/selcuk-universitesi-ebys>

Adres : Akademi Mah. Yeni İstanbul Cad. No:313 Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubad
Yerleşkesi Selçuklu - Konya 42250 Türkiye
Telefon : 3322412181 Faks : 3322412184
e-Posta:dekanliktip@selcuk.edu.tr Web:www.selcuk.edu.tr
Kep Adresi : selcukuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için : Rukiye ÖZTAŞ
Unvanı : Bölüm Sekreteri





T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 2025/05

Toplantı Tarihi: 11.03.2025

Karar Sayısı 2025/155 S.Ü. Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu Doç. Dr. Alev YILDIRIM KESKİN'in "Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bilgi, Anksiyete ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 17.02.2025 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Doç. Dr. Alev YILDIRIM KESKİN'in "Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bilgi, Anksiyete ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Yardımcı Araştırmacı: Ramazan SARI

NOT: 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek 10.madde hükümleri uyarınca; bazı çalışmalar için etik kurul onayı alındıktan sonra, Sağlık Bakanlığı veya bağlı kuruluşlarından (çalışmanın yapılacağı kurum) izin alınması zorunlu olduğundan araştırmacıların bu hususa dikkat etmeleri gerekmektedir.

ASLI GİBİDİR
11.03/2025

Rukiye ÖZTAŞ
Sekretarya

EK AÇIKLAMALAR F. KURUM İZNİ



T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Karabük Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-34771223-774.99-272053934
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Talebiniz Hak

24.03.2025

Sayın Doç. Dr. Alev YILDIRIM KESKİN

İlgi : 17.03.2025 tarihli yazınız.

" Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bilgi, Anksiyete ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi "başlıklı araştırma projenizi, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, kişisel veri kapsamına giren bilgiler paylaşılmamak kaydıyla hastanemizde yapabilme talebiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Erkan DOĞAN
Başhekim

Ek: Bilimsel Araştırma İzleme Formu (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: D4ECF099-F5C7-48F6-AA14-7B04EF1C7F0C

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Şirinevler Mahallesi, Alparslan Cd., 78200 Karabük Merkez/Karabük 78000
Telefon No: (0370) 415 80 06
e-Posta: Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: Songül ŞİMŞEK
Ebe
Telefon No: 03704158000



EK AÇIKLAMALAR G.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI (ÇALIŞMANIN AÇIK ADI):

Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bilgi, Anksiyete ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Bu çalışma, bir bilimsel araştırmadır. Çalışmaya, katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararları ile risklerini doğru anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bilgi, Anksiyete ve Konfor Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi amacıyla yapılacaktır

ÇALIŞMADA UYGULANACAK TEDAVİLER/İŞLEMLER NELERDİR? (ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ NEDİR?)

Çalışmada size Hasta Bilgi Formu, Spielberger Durumluk Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI TX I ve II) ve Genel Konfor Ölçeği soruları uygulanacaktır. Veri toplama formundaki, yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu ve alkol, sigara vb. kullanma alışkanlığı ve hastalık bilgileri, hastalığın süresi, daha önce anjiyografi işlemi olup olmadığı, işlemi daha önce kaç kez uyguladığı, işlem ile ilgili daha önce eğitim alıp almadığı gibi sorular a cevap vermeniz beklenmektedir.

ÇALIŞMANIN KAPSAMI NEDİR?

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikte bir araştırmadır.

ÇALIŞMA SÜRESİ NE KADARDIR?

Çalışmanın veri toplama aşaması 10.03.2025-10.04.2025 tarihleri arasında yapılması planlanmıştır.

ÇALIŞMAYA KATILMASI BEKLENEN TAHMİNİ GÖNÜLLÜ SAYISI NEDİR?

Araştırma evrenini son 1 yılda Koroner anjiyografi ünitesine başvuran 1200 kişilik hasta grubu oluşturmaktadır. Bu evren için alfa 0,05 hata payı ile %90 güven aralığında örneklem en az 221 hasta dahil edilmesi gerektiği hesaplandı. 10 Mart 2025-10 Nisan 2025 tarihlerinde yapılacak tekrarlı koroner anjiyografi işlemi dahil araştırmanın örneklemine araştırma dahil edilme kriterlerini sağlayan 221 hasta alınması planlanmıştır.

ÇALIŞMADA BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışmaya katılmayı gönüllülük içerisinde kabul ettiğiniz takdirde anjiyografi işlemi ile ilgili bilgi durumunuz, anksiyete durumunuz ve genel konfor durumunuzun anket ve ölçeklerdeki sorulara verdiğiniz cevaplarla değerlendirilmesine izin vermeniz ve bu formu okuyup imzalamanız gerekmektedir.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?:

Çalışmaya katılıp katılmamak tamamen sizin serbest iradenize bırakılmıştır. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalanmanız için size bu “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”

verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir, gereken her türlü tedavinize devam edilecektir.

