



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTALARIN KORONER ANJİYOĞRAFI ÖNCESİ KAYGI
DÜZEYLERİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

ECE NUR GÖREN

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019-LEFKOŞA



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTALARIN KORONER ANJİYOĞRAFI ÖNCESİ KAYGI
DÜZEYLERİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

ECE NUR GÖREN

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. HATİCE BOSTANOĞLU

2019-LEFKOŞA

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ece Nur GÖREN

İmza

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım boyunca yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, tecrübelerinden faydalandığım, değerli danışman hocam Prof. Dr. Hatice BOSTANOĞLU'na, tezimin istatistiksel analizlerinde Araştırmanın istatistiksel değerlendirmesinde danışmanlığını aldığım Sayın Sedat YÜCE'ye, araştırmanın yürütülmesine izin veren Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'ne her zaman yanımda olan, maddi ve manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan çok değerli annem Sebile, babam Veli Önder GÖREN' ve Yakın Doğu Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hamza DUYGU olmak üzere verilerin toplanması aşamasında destek olan Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi 4 Doğu servisi hemşireleri ve değerli çalışanlarına, çalışma sürecinde yanımda olup desteklerini esirgemeyen Lucian Doğa ÇETİNKANAT' a ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara teşekkürü bir borç bilirim.

Ece Nur GÖREN

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ	vi
EKLER	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ	3
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Soruları	6
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.Koroner Arter Hastalığı	7
2.2.Koroner Arter Hastalığının Klinik Şekilleri	8
2.2.1.Angina Pektoris (AP):	8
2.2.2. Akut Koroner Sendrom (AKS):	9
2.3. Koroner Arter Hastalığı Tanı Yöntemleri	10
2.3.1. Laboratuvar testleri:	10
2.3.2. Grafik Yöntemler	11
2.3.3. Nükleer Kardiyolojik Yöntemler	12
2.4. Koroner Anjiyografi (KAG)	13
2.4.1.Femoral Arter Girişim Yolu	14
2.4.2.Radial Arter Girişim Yolu	15
2.4.3.Koroner Anjiyografinin Endikasyonları:	17
2.4.4.Koroner Anjiyografinin Kontrendikasyonları:	18
2.4.5.Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları	19
2.5.Kaygı (Anksiyete)	19
2.5.1.Objektif/Gerçeklik Kaygısı	20
2.5.2.Törel Kaygı	20

2.5.3.Nevrotik Kaygı	21
2.5.3.1.Durumluk Kaygı	21
2.5.3.2.Sürekli Kaygı	22
2.5.4.Kaygı Düzeyleri	22
2.5.5.Kaygı (Anksiyete) Belirtileri	23
2.5.6.Koroner Anjiyografide Kaygı ve Kaygının Bedensel Yanıtı	24
2.5.7.Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirenin Sorumlulukları	25
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.4. Araştırma Örneklemine Katma Kriterleri	29
3.5. Araştırma Örneklemine Dışlama Kriterleri	30
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.6.1. Bağımlı Değişken	30
3.6.2. Bağımsız Değişken	30
3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması	30
3.8. Verilerin Toplanması	31
3.8.1. Veri Toplama Yöntemi	31
3.8.2. Veri Toplama Formları	31
3.8.2.1. Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu	31
3.8.2.2. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği	31
3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	33
3.10. Araştırmanın Etiği	33
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	35
5.TARTIŞMA	52
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	60
6.1.Sonuçlar	60
6.2.Öneriler	61
KAYNAKÇA	62

KISALTMALAR

ACTH: Adrenokortikotropik hormon

ADH: Antidiüretik hormon

AKS: Akut Koroner Sendrom

AP: Angina Pektoris

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

BT: Bilgisayarlı tomografi

DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKG: Elektrokardiyografi

KAG: Koroner Anjiyografi

KAH: Koroner Arter Hastalıkları

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein/ Low-Density Lipoprotein

Mİ: Miyokart İnfarktüsü

MPS: Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association / Kuzey Amerika
Hemşirelik Tanıları Birliği

Non-STEMİ: ST Elevasyonu Olmayan Miyokart İnfarktüsü

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

PTKA: Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti

SAP: Stable (Kararlı) Angina Pektoris

STEMİ: ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü

TEE: Transözefagal Ekokardiyografi

USAP: Unstable Angina Pektoris / Kararsız Angina Pektoris

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri	36
Tablo 4.2. Hastaların hastalıkları ile ilgili özellikleri	38
Tablo 4.3. Hastaların koroner anjiyografi ile ilgili özellikleri	39
Tablo 4.4. Hastaların KAG ile ilgili bilgi alma durumları	40
Tablo 4.5. Hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları	41
Tablo 4.6. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları	42
Tablo 4.7. Hastaların hastalık özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları	46
Tablo 4.8. Hastaların koroner anjiyografi ile ilgili özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları	48
Tablo 4.9. Hastaların KAG ile ilgili bilgi alma durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları	50

EKLER

EK 1: HASTA TANITICI ÖZELLİKLER FORMU	69
EK 2: Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği	73
EK 3: Yakın Doğu Ünivesitesi Etik Kurul İzni	75
EK 4: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği İzni	76
EK 5: Aydınlatılmış Onam Formu	77
EK 6: ÖZGEÇMİŞ	78

ÖZET

Gören E., Hastaların Koroner Anjiyografi Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2019.

Araştırma, hastaların koroner anjiyografi öncesi kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma, Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi Servisinde yapılmış olup araştırmanın örneklemini koroner anjiyografi yapılmasına karar verilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 114 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, tanımlayıcı özellikleri içeren hasta tanıtıcı özellikler formu ve Spielberger'in Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U, ve Kruskal- Wallis Testleri kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının $46,93 \pm 7,68$, sürekli kaygı puan ortalamasının $37,97 \pm 8,66$, olduğu saptanmıştır Hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının, cinsiyet, eğitim düzeyi, tanısını bilme durumu, KAH nedeniyle yatış yapan hastaların yatış sayısı, ailelerinde KAG yapılan birey olması, KAG nedeni, işleme saat kaçta alınacağını bilme durumlarından etkilendiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının ise cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, ailesinde KAH tanısı alan birey olması, daha önce KAH nedeniyle yatış yapmış olan hastaların yatış sayısı, bilgi alma zamanı, işleme saat kaçta alınacağını bilme durumu ve rahat uyuyabilme durumlarından etkilediği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda uygun önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Kaygı, hasta, hemşirelik bakımı, koroner arter hastalığı, koroner anjiyografi.

ABSTRACT

Gören, E., Determination of the Pre- Coronary Angiography Anxiety State and Influencing Factors, Near East University Institute of Healthcare Sciences, Nursing Program, Master's Degree Thesis, Lefkoşa, 2019

The research is definitive and cross-sectional, which aims to determine the pre-coronary angiography anxiety level of patients and its influencing factors. The study has been conducted in Near East University Hospital Cardiology and Cardiovascular Surgery Inpatient Ward between March to May 2019. The sample group was formed by 114 participants who were planned to undergo coronary angiography and agreed to participate in the research. The data collection of the study was performed by using patient descriptive information sheets and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) by Spielberger. The Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U, ve Kruskal- Wallis tests were conducted for the analysis of the obtained data. The average of State anxiety level of the participant patients within the study was found to be $46,93 \pm 7,68$ as the percentage of Trait anxiety level was $37,97 \pm 8,66$. A difference between average of state anxiety level and trait anxiety level were found statistically significant ($p < 0,05$). It was found that the percentage of the state anxiety level were affected by the conditions such as gender, educational level, knowledge of diagnosis, number of hospitalisation, presence of family members who underwent coronary angiography, reason of coronary angiography, knowledge of procedure time ($p < 0,05$). It was also noted that the average of the trait anxiety level were affected by the conditions such as gender, age, educational level, presence of family members who has been diagnosed with coronary artery disease, number of hospitalisation secondary to coronary artery disease of patients who were diagnosed before, time of receiving information, knowledge of procedure time and the ability to sleep well ($p < 0,05$). Relevant suggestions are made upon obtained data of the research.

Keywords: Concern, anxiety, nursery, coronary artery disease, coronary angiography.

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünyada ve ülkemizde kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yere sahiptir (Yeşil ve Altıok, 2012). Kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklı ölümler, gelişmiş ülkelerde azalırken Türkiye’de giderek artma eğilimi göstermektedir (TÜİK, 2015; Townsend ve ark., 2015; TCSB,2015). Dünyada, kardiyovasküler hastalık kaynaklı ölüm oranının 1990 ve 2020 yılları arasında, %28,9’dan %36,3’e yükseleceği belirtilmektedir (ESC, 2012).Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2012 yılı verilerine göre, dünyada, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara (BOH) bağlı ölümlerin %46,2’si (17, 5 milyon) KVH’a bağlı olduğu görülmektedir (WHO, 2012). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) yaptığı araştırma sonuçlarına göre, KVH kaynaklı ölümler; 2016 yılında %39.84, 2017 yılında %39,7 olup ölüm nedeni olarak birinci sırada yer almaktadır. 2020 yılına da KVH kaynaklı ölüm nedeni olarak birinci sırada yer alacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2017). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Başbakanlık Devlet Planlama Örgütü İstatistik ve Araştırma Dairesi 2016 verilerine göre; KVH’a bağlı ölümler; 2012 yılında %48.4, 2013’te %55.2, 2014’te %49.3, 2015’te %52,2 olup ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (<http://www.devplan.org>. Erişim tarihi: 7 Aralık 2018).

KVH içerisinde, Koroner Arter Hastalıkları (KAH), birinci sırada yer almaktadır (ESC, 2012). Her yıl Avrupa’da 4 milyon kişi KAH nedeniyle ölmekte, bu sayı erişkin ölümlerinin %45’ini oluşturmaktadır (Townsend ve ark., 2015). Türkiye’de yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması sonuçlarına 1990-2014 yılları arasında göre, ülkemizde 45-74 yaş arası KAH kökenli ölümler, erkeklerde yılda %16.4, kadınlarda %9.7 ile Avrupa’da en yüksek oranlar arasındadır. (Onat ve ark., 2015). TEK HARF çalışmasının 2012 verilerine göre, KAH kaynaklı ölüm nedeni insidansı yıllık binde 6.6 olarak saptanmıştır (Onat ve ark., 2013). DSÖ’ ye göre; 2030 yılında, KAH’a bağlı ölümlerin 22,2 milyon olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2016). TEK HARF çalışması 2017 verilerine göre ise; Türkiye’de yaklaşık 3,5 milyon koroner kalp hastasının yaşadığı ve yılda %4 arttığı belirtilmektedir (Onat ve ark., 2013).

Yapılan literatür taramasında, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde KAH ile ilgili istatistiki verilere ulaşılamamıştır.

KAH'nın değerlendirilmesinde ve tanılanmasında çeşitli tanı testleri uygulanmakta ve ilk aşamada invaziv olmayan kardiyografik incelemeler (Elektrokardiyografi (EKG), Eforlu EKG, Miyokard Sintigrafisi, EKO vb.) tercih edilmektedir (Gökgündüz, 2005; Onat ve ark., 2013). Tüm bu tanı yöntemlerinin yanında; invaziv bir yöntem olan koroner anjiyografi (KAG) kullanılmaktadır (Gökgündüz, 2005; Yeşil ve Altıok, 2012; ESC, 2012). KAG, kalp hastalıklarının değerlendirilmesinde kullanılan standart invaziv bir işlemdir. Bu nedenle, günümüzde, kalp hastalıklarının tanılanmasında, giderek artan sayıda hastaya, KAG işlemi yapılmaktadır (Yılmaz ve ark., 2012; Ekiz ve Göz, 2004).

Koroner anjiyografi; koroner damarların anatomisinin görüntülenmesi, koroner arterlerde tıkalıcı lezyonların varlığının, lokalizasyonlarının, arterlerin tıkanma derecelerinin belirlenmesi, prognozu ve tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan; femoral ve radial artere kontrast madde verilerek, görüntü elde edilmesi işlemidir (Demir, 2013; Öztürk, 2004). Koroner anjiyografi sırasında aynı zamanda, perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTKA) yapılabilen ve stent de yerleştirilebilmektedir (Demir, 2013; Öztürk, 2004; Gökgündüz, 2005; Yeşil ve Altıok, 2012).

İnvaziv girişimlerin çoğunda işlem öncesi çeşitli nedenlerle hastalarda kaygı görülebilmektedir (Demir, 2013; Öztürk, 2004)., sırasında kalp gibi yaşamsal önemi yüksek olan bir organın görüntülenmesinde kullanılan invazif tanılama yöntemi olan koroner anjiyografi işlemine bağlı çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir. Koroner anjiyografi nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar; hastane ortamına yabancı olması, tanımadığı kişilerle iletişim kurma güçlüğü, sağlık personelinin tıbbi terimleri kullanması, bilinmeyen aletlerin kullanılması, tanıdık olmayan prosedür ve çevre, bilgi eksikliği ve koroner anjiyografiye ilişkin geçmiş deneyimleri, uygulanan tanı ve tedavi işlemleri ve işlem sonrası bypass ameliyatı önerilme olasılığı nedenleriyle ölüm korkusu ve buna bağlı kaygı yaşayabilmektedirler (Ekiz ve Göz, 2004; Demir, 2013). Gelişen teknoloji ile birlikte koroner anjiyografi işlemini uygulayan ekibin ve kullandıkları ekipmanların gelişmesi, invaziv bir işlem olan koroner anjiyografinin hastada oluşturduğu kaygı düzeyinin düşürülmesinde

yeterli olmamıştır (Ekiz ve Güz, 2004). Koroner anjiyografi, kısa süren bir işlem olmasına karşın hastalar üzerinde olumsuz duygular yaratabilmektedir (Öztürk, 2004).

Speilberger ve arkadaşlarına göre bireylerde yaşanan kaygı, durumluk ve sürekli kaygı şeklinde görülmektedir. Durumluk kaygı; bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği sübjektif bir kaygıdır. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireylerde, huzursuzluk duygularını ortaya çıkartır. İşlem öncesi, bireylerde, durumluk kaygı seviyesi sürekli kaygı seviyesine göre içinde bulunduğu durumdan dolayı daha yüksektir. Sürekli kaygı ise; bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Kişiler içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılar ya da stres olarak yorumlama eğiliminde bulunur (Spielberger, 1972).

Kaygı erken dönemde fark edilerek kontrol altına alınmadığında, taşikardi, kan basıncında yükselme, solunum hız ve derinliğinde artışa neden olarak, yapılacak işlemin ertelenmesine veya işlem sonrası kanama ve şiddetli ağrı gibi birtakım komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (Yel, 2009). Hastanın kaygısını gidermede amaç; etkin başa çıkma yöntemlerini geliştirerek, relaksasyon yöntemlerini etkin olarak kullanarak, kaygının azaldığını ifade etmesini sağlamaktır (Doğan ve Şenturan, 2012). Kaygı North American Nursing Diagnosis Association / Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) hemşirelik tanıları arasında yer almakta olup, hemşirelere, bireylerin kaygı düzeylerini saptama ve müdahale etmede önemli sorumluluklar düşmektedir (<https://www.nanda.org/> Erişim Tarihi: 22 Kasım 2019).

Literatürde, hemşirelerin hastayı ayrıntılı olarak değerlendirmesinin ve kaygının uygun hemşirelik müdahaleleri ile kontrol altına alınmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Ekinci ve Okanlı, 2010; Akdemir ve Birol, 2005). Anjiyografi işleminde oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve işlemin etkin olarak yapılabilmesi için hemşirenin işlem öncesi ve sonrası yapacağı uygulamalar önem taşımaktadır. Sağlık ekibinin vazgeçilmez üyesi olan hemşirelerin, koroner anjiyografi yapılacak bireylerin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemede, değerlendirmede ve azaltmada, etkili ve yeterli hizmeti verebilmede önemli rolleri vardır (Ekinci ve Okanlı, 2010; Akdemir ve Birol, 2005; Doğan ve Şenturan, 2012).

Yapılan literatür taramasında KKTC’de bu konu ile ilgili çalışmaya rastlanmamış olup, bu çalışmadan elde edilen verilerin, hemşirelere hastaların koroner anjiyografi öncesi kaygı düzeylerini azaltmada yapacakları planlama ve girişimlere yol göstereceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hastaların koroner anjiyografi öncesi kaygı düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Koroner anjiyografi öncesi hastaların durumluk kaygı düzeyi nedir?
2. Koroner anjiyografi öncesi hastaların sürekli kaygı düzeyi nedir?
3. Koroner anjiyografi öncesi hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?
4. Koroner anjiyografi olacak olan hastaların tanıtıcı özellikleri kaygı düzeylerini etkiler mi?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Koroner Arter Hastalığı

Günümüzde, koroner arter hastalığı (KAH) terimi sıklıkla kullanılmakla birlikte aterosklerotik kalp hastalıkları, koroner aterosklerotik kalp hastalıkları, iskemik kalp hastalıkları, koroner kalp hastalıkları terimleri de kullanılmaktadır (Ekiz ve Göz, 2004; Türker, 2015; Durademir,1993; Çürük ve ark., 2018; Yeşil ve Altıok, 2012).

