

2019

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**KORONER ANJİYOĞRAFI YAPILACAK HASTALARI
BİLGİLENDİRMENİN ANKSİYETE VE BENLİK
SAYGISI ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Günay ERDEM

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

Ortak Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

G. ERDEM

BALIKESİR-2019

**T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KORONER ANJİYOGRAFİ YAPILACAK HASTALARI
BİLGİLENDİRMENİN ANKSİYETE VE BENLİK SAYGISI
ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Günay ERDEM

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi - Başkan

Doç. Dr. Hicran YILDIZ
Uludağ Üniversitesi - Üye

Doç.Dr. Eyüp AVCI
Balıkesir Üniversitesi - Üye

Doç. Dr. Serap ÖZER
Ege Üniversitesi – Üye

Dr. Öğr. Üyesi Celalettin ÇEVİK
Balıkesir Üniversitesi - Üye

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

BALIKESİR-2019



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan
“KORONER ANJİYOGRAFI YAPILACAK HASTALARI BİLGİLENDİRMEİNİN
ANKSİYETE VE BENLİK SAYGISI ÜZERİNE ETKİSİ” başlıklı tez çalışması, aşağıdaki
jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09 /07 / 2019

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Sibel Karaca SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Hicran YILDIZ
Uludağ Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Serap ÖZER
Ege Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Eyüp AVCI
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Cevat ÇEVİK
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi, sınav jüri komisyonu tarafından imzalanarak
..01/..08./20..19 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. İzzet KARAHAN
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim. Tarih (09/07/2019)


Günay ERDEM

ITHAF

“AILEME”



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin yürütülmesinde bana rehberlik eden, her zaman ilgi ve desteğini esirgmeden motive eden danışman hocam Sayın Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerini ve desteğini esirgemeyen, tezimin yürütülmesindeki bilimsel katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Hicran YILDIZ'a,

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde desteğini ve yardımını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Güven ÖZKAYA'ya,

Tez çalışmam boyunca benden destek ve yardımlarını esirgemeyen Koroner Yoğun Bakım, Kardiyoloji ve Anjiyo Servisi çalışma arkadaşlarıma ve tüm Kardiyoloji Uzmanı hekimlerine,

Eğitim hayatımda ve yaşamımda bana yol gösterici olan çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Üyesi Eyüp AVCI'ya,

Yaşamımın her anında yanımda olan benden sevgisini ve desteğini esirgemeyen aileme ve dostlarıma,

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABOLAR DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kalbin Yapısı.....	5
2.2. Koroner Arterler.....	5
2.2.1. Sağ koroner Arter.....	6
2.2.2. Sol Ana Koroner Arter.....	6
2.3. Kalbin Venöz Sistemi.....	7
2.4. Kalbin İleti Sistemi.....	8
2.5. Koroner Arter Hastalığı.....	9
2.6. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	10
2.6.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	10
2.6.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri.....	11
2.7. Koroner Arter Hastalıklarında Tanı Yöntemleri.....	12
2.7.1. Laboratuvar Testleri.....	13
2.7.2. Egzersiz Testi.....	14
2.7.3. Ekokardiyografi.....	15
2.7.4. Stres Ekokardiyografisi.....	15
2.7.5. Elektrokardiyografi.....	15
2.7.6. Radyonüklid İnceleme.....	16
2.7.7. Kardiyak BT.....	17
2.7.8. Kardiyak Manyetik Rezonans Görüntüleme.....	17
2.7.9. Koroner Anjiyografi.....	17
2.8. Koroner Anjiyografi ve Hemşirelik Uygulamaları.....	20
2.8.1. Koroner Anjiyografi İşlem Öncesi Hemşirelik Uygulamaları.....	20
2.8.2. Koroner Anjiyografi İşlem Sırası Hemşirelik Uygulamaları.....	21
2.8.3. Koroner anjiyografi İşlem Sonrası Hemşirelik Uygulamaları.....	21
2.8.4. Koroner Anjiyografi Sonrası Taburculuk Eğitimi.....	21

2.9. Anksiyete.....	22
2.10. Benlik Saygısı.....	23
2.11. Koroner Anjiyografide Anksiyete ve Benlik Saygısı.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Şekli.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	26
3.5. Veri Toplama Araçları.....	26
3.5.1. Hasta Bilgi Formu.....	26
3.5.2. Durumluk Anksiyete Ölçeği.....	26
3.5.3. Benlik Saygısı Ölçeği.....	27
3.6. Verilerin Toplanması.....	27
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.9. Araştırmanın Etik Yönleri.....	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	29
3.11. Araştırmanın Uygulanma Şeması.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	35
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Bulgularının Tartışılması.....	35
5.2. Durumluk Anksiyete Bulguların Tartışılması.....	38
5.3. Benlik Saygısı Bulguların Tartışılması.....	39
5.4. Durumluk Anksiyete ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
KAYNAKLAR.....	44
EK-1. HASTA BİLGİ FORMU.....	59
EK-2. DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	60
EK-3. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ.....	61
EK-4. KORONER ANJİYOGRAFİ HAKKINDA BİLGİLENDİRME FORMU.....	62
EK-5. ETİK KURUL ONAYI.....	70
EK-6. BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ.....	72
EK-7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	73
EK-8. ÖZGEÇMİŞ.....	75

ÖZET

Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaları Bilgilendirmenin Anksiyete ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi

Araştırma, koroner anjiyografi yapılacak hastaları bilgilendirmenin hastaların anksiyete ve benlik saygısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji servisine yatışı yapılan, araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırma kriterlerine uyan eğitim (n=100) ve kontrol (n=100) grubu olmak üzere toplamda 200 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında hasta bilgi formu, durumluk anksiyete ölçeği, rosenberg benlik saygısı ölçeği kullanılmıştır. Eğitim ve kontrol grubundaki hastalara işlemden bir gün önce hasta bilgi formu, durumluk anksiyete ölçeği ve rosenberg benlik saygısı ölçeği doldurtularak ön test tamamlanmıştır. Daha sonra eğitim grubundaki hastalara koroner anjiyografi işlemi hakkında bilgilendirme yapılmış ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Eğitim ve kontrol grubundaki hastalar ertesi gün koroner anjiyografi işlemine girmeden önce testler tekrar uygulanarak anksiyete ve benlik saygısı durumları değerlendirilmiştir. Araştırma verileri 15 Ocak-15 Mart 2019 tarihinde toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Mann-Whitney U testi, Pearson ki-kare analizi, Spearman korelasyon analizi, Wilcoxon işaret sıra testi kullanılmıştır. Eğitim grubundaki hastaların durumluk anksiyete puan ortalamalarındaki değişim kontrol grubuna göre fazladır ve eğitim grubunda anksiyete puan ortalamalarında azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim grubundaki hastaların benlik saygısı puan ortalamasındaki değişim kontrol grubuna göre fazladır ve eğitim grubunda benlik saygısı puan ortalamalarındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Durumluk anksiyete ve benlik saygısı puan ortalamaları arasında kontrol grubundaki hastalarda ön test ve son testte ters yönlü anlamlı bir ilişki varken ($p<0,05$); eğitim grubunda ön test puanında ters yönlü ($p<0,05$) bir ilişki, son test puanında ise anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak koroner anjiyografi yapılacak hastaları bilgilendirmenin anksiyeteyi azalttığı, benlik saygısını arttırdığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, benlik saygısı, eğitim, koroner anjiyografi.

ABSTRACT

The Effect of Informing the Patients Who Would Undergo Coronary Angiography on their Anxiety and Self-esteem Levels

The aim of the study was to find out the effect of informing patients who would undergo coronary and angiography on the anxiety and self-esteem levels of the patients. The population of the study consisted of 200 patients admitted to the coronary intensive care unit and cardiology department at Balıkesir Atatürk City Hospital and accepted to participate in the study, and considered to have met the research criteria in two groups as education (n = 100) and control (n = 100). Patient data form, anxiety scale form and Rosenberg self-esteem scale form were used for the collection of data. The patients in the education and control group were pre-tested by having the patients fill in the information form, anxiety scale and Rosenberg self-esteem scale forms the day before the operation. Then, the patients in the education group were informed about the coronary angiography and they were given a briefing booklet. The patients in the education and control groups were re-administered the tests before the coronary angiography and their anxiety and self-esteem levels were measured. Research data were collected between January 15 and March 15, 2019. Mann-Whitney U test, Pearson chi-square analysis, Spearman correlation analysis, Wilcoxon signed rank tests were used in the analysis of the data. The change in the anxiety scores of the patients in the education group was higher than that of the control group, and it was found that the decrease in the anxiety scores of the education group was statistically significant ($p < 0,05$). The change in the self-esteem mean scores of the patients in the education group was higher than that of the control group, and the increase in the self-esteem mean scores in the education group was found to be statistically significant ($p < 0,05$). There was a significant inverse relationship between the anxiety and self-esteem score averages in the control group in the pre-test and post-test ($p < 0,05$); There was a significant inverse relationship in the pre-test scores of the education group ($p < 0,05$); however, no significant relationship was found in the post-test scores. In conclusion, it was found that informing patients who would undergo coronary angiography decreased the patients' anxiety levels and increased their self-esteem.

Keywords: Anxiety, Self-esteem, education, coronary angiography.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AMI	: Akut Miyokart İnfarktüsü
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
CD	: Compact Disc
CK	: Kreatin Kinaz
CK-MB	: Kreatin Kinaz MB
CRP	: C- Reaktif Protein
CX	: Sirkumflex
EKG	: Elektrokardiyografi
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology)
HDL	: High Density Lipoprotein
hs-cTn	: High Sensitivite Cardiac Troponin
LDL	: Low Density Lipoprotein
LMCA	: Sol Ana Koroner Arter
MPV	: Ortalama Trombosit Hacmi (Mean Platelet Volume)
MR	: Manyetik Rezonans
NSTEMI	: Non ST Elevasyon Miyokardiyal İnfarktüs
RCA	: Sağ Koroner Arter (Right Coronary Artery)
STEMI	: ST Elevasyonlu Miyokardiyal İnfarktüs
SS	: Standart Sapma
OM	: Obtuse Marginal
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
UA	: Stabil Olmayan Anjina (Unstabil angina)
WBC	: White Blood Cell
β-TG	:beta Tromboglobülin

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.1. Koroner Arter Anatomisi.....	7
Şekil 2.2. Koroner Dolaşımın Anatomisi.....	8
Şekil 2.3. Miyokart İnfarktüsü.....	10
Şekil 2.4. Stent Yerleştirme İşlemi.....	18
Şekil 2.5. Koroner Anjiyografide Stent Yerleştirme.....	19



TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Eğitim ve Kontrol Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.2. Eğitim ve kontrol gruplarının grup içi ön test ve son test ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	33
Tablo 4.3. Eğitim ve kontrol gruplarının ön test ve son test ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.4. Durumluk anksiyete ve Rosenberg benlik saygısı ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	34

1. GİRİŞ

Koroner kalp hastalığı dünya çapında yaygın morbidite ve mortalite nedenidir (Gatenby ve ark., 2014). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre her yıl 17.9 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklardan ölmektedir. Bu sayı tüm ölümlerin yaklaşık %31'ini oluşturmaktadır. Bu ölümlerin %85'i kalp krizi ve felçten kaynaklanmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin %75'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. 2035 yılında ABD nüfusunda 130 milyon yetişkinde kardiyovasküler hastalıkların görüleceği tahmin edilmektedir (WHO, 20 Ağustos 2018). Ülkemizde ise her yıl 300.000 yeni koroner kalp hastalığı olgusu görülmekte ve bunların 65.000'i ölmekte, 235.000 kişi de mevcut 3,5 milyonluk koroner kalp hastalıkları havuzuna eklenmektedir. Mevcut havuzdan da 150.000 kişi hayatını kaybetmekte ve koroner kalp hastalığından dolayı yıllık toplam 215 bin kişinin hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (Onat, 2017). Koroner kalp hastalığı ülkemizde her yıl artış göstermekte ve önemli bir sağlık sorunu teşkil etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Koroner kalp hastalığı terimi yerine iskemik kalp hastalığı, koroner arter hastalığı terimleri de kullanılabilir. Literatürde daha çok koroner arter hastalığı terimi kullanılmaktadır (Erol ve Atalar, 2014; Adalet, 2019).

Koroner arter hastalığı, kalbi besleyen koroner arterlerin daralması veya tıkanması sonucunda kalbin yeterince beslenememesi ve görevini yapamaması nedeniyle ortaya çıkan hastalıktır. Koroner arter hastalığı teşhisinde elektrokardiyografi, ekokardiyografi, kardiyak enzimlerin kandaki değerleri, efor testi, miyokard perfüzyon sintigrafisi, bilgisayarlı tomografi, kardiyak manyetik rezonans görüntüleme, koroner anjiyografi gibi çeşitli testler kullanılabilir. Bu tanı yöntemleri içerisinde en kesin sonuç veren yöntem koroner anjiyografi işlemidir (Türk Kardiyoloji Derneği, 27 Ağustos 2018). İnvazif yolla koroner arterlerin görüntülenmesi işlemine koroner anjiyografi işlemi denmektedir. Koroner anjiyografi, koroner arter hastalığı tanısı koymada, patogenezi anlamada ve doğal seyrini takip için önemli bir invazif laboratuvar girişimi haline gelmiştir. Koroner anjiyografi işlemi sayesinde koroner arterlerin hangi bölgesinde ne kadar daralma ya

da tıkanma olduğu görüntülenir ve buna uygun tedavi seçeneğine karar verilir (Adalet, 2019).

Kalp hastalıklarının tanı ve tedavisinde kullanılan invazif yöntemler bireylerde ölüm korkusu ve anksiyete gelişmesine neden olmaktadır (Özer, 2009; Gallagher ve ark., 2010). Türk Dil Kurumuna göre anksiyete; "Canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonöretik bozukluk." olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 20 Ocak 2019). Cerrahi işlemler öncesi ameliyata hazırlık süreci, ameliyatta gelişebilecek komplikasyonlar, ameliyat sonrası iyileşememe, bakım ve tedavide başkasına muhtaç kalma korkusu sebebiyle hastalar anksiyete yaşamaktadır (Cimilli, 2001; Uzun, 2000).

Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda koroner anjiyografi işleminden önce ve sonra anksiyete görülmektedir. Bu anksiyete durumu hastanın tedaviye uyumunu azaltmakta, işlem sırasında bazı zorlukların çıkmasına neden olmaktadır. (Özer ve ark., 2009; Yalçın ve ark., 2006). Anksiyete (kaygı), geleceğe dönük bir durumun veya davranışın ortaya çıkaracağı sonuçla ilgili, bireyin kendisini muhtemel olumsuz bir durumdan korumasına yöneliktir. İnsanların herhangi bir durum karşısında belirsizlik yaşamaları, başına geleceklerden endişe duymaları onların en başlı kaygı nedenidir (Cüceloğlu, 2005). Yılmaz ve arkadaşlarının (2006), yapmış oldukları çalışma hastaların koroner anjiyografi işlemi ve uygulanan tedavi yöntemleri hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu bildirmiştir. Koroner anjiyografi işleminin ne amaçla yapıldığını, işlemin yapıış şekli ve süreç hakkında bilgi sahibi olanların kaygıları daha azdır (Tunç, 2019). İlk kez koroner anjiyografi planlanan hastaların, daha önce koroner anjiyografi olmuş olanlara göre endişeleri fazladır ve hastalar yapılacak işlemlerle ilgili uygulamaları bilmek istemektedir (Yılmaz ve ark., 2012).

Koroner anjiyografi ve etkileri üzerine yapılan çalışmalar, anjiyografi işleminin kişilerde anksiyete, korku ve yorucu strese neden olduğunu, bu tür duyguların ise kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, işlem sırasında ve işlemden sonra komplikasyon gelişme riskini arttırdığı bulunmuştur (Heikkila ve ark., 1998; Arslan ve ark., 2011).

Hemşireler anksiyetesi olan bireyler ile güven verici ve etkili bir iletişim kurarak anksiyeteye neden olan durumu saptamalıdır. Bazı hastalar endişelerini sözel olarak ifade ederken bazıları da aşırı konuşma, konsantrasyon azalması, huzursuz görünüm, hızlı nefes alıp verme gibi anksiyete belirtileri göstermesi ile anlaşılabilir. Bu sebeple hemşireler hastaları anksiyete belirtileri açısından gözlemlemelidir. Hastanın bulunduğu ortamın sessiz ve sakin olması sağlanmalı, hasta ile konuşulurken yavaş ve duyabileceği şekilde konuşulmalıdır. Hastadan ne hissettiğini ifade etmesini isteyerek anksiyeteye neden olan durum ortaya çıkarılmalıdır. Hastaya ameliyat ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmelidir. Hastanın kalp ritmi ve kan basıncı takibi amacıyla monitörize edildiğini ve bunun rutin olarak tüm hastalara yapıldığını anlatmak ve endişe duymaması sağlamak gerekmektedir. Bazı hastalar monitörden gelen uyarı sesleri nedeniyle panik olmakta, korku ve stres yaşamaktadır (Öksüz ve Mersin, 2016). Ameliyat öncesi hastalara işlem hakkında eğitim verilmesi hastaların ruhsal olarak kendilerini iyi hissetmelerini ve kaygılarının azalmasını sağlamaktadır (Gürlek ve Yavuz, 2013).

Kalp hastalığı, kişilerde benlik saygısını etkilemektedir. Benlik saygısı, kişinin kendini diğer insanlardan aşağıda veya yukarıda görmeden, varlığından ve benliğinden memnun olması olarak tanımlanabilir. Benlik saygısı çeşitli yaşam olaylarından etkilenen psikolojik, sosyal ve fiziksel bir durumdur (Carvalho ve ark., 2016; Türedi, 2015). Rosenberg (1965), benlik saygısı düşük olan kişilerin benlik saygısı yüksek olanlara göre daha çökkün ve izole olduklarını belirtmiştir. (Tunçelli, 2008; Rosenberg, 1965). Kronik hastalığa sahip kişilerdeki benlik saygısını araştıran bir çalışmada, olumlu benlik algısına sahip kişilerin kendini olacaklara daha hızlı alıştırdığı sonucu bulunmuştur (Dibb ve Yardley, 2006). Depresyon ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, depresyondaki kişilerin benlik saygısının düşük olduğu bulunmuştur (Koç, 2008). Benlik saygısı yüksek olan bireylerin tedaviye uyumları ve tedavisi için olumlu bir tutum geliştirerek tedaviye olan güvenlerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Zhou ve ark., 2018). Perkütan koroner girişim sonrası hastaların benlik saygısını araştıran bir çalışmada hastaların benlik saygılarının düşük olduğu, bunun sebebinin ise hastalık nedeniyle psikolojik duygularının değişmesi ve bulunduğu ortamda kendini güvende hissetmemelerinden dolayı olduğu düşünülmektedir (Liu ve ark., 2018). Benlik saygısı, hastaya verilen eğitim, rehabilitasyon, yoga ve düzenli sporsal aktiviteler sonucu yükselmektedir

(Altun, 2003; Adalı, 2013; Polat, 2014; Poorgholami ve ark., 2016; Özdemir, 2018; Işık 2018).

Benlik saygısının düşük olmasına bağlı bireylerde görülen hastalıkla mücadeleyi bırakmak, başarısızlık gibi duygular tedavi için yapılacak işlemleri olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşire, hastanın benlik saygısını yükselterek tedaviye uyumunu sağlamakta önemli bir fonksiyona sahiptir. Hemşire hastanın benlik saygısını arttırmak amacıyla; hastayla güven verici ilişki kurmalı, hastanın duygularını ifade etmesi için desteklemeli, hastanın olumlu yönlerinin farkına varmasını sağlamalı ve hastaya hastalıkla ilgili doğru bilgiler vermelidir (Hall, 2012; Yılmaz, 2016; Ayaz, 2008). Kalp hastalarında benlik saygısı düşük olanların belirlenmesi tedavi ve iyileşme döneminde bu hastalara daha tutarlı bakımın planlanmasına yardımcı olur. Hastalara kalp sağlığını korumaya yönelik olan sigara bırakma, egzersiz yapmak, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi konusunda bilgi verilmelidir (Silverio ve ark., 2009; Carvalho ve ark., 2016).

Bu çalışma, koroner anjiyografi işlemi yapılacak hastalara bilgi vermenin anksiyete düzeyi ve benlik saygısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma soruları;

1.Koroner anjiyografi olacak hastaların sosyodemografik özellikleri nelerdir?

2: Koroner anjiyografi işlemi öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyi ile ilişkisi var mıdır?

3: Koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin benlik saygısı üzerine etkisi var mıdır?

4:Koroner anjiyografi yapılacak hastalarda anksiyete düzeyi ile benlik saygısı arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalbin Yapısı

Kalp, göğüs boşluğu içerisinde bulunan ve etrafında bulunan organların çalışmasına engel olmadan kasılıp gevşeyerek vücudun hayati organlarına kan pompalayan, sistemik ve pulmoner dolaşımı sürdüren bir organdır. Kalp vücuda kan pompalarken arterlerde yarattığı basınç ile tüm hücrelere oksijen ve besin dağıtımını tam ve dengeli bir şekilde sağlar (Adalet, 2019).

Kalp, akciğerlere kan pompalayan sağ kalp ve oksijenlenmiş kanı çevre dokulara gönderen sol kalpten oluşmaktadır. Sağ kalpte sağ satriyum ve sağ ventrikül, sol kalpte ise sol atriyum ve sol ventrikül bulunmaktadır. Atriyumlar ventriküllere hazırlayıcı bir pompa görevi görerek kapaklar yardımıyla kanın ventriküllere geçişini sağlar. Ventriküller ise kanı pulmoner dolaşıma ve periferik dolaşıma gönderen bir pompa görevi görmektedir (Guyton, 2013).

Kalbin kasılması ve gevşemesi olayı kalbin iletim sisteminden kaynaklanan elektrik sinyallerine göre gerçekleşir. Kalp elektrik sinyalleri sayesinde ritmik olarak kasılıp gevşeme hareketi yaparak oksijen ve besin maddelerinin kan yoluyla tüm vücuda taşınmasını sağlar. Vücudumuzda alt ve üst vena kavadan geri dönen oksijensiz kan, kalbe sağ atriyumdan girer ve triküspit kapak yardımıyla sağ ventriküle geçiş yapar. Sağ ventriküldeki kan, pulmoner arterler aracılığıyla akciğerlere taşınır ve burada oksijenle zenginleşir. Pulmoner venler aracılığıyla sol atriyuma gelen kan mitral kapak yardımıyla sol ventriküle geçerek buradan aort vasıtasıyla tüm vücuda gönderilir (Sun, 2018).

2.2. Koroner Arterler

Kalp, her ne kadar içerisinde kan dolu olsa ve tüm vücuda kan pompalasa da çalışması için beslenmeye ihtiyacı vardır. Kalbin beslenmesi ve kanlanması sağlayan koroner arterlerdir ve bunlar kalbin epikardiyal yüzeyi üzerinde bulunurlar. Oksijenlenmiş kan aorttan tüm vücuda geçerken aort kökünden ayrılan yan arter

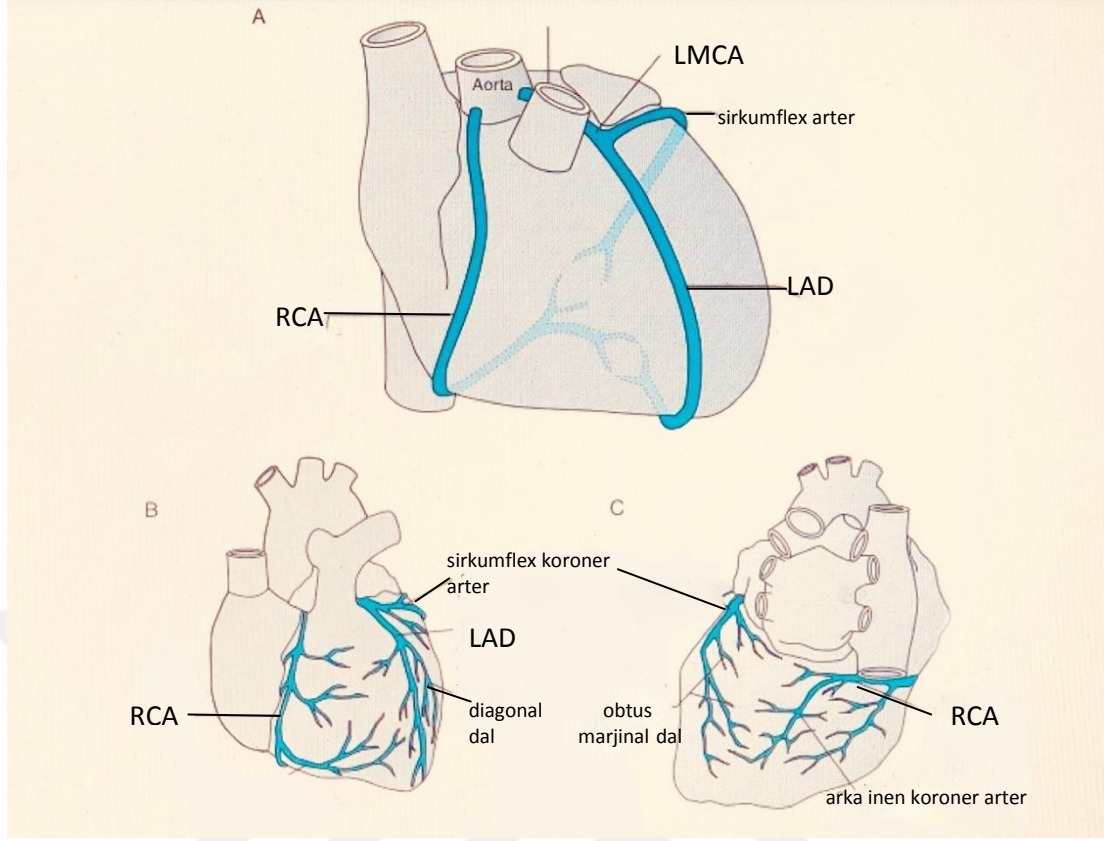
dalları sayesinde kalbin kanlanması sağlanır. Aort kökünden ayrılan sağ koroner arter (RCA) ve sol ana koroner arter (LMCA) olmak üzere iki ana koroner arter vardır (şekil 1). Bunlar kalbin farklı bölgelerinin kanlanmasını sağlar. Sağ koroner arter kalbin gevşemesi fazında, sol koroner arter ise hem kasılma hem de gevşeme fazında miyokardın kanlanmasını sağlar (Young ve ark., 2011; Lilly, 2011).

2.2.1. Sağ Koroner Arter (RCA)

RCA, sağ aortik sinüsten çıkar ve sağ kalbe kan sağlar. RCA, kanın sağ atriyum ve sağ ventriküle iletilmesini sağlayan çok sayıda marjinal dallara ayrılır. RCA'nın sinoatriyal nodal dalı sinoatriyal düğüme, atriyoventriküler nodal dalı atriyoventriküler düğüme, marjinal dalı sağ ventrikülün lateral kısmına, posterior inen dalı ise kalbin alt tarafına kan sağlar (Ogobuiro, 15 Ocak 2019).

2.2.2. Sol Ana Koroner Arter (LMCA)

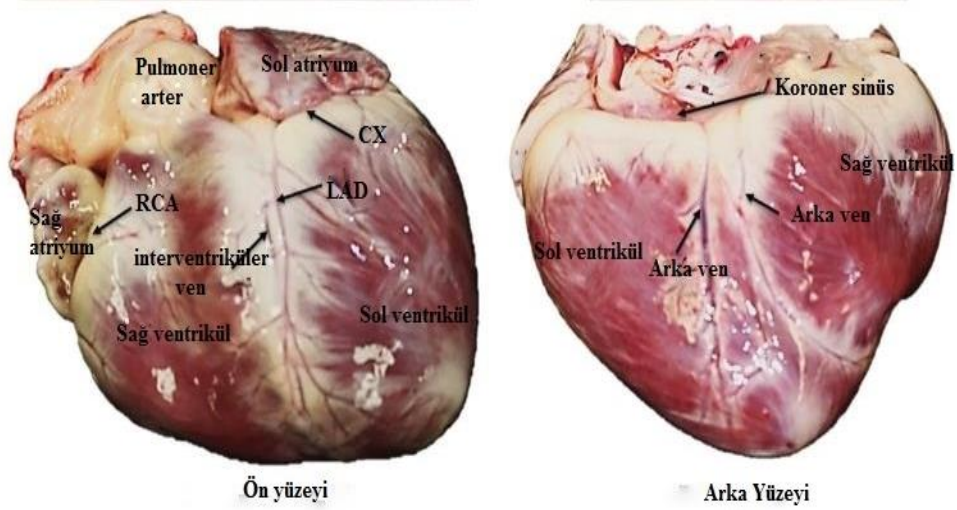
Sol ana koroner arter (LMCA) sol aortik sinüsten çıkar ve hemen sonra sirkumflex ve LAD olmak üzere iki ana dala ayrılır. LAD, septal ve diagonal dallara ayrılır. Sirkumflex arter (CX) ise, kalbin sol lateral yüzünde 1 ile 3 arasında değişen sayıda obtus marjinal dalları verir. LAD, kalbin ön tarafı ve sol tarafına kan sağlar. Sirkumflex arter ise sol ventrikülün yan tarafına ve kalbin arka alt bölümüne kan sağlar (Şekil 1.). Koroner arterlerden kan akışının azalması sonucu miyokard yeterince kanlanamaz ve hasar görür. Miyokardın yeterince oksijen ve besinden mahrum kalması sonucu koroner arter hastalığı ortaya çıkar (Ogobuiro, 15 Ocak 2019; Lilly, 2011).



Şekil 2.1. Koroner arter anatomisi. A Sağ ve sol koroner arterlerin kalp üzerindeki seyiri. B. Koroner arterleri ve ana dallarını gösteren kalbin önden görünümü. C. RCA ve sirkumflex koroner arterlerin ve dallarının uç kısımlarını gösteren kalbin arkadan görünümü (Lilly, 2011).

2.3. Kalbin Venöz Sistemi

Koroner sinüs aracılığıyla kalp venöz drenajı sağlar. Kalbin venleri; posterior interventriküler venöz, anterior kardiyak venöz ve Thebesian venöz sistemden oluşur. Küçük thebesian venler deoksijenlenmiş kanı kalbin sağ atriyum ya da sağ ventrikülüne boşaltır (Şekil 2). Bu kan tekrar oksijenlenmesi için sağ ventrikülden akciğerlere gönderilir (Adalet, 2019; Tune, 2014).



Şekil 2.2. Koroner dolaşımın anatomisi. Sağ koroner arter (RCA); Sol koroner arter (LAD); Sirkumflex koroner arter (CX) (Tune, 2014).

2.4. Kalbin İleti Sistemi

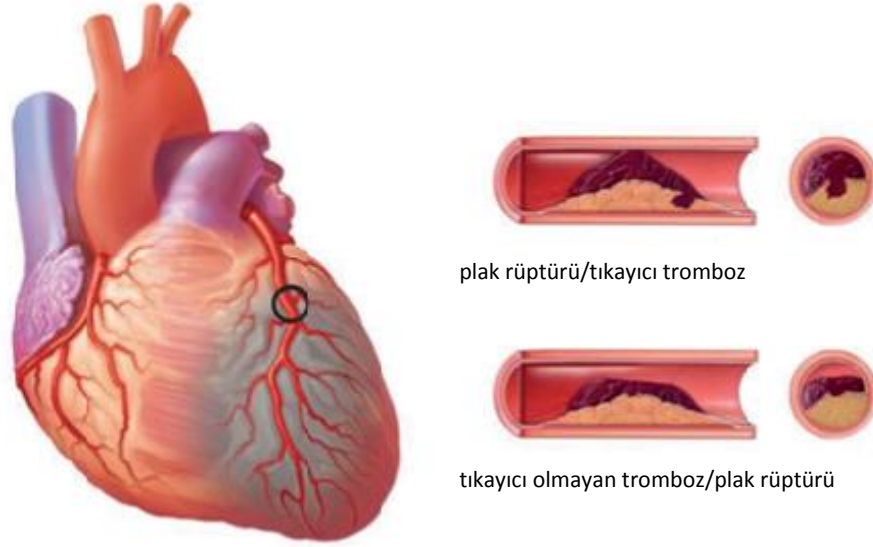
Kalbin kanı verimli bir şekilde vücuda pompalaması için koordineli bir şekilde kalp odalarının büzülmesi gerekmektedir. Kalbin kasılması için elektrik uyarıyı üretip ve yürüten sisteme kalbin ileti sistemi denir. Sağ atriyum ve üst vena kavanın açıldığı yerde bulunan sinoatriyal düğümde miyositler impuls üretir ve kalp için ilk elektriksel uyarı çıkar. Sinüs düğümü, fasulye tanesinde bir yapıdır ve sağ koroner arterin çıkış yerine yakın yerden ayrılan sinüs düğümü arteri ile beslenir. Sinüs düğümünden çıkan uyarı internodal yollar ile atriyal miyokardiyumda hızla yayılır ve yavaşlatıldığı atriyoventriküler düğüme ulaşır. Burada oluşan gecikme atriyumların daha önce kasılmaya başlamasını ve içerisindeki kanı ventriküllere, ventriküllerin kasılmaya başlamadan önce dolmasını sağlar. Atriyoventriküler düğüme gelen uyarı, AV düğümün alt ucundaki his demeti ve purkinje lifleri ile ventriküllere yayılır. Gelen uyarıyla ventriküller kasılarak içerisindeki kanı aort aracılığıyla tüm vücuda pompalar (Van Weerd ve Christoffels, 2016; Kennedy ve ark., 2016). Kalbin kasılıp gevşemesi elektriksel bir uyarının oluşup atriyum ve ventriküllere yayılarak sırasıyla kasılmasıyla olmaktadır. Aksi takdirde kalbimiz içindeki kanı vücuda yeterince pompalayamaz.

2.5. Koroner Arter Hastalığı

Sağlıklı arter; tunica intima, tunica media ve adventitia olmak üzere üç katmandan meydana gelir. Ayrıca arterin iç yüzeyini kaplayan endotel tabakası vardır. Koroner arter hastalığına neden olan ateroskleroz, intima tabakasını etkileyen bir süreçtir. LDL'nin kandan intimaya hareket etmesi ve serbest radikallerle oksitlenmiş LDL'ye dönüşmesine izin veren bir lezyon ile plak oluşumu başlar. LDL parçacıklarının intima içerisinde kimyasal değişime uğrayıp oksitlenmesi sonucu makrofajlara girer. Oksitlenmiş LDL ürünleri, vasküler duvar hücrelerini tetikleyerek sitokinlerin üretilmesini ve enflamatuvar hücrelerin alınmasını sağlar. İmmün reaksiyonlar ve düşük dereceli inflamasyon, aterosklerotik plakların oluşumunda ve ilerlemesinde önemli bir rol oynar. Plak büyümeye devam ettikçe kan damarını daraltır ve kan akışını azaltır. Sistolik hipertansiyon, kalp hızının artması, kanın viskozitesinin artması gibi damar içi basıncın artmasına neden olan faktörlerde plak yırtılmasına neden olarak trombus oluşturur. Trombus kümelerinin total ya da subtotal olarak koroner arterleri tıkanması sonucu iske mi oluşmaktadır (Hao ve Friedman 2014; Meisinger ve ark., 2005).

Epikardiyal koroner arterlerde ateroskleroz ile oluşan kritik seviyedeki darlıklar sonucu miyokard yeterince oksijenlenemez. Kalp hızı, kontraktilite ve duvar gerilimi gibi faktörler miyokardın oksijen ihtiyacını belirler. Miyokardın oksijen ihtiyacının artması sonucu oluşan iske miye ihtiyaç iskemisi, miyokardın yeterince oksijenlenememesi sonucu oluşan iske miye ise arz/sunum iskemisi denir. Akut koroner sendromlar arz/sunum iskemisine örnektir (Adalet, 2019).

Koroner arter hastalığının ilk belirtisi olan akut koroner sendrom, miyokard iskemisinin klinik belirti ve semptomları için kullanılan terimdir (Şekil 2.3). Belirti ve semptomların duyarlılığına bağlı olarak akut koroner sendrom, ST segment yükselmez miyokard infarktüsü (NSTEMI), ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü (STEMI) veya stabil olmayan anjina (UA) olarak sınıflandırılabilir (Thygesen ve ark., 2018).



Şekil 2.3. Miyokart İnfarktüsü (ESC 2018).

2.6. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Framingham Kalp Çalışması uzun süreli yaptığı çalışmalar sonucunda bazı faktörlerin kalp hastalığı riskini arttırdığını ortaya koymuştur (Erişim Tarihi: 18 Mart 2019).

2.6.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmele birlikte, erkeklerin 45 yaşın üzerinde, kadınların 55 yaşın üzerinde olması risk faktörüdür. Ailesinde erken yaşta koroner kalp hastalığı anamnezi bulunması (birinci derece erkek akrabalarında 55 yaşından, birinci derece kadın akrabalarında 65 yaşından önce) koroner kalp hastalığı öyküsü olması risk olarak kabul edilmektedir (Onat ve ark., 2002)

2.6.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Sigara kullanımı, hipertansiyon, diyabetes mellitus, LDL kolesterol yüksekliği, HDL kolesterol düşüklüğü, obezite, insülin direnci, sedanter yaşam tarzı, mental stres ve depresyon koroner arter hastalıklarında değiştirilebilen risk faktörlerindedir (Adalet, 2019).

50 yaşın altındaki sigara içenler için kalp hastalığı gelişme riski aynı yaştaki içmeyenlere göre 10 kat daha fazladır. Sigara içen kişilerin içmeyenlere göre kalp hastalığı riski 2 kat daha fazladır ve sigara kullanım süresi ve miktarı arttıa kalp hastalığı gelişme riski artmaktadır (Hajar, 2017).

Hipertansiyon, Framingham Kalp çalışmasına göre hipertansiyonda koroner kalp hastalığı riski, tansiyonu normal seyredenlere göre iki kat artmıştır. Hipertansiyon duvar stresini ve sol ventrikül hipertrofini oluşturarak miyokardın oksijen ihtiyacını arttırır ve iskemiye yol açar (Kannel, 2009). Hipertansiyonlu birey sayısı dünyada 1.13 milyar civarındadır. Türkiye'de ise TEKHARF verilerine göre % 30 civarındadır. Ülkemizde hipertansiyon prevalansı, 6 milyon erkek ve 8 milyon kadında bulunduğu tahmini yapılmaktadır ve bu durum gelişmiş olan ülkelerle benzerlik göstermektedir (Onat, 2017).

Diyabetli hastalarda %70-80'inde ölüm kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak gelişmektedir. Diyabeti olan kişilerde kalp damar hastalığı riski 8 kat daha yüksektir (Haffner ve Cassells, 2003).

Lipoprotein metabolizması bozukluğu sonucunda koroner arterlerde plak oluşur ve koroner arterlerin tıkanmasına yol açar (Hao ve Friedman, 2014).

Trigliserid yüksekliği genellikle HDL kolesterol düşüklüğü ile birlikte ve bu iskemik kalp hastalığı için risk teşkil eder. Trigliserid yüksekliği olan hastalara ilk önce ilaçsız tedavi yöntemleri olan diyet, fazla kiloların verilmesi, fiziksel hareketlilik, alkol kullanıyor ise bırakması önerilmelidir. Trigliseritin normal değeri 150 mg/dl altındadır. Total kolesterol değeri<200, HDL kolesterol değeri> 60 büyük, LDL kolesterol<100 olmalıdır (Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2018).

Kayıkçıoğlu ve arkadaşlarının 2018 yılında Türkiye'de yaptığı meta-analizi çalışmasında; erişkin nüfusun yaklaşık %30'unda hiperkolesterolomi, %50'sinde HDL kolesterol düşüklüğü ve %30'unda trigliserit yüksekliği olduğu sonucu bildirilmiştir (Kayıkçıoğlu ve ark., 2018).

Sedanter yaşam tarzı sonucu kalp hastalığı riski artmaktadır. Günlük en az 30 dakika yürüyüş ya da aerobik egzersiz yapmaları kalp hastalığından korunmaya yardımcı olacaktır (Adalet, 2019).

Obezite ise yol açtığı insülin direnci, hipertansiyon ve dislipidemi yoluyla kalp hastalığı riskini arttırmaktadır. Beden kütle endeksinin 27'nin üzerinde olması, bel/kalça oranının erkekte 1, kadında 0.8 veya altında olması idealdir (Samur, 2008).

Depresyon ve mental stres kalp hastalığı riskini artırır ve kalp hastalığı halinde hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir. Mental strese bağlı olarak iskemi gelişmesi, klinik olarak stabil koroner arter hastalığı olan hastalarda egzersiz sonucu gelişen iskemiye göre daha çok görülmektedir. Yalnız yaşayan bireylerde ve kadınlarda mental strese bağlı iskemi gelişme riski yüksektir. Stres durumunda katekolamin artışı meydana gelir ve bu da vazokonstriksiyon ve miyokardın oksijen gereksiniminin artmasına neden olur (Peter ve ark., 2008; Jiang ve ark., 2013).

2.7. Koroner Arter Hastalıklarında Tanı Yöntemleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kriterlerine ve Avrupa Kardiyak Derneği (ESC) ve Amerikan Kardiyoloji Koleji'ndeki değişikliklere göre, üç kriterden en az ikisinin mevcut olması halinde akut miyokard enfarktüsü (AMI) teşhisi konulur: göğüs ağrısı öyküsü, EKG'de karakteristik değişiklikler ve kanda kardiyak markerların yüksek olması (Ibanez ve ark., 2017).

2012 yılında Amerikan Kardiyoloji Vakfı / Amerikan Kalp Birliği çalışma grubu tarafından yayınlanan kılavuzda, tanısız randomize çalışmalardan elde edilen kanıtlara dayanarak fonksiyonel testlerin kullanılması tavsiye edilmiştir (Fihn ve ark., 2012).

2.7.1. Laboratuvar Testleri

Koroner arter hastalığı şüphesi olan hastalarda risk faktörlerini araştırmak için glikoz, diyabeti olan hastalarda HbA1c, total kolesterol, HDL, LDL, trigliserit gibi metabolik parametrelere bakılmalıdır. Kalp hastalarının prognozunu tayin etmek ve tanı için uygulanması muhtemel kontrastlı incelemelerin planlanması için üre, kreatin gibi böbrek fonksiyon testleri sonuçları değerlendirilir (Tan ve ark., 2012).

Miyokart infarktüsünün teşhisinde kullanılan başlıca nekroz göstergeleri troponinlerdir. Troponin I ve Troponin T hem kalp dokusuna özgül olmaları hem de küçük nekrozlarda bile belirgin artış göstermeleri nedeniyle diğer göstergelere göre özgüllükleri ve duyarlılıkları yüksektir. Troponin T ile Troponin I arasında duyarlılık ve özgüllük bakımından belirgin bir farklılık yoktur ancak kronik böbrek yetmezliği hastalarında Troponin I, Troponin T'ye göre biraz üstündür (Thygesen 2018; Adalet, 2019).

Son yıllarda gittikçe yaygınlaşan hs-cTn (high sensitivite cardiac troponin) miyokard hasarı durumunda konvansiyonel troponine göre kanda değeri daha erken yükselmektedir. Birçok ülkede kullanılan hs-cTn testleri, teşhis zamanını kısaltması ve erken tanılama sayesinde miyokard hasarının daha çabuk sürede tedavisine yardımcı olmaktadır (Mair, 2014).

Miyoglobinin, hem kalp hem de iskelet kası içinde bulunan düşük moleküler ağırlıklı bir proteindir. Miyokart nekrozunun başlamasından bir saat sonra kanda tespit edilir. Kanda en erken olarak yükselen gösterge olmasına rağmen spesifikliğı düşüktür. Miyoglobini tek başına kullanmak, tanı koymak için yeterli değildir. Miyoglobin seviyesi iskemi hastalarında hızla yükselip düştüğü için diğer kan testleri ile birlikte kullanılıp değerlendirme yapılmalıdır (Achar, 2005; Aksoy ve ark., 2006).

Kreatin kinaz (CK), miyokard hasarı için düşük hassasiyete ve özgüllüğe sahiptir. Kalp dokusu dışında kaslarda, beyinde, barsaklarda, prostatta yaygın olarak bulunur. Bu sebeple travma, hipertermi, hipertiroidizm, böbrek yetmezliği gibi bazı kardiyak olmayan koşullarda da CK değeri yüksek çıkabilmektedir. CK düzeyi kanda ilk 3-8 arası ortaya çıkar ve 24 saatte zirve değerinde olur. CK-MB, troponine göre duyarlılığı ve spesifikliğı daha düşüktür. Bu testin kullanılmasının amacı, serumda

bulunma süresinin troponinlerden daha kısa olması ve miyokard infarktüsünün genişlemesi ve re-infarktüsün belirlenmesini sağlamasıdır (Achar, 2005; Danese ve Montagnana, 2016).

Serum total bilirubin düzeyleri koroner arter hastalığının ciddiyeti ve prognozunu saptamada biyobelirteç olarak kullanılmaktadır (Yu ve ark., 2017, Wei ve ark., 2012; Acet ve ark., 2014).

C-reaktif protein (CRP) düzeyi, koroner arter hastalığında inflamatuvar biyobelirteç olarak kullanılmaktadır. CRP düzeyleri stabil ve anstabil anjinal hastalarda uzun vadeli kardiyak olaylarda öngörücü, ancak miyokart infarktüsünün akut evresinde öngörücü değildir (Zakynthinos ve Pappa, 2009).

Enflamasyon ve trombosit aktivasyonu belirteçleri, miyokard hücre nekrozu oluştuğunda tanı koymaya yardımcı olmaktadır. Enflamasyon parametreleri olarak WBC, CRP ve trombosit biyobelirteçleri olarak ortalama trombosit hacmi (MPV) ve beta tromboglobülin (β -TG) koroner arter hastalığının teşhisine yardımcı olmaktadır (Kaminska ve ark., 2018).

2.7.2. Egzersiz testi

Kişinin koşu bandında hızının kademeli olarak artırılması sonucu göğsüne yapıştırılan elektrodlar vasıtasıyla ekg değişikliklerini saptamak için yapılan testtir. Testin uygulanacağı kişilerin işlemde 3 saat öncesine kadar aç kalmaları, koşu için uygun kıyafet ve ayakkabı giymeleri, testten bir gün öncesine kadar sürede ağır egzersiz yapmamaları konusunda bilgilendirilmelidir. Egzersiz testinin maksimum süresi 8- 12 dakikadır. Daha uzun süre yapılan egzersiz kişinin kas gücünü ölçmeye girer. Sürenin kısa tutulması, hastanın ısınması ve maksimum iş yüküne ulaşmadan testi sonlandırmak değerlendirmenin tam ve sağlıklı bir şekilde olmasını önler. Egzersiz testinin konuyla ilgili eğitim almış, alanında yetişmiş hemşire ve hekimler tarafından uygulanması ve acil müdahale durumu için defibrilatör ve ilaçların hazır bulunması gereklidir. Hastayı test sırasında cildin soğukluğu, soğuk terleme, tansiyonun sıkı takibi açısından izlenmeli ve gerektiğinde test sonlandırılmalıdır (Gibbons ve ark., 2002; Kligfield ve Lauer, 2006).

2.7.3. Ekokardiyografi

Ekokardiyografi, kalpteki fonksiyonel ve hemodinamik bozuklukları değerlendirmek için kullanılan ultrasonografik inceleme yöntemidir. Ekokardiyografi inceleme ile kalp kapaklarının çalışma durumlarının değerlendirilmesi, duvar hareket bozuklukları, sol ventrikül ve sağ ventrikül fonksiyon bozuklukları, ejeksiyon fraksiyonu, mitral yetersizlikler değerlendirilir (Cheitlin, 2003).

2.7.4. Stres Ekokardiyografisi

Ekokardiyografinin fizksel veya farmakolojik stres ile kombinasyonu miyokard iskemisini mükemmel bir doğrulukla tespit edilmesini sağlar. Bilinen veya şüpheli koroner arter hastalığının değerlendirilmesi için kullanılan bir yöntemdir. İlaçlarla veya egzersizle kalp atımının hızlanması sağlanarak yapılır. Maliyeti düşük olan, radyasyon olmayan ve noninvazif görüntüleme tekniğidir. Stres ekokardiyografisi için kişiler işlemden 4 saat öncesi aç kalmalıdır. İşlemden önce sigara, kahve içilmemesi önerilir. İşlem için hastaya damar yolu açılır, göğüs bölgesine elektrodlar yapıştırılır. Uygulamada kalp görüntüleri alınır ve egzersiz ya da ilaç uygulaması yapılarak tekrar kalbin durumu izlenir, sonrasında kalbin toparlanması sırasında kalp ritmi, kan basıncı izlenir (Sicari ve Cortigiani, 2017; Türk Kardiyoloji Derneği, 20 Şubat 2019).

2.7.5. Elektrokardiyografi

Kalbin elektrofizyolojik aktivitelerini gerçek zamanlı ve noninvazif bir şekilde ölçmesi, akut miyokard infarktüsü ve iskemik kalp hastalığının teşhisinde önemlidir. Stabil anjina pektoriste istirahat EKG'sinin tanı koymada sınırlı olmasına rağmen akut koroner sendromlu hastaların büyük çoğunluğunda tanı koymak için önem taşımaktadır. Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde EKG de üç değişik belirti ortaya çıkar. Bunlar patolojik Q dalgası, ST segment yükselmesi ve T dalgasının negatifleşmesidir (Xiao ve ark., 2018).

Koroner arterler kalbin oksijenlenmesi ve kanlanmasını sağladığı için bunlardan herhangi birinin tıkanması sonucu miyokardın kasılması yetersiz olur ve kalbin oksijen talebi karşılanmaz. Bunun sonucu da kalpte ileti sistemi bozukluğuna yol açar. Bir EKG'de hangi leadlerin hangi spesifik arterlere denk geldiğini bilmek, kalbin tıkalı koroner arterin yerini tespit etmeye yardımcı olmaktadır. İnfarktüs lokalizasyonuna göre EKG derivasyonlarında primer değişiklikler görülür (Sanaani ve ark., 2017).

İnferior infarktüs; II, III ve aVF'de ST elevasyonu görülür ve ilgili damar RCA'dır.

Posterior infarktüs; V1, V2, V3 ve büyük R dalgasında leadlerde ST depresyonu gösterir ve ilgili damarlar proksimal RCA ve sol sirkumfleksdir.

Anterior infarktüs; V1, V2, V3 ve V4'te ST elevasyonu gösterir ve ilgili damar LAD'dir.

Lateral infarktüs; I, AVL, V5 ve V6'da ST elevasyonu gösterir ve dahil olan damar OM veya Cx dir.

Sağ ventrikül infarktüsü II, III ve V1'de elevasyon gösterir ve dahil olan damar proksimal RCA'dır (Chaudhry ve Law, 2019; Sanaani ve ark., 2017).

2.7.6. Radyonüklid İnceleme

Sadece teşhis için değil, aynı zamanda risk sınıflandırmasına da yardımcı olur ve revaskülarizasyondan önce miyokard canlılığının belirlenmesinde kullanılır. Miyokarda tutulan radyoaktif maddelerin uygulanması ile yapılan bu işlemde, radyoaktif maddelerin ulaştığı yerler miyokard perfüzyonun olduğunu gösterir. Hipoperfüzyonlu bölgeler miyokard iskemisinin olduğu bölgeleri gösterirler ve iskeminin yaygınlığı ve lokalizasyonu da görüntülenmiş olur. Egzersiz testine göre iskeminin lokalizasyonunu belirlemesi üstün olan taraftır. Radyonüklid görüntülemenin teşhis gücü efor testine göre daha fazladır (Rehman ve Makaryus, 18

Mart 2019). Miyokard perfüzyon sintigrafisi yönteminin, miyokard iskemisini belirlemedeki spesifikliği %70 civarındır (Sharif ve ark., 2018).

2.7.7. Kardiyak BT

Kardiyak BT, koroner kateterizasyon gibi invaziv bir prosedüre gerek kalmadan koroner damarların üç boyutlu olarak doğrudan görüntülenmesini sağlar. BT ayrıca koroner arter kalsifikasyonunun varlığını saptama becerisi olan kalsiyum skorlamasına izin verir; kalsifikasyon ateroskleroz ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir. BT anjiyografi, özellikle normal böbrek fonksiyonu verilen şüpheli aort diseksiyonu durumunda kalp damarlarının hızlı değerlendirilmesi için tercih edilen görüntüleme çalışması olarak ortaya çıkmıştır (Rehman ve Makaryus, 18 Mart 2019).

2.7.8. Kardiyak Manyetik Rezonans Görüntüleme

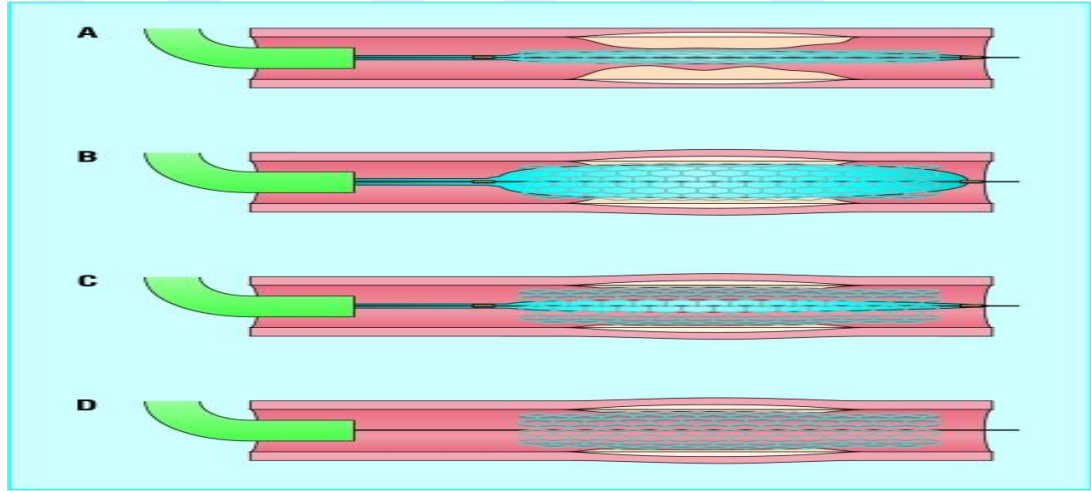
Konjenital koroner arter anomalilerini, koroner arterlerin proksimal ve orta kesimlerdeki plakların belirlenmesini sağlar. Kardiyak MR, hastanın radyasyona maruz kalmaması açısından diğer yöntemlere göre üstündür fakat pahalı ve pratik uygulanamadığı için kullanımı yaygın değildir. İstikrarlı göğüs ağrısı olan hastalarda bilgisayarlı tomografi ile koroner anjiyografi invazif olarak tanımlanmış önemli koroner arter hastalığı tespitinde invazif olmayan fonksiyonel testlerden daha doğrudur (Neglia ve ark., 2015; Ko ve ark., 2015; Ramjattan ve Makaryus, 19 Mart 2019).

2.7.9. Koroner Anjiyografi

Koroner arter hastalığının teşhisi büyük ölçüde non invazif testlerle konulabilmekte fakat kesin teşhis ve koroner damarların darlıklarını ve ciddilik derecelerinin tespiti ancak koroner anjiyografi işlemi ile bilinmektedir. Koroner anjiyografi, koroner arterlere fluoroskopi altında gönderilen bir katater aracılığıyla kontrast maddenin manuel olarak verilmesi ve oluşan görüntünün bir film üzerine veya CD üzerine kaydedilmesi olarak tanımlanır. Genellikle femoral veya

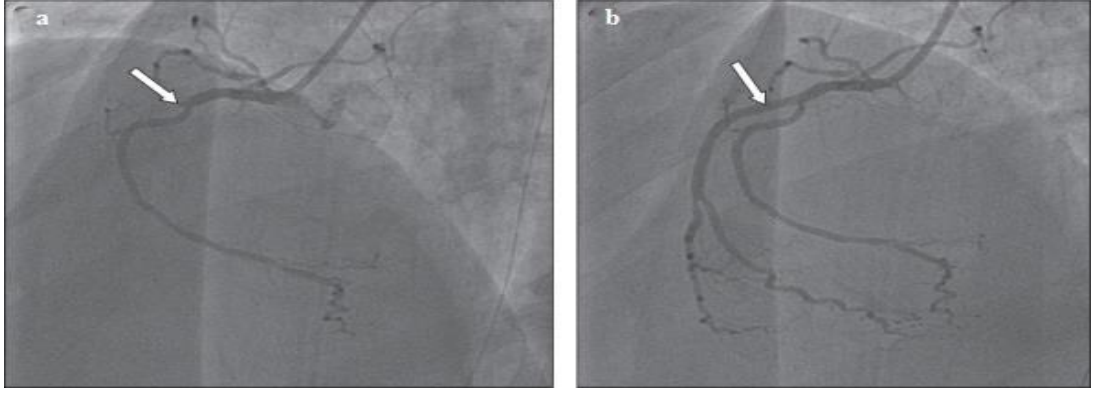
radial/brakiyal arterler tercih edilmektedir ancak özel durumu olan hastalarda başka giriş yolları da tercih edilebilir (Erol ve Atalar, 2014; Adalet, 2019).

Giriş yoluna yerleştirilen sheath denilen plastik bir kılıf içerisinde ilerletilen özel kataterler ile sol ana koroner ve sağ ana koroner arterlere ayrı ayrı kontrast madde verilerek koroner arterlerin birden çok pozisyonunda görüntü alınır. Koroner anjiyografi sırasında kullanılan kataterler içi boş ve uçlarına özel şekil verilmiş özel borucuklardır. Koroner anjiyografi de sıklıkla kullanılan kataterler Judkins ve Amplatz sistemleridir. Koroner anjiyografi, koroner kalp hastalığı tanısı koymada, patojenezini anlamada ve doğal seyrini takipte önemli bir invazif girişim metodu haline gelmiştir (Türk Kardiyoloji Derneği, 27 Ağustos 2018; Erol ve Atalar, 2014).



Şekil 2.4. Stent yerleştirme işlemi (Grech, 2003).

Koroner arterlerdeki %70 ve üzeri darlıklar kritik olarak değerlendirilmekte, sol ana koroner için ise kritiklik sınırı %50'dir. Anjiyografi işleminde koroner arterlerde tıkanma ve darlık olduğu görüldüğünde aynı seansta balon ve stent işlemi uygulanabilmektedir (şekil 2.4.). Balon ve stent işlemi damarda oluşan tıkanma ve daralmayı açmayı, koroner arterlerde iskeminin ve hipoksinin neden olduğu miyokart iskemisini iyileştirmede önemlidir (Grech, 2003; Ludman, 2014; Aazami ve ark., 2016).



Şekil 2.5. Koroner anjiyografide stent yerleştirme. a). Koroner anjiyografide sağ koroner arterin sağ ventrikül dalında proksimal tıkanmanın ok işareti ile gösterimi. b). Balon anjiyoplasti yapılarak stent yerleştirilmesi ve sağ koroner arterin sağ ventrikül dalına akışın sağlanması (Woo vee ark., 2019).

Koroner Anjiyografi Endikasyonları

Hastaya yapılan noninvazif testler sonucu kalp damarlarında daralma olup olmadığının belirlenememesi ya da klinik olarak tanı konmuşsa tedavi yöntemini belirlemek için koroner anjiyografi işlemi yapılır. Hastaya yapılan noninvazif testlerde anormal sonuçların bulunması, nonspesifik göğüs ağrısı olması, kapak ameliyatı öncesi, kalp cerrahisi planlanan hastalar, akut koroner sendromu düşünülen hastalar, koroner by-pass sonrası tekrarlayan göğüs ağrısı olması, unstabil anjina durumunda anjiyo işlemi yapılmaktadır (Adalet, 2019).

Koroner Anjiyografi Kontrendikasyonları

Hastaların işlem için onay vermemesi, ateş, anemi, gebeliğin ilk üç ayında, aktif kanaması, renal yetersizliği, elektrolit bozuklukları olan hastalar tablo düzeltilince anjiyografi işlemine alınmalıdır. Hastalara işlem sırasında trombolitik uygulanacağı için önemli aktif kanamanın olmaması gerekir. Hastalarda $INR > 2$ olan, uygun olmayan ya da yüksek riskli koroner anatomi nedeni işlem için kontrendikedir (Adalet, 2019).

Koroner Anjiyografi Komplikasyonları

Koroner anjiyografi işlem sırasında ve sonrasında istenmeyen durumlar görülmektedir. Önemli istenmeyen kardiyak olayların en sık nedeni işlemden sonra koroner arterlerde trombüs, spazm nedeniyle tekrardan tıkanma olmasıdır (Elgendy ve ark., 2016). Damar giriş yerlerinde şişlik, hematoma, ekimoz gelişebilmektedir. Damarların röntgen ışığında görüntülenmesini sağlamak için verilen kontrast madde akut böbrek hasarına yol açmaktadır. Stent takılan hastalarda 2 ila 4 hafta içinde stent trombozu çıkabilmektedir. Bunun nedeni ise hastanın klopidogrel kullanmaması, diyabetes mellitus, renal yetersizlik, uzun lezyon ve küçük damar gibi anatomik faktörler, stentin açılmaması veya inkomplet stent pozisyonu gibi işleme bağlı faktörlerden dolayı oluşmaktadır. Yine hastaların %0.3-1'inde koroner diseksiyon, perforasyon, aort diseksiyonu, stentin veya kataterin çıkarılmaması sonucu acil cerrahi girişim gerekebilir (Türk Kardiyoloji Derneği, 27 Ağustos 2018; Azzalini, 2017; Adalet, 2019).

2.8. Koroner Anjiyografi ve Hemşirelik Uygulamaları

Koroner anjiyografi olacak hastaların hemşirelik uygulamaları; işlem öncesi, işlem sırasında, işlem sonrası bakımı ve taburculuk eğitimini kapsar.

2.8.1. Koroner Anjiyografi İşlemi Öncesi Hemşirelik Uygulamaları

Hastanın koroner anjiyografi işlemine hazırlığı hemşire tarafından yapılır. Hastanın işlemi kabul ettiğine dair yazılı onamı alınır. Hastanın işlem öncesi vital bulguları, EKG ve gerekli laboratuvar tetkikleri çalışılarak dosyasında hazır halde bulundurulur. Eğer laboratuvar tetkiklerinde anormal bir sonuç varsa hekimine bilgi verilir. Hastanın diyabet, hipertansiyon, daha önce sarılık, hepatit gibi hastalık varlığı sorgulanır. Daha önce kontrast madde uygulandıysa reaksiyon gelişip gelişmediği, astım krizi ve herhangi bir maddeye karşı alerjisi olup olmadığı sorgulanır. Hastanın kullandığı ilaçlara bakılarak hekim istemi doğrultusunda işlem öncesi aspirin ve antiplatelet ilaçlar verilebilir. İşlemden önceki gece hastanın oral alımı kesilir. Eğer anjiyo işlemi öğleden sonra düşünülüyorsa hasta sabah az kahvaltı yapabilir. Hastanın işlem öncesi oje, yüzük, takma dişi varsa çıkarması gerektiği ve önemi

anlatılır. Hastanın anjiyografi işlemi için planlanan girişim yeri (daha çok femoral arter kullanılmakta) temizliği ve tıraşı işlem öncesi yapılmalıdır. Hastaya periferik damar yolu açılıp, anjiyo önlüğü giydirilerek anjiyo işlem laboratuvarına alınır (Türk Kardiyoloji Derneği, 27 Ağustos 2018; Akdemir ve Birol 2011).

2.8.2. Koroner Anjiyografi İşlemi Sırasında Hemşirelik Uygulamaları

Hemşire, acil müdahale durumunda gerekli olabilecek malzemeleri hazır bir şekilde buldurmalı, işlem esnasında aseptik ilkelere uyarak steriliteye dikkat etmeli ve monitör takibinden yaşamsal bulguların izlem ve kaydını yapmalıdır. Hastada hipotansif, aritmi, kardiyak arrest gelişmesi durumlarını yakından takip ederek ilaçları hazır olarak buldurmalıdır (Türk Kardiyoloji Derneği, 27 Ağustos 2018; Durna, 2013).

2.8.3. Koroner Anjiyografi İşlemi Sonrası Hemşirelik Uygulamaları

Koroner anjiyografi işlemi sonrası hasta yatağına alınarak monitörize edilir, vital bulguları kayıt edilir. Hastanın işlemi femoral arter kullanılarak yapıldıysa hastaya sırt üstü düz bir şekilde yatması gerektiği, brakial ya da radial arter kullanılarak yapıldıysa kolunu kalp seviyesinden yukarıda tutması gerektiği söylenir. Girişim yeri kanama, hematoma, şişlik durumu açısından takip edilir. Periferik nabız ve dolaşım kontrolü yapılarak kanama belirtileri açısından takip edilir ve yapılan işlemler hastaya hemşire tarafından açıklanır. Hastanın ritmi takip edilerek göğüs ağrısı olduğunu belirttiğinde EKG çekilerek doktoruna haber verilir. Hastanın işlem sonrası bol miktarda sıvı tüketmesi gerektiği anlatılarak aldığı çıkardığı sıvı miktarı yakından takip edilmelidir. Hastanın bulantı, kusması yoksa işlem sonrası sıvı gıdalar verilerek beslenmesi sağlanır (Türk Kardiyoloji Derneği, 27 Ağustos 2018; Akdemir ve Birol, 2011).

2.8.4. Koroner Anjiyografi Sonrası Taburculuk Eğitimi

Taburculuğu planlanan hastaya hemşire tarafından taburculuk eğitimi verilir. Taburculuk eğitimi verirken hastanın bireysel özelliklerini ve eğitim zamanlamasını dikkate alarak eğitim gereksinimini doğru tanımlamak önemlidir. Hasta ile birlikte

hasta yakınlarını da eğitime dahil edilmelidir. Hastanın işlem sonrası ilaçlarını düzenli kullanması gerektiği, ilaçlarını aksattığı zaman ya da kullanmadığı durumda tekrar kalp damarlarının tıkanabileceği anlatılmalıdır. İşlemden sonra ilk iki gün merdiven çıkmak, ağır eşya kaldırmak gibi aşırı güç sarf ettiren zorlayıcı aktivitelerden kaçınması gerektiği anlatılmalıdır. Hastanın beslenmesine dikkat etmesi, beden kütle indeksinin ideal değerlerde olması gerektiği ve gerekli durumlarda diyetisyene yönlendirilmelidir. Hastaların beslenmesinde yediği besinlerdeki yağ oranına dikkat etmesi, çok yağlı ürünler yerine az yağlı veya yağsız ürünler tüketmesi, hayvansal yağlar yerine bitkisel yağları tercih etmesi gerektiği, kırmızı et yerine tahıllar veya beyaz et tüketmesi gerektiği, sebze ve meyve bol tüketmesi gerektiği anlatılmalıdır. Taburculuk sonrası tekrar göğsünde, sol kolda veya sırta yayılan ağrısı olması, işlem yapılan girişim bölgesini gözlemleyerek kanama veya kızarıklık olması durumunda hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği anlatılmalıdır. Hasta, işlemden bir gün sonra ılık duş alabilir. Hastaların sigara ve alkol kullanıyorlarsa bırakmaları, fiziksel aktivite alışkanlıkları geliştirmeleri, stresle baş etme becerileri kazandırılmalı ve gerekli durumlarda danışmalık ve psikososyal destek rehabilitasyonu almaları sağlanmalıdır (Durna, 2013; Samur,2008; Durna, 2012; Türk Kardiyoloji Derneği, 27 Ağustos 2018).

2.9. Anksiyete

Türk Dil Kurumu, anksiyeteyi ‘Canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonöretik bozukluk.’ olarak tanımlamıştır (Türk Dil Kurumu, 2 Şubat 2019).

Anksiyete kelimesi kaygı, endişe, korku gibi kelimelerle ifade edilmektedir. Üzüntü, korku, olumsuz bir sonucu beklemek, belirsizlik, başarısızlık duygusu olması kişinin kaygı yaşamasına sebep olur (Cüceloğlu, 2005).

En sık görülen psikiyatrik bozukluk olan anksiyete, ABD nüfusunun yaklaşık %30 'unun yaşamında bir noktasında karşılaşıacağı tahmin edilmektedir (Kessler ve ark., 2005).

Kaygı durumunda nefes darlığı, terleme, titreme, nefes alıp vermede düzensizlik, gerginlik, çarpıntı, ishal ya da kabızlık, aniden sinirlenme, sürekli baş ağrısı gibi belirtiler görülür (Cüceloğlu, 2005). Anksiyete durumunda kalp hızını artırması, tansiyonu yükseltmesi nefes alıp vermede hızlanma olur ve bunlar kalp hastalarını riske sokmaktadır. Bu yönünden kalp hastaları için önemli risk teşkil etmektedir. Araştırmalar hastanede tedavi için yatmanın kaygıya sebep olduğunu göstermektedir. Hastalar anjiyografi öncesi yüksek düzeyde kaygı yaşamaktadırlar (Uzun ve ark., 2008).

Koroner arter hastalığında göğüste ağrı hissi olması yaşam kalitesini düşürmekle birlikte kişilerin yoğun anksiyete yaşamasına sebep olmaktadır (Ozcan ve ark., 2018). Her an kalp krizi geçireceğini, kalbinin duracak olmasını düşünmesi, kalbinin normal şekilde çalışmadığını düşünmek hastaların endişe ve kaygı yaşamasına sebep olmaktadır. Hastaların ayrıca hastalıkların gelişimi, tedavi süreci, mevcut durumunun prognozu konusunda bilgi sahibi olmamaları belirsizlik yaşamalarına sebep olmakta ve anksiyete gelişmektedir (Khayyam-Nekouei ve ark., 2013).

2.10. Benlik saygısı

Benlik saygısı düşük olan kişiler, başkalarının onları yargılaması, görüş bildirmesi konusunda daha hassastırlar ve daha çok kaygı yaşamaktadırlar (Sowislo ve Orth, 2013). Benlik saygısının yüksek olması daha düşük koroner kalp hastalığı ile ilişkili olabileceği bulunmuştur. Benlik saygısı, kalp damar hastalıklarının önlenmesini kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları hastayı biyopsikososyal yönden değerlendirmek ve bireysel ve grup terapisi yapmalıdırlar (Carvalho ve ark., 2016).

Benlik saygısının değerlendirilmesi, kendilerine rehabilite etmekte zorlanacak bireyleri tespit etmekte yardımcı olacaktır. Düşük benlik saygısına sahip kişiler davranışlarını değiştirmede ve sürdürmede yetersiz kalmaktadırlar (Vargas ve ark., 2005). Bireysel benlik saygısı cinsiyet, yaş, medeni durum gibi sosyal özelliklerden ve hastalıklardan etkilenebilir (Mutlu ve Duyan, 2012; Küçükosmanoğlu, 2013).

2.11. Koroner anjiyografi işleminde hasta eğitimi ve önemi

Resmi gazetede 8 Mart 2010 tarihinde yayınlanan ve 19 Nisan 2011 tarihinde değişiklik yapılan Hemşirelik yönetmeliğinin 7. maddesi 5. fıkrasına "Hasta ve ailesinin eğitimini planlar. Hastaları, bakım ve tedavi yöntemleri ile olası yan etkileri hakkında bilgilendirir. Hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlar." eklenmiştir (Hemşirelik Yönetmeliği, 12 Mart 2019). Hemşirelerin hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgilendirme yapması ve eğitim vermesi onların fiziksel ve psikolojik olarak girişime hazırlanması için önemlidir. Cerrahi girişimler öncesi yapılan eğitimlerin hastaların endişelerini ve korkularını azalttığı, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonları önlediği ve daha kısa sürede hastaların iyileşmesini sağlayarak hastanede kalış süresini azalttığı bildirilmektedir (Guo ve ark., 2012; Foss, 2011). Bireyselleştirilmiş bakım ve hasta eğitimi ile kaygıların azaltıldığı, memnuniyetlerin artırıldığı bildirilmektedir (Gurdoğan ve ark., 2015; Ertürk ve Ünlü, 2018). Koroner anjiyografi uygulanacak olan hastaların ve eşlerinin anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (Türker, 2015). Koroner anjiyografi işlemi öncesi verilen eğitim, işlem sonrası görülebilecek stres, anksiyete, depresyon düzeyinde düşüşe neden olmaktadır (Balcı, 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma koroner anjiyografi yapılacak hastalarda işlem öncesi hasta eğitiminin hastaların anksiyete ve benlik saygısı düzeyleri üzerine etkisini belirlemek için tanımlayıcı olarak ön test son test ve yarı deneysel araştırma tasarımı kullanılarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Balıkesir ili Altieylül ilçesinde bulunan Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinin Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve Kardiyoloji Servisine tetkik ve tedavi amacıyla yatırılan ve koroner anjiyografi planlanan hastalar üzerinde yapılmıştır. Araştırma verileri 15 Ocak 2019 ve 15 Mart 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi iki ayrı salona ayrılmıştır ve toplam 20 yataktan oluşmakta, birinci basamak yoğun bakım olarak hizmet vermektedir. Kardiyoloji Servisinde 24 hasta yatağı bulunmaktadır. Koroner Yoğun Bakımda 20 hemşire, Kardiyoloji Servisinde 13 hemşire, 11 Kardiyoloji uzmanı hekim görev yapmaktadır. İki adet koroner anjiyografi cihazı bulunmakta ve 24 saat anjiyografi hizmeti verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15 Ocak 2019 ve 15 Mart 2019 tarihleri arasında Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinde Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Servisinde yatışı yapılan ve aşağıdaki araştırmaya katılma kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla 10 eğitim ve 10 kontrol grubu ile yapılan pilot çalışması sonucunda etki büyüklüğü 0,46 olarak

bulundu, 0,05 anlamlılık düzeyi ve %90 güç için her bir gruptan 100 ve toplamda 200 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etme
- 18 yaşından büyük olma
- İlk kez koroner anjiyografi planlanması
- Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmama
- İletişim kurabilme
- Sağlık profesyoneli olmama

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik özellikleri belirlemeye yönelik Hasta Bilgi Formu (EK-1), Durumluk Anksiyete Ölçeği (EK-2) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (EK-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Çalışmada, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Hasta Bilgi Formu (EK-1) kullanılmıştır. Bu formda; hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, yaşadığı yer, ekonomik durumu, ailede veya yakın akrabada anjiyo işlemi olan kişi varlığı, evde birlikte yaşadığı kişiler, sigara ve alkol kullanımı hakkında hastaları tanımaya yönelik 11 adet soru bulunmaktadır.

3.5.2. Durumluk Anksiyete Ölçeği

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen bu ölçek 20 sorudan oluşmakta ve Durumluk Anksiyete Ölçeği olarak adlandırılmaktadır. Bu ölçek, Öner ve Le Compte tarafından 1977 yılında Türkçe'ye uyarlanmış ve 1983 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfası 0,83 ile 0,92 arasında bulunmuştur. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş iki tür ifade bulunmaktadır.

Ölçek toplam puanı hesaplanırken olumlu durumu ifade eden sorularda 1 değerlikli yanıtlar yüksek kaygıyı göstermekte ve bunlar 4'e dönüştürülmektedir. Olumlu ifadeler düşük puanla, olumsuz ifadeler yüksek puanla hesaplanmaktadır ve ölçekten alınabilecek minimum puan 20, maksimum puan 80'dir. Tersine dönmüş ifadeler (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) olumlu durumu ifade eden sorulardır. Ölçek toplam puanı tüm soruların puanları toplanarak bulunmaktadır. Ölçekten elde edilen puanların düşük olması anksiyetenin az olduğunu, yüksek olması anksiyetenin yüksek olduğunu göstermektedir (Öner ve Le Compte, 1998). Çalışmamızda durumluk anksiyete ölçeğinin iç tutarlılık Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları eğitim grubunda 0,897, kontrol grubunda 0,858 bulunmuştur.

3.5.3. Benlik Saygısı Ölçeği

Ölçek, Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından adölesan bireylerde yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı 0,71'dir. Bu ölçek 63 madde ve 12 alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmamızda 10 maddeden oluşan benlik saygısı alt boyutu kullanılmıştır. Benlik saygısı alt boyutunda her bir madde Çok doğru, Doğru, Yanlış, Çok yanlış ifadelerine göre değerlendirilmektedir. Ölçekte beş tane tersine ifade (1, 2, 4, 6, 7) bulunmaktadır. Ölçek puanı hesaplanırken tersine ifadelerin bulunduğu maddelerde Çok doğru=4, Doğru=3, Yanlış=2, Çok yanlış=1 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan minimum 10, maksimum 40'tır. Ölçek puanının yüksek olması benlik saygısının yüksek olduğunu göstermektedir (Yıldız, 2006; Arslan ve ark., 2010). Çalışmamızda Rosenberg benlik saygısı ölçeğinin iç tutarlılık Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları eğitim grubunda 0,794, kontrol grubunda 0,800 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Pazartesi, çarşamba, cuma günleri eğitim grubunun verileri toplanırken, geriye kalan haftanın salı, perşembe, cumartesi, pazar günlerinde de kontrol grubunun verileri toplanmıştır. Eğitim grubuna (100 hasta) koroner anjiyografi yapılmadan bir gün öncesi hasta odasında Hasta Bilgi Formu, Durumluk Anksiyete Ölçeği ve Benlik Saygısı Ölçeği

doldurtturularak ön test yapılmıştır. Daha sonra aynı gün içerisinde hasta odasında hastanın uygun olduğu saatlerde eğitimi tarafından koroner anjiyografi işlemi hakkında bilgi verildi ve eğitim sonrası hastaya eğitim kitapçığı verildi. (EK-4). Hasta ertesi gün anjiyo işlemine girmeden yarım saat önce tekrar Durumluk Anksiyete Ölçeği ve Benlik Saygısı Ölçeği doldurtturularak son test tamamlanmıştır.

Kontrol grubunu oluşturan hastalara (100 hasta) işlemden bir gün öncesi hasta odasında Hasta Bilgi Formu, Durumluk Anksiyete Ölçeği ve Benlik Saygısı Ölçeği doldurtturularak ön test tamamlandı. Hasta ertesi gün işleme girmeden yarım saat önce tekrar Durumluk Anksiyete Ölçeği ve Benlik Saygısı Ölçeği uygulanarak son test tamamlanmıştır.

Hasta Bilgi Formu ve ölçekler yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurtturuldu. Okuma yazması olmayan hastalarda bilgi formu ve ölçek soruları araştırmacı tarafından okunarak dolduruldu.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılmayan veri için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımlı örneklemelerin karşılaştırılmasında Wilcoxon İşaret sıra testi kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında başlangıç ölçüme göre yüzde değişim değeri (yüzde değişim=(son ölçüm – ilk ölçüm) / ilk ölçüm) hesaplanarak yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hastaların anksiyete ve benlik saygısı durumları.

Bağımsız Değişkenler: Eğitim alma durumu.

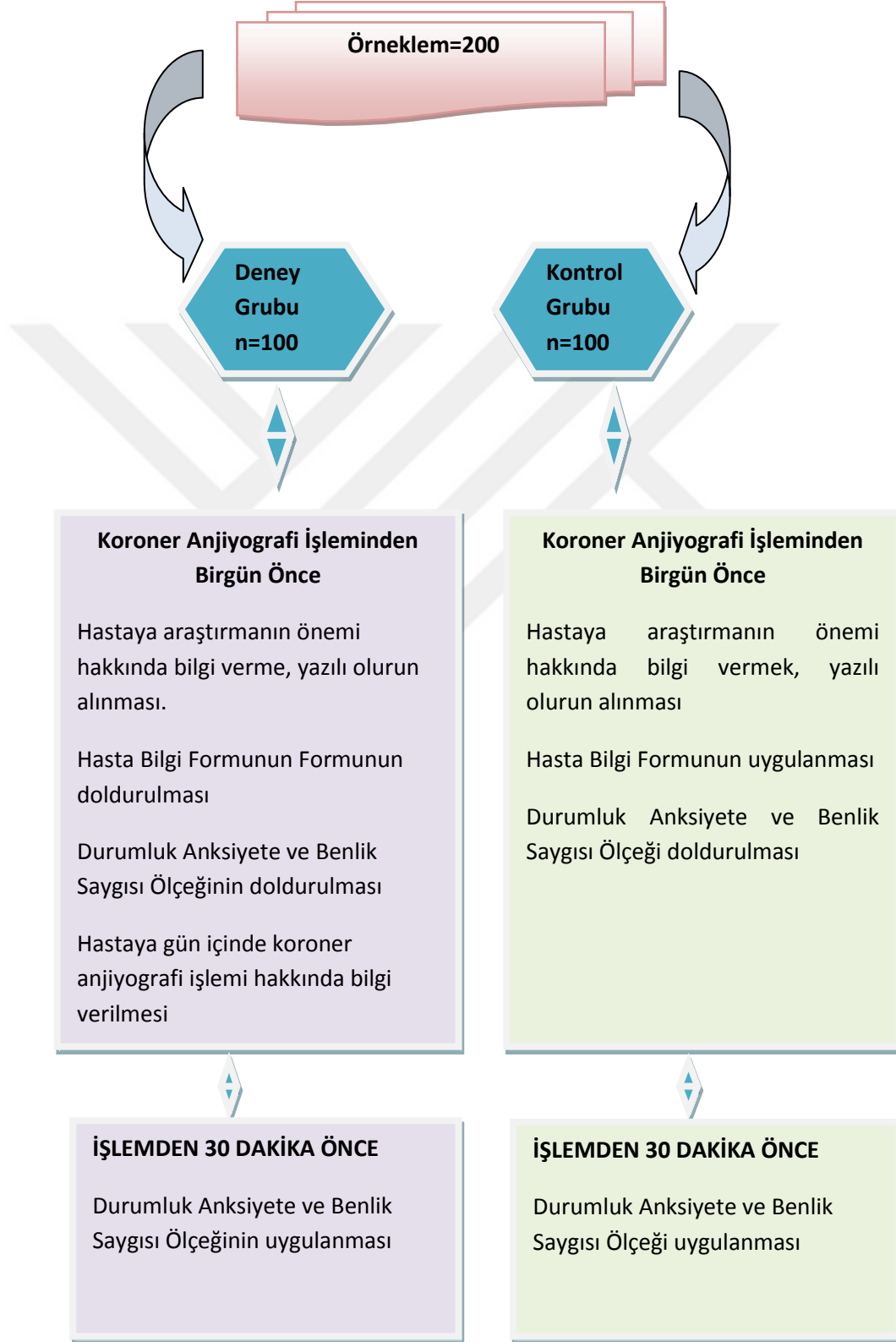
3.9. Araştırmanın Etik Yöneleri

Araştırmaya başlamadan önce Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-5) etik kurul onayı, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi için Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni (EK-6) alınmıştır. Daha sonra da araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü olur (EK-7) sözlü ve yazılı olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