Belirtelim ki, çalışmayı yürüten sorumlu araştırmacı (Çalışma Doktoru) çalışmaya katılımınızın devam etmesinin sizin yararınıza olmadığına karar verebilir ve sizin faydanız için sizi çalışmadan çıkarabilir.

Çalışmadan çıkarılmanız; çalışmaya katılmaya uygunluk kriterlerine artık uymamanız veya herhangi bir şekilde sağlığınızın riske girmesi nedeniyle, doktorunuzun çalışmada yer almanızı durdurmaya karar vermesi durumunda veya araştırmacılar sizinle artık temasa geçemediği durumlarda söz konusu olacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YAN ETKİLER VE RİSKLER NELERDİR?

Çalışma anket çalışması olduğu için herhangi bir olası yan etki riski yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma ile birlikte anjiyografi hakkındaki bilgi düzeyiniz, anksiyete düzeyiniz ve genel konforunuz hakkında bilgilenmiş olacaksınız.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN MALİYETİ NEDİR?

Bilimsel çalışmaların maddi kaygılarla yürütülmemesi ilkesi gereğince, bu çalışmaya katılmak için bir ödeme yapmanız gerekmez. Katılımınız karşılığında size de bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇOCUĞUMUN KİŞİSEL BİLGİLERİ/ KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu formu imzalayarak araştırma doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için sizin kişisel bilgilerinizi (Çalışma Verileri) toplamalarına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Doğum tarihiniz, cinsiyetiniz gibi tüm kişisel çalışma verilerinizin kullanımı ile ilgili verdiğiniz bu onay kural olarak süresiz geçerli olup bunun herhangi bir sona erme süresi yoktur. Eğer verilerinizin kullanılmamasını istiyorsanız doktorunuzu haberdar ederek bu onayınızdan her zaman vazgeçebilirsiniz.

Çalışma yapan araştırmacılar, etik kurul ve ilgili sağlık otoriteleri gerektiğinde sizin tıbbi kayıtlarınıza doğrudan ulaşabilecektir, fakat bu bilgiler gizli tutulacak kamuoyu ile paylaşılmayacaktır. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda gizli tutulmaya devam edecektir.

Doktorunuzdan, toplanan çalışma verileriniz hakkında her zaman bilgi isteme hakkına sahipsiniz. Aynı zamanda bu verilerdeki herhangi bir hatanın düzeltilmesini isteme hakkında da bulunmaktadır. Eğer bu konularda bir isteğiniz olursa doktorunuzla görüşünüz.

Vermiş olduğunuz onaydan vazgeçerseniz, doktorunuz çalışma verilerinizi artık kullanamayacak ya da hiç kimseyle kimliğiniz gizli olsa dahi paylaşamayacaktır.

ARAŞTIRMA SONUNDA BANA BİLGİ VERİLECEK Mİ?

Talep ettiğinizde değerlendirme sonuçlarınız sözel olarak sizinle paylaşılacak olup, ölçeklerden elde edilecek niceliksel veriler hakkında size geribildirim yapılacaktır.

HER TÜRLÜ SORUNUZLA İLGİLİ İLETİŞİM KURULABİLECEĞİNİZ SORUMLU KİŞİLER:

Sorumlu Araştırmacı:

Ramazan SARI (Hemşire & Yüksek Lisans Öğrencisi,..... ,

YENİ BİLGİLER ÇALIşMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler size derhal iletilecektir.

GÖNÜLLÜ KATILIM BEYANI

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi veya katıldıktan sonra istediğim zaman ayrılma hakkımın hiçbir sorumluluk almadan var olduğunu biliyorum. Bu durumun, sağlık kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeyeceğinin bilincindeyim. Çalışmadan her hangi bir zamanda ayrılırsam, ayrılma nedenlerimi, ayrılışımın sonuçlarını ve izleyen dönemde alacağım tedavileri doktorumla birlikte değerlendireceğim.

ÇALIşMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki tüm açıklamaları doktorumla ayrıntılı olarak görüştüm ve kendisi tedavim hakkındaki bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı hiçbir baskı altında olmadan kabul ediyor ve bu olur belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onayın, yasal haklarımı koruyan hiçbir mevzuat hükmünü geçersiz kılmadığını biliyorum. Doktorum, saklamam için bu belgenin bir kopyasını ve çalışma sırasında dikkat edeceğim hususları içeren belgeyi bana teslim etmiştir.

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Varsa

Veli/Vasinin Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Açıklamaları yapan

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza: