

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

**KORONER ANJİOGRAFİ UYGULANACAK HASTALARA
VERİLECEK EĞİTİMİN KAYGI DÜZEYLERİNE
ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Özlem GÖKGÜNDÜZ**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr.Sultan TAŞÇI**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005
KAYSERİ**

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

**KORONER ANJİOGRAFİ UYGULANACAK HASTALARA
VERİLECEK EĞİTİMİN KAYGI DÜZEYLERİNE
ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Özlem GÖKGÜNDÜZ**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr.Sultan TAŞCI**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005
KAYSERİ**

Yrd.Doç.Dr.Sultan TAŞCI danışmanlığında **Özlem GÖKGÜNDÜZ** tarafından hazırlanan “**Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

14/09/2005

(Tez savunma sınav tarihi yazılacak)

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof.Dr. Ümit SEVİĞ

Üye : Doç.Dr. Namık Kemal ERYOL

Üye : Yrd.Doç.Dr. Sultan TAŞCI

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Enstitü Müdürü
Prof.Dr. Meral AŞÇIOĞLU

TEŐEKKÖR

Çalıőmamı yönlendiren ve destekleyen Sayın Yrd.Doç.Dr Sultan TAŞCI, Sayın Prof.Dr.Ömit SEVİĞ'e, araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli ortamı sağlayan Erciyes Üniversitesi Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi personeline, Kardiyoloji Anabilim Dalı Baőkkanı Doç.Dr. Namık Kemal ERYOL'a, araştırma verilerinin toplanmasında ve yazılmasında yardım eden sayın Meral SAMATLIOĞLU ve Emre CEYHAN'a, tez çalışması süresince destek veren aileme katkılarından dolayı içtenlikle teőkükür ederim.

KORONER ANJİOGRAFİ UYGULANACAK HASTALARA VERİLECEK EĞİTİMİN KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

ÖZET

Araştırma koroner anjiografi olacak hastalara verilen eğitimin hastaların kaygı düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Erciyes Üniversitesi Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesine 2004-2005 yıllarında başvuran tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmada ilk kez anjiografi olacak 50'si deney, 50'si kontrol grubunda olmak üzere 100 birey örneklem kapsamına alınmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından 1.11.2004 – 28.02.2005 tarihleri arasında anket formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin uygulanmasıyla toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, yüzdellik Independent- Samples T testi, Paired-Samples T testi ve One Way ANOVA testleri kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; deney grubundaki bireylerin %96.0'ı, kontrol grubundaki bireylerin %86.0'ı daha önce hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi almadıklarının ifade etmişlerdir. Anjiografi öncesi eğitim verilen deney grubunun durumluk kaygı puan ortalamalarında işlem sonrasında azalma saptanırken ($p < 0.05$), kontrol grubunda işlem sonrasında artma görülmüştür ($p > 0.05$). Deney grubunun işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalırken ($p > 0.05$), kontrol grubunda ise işlem öncesine göre artma tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Deney grubundaki kadınların, ilköğretim altında eğitim düzeyinde olanların, KAH tanısı olanların işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda ise, kadınların, medeni durumu dul olanların, önerilen tedavi kararı konsey olanların işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Anjiografiye ilişkin işlem öncesi verilen eğitimin, işlem sonrası durumluk ve sürekli kaygıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre;

Hastaların bireysel özelliklerine göre eğitim gereksinimlerinin saptanarak, planlı eğitimler verilmesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler : Eğitim, Kaygı, Koroner anjiografi, Hemşirelik

**THE EFFECT OF EDUCATION THAT WILL BE GIVEN TO PATIENTS WHO
WILL HAVE CORONARY ANGIOGRAPHY TO THEIR ANXIETY LEVEL**

ABSTRACT

This study has been done for evaluating what effects of education that given to patients who will have coronary angiography to the level of patients' anxiety as experimental.

The study's universe took from all of the patients that applied for the Erciyes University Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Coronary Hospital at 2004- 2005 years. 100 people as 50 of them in the experiment group and has got angiography firstly, 50 of the control group were taken in the sample.

Data was collected with a questionnaire and **State-Trait Anxiety** Inventory by the researcher between 1.11.2004 - 28.02.2005. Percentage, independent- samples t test, paired sample t and one way ANOVA tests were used for statistical analysis.

According to the results; 96.0 % of people in experiment group, 86.0 % of people in control group told they did not take information about disease and treatment before. It was seen that while state anxiety score mean of the experiment group that given education before angiography decreased after the operation ($p<0.05$), it increased at control group after the operation ($p>0.05$). It is determined while the trait anxiety score mean of experiment group after the operation decreased opposite to before the operation ($p>0.05$), it is increased at control group opposite to before the operation ($p>0.05$). It is found that trait anxiety score mean at after and before the operation was higher at women in experiment group, people whose education level is low, have got coronary arterial disease. However, in control group this mean was high at women, people who were widow, and whose advised treatment decision is council ($p<0.05$). It is determined the education was given related to angiography before the operation was effective on decreasing state and trait anxiety after the operation.

According to these results, it is advised to give planning education by determining education needs for patients' individual characteristics.

Key words: Education, Anxiety, Coronary Angiography, Nursing.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK.....	I
KABUL ONAY SAYFASI.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLO LİSTESİ.....	VII
KISALTMALAR.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. KORONER ANJİOGRAFİ.....	5
2.2. KORONER ANJİOGRAFİDE HEMŞİRELİK BAKIMI	7
2.3. KORONER ARTER HASTALIKLARINDA TEDAVİ SEÇENEKLERİ.....	9
2.4. ANKSİYETE.....	10
2.5. KORONER ANJİOGRAFİ VE HASTA EĞİTİMİ.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	16
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	16
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	18
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	18
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	18
3.6. HİPOTEZLER.....	18
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	19
3.7.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	19
3.7.2. Ön Uygulama.....	19
3.7.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	19
3.7.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	46
6. KAYNAKLAR.....	59
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

KISALTMALAR

KAH	: Koroner Arter Hastalıkları
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
HDL	: High Dansiteli Lipoprotein
IV	: Intravenöz
PTCA	: Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti
ACE	: Anjiotensin Convertiny Enzim
DSÖ	: Dünya Sağlı Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
MI	: Myokard İnfarktüsü
KAG	:Koroner Anjiografi
KKY	: Konjestif Kalp Yetmezliği
MY	: Mitral Yetmezlik
AY	: Aort Yetmezlik
USAP	: Unstabil Angina Pektoris
AKS	: Akut Koroner Sendrom

TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özellikleri.....	22
Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre dağılımı....	25
Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastalığı hakkında bilgilenme özelliklerine göre dağılımı.....	26
Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	27
Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	27
Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin cinsiyetlerine göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı	28
Tablo 4.7. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yaşlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	29
Tablo 4.8. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin medeni durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	30
Tablo 4.9. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin eğitim durumuna göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	31
Tablo 4.10. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin çalışma durumuna göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	33
Tablo 4.11. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yaşadığı yere göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	34

Tablo 4.12.	Deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastaneye geliş nedeni/tanılarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	35
Tablo 4. 13.	Deney ve kontrol grubundaki bireylerin önerilen tedavilerine göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	37
Tablo 4. 14.	Deney ve kontrol grubundaki bireylerin daha önce hastaneye yatma durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	38
Tablo 4. 15.	Deney ve kontrol grubundaki bireylerin daha önce ameliyat olma durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	39
Tablo 4. 16.	Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yakın zamanda bir yakınıni kaybetme durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	40
Tablo 4. 17.	Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yakınıni kaybetme zamanına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	42
Tablo 4. 18.	Deney ve kontrol grubundaki bireylerin kaybedilen yakının yakınlık derecesine göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	43
Tablo 4. 19.	Deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastalığı hakkında daha önce bilgi alma durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı.....	44

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çağımızda beklenen, yalnızca daha uzun bir yaşam değil, yaşamın kalitesinin de yükselmesidir. Bilimsel ve teknolojik alandaki ilerlemeler, yaşam standartlarının artması, toplum sağlığı önlemleri ile önlenebilir ölümlerin azalması sonucu doğumdan beklenen yaşam süresinde artma görülmektedir.

Doğumdan beklenen yaşam süresinin artması yaşlı nüfusun artmasına neden olmakta, nüfusun yaşlanması da bütün ülkeler açısından büyük önem taşıyan sonuçlar oluşturmaktadır. Ülkemizde de yaşlılık genel sağlık sorunları içerisinde önemlilik açısından dördüncü sıradadır. Bunun nedeni, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıkların daha ön plana çıkmasıdır.

Günümüzde kronik hastalıklar, ölüm ve sakatlıkların başlıca sebebi olarak görülmekte ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerdeki insanları da etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre; kronik hastalıklardan kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, kanser ve solunum yolu hastalıkları gibi hastalıkların insidansında artış görülmektedir. Kronik hastalıkların görülme sıklığı yaşla beraber artış göstermektedir. 65 ve üzeri yaşlardaki bireylerin yaklaşık %80'inde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır.

Kronik hastalıklar içerisinde yer alan kardiyovasküler hastalıklar, her iki cinstede görölme oranlarının artması ve bu hastalığa bağılı ölümlerin %50'nin üzerinde olması nedeniyle önem kazanmıştır.

Kardiyovasküler hastalıklarda birinci sırayı koroner arter hastalıkları almaktadır. Koroner Arter Hastalıkları (KAH) mortalite ve morbidite açısından değerlendirildiğinde; en önemli hastalıklardan olup 40 yaş ve sonrası ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. ABD'de her yıl toplam bir milyon ölümün yaklaşık yarısı KAH'larından kaynaklanmaktadır. Primer ve sekonder korunma çalışmaları ve tedavideki gelişmelerle gelişmiş batı ülkelerinde KAH mortalitesinde azalma eğilimi görülmektedir.

KAH tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erişkinlerde başta gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Toplumumuzda 45-74 yaş arasında olan koroner kökenli ölümler karşılaştırıldığında, Avrupa ülkeleri arasında en yüksek seviyelerdedir. Nüfusumuz gelişmekte olan toplumlardaki gibi genç yapıdayken, ülkemizdeki koroner hastalıktan ölümlerin, yaşlı nüfus yapısına sahip gelişmiş toplumlarda ki kadar yüksek olması dikkati çekmektedir. Bu oranlar diğer Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında, ülkemizde ölüm oranlarının erkeklerde Baltık ülkeleri ve Rusya dışında, kadınlarda ise, Ukrayna kadınından sonra en yüksek oranlarda olduğu görülmektedir.

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılından bu yana yürütölen TEKHARF çalışmasında da toplumumuzda KAH riskinin ve koroner kökenli ölümlerin prevalansının yüksek olduğu bildirilmektedir. Buna göre KAH'nın ülkemizdeki yıllık mortalitesi erkeklerde %5.1, kadınlarda ise %3,3'tür. Yine TEKHARF projesinin 2010 yılı projeksiyonunda, nüfusumuzun ortalama yaşının giderek ilerlemesi sonucu KAH sayısının 1,4 milyon artarak 3,4 milyona yükselmesi beklenmekte, 2010 yılında yalnızca koroner nedenle hayatını kaybedeceklerin sayısının 250 bini aşacağı düşünölmektedir.

KAH'larının %75'i belli bazı temel risk faktörlerinin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Toplumumuzda KAH'nın en önemli risk faktörleri arasında; yaş, cinsiyet, aile öyküsü, diyabetes mellitus, hipertansiyon gibi kontrol edilemeyen ve sigara, hiperkolesterolemi, HDL kolesterolün > 35 mg/dl olması, sedanter yaşam, kişilik tipi, stres, sosyal yalnızlık, iş hayatı, işsizlik gibi kontrol edilebilen risk

faktörleri yer almaktadır. Risk faktörlerini taşıma sayısına göre hastalığın görülme sıklığı artmakta, bu nedenle kalp hastalıklarının görülmesi ve buna bağlı ölümler giderek daha genç yaşlarda gerçekleşmektedir. Ülkemizin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik gelişme, sağlıksız beslenme alışkanlıklarına ve yaşam biçiminde değişikliklere yol açarak risk faktörlerini tetiklemektedir.

Kalp hastalıklarına yönelik genel tedavi yaklaşımları arasında yüksek risk altında bulunan bireylerin ve hastaların saptanması, risk faktörlerinin belirlenerek bunlara yönelik girişimlerin uygulanması yer almaktadır.

Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda; sağlık politikaları, daha çok kontrol edilebilen risk faktörlerine yönelik olmalıdır. Risk faktörlerinin düzeltilmesi ile gerçekleştirilmeye çalışılan koruma ve önleme girişimleri ile hastalık sürecinin ilerlemesinin önlenebileceği, komplikasyonların engellenebileceği ve hastalığın gerileyebileceği düşünülmektedir.

KAH'larının genelinin tedavisinde, medikal tedavi ve kateterizasyon işlemlerinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Teşhis ve tedavide en sık kullanılan yöntem ise anjiyografidir.

Kalp hastalıklarının sıklıkla görülmesi, teşhis ve tedavi yöntemi olarak anjiyografinin sık kullanılmasını, buda hastaların bir yada daha fazla kez anjiyografi işlemine maruz kalmasını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle işlem sırasındaki komplikasyonların önlenmesi, tedaviyi güçleştirme, tekrarlı gelişleri engelleme ve buna paralel olarak gelişen maliyet artımının engellenmesi gerekmektedir.

Anjiyografi işlemi öncesi bireyin uyumunun sağlanması ve işlemin getireceği kaygının azaltılması da önem taşımaktadır. İşlem öncesi ve sonrası kaygıyı gidermek için eğitimin en iyi yöntem olduğu bu konudaki otoriteler tarafından ifade edilmektedir. Ünsar ve arkadaşları çalışmalarında KAH olan bireylere verilen eğitimin risk faktörlerini azalttığını saptamışlardır. Ayrıca hastaların risk faktörlerine yönelik yaşam şeklinde değişikliğin sağlanması, sağlık davranışlarının kazandırılması, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi açısından eğitimin gerekliliğine dikkat çekmişlerdir.

Benzer şekilde Aksoy'un çalışmasında da bireye açıklama yapma, psikolojik destek sağlama, hastayı bütün olarak ele almanın anksiyete ve diğer komplikasyonları azalttığı belirtilmektedir.

KAH hastalarına tanı konduğu andan itibaren kardiyak rehabilitasyon programları içerisinde, yeterli sayı ve nitelikte hemşirelerin primer rol alacağı, multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerekmektedir. Hemşirelerin hastanın bakımı, rehabilitasyonu, hastalıklardan koruma ve sağlığın geliştirilmesini içeren sağlık bakımındaki işlevleri ve eğitim, danışmanlık, yönetim ve araştırma rolleri göz önüne alındığında; KAH olan bireylere kaliteli ve etkin bakımla, iş ve maliyet kayıplarının da azalmasını sağlayabileceklerdir.

Hemşirelik bakımının önemli bir parçası olan sağlık eğitimi kişinin hastalığın sonuçlarına uyumunu, önerilmiş tedaviyi sürdürmesini ve yeni durumuyla ortaya çıkan problemleri çözmeyi öğrenmesine yardım eder. Ayrıca bireyin anksiyete seviyesini, ağrıyı azaltır ve hastanede kalış süresini kısaltır.

Baran'ın koroner anjiyografi olacak hastaların anksiyetelerinin değerlendirilmesi ile ilgili yaptığı çalışmada hastalar, işleme karşı endişe yaşadıklarını ve koroner anjiyografi işlemi hakkında bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

Bunlara paralel olarak anjiyografi olacak hastaya işlem öncesi verilecek eğitimin, hastanın kaygısını azaltarak tedavi sürecine uyumunu ve tedavinin devamlılığını sağlamaya etkili olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma, koroner anjiyografi olacak hastalara verilen eğitimin kaygı düzeylerine etkisini değerlendirerek, eğitimin önemine hemşirelerin dikkatlerini çekmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.KORONER ANJİOGRAFİ

Kalp hastalıklarını yaratan risk faktörlerinden korunmaya yönelik çalışmalar kadar hastalıkların tıbbi ve cerrahi tedavileri de önemlidir. İlaç tedavilerinin yanında hasta için yaşam kurtarıcı ve riskleri az olan girişimsel yöntemlerde kullanılmaktadır. Bu amaçla yaygın kullanılan yöntemlerden birisi koroner anjiografidir (1-5).

Anjiografi, damara radyopak madde verilirken, bu sırada röntgen filmi üzerinde damarları görünür hale getiren bir işlemdir. Kalp kateterizasyonu ise, kalbin yapısı, görevi, kapakçıkları ve dolaşım sistemi konularında detaylı bilgi veren, kardiyovasküler sistem hastalıklarının araştırılması ve değerlendirilmesinde kullanılan bir tanı ve tedavi yöntemidir. Koroner anjiografi ise; kalp kateterizasyonu sırasında, koroner arterlerin radyopak madde ile radyolojik olarak görünür hale getirilmesi, filme veya CD'ye kaydedilerek yapılarının incelenip değerlendirilmesi işlemidir (1,2,4).