DSÖ göre, KAH, birden fazla genin ve çevresel faktörlerin patogeneizde rol oynadığı, gen çevre etkileşimlerinin olduğu, multifaktöriyel, kalıtsal bir hastalıktır. KAH, koroner damar duvarında yer alan intima tabakasının ateroskleroza bağlı çapının kalınlaşması ve daralması sonucu esnekliğini kaybetmesi ile damardan geçen kan miktarının azalması nedeniyle oluşan, genellikle orta ve ileri yaştaki bireylerde yaşam kalitesini etkileyen kronik bir hastalıktır (WHO, 2015). Ateroskleroz, kanda dolaşan başta, Düşük yoğunluklu lipoprotein (Low-Density Lipoprotein LDL) olmak üzere, lipoprotein parçacıklarının intima tabakasında birikmesi, okside olması ve okside LDL kolesterolün tetiklediği sitokinlerin, büyüme faktörlerin salgılanmasıyla başlayan monosit, makrofaj, T lenfosit, düz kas hücresi, fibroblast vb. hücrelerin de rol oynadığı kronik inflamatuvar, fibroproliferatif bir damar hastalığıdır. Başlangıçta, intima tabakasına lipidler ve inflamatuvar hücreler infiltre olur ve olayın ilerlemesi ile birlikte damar duvarında değişik derecelerde fibrozis gelişerek aterosklerotik plak oluşur (Guyton, 2013; WHO; 2016). Aterosklerotik plak, arteri, fiziksel olarak tıkayarak veya anormal arter tonusu ve fonksiyonuna neden olarak, miyokarda olan kan akımını azaltır. Yeterli kan akımı olmadığında, miyokard, oksijensiz kalır ve hipoksi meydana gelir (Guyton, 2013). Bu tip iskemi/hipoksi atakları göğüs ağrısı ile ilişkili anjina pektoris ve miyokardın oksijensiz kalmasına bağlı kalbin pompalanması için gerekli kan akım miktarının karşılanmamasıyla Miyokard İnfarktüsü (MI) görülmesine neden olmaktadır (Guyton, 2013).

2.2.Koroner Arter Hastalığının Klinik Şekilleri

Koroner arter hastalığının klinik şekilleri Angina Pektoris (AP) ve Akut Koroner Sendrom (AKS) olarak 2'ye ayrılmaktadır (Marden, 2003).

2.2.1.Angina Pektoris (AP):

Miyokardın oksijen ihtiyacındaki dengesizlik sonucu meydana gelen miyokard iskemisine bağlı oluşan göğüs ağrısına angina pektoris denir. Angina pektoris, göğüs ve çevresinde rahatsızlık hissi şeklinde hissedilir. Göğüsteki rahatsızlık; ezilme, sıkıştırma, baskı şeklinde tarif edilmektedir. Anginaya ile birlikte endişe ve boğulma hissi de eşlik edebilir. Angina genellikle sternumun arkasına, sırta, çeneye, sol kola, sağ kola, boyuna, epigastriyuma yayılır ve kararlı (stabil) angina olarak kendisini gösterir (<https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/47429.htm?wbnum=1304> Erişim Tarihi: 04 Nisan 2019).

Kararlı (Stable) Angina Pektoris (SAP):

Kararlı angina pektoris (SAP), dünya çapında yaklaşık olarak 54 milyon kişinin etkilenmesine sebep olan KAH'nın en sık görülen şeklidir (Marden, 2003). SAP, sık karşılaşılan ve bazen yeti kaybına neden olan, egzersiz veya stres ile ortaya çıkan ve istirahat ya da nitratla rahatlayan, göğüs, çene, omuz, sırt ya da kollarda ağrı hissedilen klinik bir durum olarak kabul edilmektedir (Marden, 2003; <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/47429.htm?wbnum=1304> Erişim Tarihi: 04 Nisan 2019). SAP, miyokardın oksijen ihtiyacının yükselmesine bağlı olarak artar ve istirahat halinde azalır. Bireyler, semptomları, sol ya da her iki kola, bileğe, boyuna, çeneye sırta yayılan ağrı, sıkıntı ve boğulma ya da basınç artışı hissi olarak tarif ederler (Marden, 2003; Alpine,1975; Öztürk ve Sivrioğlu, 2013; Balcı, 2012).

Bu özelliklerin hepsini taşıyorsa tipik anginadan söz edilir. Eğer ikisini taşıyorsa atipik angina; sadece birini ya da hiçbirini taşımıyor ise non-kardiyak göğüs ağrısı olarak değerlendirilir (Balcı, 2012).

2.2.2. Akut Koroner Sendrom (AKS):

Akut koroner sendrom (AKS), koroner arterlerde oluşan tromboz, emboli ve koroner arter damarlarının daralmaları sonucunda ortaya çıkan akut miyokard iskemisine bağlı gelişmektedir (Balcı, 2012).

Akut koroner sendromlar; miyokart infarktüsü (Mİ), kararsız angina pektoris (Unstable Angina Pectoris, USAP), ST elevasyonlu miyokard infarktüsü (STEMİ), ST elevasyonu olmayan miyokart infarktüsü (Non-STEMİ) den oluşan klinik tablolardır (Balcı, 2012).

Miyokard İnfarktüsü (Mİ): Koroner arterlerin tıkanması ya da daralması sonucu miyokarda oluşan iskemi nedeni ile meydana gelen geri dönüşümsüz kalp kasında nekroz oluşmasına “Miyokard İnfarktüsü” denir (Marden, 2003; Alpine,1975; Öztürk ve Sivrioğlu, 2013).

Kararsız Angina Pectoris (Unstable angina pectoris, USAP): USAP; uzun süreli, şiddetli, sık ve daha az eforla gelişen, ilerleyici (kreşendo) tarzda seyreden, istirahatte de görülebilen, infarktüs geçiren kişilerde infarktüs sonrası 1 ay içinde oluşan anginadır (Marden, 2003). USAP ve Non-STEMİ birbiriyle patogenez ve klinik açısından benzerlik gösterdiği için karıştırılmaktadır. Fakat Non-STEMİ’de iskeminin şiddeti, yaygınlığı, süresi USAP’a göre fazladır ve miyokart hasarı ile sonuçlanır (Öztürk ve Sivrioğlu, 2013). Bireylerde görülen klinik bulgular, etkilenen miyokard dokusunun bölgesine ve genişliğine göre değişmektedir (Marden, 2003; Alpine,1975; Öztürk ve Sivrioğlu, 2013; Balcı, 2012).

ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü (STEMİ): ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü (STEMİ) ,koroner arterlerde obstrüksiyona yol açan trombüs sonucu gelişen miyokard nekroz oluşur. Koroner arterlerde akut total tıkanık olmaktadır. Koroner arterin tam tıkanmasından 15–30 dakika sonra miyokardın nekrozu gelişmeye başlamakta ve reperfüzyon açısından bu zaman aralığında yapılan müdahaleyle infarktüs gelişimi önlenmektedir (Marden, 2003; Alpine,1975).

ST Elevasyonu Olmayan Miyokart İnfarktüsü (Non-STEMİ): AKS olan, fakat dirençli ST elevasyonu olmayan durumlar, Q dalgasız MI olarak adlandırılır. Non-STEMİ’de tromboz görülür fakat total tıkanıklığa yol açmamaktadır. Non-STEMİ da koroner arterlerin tıkanma süresi uzun ve kardiyak enzimler [troponin ve/veya kreatinin kinaz (CK-MB)] seviyesi yüksek ve göğüs ağrısı mevcuttur (Marden, 2003; Alpine,1975).

2.3. Koroner Arter Hastalığı Tanı Yöntemleri

KAH ‘da tanı koymada iyi bir öykü almanın yanında laboratuvar testleri, grafik ve nükleer kardiyolojik yöntemler önemli bir rol oynamaktadır.

2.3.1. Laboratuvar testleri:

KAH’da yapılan laboratuvar testleri; hastalığın risk faktörlerini, prognozu belirlemek ve oluşabilecek iskemiye saptamak için kullanılmaktadır (Haverkate ve ark., 1997). Kardiyak Enzimler hücrede bulunan ve kimyasal reaksiyonlarda ve metabolik aktiviteleri düzenlenmesinde görev alan özel yapıdaki proteinlerdir. Kardiyak enzimler miyokartta meydana gelebilecek hasarı önlemede görevlidir (Horne ve ark., 2005). KAH’da tanı koymada en çok kullanılan kardiyak enzimler; Kreatin fosfokinaz (CK) ve Troponin-I’dir. Bu yüzden tüm hastalara serum kreatinin düzeyi, serum elektrolit değerleri, kreatinin kinaz miyokardiyal bandı (CK MB), troponin-I, hemoglobin, beyaz küre sayısı ve diğer iskemi ile uyumlu olabilecek rutin testler çalışılmalıdır (Haverkate ve ark., 2005).

Serum Elektrolit Değerleri: KAH’nın değerlendirilmesinde hayati önem taşıyan sodyum (Na^{+1}), potasyum (K^{+1}), kalsiyum (Ca^{+2}), ve magnezyum (Mg^{+2}) gibi elektrolitlerin düzeyleri kalbin çalışması ve damar içeriği açısından önemli bir yere sahiptir (Türker, 2015; Erdil ve Elbaş, 2008).

Kreatin fosfokinaz (CK): Kreatin fosfokinaz (CK), kas metabolizmasında ATP aracılığıyla kreatinin fosforilasyonunu geri dönüşümlü olarak katalizleyen bir enzimdir. CK üç izoform şeklinde bulunur. Bunlar; CK-BB (CK-1) beyin, bağırsak,

rahim ve böbreklerde, CK-MB (CK-2) kalp kasında, CK-MM (CK-3) iskelet kasında bulunur. CK-MB kardiyak hasarda yükseklir. CK ve CK-MB, AMI'de, göğüs ağrısını takiben 3-8 saat içinde plazmada yükselmeye başlar ve tepe değerlerine 10-24 saatte ulaşır. CK, AMI tanısı için ayırıcı bir parametre olarak kullanılmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2008; Guyton, 2013).

Troponin I: Troponin iskelet kası ve kalp miyositlerinde tropomiyozin ile birlikte bulunan yapısal proteindir. MI'de, ağrının başlamasından sonra 2-6 saat içinde kanda troponin seviyesi artar, 4. ve 8. saatlerde duyarlılık ve özgüllük %93-100'e yükselir ve tepe düzeylerine, 12 -24 saatte ulaşır. MI'nin erken ve geç dönem tanısında ayırıcı bir parametre olarak kullanılır (Erdil ve Elbaş, 2008).

Hemoglobin (Tam Kan Sayımı-CBC): kanındaki oksijen miktarının azaldığı ve doku nekrozunda artış olduğu görülen durumlarda, CBC ve kanın şekilli elemanlarında artış olmaktadır (Türker, 2015).

Serum Lipitleri: Kolesterol, trigliseritler ve lipoproteinler lipit profili kapsamında ele alınır (Türker, 2015). Lipit osmoleritesinin artmasının, aterosklerozun oluşmasına böylece morbidite ve mortaliteye neden olduğu gösterilmiştir (Akdemir ve Birol, 2005; Erdil ve Elbaş, 2008).

Kan- Üre-Nitrojen (BUN): Protein metabolizmasının son ürünü olan üre, kardiyak outputun azalmasına bağlı olarak glomerül filtrasyon hızının düşmesi sonucunda artış gösterir (Türker, 2015).

2.3.2. Grafik Yöntemler

Akciğer Grafisi: KAH'a eşlik eden Pulmoner konjesyon şüphesi olan bireylerde göğüs ağrısını nedenini kardiyak ağrıdan ayırt etmek amacıyla Akciğer Grafisi çekilmektedir (Akdemir ve Birol 2005; Erdil ve Elbaş, 2008).

Elektrokardiyografi (EKG): EKG, KAH tanısında en sık kullanılan ve kalbin elektriksel aktivitesinin, elektrotlar aracılığı ile vücut yüzeyinden kaydedildiği bir tanı yöntemidir (Türker, 2015; Zümrütdal, 2013; Demir ve ark., 2014).

Holter: Holter, genellikle 24- 48 saatlik sürelerde, EKG bilgilerinin kaydedildiği, bir tanı yöntemidir. Taşınabilir olması nedeniyle, bireyler, hastaneye yatmalarına gerek kalmadan EKG izlemine tabii tutulabilirler. Bu izlem sırasında en yüksek, en düşük ve

ortalama kalp hızları, supraventriküler ve ventriküler aritmiler, miyokard iskemisi bulguları saptanabilir (Akdemir ve Birol 2005; Erdil ve Elbaş, 2008).

Ekokardiyografi: Ekokardiyografi; kalbin boşluklarını, kalp kapaklarını, kalp kasını ve septumlarını fonksiyonel olarak değerlendirilmesi için yaygın olarak kullanılan noninvaziv bir yöntemdir (Erdil ve Elbaş, 2008). Ekokardiyografide temel prensipi ultrason (yüksek frekanslı ses) tekniğidir.

(Abrahamov ve ark., 2006; Akdemir ve Birol 2005; Erdil ve Elbaş, 2008).

Transözefagal Ekokardiyografi (TEE): TEE yöntemi; ucunda ultrason transdüseri bulunan bir endoskobun hastanın özofagusuna yerleştirilerek, kalp yapılarının incelenmesini sağlayan yarı invaziv bir yöntemdir (Özkan ve ark.,2007; Thomson, 2005; Thomas, 2005; Akdemir ve Birol, 2005).

Eforlu EKG (Egzersiz Stres Testi):Eforlu EKG; yürüme bandı eşliğinde ya da bisiklet pedalı çevirterek uygulanan, efordan sonra EKG çekilmesi işlemidir. Test, kalp hızı ve kan basıncı yanıtı gibi tanısal öneme sahip parametreler hakkında bilgi sağlar (Gök, 2002; Onat, 1999; Erdil ve Elbaş, 2008; Türker, 2015).

2.3.3. Nükleer Kardiyolojik Yöntemler

Nükleer kardiyolojik yöntemler; KAH tanısının saptanması, miyokardın incelemesinde tanımlayıcı olarak kullanılan, intravenöz yolla verilen ve ışımaya yapan radyo-farositik ajanların (Talyum-201, Teknesyum-99m tetrafosmin Teknesyum-99m sestamibi) miyokardın tutulması ve tomografi ile tespit edilmesi prensibine dayanan tanı yöntemleridir (Thomas, 2005). Nükleer kardiyolojide en çok kullanılan yöntemler, miyokard perfüzyon sintigrafisi (MPS), Manyetik rezonans görüntüleme (MRG),kardiyak/koroner bilgisayarlı tomografi (BT) , pozitron emisyon tomografisi (PET) ve koroner anjiyografi (KAG) dir (Thomas, 2005; Compeau, 1989).

Miyokarda Perfüzyon Sintigrafisi (MPS): Tanı koymadaki duyarlılığı % 90'ın üzerindedir (Oto ve ark., 2007; Kültürsay, 2002).MPS, ayrıca koroner anjiyografi yapılmış olan hastalardaki sınırdaki lezyonların (%50-70 arası darlıklarda) ciddiyetinin belirlenmesi ve sonuca göre perkütan koroner girişime yönlendirilmesinde ve perkütan koroner işlem yapılacak damarın seçiminde kullanılmaktadır (Ede ve ark., 2015; Dostbil ve ark., 2010).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): Kardiyovasküler manyetik rezonans görüntüleme, kardiyak kitleler, miyokardiyal iskemi veya infarktüs, kardiyomiyopatiler, aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisi (ARVC), kapak hastalığı, koroner arter hastalığı, perikart hastalığı ve kompleks konjenital anomaliler gibi doğumsal ve edinsel kalp hastalıklarının değerlendirilmesinde kullanılır (Ede ve ark., 2015; Dostbil ve ark., 2010).

Kardiyak/Koroner Bilgisayarlı Tomografi (BT): BT kalbin yapısını ve fonksiyonunu değerlendirebilen bir görüntüleme yöntemidir. Son yıllarda gelişen daha hızlı tarama ve artmış rezolüsyon sağlayan teknikler sayesinde daha sık kullanılır hale gelmiştir (Ede ve ark., 2015; Dostbil ve ark., 2010; Kültürsay, 2002).

Pozitron Emisyon Tomografisi (PET): PET; Miyokard canlılığının değerlendirilmesini ve kan akımının görüntülenmesini sağlar (Dostbil ve ark., 2010). Miyokard perfüzyonunun değerlendirilmesi amacıyla kullanılan PET ajanlarının pahalı ve yarı ömürlerinin kısa olması nedeniyle yaygın olarak kullanılmamaktadır (Ede ve ark., 2015).

2.4. Koroner Anjiyografi (KAG)

Nükleer kardiyolojik yöntemler içerisinde yer alan Koroner Anjiyografi (KAG), koroner arterlerin anatomik yapısı hakkında bilgi vermektedir (Türker,2015; Kültürsay, 2002). Koroner anjiyografi, Oto ve ark.'nın bildirdiğine göre ilk kez 1958 yılında Mason Sones tarafından yapılmıştır. Bu tarihe kadar, koroner arterlerin görülmeyecek kadar küçük ve hassas oldukları kabul edilmekte ve koroner arter içerisine opak madde verilmesinin hastanın ölümüne neden olacağı düşünülmektedir (Oto ve ark. 2007). KAG, Radial ya da femoral arterden yerleştirilen kateterin koroner artere ilerletilmesi ve kateter içerisinden verilen radyopak madde ile x-ray altında yapılan radyografik görüntüleme yöntemidir (Ağçal ve Tanrıverdi, 2003; Demir ve ark., 2014; Yeşil, 2011; Özkan, 2013; Cox ve ark., 2004).

Koroner anjiyografi; koroner arter anatomisinin değerlendirilmesi ve koroner arterlerdeki aterosklerotik alanların görüntülenmesi, amacıyla kullanılan edilen temel yöntemdir (Çürük ve ark., 2018). KAG işlemi sırasında, koroner arterlerde önemli darlık ve / veya tıkanıklık görüldüğünde, aynı seansta veya daha sonra perkütan

transluminal koroner anjiyoplasti (PTKA) stent implantasyonu, lazer anjiyoplasti, brakiterapi vb. girişimsel yöntemler yapılabilmektedir (Çürük ve ark.,2018; Mavili ve Şenol, 2015). MI sonrası ilk saatlerinde yapılan girişimsel yöntemler sağ kalımı arttırmakta, miyokard hasarı oluşmasını engellemekte ve yaşam kalitesini artmaktadır (Çürük ve ark. 2018; Türker, 2015). Koroner anjiyografi işleminde femoral, brakial ve radial arterler girişim yolu olarak kullanılabilirle beraber; femoral arter ve radial arter genel olarak en çok tercih edilen yoldur.

2.4.1.Femoral Arter Girişim Yolu

1967 yılında Judkins tarafından femoral arter girişim yolu ile koroner arter anjiyografisi yapılmıştır (Mavili ve Şenol, 2015). Femoral arter(Judkins yöntemi) girişim yoluna deneyimli olunması, büyük arter çapına sahip olduğu için manüplasyonunun kolay olması, radial arter girişim için gerekli olan 6F ve daha küçük çapla uyumlu ekipmanların rutin olarak bulunmaması, tekrarlı girişimlere olanak sağlaması gibi avantajları nedeniyle femoral arter girişim yolu kullanılmaya devam edilmektedir (Louvard ve ark., 2004). Femoral arter girişim yolunun avantajları olsa da; uzun süre sırt üstü yatma, sırt ağrısı, işlem sonrası kanama kontrolü için kum torbası yöntemi, damarsal kapama cihazları, baskı cihazları ve pnömotik kompresyon cihazı (Close Pad) kullanma zorunluluğunun bulunması, ürinal retansiyon gibi dezavantajları bulunmaktadır (Mavili ve Şenol, 2015).

Femoral yolla yapılan girişimlerde hematoma, retroperitoneal kanama, yalancı anevrizma, arteriyel oklüzyon ve artriyoovenöz fistül, enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülmektedir (Louvard ve ark., 2002). Bu komplikasyonlar artmış mortalite, morbidite ve hastane giderleriyle ilişkilidir (Yiğit ve ark., 2006). Femoral bölgeden nabız alınamadığında, femoral greft varlığında, femoral bölgede radyoterapi ve ya cerrahi girişim varlığında, aşırı inguinal skar dokusu bulunduğunda, ciddi obezite, sırt üstü yatması problem ve önceden bilinen abdominal aort anevrizması bulunan hastalarda kontrendikedir (Taçoş ve Timurkaynak, 2014; Candan ve Oral, 2002; Nişancı, 2005).

Bitargil ve ark. (2014) yapmış oldukları “Koroner Anjiyografi Sonucu Gelişen Vasküler Komplikasyonlara Yaklaşımlarımız” adlı araştırmada, femoral anjiyografi

yapılan ve vasküler komplikasyon gelişen 75 hastanın fizik muayenelerinde, 52 hastada femoral bölgedeki girişim yerinde şişlik (23 hematoma, 7 cerrahi olarak müdahale edilen psödoanevrizma, 22 Renkli Doppler Ultrasonografi(RDUS) ile kompresyon tedavisi uygulanan psödoanevrizma), 21 hastada girişim yerinde sızıntı tarzında kanama, 1 hastada nabızsızlık ve ekstremitede soğukluk ve solukluk, 1 hastada ekstremitede çap artışı ve Homans pozitifliği (DVT hastası) saptanmıştır (Birtagil ve ark.,2014).

2.4.2.Radial Arter Girişim Yolu

İlk radial arter girişim yolu 1989'da Campeau tarafından kullanılmıştır (Campeau, 1989). İlk radial perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTKA) ve radial koroner stent uygulanması 1993'de Kiemeneij ve Laarman tarafından yapılmıştır (Kiemeneij ve Laarman, 1993). Radial arter girişim yolu ile koroner anjiyografi, 1989 yılından beri femoral arter girişime alternatif olarak kullanılmaya başlanmıştır (Mavili ve Şenol, 2015). İlk dönemlerde MI ile gelen hastalara radial girişim yolu kullanılmasından kaçınılmıştır. Fakat son dönemde yapılan çalışmalarda radial girişim yolunun güvenli olduğu ve başarılı sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir (Louvard ve ark., 2002). Ayrıca yoğun antikoagülan kullanan bireyler içinde radial girişim yolu kullanılmasının femoral girişim yolu kullanılması ile görülebilecek olan kanama komplikasyonlarının azaltması nedeniyle tercih edilmektedir (Louvard ve ark., 2002; Cox ve ark.,2004).

Radial arter girişim yolu kullanımı, teknolojik gelişmelere paralel olarak 6F uyumlu hatta daha küçük çaplı donanımların sayısının giderek artması, işlem sonrası görülen komplikasyonların sayısının giderek azalması, hasta konforu, hastanede yatış ve takip süresinin kısa olması, sağlık personelinin iş yükünde azalma sağlama femoral arter girişim yapılabilmesini engelleyecek kalça ve lumbal bölgede ortopedik problem olması gibi avantajları nedeni ile radial arter girişim tercih edilir hale gelmiştir (Ziakas ve ark., 2003; Louvard ve ark., 2002). Radial arter girişim yolunun, hazırlık ve daha fazla dikkat gerektirdiği için femoral arter girişim yoluna göre ortalama 5-10 dakika daha uzun sürmesi, damar anatomisi ve spazm nedeniyle teknik zorluk ve işlem tekrarlarıyla karşılaşmak gibi hekimin radyasyona maruz kalma miktarının anjiyo süresine bağlı olarak daha yüksek olması, bypass'lı hastalarda damarlara ulaşma

zorluğu, kullanılan malzemelerin boyutları daha ince ve narin olduğu için maliyetinin yüksek olması gibi dezavantajları bulunmaktadır (Cox ve ark., 2004; Louvard ve ark., 2002).

Radial girişimin güvenli olması ve başarılı sonuçlar elde edilmesine rağmen; akut el iskemisine ve buna bağlı majör sekellere yol açabilen iyatrojenik radyal arter perforasyonu, subklinik serebral mikroemboli ve giriş yerinde psödoanevrizma, arteriovenöz fistül, tekrarlayan iğne girişimlerine bağlı damar spazmı, kateterizasyon süresinin uzaması, yüksek kılıf/arter oranı, yetersiz heparin dozu, uzun kılıf ve uzayan kompresyon süresine bağlı radial oklüzyon (tıkanıklık), hematoma gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Mavili ve Şenol, 2015; Akkufl ve ark., 2004).

Radial arter girişimin yaygınlaşması ile nörolojik komplikasyonlar sonrası iskemik olayların [global iskemi (hipoksikiskemik ensefalopati)], fokal iskemi ve hemisferik, oksipital veya beyin sapı infarktları] azaldığı görülmüştür (Türker, 2015). Radial arter girişim yolu ne kadar güvenli olduğu görülse de bazı durumlarda (patolojik Allen testi olan hastalar, bozuk oksimetri testi gösterilen hastalar, intraaortik balon pompası gerektiren hastalar, 7F ve daha küçük kılıflar ile uyumlu olmayan ekipman kullanılması gerekli olan hastalar, üst ekstremité vasküler hastalığı olan daha önce hemodiyaliz için fistül açılan veya fistül açılma ihtimali bulunan hastalar, ileri derecede vasküler tortüyoze, vasküler anomali, Burger ya da ve Raynaud bulunan ve radial arteri koroner arter bypass greftleme için kullanılacak olan hastalar) kontrendikedir (Türker, 2015). Bu durumlarda radial girişim yerine femoral girişim tercih edilmelidir.

Agostoni ve ark.(2004)’’ Perkütan koroner tanı ve girişimsel prosedürler için radial ve femoral yaklaşım; Sistemik genel bakış ve randomize çalışmaların meta-analizi’’ Sonucuna göre; femoral arter girişimleri sonrası majör kanama riski %2,3 iken, radial arter girişimleri sonrası bu risk %0,05 civarında bulunmuş olup, radial arter yüzeysel ve daha kolay manipüle olması nedenine bağlanmıştır(Agostoni ve ark., 2004).Campeau, (1989) yaptığı çalışmada 100 hastanın 22’sinde radial nabzında azalma bir hastanın radial nabzında kayıp gözlemlemişler ve 88 hastada başarı elde etmişlerdir (Campeau, 1989).

2.4.3.Koroner Anjiyografinin Endikasyonları:

Koroner anjiyografi, koroner arter anatomisinin gösterilmesi gerektiği durumlarda endikedir (Yalçın ve ark., 2006; ACC, 1999). Amerikan Kardiyoloji Koleji, tarafından klinisyenlere yardımcı olmak için kurallar yayınlanmıştır (ACC, 1999).

Bu kurallar; koroner anjiyografinin endike olduğuna dair fikir birliği olduğu durumlar sınıf I, fikir ayrılığı bulunduğu ve koroner anjiyografinin yapılmasının yararlı olduğu durumlar sınıf II, koroner anjiyografinin uygulanmaması gerektiği konusunda fikir birliği olduğu zaman sınıf III olarak sınıflandırılmıştır (Yalçın ve ark., 2006)

Sınıf I Endikasyonlar:

- Tedavi görmüş olmasına rağmen anjinası süren ve tedaviye cevap vermeyen orta ile yüksek risk grubunda yer alan,
- Perkütan koroner girişimden sonra stent trombozu veya ani tıkanmanın olduğu düşünülen,
- Perkütan koroner girişimden sonraki 9 aylık süreçte invaziv olmayan testlerle yüksek risk olduğu belirlenen,
- İnvaziv olmayan testler neticesinde yüksek risk olduğu belirlenen,
- Ansızın ortaya çıkan kardiyak ölüm sonrasında tekrar hayata getirilen,
- Kısa süreli veya sürekli taşikardi atağı geçiren,
- Prinzmetal (Varyant) angina (istirahatte geçici göğüs ağrısı ile karakterize bir angina tipidir. Hastaların efor kapasitesi iyidir ve angina eforla tetiklenmez) olma olasılığı olan hastalardır.

Sınıf II Endikasyonlar:

- Halsizlik veya hastalık sebebiyle non-invaziv testlerle riski değerlendirilememiş olan,
- İlaç tedavisine cevap vermemiş olan,
- Stres testleri pozitif olan ve klinik riski yüksek kişiler ise polis, itfaiye gibi meslek gruplarında çalışan hastalardır.

Sınıf III Endikasyonlar:

- Non invaziv testlerle düşük risk belirlenen ikiden çok risk unsuru barındıran asemptomatik menapoz sonrası kadınlar ile erkekler,
- Sol ventrikülü normal olan,
- İlk başta düşük riski bulunan ve invaziv testlerle yüksek risk belirlenemeyen hastalardır.
- By-pass uygulaması sonrasında yapılan stres testleri kapsamında iskemi belirtileri ortaya koymayan,
- Koroner anjiyografinin ardından 5 yıl içerisinde göğüste bir sıkıntı hissedilen fakat değerlendirmeler kapsamında iskemi belirlenemeyen hastalardır.

2.4.4.Koroner Anjiyografinin Kontrendikasyonları:

Koroner anjiyografinin yapılmaması gereken durumlardır. Koroner anjiyografinin mutlak kontrendike olduğu bir durum yoktur. Ancak akli dengesi yerinde olmayan bireylerde yapılmama kararı verilebilir. Yapılması zorunlu ise ailenin onayı alınarak karar verilebilmektedir. Kontraendikasyon yaratan diğer bir durum ise laboratuvar, hekim ve ekibin yeterli olmadığı durumlardır. Koroner Anjiyografi; aşağıdaki durumlarda mutlak olmasada kontraendikedir;

1. Böbrek yetmezliği,
2. Aktif kanama veya kanamaya yatkınlık,
3. Ateş veya aktif enfeksiyon,
4. Anemi,
5. Ciddi alerji hikayesi,
6. Kontrol altına alınamayan hipertansiyon, taşikardi ve kalp yetmezliği,
7. Tedavi edilmemiş yüksek dereceli kalp bloğu,
8. Digoksin zehirlenmesi, potasyum yüksekliği veya düşüklüğü,
9. Aort kapakta vejetasyon,
10. Asemptomatik hastaların taranması amacıyla, anjiyo sonrasında gerekli olabilecek cerrahi tedaviyi kabul etmeyenler veya ağır hastalıkları nedeniyle bu cerrahi tedaviyi yaptıramayacak olanlar (Thomas, 2005; Topol, 2008).

2.4.5.Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları

Koroner anjiyografi işleminin ilk 24 saat içerisinde gelişen komplikasyonlar anjiyografi ile ilgili olduğu kabul edilmektedir. Koroner anjiyografide, miyokard enfarktüsü, nörolojik olaylar (global iskemi (hipoksikiskemik ensefalopati), fokal iskemi ve hemisferik, oksipital veya beyin sapı infarktları vb.), acil bypass, kardiyak perforasyon, geçici pacemaker veya elektroşok gereken ciddi aritmiler, onarım gerektiren lokal vasküler problem, vazovagal reaksiyonlar, alerjik ürtiker ve anaflaksi, hipotansiyon, renal yetmezlik, işlem yerinde kanama ve hematoma, enfeksiyon, flebit, tromboembolizm, sinir zedelenmesi gibi komplikasyonlar görülmektedir.

Komplikasyonlara müdahale edilmediğinde ölüm gelişebilmektedir (Karadağ, 2008; ACC, 1999; Yalçın ve ark., 2006).Bu komplikasyonlar hastanın hastanede kalma süresini uzatmakta ve koroner arter hastalığı şüphesi olan hastalarda mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır (Birtağil ve ark., 2014).

2.5.Kaygı (Anksiyete)

Kaygı, insanlık tarihi boyunca sık kullanılan terimlerden biri olmuştur. Kaygı terimi, eski Yunancada “anxietas” olarak kullanılmış ve endişe, korku, merak gibi anlamlara gelmektedir. Anxietas kelimesinin kökü olan ‘anx’ kelimesi, Latince ‘de nefesi kesilmek’ ya da ‘boğulmak’ anlamına gelen ‘angere’den gelmektedir (Köknel, 2000). Türk dil kurumu (TDK) kaygı terimini; “bun”, “bunaltı”, “anksiyete”, “endişe”, “iç sıkıntı”, “can sıkıntısı”ya da “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” gibi sözcüklerinin eş anlamlısı olarak açıklamaktadır (<http://tdk.gov.tr/>. Erişim tarihi: 11 Mayıs 2019).

Kaygı, sempatik, parasempatik ve endokrin uyarım sonucu normal olmayan hemodinami ile ilişkilendirilen somatik belirtilerin de eşlik ettiği, sinirlilik, taşikardi, hipertansiyon, normal dışı nedensiz bir tedirginlik haliyle birlikte ortaya çıkan bir belirti veya bir duruma karşı verilen tepkidir (Ançel, 2007; Karaman, 2008).

Kaygının, yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişmesini sağlamada önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir. Yaşam süreci içinde, gereksinimlerin karşılanmasını tehlikeye düşürecek herhangi bir etmenin söz konusu olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır (Öz, 2010). Bireyler kaygıyı”kötü bir şey olacakmış

hissi hoş olmayan bir endişe hali ya da nedensiz bir korku'' şeklinde ifade etmektedirler (Cüceoğlu, 2005; Köroğlu, 2004). Amerikan Psikoloji Birliği'nin yapmış olduğu tanımda, kaygı gerilim, endişe duyguları ve kan basıncında artış gibi fiziksel değişikliklerle kendini gösteren bir duygu olarak açıklanmıştır (<http://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx> Erişim Tarihi: 11 Nisan 2019).

Kaygı kavramı ile ilgili araştırmalar, 1940'lı yıllarda başlamış olup 1960'lara kadar kavram ile ilgili bir kararsızlık ve karmaşa durumu söz konusu olmuştur. Bazı araştırmacılara göre kaygı bir kişilik özelliği olarak tanımlanmış olsa da, bir kısım araştırmacıya göre ise geçici bir durum olarak kabul etmiştir (Akçalı, 1991). Öz ve Cüceloğlu'nun belirttiğine göre Freud'a göre kaygı; fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyararak, gerekli uyumu sağlayan, yaşamı sürdürme işlevlerine katkıda bulunan insanın içgüdüsel dürtülerinden kaynaklanmaktadır (Öz, 2010; Cüceoğlu, 2005;). Kaygıyı tarihsel olarak iki farklı teori ile incelemeye çalışan Freud, 1920 yılında ilk kaygı kuramında kaygıyı egonun isteklerinin bastırılması sonucu ortaya çıkan bir çeşit libido olarak açıklamıştır (Freud, 2010). 1923 yılında Freud ikinci kaygı kuramında ise tehlike durumunda korunmanın işareti olduğunu ileri sürmüş, doğum ile başlayan egonun primer kaygısına bağlı olarak geliştirdiği bir iç tehlike olarak görmüştür (Freud, 2013). Ayoğlu'nun belirttiğine göre Freud 1940 yılında kaygıyı, Objektif/Gerçeklik Kaygısı, Törel Kaygı ve Nevrotik Kaygı olmak üzere üç şekilde tanımlamıştır (Ayoğlu, 2003).

2.5.1.Objektif/Gerçeklik Kaygısı

Benlik, alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan kaygı durumudur. Tehlike kaynağı bireyin dışındadır. Zaman zaman tüm bireyler tarafından yaşanmaktadır.

2.5.2.Törel Kaygı

Egoda pişmanlık ya da suçluluk duygusu doğurur. Özellikle süper egonun vicdan diye tarif edilen bölümü tarafından onaylanmayan durumlarda ortaya çıkar. Törel kaygının gerçek kaygıdan farkı, kaygıya neden olan etmenden kaçabilme imkânının olmamasıdır.

2.5.3.Nevrotik Kaygı

Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırganlık gibi içgüdülerinden oluşur. İç tehlikenin algılanması ile ortaya çıkar ve patolojik olarak tanımlanır. Objektif ve törel kaygıda kişi, kaygıyı doğuran nedenlerin farkında iken bu kaygıda kaynağın bilincinde değildir. Çünkü tehlike kaynağı bireyin içindedir.

Freud'ün kaygı sınıflandırmasından sonra Cattell ve Scheier'in 1958 yılında faktör analizi çalışmalarıyla iki çeşit kaygı (durumluk-sürekli) anlayışı tanımlanmıştır. Bu tanımlama, daha sonra 1966 yılında, Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen İki Faktörlü Kaygı Kuramının temelini oluşturmaktadır (Öner ve Compte, 1985). Gürsoy, Köknel, Sertbaş ve Bahar'ın belirttiğine göre Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen kaygı kuramı durumluk ve sürekli kaygı olmak üzere iki ayrı kaygı olarak tanımlamıştır (Gürsoy, 2001; Köknel, 2000; Sertbaş ve Bahar, 2004) .

2.5.3.1.Durumluk Kaygı

Durumluk kaygı, bireyin benliğine ve çıkarına karşı gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar ve stresli durumlar karşısında hissettiği uyarılma olup, gerilim, huzursuzluk ve karmaşık coşkusal tepkilerinin sonucu oluşan duygularının göstergesidir (Cüceoğlu, 2004). Bir başka tanıma göre ise, durumluk kaygı; sıkıntı, endişe, tedirginlik ve gerginlik ile karakterize durum olarak ifade edilmesidir (Yücel, 2003).

Durumluk kaygının şiddeti ve süresi, algılanan tehdidin miktarı ve kişinin içinde bulunduğu durumu yorumlaması ile doğru orantılıdır. Kişinin güvenlik duygusu tehlikede olduğu zaman artar. Durumluluk kaygıda, bireyde, gerginlik ve endişe yaratan o anki durum ortadan kalktığında, olumsuz duygularda ortadan kalkmakta ve kaygı azalmaktadır. Zamanla düzensiz bir değişim göstermesi durumluluk kaygının önemli bir özelliğidir. Sakinlik ve durgunluk, durumluk kaygının olmadığını, gerilim, endişe ve sinirlilik orta düzeyleri işaret eder. Yoğun korku, felaket düşünceleri ve panik davranışlar çok yüksek durumluk kaygı düzeyi olduğu anlamına gelmektedir (Yücel, 2003; Cüceoğlu, 2004).

2.5.3.2.Sürekli Kaygı

Sürekli kaygı, kişinin kaygı içinde yaşantıya yatkınlığı olarak tanımlanabilir. Bireyin içinde bulunduğu durumu ve günlük yaşantısını stres olarak yorumlama veya algılama denilebilmektedir. Kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolay kırıldıkları ve karamsarlığa büründükleri ve durumluk kaygıyı daha sık ve yoğun bir şekilde yaşadıkları görülmüştür (Köknel, 1982; Türe, 2006).

Başka bir ifadeye göre Sürekli kaygısı yüksek olan bireyler, stres yaratan durumları ya çok tehlikeli ya da tehdit edici olarak algılamakta ve buna göre tepkide bulunma eğilimi göstermektedirler (Sertbaş ve Bahar, 2004). Diğer bir açıdan bakıldığında çevresel koşullardan bağımsız olarak bireyin huzursuzluk, endişe duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlılık ve coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi göstermesidir. Bu nedenle sürekli kaygı; özelliklerinden dolayı kronik kaygı olarak nitelendirilebilir (Öner ve Compte, 1985). Spielberg, sürekli kaygının, durumluluk kaygıya göre durağan ve sürekli olduğunu, kaygının şiddeti ve süresi kişilik yapısına göre değiştiğini ve kişinin kişilik yapısı kaygıya ne kadar yatkınsa kaygı düzeyini etkilediğini belirtmiştir (Sertbaş ve Bahar, 2004; Öner ve Compte, 1985). Hay ve Peplau kaygının dört değişik düzeyde olduğunu (hafif, orta, ağır ve panik kaygı) belirtmişlerdir (Öz, 2010).

2.5.4.Kaygı Düzeyleri

Hafif Kaygı: Bu seviyede bireyin gördüğü, duyduğu ve etrafında olup bitenden haberdar olduğu, öğrenme düzeyinin, yaratıcılığın arttığı, duyarlı ve katılımcı olduğu gözlenir. Konuşma hızı ve şiddeti, konuşma içeriği ile uyumludur. Birey kaygısını hafifletmek için tırnak yeme, yürüme, ağlama, uyuma, yeme, gülme, sigara içme, içki içme gibi savunma mekanizmalarını kullanır. Yoğunlaşma ve mantık yürütme yeteneği tamdır. Bu nedenle bu seviyede kaygısı olan birey etkin problem çözme becerisine sahiptir.

Orta Seviye Kaygı: Bireylerde görme ve duyma yetisi yanı sıra algılama, kavrama ve iletişim becerileri de azalmıştır. Bu düzeyde sorunun küçük bir ayrıntısına odaklanma

ve geriye kalanları görmezden gelme davranışı sergileyebilir. Kas gerginliği, kan basıncı, nabız ve solunumda artma, mide şikayetleri, kalp çarpıntısı, terleme gibi somatik belirtiler görülür. Birey endişeli, ürkek, hassas, sabırsız, heyecanlı olabilir.

Yüksek Seviye Kaygı: Algılama ve kavrama alanı iyice daralmıştır. Birey yaşadığı küçük bir ayrıntı ya da ayrıntılar üzerine yoğunlaşır. Çarpıntı, dispne, baş ağrısı, göğüs ağrısı, uykusuzluk, bulantı, titreme, iştahsızlık, korku, istemli kas tonüsünde artış ve gerginlik görülür. Rahatsızlık ve hassasiyet duyguları artmıştır.

Panik: Kaygının en yoğun yaşandığı düzeydir. Bireyin tüm dikkati dağılmış durumdadır. Üzerinde odaklandığı konular çarpık ve abartılıdır. Uyum bozukluğu vardır. Aşırı derecede öfke, ümitsizlik, çaresizlik, tükenmişlik, korku, dispne, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtilerin yanı sıra ölüm korkusu ya da kontrol kaybı ile kendini gösterir. Birey paniği önlemek için özellikle kendine yönelmiş olayları görmezden gelir, kriz aşamasındadır ve profesyonel yardım alması gerekir.

2.5.5.Kaygı (Anksiyete) Belirtileri

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

1. Affektif Belirtiler: Korku, endişe, huzursuzluk, çaresizlik, panik.
2. Davranışsal Belirtiler: Kaygı yaratan durumdan kaçma, olay karşısında donma kalma, yerinde duramama, uykuya dalmada güçlük ya da uyuma eğilimi.
3. Bilişsel Belirtiler: Dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, kontrolü kaybetme korkusu ve fiziksel zarar görme endişesi.
4. Fizyolojik Belirtiler: Kaygı, bireylere değişik yollardan etki etmektedir. Bazı insanlar kaygıyı psikolojik ve duygusal yollardan yaşarken bazıları ise fizyolojik olarak yaşarlar. Çünkü fizyolojik belirtiler çok acı verici olup, insanları çok tedirgin edebilmektedir. Otonom sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak gelişen belirtiler olmakla birlikte birçok organ sistemini etkileyebilmektedir.

Kaygı, bireylerde kullanılan savunma mekanizmalara göre farklı belirtiler göstermektedir (Türe, 2006). Kardiyovasküler sistemde, çarpıntı hissi, taşikardi, göğüs ağrısı, baygınlık hissi, solunum Sisteminde, göğüste basınç hissi, nefes kesilmesi iç

çekme, nefes darlığı, hiperventilasyon, otonom sinir sisteminde, ağız kuruması, terleme, baş ağrısı, ateş basması, ellerin buz gibi olması, kas-iskelet sisteminde, ağrı, sızı, seğirme, uykusuzluk, ürperme, yorgunluk, nörolojik sistemde, baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük, gastrointestinal sistemde, yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, diyare ve genitoüriner sistemde, Sık idrara çıkma, sıkışma hissi, menstrüasyon sorunları gibi belirtilerin görülmesine yol açmaktadır (Türe, 2006, Öz, 2010).

2.5.6.Koroner Anjiyografide Kaygı ve Kaygının Bedensel Yanıtı

Kaygı, bireylerde, stres durumunun artmasına ve fizyolojik sürecin etkilenmesine yol açar (Köknel, 2000). Oluşan kaygı durumu karşısında, bireylerin bedenlerinde iç dengeyi koruma sistemleri devreye girmesinin sonucunda, endokrin sistem ve sinir sisteminde bazı reaksiyonlar ortaya çıkmaktadır. Kaygının görülmesiyle sempatik sinir sistemi uyarılmaktadır.

Vasküler dirençle birlikte kardiyak outputun artmasıyla bireyin kan basıncı da artmakta, miyokardın oksijenlenmesi ve koroner perfüzyonu azalmaktadır (Guyton, 2013). Kişide yaşanan kaygı durumu başta hipotalamusa aktarılmaktadır. Hipotalamusun uyarılmasıyla posterior hipofiz bezinden antidiüretik hormon (ADH) ile anterior hipofiz bezinden ise adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanmaktadır. Bu süreçte ise ACTH adrenal korteksin uyarılmasını sağlamasıyla birlikte kortikosteroid salgılanmasına sebep olmaktadır. Bir kortikosteroid olan aldosteron sodyum ile su tutulmasında görevlidir. Böylece kan volümü yükselmekte ve ADH'in etkisi ile idrarda azalma görülmesiyle kan basıncı artmış olmaktadır (Guyton, 2013). Aynı zamanda hipotalamus, sempatik sinir sistemi üzerinde etkilidir. Adrenal medulla noradrenalin ve adrenalin salgılanmasında görevlidir. Noradrenalin etkisiyle periferik vazokonstriksiyon oluşmaktadır. Bu durumda bireyin cildi soğuk, soluk ve kan basıncı yükselmektedir. Bu süreçte böbreklere giden kan miktarının azalmasıyla böbreklerden renin salgılanmaktadır. Plazmada yer alan anjiyotensin renin tarafından anjiyotensin 1, anjiyotensin 2'ye dönüşmektedir. Damarlarda Anjiyotensin 2'nin etkisiyle konstrüksiyon görülmekte ve ADH ile aldosteron hormonlarının salgılanması söz konusu olmaktadır (Guyton, 2013).

KAH olan bireylerde, kaygı, genellikle sık görülmektedir. Hastalarda görülen Panik atak gibi kaygı durumlarında hiperventilasyonun ortaya çıkmasıyla koroner arterlerde spazm veya aritmilerin görülmesine yol açar (Yılmaz ve ark., 2012).

Bununla birlikte kaygı belirtileriyle ilgili semptomlar, KAH semptomları ile örtüşebileceğinden kaygının tanı ve tedavisine önem verilmesi gerekmektedir (Kayhan, 2003). KAH belirtileri ortaya çıktığında ve bireyin koroner anjiyografi işlemi olması gerektiği durumlarda kaygı yaşamıyla birlikte bireyde sakat kalma, miyokard infarktüsü (MI) geçirme gibi ani korkuları ortaya çıkmaktadır.

Kişinin kaygı yaşamıyla göğüs ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, nefes darlığı ve otonom belirtiler gölürmeye başlamaktadır. Aritmiler ve anjina pectoris panik atak belirtileriyle benzer belirtiler gösterir. Bunun sonucunda panik atak davranışları sergileyen bireylerde yaşam kalitesinde azalma, yeti kaybı ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımına, tekrarlı hastane yatışlarının artmasına bağlı enfeksiyon oluşma riskine, anestezi maddelerin daha yüksek dozda verilmesine ve iyileşme sürecinin gecikmesiyle depresyona yatkınlığın görülmesine neden olmaktadır (Kayhan, 2003; Karaman, 2008, Yılmaz ve ark., 2012).

2.5.7.Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirenin Sorumlulukları

Bireyin yaşına, gelişimsel dönemine, inanç ve tutumlarına, baş etme becerilerine göre hastalığa, hastaneye yatmaya ve invaziv girişime karşı gösterilen tepkiler farklılık göstermektedir (Erdil ve Elbaş, 2001). İnvaziv girişim nedeniyle hastaneye yatan hastalar için; hastalığa yükledikleri anlam ve önem, sevdiklerinden ayrı kalma, hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişiler, bilinmeyen aletler, işlemler, tedaviler, anlaşılmayan teknik dil, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar, ilişkiler, bireyselliğin geri planda kalması, yeme-içme, uyku ve dinlenme gibi fizyolojik gereksinimlerin karşılanmaması gibi durumlar bireylerde kaygıya neden olmaktadır (Albayrak ve ark., 2007; Erdemir, 2005; Gürsoy, 2001).

İnvaziv girişim öncesinde hastaların kaygı düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgisinin olması, daha önceki anestezi ve invaziv girişim deneyimi, uygulanacak cerrahi girişimin türünü, zorluk ve risk derecesini etkileyebileceği belirtilmektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007; Cimilli, 2001). Ameliyat öncesi hastaların yaşadığı kaygı,

iyileşme sürecine yansiyarak olumsuz etkiyi meydana getirmektedir (Cimilli, 2001; Kuğu ve ark., 2001;Gökgüngüz,2005).

Yapılan çalışmalarda, ameliyat olacak tüm hastalara ameliyat öncesi yapılan gerekli açıklamalar ile kaygının giderilmesine, iyileşme sürecinin hızlandırıp, hastanede kalma sürecinin kısaltılmasına ve maliyetin düşmesine katkı sağladığı sonucuna varılmıştır (Bayraktar ve Bulut, 2000; Kuğu ve ark., 2001; Özalp ve ark., 2003). Bu nedenle invaziv işlemler öncesi bireylerde yaşanan kaygının nedenleri ve kaygıyı azaltmaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.

Diğer invaziv girişimlerde olduğu gibi koroner anjiyografi öncesi bireyler de kaygı yaşamaktadırlar. Hemşirenin sorumlulukları işlem öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere devam eden bir süreçtir. Hemşire işlem öncesinde aldığı öykü ile hastanın temel sağlık sorunlarını belirleyerek, hastalığın tedavi ve bakım sürecini kolaylaştırarak, komplikasyonların önlenmesinde katkı sağlamaktadır. Hastanın ruhsal durumu hastane sürecine ve işleme karşı oluşabilecek anksiyete düzeyinin de belirlenmesi hemşirenin sorumlulukları arasındadır (Ayoğlu, 2003; Gürsoy, 2001; Sertbaş ve Bahar, 2004). Hemşirenin koroner anjiyografi öncesi sorumlulukları;

- Hastanın işlem öncesinde izni alınarak işlem için onam belgesi imzalatır
- Hastanın klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirilir ve hekime haber verir.
- Hastanın vital bulguları alınır ve kaydedilir.
- İşlemden sonra karşılaştırabilmek için hastanın periferik nabızlarına bakılır ve kaydedilir.
- Herhangi bir alerjisi olup olmadığı araştırılır
- IV damar yolu açılır.
- İşleme gitmeden önce hastanın takıları ve takma dişi varsa bunların çıkarılması tırnaklarda oje varsa silinmesi sağlanır. (Akdemir ve Birol 2005; Ayoğlu, 2003; Gürsoy, 2001; Sertbaş ve Bahar, 2004).

Koroner anjiyografi işleminin yapılabilmesi ve komplikasyonların önlenmesi için hemşirenin işlem öncesi yapacağı uygulamalar önem taşımaktadır. Koroner anjiyografi kısa süren işlem olmasına rağmen hastalar kaygı yaşayabilmektedirler. Kaygının her düzeyi bireylerde farklı seviyede fiziksel, psikolojik belirtilerle ve kişisel özelliklere bağlı olarak değişmektedir Buyüzden hemşire, işlem öncesinde hastayı iyi

değerlendirmeli ve hemşirelik girişimlerini kişiye yönelik olarak belirlemeye özen göstermelidir (Erdemir, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, hastaların koroner anjiyografi öncesi kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırma, KKTC’de Lefkoşa İlçesinde bulunan Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Servisi’nde yapılmıştır. Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Servisin’de 19 tek kişilik oda bulunmaktadır. Kardiyoloji servisinde, 10 doktor, 12 hemşire görev almaktadır. Klinik sorumlu hemşiresi, 08:00-16:00 saatleri arasında; iki hemşire ise 08:00-08:00 saatleri arasında tek vardiya şeklinde çalışmaktadır.

Hastanenin Kalp Merkezinde, KAG olmayı kabul eden hastalara, anjiyografiyi yapacak doktor tarafından yatış günü, saati, işlemin nerede ve hangi yoldan yapılacağı ve işlem günü 4-12 saat önce aç gelmesi hakkında bilgi vermektedir. Koroner anjiyografi yapılmasına karar verilen hastaların servise yatışı, planlı olarak 07:30-08:30 saatleri arasında olmaktadır. Hastanın servise yatışı yapıldıktan sonra, servis doktoru tarafından girişim yapılacak arteri enfeksiyon, ödem ve dolaşım açısından değerlendirilir. Hemşireler, gerekli ise kateter giriş yerinin tıraşını yapar, kan ve idrar tetkikleri için örnek alır, elektrokardiyografisini çeker, hayati bulgularını izler, tetkik sonuçları dosyaya kayıt eder. Hasta koroner anjiyografi ünitesine alınmadan önce hemşire tekrar hayati bulgularını alır ve dosyaya kaydeder. Hasta, klinik hemşiresi tarafından anjiyografi ünitesindeki hemşireye teslim edilir.

Hemşire, hasta anjio işleminde iken, yatağı hazırlar, odasını havalandırır, oda ve banyo temizliğini, oksiyen manometresini ve kanülünü kontrol eder. İşlem, femoral arter girişim yolundan yapılacak ise hemşire hasta odasında kum torbasını hazır bulundurur. Hastanın koroner anjiyografi işlemi tamamlandıktan sonra, servis hemşiresi teslim alır. Hemşire, hastanın yaşam bulgularını alır ve anjiyografi yapılan yeri kanama, hematoma, ekstremiteleri ısı, renk farkı yönünden değerlendirir. İşlem

femoral arter girişim yolundan ise hemşire, işlem bölgesine 2,5- 3 kg ağırlığında kum torbası koyularak 6 saat kalmasını sağlar. İşlem radial arterden yapıldı ise; hemşire hastanın kol bandını kontrol eder, kol bandının havasını işlemden yarım saat sonra 15'er dakika ara ile 5'er ml olacak şekilde boşaltır

Pansuman yerinde kanama, şişlik, ağrısı olmayan, koroner anjiyoplasti (PTKA) ve stent yapılmayan hastalara, servis danışmanı randevu kartının, tahlil sonuçlarının, anjiyografi raporunun içinde bulunduğu taburculuk dosyasını verir. Stent veya PTKA yapılan hastalar bir gece gözetim altında kaldıktan sonra taburcu edilir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenine, Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Merkezinde KAG yapılmasına karar verilen hastalar alınmıştır. 2018 yılında tekrarlı KAG dahil olmak üzere yaklaşık 574 hastaya KAG yapılmıştır. Kontrol ya da girişimsel amaçlı KAG yapılması nedenleri ile kesin sayıya ulaşılamamış olup, çalışma kesitsel olarak planlanmıştır. Araştırmanın örnekleme, Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında araştırmanın kriterlerine uygun hastalar (n=114) alınmıştır.

3.4. Araştırma Örnekleme Katma Kriterleri

- 1-18 yaş ve üstü
- 2-Bilinci açık, oryante ve koopere
- 3-Araştırmaya katılmayı kabul eden
- 4-Koroner anjiyografi yapılmasına karar verilen

3.5. Araştırma Örneklemine Dışlama Kriterleri

- 1-Psikiyatrik tanısı/sorunu olma
- 2-Anksiyolitik ilaç kullanma,
- 3-Bilişsel, duyuşsal ve sözel olarak iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorunu bulunması,
- 4-İşitme sorunu olması.
- 5-Acil anjiyo girişimine karar verilen hastalar,

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişken

Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları.

3.6.2. Bağımsız Değişken

Hastaların tanıtıcı özellikleri formu verileri

3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada, Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu'nun anlaşılırlığını belirlemek için Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde koroner anjiyografi olmak için yatan ve örneklem kriterlerine uyan 20 hastayla, Şubat 2019'da ön uygulama yapılmıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

3.8.1. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında, yatışı yapılan koroner anjiyografi hastalarından toplanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nin uygulanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Bu görüşme ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.8.2. Veri Toplama Formları

Araştırmada veriler; Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu (EK-1) ve Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği (EK-2) kullanılarak toplanmıştır.

3.8.2.1. Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu

Araştırmada verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Türker, 2015; Doğan, 2018; Karataş, 2014; Yıldız, 2011;) hazırlanan, toplam 30 sorudan ve iki bölümden oluşan hasta tanıtıcı özellikler formu kullanılmıştır. Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formunun birinci bölümünde; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, sosyal güvencesi, birlikte yaşadığı kişiler vb, ikinci bölümde ise tıbbi tanısı, tanı süresi, kullandığı ilaçlar, başka bir hastalığı olma durumu, hastaneye yatış sayısı, hastaneye yatma nedenleri, daha önce koroner anjiyografi yapıp yapılmadığı, anjiyografi ile ilgili bilgi alma durumu, anjiyografi ile bilgiyi kimden almak istediği, yakınında koroner anjiyografi yapılan kişinin olma durumunu belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

3.8.2.2. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği, durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch ve R. Lushene tarafından, 1970 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Necla Öner ve Ayhan Le Compte tarafından 1974-1977 yılları arasında yapılmıştır. Bir öz değerlendirme türü olan ölçek dörtlü likert tipi bir ölçek olup ayrı 2 alt ölçekten ve toplam 40 maddeden oluşmaktadır (Öner ve

Compte, 1985). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı; durumluk kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.92, sürekli kaygı ölçeği için 0.86 ile 0.92 arasındadır.

Durumluk Kaygı Ölçeği

Durumluk kaygı ölçeği (DKÖ), belirli bir durumdaki anksiyete düzeyini gösterir. DKÖ, ani değişiklik gösteren, heyecansal reaksiyonları değerlendirmede duyarlı bir ölçektir. DKÖ’inde 10 tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler) tersine dönmüş ifadeler vardır. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer 50’dir.

Sürekli Kaygı Ölçeği

Sürekli kaygı ölçeği (SKÖ), bireyin içinde bulunduğu durumdan bağımsız olarak, yaşadığı anksiyete düzeyini değerlendirir. Sürekli kaygı ölçeği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. SKÖ’nde 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine dönmüş ifadeler vardır. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer 35’tir.

Ölçeklerde, iki türlü ifade bulunmaktadır. Bunlar doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş ifadelerdir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade etmektedir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki ifadeler kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki ifadeler yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. Her iki alt ölçekte, toplam puan 20-80 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, yüksek kaygı düzeyini, düşük puanlar ise düşük kaygı düzeyini göstermektedir.

3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri istatistiksel olarak IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 yazılımında çözümlenmiştir. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, tanı ve sağlık durumlarının, bilgi alma ve endişe duyma durumlarının belirlenmesinde frekans analizi kullanılmıştır. Hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarına ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değer gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Bu araştırmada Durumluk kaygı ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0,743 ve sürekli kaygı ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0,829 bulunmuştur.

Hastaların çeşitli özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puanlarını karşılaştırmak için öncelikle verilerin normal dağılıma uyum gösterme durumu Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleriyle test edilmiş ve normal dağılıma uyum göstermediği saptanmıştır. Buna göre hastaların sosyo-demografik özelliklerine, hastaların tanı, öykü ve sağlık durumlarına, bilgi alma ve endişe duyma durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puanlarının karşılaştırılmasında; bağımsız değişken 2 kategorili ise Mann-Whitney U testi, 2'den daha fazla kategoriye sahipse Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK-3) ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden (EK-4) izinler yazılı olarak alınmıştır. Araştırmacı, araştırmaya katılan bireylere, koroner anjiyografi işlemi öncesi kendini tanıtarak, çalışmanın amacını sözel ve yazılı olarak açıklamış ve araştırmaya katılan hastalardan yazılı onam almıştır (EK-5).

Çalışmaya katılan hastalara "mahremiyet ve gizlilik hakkı'na saygılı olunacağı, kendilerinden alınan kişisel bilgilerin başkalarıyla paylaşılmayacağı ve araştırmaya dahil olmak istemediği takdirde uygulamaya son verileceği bilgisi verilmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçlarından elde edilen veriler, sadece Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde araştırmaya katılmayı kabul eden, hastalar ile sınırlıdır ve genellenemez

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı hastalıkları ve koroner anjiyografi ile ilgili özellikleri ile koroner anjiyografi öncesi durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1.Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=114)

Tanıtıcı özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	81	71,05
Erkek	33	28,95
Yaş		
49 ve altı	19	16,67
50-64	45	39,47
65 ve üzeri	50	43,86
Eğitim düzeyi		
İlköğretim ve altı	35	30,70
Lise	51	44,74
Lisans/Lisansüstü	28	24,56
Medeni durum		
Evli	96	84,21
Bekar	18	15,79
Çocuk sahibi olma durumu		
Olan	102	89,47
Olmayan	12	10,53
Çocuk sayısı		
Yok	12	10,53
1	8	7,02
2	20	17,54
3 ve üzeri	74	64,91
Çalışma statüsü		
Memur	19	16,67
İşçi	5	4,39
Serbest meslek	17	14,91
Ev hanımı	23	20,18
Emekli	48	42,11
Çalışmayan	2	1,75
Sosyal güvence		
Var	106	92,98
Yok	8	7,02
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	23	20,18
Eş	61	53,51
Eş ve diğer aile üyeleri	30	26,31
Sigara kullanma durumu		
Kullanan	25	21,93
Kullanmayan	89	78,07
Alkol kullanma		
Kullanan	19	16,67
Kullanmayan	95	83,33

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %71,05’i kadın, yaş ortalaması %43,86’sı 65 ve üzeri yaş grubundadır. Hastaların %44,74’ü lise mezunudur. Hastaların %84,21’inin evli, %89,47’sinin çocuk sahibi, çocuk sahibi olanların % 64,91’inin üç ve üzeri sayıda çocuğu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastaların %42,11’inin emekli, %92,98’inin sosyal güvencesi olduğu, %20,18’inin yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %21,93’ü sigara, %16,67’si alkol kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların hastalıkları ile ilgili özellikleri (n=114)

Hastalığa ilişkin özellikler	N	%
Tanısını bilme		
Bilen	41	35,96
Bilmeyen	44	38,60
Henüz tanı konmayan	29	25,44
Tanı konma süresi (n=41)		
1 yıl ve altı	14	34,15
2 yıl	7	17,07
3 yıl ve üzeri	20	48,78
Başka kronik hastalığı olma durumu		
Var	84	73,68
Yok	30	26,32
Diğer hastalıkları (n=84)		
Hipertansiyon	70	61,40
Solunum Sistemi Hastalıkları	3	2,63
Diyabetes Mellitus	34	29,82
Nörolojik Problemler (panik atak, dikkat ve hiperaktivite bozukluğu)	5	4,39
Diğer*	11	9,65
İlaç kullanma durumu		
Kullanan	81	71,05
Kullanmayan	33	28,95
Kullanılan ilaçlar**		
KAH ile ilgili	28	34,57
DM ile ilgili	34	41,98
HT ile ilgili	70	86,42
Astım/KOAH ile ilgili	3	3,70
Diğer***	16	19,75
Ailede KAH olma durumu		
Var	29	25,44
Yok	85	74,56
KAH tanısı olan aile üyeleri (n=29)		
Kardeş	6	25,00
Çocuk	4	16,67
Baba	6	25,00
Eş	1	4,17
Anne	6	25,00
İkinci derece akrabalar	6	25,00
Hastaneye başvuru yeri		
Poliklinik	79	69,30
Acil Servis	35	30,70
Daha önce KAH nedeniyle hastaneye yatma durumu		
Yatan	56	49,12
Yatmayan	58	50,88
Yatış sayısı (n=56)		
1	24	42,86
2	23	41,07
3 ve üzeri	9	16,07

*Kolesterol,hipotiroidi, kronik börek yetmezliği,kalpyetmezliği,atriyalfibrilasyon, panik atak,lenfoma,memekanseri,prostat, dikkat eksikliği ve hiperaktivite,koroner arter hastalığı, reflü.

**nkatlanmıştır.

***coraspin, levotiron, antiasidoz, aeries, plavix, nexivol, laroxyl, xatral, cravit, fixdual, panto, euthyrox, ferrosanol.

Tablo 4.2.'de araştırma kapsamına alınan hastaların hastalıkları ile ilgili özellikleri yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %35,96'sı tanısını bildiğini ifade etmiştir. Tanı konan hastaların %48,78'ine 3 yıl ve daha uzun bir süre önce tanı konduğu belirlenmiştir. Hastaların %73,68'inde başka kronik bir hastalık bulunduğu, kronik hastalığı olanların %61,40'ında hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Hastaların %71,05'inin düzenli olarak ilaç kullandığı, ilaç kullananların %86,42'sinin HT ile ilgili ilaçlar kullandığı saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hastaların %25,44'ünün ailesinde KAH tanısı konan birey olduğu belirlenmiştir. Hastaların %69,30'unun hastaneye poliklinikten başvurduğu, %49,12'sinin daha önce KAH nedeniyle hastaneye yattığı, hastaneye yatan hastaların %16,07'sinin üç ve üzeri kez hastaneye yattığı saptanmıştır.

Tablo 4.3.Hastaların koroner anjiyografi ile ilgili özellikleri (n=114)

	N	%
KAG sayısı		
1	83	72,81
2	24	21,05
3 ve üzeri	7	6,14
KAG nedeni		
Kontrol	20	17,54
Tanı	80	69,30
Girişimsel	14	12,28
Ailede KAG yapılan birey		
Var	13	11,40
Yok	101	88,60
KAG yapılan birey(n=13)		
Kardeş	2	15,38
Çocuk	1	7,69
Baba	5	38,46
Anne	3	23,08
İkinci derece akrabalar	2	15,38

Tablo 4.3.'de araştırma kapsamına alınan hastaların koroner anjiyografi ile ilgili özellikleri yer almaktadır.

Hastaların %72,81'inin bir defa KAG olduğu, %69,30'unun tanı amacıyla KAG olduğu belirlenmiştir. Hastaların %11,40'ının ailesinde KAG yapılan birey, bunun %38,46'sının babası olduğu görülmüştür.

Tablo 4.4. Hastaların KAG ile ilgili bilgi alma durumları (n=114)

	N	%
Bilgi alma durumu		
Alan	112	98,25
Almayan	2	1,75
Bilgi alma zamanı (n=112)		
Servise yattıktan sonra	21	18,75
KAG yapılacağı söylendiğinde	91	81,25
Alınan bilginin yeterli olması		
Yeterli	99	86,84
Yeterli değil	15	13,16
İşleme alınacağı zamanı bilme durumu		
Bilen	30	26,32
Bilmeyen	84	73,68
Bilgi kaynakları (n=112)		
Hekim	10	8,77
Hemşire	90	78,95
Hekim ve hemşire	12	10,53

Tablo 4.4.'te araştırma kapsamına alınan hastaların KAG ile ilgili bilgi alma durumları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %98,25'inin anjiyografi ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %81,25'inin KAG yapılacağı söylendiğinde bilgi aldığı saptanmıştır. Tablolaştırılmamakla birlikte, hastalara aldıkları bilgiler sorulduğunda, hastaların %79,46'sı işlemin yapılış şekli ve anestezi hakkında bilgi aldığını ifade etmiştir.

Hastaların %86,84'ü alınan bilgiyi yeterli olduğunu belirtmiştir. Aldığı bilginin yetersiz olduğunu belirten hastalara bilmek istedikleri konular sorulduğunda ise, hastaların %40,00'i anjiyo sonrası karşılaşılabilecek sorunlar ile ilgili bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

Hastaların %26,32'sinin işleme alınacağı zamanı bildiği saptanmıştır. Hastalara KAG ile ilgili bilgi aldığı kaynaklar sorulduğunda, %78,95'i hemşireden bilgi aldığını ifade etmiştir.

Tablo 4.5.Hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları (n=114)

	n	\bar{x}	s	Min	Max	Z	P
Durumluk Kaygı	114	46,93	7,68	23	73	-7,801	0,000*
Sürekli Kaygı	114	37,97	8,66	22	57		

* $p < 0,05$

Tablo 4.5.'de araştırma kapsamına alınan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 4.5. incelendiğinde, araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının $\bar{x}46,93 \pm 7,68$ en düşük durumluk kaygı puanının 23, en yüksek ise 73 olduğu saptanmıştır. Hastaların sürekli kaygı puan ortalamasının $\bar{x}37,97 \pm 8,66$ aldıkları en düşük sürekli puanın 22, en yüksek puanın ise 57 olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları, sürekli kaygı puan ortalamalarına göre yüksek olup durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak incelendiğinde, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 4.6.Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları (n=114)

Tanıtıcı Özellikler	n	\bar{x}	S	Durumluk Kaygı			Fark	\bar{x}	s	Sürekli Kaygı		
				Z / X ²	p	Fark				Z / X ²	p	Fark
Cinsiyet												
Kadın	81	45,98	7,95				36,88	8,87				
Erkek	33	49,27	6,52	-2,218	0,027*		40,67	7,59	-2,251	0,024*		
Yaş												
49 yaş ve altı	19	46,32	10,51				33,89	7,91				1-2
50-64 yaş arası	45	48,20	5,70	2,849	0,241		40,11	8,77	7,160	0,028*		1-3
65 yaş ve üzeri	50	46,02	7,99				37,60	8,37				
Eğitim düzeyi												
İlköğretim ve altı	35	49,74	5,25				39,97	7,98				1-3
Lise	51	46,27	8,37	10,526	0,005*	1-3	39,25	8,77	12,057	0,002*		2-3
Lisans/Lisansüstü	28	44,61	8,12				33,14	7,66				
Medeni durum												
Evli	96	46,82	7,23				38,32	8,60				
Bekar	18	47,50	9,99	-0,128	0,898		36,11	8,99	-1,038	0,299		
Çocuk sahibi olma												
Olan	102	47,22	7,64				38,43	8,61				
Olmayan	12	44,50	7,99	-1,128	0,259		34,08	8,47	-1,700	0,089		
Sosyal güvence												
Var	106	46,75	7,58				37,76	8,71				
Yok	8	49,25	9,19	-0,928	0,354		40,75	7,96	-0,955	0,340		
Sigara kullanımı												
Kullanan	25	45,68	9,63				36,52	8,72				
Kullanmayan	89	47,28	7,07	-1,018	0,308		38,38	8,65	-0,960	0,337		
Alkol kullanma												
Kullanan	19	45,42	7,34				36,42	8,88				
Kullanmayan	95	47,23	7,75	-0,750	0,453		38,28	8,63	-0,833	0,405		

Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi *kullanılmıştır*. * $p < 0,05$

Tablo 4.6’da araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları yer almaktadır.

Hastaların cinsiyetlerine göre durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, erkek hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} :49,27), kadın hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} :45,98) yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyetlerine göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyetlerine göre sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, erkek hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} :40,67), kadın hastaların puan ortalamalarından (\bar{x} :36,88) yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyetlerine göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmada, 50-64 yaş grubundaki hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları (\bar{x} : 48,20),49 ve altı yaş grubundaki hastaların (\bar{x} :46,32) ve 65 yaş ve üzeri (\bar{x} :46,02) hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Hastaların yaş gruplarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastaların yaş gruplarına göre sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında, 49 ve altı yaş grubundaki hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları (\bar{x} :33,89), 50-64 yaş grubundaki hastaların (\bar{x} : 40,11) ve 65 yaş ve üzeri hastaların (\bar{x} :37,60) sürekli kaygı puan ortalamalarından düşük bulunmuştur. Yaş gruplarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, ilköğretim ve altı düzeyde eğitime sahip olan hastaların durumluk puan ortalamaları (\bar{x} :49,74) lise mezunu olan hastaların (\bar{x} :46,27) ve lisans/ lisansüstü düzeyde eğitime sahip olan hastaların (\bar{x} :44,61) durumluk puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Hastaların eğitim durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, İlköğretim ve altı düzeyde eğitime sahip olan hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları (\bar{x} :39,97) lise mezunu olan hastaların (\bar{x} :39,25) ve lisans/ lisansüstü

düzeyde eğitime sahip olan hastaların (\bar{x} :33,14) sürekli kaygı puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Lisans/lisansüstü düzeyde eğitime sahip olan hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları diğer hastalardan daha düşük bulunmuştur. Hastaların eğitim durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların medeni durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, bekar hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} :47,50), evli hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} :46,82) yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak araştırma kapsamına alınan hastaların medeni durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların medeni durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, bekar hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} :36,11), evli hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} :38,32) düşük olduğu bulunmuştur. Ancak hastaların medeni durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, çocuk sahibi olan hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} : 47,22), çocuk sahibi olmayan hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} : 44,50) yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, çocuk sahibi olan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} : 38,43), çocuk sahibi olmayan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} : 34,08) düşük olduğu bulunmuştur. Ancak hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların sosyal güvence durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, sosyal güvencesi olan hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} : 46,75), sosyal güvencesi olmayan hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} : 49,25) düşük olduğu bulunmuştur. Ancak hastaların sosyal güvencesi olan durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların sosyal güvence

durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, sosyal güvencesi olan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} : 37,76), sosyal güvencesi olmayan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} : 40,75) düşük olduğu bulunmuştur. Ancak hastaların sosyal güvence durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların sigara kullanma durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, sigara kullanan hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} : 45,68), kullanmayan hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} : 47,28) düşük olduğu bulunmuştur. Ancak araştırma kapsamına alınan hastaların sigara kullanma durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların sigara kullanma durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, kullanan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} : 36,52), kullanmayan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} : 38,38) düşük olduğu bulunmuştur. Ancak hastaların sigara kullanma durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların alkol kullanma durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, alkol kullanan hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} : 45,42), kullanmayan hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} : 47,23) düşük olduğu bulunmuştur. Ancak araştırma kapsamına alınan hastaların alkol kullanma durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların alkol kullanma durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, kullanan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının (\bar{x} : 36,42), kullanmayan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarından (\bar{x} : 38,28) düşük olduğu bulunmuştur. Ancak hastaların alkol kullanma durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7.Hastaların hastalık özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları (n=114)

Hastalık Özellikleri	n	Durumluk Kaygı					Sürekli Kaygı				
		\bar{X}	s	Z / X2	p	Fark	\bar{X}	s	Z / X2	p	Fark
Tanımsı bilme											
Bilen	41	44,24	6,89			1-2	36,12	8,84			
Bilmeyen	44	48,39	8,26	9,715	0,008*	1-3	39,05	8,65	2,931	0,231	
Henüz tanı konmayan	29	48,52	7,01				38,97	8,26			
Tanı konma süresi											
1 yıl ve altı	14	46,00	4,15				38,00	9,54			
2 yıl	7	42,86	8,88	1,644	0,440		32,43	9,32	1,732	0,421	
3 yıl ve üzeri	20	43,50	7,73				36,10	8,19			
Başka kronik hastalık											
Var	84	46,63	7,56	-0,570	0,568		38,06	8,44	-0,316	0,752	
Yok	30	47,77	8,09				37,73	9,39			
İlaç kullanma durumu											
Kullanan	81	46,95	7,10	-0,188	0,851		38,12	8,36	-0,400	0,689	
Kullanmayan	33	46,88	9,08				37,61	9,49			
Ailede KAH tanısı											
Var	29	44,72	7,02	-1,847	0,065		34,14	7,38	-2,653	0,008*	
Yok	85	47,68	7,79				39,28	8,71			
Hastaneye başvuru birimi											
Poliklinik	79	47,05	7,96	-0,329	0,742		37,91	9,05	-0,317	0,752	
Acil servis	35	46,66	7,13				38,11	7,82			
Daha önce KAH nedeniyle hastaneye yatma											
Yatan	56	46,75	5,92	-0,091	0,928		38,45	9,46	-0,528	0,598	
Yatmayan	58	47,10	9,12				37,52	7,86			
Yatış sayısı											
Bir	24	49,17	4,54			1-2	42,54	8,34			1-2
İki	23	45,30	6,62	7,753	0,021*	1-3	35,52	9,52	7,969	0,019*	1-3
Üç ve üzeri	9	44,00	5,36				35,00	8,85			

Tablo 4.7.'de hastaların hastalık özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları gösterilmiştir.

Tanısını bilen (\bar{x} : 44,24), hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları tanısını bilmeyen (\bar{x} : 48,39), ve henüz tanı konmadığını ifade eden (\bar{x} : 48,52), hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Hastaların tanısını bilme durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hastaların tanı konma süresi başka kronik hastalık ve ilaç kullanma durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Hastaların tanısını bilme durumuna, tanı konma süresine, başka kronik hastalığı olması ve ilaç kullanma durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır. ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların ailesinde KAH tanısı alan birey olması, hastaneye başvuru birimi ve daha önce KAH nedeniyle hastaneye yatma durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Daha önce KAH nedeniyle yatış yapan hastaların yatış sayısına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). KAH nedeniyle bir kez yatış yapan hastaların (\bar{x} : 49,12), durumluk kaygı puan ortalamaları 2 kez (\bar{x} : 45,30) ve 3 kez (\bar{x} : 44,00) yatış yapan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların ailesinde KAH tanısı alan birey olması, hastaneye başvuru birimi ve daha önce KAH nedeniyle hastaneye yatma durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Daha önce KAH nedeniyle yatış yapan hastaların yatış sayısına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). KAH nedeniyle 1 kez yatış yapan hastaların (\bar{x} : 42,54), 2 kez (\bar{x} : 36,42) ve 3 kez (\bar{x} : 35,00) yatış yapan hastalara göre sürekli kaygı puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.8.Hastaların koroner anjiyografi ile ilgili özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları (n=114)

KAG ile ilgili özellikler	N	Durumluk Kaygı					Sürekli Kaygı				
		\bar{x}	S	Z / X ²	p	Fark	\bar{x}	S	Z / X ²	p	Fark
KAG sayısı											
1	83	47,87	7,92				39,04	7,95			
2	24	43,79	6,76	5,725	0,057		34,83	10,02	5,156	0,076	
3 ve üzeri	7	46,57	5,19				36,14	10,17			
KAG nedeni											
Kontrol	20	44,00	7,57			1-2	36,05	10,22			
Tanı	80	48,09	7,74	7,634	0,022*	2-3	38,93	8,02	3,516	0,172	
Girişimsel	14	44,50	6,10				35,29	9,42			
Ailede KAG yapılan birey											
Var	13	41,62	7,53				36,38	7,31			
Yok	101	47,61	7,47	-2,584	0,010*		38,18	8,83	-0,629	0,529	

* $p < 0,05$

Tablo 4.8.'de hastaların koroner anjiyografi ile ilgili özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların koroner anjiyografi sayısına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastaların KAG nedenlerine göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Tanı amacıyla KAG yapılan hastaların (\bar{x} : 48,09), durumluk kaygı puan ortalamaları kontrol (\bar{x} : 44,00) ve girişimsel (\bar{x} : 44,50) amacıyla KAG yapılan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların KAG sayısına venedenine göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır edilmiştir ($p>0,05$). Hastaların ailelerinde KAG yapılan birey olması durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ($p<0,05$), ailesinde KAG yapılan birey olan hastaların durumluk kaygı puan ortalaması (\bar{x} : 41,62), olmayan hastalardan (\bar{x} : 47,61) düşük bulunmuştur. Ailesinde KAG yapılan birey olan hastaların sürekli kaygı puan ortalaması (\bar{x} : 36,38), olmayan hastalardan (\bar{x} : 38,18), daha düşük olup aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.9.Hastaların KAG ile ilgili bilgi alma durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları (n=114)

Bilgi alma ile ilgili özellikler	n	\bar{x}	Durumluk Kaygı				Fark	\bar{x}	Sürekli Kaygı			
			S	Z / X ²	p	Fark			S	Z / X ²	p	Fark
Bilgi alma durumu												
Alan	112	46,75	7,56				37,98	8,62				
Almayan	2	57,00	11,31	-1,405	0,160		37,50	14,85	-0,151	0,880		
Bilgi alma zamanı												
Servise yattıktan sonra	21	48,71	8,54				41,29	7,18				
KAG yapılacağı söylendiğinde	91	46,30	7,29	-1,221	0,222		37,22	8,78	-2,063	0,039*		
Alınan bilginin yeterli olma durumu												
Yeterli	99	46,47	6,80				38,13	8,74				
Yeterli değil	13	48,85	12,04	-0,901	0,368		36,85	7,86	-0,286	0,775		
İşleme alınacağını zamanı bilme												
Bilen	30	42,93	7,78				33,60	8,11				
Bilmeyen	84	48,36	7,17	-2,948	0,003*		39,54	8,35	-3,259	0,001*		

* $p < 0,05$

Tablo 4.9’de hastaların KAG ile ilgili bilgi alma durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları yer almaktadır.

Hastaların anjiyografi ile ilgili bilgi alma, bilgi alma zamanı, alınan bilginin yeterli olma durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmaya dahil edilen hastaların işleme alınacağını zamanı bilme durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İşleme alınacağı zamanı bilen (\bar{x} : 42,93), hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları bilmeyen (\bar{x} : 48,36), hastalara göre daha düşük bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların anjiyografi ile ilgili bilgi alma, alınan bilginin yeterli olması durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Hastaların bilgi alma zamanına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve servise yattıktan sonra bilgi alan hastaların (\bar{x} : 41,29), sürekli kaygı puan ortalamaları KAG yapılacağı söylendiğinde bilgi alan hastalara (\bar{x} : 337,22) göre yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Hastaların işleme saat kaçta alınacağını bilme durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İşleme saat kaçta alınacağını bilen (\bar{x} : 33,60), hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları bilmeyen (\bar{x} : 39,54), hastalara göre düşük bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde, hastaların koroner anjiyografi öncesi kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulguların tartışması yer almaktadır.

Kaygı, kişiye tehlikeyi haber veren ve bu tehlike ile başa çıkması için önlem almaya iten bir sinyaldir. (Köknel, 1982; Öz, 2010; Ançel, 2007). Hastaneye yatan bireyler, gerek hastalığın kendisinde oluşturduğu fiziksel etkiler, bilinmezlik korkusu gibi etkenlere bağlı stresli durumlar karşısında gerilim, huzursuzluk ve karmaşık tepkilerinin sonucu kaygı duymaktadır (Cüceoğlu, 2004; Türker, 2015). Bu durum, bireylerde durumluk kaygı olarak tanımlanmaktadır. İnvaziv girişim nedeniyle hastaneye yatan hastalarda, hastalığa yüklenen anlam, hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişiler, bilinmeyen aletler, işlemler, tedaviler, anlaşılmayan ve alışık olunmayan teknik dil gibi nedenlere bağlı durumluk kaygı artmaktadır. (Albayrak ve ark., 2007; Erdemir, 2005; Gürsoy, 2001). Koroner anjiyografi, invaziv bir işlem olması nedeniyle bireylerde durumluk kaygı düzeyini artırmaktadır. Koroner anjiyografi için hastaneye gelen bireylerde daha önce edindiği deneyim, işlem hakkında bilgi sahibi olması, ailesinde koroner anjiyografi olan bireyin bulunması gibi nedenler işleme olan bakış açısını etkilemektedir (Cüceoğlu, 2004; Öz, 2010).

Yapılan literatür incelemesinde koroner anjiyografi öncesi hastaların durumluk kaygı puan ortalamalarının sürekli kaygı puan ortalamalarından yüksek olduğu saptanmıştır (Türker, 2015; Duradimir, 1993; Ekiz, 2003). Yaptığımız çalışmada, koroner anjiyografi işlemi öncesi hastaların durumluk kaygı puan ortalaması ($x \pm 46,93 \pm 7,68$), sürekli kaygı puan ortalamasından ($x \pm 37,97 \pm 8,66$) yüksek bulunmuştur. Hastaların invaziv işlemlerde olduğu gibi koroner anjiyografi işleminde de durumluk kaygı puan ortalamasının, sürekli kaygı puan ortalamasından yüksek olduğu ve hastaların durumluk kaygı yaşadığı söylenebilir. Çalışmamız, literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Koroner anjiyografi öncesi cinsiyetin kaygı düzeyine etkisine bakıldığında; çalışmamızda erkek hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları ($x \pm 49,27$, $x \pm 40,67$), kadın hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarına ($x \pm 45,98$, $x \pm 36,88$) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuçlar Türker'in (2015) verilerine

paralellik göstermekle birlikte (Türker, 2015), bazı çalışmalarda kadın hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamasının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Doğan, 2018; Yılmaz ve ark., 2012; Vizeli, 2010; Jawaidve ark., 2007). Yapılan çalışmalarda, kadın hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu bu durumun kadınların daha hassas bir karaktere sahip olmaları, detaycı olmaları, sorumluluklarının fazla olmasından (ev kadını, iş kadını, anne, eş vb.) kaynaklanıyor olabilir. Yaptığımız çalışmada, erkek hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek olması erkek hastaların duygularını ifade edemediklerinden kaynaklı olabilir.

Yapılan literatür taramasında, yaşın artmasıyla birlikte koroner anjiyografi öncesi durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır (Türker, 2015; Yıldız, 2011; Doğan, 2018; Alacadağ, 2016). Ekiz'in (2005) çalışmasında ise; yaşa göre hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ekiz, 2005). Çalışmamızda yaşa göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının en yüksek 50-64 yaş grubunda ($x \pm 48,20$, $x \pm 40,11$), en düşük 49 yaş ve altı grupta olduğu ($x \pm 46,32$, $x \pm 33,89$) saptanmıştır. Bu durum, koroner anjiyografinin her yaş dönemi için tehdit olarak algılandığı ve kaygı kaynağı olmakla birlikte, yaşın artmasıyla bireylerde kaygının yükseldiği söylenebilir.

Koroner anjiyografi öncesi eğitim düzeyinin kaygı düzeyine etkisi incelendiğinde; Doğan'ın (2018) ve Vizeli 'nin (2010) çalışmalarında, durumluk ve sürekli kaygı puan ortalaması, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastaların, üniversite ve üzeri mezunu olan hastalara göre yüksek bulunmuştur (Doğan, 2018; Vizeli, 2010). Yapılan diğer çalışmalarda ise ilkokul mezunu olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları, üniversite ve üzeri mezunu olan hastalara göre düşük bulunmuştur (Yıldız, 2011; Türker, 2015; Alacadağ, 2016). Yaptığımız çalışmada ilköğretim mezunu olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları ($x \pm 49,74$, $x \pm 39,97$), diğer eğitim gruplarına göre yüksek bulunmuştur. Bu durumun nedeni, ilköğretim ve altı eğitim düzeyi olan hastaların, kaygı ile baş etme yöntemlerini, diğer eğitim düzeyi olan hastalara göre daha az kullanması, eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin, hastalık algısının arttığı, daha çok sorguladıkları ve araştırdıklarından ve etkin baş etme stratejileri geliştirdiklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan litaretür taramasında, evli hastaların anjiyografi öncesi durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları bekar hastalara göre yüksek bulunmuştur (Doğan, 2018; Yıldız, 2011). Alacadağ'ın (2016) çalışmasında ise, evli hastaların anjiyografi öncesi durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları, bekar hastalara göre düşük bulunmuştur (Alacadağ, 2016). Çalışmamızda evli hastaların ($x\pm 46,82$) durumluk kaygı puan ortalamaları, bekar hastalara ($x\pm 47,50$) göre daha düşük bulunmuştur. Sürekli kaygı puanlarına bakıldığında ise evli hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları ($x\pm 38,32$), bekar hastalara ($x\pm 36,11$) göre yüksek olduğu saptanmıştır. Medeni durumun, durumluk kaygı düzeyi üzerinde etkili olduğu, evli olmayan bireylerin destek faktörlerinin yetersizliği, toplumun bakış açısı ve yalnızlık duygusu gibi faktörler nedeniyle daha çok kaygı yaşayabilecekleri ve evli bireylerin aile içi destek mekanizmalarını daha aktif olarak kullanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Evli bireylerin sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olması, kendi sorumluluklarının yanı sıra aile bireylerini düşündüğünden kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, Doğan'ın (2018) çalışmasında, çocuğu olmayan hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları çocuğu olan hastalara göre düşük bulunmuştur (Doğan, 2018). Türker'in (2015) çalışmasında, çocuğu olmayan hastaların, çocuğu olan hastalara, göre durumluk kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Türker, 2015). Yaptığımız çalışmada, çocuğu olmayan hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları ($x\pm 44,50$, $x\pm 34,08$), çocuğu olan hastalara ($x\pm 47,22$, $x\pm 38,43$) göre düşük olduğu saptanmıştır. Çocuk sahibi olan bireylerin kaygı puan ortalamalarının yüksek olmasının nedeni olarak, ebeveyn rolleri ve sorumluluklara odaklı olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Doğan'ın (2018) çalışmasında, sosyal güvencesi olan hastaların, sosyal güvencesi olmayan hastalara göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (Doğan, 2018). Yıldız'ın (2011) çalışmasında ise, sosyal güvencesi olan hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları sosyal güvencesi olmayan hastalardan düşük bulunmuştur (Yıldız, 2011).

Yaptığımız çalışmada, sosyal güvencesi olan hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları ($x\pm 46,75$ $x\pm 37,76$), sosyal güvencesi olmayan hastalara ($x\pm 49,25$ $x\pm 40,75$) göre düşük olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi olan hastaların ilaç, araç,

gereç, hastane ve koroner anjiyografi işlemi masraflarını karşılama konusunda daha az kaygı yaşadığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yılmaz ve ark., (2012) çalışmasında, alkol ve sigara kullanan hastaların, alkol sigara kullanmayan ve henüz bırakmış olan hastalara göre durumluk- sürekli anksiyete puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2012). Yaptığımız çalışmada ise, sigara kullanan bireylerin ($x \pm 45,68$, $x \pm 36,52$) sigara kullanmayan bireylere ($x \pm 47,28$, $x \pm 38,38$) göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Alkol kullanan bireylerinde ($x \pm 45,42$ $x \pm 36,42$), alkol kullanmayan ($x \pm 47,23$ $x \pm 38,28$) bireylere göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Sigara ve alkol kullanan bireylerde, durumluk kaygı puan ortalamasının düşük olması bireylerin kaygı ile baş etmede sigara ve alkol kullanımını olumsuz baş etme teknikleri olarak tercih etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Yaptığımız çalışmada, tanısını bilen hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları ($x \pm 44,24$, $x \pm 36,12$), tanısını bilmeyen ($x \pm 48,39$, $x \pm 39,05$) ve tanısı henüz konulmayan hastalara ($x \pm 48,52$, $x \pm 38,97$) göre daha düşük bulunmuştur. Bireylerin tanısını bilme durumuna göre kaygı puan ortalamasının düşük olmasının nedeni, hastalık tanısı hakkında bilgi sahibi olmaları ve hastalığı ile baş etme yöntemlerini bilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Türker'in (2015) çalışmasında, tanı süresi 1-4 yıl olan hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları, daha uzun süre tanı alan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında ise, tanı süresi 10-14 yıl olan hastaların diğer tanı süresi olan hastalara göre yüksek olduğu belirtilmiştir (Türker, 2015).

Çalışmamızda, tanı konma süresine göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında, tanı konma süresi 1 yıl ve altı olan hastaların ($x \pm 46,00$, $x \pm 38,00$), daha uzun süre tanı alan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Tanı süresi kısa olan hastaların kaygı puan ortalamalarının yüksek olması, hastalıkları hakkında yeterince bilgi sahibi olmamasından, hastalıkları ile baş etme tekniklerini yeterince öğrenmemiş olmalarından ve hastalığı inkar sürecinde olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Doğan'ın (2018) çalışmasında, başka hastalığı olan hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları, başka hastalığı olmayan hastalardan düşük bulunmuştur

(Doğan, 2018). Polat'ın (2018) alışmasında, başka hastalığı olan hastaların olmayan hastalara göre durumluk ve sürekli kayđı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Polat, 2018). Yaptığımız çalışmada, başka hastalığı olan hastaların durumluk kayđı puan ortalamaları ($x\pm 46,63$), olmayan hastalara ($x\pm 47,77$) göre düşük bulunmuştur. Sürekli kayđı puan ortalamalarına bakıldığında ise, başka hastalığı olan hastaların kayđı puan ortalamaları ($x\pm 38,06$), olmayan hastalara ($x\pm 37,73$) göre yüksek bulunmuştur. Koroner arter hastalığına ek hastalığı olan hastaların durumluk kayđı puan ortalamalarının düşük olmasının nedeni olarak hastalıklarla baş etme tekniklerine ve hastalıkların komplikasyonlarına karşı deneyimli olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yapılan alışmalar incelendiğinde; ilaç kullanan hastaların ilaç kullanmayan hastalara göre durumluk kayđı puan ortalamalarının düşük olduğu söylenebilir (Doğan, 2018; Türker, 2015). Yaptığımız çalışmada ise; ilaç kullanan hastaların durumluk- sürekli kayđı puan ortalamaları ($x\pm 46,95$, $x\pm 38,12$), ilaç kullanmayan hastalara ($x\pm 46,88$, $x\pm 37,61$) göre yüksek olduğu bulunmuştur. İlaç kullanan bireylerin kayđı düzeyinin yüksek olması, KAG işleminden sonra ilaçlarına devam edip etmeyeceğini bilmemesine bağlı olabilir

Türker'in (2015) alışmasında, ailesinde KAH bulunan hastaların, bulunmayan hastalara göre durumluk- sürekli kayđı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Türker, 2015). Doğan'ın (2018) alışmasında ise, ailesinde KAH bulunan hastaların durumluk-sürekli kayđı puan ortalamaları, bulunmayan hastalara göre düşük olduğu saptanmıştır (Doğan, 2018). Yaptığımız çalışmada, ailesinde KAH bulunan hastaların durumluk ve sürekli kayđı puan ortalamaları ($x\pm 44,72$ $x\pm 34,14$), bulunmayan hastalara ($x\pm 47,68$ $x\pm 39,28$) göre düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, ailesinde KAH bulunan hastaların, çevresindeki bireylerden yaşadığı deneyimlerden kaynaklandığı söylenebilir.

Yapılan alışmalar incelendiğinde, poliklinikten başvuran hastaların durumluk-sürekli kayđı puan ortalamaları, acil servise başvuran hastalardan yüksek olduğu saptanmıştır (Türker, 2015; Doğan, 2018). Yaptığımız çalışmada da, polikliniğe başvuran hastaların durumluk kayđı puan ortalamaları ($x\pm 47,05$), acil servise başvuran hastalardan ($x\pm 46,66$) yüksek bulunmuştur. Sürekli kayđı puan ortalamaları ise

polikliniğe başvuran hastaların ($x\pm 37,91$), acil servise başvuran hastalara ($x\pm 38,11$) göre düşük bulunmuştur.

Bireylerin hastaneye başvurma şekli, kaygı yaşanmasına neden olabilmektedir. Bireylerde, poliklinik başvurusunda anjiyografi beklentisi olduğu için durumluk kaygı düzeylerinde yükselme görülebilmektedir.

Yıldız'ın (2011) çalışmasında, daha önce hastaneye yatan hastaların hastaneye yatmayan hastalara göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Yıldız, 2011). Vizeli 'nin (2010) çalışmasında, hastaların daha önce hastanede yatmış olma durumuna göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır (Vizeli, 2010). Yaptığımız çalışmada, daha önce KAH nedeniyle hastaneye yatan ($x\pm 46,75$) hastaların, hastaneye yatmayan ($x\pm 47,10$) hastalara göre durumluk kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Sürekli kaygı puanlarına bakıldığında ise hastaneye yatan ($x\pm 38,45$) hastaların, hastaneye yatmayan ($x\pm 37,52$) hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Durumluk kaygı puan ortalamalarının hastaneye yatan bireylerde yüksek olmasının nedeni, bireylerin hastanede yatmanın neden olduğu olumsuz deneyimleri yaşamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, hastaneye bir kez yatan bireylerin ($x\pm 49,17$, $x\pm 42,54$), hastaneye iki kez ($x\pm 45,30$, $x\pm 35,52$), üç kez ve üzeri yatan bireylere ($x\pm 44,00$, $x\pm 35,00$) göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni hastaneye tekrarlı yatışların olması bireylerin işlemlerle ilgili deneyim ve bilgilerinin artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Doğan'ın (2018) çalışmasında, ailesinde koroner anjiyografi yapılmış birey olan hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları, olmayan hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Doğan, 2018). Türker'in (2015) çalışmasında, ailesinde koroner anjiyografi yapılmış birey olan hastaların, olmayan hastalara göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Türker, 2015). Yaptığımız çalışmada, ailesinde koroner anjiyografi yapılmış birey olan hastaların ($x\pm 41,62$, $x\pm 34,14$), durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları ailesinde koroner anjiyografi yapılmış birey olmayan hastalara ($x\pm 47,61$, $x\pm 38,18$) göre daha düşük bulunmuştur. Ailesinde koroner anjiyografi yapılan hastaların durumluk- sürekli kaygı puan

ortalamlarının düşük olmasının nedeni, hasta yakınlarından koroner anjiyografi hakkında bilgiye ve deneyime sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Literatür incelendiğinde; Doğan'ın (2018) çalışmasında, bir kez koroner anjiyografi işlemi yapılan hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları, üç kez koroner anjiyografi işlemi yapılan hastalara göre yüksek bulunmuştur (Doğan, 2018). Türker'in (2015) çalışmasında ise, bir kez koroner anjiyografi işlemi yapılan hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları, dört kez ve üzeri koroner anjiyografi işlemi yapılan hastalara göre düşük bulunmuştur (Türker, 2015). Yaptığımız çalışmada, ilk kez koroner anjiyografi işlemi yapılan hastaların durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları ($x \pm 47,87$, $x \pm 39,04$), daha fazla koroner anjiyografi işlemi yapılan hastalara ($x \pm 43,79$, $x \pm 35,52$) göre yüksek bulunmuştur.

Bunun nedeni olarak, invaziv bir girişim olan koroner anjiyografi deneyimini ilk kez yaşayan bireylerde, sakat kalma, akut miyokard infarktüsü (AMI) geçirme gibi düşüncelerden ve daha önce bu deneyimi yaşamamasından dolayı kaygıya neden olduğu düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada, tanı nedeni ile koroner anjiyografi olan hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalaması ($x \pm 48,09$, $x \pm 38,93$) kontrol ($x \pm 44,00$, $x \pm 36,05$) ve girişimsel neden ($x \pm 44,50$, $x \pm 35,29$) ile koroner anjiyografi olan hastalardan yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, tanısı henüz konulmamasının verdiği korkudan kaynaklı kaygı olabilir.

Yaptığımız çalışmada, servise yattıktan sonra bilgi alanların ($x \pm 48,71$, $x \pm 41,29$) durumluk- sürekli kaygı puan ortalaması, koroner anjiyografi yapılacağı söylendiğinde bilgi alanlara ($x \pm 46,30$, $x \pm 37,22$), göre yüksek bulunmuştur. Koroner anjiyografi hakkında bilgi alma zamanının kaygıyı etkilediği düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada, alınan bilginin yeterli olduğunu belirten hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ($x \pm 46,47$), alınan bilginin yeterli olmadığını belirten hastalara ($x \pm 48,85$) göre düşük bulunmuştur. Sürekli kaygı puanlarına bakıldığında ise alınan bilginin yeterli olduğunu belirten hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları ($x \pm 38,13$), alınan bilginin yeterli olmadığını belirten hastalara ($x \pm 36,85$) göre yüksek bulunmuştur. Durumluk kaygı puan ortalamasının düşük olmasının nedeni verilen bilginin koroner anjiyografi işlemine duyulan kaygıyı azalttığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada, işleme saat kaçta alınacağını bilen hastaların durumluk sürekli kaygı puan ortalamaları ($x\pm 42,93$, $x\pm 33,60$), saat kaçta alınacağını bilmeyen hastalara ($x\pm 48,36$, $x\pm 39,54$) göre daha düşük bulunmuştur. Koroner anjiyografiye alınacağı zamanı bilmenin kaygıyı azalttığı düşünülmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda literatüre paralel olarak (Türker, 2015; Doğan, 2018; Ekiz, 2003) invaziv bir işlem olan koroner anjiyografide, durumluk kaygı puan ortalamasını yaş, cinsiyet, eğitim durumu, işleme saat kaçta alınacağını bilme durumu, hastaneye yatış sayısının etkilediği söylenebilir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Koroner anjiyografi öncesi bireylerde kaygı düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya kapsamına alınan hastaların %71,05'i kadın, yaş ortalaması $60,17 \pm 12,27$ 'dir. Hastaların %30,70'inin ilköğretim ve altı mezunu olduğu, %84,21'inin evli, %89,47'sinin çocuk sahibi, % 64,91'inin üç ve üzeri sayıda çocuğu olduğu saptanmıştır. Hastaların %42,11'i emekli, %92,98'inin sosyal güvencesi vardır. Hastaların %53,51'inin eşiyle yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %21,93'ü sigara, % 16,67'si alkol kullandığını ifade etmiştir.

Hastaların %35,96'sının tanısını bildiği, tanı konan hastaların %48,78'ine 3 yıl ve daha uzun bir süre önce tanı konduğu, %73,68'inde başka kronik hastalık bulunduğu, %71,05'inin düzenli olarak ilaç kullandığı saptanmıştır. Hastaların %69,30'u hastaneye poliklinikten başvurmuştur. Hastaların ailesinde, koroner arter hastalığı olanların %25,44 ve koroner anjiyografi uygulananların % 11,40 olduğu belirlenmiştir. Hastaların %72,81'inin bir defa KAG olduğu, %69,30'unun tanı amacıyla KAG yapıldığı saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastaların %98,25'i anjiyografi ile ilgili bilgi aldığını, %86,84'ü alınan bilgiyi yeterli bulduğunu ifade etmiştir.

Araştırmaya kapsamına alınan hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının $46,93 \pm 7,68$ ve sürekli kaygı puan ortalamasının $37,97 \pm 8,66$ olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, tanısını bilme durumu, KAH nedeniyle yatış yapan hastaların yatış sayısı, ailelerinde KAG yapılan birey olması, KAG nedeni, işleme saat kaçta alınacağını bilme durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde aradaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, ailesinde KAH tanısı alan birey olması, yatış sayısı, bilgi alma zamanı, işleme saat kaçta alınacağını bilme durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$).

6.2.Öneriler

Hastaların koroner anjiyografi öncesi kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

1. Koroner anjiyografi uygulanacak olan hastaların durumluk kaygısının hemşirelik bakımının bir parçası olarak belirlenmesi,
2. Koroner anjiyografi uygulanacak olan hastalara verilecek bakımda kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin (cinsiyet, eğitim düzeyi, tanısını bilme durumu, KAH nedeniyle yatış yapan hastaların yatış sayısı, ailelerinde KAG yapılan birey olması, KAG nedeni, işleme saat kaçta alınacağını bilme) dikkate alınarak bakımın planlanması,
3. Araştırma bulgularına göre broşür düzenlenerek hastalara eğitim verilmesi,
4. Serviste çalışan hemşirelere, koroner anjiyografi olacak hastalarda kaygıya neden olabilecek faktörler, kaygının işlem sürece etkisi ve kaygıyı azaltmaya yönelik girişimler konusunda düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimler verilmesi,
5. Araştırmanın daha geniş bir popülasyonda tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Abrahamov D, Bhatnagar G, Goldman B Cerrahi Ne Zaman Endikedir? Editörler: Soltoski PR, Karamaoukian HL, Salerno TA. Çeviren: Erentuğ V, Polat A. Kalp Cerrahisi Sırları, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2006; s: 82-8.
- ACC/AHA. Guidelines for coronary angiography, scanlon and faxon ACC/AHA coronary angiography guidelines. JACC. 1999; 1756–1824.
- Agostoni P, Biondi GG, Benedictis M. Radial versus femoral approach for percutaneous coronary diagnostic and interventional procedures; Systematic overview and meta-analysis of randomized trials. Journal of the American College of Cardiology 2. 2014; s: 349-56.
- Ağçal C, Tanrıverdi H. Kılavuzlar ışığında kardiyoloji uygulamaları. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara; 2003; s: 61-74.
- Akbayrak N, Erkal Ş, İlhan S, Ançel G. Hemşirelik bakım planları, Alter Yayıncılık, Ankara; 2007; p: 211-222.
- Akçalı FÖ. Kaygı Seviyesinin Empatik Beceriye Etkisi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1991, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H Tan).
- Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Genişletilmiş 2. baskı, Ankara; 2005; p: 433- 486.
- Akkuş N, Çiçek D, Cin VG, Özcan T. Perkütan Koroner Girişimler Sonrası Femoral Vasküler Komplikasyonlar. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2004; 4(1): 39-44.
- Alacadağ, M. Günübürlük Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Trabzon (Danışman: Doç. Dr. D Çilingir).
- Alpine Wm. Heart And Coronary Arteries.1975 New York: Springer Verlag.
- Ançel G. Cerrahi ve Dahili Hastalıklarda Anksiyete Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Hemşirelik Bakım Planları, Birlik Matbaası, 1.Basım, Ankara; 2007; 2(4): 59-66.
- Avrupa Klinik Uygulamalarda Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu, ESC Klavuzları. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2012; 40(1): 126-128.
- 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).

- Balcı A. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel İşitsel Eğitimin Fizyolojik Ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Enç).
- Bayraktar N. Bulut H.D Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi. Ameliyathane Özel Sayısı, 2000; 3(6): 34-38.
- Birtağil M, Başbuğ HS, Göçer H, Günerhan Y, Karakurt A. Koroner anjiyografi sonucu gelişen vasküler komplikasyonlara yaklaşımlarımız. Damar Cer Derg 2014;23(3):164-8.
- Campeau L. Percutaneous radial artery approach for coronary angiography. Cathet Cardiovasc Diagn 1989; 16:3-7.
- Candan İ, Oral D. Koroner Anjiyografi nedir? Kardiyoloji. Ankara: ANTIP A.Ş. 2002; 227-270. Cathet Cardiovasc Diagn 1989;16: 3-7.
- Cimilli C. Cerrahide Anksiyete. Klinik Psikiyatri, 2001; 4(3): 182-186.
- Cox N, Resnic FS, Popma JJ. Comparison of the risk of vascular complications associated with femoral and radial access coronary catheterization procedures in obese versus nonobese patients. Am J Cardiol, 2004; 94: 1174-1177
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları, İstanbul 2005; Remzi Kitabevi.
- Çürük GN, Görüş S, Bayındır SK, Doğan, Z. Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda müzik terapinin anksiyete düzeyi ve yaşam bulgularına etkisi, 2018; Randomize Kontrollü Çalışma.
- Demir Ö, Arslantaş H. Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisinin belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2014; 5(3):113
- Demir Ö. Koroner Anjiyografi ve Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Aydın (Danışman: Doç. Dr. H Arslantaş).
- Doğan A. Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalara İşlem Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi (Sivas İli Örneği). Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Trabzon (Danışman: Dr. Ulutaşdemir).
- Doğan MV, Şenturan L. The Effect Of Music Therapy On The Level Of Anxiety İn The Patients Undergoing Coronary Angiography. Open Journal Of Nursing, 2012; 2(03), 165.

- Dostbil Z, Atılgan ZA, Tekbaş E, Kaya B, Kaya S, Çil, H. Miyokard perfüzyon sintigrafisi, eforlu ekg ve koroner anjiyografi sonuçlarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*,2010; 37(2): 104-108.
- Durademir AB. İlk kez Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda ve Hastaların Eşlerinde Anksiyete Düzeylerinin Saptanması İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 1993, İstanbul (Danışman: N Sabuncu).
- Ede H, Karaçavuş S, Erbay, A. Miyokard perfüzyon sintigrafisinin uygulanması ve kardiyolojide kullanımı. *Bozok Tıp Dergisi*, 2015; 5(1): 59-65.
- Ekinci M, Okanlı A. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 4(2).
- Ekiz S, Göz F. Koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8(1):20-29
- Ekiz S. Koroner Anjiyografi Öncesi Hastaları Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2003, Kocaeli (Danışman: F. Göz).
- Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (7. bs.). İstanbul; 2005, Nobel Kitabevi
- Erdil F, Elbaş Özhan N. *Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği* (2. bs.). Ankara; 2008, Aydoğdu Ofset Matbaası.
- Freud, S. *A General Introduction to Psychoanalysis*; Trans. by G. Stanley Hall. New York: Boni and Liveright, 1920; Bartleby.com, 2010.
- Freud S. *The Ego And The İd*. Stellar Classics, Trans. Seattle: Stellar House Publishing, 1923; Bartleby.com, 2013.
- Gök H. *Klinik Kardiyoloji*. Geliştirilmiş 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, Konya; 2002, s: 155-185.
- Gökgündüz Ö. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2005, Kayseri (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S TAŞÇI).
- 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.
- Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden hastaların gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2001, 3(6): 34-38.

- Haverkate F, Thompson SG, Pyke SD, Gallimore JR, Pepys MB. Production Of C-Reactive Protein And Risk Of Coronary Events In Stable And Unstable Angina. European Concerted Action On Thrombosis And Disabilities Angina Pectoris Study Group. Lancet. 1997; 349:462-6. Hemşirelik Forumu 2004; 5: 39-44.
- Hildick-Smith DJ, Walsh JT, Lowe MD, Petch MC. Coronary Angiography In The Fully Anticoagulated Patient: The Transradial Route Is Successful And Safe. Catheterization And Cardiovascular Interventions: Official Journal Of The Society For Cardiac Angiography and Interventions 2003;58:8-10.
- Horne BD, Anderson JL, John JM. Which White Blood Cell Subtypes Predict Increased Cardiovascular Risk? J Am Coll Cardiol. 2005. 45: 1638-43.
- Karadağ B. Kararlı angina pektorisde girişimsel yaklaşım. Koroner Anjiyografi ve Revaskülarizasyon Stratejileri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Kardiyoloji Gündemi Sempozyumu, İstanbul, 2008, 64: 89-102.
- 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).
- Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8(2): 113-120.
- Kayhan C. Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkinin İncelenmesi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2003, Afyonkarahisar (Danışman ON Dilek).
- Kiemeneij F, Laarman GJ. Percutaneous Transradial Artery Approach For Coronary Stent Implantation. Catheterization And Cardiovascular Diagnosis 1993; 30: 3-8.
- Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. Duygu Durum Dizisi, 2000; 1 (1): 5-11.
- Koroğlu E. Birinci Basamakta Psikiyatri El Kitabı. Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara, 2009; p:79- 95.
- Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O. Ameliyat Olan ve Olmayan Kronik Vasküler Hastalığı Olan Olgularda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001; 2(4), s: 213-221.
- Kültürsay H. Koroner Kalp Hastalarında Yüksek Risk Kavramı. İzmir. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı. Ana Kar Der, 2002; 2: 61-64.
- Louvard Y, Benamer H, Garot P. Comparison of transradial and transfemoral approaches for coronary angiography and angioplasty in octogenarians, Am J Cardiol, 2004; 94, s:1177-1180.

- Marden S. Coronary Anatomy And Physiology. 2003. Baltimore: Lippincott And Williams & Wilkin.
- Mavili E, Şenol S Türk radyoloji semineri: Temel anjiyografi, arter girim yolları ve malzeme tanıtımı, 2015; (3) s: 247-254.
- Nişancı Y. Koroner anjiyografinin gerekli olmadığı durumlar. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2005; s: 53- 55.
- Onat A. Koroner Arter Hastalığı Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 1999; 27 (5), s: 281-290.
- Onat A, Karakoyun S, Akbaş T, Özpamuk KF, Karadeniz Y, Çakır H. TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı: Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2015; 43(4), s: 326-332.
- Onat A, Yüksel M, Köroğlu B, Gümrükçüoğlu HA, Aydın M, Çakmak HA, Can G. Turkish Adult Risk Factor Study survey 2012: overall and coronary mortality and trends in the prevalence of metabolic syndrome. Archives of the Turkish Society of Cardiology, 2013; 41(5), s: 373-378.
- Öner N, Le Compte A. Süreksiz (Durumluk) Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 1985; s:105-113.
- Öz F.Sağlık Alanında Temel Kavramlar (2. bs.). Ankara: 2010; Mattek Matbaacılık.
- Özalp G, Sarıoğlu R, Tuncel G, Aslan K, Kadioğulları N. Preoperative emotional satates in aptients with breast cancer and postoperative pain. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2003; 47(1), s: 26-29.
- Özkan M, Erol Ç, Ata N, Aytakin S, Başaran Y, Küçükoğlu S. Klinik Ekokardiyografi Ve Diğer Görüntüleme Yöntemleri. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007; s:203-215.
- Özkan A. Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. Türk Kardiyoloji Dergisi Arşivi, 2013; 41 (1), 1-3.
- Öztürk E, Sivrioğlu AK. Normal Koroner Anatomi ve Varyasyonlar. Türk Radyoloji Seminerleri, 2013; 1, s: 36-56.
- Öztürk O. Neurotic, stress-related and somatoform disorders. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti; 2004; p.343-9.
- Polat N. Koroner Anjiyografi Öncesi Bilgilendirmenin Hastaların Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Köşgeroğlu).

- Sertbaş G, Bahar A. Nursing interventions for coping with anxiety and anxiety. Hemşirelik Forumu, 2004, p:39-44.
- Spielberger CD. Anxiety: Current Trend İn Theory And Research. New York: 1972, Akademic Press
- Taçoy G, Timurkaynak T. Tanısal ve tedavi edici girişimsel koroner arter işlemlerinde radyal arter kullanımının yeri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2014; 38(1), 50-56.
- Thomas JD. Kardiyovasküler Görüntüleme. (Ed: Topol E) Textbook of Cardiovascular Medicine, 1. baskı, Düzey Matbaa, İstanbul, 2005; s: 1031-1295
- Thomson PD. Koruyucu kardiyoloji. (Ed: Topol E) Textbook of Cardiovascular Medicine.1.baskı, Düzey Matbaa, İstanbul, 2005; s:1-257.
- Topol J. Textbook Of Cardiovascular Medicine. Çeviren: Kozan Ö. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2008; s: 1227-1228.
- Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular Disease in Europe : Epidemiological Update, European Heart Journal, 2015; 37: 3232-3245
- Türe A. Çocuklara Yönelik Günübirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Afyon (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Korkmaz).
- Türker. E. (2015). Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların ve Eşlerinin Anksiyeteleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara (Danışman: Prof. Dr. T Bedük).
- Vizeli M. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. L Şenturan).
- Yalçın R, Cemri M, Boyacı B. Koroner arter hastalığı, Gazi Tıp Dergisi, 2006, 17: (1): 1-33.
- Yel P. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2009, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Ünsar).
- Yeşil P. Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Fiziksel Aktivitenin Önemi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Mersin (Danışman Doç. Dr. M Altıok).
- Yeşil P, Altıok M. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi-Turk Soc.Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 2012.

- Yıldız D. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Yakındoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Lefkoşa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G Sala Razı).
- 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.
- Yiğit F, Sezgin AT, Erol T, Demircan S, Tekin G, Katırcıbaşı T. Experience on radial versus femoral approach for diagnostic coronary angiography in Turkey. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2006; 6: 229-34.
- 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).
- Ziakas A, Klinke P, Mildenerger R. Comparison Of The Radial And The Femoral Approaches İn Percutaneous Coronary İntervention For Acute Myocardial İnfarction. The American Journal Of Cardiology 2003;91:598-600.
- Zümrütdal A. Sıvı Elektrolit Tedavisinde Temel Prensipler. Anatolian Journal Of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2013; 13(2).

EK 1: HASTA TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

BÖLÜM I.Hastaların bazı tanıtıcı özellikleri

1-Cinsiyetiniz?

A. Erkek B.Kadın

2-Yaşınız:.....

3-Eğitim düzeyiniz?

A.Okur-Yazar Değil B.Okur –Yazar C.İlkokul
D. Ortaokul E.Lise F.Üniversite ve Üzeri

4-Medeni Durumunuz?

A.Evli B.Bekar

5-Kaç çocuğunuz bulunmaktadır?

A.Yok B.1 C.2
D.3 E.4 ve üzeri

6-Çalışma Statünüz Nedir?

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

5-Sosyal güvenceniz?

A.Var B.Yok

6-Kiminle birlikte yaşamaktasınız?

A.Yalnız B.Eşimle C.Eşim ve çocuklar
D.Diğer aile üyeleri (Anne, baba, kardeşler, gelin, torun, v.b.)

18- Ailenizde Koroner Anjiyografi (KAG) yapılan var mı?

A. Evet B.Hayır

19-Soruya yanıtınız''Evet'' ise açıkça belirtiniz.

20-Bu kaçınıcı KAG?

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

21-KAG nedeniniz nedir?

A.kontrol B.tanı
C.girişimsel (stent, PTKA) D diğeri

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

A.Evet B.Hayır

23-Ne zaman bilgi aldınız

A.Servise yattıktan sonra
B.KAG yapılacağı söylendiğinde
C.KAG'ya giderken

24- Koroner Anjiyografi hakkında size verilen bilgiler nelerdir?

25-Soruya yanıtınız ''Evet'' ise sizin için yeterli oldu mu?

A.Evet B.Hayır

26-Anjiyografi ile ilgili bilmek istediğiniz konular nelerdir? Açıklayınız.

27-Anjiyografi konusunda bu bilgileri kimden aldınız?

A.Hemşire B.Hekim C.Hekim ve Hemşire

D.Arkadaş komşu ve akraba

F.Sosyal medya ve iletişim araçları

28-Anjiyografi işlemine saat kaçta alınacağınızı biliyor musunuz?

A.Evet

B.Hayır

29-Sigara kullanıyor musunuz?

A.Evet

B.Hayır

30-Alkol kullanıyor musunuz?

A.Evet

B.Hayır

EK 2: Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sınırlarım 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.	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Durumluk -Sürekli Kaygı Ölçeği - Devamı

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüznü 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 kırıklıklarımı 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)

EK 3: Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurul İzni

EK: 826-2019



ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi :28.02.2019
Toplantı No : 2019/66
Proje No : 750

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu'nun sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2019/66-750 proje numaralı ve "Hastaların Koroner Anjiyografi Öncesi Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur (BAŞKAN)
2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder (ÜYE) KATILMADI
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz (ÜYE)
4. Prof. Dr. Şahan Saygı (ÜYE)
5. Prof. Dr. Şanda Çalı (ÜYE)
6. Prof. Dr. Nedim Çakır (ÜYE)
7. Prof. Dr. Kaan Erler (ÜYE) KATILMADI
8. Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz (ÜYE)
9. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik (ÜYE) KATILMADI
10. Doç. Dr. Emil Mammadov (ÜYE)

EK 4:Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği İzni



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

21/02/2019

YDH-161/2019

Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu
Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Ece Nur Gören'in "Hastaların Koroner Anjiyografi Öncesi Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması uygun görülmüştür. Saygı ile bilginize getirilir.

Dr. Sevin ERKMEN
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Başhekim



EK 5: Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Ece Nur GÖREN tarafından Hemşirelik Anabilim Dalları'nda Koroner Anjiyografi Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi konusunda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güvence verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Ece Nur GÖREN' 05338860748 (cep) no'lu telefonlardan ve ecemim_brc@hotmail.com mail adresinden arayabileceğimi biliyorum Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti kabul ediyorum. İmzalı bu kâğıdın bir kopyası bana verilecektir.

Araştırmacının:

Katılımcının:

Adı Soyadı: Ece Nur GÖREN

Adı Soyadı:

İmza:

İmza:

EK 6: ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ecenur	Soyadı	GÖREN
Doğum Yeri	İstanbul/Bakırköy	Doğum Tarihi	27/07/1993
Uyruğu	T.C	Tel	05333383729
E mail	ecemim_brc@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Dalaman Öztaş Anadolu Lisesi	2012
Lisans	Yakın Doğu Üniversitesi	2017

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2017-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Ales Puanı	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
	56,28223	54,61879	63,36205

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Excel, Word, Power Point, SPSS	iyi

Katıldığım Bilimsel Faaliyetler:

Aralık 2013: Yakın Doğu Üniversitesi-Çağımızın Vebası AIDS Katılım Sertifikası

Şubat 2015: Kuzey Kıbrıs Acil Tıp Günleri Acil Serviste Kritik Hasta Bakımında Ekip Anlayışı Sempozyumu

Nisan 2015: 14.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Sözel Bildiri Sunumu

Nisan 2015: 14.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Sağlık Kurumlarında Kalite-Standardizasyon Kursu Katılım Belgesi

Nisan 2015: 14.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Stresle Başetmede Bilişlerin Yönetimi Kursu Katılım Belgesi

Şubat 2016: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Sigarasız Bir Hayat Eğitimi Katılım Belgesi

Mayıs 2016: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Felçte Erken Müdahale Hayat Kurtarır Semineri

Ekim 2016: Yakın Doğu Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü İş Sağlığı ve Güvenliği Temel Eğitim Kursu Katılım Belgesi,

Ekim 2017: 20. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Hipoglisemi Korkusu Poster Bildirisi

Mayıs 2019: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Iv.153 Acil Servis Sempozyumu Katılım Belgesi

Ekim 2019: 19.Ulusal Vasküler ve Endovasküler Cerrahi Kongresi, 10. Ulusal Fleboloji Kongresi Katılım Belgesi