Kalbin arterleri koroner arterler olup kalbin kas tabakasını (myokardı) beslerler. Myokarda kan sağ ve sol koroner arterler aracılığıyla sağlanır. Bu arterlerden ayrılan daha küçük dallar myokardın derin bölgelerine dağılarak, kasılan liflere ve ileti sistemine ulaşır.

Koroner arterler interventriküler septum düzlemi ve atrioventriküler kapaklar düzlemi olmak üzere iki düzlem içinde uzanırlar. Anjiografik görüntüler de bu düzlemlerde belirlenen bulgulardır (6-9).

Koroner anjiyografi de genellikle koroner arter hastalıklarının tanısı ve tedavi şeklinin belirlenmesi amacıyla yapılır. Bu yöntemle, epikardial büyük ve orta büyüklükteki damarların anatomik dağılımı, damar lümenindeki düzensizlikler, daralmalar, daralmanın tipi (spazm, trombüs, aterom plağı), daralmanın derecesi belirlenmektedir (1,3,4,10).

Koroner anjiyografide uygulanan iki yöntem vardır. Bunlar; brakial arter yöntemi (Sones yöntemi) ve femoral arter (Judkins yöntemi) yöntemleridir. Anjiyografide brakial ya da femoral arterden girilen bir katater aracılığı ile koroner arterlere gidilerek verilen radyopak madde ile görüntüleme işlemi yapılmaktadır(10).

Kalp katater çalışmaları ilk kez, 1844 yılında Claude Bernard tarafından atlarda jugular ven yolu ile sağ kalp kateterizasyonu ile başlatılmıştır.

1929 yılında Werner Frossman ise insan üzerindeki ilk kalp kateterizasyon denemesini yapmıştır. Frossman, kendi sol kol veninden bir üretral kateter ile sağ ventriküle kadar ilerletmeyi başarmıştır (4,10,11).

İlk selektif koroner anjiyografi günümüzde de Sones yöntemi olarak bilinen brakial arter yolu ile 1959 yılında F.Mason Sones ve arkadaşlarınca yapılmıştır.

1967 yılında da Judkins tarafından femoral arter yolu ile koroner arter anjiyografisi yapılmıştır. Daha çok yapılması ve lokal enfeksiyon riski daha az olması nedeniyle çoğunlukla Judkins yöntemi günümüzde tercih edilmektedir (4,11).

Koroner anjiyografi endikasyonları işlemin yapıldığı yerlere göre değişiklik göstermektedir. Bazı yanlış uygulamaları önlemek amacıyla, yapılmış çalışmaların sonuçları değerlendirilerek “Amerikan Kardiyoloji Derneği ve Amerikan Kalp Cemiyeti” tarafından ortak bir koroner anjiyografi endikasyon rehberi hazırlanmıştır. Buna göre;

Koroner Anjiyografi Endikasyonları;

- Anjinal yakınması olmayan hastalar: Noninvaziv tanı yöntemlerinde stres elektrokardiyografi, stres ekokardiyografi, nükleer testler gibi yüksek risk kriterleri saptanan hastalar,
- Anjinal yakınması olan hastalar,
- Anjina pectoris özellikleri bulunmayan göğüs ağrısı olanlar,
- Subakut myokart enfarktüsü geçirenler,

- Cerrahi tedavi planlanan kapak hastaları,
- Bilinen veya kongenital kalp hastalıkları,
- Cerrahi tedavi gerektiren aort hastalıkları (diseksiyon, anevrizma gibi),
- Anjinal yakınması olan, cerrahi tedavi planlanan hipertofik kardiyomiyopati olgularıdır (1,4,10,12).

Her hastada kardiyak kateterizasyon için endikasyonların dikkatli olarak düşünülmesi kadar, tüm kontrendikasyonların da düşünülmesi aynı derecede önemlidir. Kateterizasyonunu takip eden 24 saat içinde gelişen komplikasyonlar kateterizasyonla ilgili kabul edilmektedir.

Koroner anjiografi' de komplikasyon olarak; miyokard infarktüsü, geçici ve kalıcı inme gibi nörolojik olaylar, acil bypass, kardiyak perforasyon, geçici pacemaker veya elektroşok gereken aritmiler, onarı gerektiren lokal vasküler problem, vazovagal reaksiyonlar, alerjik ürtiker ve anaflaksi, hipotansiyon, renal yetmezlik, işlem yerinde hematoma, enfeksiyon, flebit, tromboembolizm, sinir zedelenmesi, diseksiyon, arteriovenöz fistül, kanama ve komplikasyonlara müdahale edilmediğinde ölüm gelişebilir (4,10).

2.2.KORONER ANJİOGRAFİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Anjiografi işleminde oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve işlemin etkin olarak yapılabilmesi için hemşirenin işlem öncesi ve sonrası yapacağı uygulamalar önem taşımaktadır.

İşlem öncesi hemşirelik bakımında;

- Planlama acil bir durum yoksa tedavi ekibi ile önceden gerçekleştirilir.
- İşlem hakkında hastaya gerekli açıklamalar yapılarak bilgi verilmesi sağlanmalıdır. Bu açıklamada;
- İşlemin amacı ve nasıl yapılacağı,
 - İşlemin özel bir anjiografi laboratuvarında yapılacağı,
 - Anjiografi odasına giderken özel bir gömlek giyeceği,
 - Anjiografi ekibinin maske takıp, özel bir gömlek giyeceği,
 - Hastanın elektrotlarla monitöre bağlanacağı ve röntgen masasına yatırılacağı,
 - İşlemin ortalama 20-30 dakika süreceği,

- Kataterin giriş yerine lokal anestezi yapılacağı için ağrı hissetmeyeceği yada çok az ağrısı olabileceği,
 - Radyopak maddeye bağlı yanma hissi olabileceği,
 - İşlem sırasında herhangi bir sıkıntı hissettiğinde doktora bildirmesi gerektiği,
 - İşlemden sonra tahmini istirahat süresi yer almalıdır.
- Hastaya izin kağıdı imzalatılır.
 - Herhangi bir alerjisi olup olmadığı araştırılır.
 - İşlem sırasında kusma ve aspirasyonu önlemek için işlem sabahı hastanın aç kalması sağlanır.
 - İşlemden sonra karşılaştırabilmek için hastanın periferik nabızlarına bakılır ve kaydedilir.
 - İşlemden önceki akşam, hastanın banyo yapmış olması ve katater giriş yerinin traş edilerek hazırlanması sağlanır.
 - Hastanın klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirilir ve herhangi bir normalden sapma durumu varsa haber verilir.
 - IV damar yolu açılır.
 - Hastanın kan basıncı, nabız, ateş takibi yapılır ve kaydedilir.
 - İşleme gitmeden önce hastanın takıları ve takma dişi varsa bunların çıkarılması, tırnaklarda oje varsa silinmesi sağlanır.
 - İşlemden önce anksiyeteyi azaltmak amacıyla doktor istemi doğrultusunda çeşitli sakinleştirici ilaçlar verilir(4,10,13).

Koroner anjiografi sonrası hemşirelik bakımı, hastaların anjiografi ünitesinden teslim alınmasından klinikteki yatağına taşınma sürecini ve klinikte uygulanan bakımı içermektedir. İşlem sonrası; komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması bu dönem için temel hedefdir. Bunun için,

İşlem sonrası hemşirelik bakımında;

- Hasta uygun pozisyonda yatağına alınır. İlk bir saat yaşam bulguları 15 dakikada bir, daha sonra da hastanın durumuna göre yaşam bulgularının yakından takip edilmesi sağlanır.
- Kataterin girdiği ekstremitte, işlemden sonra hareketsiz tutulmalıdır. Hasta en az 6-12 saat mutlak yatak istirahatine alınır.

- Brakiyal yol kullanılmışsa hastanın 6 saat boyunca dirseğin fleksiyonundan, femoral yol kullanılmışsa kalçanın fleksiyonundan kaçınacak şekilde yatakta kalması sağlanır.
- Hastanın tüm ihtiyaçları yatakta karşılanır.
- Hastanın, katater girişim bölgesinde kanama ve hematoma, koroner anjiyografi yapılan ekstremitelerde ise ısı, motor, renk, duyu, ağrı ve periferik nabız kontrolleri yapılır.
- Katater giriş bölgesinde kalıcı kateter çekildikten sonra yapılan basınçlı sargılar kanama açısından kontrol edilir ve gerekirse kum torbasıyla desteklenir.
- Hasta göğüs ağrısı ve aritmi yönünden izlenir.
- Hastaya radyoopak madde verildiği için radyoopak maddenin vücuttan atımını hızlandırmak amacıyla sıvı alması, ilk saatler de intravenöz (IV) olarak, daha sonra oral olarak desteklenir. Hastanın en az 1,5-2 litre sıvı alımı sağlanır.
- Ayrıca radyoopak madde alerjisi açısından hastada bulantı, kusma, kızarıklık belirtileri izlenir.
- Bulantısı yoksa 2 saat sonra yemeğini yiyebilir. Oral beslenmeye başladıktan sonra varsa IV sıvısı sonlandırılır.
- Kardiyak veya renal disfonksiyonu olan hastalarda aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılır.
- Ağrısı varsa analjezik, bulantısı varsa antiemetik doktor istemine göre verilir.
- Komplikasyon gelişmemiş hastaların 6-8 saat sonra mobilizasyonu sağlanır (4,13).

2.3.KORONER ARTER HASTALIKLARINDA TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Koroner anjiyografi ile damarlarda tespit edilen problemler tedavi sürecinin şekillendirilmesini sağlamaktadır. Bundan sonra yapılan işlem yine anjiyografi sonrası uygulanacak olan Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti (PTCA), stent, medikal tedavi yada cerrahi olarak planlanabilmektedir (4,14).

PTCA myokard perfüzyonunu bozacak derecede olan koroner damarlardaki darlıkların balonla açılması işlemidir. Koroner anjioplasti myokard perfüzyonun da azalmaya neden olan tüm damar darlıklarına yapılabilir.

Koroner anjioplasti yöntemi ile koroner arter içine yerleştirilen tel kafes şeklindeki proteze de stent işlemi denir.

Koroner arter hastalığı tedavisinde revaskülarizasyon yöntemlerinden biri de Koroner Bypass ameliyatıdır. Bu yöntemle darlık yada tıkanıklık tespit edilmiş damarlara greftleme yapılır. Bu işleme, kardiyolog ve kalp cerrahlarından oluşan bir kurulun (konsey) toplanması sonrası karar verilir.

Karar verilen bir diğer yöntemde; darlığın derecesi ve yerine göre ilaçla tedavidir (medikal tedavi). Burada Anjiotensin Converting Enzim (ACE) inhibitörü, beta bloker, kolesterol-lipid düşürücü, antiagregan grubu ilaçlar önerilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde, koroner anjiografi yapılan vakaların %40'ına PTCA, %39'una bypass ameliyatı ve %21'ine medikal tedavi kararı alındığı görülmektedir (4,14-17).

Koroner anjiografi ve anjioplastinin her geçen gün artan sayıda uygulanmasında KAH sıklığında artış ve tanı yöntemleri ile ilgili teknolojideki hızlı gelişmeler, hastanın sağlık kuruluşlarına başvurma bilincinin yükselmesi de önemli rol oynamaktadır (14,18).

2.4.ANKSİYETE (KAYGI)

Anksiyete insanlar için kaçınılmaz bir olaydır ve ruhsal bozuklukların bir belirtisi değil, fiziksel bir hastalığa bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Bu nedenle farklı ortamlarda bakım verilen hastaların büyük çoğunluğunda anksiyete belirtileri görülebilir (19,25).

Koroner anjiografi işlemi hasta için tanı ve tedavi amacıyla uygulanacak bir işlem olmasına karşın hastanın anksiyetesine neden olacak bir durum olarak görülmektedir. Anksiyete; yapılacak işlem ve tedavi sürecini etkileyeceğinden, ayrıntılı olarak değerlendirilerek ele alınması gereken bir durumdur.

Anksiyetenin tanımına bakıldığında; evrensel bir insan deneyimi olduğu görülmektedir. Asıl amacı, yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişmesini sağlamaktır. Yaşam süreci içinde güvence yada gereksinimlerin karşılanmasını tehlikeye düşürecek herhangi bir etmen söz konusu olduğunda ortaya çıkan bir tepkidir.

Diğer bir tanımla anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusu olarak da tanımlanmaktadır .

Freud, anksiyetenin geleceğe ait bir endişe duygusu olduğu halde, temelde kökünü geçmiş yaşama ait çatışmaların oluşturduğu karmaşık örüntüler olduğunu ileri sürmüştür.

Ayrıca anksiyete, gelecekle bağlantılı ve aşırı tehdit içeren durumlarda ortaya çıkan bilinmezlik korkusu olarak ifade edebildiği gibi, geniş anlamda mutluluğu tehdit eden gerçek ya da hayali etmenlerin yol açtığı gerginlik, huzursuzluk ve korkuyla karakterize olan subjektif bir deneyimdir (19-25).

Anksiyeteye neden olan faktörler:

- Bireyin gerçekleşmeyen beklentileri, bireye saygı gösterilmemesi, değer verilmemesi gibi benlik kavramının tehdit edilmesi,
- Yeme-içme, uyku ve dinlenme gibi fizyolojik gereksinimlerin karşılanmaması,
- Bir gruba, bir topluluğa ait olma, sevgi gibi gereksinimlerin karşılanmamış olması,
- Beklenmeyen olaylar, ergenlik gibi fiziksel ve psikososyal değişimlerin yaşandığı durumsal ve gelişimsel krizler,
- Fiziksel ya da psikolojik hastalıklar, sakatlıklar ya da tıbbi tedavi gibi sağlıkla ilgili durumlardaki bir değişiklik ya da sağlığın tehdit edilmesi,
- Yerleşim yeri değişiklikleri ya da doğal afetler gibi çevresel değişiklikler ya da tehditler,
- Çalışma yaşamındaki değişiklikler, sürekli bakım gerektiren sağlık sorunları gibi sosyo-ekonomik değişikliklerdir.

Anksiyete; her kişide değişik reaksiyonlara neden olmaktadır. Genellikle sempatik sinir sisteminin artan aktivitesinden ortaya çıkan belirtilerle bir arada bulunan ve şiddetli bir emosyonel reaksiyondur (19, 23-25).

Anksiyete belirtilerine bakıldığında;

Fizyolojik belirtiler; otonom sinir sisteminin etkisi altında olup; taşikardi, terleme, vertigo, göğüste ağrı, ağız kuruluğu, diyare, anoreksia veya aşırı yemek yeme, su içme, hızlı ve derin solunum, tremor, pupil dilatasyonu, boyun sırt kaslarında sertleşme, gerginlik görülebilir. Mimikler endişeli, kaşlar çatılmış, dişler sıkılı durumdadır. Davranışları, huzursuzluğunu ortaya koyar ve hareketleri hızlıdır.

Psikolojik belirtiler ise; endişe, rahatsızlık, yerinde duramama, uykusuzluk, tırnak yeme, aşırı yemek yeme, kötü bir şey olacakmış hissi ve dikkati toplayamamadır (29).

Anksiyete düzeyi günlük yaşamın koşullarına ve bireysel özelliklerine bağlı olarak değişim göstermektedir. Anksiyete seviyeleri birbirini izleyen hafif, orta, şiddetli ve panik düzeylerindedir. Bunlar :

1. Hafif Anksiyete : Günlük yaşamın normal süreci içinde yaşanır. Birey uyumlu, yapıcı ve yaratıcı eylemler için hazırlanır. Kişi kendi davranışını daha iyi gözleyebilir, duyuların kullanımı artmıştır. Kişiler arası ilişkileri sınırlayarak kendini koruyabilir. Birey tırnak yeme, yürüme, ağlama, uyuma, yeme, gülme, sigara içme, içki içme gibi gerilimleri hafifletmek için savunma mekanizmalarını kullanır. Anksiyete küçük bir çaba ile kontrol edilebilir.

2. Orta Düzeyde Anksiyete : Bireyin algısal alanı daralır. İletişim ve kavrama yeteneğinde azalma vardır. Bireyin görme ve duyma yetisi azalır. Kendisi ile ilgili olmayan konuları dışarıda bırakabilir. Bu düzeyde sorunun küçük bir ayrıntısına odaklanma ve geriye kalanları gözardı etme davranışı gözlenebilir. Kişide kas gerginliği, tansiyon, nabız ve solunum sayısında artma, hafif terleme ve baş ağrısı, mide şikayetleri gibi hafif somatik belirtiler görülebilir. Birey endişeli, ürkek, hassas, sabırsız, heyecanlı olabilir. Birey sorunlarını ancak uzun zamanda çözebilir.

3. Şiddetli Düzeyde Anksiyete : Düşünce, duygu ve hareketler arasında uyumsuzluk vardır. Bireyin algılama alanı fazlasıyla daralmıştır. Birey yaşadığı küçük bir ayrıntı ya da ayrıntılar üzerine yoğunlaşır. Birey uykusuzluk, baş ağrısı, bulantı, titreme, iştahsızlık, korku, ürperme ve çarpıntının fazlalığından şikayet edebilir. Rahatsızlık ve hassasiyet duyguları artmıştır. Bunun yanı sıra ölümün yakın olduğu duygusu yaşanabilir.

4. Panik Düzeyde Anksiyete : Anksiyetenin en yoğun olduğu düzeydir. Üzerinde odaklaşılan konular çarpık ve abartılıdır. Uyum bozukluğu vardır. Bu düzeyde yaşanan duygular bireye çok acı verir. Kontrolü kaybetme, aşırı derecede öfke, ümitsizlik, çaresizlik, tükenmişlik, korku, endişe, dehşet hisleri yaygındır, halüsinasyonlar görülebilir. Birey paniği önlemek için özellikle kendine yönelmiş olayları görmezden gelir. Eğer panik uzamış periyotta devam ediyorsa yorgunluk ve hatta ölüm meydana gelir(19,21-25).

Anksiyete yukarıdaki belirtilerin gözlenmesi dışında değişik ölçeklerle de ölçülebilmektedir. Bunlardan; Spielberg ve arkadaşları iki faktörlü kaygı kuramının özünü oluşturup durumluk (A State) ve sürekli (A Traite) anksiyeteyi tanımlamışlardır.

1. Durumluk Anksiyete : Bireyin benliğine ve çıkarlarına gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan tedirginlik, gerginlik, korku, mutsuzluk ve bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin olduğu bir durumdur. Bir çok durumda bu anksiyete normal, hatta mücadele gücü vermesi bakımından yararlıdır. Durumluk anksiyetesinin şiddeti ve süresi, algılanan tehdidin miktarı ve kişinin içinde bulunduğu durumu yorumlaması ile ilgilidir. Kişinin güvenlik duygusu tehlikede olduğu zaman artar. Genellikle ameliyat hazırlığı içindeki hastalar durumluk anksiyetesi yaşarlar, ya da bir yakınını kaybetme durumluk anksiyetesine yol açar. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk anksiyetesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur.

2. Sürekli Anksiyete : Çevresel koşullardan bağımsız olarak bireyin huzursuzluk, endişe duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlılık ve yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi göstermesidir. Buna kişinin içinde bulunduğu durumu genellikle stresli olarak algılama ya da yorumlama eğilimi de denilebilir. Bu tip anksiyetenin şiddeti ve süresi kişilik yapısına göre değişir.

Spielberg ve arkadaşları durumluk ve sürekli anksiyete arasında devamlı bir etkileşim olduğunu kanıtlamışlardır. Sürekli anksiyete düzeyinin yüksek olması, durumluk anksiyete düzeyini de yükseltir. Durumluk anksiyete düzeyinin yükselmesi ve sürenin uzaması da sürekli anksiyete düzeyini yükseltir. Bununla birlikte sürekli anksiyetesi yüksek olan kişilerin stres karşısında, sürekli anksiyetesi düşük olan bireylerden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır (21-25).

2.5. KORONER ANJİOGRAFİ VE HASTA EĞİTİMİ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık eğitimi; kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacı ile birey olarak veya topluca karar aldırmasıdır (26).

Sağlık eğitimi, hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır ve hastalığın olumsuz etkilerine uyum yapabilmeyi, sağlığın iyileştirilmesini, korunması ve yükseltilmesini sağlar. Sağlık eğitimi, kişinin hastalığın sonuçlarına uyumuna, önerilmiş tedaviyi sürdürmesine, yeni durumuyla ortaya çıkan problemleri çözmeyi öğrenmesine yardım eder. Anksiyete seviyelerini ve ağrıyı azaltır, hastanede kalış süresini kısaltır (26-28).

Hasta eğitimi özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde son yıllarda önemi gittikçe artan bir konu olmuştur. 1972'de Hasta Hakları Belgesi Amerikan Hastaneler Birliği tarafından benimsenmiştir. Bu bildiri hastanın anlayacağı şekilde, hastalığı ile ilgili, teşhis, tedavi ve prognozu hakkında bilgi edinmesi hakkı tanımlanmıştır.

Ülkemizde ise "Hasta Hakları Yönetmeliği" 1.8.1998 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak, hasta hakları ile ilgili düzenlemeler bir başlık altında toplanmıştır.

Hemşire ve doktorlar, hasta ve yakınlarıyla iletişim kurarak onların bilgilendirilmesini sağlayıp, gereksiz kaygılar yaşamalarını engellemelidir. Hasta eğitimi, hastaların tanısına ve onların hastalığına olan gereksinimlerine göre belirlenmelidir (26-29).

Hastaya verilecek eğitim esnasında eğitimi etkileyen faktörler de dikkate alınmalıdır. Hastanın eğitimini etkileyen, içten ve dıştan kaynaklanan bir çok değişken vardır. Bunlar;

- Hastanın istekli olmasıdır. Hastanın fiziksel olarak öğrenmeye hazır (örneğin ağrısının olmaması gibi) emosyonel olarak da öğrenmeye motivasyonunun olması gerekir. Hasta, hastalık ve hastalığın tedavisi, anksiyete ve stres ile birlikte. Hastanın hastalığına karşı reaksiyonları tanımlanarak anksiyeteyi hafifletmek ve öğrenmeye motive etmek gerekmektedir. Hastanın önceki eğitim deneyimleri ve genel yaşam deneyimleri de hastanın istekliliğini etkilemektedir.

- Hastanın öğrenmesini etkileyen dış etkenleri sağlamakta önemlidir. Bunlar; oda ısısı, aydınlatma, gürültü ve öğrenme için seçilmiş zamanın hastaya uygun olmasıdır.
- Biyolojik farklılıklar (kadın-erkek), gelişimle ilgili farklılıklar (çocuk, adölesan, erişkin, yaşlı), kültürel değişkenler, sosyo-ekonomik durum, hastalığın kabul edilme seviyeleri de öğrenmeyi etkiler (26-29).

Hemşireler, hastanın bakımı, rehabilitasyonu, hastalıklardan koruma ve sağlığın geliştirilmesini içeren sağlık bakımında işlevleri bulunmaktadır. Eğitim, danışmanlık, yönetim ve araştırma da hemşirenin etkin olduğu görevleri arasındadır. Hemşireler, primer işlevlerinin yanı sıra eğitim ve danışmanlık rolleriyle hasta bakımında öncelikli ve vazgeçilmez bir gruptur.

Koroner anjiyografide stresin azaltılması ve buna bağlı oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi işlem öncesi verilecek eğitimle sağlanabilir. İstenilen düzeyde verilecek eğitim hastanın anksiyetesini azaltacak, işlem sonrası iyileştirmeyi hızlandıracak, komplikasyon gelişme riskini azaltarak kaliteli hasta bakımı verilmesini sağlayacaktır.

Bütün bunlar göz önüne alındığında koroner anjiyografi öncesi, hemşire hastalara işlem hakkında (öncesi, sırası ve sonrasında yapılacaklar) bilgi vermelidir. Bu eğitim her hastayla birebir olabildiği gibi grup eğitimleri şeklinde de olabilir. Eğitimde hastaların bireysel özelliklerine ilişkin ön bilgi alınmalı, hastaların gereksinimlerine ve işleme yönelik bilgi verilmelidir. Eğitim sözel veya görsel olabildiği gibi, bu sunumların arkasından kitapçık şeklinde de hastalara dağıtılabilir. Bu yolla hastanın işleme ilişkin anksiyetesi azaltılacak ve oluşabilecek komplikasyonlar önlenerek sağlığın gelişimine katkı sağlanabileceği düşünülmektedir (26,30-33).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, koroner anjiyografi olacak hastalara verilen eğitimin hastaların kaygı düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Erciyes Üniversitesi Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi'nde yapılmıştır.

Kayseri ilinde; Özel Kalp Hastanesi, Ömür Hastanesi ve Erciyes Üniversitesi Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastaneleri'nde koroner anjiyografi yapılmaktadır. Özel Kalp Hastanesi ve Ömür Hastaneleri'nde hastaların işlem öncesi ve sonrası hastanede kalma süreleri kısıtlı olduğu için araştırma; hastaların yatarak daha uzun süre tedavi ve bakım süreçlerinin devam ettiği Erciyes Üniversitesi Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi'nde yapılmıştır.

Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi Erciyes Üniversitesi Hastaneleri'ne bağlı olup, kampüs sınırları içerisinde bulunmaktadır.

Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi'nin bölüm yatak oranı; Erciyes Üniversitesi Hastanelerinin %7.6'sını oluşturmaktadır. Hastane 7 katlı olup poliklinik, servis ve yoğun bakım ünitelerinden oluşmaktadır. Hastanenin;

1. katında; poliklinik, EKG, Efor gibi test odaları
2. katında; anjio ünitesi ve yataklı bölümü
3. katında; 23 yataklı yoğun bakım ünitesi
4. katında; 27 yataklı koroner servisi
5. katında; 25 yataklı koroner servisi
6. katında; 26 yataklı kalp damar cerrahi servisi
7. katında; 12 yataklı kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır.

Hastanenin toplam yatak sayısı 113 olup, 38 doktor, 6'sı sorumlu hemşire olmak üzere 62 hemşire, 5 sekreter ve 22 hasta bakıcı çalışmaktadır.

Koroner anjiyografi ünitesi hastanenin ikinci katında bulunmaktadır. Ayrıca bu katta öğretim elemanlarının hastaların tedavileri hakkında karar vermek ve eğitim amaçlı toplandıkları Konsey Salonu yer almaktadır. Üniteye bir anjio aleti vardır. Burada koroner anjiyografi, katater anjiyografi, PTCA, stent uygulamaları yapılmaktadır. Üniteye işlem sırasında 3 doktor çalışmakta, toplam 4 hemşire görev yapmaktadır. Anjio işlemi hafta içi hergün yapılmaktadır. Ünite; işlemin yapıldığı bölüm ve 11 yataklı işlem sonrası takip bölümlerinden oluşmaktadır. Yataklı bölümde servisler dışında, anjio işlemi için gelen hastaların takibi yapılmaktadır. Koroner servislerinden anjio işlemi için gelen hastalar işlem bitiminde yattıkları bölümlere gönderilerek takip süreçleri orada gerçekleştirilmektedir. Hemşireler anjio sonrası yaşam bulguları, sıvı izlem takibi, kanama-hematom-periferik nabız takibi gibi işlemleri yerine getirmektedir. Bunun dışında hemşirelerin hastalara verdiği ek bir hizmet ve planlı bir eğitim programı bulunmamaktadır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Erciyes Üniversitesi Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi'nde 2003 yılında 1935 kişi koroner anjiyografi olmuştur.

Araştırmanın evrenini Erciyes Üniversitesi Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesine 2004-2005 yıllarında başvuran tüm hastalar oluşturmuştur.

3.4.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma da; Derelinin (26) "İlk kez kalıcı pacemaker yerleştirilen hastalara uygulanan programlanmış eğitimin hastanın anksiyete düzeyine olan etkisinin incelenmesi" çalışmasında elde edilen verilerden müdahale öncesi ve sonrası değerleri dikkate alınarak $\alpha = 0,05$ ve $\beta = 0,10$ olacak şekilde hesaplama yapılmıştır. Minimum gerekli örneklem büyüklüğü her bir grup için 44 olarak belirlenmiş ve 50 deney, 50 kontrol grubunda olmak üzere toplam 100 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya öncelikle deney grubu alınmış, kontrol grubuna yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarına göre deney grubuyla benzer özellik taşıyanlar seçilmiştir.

Örnekleme anjio uygulamasının yapıldığı tüm günlerde, örneklem kapsamına giren yatan hastalar alınmış ve 50 deney- 50 kontrol grubu hasta sayısına ulaşmaya kadar çalışmaya devam edilmiştir. Örneklem kapsamına alınan bireylerin tamamı araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

3.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmaya daha önce anjio yapılan hastaların işlem hakkında deneyimlerinin olmasının, kaygı düzeylerini etkileyebileceği düşünüldüğü için ilk kez anjiyografi uygulanan, planlı bir eğitimin verilebilmesi için de serviste yatan hastalar alınmıştır. Bu hastalardan ön uygulamaya alınmayan, iletişim kurabilen, araştırmaya katılmayı kabul edenler örnekleme dahil edilmiştir.

3.6.HİPOTEZLER

H_0 :Koroner anjiyografi olacak hastalara yapılacak eğitimin kaygı düzeyleri üzerine etkisi yoktur.

H_1 : Koroner anjiyografi olacak hastalara yapılacak eğitimin kaygı düzeyleri üzerine etkisi vardır.

3.7.VERİLERİN TOPLANMASI

3.7.1.Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırmada veriler, hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren anket formu (Ek-1) ve C.D. Spielberger tarafından geliştirilen, Le Compte ve Öner (34) tarafından Türk toplumunda geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılan Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-2) formlarıyla toplanmıştır

3.7.2.Ön Uygulama

Anket formunun işlevliliğini tespit etmek için Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi'nde koroner anjiyografi olacak 10 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra gerekli düzeltmeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.7.3.Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veriler, geliştirilen anket formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin araştırmacı tarafından hastalarla yüzyüze görüşme yapılmasıyla toplanmıştır. Çalışma için önce etik kurulu onayı (Ek-4), sonra kurum izni (Ek-5) alınmış ve çalışmanın amacı açıklanıp bireylerden yazılı onam alınmıştır.

Veriler 1.11.2004 – 28.02.2005 tarihleri arasında haftanın tüm günlerinde araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Çalışma deney ve kontrol olmak üzere iki gruptan oluşmuştur. Çalışmaya öncelikle deney grubu alınmış, deney grubuna alınan hastalarla yaş, cinsiyet ve eğitim durumu benzerliği gösterenler kontrol grubuna alınmıştır.

Örnekleme oluşturan bireylerden deney grubuna giren koroner anjiyografi olacak bireylerle işlemden önceki akşam görüşme yapılarak anket formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır. Daha sonra hastalara işlem sabahı toplu olarak hastanedeki Konsey Salonunda araştırmacı tarafından hazırlanan koroner anjiyografi hakkında görsel bir eğitim (Ek-3) verilmiştir. Anjiyo işleminin amacı, işlemin yapılış şekli, işlem sonrası hastanın takibi ve tedavisi konularını içeren eğitim ortalama 25 dakika sürmüştür. Anjiyografi işleminden sonra hastalarla işlemin yapıldığı gün akşam odalarında birebir görüşülerek, tekrar Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır.

Kontrol grubunu oluşturan koroner anjiyografi olacak bireylerle yine işlemden önceki akşam görüşme yapılarak anket formu ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır. İşlemin yapıldığı gün akşamı hastalarla odalarında yüz yüze görüşülerek tekrar Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır.

3.8.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın; bağımsız değişkeni bireylerin yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, eğitim gibi sosyo-demografik özellikleri ile verilen eğitim, bağımlı değişkeni ise durumluk-sürekli kaygı düzeyidir.

Durumluk- Sürekli Kaygı Envanterinin değerlendirilmesi şu şekilde yapılmıştır. Envanterin her birinin 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır.

1. Durumluk kaygı ölçeği; bireyin belirli bir alanda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.
2. Sürekli kaygı ölçeği; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterindeki her iki ölçek için seçenekler 4'er tanedir. Seçeneklerin değerleri 1'den 4'e kadar değişir. Durumluk kaygı envanterinde (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla anlamındayken, sürekli kaygı envanterinde (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman anlamında seçenekleri oluşturmaktadır.

Ölçeklerde iki tip ifade vardır: 1-Doğrudan (direkt) ifadeler, 2- Tersine dönmüş (reversible) ifadeler.

Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e , 4 ağırlık değerindekiler 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadeler ise, 1 değerindeki cevaplar yüksek anksiyeteyi, 4 değerindekiler düşük anksiyeteyi gösterir. Durumluk anksiyete ölçeğinde 10 tane, sürekli anksiyete ölçeğinde 7 tane tersine dönmüş ifade vardır.

Durumluk Kaygı Ölçeğinde, doğrudan yada düz ifadeler, 3, 4, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 18 numaralı, tersine dönmüş ifadeler ise 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 numaralı sorulardır. Tersine dönmüş ifadeler (4) hiç, (3) biraz, (2) çok, (1) tamamıyla şeklinde değerlendirilir.

Sürekli Kaygı Ölçeğinde, doğrudan ifadeler 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 ve 40 numaralı, tersine dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39 numaralı sorulardır. Tersine dönmüş ifadeler (4) hemen hiç bir zaman, (3) bazen, (2) çok zaman, (1) hemen her zaman şeklinde değerlendirilir.

Puanlama: Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadelerin toplam ağırlık puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bulunan sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk anksiyete için bu değişmeyen değer 50, sürekli anksiyete için ise 35'dir. Sonuçta elde edilen değer bireyin anksiyete puanını gösterir.

Puanların Yorumlanması: Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir.

Çalışmada kaygı puanlaması elle yapılmıştır. Araştırmada toplanan tüm veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistiksel değerlendirmede, yüzdelik Independent-Samples T testi, Paired-Samples T testi ve One Way ANOVA testleri uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Erciyes Üniversitesi Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi'nde koroner anjiyografi olacak hastalara verilen eğitimin hastaların kaygı düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	GRUPLAR			
	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet				
Kadın	14	28.0	14	28.0
Erkek	36	72.0	36	72.0
Yaş				
40-49	11	22.0	11	22.0
50-59	19	38.0	19	38.0
60-69	16	32.0	16	32.0
70-79	4	8.0	4	8.0
Medeni durum				
Evli	42	84.0	45	90.0
Dul	8	16.0	5	10.0
Çocuk sayısı				
Yok	1	2.0	2	4.0
1-2	12	24.0	6	12.0
3-4	21	42.0	23	46.0
5 ve üzeri	16	32.0	19	38.0

Tablo 4.1. 'in devamı

Tanıtıcı Özellikler	GRUPLAR			
	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim durumu				
OYD	11	22.0	11	22.0
OY	7	14.0	7	14.0
İlkokul	24	48.0	24	48.0
Ortaokul	3	6.0	3	6.0
Lise	3	6.0	3	6.0
Yüksekokul	2	4.0	2	4.0
Mesleği				
Çalışmıyor	3	6.0	2	4.0
İşçi	1	2.0	2	4.0
Memur	1	2.0	2	4.0
Emekli	21	42.0	27	54.0
Serbest meslek	5	10.0	4	8.0
Çiftçi	5	10.0	0	0.0
Esnaf	1	2.0	0	0.0
Ev hanımı	13	26.0	13	26.0
Gelir durumu				
İyi	4	8.0	7	14.0
Orta	37	74.0	36	72.0
Kötü	7	14.0	7	14.0
Çok Kötü	2	4.0	0	0.0
Sosyal güvencesi				
Emekli sandığı	8	16.0	13	26.0
Bağ-Kur	2	4.0	7	14.0
SSK	31	62.0	22	44.0
Yeşil kart	9	18.0	8	16.0
Yaşadığı yer				
Kayseri il merkezi	27	54.0	24	48.0
Kayseri ilçe	2	4.0	2	4.0
Kayseri belde/köy	6	12.0	9	18.0
Kayseri dışı il merkezi	6	12.0	4	8.0
Kayseri dışı ilçe	6	12.0	7	14.0
Kayseri dışı belde/köy	3	6.0	4	8.0
Birlikte yaşadığı kişiler				
Eşi	9	18.0	14	28.0
Eşi ve çocukları	32	64.0	30	60.0
Çocukları	5	10.0	5	10.0
Yalnız	4	8.0	1	2.0
Yakın zamanda yakınıni kaybetme durumu				
Kaybeden	10	20.0	10	20.0
Kaybetmeyen	40	80.0	40	80.0

Tablo 4.1. 'in devamı

Tanıtıcı Özellikler	GRUPLAR			
	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Yakınını kaybetme zamanı (n = 10)				
0-6 ay	7	70.0	7	70.0
7 ay ve üzeri	3	30.0	3	30.0
Kaybettiği kişi (n =10)				
1.Derece yakın	7	70.0	5	50.0
2.Derece yakın	3	30.0	5	50.0
Toplam	50	100.0	50	100.0

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1.'de görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin %28.0'ı kadın, %72.0'si erkek olup %38.0'ı 50-59 yaş grubunda ve %48.0'ı ilkokul mezunudur.

Deney grubundaki bireylerin %84.0'ı evli, %42.0'ı 3-4 çocuğa sahip, %42.0'ı emekli, %74.0'ının kendi ifadelerine göre gelir durumu orta düzeyde, %62.0'ı SSK sosyal güvencesine sahip, %54.0'ı Kayseri il merkezinde, %64.0'ı eşi ve çocukları ile yaşamakta, %10.0'ı yakın bir zamanda bir tanıdığını kaybetmiş, bunların da %70.0'ı 0-6 ay önce, birinci dereceden yakınlarını kaybetmişlerdir.

Kontrol grubundaki bireylerin %90.0'ı evli, %46.0'ı 3-4 çocuğa sahip, %56.0'ı emekli, %72.0'ının kendi ifadelerine göre gelir durumu orta düzeyde, %44.0'ı SSK sosyal güvencesine sahip, %48.0'ı Kayseri il merkezinde, %60.0'ı eşi ve çocukları ile yaşamakta, %10.0'ı yakın bir zamanda bir tanıdığını kaybetmiş, bunların da %70.0'ı 0-6 ay önce bir yakınının kaybını yaşamışlardır.

Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre dağılımı

Hastalıkla ilgili özellikler	Gruplar			
	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastaneye geliş nedeni -tanı				
KAG	16	32.0	25	50.0
MI	20	40.0	16	32.0
KKY(MY+AY)	5	10.0	2	4.0
KAH (USAP+AKS)	9	18.0	7	14.0
Önerilen tedavi				
PTCA	18	36.0	12	24.0
Stend	0	0.0	3	6.0
Medikal	11	22.0	17	34.0
Konsey	21	42.0	16	32.0
PTCA+Stend	0	0.0	2	4.0
Daha önce hastaneye yatma durumu				
Yatan	38	76.0	33	66.0
Yatmayan	12	24.0	17	34.0
Hastaneye yatma sayısı	(n: 38)		(n :33)	
1-2 kez	21	55.3	17	51.5
3-4 kez	10	26.3	7	21.2
5 Ve Üzeri	7	18.4	9	27.3
Daha önce ameliyat olma durumu				
Olan	20	40.0	20	40.0
Olmayan	30	60.0	30	60.0
Toplam	50	100.0	50	100,0

Tablo 4.2.'de deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Deney grubundaki bireylerin % 40.0'ı myokard infarktüsü (MI) tanısı almış, %42.0'nin tedavi kararı PTCA, stent ve cerrahi tedavi kararlarından herhangi birisinin verileceği konsey kararı olarak alınmış, % 60.0 'ı daha önce hiç ameliyat olmamış, % 76.0 'sı daha önce hastanede yatmış, bunlarında %55.3'ü 1-2 kez hastane deneyimi yaşamıştır.

Kontrol grubundaki bireylerin % 50.0'ı koroner anjiyografi (KAG) nedeniyle hastaneye gelmiş, %34.0'nın tedavi kararı medikal tedavi olarak verilmiş, % 60.0'ı daha önce hiç ameliyat olmamış, % 66.0'ı daha önce hastanede yatmış, bunlarında %51.5 'inin 1-2 kez hastane deneyimi olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastalığı hakkında bilgilenme özelliklerine göre dağılımı

Bilgilenme özellikleri	Gruplar			
	Deney		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Daha önce bilgi alma durumu				
Alan	2	4.0	7	14.0
Almayan	48	96.0	43	86.0
Bilgi almayı isteme durumu				
İsteyen	48	96.0	50	100.0
İstemeyen	2	4.0	0	0.0
Bilgiyi almak istediği kişi	n:48		n:50	
Doktor	24	50.0	33	66.0
Hemşire	5	10.4	0	0.0
Herhangi bir sağlık personeli	19	39.6	17	34.0
Toplam	50	100.0	50	100.0

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastalığı hakkında bilgilenme özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3.'de verilmiştir. Deney grubundaki bireylerin %96.0'ı, kontrol grubundaki bireylerin %86.0'ı daha önce hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi almamışlardır. Deney grubunda bilgi alan iki kişi bu bilgiyi doktordan aldığını ifade ederken, kontrol grubunda bilgi alan 7 kişiden beşi doktordan, ikisi medyadan bilgi aldığını belirtmiştir.

Deney grubundaki bireylerin %96.0'ı, kontrol grubundaki bireylerin tamamı hastalıkları hakkında bilgi almayı istemektedirler. Deney grubundaki bireylerin %50.0'ı doktordan, %10.4'ü hemşireden, %39.6'sı herhangi bir sağlık personelinden bilgi almak isterken, kontrol grubundaki bireylerin %66.0'ı doktordan, %34.0'ı herhangi bir sağlık personelinden bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar	n	Durumluk Kaygı		t	p
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)		
Deney	50	42.50 ± 3.27	40.56 ± 3.35	4.04	< 0.05
Kontrol	50	40.04 ± 3.68	40.78 ± 2.79	1.69	>0.05

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi; deney grubundaki bireylerin işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları işlem sonrasına göre daha yüksektir. Deney grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin ise işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalaması, işlem sonrasına göre daha düşüktür. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.5. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar	n	Sürekli Kaygı		t	p
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)		
Deney	50	47.22 ± 6.30	46.74 ± 5.62	1.28	>0.05
Kontrol	50	48.30 ± 6.10	48.02 ± 6.07	0.95	>0.05

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi; deney ve kontrol grubundaki bireylerin işlem öncesi sürekli kaygı puan ortalaması işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalamasına göre daha yüksektir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.6. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin cinsiyetlerine göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Cinsiyet	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
Kadın	14	41.71 ± 3.02	40.64 ± 3.97	50.36 ± 4.55	50.57 ± 3.88
Erkek	36	42.81 ± 3.35	40.53 ± 3.14	46.00 ± 6.52	45.25 ± 5.52
t		1.06	0.10	2.28	3.29
p		>0.05	>0.05	< 0.05	< 0.05
Kontrol					
Kadın	14	40.14 ± 3.99	40.43 ± 2.41	52.20 ± 6.36	52.79 ± 6.33
Erkek	36	40.00 ± 3.62	40.92 ± 2.95	46.78 ± 5.35	46.17 ± 4.93
t		0.12	0.55	3.05	3.93
p		>0.05	>0.05	< 0.05	< 0.05

Tablo 4.6’da deney ve kontrol grubundaki bireylerin cinsiyetlerine göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Deney grubundaki bireylerin işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalmıştır. Bu gruptaki erkeklerin kadınlara göre işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalaması daha yüksekken, işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları daha düşüktür. Cinsiyete göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Kadınların işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir. Cinsiyete göre işlem öncesi sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Kontrol grubundaki kadınların işlem öncesi durumluk kaygıları erkeklere göre yüksek iken, işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları daha düşüktür. Bu gruptaki bireylerin işlem öncesine göre işlem sonrasında durumluk kaygı puan ortalamalarının arttığı gözlenmiştir. Cinsiyete göre işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p > 0.05$). Sürekli kaygı puan ortalamalarında ise; kadınların işlem öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki farklılık da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.7. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yaşlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Yaş grubu	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
40-49 yaş	11	42.36 ± 3.14	39.73 ± 2.19	44.36 ± 4.78	44.00 ± 4.60
50-59 yaş	19	42.37 ± 3.52	41.11 ± 4.62	47.68 ± 6.73	46.95 ± 5.25
60 yaş ve üzeri	20	42.70 ± 3.26	40.50 ± 2.35	48.35 ± 6.43	48.05 ± 6.16
F		0.06	0.58	1.53	1.93
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Kontrol					
40-49 yaş	11	39.00 ± 3.16	40.18 ± 2.04	45.45 ± 3.93	45.36 ± 4.03
50-59 yaş	19	41.11 ± 3.83	41.11 ± 3.63	50.63 ± 5.81	49.79 ± 5.93
60 yaş ve üzeri	20	39.60 ± 3.73	40.80 ± 2.26	47.65 ± 6.74	47.80 ± 6.79
F		1.39	0.37	.90	1.94
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.7’de deney grubundaki bireylerin yaş grupları ile işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları incelenmiş ve bütün yaş grubundaki bireylerin işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarının işlem öncesine göre azaldığı görülmüştür. İşlem öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 60 yaş ve üzerindeki grupta daha yüksek iken, işlem sonrası 50-59 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur. Sürekli kaygı puan ortalamalarında ise, tüm yaş grubundaki bireylerin işlem öncesine göre işlem sonrası kaygı puan ortalamaları azalmıştır. 60 yaş ve üzerindeki bireylerin hem işlem öncesi hem de işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları diğer yaş grubundaki bireylere göre daha yüksektir. Deney grubundaki bireylerin yaş grupları ile işlem öncesi ve sonrası durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerden, 40-49 yaş ve 60 yaş üzeri olan bireylerin durumluk kaygı puan ortalamaları işlem sonrasında işlem öncesine göre artmış, 50-59 yaş grubundaki bireylerin durumluk kaygı puan ortalamaları işlem öncesi ve sonrasında benzer düzeyde kalmıştır. 50-59 yaş grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları diğer yaş gruplarındaki bireylerden daha yüksek düzeydedir. Yaş gruplarıyla işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin medeni durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Medeni durumu	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
Evli	42	42.57 ± 3.45	40.74 ± 3.29	46.76 ± 6.20	46.26 ± 5.32
Dul	8	42.13 ± 2.23	39.63 ± 3.74	49.62 ± 6.70	49.25 ± 6.82
t		0.35	0.75	1.18	1.39
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Kontrol					
Evli	45	40.07 ± 3.74	40.78 ± 2.92	47.53 ± 5.34	47.13 ± 5.19
Dul	5	39.80 ± 3.56	40.80 ± 1.30	55.20 ± 8.79	56.00 ± 8.25
t		0.15	0.01	1.91	3.41
p		>0.05	>0.05	< 0.05	< 0.05

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin medeni durumuna göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.8’de yer almaktadır. Deney grubundaki evli bireylerin dul olanlara göre işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları daha yüksektir. Dul bireylerin işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları evli bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Deney grubunun medeni duruma göre kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubu incelendiğinde, deney grubunda olduğu gibi evli bireylerin işlem öncesi durumluk kaygıları dul bireylere göre daha yüksektir. İşlem sonrası dul olanların sürekli kaygı puan ortalamaları benzer düzeydedir. Medeni duruma göre işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p>0.05$). Medeni durumu dul olanların işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanları evli bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin medeni durumuna göre işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin eğitim durumuna göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Eğitim durumu	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
İlköğretim ↓	18	42.06 ± 3.42	40.39 ± 3.43	50.00 ± 5.50	49.72 ± 4.47
İlköğretim	24	43.08 ± 3.20	41.29 ± 3.11	46.33 ± 5.99	45.54 ± 5.48
İlköğretim ↑	8	41.75 ± 3.24	38.75 ± 3.54	43.62 ± 7.03	43.62 ± 5.90
F		0.75	1.82	3.64	5.01
p		>0.05	>0.05	<0.04	<0.02
Kontrol					
İlköğretim ↓	18	40.00 ± 4.16	40.67 ± 2.59	50.17 ± 5.84	50.11 ± 5.66
İlköğretim	24	39.83 ± 3.41	40.62 ± 4.43	47.79 ± 6.59	47.54 ± 6.56
İlköğretim ↑	8	40.75 ± 3.77	41.50 ± 4.28	45.62 ± 4.17	44.75 ± 3.92
F		0.18	0.30	1.74	2.43
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.9.'da deney grubundaki bireylerin eğitim durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamalarına bakıldığında; işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları daha yüksekken, işlem sonrasında düştüğü görülmektedir. Eğitim durumu ilköğretim olanların durumluk kaygı puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir. Ancak eğitim durumu ile durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Deney grubunda eğitim durumu ilköğretim altı olanlar sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksek olan gruptur. Eğitim durumu ile işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlılık görülmekte, bu farklılığı işlem öncesinde ilköğretim ve ilköğretim üstü eğitim grupları, işlem sonrasında ise ilköğretim altı ve ilköğretim eğitim grupları arasındaki fark oluşturmaktadır ($p < 0.05$).

Kontrol grubunda eğitim durumu ile durumluk kaygı puan ortalamalarında işlem öncesine göre işlem sonrasında bir artma olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ilköğretim üstünde olanların işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalaması diğer gruplardan daha yüksektir. Sürekli kaygı puan ortalamalarında ise, eğitim durumu ilköğretim altında olanların işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir. İlköğretim üstü eğitim durumundaki bireylerde işlem sonrasında sürekli kaygı puan ortalamalarında azalma saptanmıştır. Eğitim durumu ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde; gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Tablo 4.10. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin çalışma durumuna göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Çalışma durumu	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
Çalışan	13	42.85 ± 3.46	41.15 ± 2.23	47.38 ± 7.12	45.31 ± 5.25
Çalışmayan	37	42.38 ± 3.24	40.35 ± 3.67	47.16 ± 6.09	47.24 ± 5.73
t		0.44	0.73	0.10	1.07
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Kontrol					
Çalışan	8	40.50 ± 5.01	41.00 ± 2.98	45.13 ± 4.32	45.13 ± 4.32
Çalışmayan	42	39.95 ± 3.45	40.74 ± 2.79	48.90 ± 6.25	48.57 ± 6.25
t		0.38	0.24	1.63	1.48
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin çalışma durumuna göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.10'da yer almaktadır. Deney grubundaki çalışan bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksektir. Çalışan bireylerin işlem öncesi sürekli kaygı puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksek iken, işlem sonrası çalışmayanların sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak bireylerin çalışma durumları ile işlem öncesi ve sonrası durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki çalışan bireylerin işlem öncesi ve işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları çalışmayan bireylere göre daha yüksektir. Çalışmayanların sürekli kaygı puan ortalamaları işlem öncesi ve sonrasında çalışan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin çalışma durumları ile kaygı puan ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yaşadığı yere göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Yaşadığı yer	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
Kayseri il merkezi	27	42.48 ± 3.11	40.48 ± 3.11	47.85 ± 6.60	47.26 ± 6.02
Kayseri ilçe/köy	8	42.00 ± 3.63	41.50 ± 2.07	46.50 ± 4.54	46.37 ± 4.72
Kayseri il dışı	15	42.80 ± 3.55	40.20 ± 4.31	46.47 ± 6.80	46.00 ± 5.57
F		0.15	0.39	0.28	0.25
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Kontrol					
Kayseri il merkezi	24	39.62 ± 3.60	40.54 ± 2.25	48.79 ± 2.23	48.12 ± 6.15
Kayseri ilçe/köy	11	39.45 ± 3.39	40.00 ± 3.57	48.64 ± 7.10	48.82 ± 6.97
Kayseri il dışı	15	41.13 ± 4.03	41.73 ± 3.57	47.27 ± 5.39	47.27 ± 5.61
F		0.94	1.41	0.30	0.20
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yaşadığı yere göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.11’de görülmektedir. Deney grubundaki bireylerin işlem sonrasında durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının işlem öncesine göre azaldığı görülmüştür. Bireylerden Kayseri ili dışında yaşayanların işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek iken, işlem sonrası Kayseri ilçe ya da köylerinde yaşayan bireylerin durumluk kaygı puan ortalamaları daha yüksektir. Sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde ise, Kayseri il merkezinde yaşayanların işlem öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bireylerin yaşadıkları yer ile işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farklılık incelendiğinde ise anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubunda bireylerin işlem öncesine göre durumluk kaygı puan ortalamalarının işlem sonrasında artmış olduğu gözlenirken, durumluk kaygı puanının en yüksek olduğu grubu Kayseri il dışından gelenler oluşturmaktadır. Kayseri il merkezinde yaşayanların sürekli kaygı puan ortalamaları işlem öncesinde daha yüksek iken, işlem sonrasında Kayseri ilçe ve köylerinde yaşayanların sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksektir. Bireylerin yaşadıkları yer ile işlem öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamaları incelendiğinde ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastaneye geliş nedeni/tanılarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Hastaneye geliş nedeni/Tanı	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
KAG	16	42.94 ± 3.40	40.69 ± 3.30	43.81 ± 4.97	43.50 ± 4.84
MI	20	43.30 ± 3.25	41.25 ± 3.18	47.50 ± 6.28	47.65 ± 5.82
KAH	14	40.86 ± 2.74	39.43 ± 3.59	50.71 ± 6.00	49.14 ± 4.69
F		2.67	1.24	5.30	4.86
p		>0.05	>0.05	<0.01	<0.02
Kontrol					
KAG	25	39.76 ± 3.67	40.52 ± 2.43	49.56 ± 6.38	49.12 ± 6.35
MI	15	40.75 ± 4.22	41.69 ± 3.52	46.56 ± 4.57	46.06 ± 4.52
KAH	9	39.56 ± 2.83	39.89 ± 2.03	47.89 ± 7.46	48.44 ± 7.43
F		0.43	1.43	1.21	1.27
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.12.'de deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastaneye geliş nedeni/tanısına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Deney grubundaki tüm tanılara sahip bireylerin işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalmıştır. Bu gruptaki işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalaması en yüksek grup MI tanısı alan bireylerin oluşturduğu gruptur. Tanılarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarında gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p>0.05$). Sürekli kaygı puan ortalamalarına baktığımızda ise, işlem öncesi ve sonrası en yüksek kaygı puan ortalaması KAH tanısı alan bireylerdir. Deney grubundaki bireylerin hastaneye geliş nedeni/tanıları ile işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüş ($p<0.05$) ve bu farkında KAH ve KAG tanısı almış bireyler arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Kontrol grubunda ise, işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarının tüm tanı grubundaki bireylerde işlem öncesine göre arttığı görülmüş, MI tanılı bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. KAG nedeni ile hastaneye gelen bireylerin işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalamasının işlem öncesine göre azaldığı, ancak işlem öncesinde ve sonrasında en yüksek sürekli kaygı puan ortalamasına sahip olan grup olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin hastaneye geliş nedeni/tanıları ile işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde ise, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Tablo 4.13. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin önerilen tedavilerine göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Önerilen tedavi	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
PTCA	18	42.82 ± 3.78	41.22 ± 4.00	47.83 ± 6.83	47.28 ± 6.03
Medikal tedavi	11	43.55 ± 3.56	40.73 ± 3.13	46.73 ± 6.36	45.91 ± 5.22
Konsey	21	41.67 ± 2.52	39.90 ± 2.84	46.95 ± 6.06	46.71 ± 5.68
F		1.35	0.75	0.13	0.19
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Kontrol					
PTCA	12	42.17 ± 2.52	42.00 ± 2.52	48.25 ± 5.94	48.67 ± 5.94
PTCA+stend	5	40.60 ± 4.72	39.60 ± 2.07	46.20 ± 3.56	45.60 ± 3.43
Medikal tedavi	17	38.24 ± 2.77	40.06 ± 3.21	46.00 ± 5.28	45.06 ± 4.17
Konsey	16	40.19 ± 4.26	41.00 ± 2.53	51.44 ± 6.69	51.44 ± 6.96
F		3.08	1.51	2.65	3.94
p		<0.04	>0.05	>0.05	<0.02

Tablo 4.13. incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin önerilen tedavi planları ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının işlem öncesinde daha yüksek olduğu, işlem sonrasında daha düştüğü görülmektedir. İşlem öncesi durumluk kaygı puan ortalaması medikal tedavi önerilen bireylerde daha yüksek iken, işlem sonrasında PTCA önerilen bireylerin durumluk kaygı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Yine işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalaması en yüksek grup PTCA önerilen bireylerin oluşturduğu gruptur. Bireylere tedavi kararları anjio işlemi sonrasında önerilmektedir. Önerilen tedavi kararlarıyla işlem öncesi ve sonrası, durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki PTCA önerilen bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Bu gruptaki PTCA ve PTCA+stend önerilen bireylerin işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalırken, medikal tedavi ve konsey önerilen bireylerin işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları artmıştır. Sürekli kaygı puan ortalamalarında ise, işlem öncesi ve sonrasında konsey önerilen bireylerin kaygı puan ortalaması diğer gruplardan yüksektir. Tedavi kararları ile işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, bu farkı PTCA ve medikal tedavi kararı almış bireylerin oluşturduğu görülmüştür ($p<0.05$). Tedavi kararlarıyla işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasında da anlamlılık bulunmuş, farkı medikal tedavi ve konsey kararı almış gruplar oluşturmuştur ($p<0.05$). Önerilen tedavi kararları ile işlem sonrası durumluk kaygı ve işlem öncesi sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin daha önce hastaneye yatma durumuna göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Daha önce hastaneye yatma durumu	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
Yatan	38	42.11 ± 3.06	40.42 ± 3.43	47.53 ± 6.68	46.97 ± 5.95
Yatmayan	12	43.75 ± 3.74	41.00 ± 3.19	46.25 ± 5.07	46.00 ± 4.55
t		1.53	0.51	0.60	0.51
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Kontrol					
Yatan	33	39.73 ± 3.64	40.55 ± 2.50	49.15 ± 6.52	49.03 ± 6.32
Yatmayan	17	40.65 ± 3.81	41.24 ± 3.33	46.65 ± 4.97	46.06 ± 5.20
t		0.83	0.82	1.38	1.66
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.14’de deney ve kontrol grubundaki bireylerin daha önce hastaneye yatma durumuna göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Deney grubunda daha önce hastaneye yatmayan bireylerin işlem öncesi ve işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları daha önce hastane deneyimi olan bireylere göre daha yüksektir. Ancak daha önce hastaneye yatan bireylerin yatmayan bireylere göre işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksektir. Bu gruptaki tüm bireylerin işlem sonrası durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalmıştır. Daha önce hastaneye yatma durumu ile işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerde daha önce hastaneye yatmayanların işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları hastaneye yatanlara göre daha yüksektir. Hastaneye yatan bireylerin işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları yatmayan bireylere göre daha yüksektir. Gruptaki bireylerin işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre artarken, işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalmıştır. Daha önce hastaneye yatma durumu ile işlem öncesi ve sonrası hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin daha önce ameliyat olma durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Daha önce ameliyat olma durumu	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
Olan	20	42.35 ± 3.36	40.80 ± 3.66	47.60 ± 6.21	47.45 ± 5.93
Olmayan	30	42.60 ± 3.27	40.40 ± 3.18	46.97 ± 6.46	46.27 ± 5.45
t		0.26	0.41	0.34	0.72
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Kontrol					
Olan	20	40.20 ± 4.21	40.75 ± 2.67	48.80 ± 5.93	49.05 ± 5.99
Olmayan	30	39.93 ± 3.36	40.80 ± 2.92	47.97 ± 6.29	47.33 ± 6.14
t		0.24	0.06	0.46	0.97
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.15 incelendiğinde; işlem sonrası durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalmıştır. Deney grubundaki bireylerden daha önce ameliyat olmayanların ameliyat olanlara göre işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları daha yüksek iken, ameliyat olanların işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları daha yüksektir. Daha önce ameliyat olan bireylerin ameliyat olmayan bireylere göre işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksektir. Deney grubunda gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerde, daha önce ameliyat olanların işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları yüksek iken, işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları ameliyat olmayanlara göre daha düşüktür. Daha önce ameliyat olan bireylerin işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları, ameliyat olmayan bireylere göre daha yüksektir. Kontrol grubunun daha önce ameliyat olma durumu ile işlem öncesi ve sonrası durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yakın zamanda bir yakını kaybetme durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Yakın zamanda yakını kaybetme durumu	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
Kaybeden	10	42.60 ± 2.59	40.20 ± 2.63	44.20 ± 5.81	43.50 ± 5.30
Kaybetmeyen	40	42.47 ± 3.45	40.65 ± 3.53	42.47 ± 3.45	47.55 ± 5.46
t		0.10	0.37	1.72	2.10
p		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05
Kontrol					
Kaybeden	10	39.50 ± 3.44	40.20 ± 2.74	47.60 ± 6.40	47.40 ± 6.19
Kaybetmeyen	40	40.17 ± 3.77	40.92 ± 2.82	48.47 ± 6.10	48.17 ± 6.12
t		0.51	0.73	0.40	0.35
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.16’da, deney ve kontrol grubundaki bireylerin yakın zamanda bir yakınını kaybetme durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Deney grubunda yakınını kaybedenlerin işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları kaybetmeyenlere göre yüksek iken, işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları daha düşüktür. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p>0.05$). Daha önce yakınını kaybedenlerin işlem öncesi sürekli kaygı puan ortalamaları kaybetmeyenlere oranla daha yüksektir. Yakınını kaybetmeyenlerin kaybedenlere göre işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları da daha yüksektir. Deney grubunda sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık işlem öncesinde anlamlı değilken ($p>0.05$), işlem sonrasında anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerde; yakın zamanda yakınını kaybetmeyenlerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları yakınını kaybedenlere göre daha yüksektir. Yakın zamanda yakınını kaybetmeyen bireylerin işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları kaybeden bireylere göre daha yüksektir. Gruptaki bireylerin işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre artarken, sürekli kaygı puan ortalamalarında tam tersi olarak işlem sonrasında azalmıştır. Ancak bireylerin yakın zamanda bir yakınını kaybetme durumları ile işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yakınıni kaybetme zamanına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Yakınıni kaybetme zamanı	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
0-6 ay	7	43.14 ± 2.85	40.43 ± 3.05	43.00 ± 4.76	42.86 ± 4.26
7 ay ve üzeri	3	41.33 ± 1.53	39.67 ± 1.53	47.00 ± 8.19	45.00 ± 8.19
t		1.01	0.40	0.99	0.56
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Kontrol					
0-6 ay	7	40.86 ± 2.54	41.14 ± 2.61	48.57 ± 7.28	48.29 ± 6.87
7 ay ve üzeri	3	36.33 ± 3.51	38.00 ± 1.73	45.33 ± 3.79	45.33 ± 4.62
t		2.32	1.88	0.71	0.67
p		<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yakınıni kaybetme zamanına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.17’de verilmiştir. Deney grubundaki bireylerin işlem sonrası durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalmıştır. Yakınıni 0-6 ay içinde kaybedenlerin işlem öncesi ve işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları, yakınıni kaybedeli 7 ay ve daha uzun süre geçenlerden daha yüksektir. Yakınıni kaybedeli 7 ay ve üzerinde zaman geçenlerin işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları, yakınınin kaybedeli 6 ay ve altında olanlara göre daha yüksektir. Deney grubundaki bireylerin yakınıni kaybetme zamanı ile işlem öncesi ve sonrası durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubunda ise, 0-6 ay önce yakını kaybedenlerin işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları, yakını kaybedeli 7 ay ve daha uzun süre geçenlerden daha yüksektir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.05$). Yakını kaybedeli 6 aydan daha kısa süre olanların işlem sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları ve işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları, yakın kaybı 7 ay ve daha uzun süre olanlara göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.18. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin kaybedilen yakının yakınlık derecesine göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Kaybedilen yakının yakınlık derecesi	n	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
1.dereceden	7	42.71 ± 2.56	40.29 ± 1.38	43.57 ± 6.60	42.86 ± 5.67
2.dereceden	3	42.30 ± 3.21	40.00 ± 5.00	45.67 ± 4.04	45.00 ± 5.00
t		0.20	0.14	0.50	0.56
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Kontrol					
1.dereceden	5	39.00 ± 3.39	40.20 ± 2.05	50.00 ± 7.21	49.60 ± 7.50
2.dereceden	5	40.00 ± 3.81	40.20 ± 3.56	45.20 ± 5.07	45.20 ± 4.21
t		0.43	0.00	1.21	1.14
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.18’de deney ve kontrol grubundaki bireylerin kaybettikleri yakının yakınlık derecesine göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Deney grubundaki bireylerden birinci dereceden yakını kaybedenlerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları, ikinci dereceden yakını kaybedenlere göre daha yüksektir. İkinci dereceden yakını kaybeden bireylerin birinci dereceden yakını kaybeden bireylere göre işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Deney grubundaki bireylerin kaybedilen yakının yakınlık derecesi ile işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerden ikinci dereceden yakınını kaybedenlerin birinci dereceden yakınını kaybedenlere göre işlem öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları daha yüksektir. Bireylerden birinci dereceden yakınını kaybedenlerin ikinci dereceden yakınını kaybedenlere göre işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksektir. Kontrol grubundaki bireylerin kaybedilen yakının yakınlık derecesi ile işlem öncesi ve sonrası durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.19. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastalığı hakkında daha önce bilgi alma durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar/Hastalığı hakkında daha önce bilgi alma durumu	N	Durumluluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)	İşlem Öncesi (X ±SD)	İşlem Sonrası (X ±SD)
Deney					
Alan	2	43.00 ± 1.41	41.00 ± 0.00	50.00 ± 5.66	49.00 ± 7.07
Almayan	48	42.48 ± 3.33	40.54 ± 3.42	47.10 ± 6.36	46.65 ± 5.62
t		0.21	0.18	0.63	0.57
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
Kontrol					
Alan	7	40.29 ± 4.23	41.71 ± 1.25	48.43 ± 6.24	47.57 ± 6.92
Almayan	43	40.00 ± 3.64	40.63 ± 2.95	48.28 ± 6.16	48.09 ± 6.02
t		0.18	0.95	0.06	0.20
p		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Tablo 4.19 incelendiğinde, deney grubundaki bireylerde daha önce hastalığı hakkında bilgi alanların almayanlara göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı zamanda işlem sonrası durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarında da işlem öncesine göre azalma saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Kontrol grubunda ise, hastalığı hakkında daha önce bilgi alanların işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları bilgi almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). İşlem öncesi sürekli kaygı puan ortalamaları bilgi alanlarda daha yüksek iken, işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları bilgi almayanlarda daha yüksektir. Ancak deney grubunun tersi olarak işlem sonrasında durumluk kaygı puan ortalamalarında işlem öncesine göre artma görülürken, sürekli kaygı puan ortalamalarında deney grubuyla paralel olarak işlem sonrasında azalma olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda daha önce hastalığı hakkında bilgi alma durumu ile işlem öncesi ve sonrası durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Erciyes Üniversitesi Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesinde koroner anjiyografi olacak hastalara verilen eğitimin hastaların kaygı düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir.

Araştırma grubuna alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; deney ve kontrol grubundaki bireylerin %28.0'nın kadın, %72.0'nın erkek olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Araştırma kapsamında bulunan bireyler arasında erkek hastaların oranının yüksek olması, literatürde de yer aldığı gibi erkeklerde koroner kalp hastalığının daha fazla görüldüğü görüşünü desteklemektedir (26,35-37).

Araştırmada, bireylerin %38.0'nın 50-59 yaş grubunda, %32.0'nın 60-69 yaş grubunda olduğu; %48.0'nın ilkokul mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Bireylerin çoğunluğunun eğitim düzeylerinin düşük olması, hastalık ve tedavileri konusunda bilgilerinin eksik olabileceğini ve verilecek eğitime istekli olabileceklerini düşündürülebilir.

Deney grubundaki bireylerin %84.0'nın evli, %16.0'nın dul; %42.0'nın 3-4 çocuk sahibi; %42.0'nın emekli olduğu, kontrol grubundaki bireylerin %90.0'nın evli, %10.0'nın dul; %46.0'nın 3-4 çocuk sahibi; %54.0'nın emekli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Bireylerin çoğunluğunun evli olması Türkiye'nin sosyo-kültürel yapısını

yansıtmaktadır. Ayrıca, emeklilerin çoğunluğu oluşturması bireylerin yaş ortalamalarının emeklilik yaşına uyduğunu göstermiştir. Emeklilikle birlikte yaşam şeklinin değişerek sedanter yaşama geçişin arttığını, böylece koroner arter hastalıklarının oluşumunda da bu durumun etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmadaki bireylerden, deney grubundakilerin %74.0'nın kendi ifadelerine göre gelir durumlarının orta derecede olduğu; %62.0'nın sosyal güvencesinin SSK olduğu, kontrol grubundakilerin %72.0'nın kendi ifadelerine göre gelir durumlarının orta derecede olduğu; %44.0'nın sosyal güvencesinin SSK olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Bireylerin sosyal güvence durumuna bakıldığında, tamamının sağlık güvencesi olduğu görülmektedir. Hastanede yatma, anjiyografi ve diğer girişimlerin maliyeti arttırdığı düşünüldüğünde, sosyal güvencesi olan bireylerin hastaneye daha rahat başvurdukları sonucuna varılabilir.

Deney grubundaki bireylerin %54.0'nın Kayseri il merkezinde; %64.0'nın eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, kontrol grubundaki bireylerin %48.0'nın Kayseri il merkezinde; %60.0'nın eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Bireylerin çoğunluğunun Kayseri İl merkezin de oturması kuruma kolay ulaşabilmelerine ve kendi sağlık sorunlarıyla daha ilgili davranış biçimi göstermelerine bağlanabilir. Bireylerin çoğunluğunun aileleriyle yaşamaları Türk toplumundaki geniş aile yapısına ve aile büyüklerinin geleneksel olarak yalnız bırakılmamasına bağlı olabilir. Bunun yanı sıra bireylerin aile içinde yaşamaları güven ve destek sağlayarak, hayatın kriz dönemlerinden geçişte büyük önem taşımaktadır.

İnsan hayatında yakını kaybetmede önemli bir kriz yaşanmasına ve buna bağlı sağlık sorunları gelişmesine neden olabilmektedir. Çalışmada, deney grubundakilerin %20.0'nın yakın zamanda bir yakını kaybettikleri, bunların %70.0'nın son 6 ay içerisinde, %70.0'nın ise kayıplarının birinci derece yakınları olduğu, kontrol grubundakilerin %20.0'nın yakın zamanda bir yakını kaybettikleri, bunların %70.0'nın son 6 ay içerisinde, %50.0'nın ise kayıplarının birinci derece yakınları olduğu görülmüştür (Tablo 4.1). Bireylerin birinci derece yakını kısa bir süre önce kaybetmesi var olan sağlık sorununun ortaya çıkışını kolaylaştırmış olabileceğini bize düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına giren bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; hem deney hem kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun KAG nedeniyle hastaneye yattığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Bireylerin çoğunluğunun KAG nedeniyle hastanede yatıyor olması, literatürle uyumlu olarak kalp hastalıklarında anjiyografinin en sık kullanılan tanı ve tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir (1, 6,49).

KAG sonrası damarlarda tespit edilen problemlere PTCA, stent, medikal tedavi yada cerrahi gibi tedaviler önerilmektedir. Örneklem grubunun KAG sonrası önerilen tedavi kararlarına bakıldığında ise; deney grubundakilerin %36.0'nın PTCA, %22.0'nın medikal tedavi, %42.0'nın konsey kararı aldığı; kontrol grubundakilerin ise %34.0'nın medikal tedavi, %32.0'nın konsey kararı, %24.0'nın PTCA aldığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Araştırmada deney grubunda KAG sonrası önerilen tedavi kararları literatürle (4,14) uyumlu olarak, çoğunlukla PTCA ve konsey kararı sonrası by-pass iken, kontrol grubunda önerilen tedavi kararı çoğunlukla medikal tedavidir. Deney grubunun önerilen tedavi kararı çoğunlukla cerrahi girişim gerektirdiği için kontrol grubuna göre kaygı puan ortalamasının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun daha önce hastaneye yattığı, ancak grubun çoğunluğunun daha önce hiç ameliyat olmadığı saptanmıştır. Çalışma verileri araştırma grubunun çoğunun hastane ortamını tanıdığını ve hastane deneyimi yaşadıklarını ancak cerrahi girişim deneyimi olmadığını göstermektedir (Tablo 4.2).

Hastaneye yatan bireyin bozulan dengesini yeniden kurabilmesi için yetişkinden çok daha fazla desteklenmeye, anlaşılmaya ve anlayabileceği açıklamalara gereksinimi vardır. Hasta gereksinimleri arasında da, kendisine yapılan her işlem hakkında yeterli bilgi alması yer alır. Bilgi alan bireyler de korkularında azalma ve işlem sonrası daha az acı çekme gibi pozitif durumlar gerçekleştiği, yapılan araştırmalar sonucu görülmüştür (38). Çalışmaya alınan bireylerin hastalığı hakkında daha önce bilgi alma durumları incelendiğinde ise; deney grubundakilerin tamamına yakını, kontrol grubundakilerin ise çoğunluğu daha önce hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi almadığını ifade etmiştir (Tablo 4.3).

Bireylerin hastalığına ilişkin bilgi almayı isteme ve bilgi almak istedikleri kişiye göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundakilerin %96.0'nın, kontrol grubundakilerin ise tamamının bilgi almayı istedikleri görülmüştür. Bilgiyi kimden almak istedikleri

sorulduğunda; deney grubundaki bireyler %50.0 oranında doktordan, %10.4'ü hemşireden, %39.6 oranında herhangi bir sağlık personelinden bilgi almak isterken; kontrol grubundaki bireylerin %66.0'ı doktordan, %34.0'ı herhangi bir sağlık personelinden bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Yiğit'in (38) yaptığı çalışmada bilgi isteyenlerin oranı %91.4 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların %54.8'i bilgiyi doktordan, %4.7'si hemşireden, %31.3'ü de herhangi bir kişiden bilgi almak istediğini ifade etmişlerdir. Hastaların %34.0'ı da hemşireden bilgi almıştır. Bu sonuçlara göre, hastaların bilgi almak istedikleri kişi olarak en son sırada hemşireyi ifade etmeleri, hemşirenin eğitim rolünü yeterince yerine getiremediğini ve dolayısıyla da hastaların hemşireden bilgi alma beklentilerinin olmamasına bağlanabilir.

Anksiyete (kaygı) fiziksel bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi, kişiye uygulanacak her hangi bir girişimde anksiyete nedenidir. Anksiyete bireyin yapılacak işlem ve tedavi sürecini etkileyeceğinden, ayrıntılı olarak değerlendirilerek ele alınması gereken bir durumdur (21,25). Anksiyeteyi azaltmada önemli bir yöntemde işlem hakkında hastaya verilecek planlı bir eğitimidir. Nitekim araştırmada işlem öncesinde eğitim verilen deney grubundaki bireylerin durumluk kaygı puan ortalamalarının işlem sonrasında işlem öncesine göre azaldığı görülmüştür. İstatistiksel olarak değerlendirildiğinde da bu düşüşün anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Eğitim verilmeyen kontrol grubundaki bireylerin ise işlem sonrasında durumluk kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre deney grubundakinin tersine artmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.4). Yapılan çalışmalarda (43-46) bulgularımızla benzer şekilde işlem öncesi hasta eğitimi yapmanın durumluk kaygıyı azalttığı görülmüştür.

Durumluk kaygı puanı o anki işlem ya da duruma ilişkin kaygıyı gösterdiğinden, deney grubundaki bireylerin işlem sonrası durumluk kaygı düzeylerinde azalma, kontrol grubundakilerde ise minimal artma gözlenmektedir. Bu farkın deney grubuna işlem öncesi verilen eğitimden kaynaklandığı, bu da verilen eğitimin hastaların kaygılarını azaltmada etkili olduğunu bize göstermektedir. Bu konuda yapılan araştırmalar (32,39-41) preoperatif dönemde eğitim alan hastaların kaygı düzeylerinde azalma olduğunu ve varolan durumla baş ederek kendine bakım yeteneklerinin arttığını, bunların da sağlığı geliştirici eğitim programlarıyla öğretilebileceğine dikkati çekmektedir.

Yine çalışmayla benzer şekilde Lepczyk ve arkadaşlarının (47) çalışmaları da ameliyat öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası durumluk kaygıyı azaltma açısından önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Sürekli kaygı düzeyi bireyin sadece mevcut durumundan değil, yaşam şekli, kişilik özelliği gibi koşullardan da etkilenir. Durumluk-sürekli kaygı kuramında ileri sürülen görüşlerde de; durumluk kaygının anjiyografi gibi stresli bir yaşam olayında değişebileceği, buna karşın bir kişilik özelliği olarak kabul edilen sürekli kaygının değişmeyeceği vurgulanmaktadır. Araştırmada sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundakilerin işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalaması , işlem öncesine göre azalmıştır. Kontrol grubunda ise, işlem sonrasında işlem öncesine göre minimal düzeyde azalma gözlenmiştir. İşlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Deney grubunda verilen eğitimin o anki işleme yönelik olması nedeniyle bireyin sürekli kaygı düzeyinde belirgin değişiklik oluşturulmaması beklenen bir sonuçtur (48). Hem deney hem kontrol grubundaki minimal azalmanın anjiyografi işleminin bitiminden kaynaklanan rahatlama ya bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmayla benzer şekilde Dereli (26), Baram (49), Aşillioğlu (35) ve Karakula'nın (42) yaptığı çalışmalarda da durumluk kaygı düzeyleri verilen eğitimle azalırken, sürekli kaygı düzeylerinde önemli değişiklik olmamıştır.

Deney ve kontrol grubunun cinsiyete göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinde anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), sürekli kaygı düzeyi hem işlem öncesi hem de sonrasında kadınlarda erkeklere göre önemli derecede yüksektir. ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Bu bulgular kadınların bağımsızlıklarını kaybetme duyguları, hastalıklarıyla ilgili olumsuz düşünceleri, ailesine bakma sorumlulukları göz önüne alındığında erkeklerden daha fazla kaygı yaşamalarına bağlı olabilir.

Benzer şekilde Akdağ (50), Dereli (26) ve Günaydın'ın (51) yapmış oldukları çalışmalarda da kadınların erkeklere oranla kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Deney grubundaki kadın ve erkeklerin hem durumluk hem de sürekli kaygıları işlem sonrasında azalmış, kontrol grubundakilerde ise işlem sonrasında artma görülmüştür. Buna göre deney grubuna verilen eğitimin hastaların kaygısını azaltmış olabileceği ve kontrol grubuna göre işlem sonrasında önerilen tedavi kararlarına hazırlıklı olmasına bağlanabilir.

Anksiyete her yaşta görülebildiği gibi, her yaş grubunda da farklı nedenlerle, farklı düzeylerde görülen bir durumdur. Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş grupları ile işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bunun yanında, deney ve kontrol grubunda durumluk kaygıları en yüksek olan bireyler 50-59 yaş grubundandır. Ayrıca sürekli kaygıları en yüksek olanlar; deney grubunda 60 yaş ve üzeri, kontrol grubunda 50-59 yaş grubundaki bireylerdir (Tablo 4.7). Genel olarak bakıldığında yüksek kaygıya sahip bireylerin yaş ortalamalarının 50 ve üzerinde olması bu bireylerin ölüm korkularının fazla olmasına, yalnızlık duygusuna, sosyal desteklerinin azalmasıyla birlikte kriz durumuyla etkin baş edememelerine bağlanabilir.

Akdağ (50) ve Koca'nın (37) yapmış oldukları çalışmalarda bulgularımıza paralel olarak, yaş gruplarıyla kaygı düzeylerinin arasında anlamlı farklılık bulunmazken; Dereli'nin (26) yapmış olduğu çalışmada bulgularımızın aksine yaş arttıkça durumluk kaygının azalması yönünde anlamlılık olduğu görülmüştür.

Deney grubunda tüm yaş gruplarındaki bireylerin işlem öncesi durumluk-sürekli kaygıları işlem sonrasında azalırken, kontrol grubundaki bireylerin durumluk kaygıları işlem sonrasında işlem öncesine göre artmıştır. Buda deney grubuna verilen eğitimin kaygıyı azalttığını, kontrol grubunda ise eğitim verilmemesine karşın sadece işlemin bitmesine bağlı sürekli kaygının azalmasının gerçekleştiğini bize düşündürmektedir.

Deney ve kontrol grubunun medeni durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; işlem öncesi ve sonrası durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) Yalnızca kontrol grubunun işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Bunun yanı sıra dul bireylerin sürekli kaygı puan ortalamalarının, evli bireylerin de durumluk kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum; evli bireylerin sosyal yaşantıda sorumluluklarının daha fazla olmasıyla yaşamda gelişen olaylara ilişkin

durumluk kaygılarının daha yüksek olabileceğini, dul bireylerin yalnızlık ve sosyal desteklerinin olmaması kriz durumlarıyla baş edemeyerek sürekli kaygılarının daha yüksek olmasına neden olabileceğini düşündürmektedir.

Koca'nın (37) yapmış olduğu çalışmada ise durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri evlilerde daha yüksek bulunmuşken, bu çalışmayla benzer şekilde Güneş'in (36) yapmış olduğu çalışmada evli bireylerin durumluk- sürekli kaygı düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

Medeni durumlarına göre bireylerin kaygılarına baktığımızda, deney grubundakilerin yine işlem sonrası durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalmıştır. Kontrol grubundaki bireylerde ise, işlem sonrasında kaygı puan ortalamaları artmıştır. Burada en önemli etkenin; deney grubuna verilen eğitim olabileceği düşünülebilir.

Bireyin eğitim durumu ne olursa olsun, yaşamını tehdit eden herhangi bir durum karşısında anksiyete yaşayabilmektedir. Çalışmada deney ve kontrol grubundaki bireylerin eğitim durumlarıyla işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Deney grubunda eğitim durumu ilköğretim olanlar, kontrol grubunda ise ilköğretim üstü düzeyinde olanların durumluk kaygı puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir (Tablo 4.9). Deney grubunda işlem sonrasında eğitim durumu arttıkça durumluk kaygı puan ortalamaları azalırken, kontrol grubunda eğitim durumu arttıkça durumluk kaygı puan ortalamaları artmıştır. Deney grubundaki tüm eğitim düzeyindeki bireylerin işlem sonrası durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalmış, kontrol grubundaki bireylerin ise artmıştır. Buda tüm eğitim düzeyindeki bireylere verilecek olan eğitimin işleme dönük kaygının azalmasında etkili olmuş olabilir. Eğitim durumu arttıkça işlem hakkında bilgilendirme yapılması bireylerin kaygısını azaltırken; işlem hakkında bilgilendirme yapılmayan grupta işlem sonrasında önerilecek tedaviye ilişkin kaygının daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışma verileri Dereli (26), Baram (49), Güneş (36) ve Koca'nın (37) çalışmalarıyla da paralellik göstermektedir.

Bunun yanı sıra deney grubundaki bireylerin eğitim durumlarıyla işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). En yüksek kaygı eğitimi ilköğretim altı düzeyindeki bireylerde görülmüştür (Tablo 4.9). Deney grubunda eğitim durumu arttıkça sürekli kaygının

azaldığı da tespit edilmiştir. Buda eğitim düzeyi arttıkça bireylerin kriz durumlarıyla daha etkin baş etme yöntemlerini kullanmaları, yaşantılarının var olan durumdan daha az etkilenmeleri ve hayata daha olumlu bakmalarından kaynaklanmış olabilir. Aşillioğlu'nun (35) çalışması da sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmadaki deney ve kontrol grubunun çalışma durumlarına göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygıları incelendiğinde; bireylerin çalışma durumu ile işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Kontrol grubunda çalışmayan bireylerin sürekli kaygı puan ortalamalarının çalışan bireylere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum çalışmayan bireylerin sürekli gelecek kaygılarının olmasına bağlanabilir. Hem deney hem de kontrol grubunda çalışan bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni, iş ve çalışma hayatının stresörleri artırması, bu bireylerde hastalığa bağlı iş gücü kaybı, ekonomik kayıpların düşünülüyor ve yaşanıyor olmasından kaynaklanabilir. Çalışan grubun çoğunun 50 yaş üzerinde ve çiftçi olması (Tablo 4.1) nedeniyle fiziksel güç kaybının yaşanmış olması ve hastaneye yatmanın geçim kaynaklarına etki etmesine bağlı durumluk kaygısının yükselmesine yol açmış olabilir.

Bireylerin yaşadıkları ortamlar ile anksiyeteyi oluşturan faktörler değişkenlik gösterdiği gibi, onların bu durumla etkin olarak baş edebilme yöntemleri de kaygıyı etkilemektedir. Çalışmadaki bireylerin yaşadıkları yerlere göre işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak Kayseri il dışından gelen hem deney hem kontrol grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyleri diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 4.11). Bu sonucun evlerinden, sosyal desteklerinden uzak olmalarından ve ortamı tanımamış olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Güneş'in (36) yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar görülmektedir.

Deney grubundaki bireylerin işlem sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları işlem öncesine göre azalırken, kontrol grubunda artma göstermiştir. Bu da gruba işlem öncesi verilen eğitimin bireyin yaşadığı yer neresi olursa olsun işleme ilişkin kaygıyı azaltmada etkili olmuş olabilir.

Araştırmadaki deney ve kontrol grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygılarıyla hastaneye geliş nedeni/tanıları incelendiğinde; hem deney hem kontrol grubunda MI tanısı alanların durumluk kaygı puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($P>0.05$) (Tablo 4.12). MI'nın semptomlarının yarattığı sıkıntı, hastaneye acil olarak yatmak, beraberinde ölüm korkusu, sevdiklerinden ve ailesinden ayrı kalma düşüncesini bireyde oluşturarak, duruma yönelik kaygısının yükselmesine neden olmuş olabileceğini bize göstermektedir.

Bunun yanı sıra deney grubundaki bireylerin hastaneye geliş nedeni/tanısı ile işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buradaki en yüksek kaygıyı KAH tanısı alan bireyler oluşturmaktadır (Tablo 4.12). Bu da kalbin birey için sembolik anlamının yüksek olması nedeniyle, hastalık bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açabilir. KAH tanısı bireyin istediği gibi yaşayamayacağını, hayatında kısıtlamaların olacağını ve bu kısıtlamalarla da yaşamak zorunda kalacağını düşündürebilir. Kişi kendi yeterliliğinin, işinin, yaşam amaçlarının, cinselliğinin tehdit altına girdiğini ya da azaldığını hissedebilir. Bu da sürekli kaygısının artmasına neden olmuş olabilir.

Bunun yanı sıra deney grubundaki bireylerin işlem sonrası kaygı puan ortalamalarının azalması, bireyin almış olduğu tanı gelecek kaygılarını etkilemesine rağmen, verilen eğitimin kaygılarını azalttığı yada kaygılarıyla baş edebilmelerini desteklediğini bize düşündürmektedir.

Çalışmada deney grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygıları ile önerilen tedavileri arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmezken ($p>0.05$) kontrol grubundaki bireylerin işlem öncesi durumluk kaygıları ile önerilen tedavileri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kontrol grubunda bu fark PTCA ve medikal tedavi önerilen bireylerden kaynaklanmaktadır. İşlem öncesinde bireylere henüz tedavi kararı verilmemiş olduğundan, işlem öncesi bireylerin kaygı puanlarının düşük olduğu, işlem sonrası ise tedavi kararlarını öğrenmelerinden dolayı bireylerde kaygı puanlarının yüksek olduğu düşünülebilir. Önerilen tedavisi PTCA olanlar en yüksek kaygı seviyesine sahiptir (Tablo 4.13). PTCA invaziv bir girişim olduğundan, bireyin sadece durumluk kaygısının yükselmesine neden olabilir.

Bireylerin işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygıları ile önerilen tedavileri arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Ancak kontrol grubundaki bireylerin işlem sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları ile önerilen tedavileri arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Bu farklılık medikal tedavi ve konsey kararı önerilen bireylerden kaynaklanmaktadır. Konsey kararı önerilen bireylerin sürekli kaygıları en yüksek düzeyde çıkmıştır (Tablo 4.13). Bu da konsey kararı sonrası genellikle by-pass kararı verilmesinden ve konsey grubunun toplanması ve kararın çıkması için beklemek zorunda kalınmasından kaynaklanabilir. Araştırmamıza benzer olarak, Heikkilä (52) ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da, en yüksek kaygıya by-pass kararı çıkan bireylerde rastlanmıştır. Buda cerrahi bir girişime karar verilmesinden ve bu yöntemin diğer tedavi kararlarından daha fazla risk taşımasından kaynaklanmış olabilir.

Deney grubundaki bireylerin durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarının kontrol grubundan farklı olarak işlem sonrasında işlem öncesine göre azalması bize verilen eğitim içeriğinde tedavi kararlarına ilişkin de bilgilendirme olmasının bireylerin önerilen tedavi süreçlerini anlamalarını ve uyum sağlamalarını kolaylaştırarak kaygılarıyla baş edebilmelerini ve buna paralel kaygı düzeylerinin azaldığını düşündürülebilir.

Bireyler hastaneye geldiklerinden itibaren endişe, çaresizlik ve hastane ortamında bulunma gibi durumlara karşı emosyonel reaksiyon olarak kaygı duyarlar. Araştırmada bireylerin hastaneye yatma deneyimleri ile kaygı puan ortalamalarına baktığımızda, hem deney hem kontrol grubunda hastaneye yatan bireylerin sürekli kaygı düzeyleri yatmayan bireylere göre daha yüksekken, hastaneye yatmayan bireylerin durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.14). Daha önce hastaneye yatmayan bireylerin ilk kez hastane ortamı ve cerrahi bir girişimle karşılaştıkları için daha fazla stresli oldukları ve ortamdaki daha fazla etkilendikleri, bu nedenle de durumluk kaygılarının daha yüksek olduğu düşünülebilir. Daha önce hastaneye yatma ise, bireylerin hastane ortamını tanımaları ve ortama daha kolay uyum sağlamalarını desteklerken, hastanede yaşadıkları deneyimler, hastalık ve yaşama etkilerini bildiklerinden dolayı bu durumun sürekli kaygılarına daha yüksek olarak yansıdığı sonucuna varılmıştır. Hastaneye yatma deneyimi yaşamayanların kaygısı yüksek olmasına karşın, eğitim verilen grupta hastaneye yatmayanlarda işlem sonrası durumluk kaygı azalırken, eğitim verilmeyen grupta artma gözlenmiştir. Buda eğitimin

durumsal krizleri azaltmadaki önemini göstermesi bakımından önemlidir. Dereli (26) ve Aşılıoğlu'nun (35) çalışmaları da çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

Özellikle cerrahi işlem yapılacak hastalar için bilinmeyen korkusu ve olası ağrılı işlemler kaygının en yaygın nedenidir. Bu gibi deneyimleri önceden yaşayan kişiler aynı durumlarla tekrar karşılaştıklarında önceki deneyimlerinden dolayı durumluk ve sürekli kaygılarında artış yaşayabilirler (25).

Deney ve kontrol grubunun daha önce ameliyat olma durumuna göre işlem öncesi ve sonrası durumluk ve sürekli kaygıları incelendiğinde; ameliyat olan ve olmayan bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk ile sürekli kaygı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15). Deney grubunda işlem öncesi ameliyat olmayanların, işlem sonrası ameliyat olanların durumluk kaygıları yüksektir, kontrol grubunda ise deney grubundakilerin tersi olarak işlem öncesi ameliyat olanların, işlem sonrası da ameliyat olmayanların durumluk kaygısı yüksektir. Daha önce ameliyat olan bireylerin yaşadıkları deneyimler, tekrar bu durumla karşılaştıklarında kaygılarının yükselmesine neden olabilirken, daha önce hiç ameliyat olmayan bireylerde ise bilinmezlik korkusu nedeniyle kaygılarının yükselmesine neden olabilir.

Bireylerin hastaneye yatma ve ameliyat olma deneyimleriyle işlem öncesi ve sonrası durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin işlem sonrasında durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarının azaldığı, kontrol grubundakilerin ise genel olarak arttığı görülmüştür. Buda bize bireylerin yaşama dair deneyimleri ne olursa olsun verilen eğitimin kaygı düzeylerini azaltabileceğini gösterebilir.

İnsanın bir yakını kaybetmesi bireyde anksiyete oluşturan bir faktördür. Bu durum onda anksiyete yaratmasının yanında var olan yaşamı içerisindeki durumlarla da baş edebilme yeteneğini etkileyebilir (24). Araştırmadaki deney ve kontrol grubundaki bireylerin yakın zamanda bir yakınlarını kaybetme durumuyla işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygılarını incelediğimizde; anlamlı bir fark olmadığı görülürken ($p>0.05$), deney grubundaki bireylerin işlem sonrası sürekli kaygılarında gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Kontrol grubunda yakın zamanda yakını kaybetmeyen bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları yakını kaybeden bireylerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.16).

Deney ve kontrol grubunda yakınıni 0-6 ay içinde kaybeden kişilerin işlem öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları yüksektir. Bu durum kontrol grubunda işlem öncesinde anlamlıdır. Çalışma kapsamına alınan bireylerden deney grubunda olanların yakınıni kaybetme zamanlarıyla işlem öncesi ve işlem sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.17). Deney grubunda yakınıni kaybedeli 7 ay ve üzerinde zaman geçenlerin işlem öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksek iken, kontrol grubunda yakınıni kaybedeli 0-6 ay olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$). Bireylerin yakın bir zaman içerisinde kriz niteliğinde bir deneyim yaşamalarından dolayı henüz bu olaya adaptasyon sürecini atlatamadıkları düşünülürse, genel olarak kaygılarının yüksek olması buna bağlanabilir. Ayrıca ölüm deneyimi yaşamaları ölüm korkusuyla kaygıya da neden olabilir.

Bireylerin daha önceden hastalıkları hakkında bilgi almaları, kimi zaman var olan durumla karşılaştıklarında etkin olarak baş edebilmelerini sağlayabildiği gibi, önceki bilgileri nedeniyle korku ve kaygı yaşamalarına da neden olabilir. Çalışmada deney ve kontrol grubunda hastalığı hakkında bilgi alan bireylerin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri bilgi almayanlara göre yüksek çıkmıştır (Tablo 4.19). Bireylerin hastalığı hakkında bilgilerinin olması kendi yaşantılarında oluşturabilecekleri değişiklikleri ve hastalığın ciddiyetini kavrayarak işlem öncesi kaygı düzeylerinin artmasına neden olabilirken, bireylerin almış olduğu bilginin ne derece yeterli olduğu bilinmediğinden var olan durumla etkili baş edemedikleri için kaygı düzeyleri yüksek çıkmış olabilir. Güneş'in (36) yaptığı çalışmada ise, hastalıkları hakkında bilgi alan bireylerin kaygı puan ortalamalarının daha düşük olduğu, fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bunlara paralel olarak deney grubundaki bireylerin işlem öncesi ve sonrası durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları değerlendirildiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarında işlem sonrasında önemli ölçüde azalma varken, kontrol grubundaki bireylerde işlem sonrası ileri derecede artma görülmüştür (Tablo 4.19). Deney grubundaki azalma ve işlem bitmesine rağmen kontrol grubundaki kaygı düzeyinin artması bize verdiğimiz eğitimin bireylerin var olan durumlarıyla baş edebilmelerinde ve korkularının azalmasında etkili olduğunu düşündürmektedir (53,54).

Çalışmada elde edilen sonuçlarına göre; hastalara işlem öncesi verilen eğitimin istatistiksel olarak anlamlı ölçüde işlem sonrası durumluk kaygıyı azaltmada etkili olduğu ($p < 0.05$), istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sürekli kaygıyı da azalttığı ($p > 0.05$) saptanmıştır.

Buna göre;

- Bireysel özellikler durumluk-sürekli kaygıyı etkilediği için bu özellikler dikkate alınarak hasta eğitimlerinin planlanıp uygulanması,
- Hastalara verilecek eğitimlerin görsel materyallerle desteklenerek yapılması,
- İşlem ve hastaneye yatma bireylerin kaygı düzeylerini etkilediği için, hastaneye yatış itibarıyla hasta ile iletişime geçilerek gereksinimleri doğrultusunda eğitimlerin planlanması,
- Kayseri il dışından gelenlerde kaygının arttığı görüldüğü için, bunlara sosyal desteklerle ihtiyaçlarını gidermeye yönelik girişimlerde bulunulması,
- Hastanelerde yapılan rutin klinik eğitimlerin, planlı olarak yapılması ve bunların hemşirelik uygulamalarının bir parçası haline getirilmesi,
- Buna benzer yapılacak araştırmalarda işlem öncesi verilen eğitimlerin sonrasında işlem gerçekleştirilmeden önce hastaların kaygı düzeyleri ölçülecek şekilde çalışmaların planlanması,
- Sağlık eğitiminde farklı eğitim yöntemlerinin kullanılarak araştırmalar yapılması ve karşılaştırılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Onat A. Koroner Arter Hastalığı Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 1999; 27 (5): 281-290
2. Türkiye Kalp Raporu 2000. Yenilik Basımevi. İstanbul 200:11-54
3. Güzelsoy D. Koroner Arter Hastalığı Tanısında Nükleer Kardiyoloji Yöntemlerinin Yeri. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji. 2003; 16 (1): 23-28
4. Kumbay E. Anjio + PTCA + Stent Endikasyonları. Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Kitabı. ss. 45-53. Nisan 2001. Bursa
5. Beattie S., Billiard S. J., Mernhardt S. C. The Use Of Cardiac Catheterization Data to Design Nursing Careplans. Critical Care Nurse. Vol: 10. June. 1992
6. Sonel A. Kardiyoloji. Semih Matbaacılık. Ankara 2002: 1-11. 184-188
7. Çağlayan Ş. Yaşam Bilimi Fizyoloji. Panel Matbaacılık. İstanbul 1995: 104-108
8. Guyton A., Hall J. Medical Physiology Tıbbi Fizyoloji. W.B. Saunders Company. 1996: 107-111
9. Cin G. Girişimsel Kardiyoloji. Nobel Matbaacılık. İstanbul. 2003: 15-27
10. Gök H. Klinik Kardiyoloji. Nobel Matbaacılık. İstanbul 2002: 157-169

11. Türkoğlu C. Girişimsel Kardiyoloji Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji. 2004: 17 (3): 109-111
12. Kaysı A., Molvalılar S. İç Hastalıkları (Semiyoloji) Melisa Matbaacılık. İstanbul 2001: 247-248
13. İyiarı G. Hemşirelerin Koroner Anjiyografi Sonrası Uyguladıkları Bakım ve Bakıma İlişkin Bilgileri. Bilim Uzmanlığı. Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 1996
14. Özem F, ve ark. Türkiye’de İnvaziv Kardiyoloji: 1994-1997 Yılı İşlemleri. Türkiye Kardiyoloji Derneği Arşivi. 1999: 27 (2): 80-84
15. Gök H, ve ark. Menopozun Koroner Arter Hastalığı ile İlişkisi. Kardiyoloji. 1996: 3 (1): 23-27
16. Erdi F, Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Kaya Matbaacılık. Ankara 1999: 312-324
17. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara. Vehbi Koç Vakfı. 1997: 521-528
18. Onat A. Ülkemizde Girişimsel Kardiyoloji: Göz Kamaştırıcı Atılım ve Temkin Gereksinimi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 1999: 27 (2): 110-111
19. Çevik A. Yaygın Anksiyete Bozukluklarının Kliniği. II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu. E.Ü. Basımevi. 20-21 Mayıs. Sivas. 1993
20. Varcarolis E. M. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. Third Edition. W.B. Saunders Company. 1998: 376-378
21. Güleç C., Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1997: 449-459
22. Cimilli C. Klinik Psikiyatri. Nobel Matbaacılık. İstanbul 2001: 182-186
23. Köknel Ö. Kaygının Doğuşu. I. Anksiyete Sempozyumu. E.Ü. Matbaası. 5-7 Haziran. Nevşehir 1992
24. Taneli B. Anksiyetenin Nöral Mekanizmaları. I. Anksiyete Sempozyumu. E.Ü. Matbaası. Nevşehir. 5-7 Haziran 1992

25. Gürsoy A. Ameliyat Öncesi Dönemde Yaşanan Kaygının Hastanın İyileşme Sürecine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001: 8 (2): 114-119
26. Dereli N. İlk Kez Kalıcı Pacemaker Yerleştirilen Hastalara Uygulanan Programlanmış Eğitimin Hastanın Anksiyete Düzeyine Olan Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir 1992
27. Abaan A. ve ark. Hasta Eğitimi. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. Birlik Matbaacılık. İstanbul 1996: 178-183
28. Birol L. Hemşirelik Süreci. Etki Matbaası. İzmir 1997: 14-15
29. Bölükbaş N. Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. Hemşirelik Bülteni. 1991: 20: 81-86
30. Birol L, ve ark. Hemşirelerin Hasta Eğitiminde Karşılaştıkları Güçlüklerin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 1997: 4 (2): 65-70
31. Oiu YG, Zheng CR, Chen JZ. Psychologic Status and Their Influencing Factors in Patients Suspected of Coronary Disease Before and After Coronary Catheterization. Zhoghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2003; 24 (3): 224-228
32. Mott AM. Psychologic Preparation to Decrease Anxiety Associated With Cardiac Catheterization. J. Vasc Nurs 1999; 17 (2): 9-41
33. Heikkila J, Pauonen M, Virtanen V, Laippala P, Fear of Patients Related to Coronary Angiography. J. Adv Nurs 1998; 28 (1): 54-62
34. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası İstanbul 1992: 374-378
35. Aşılıoğlu K. Ameliyat Öncesi Eğitimin Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Anksiyete Düzeyine Etkisi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2002
36. Güneş P. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas 2001

37. Koca A. Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 1998
38. Yiğit N. Serebral Anjiyografi Yapılacak Hastaların Bilgi Gereksinimleri. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 1995
39. De Jong-Watt WJ, Arthur HM. Anxiety and Health-Related Quality of Life in Patients Awaiting Elective Coronary Angiography. *Heart Lung* 2004; 33 (4) : 237-248
40. Rees K, Bennett P, West R, Davey SG, Ebrahim S. Psychological Interventions for Coronary Heart Disease. *Evid Based Nurs* 2004; 7 (4): 114
41. Moline Lr. Patient Psychologic Preparation for Invasive Procedures: an Integrative Review. *J Vase Nurs* 2000; 18 (4): 117-22
42. Karakula S. Koroner Bypass Ameliyatı Geçiren Hastalarda Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir 1999
43. Bektaş M. Sağlığı Geliştirme Konusunda Verilen Eğitimin Benlik Kavramı, Kaygı Düzeyi ve Olumlu Sağlık Davranışlarında Bulunma Durumuna Etkisinin İncelenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir 2002
44. Ala Z. Kalıcı Pacemaker İmplant Edilmeden Önce Anksiyetenin Giderilmesi İçin Eğitim Etkinliğinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 1992
45. Ertok B. Anjioplasti Olacak Hastalarda Anksiyete Düzeyi Üzerine Hasta Eğitiminin Etkisi ve Hemşirenin Rolü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 1997
46. Özkan N. Ameliyat Öncesi Eğitim Yapılan Mastektomi Hastaları İle Eğitim Yapılmayan Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 1992

47. Lepczyk, M, et al: Timing of Preparative Patient Teaching. Journal of Advanced Nursing 1990; 15: 57-70
48. Öner N. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Güvenilirliği ve Geçerliliği. Doçentlik Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 1997
49. Baram Z. Koroner Anjografi Olacak Hastaların Anksiyetelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 1992
50. Akdağ A. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 2001
51. Günaydın N., Oflaz F. Planlı Ameliyat Olacak Hastaların Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Gata Bülteni. 1998; 40 (1): 6-10
52. Heikkilä J, Paunonen M, Laippala P. Patients Fears in Coronary Arteriography. Scand J Caring Sci 1999; 13 (1): 3-10
53. Ünsar S, ve ark. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Sağlık Eğitiminde Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Forumu. 2004; 7 (2): 27-41
54. Özdemir A, ve ark. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Durumluluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Hemşirelik Forumu. 2005; 9 (2): 16-21

EKLER

EK-1

**KORONER ANJİOGRAFİ OLACAK HASTALARA YAPILACAK EĞİTİMİN
KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİ ARAŞTIRMASI ANKET FORMU**

Hastanın Adı Soyadı :..... Anjio sonrası tedavi kararı
Tanısı :..... 1. Balon 2.Stend
Protokol No :..... 3.Medikal Tedavi 4.Konsey
Anket No :.....

1.Cinsiyetiniz ?

1.Kadın 2. Erkek

2.Kaç Yaşındasınız?.....

1.40-49 yaş 2.50-59 yaş 3.60-69 yaş 4.70-79 yaş 5.80yaş ve üstü

3.Medeni durumunuz nedir?

1.Bekar(ise 5. soruya geçiniz) 2.Evli 3.Boşanmış 4.Dul 5.Ayrı yaşıyor
6. Diğer(ise belirtiniz.....)

4.Sahip olduğunuz çocuk sayısı nedir?

1. Çocuk yok 2. 1-2 çocuk 3. 3-4 çocuk 4. 5 çocuk ve üstü

5.Eğitim durumunuz nedir?

1.Okuma yazma bilmiyor 2.Okuma yazma biliyor 3.İlkokul mezunu
4.Orta okul mezunu 5.Lise mezunu 6.Yüksekokul mezunu

6.Evde şu anda gelir getiren bir iş yapıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

7.Ne iş yapıyorsunuz?

1.İşçi 2.Memur 3.Emekli 4.Serbest meslek 5.Çiftçi
6.Esnaf 7.Ev hanımı 8. Diğer(ise belirtiniz.....)

8. Sosyal güvenceniz var mı?

1.Var 2. Yok(ise 10.soruya geçiniz)

9.Hangi sosyal güvence kuruluşuna bağlısınız ?

1.Emekli sandığı 2.Bağkur 3.SSK 4.Yeşilkart
5. Diğer(ise belirtiniz.....)

10.Nerede yaşıyorsunuz?

1.Kayseri il merkezinde 2.Kayseri ilçe 3.Kayseri belde/köy
5.Kayseri dışı il merkezi 6.Kayseri dışı ilçe 7.Kayseri dışı belde/köy

11.Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz ?

- 1.Eşi 2. Eşi-Çocukları 3.Çocukları 4.Yalnız 5.Diğer(ise belirtiniz.....)

12.Size göre ailenizin gelir düzeyi nasıl ?

- 1.Çok iyi 2.İyi 3.orta 4.Kötü 5.Çok kötü

13.Daha önce hastaneye yattınız mı?

- 1.Evet (ise 15. soruya geçiniz) 2.Hayır

14.Kaç kez hastaneye yattınız?

1. 1-2 kez 2. 3-4 kez 3. 5 ve üzeri

15.Daha önce ameliyat geçirdiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

16. Yakın zamanda herhangi bir yakınınızı kaybettiniz mi?

- 1.Evet 2.Hayır (ise 18. soruya geçiniz)

17.Kimi kaybettiniz?

- 1.Anne-Baba 2.Eş 3.Çocuk 4.Yakın arkadaş 5.Akraba
6 Diğer(ise belirtiniz.....)

18.Kalp Damar Hastalığınız ile ilgili herhangi bir bilgi aldınız mı?

1. Evet 2.Hayır (ise 21. soruya geçiniz)

19. Hangi konuda bilgi aldınız?

20. Kimlerden bilgi aldınız ?

1. Doktor 2. Hemşire 3. Arkadaş ve komşu 4. Medya(Tv,gazete.dergi)
5. Diğer(ise belirtiniz.....)

21.Şimdi hastalığınıza ilişkin bilgi almak istermiydiniz ?

- 1.Evet 2.Hayır (ise anket tamamlanmıştır)

22. Bu bilgiyi kimden almak isterdiniz ?

1. Doktor 2. Hemşire 3. Arkadaş ve komşu 4. Medya(Tv,gazete.dergi)
5. Diğer(ise belirtiniz.....)

EK-2

DURUMLULUK KAYGI ENVANTERİ

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

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.Şu anda absim bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.su 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)

SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ

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

	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 istiyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.Kendimi dinlenmiş hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(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 etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33.Genellikle kendimi güvende hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçmırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.Genellikle kendimi hüznü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-3 (EĞİTİM MATERYALİ)

KORONER ANJİOGRAFİ

Anjiografi, tüm doğuştan gelen veya sonradan gelişen kalp hastalıklarının tanısı için kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemle kalp damarlarındaki darlıklar, tıkanıklıklar ve kalbin kasılma derecesi hakkında bilgi edinilir. Kalp damar hastalığı tanısında en güvenilir yöntemlerden biridir.

Koroner anjiografide, özel bir kamera ile kalp boşluklarının ve kalbinizin atar damarlarının incelendiği bir röntgen filmi çekimi yapılır. Kalbinizin atar damarlarına koroner damarlar denir. Bu damarlar kalbi besleyen damarlardır.

İşlem özel bir odada gerçekleştirilir. İşlemi gerçekleştiren doktorunuz kolunuzdaki veya kasık bölgenizdeki büyük atar (veya toplar) damarların birine, küçük bir bölgenin yüzeysel olarak uyuşturulması sonrası plastik bir kanül (katater) yerleştirilir. Daha sonra bu kanülün içinden kalp içinde istenilen bölgeye (kalp boşlukları veya koroner arterler) gidebilen plastik benzeri maddeden yapılmış bir boru yerleştirilir. Ve kalbinizi besleyen küçük atar damarlardan en büyük atar damara kadar bu boru ilerletir ve bu boru yolu ile damarlarınıza boyalı bir madde verilir. Böylece çekilen filmlerde kalp damarlarınız görüntülenebilir ve hangi bölgelerinde ne kadar darlık olduğu tespit edilebilir. Bu işlem yaklaşık 30 dakika kadar sürer.

İŞLEM ÖNCESİ

- Anjiografi için hangi alanın kullanılacağına bağlı olarak işlemden önceki akşam kol veya bacak, kasık traşı olmanız ve o bölgeyi temizlemeniz gerekmektedir.
- İşlem öncesi bütün giysilerinizi çıkarmanız ve size verilecek olan gömleği giymeniz istenecektir.
- İşlem sırasında üzeriniz tamamen mikropsuz bir örtü ile kapatılacaktır. İşlemi yapacak doktorunuzda tamamen mikroptan arındırılmış giysi ve eldivenler giymiş olacaktır.
- Genellikle işlemin uygulanacağı gün, sabah kahvaltı etmemeniz gereklidir.
- İşlemden 1 saat önce de gevşemenizi sağlayacak sakinleştirici bir ilaç verilecektir. Ancak bu sizi uyutmayacak, sadece rahatlamanızı sağlayacaktır.

İŞLEM SIRASINDA

- İşlem sırasında, bir muayene masasına yatmanız istenecektir. Bu masa filmlerinizi çeken kameranın hemen altında olacaktır. Damarları çeşitli açılardan görüntülemek için her poz alındıktan sonra kameranın yeri değişecektir.
- İşlem sırasında kan basıncınızı ve kalp ritminizin izlendiği ekranlara bağlanacaksınız.
- Test sırasında doktorunuzun sorduğu soruları cevaplamak için uyanık olacaksınız.
- Filmler çekilirken derin nefes alıp, nefesinizi tutmanız istenecektir. Bundan sonra nefes almanız veya öksürmeniz istenebilir. İstedığınız takdirde işlemin bir kısmını televizyon ekranından izleyebilirsiniz.
- İşlem sırasında ağrı hissetmeyeceksiniz. Bazı hastalar canlarının hafif acıdığını ifade etmektedirler. Aynı dışıde olduğu gibi işlemin uygulanacağı bölge lokal bir anestezi ile uyandırılacaktır. Bu sırada bir iğne batması hissedeceksiniz. Boyalı maddenin enjeksiyonu ağrı hissi vermeyecektir. Bu madde verilirken, sıcak basması ve kızarma hissedebilirsiniz. Bu his 20-30 saniye sürecektir. İşlemin sonunda, kalbinizin içini görüntülemek için, daha büyük miktarda boyalı madde verilecek ve bu sırada daha fazla sıcaklık hissedeceksiniz. Bu his acı vermeyecek ve çok kısa sürede geçecektir.
- Bazı kişilerde boyalı maddeye karşı allerji gelişebilmektedir. En sık rastlanan yan etki hafif bir sıcaklık ya da soğuk hissidir. Karın rahatsızlığı / ağrı son derece nadirdir ve bulantı ya da kusma gibi rahatsızlıklar az görülür. Solunum güçlüğü, kızarıklık, kaşıntı gibi durumlar bu maddenin verilmesinden hemen sonra ortaya çıkabileceği gibi birkaç gün sonra da ortaya çıkabilir. Fakat bu gibi durumlar işlem sırasında verilen ilaçlarla tedavi edilebilmektedir. Bunun için daha önce allerji öykünüz var ise veya daha önce örneğin böbrek filmi veya diğer damarlarınızın filmi çekilirken allerjik reaksiyon gelişti ise işlemden önce bunu doktorunuza söylemelisiniz.
- İşlem sırasında kısa süreli göğüs ağrınız olabilir. Olduğu takdirde doktorunuza haber vermelisiniz.

İŞLEM SONRASINDA

- İşlem bittiğinde katater yerinden çıkartılarak yatağınıza gönderilirsiniz. Kalıcı takılan katateriniz işlemden sonra doktorunuz tarafından çekilecek ve 15-20 dk. süre ile bu bölgeye baskı yapılacaktır. Kanamanın durduğu görüldükten sonra oldukça sıkı bir bandaj ile kapatılır. Ayrıca bandajın üzerinde 3-4 kg. ağırlığında bir kum torbası konarak yaklaşık 4 saat süreyle bekletilir. 4 saatin sonunda bu torba kaldırılıp, bandaj değiştirilir. Hafif bir bandaj konulur. Bu süre içinde işlem yapılan bacağınıza (veya kolu) mümkün olduğu kadar

hareketsiz tutmanız gereklidir. Bacağınızı bükmeden yanınıza dönebilirsiniz. Başınızı ve omuzlarınızı yastıktan kaldırmayınız. Eğer kateter koldan yapılmışsa, daha önce yataktan kalkabilir ve tamamen bükmemek üzere kolunuzu kullanabilirsiniz.

- Toplam 4-6 saat kontrol altında izlendikten sonra ayağa kaldrılarak, yürümeniz sağlanacaktır. Bu süre içerisinde İdrar için ördek veya sürgü kullanmanız gerekecektir.
- İşlemden sonra anjiyografide kullanılan madde idrar söktürdüğü için böbreklerin çalışmasını korumak ve kuruluğa mani olmak bakımından çok miktarda sıvı içmeniz önerilir. Ağızdan ilk 2 saat içinde 2 lt sıvı (su, meyva suyu, gazoz vb.) içiniz. . Bu zaman içerisinde damarınızdan da serum verilecektir.
- İşlem sonrası 4-6 saat sonra önceki diyetinize başlayabilirsiniz, fakat ilk iki saatte midenizi fazla doldurmayınız, bulantı olabilir.
- İşlem sonrası ilk saatlerde 15 dakika da bir, daha sonra biraz daha uzun aralıklarla hemşireniz, kan basıncınızı, işlem yapılan bölgenizin altında yer alan bölgedeki nabzınızı ve katater uygulanan yerin muayenesini(kanama, hematom) yapacaktır.
- Öksürme, hapşırma veya geçirme olursa kanamaya mani olmak için önce kasık üzerine kuvvetle basınız.
- İşleme bağlı oluşabilecek sorunlardan (komplikasyonlardan) biri, kataterin uygulandığı bölgede hassasiyet ve rahatsızlık hissidir . Bu sizi çok rahatsız ediyor ise doktorunuza veya hemşirenize haber veriniz. Sizi rahatlatacak bir ağrı kesici verilecektir.
- Eğer kasıkta ani ağrı, sıcak sızma hissi veya ani şişkinlik hissederseniz elinizle pansumana kuvvetle basınız ve hemen hemşirenizi çağırınız.
- Kateterin girdiği kasıkta küçük bir düğüm kadar sertlik ve hassasiyet ertesi günü sıklıkla görülebilir ve önemi yoktur. İğne yerinde hafif çürük şeklinde morluk daha sonraki günlerde kasığın aşığı kısmına geçebilir. Eğer sertlik ve hassasiyet artarsa veya ani şişkinlik, ani kanama olursa doktorunuza ve hemşirenize hemen bildiriniz.
- Sadece koldan çalışılan durumlarda, kolun 3 gün istirahati (yük taşımamak, araba kullanmamak gibi) iyileşmenin hızlandırılması açısından önemlidir.
- İşlemden 24 saat sonra aksi belirtilmedikçe duş şeklinde ayakta banyo yapabilirsiniz.
- Koroner anjiyografiyi değerlendiren doktorunuz, anjio sonucunuzla damarlarındaki darlığa bağlı olarak yapılacak işleme karar vermek için bu konuda uzman doktorların oluşturduğu bir kurula (konsey) girer. Bu kurul sonucunda doktorunuz ilaç tedavisi, balon veya cerrahi tedavi önerebilir.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1978 yılında Ankara'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Ankara'da tamamladı. 2000 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun oldu. 2001 yılında Başkent Üniversite Hastanesinde hemşire olarak görev yaptı. 2002 yılında Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak çalışmaya başladı ve halen aynı kurumda görevine devam etmektedir.