- ✓ Araştırmanın kapsamı, bir devlet hastanesinde koroner anjiyografi olacak olan ve örneklem için uygun 200 hasta ile sınırlıdır.
- ✓ Veriler, araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların, hasta bilgi formundaki sorulara ve ölçeklere verdikleri cevaplarla sınırlıdır.
- ✓ Çalışmaya katılan hastaların, anksiyete düzeyleri, Durumluk Anksiyete Ölçeği'nin; benlik saygısı düzeyleri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

3.11. Araştırmanın Uygulanma Şeması



4. BULGULAR

Tablo 4.1.'de eğitim ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Eğitim grubunda bulunan hastaların %49,0'u, kontrol grubunda bulunan hastaların %57,0'si 60 yaş üstüdür. Eğitim grubundaki hastaların %66,0'sı, kontrol grubundaki hastaların ise %64,0'ü erkeklerden oluşmaktadır. Medeni durumlarına bakıldığında ise eğitim grubundakilerin %82,0'si kontrol grubundakilerin yüzde %77,0'si evlidir. Eğitim grubunda bulunan hastaların %63,0'ü, kontrol grubunda bulunan hastaların ise %57,0'si ilkokul mezunudur. Eğitim grubundaki hastaların %38,0'i, kontrol grubundaki hastaların %46,0'sı emeklilerden oluşmaktadır. Yaşadığı yer bakımından ise eğitim grubunda bulunan hastaların %38,0'i, kontrol grubunda bulunan hastaların %42,0'si ilçede yaşamaktadır. Eğitim grubunda bulunan hastaların %42,0'sinin geliri giderine eşit, kontrol grubundaki hastaların %45,0'inin geliri giderine eşittir. Eğitim grubunda bulunan hastaların %61,0'inin, kontrol grubunda bulunan hastaların %60,0'inin ailede ve yakın akrabalarında anjiyo olan herhangi birisi bulunmamaktadır. Hastaların birlikte yaşadığı kişilere bakıldığında, eğitim grubunda bulunan hastaların %47,0'si, kontrol grubundaki hastaların %54,0'ü eşiyile birlikte yaşamaktadır. Eğitim grubundaki hastaların %62,0'si sigara, %86,0'sı alkol kullanmamakta; kontrol grubundaki hastaların ise %76,0'sı sigara, %87,0'si alkol kullanmamaktadır. Eğitim ve kontrol grupları arasında sosyo-demografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.1. Eğitim ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Eğitim (n=100)		Kontrol (n=100)		Toplam (n=200)		Test değeri*	p
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	≤60	51	51,0	43	43,0	94	47,0	1,285	0,257
	>60	49	43,0	57	57,0	106	53,0		
Cinsiyet	Kadın	34	34,0	36	36,0	70	35,0	0,088	0,767
	Erkek	66	66,0	64	64,0	130	65,0		
Medeni durum	Evli	82	82,0	77	77,0	159	79,5	0,767	0,381
	Bekar	18	18,0	23	23,0	41	20,5		
Eğitim durumu	Okur yazar değil	9	9,0	11	11,0	20	10,0	0,867	0,929
	İlkokul	63	63,0	57	57,0	120	60,0		
	Ortaokul	8	8,0	8	8,0	16	8,0		
	Lise	11	11,0	13	13,0	24	12,0		
	Üniversite	9	9,0	11	11,0	20	10,0		
Meslek	Ev hanımı	29	29,0	32	32,0	61	30,5	4,576	0,470
	Memur	5	5,0	5	5,0	10	5,0		
	İşçi	10	10,0	5	5,0	15	7,5		
	Emekli	38	38,0	46	46,0	84	42,0		
	Serbest	12	12,0	6	6,0	18	9,0		
	Diğer	6	6,0	6	6,0	12	6,0		
Nerede yaşıyor	İl merkezi	33	33,0	37	37,0	70	35,0	1,709	0,426
	İlçe	38	38,0	42	42,0	80	40,0		
	Köy	29	29,0	21	21,0	50	25,0		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	22	22,0	15	15,0	37	18,5	1,638	0,441
	Gelir gidere eşit	42	42,0	45	45,0	87	43,5		
	Gelir giderden fazla	36	36,0	40	40,0	76	38,0		
Ailede anjyio olan	Evet	39	39,0	40	40,0	79	39,5	0,021	0,885
	Hayır	61	61,0	60	60,0	121	60,5		
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız yaşıyorum	10	10,0	19	19,0	29	14,5	7,112	0,130
	Eşimle	47	47,0	54	54,0	101	50,5		
	Çocuklarımla	7	7,0	5	5,0	12	6,0		
	Eş ve çocuklarımla	35	35,0	21	21,0	56	28,0		
	Diğer	1	1,0	1	1,0	2	1,0		
Sigara kullanımı	Kullanmıyorum	62	62,0	76	76,0	138	69,0	6,637	0,084
	Günde 1-10 adet	8	8,0	3	3,0	11	5,5		
	Günde 10-20 adet	15	15,0	7	7,0	22	11,0		
	Günde 1 paketten fazla	15	15,0	14	14,0	29	14,5		
Alkol kullanımı	Evet	14	14,0	13	13,0	27	13,5	0,043	0,836
	Hayır	86	86,0	87	87,0	173	86,5		

*Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo4.2.'de, eğitim ve kontrol gruplarının her birinin ön test ve son testten elde edilen durumluk anksiyete ölçeği ve rosenberg benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Eğitim grubunda durumluk anksiyete ölçeğinde ön test puan ortalaması 43,58±7,99, son test puan ortalaması 39,23±5,25'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p<0,05). Kontrol grubunda durumluk anksiyete ölçeği ön test puan ortalaması 43,4±8,05, son test puan ortalaması 43,69±6,88'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). Eğitim grubundaki hastaların benlik saygısı ön test puan ortalaması 31,91±3,74, son test puan ortalaması 32,49±3,62'dir. Eğitim grubunda durumluk anksiyete puan ortalaması ve benlik saygısı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Kontrol grubunda bulunan hastaların ise benlik saygısı puan ortalaması ön testte 32,51±3,89, son testte 32,53±3,66'dir. Kontrol grubundaki hastaların durumluk anksiyete ve benlik saygısı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.2. Eğitim ve kontrol gruplarının grup içi ön test ve son test ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.

		Eğitim (n=100)		Kontrol (n=100)	
		Ort±SS	Medyan (Min- Max)	Ort±SS	Medyan (Min- Max)
Durumluk Anksiyete Ölçeği	Ön test	43,58±7,99	42,0 (27-72)	43,40±8,05	42,0 (28-68)
	Son test	39,23±5,25	39,0 (24-54)	43,69±6,88	42,0 (32-64)
	Test değeri*	-5,763		-1,412	
	P	0,001		0,158	
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Ön test	31,91±3,74	32,0(24-40)	32,51±3,89	33,0 (23-40)
	Son test	32,49±3,62	32,5 (25-40)	32,53±3,66	33,0 (23-40)
	Test değeri*	-4,389		-0,049	
	P	0,001		0,961	

*Wilcoxon işaret sıra testi kullanılmıştır.

Tablo 4.3.'de, görüldüğü üzere eğitim ve kontrol gruplarının ön test durumluk anksiyete ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken (p=0,696) son test durumluk anksiyete puanlarında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,001). Eğitim grubunda son testin durumluk anksiyete ölçek puanında azalma görülürken kontrol grubunda ise son test puanında artış görülmüştür (p<0,05). Rosenberg benlik saygısı ölçeği için yapılan karşılaştırmada ön testte

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,171$). Son testte ise eğitim grubunda yer alanların ölçek puanındaki artış kontrol grubuna göre daha fazladır ($p<0,05$).

Tablo 4.3. Eğitim ve kontrol gruplarının ön test ve son test ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Eğitim (n=100) Ort±SS	Kontrol (n=100) Ort±SS	Test değeri*	p
Durumluk Anksiyete Ölçeği	Ön test	43,58±7,99	43,40±8,05	4840,50	0,696
	Son test (Önteste göre değişim)	39,23±5,25 (-0,08±0,14)	43,69±6,88 (0,02±0,09)	7467,50	0,001
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Ön test	31,91±3,74	32,51±3,89	5558,50	0,171
	Son test (Önteste göre değişim)	32,49±3,62 (0,02±0,04)	32,53±3,66 (0,00±0,06)	3720,50	0,002

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.4.'de eğitim ve kontrol gruplarının durumluk anksiyete ve benlik saygısı puan ortalamalarının korelasyonu incelenmiştir. Eğitim ve kontrol grubunda yer alanlar için durumluk anksiyete ve benlik saygısı ön test puanları arasında ters yönlü orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Son test puanları arasında korelasyona bakıldığında eğitim grubunda anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda yer alan hastalar için ise son test ölçek puanları arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.4. Durumluk anksiyete ve Rosenberg benlik saygısı ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki

Durumluk Anksiyete Ölçeği - Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Ön test		Son test	
	r	p	r	p
Eğitim (n=100)	-0,527	0,001	-0,186	0,063
Kontrol (n=100)	-0,452	0,001	-0,476	0,001

Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Koroner anjiyografi planlanan hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi ve benlik saygısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar literatür bilgilerine göre 3 başlık altında tartışılmıştır.

1-Hastaların sosyo-demografik bulgularının tartışılması.

2-Durumluk anksiyete bulgularının tartışılması.

3- Benlik saygısı bulgularının tartışılması.

4- Durumluk anksiyete ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin tartışılması.

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Bulgularına Göre Tartışılması

Hastaların sosyo-demografik bulguları Tablo 4.1.'de verilmiştir. Eğitim grubunda bulunan hastaların % 49,0'u, kontrol grubundaki hastaların %57,0'si 60 yaşından büyüktür. Büyükaşık (2008) çalışmasında eğitim grubunda ortalama yaşı 57,03±9,19, kontrol grubunda ortalama yaşı 57,96±11,44; Yel (2009) hastaların %62,4'ünün 55 yaşından büyük; Balcı (2012) hastaların %53,3'ünün 60-69 yaş arasında; Türker (2015) hastaların %64,6'sının 45-64 yaş arasında; Tunç (2019) çalışmasında ortalama yaşı 59,33±12,60 olarak saptamışlardır. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Koroner arter hastalığı olan kişilerin genel olarak ileri yaşlarda olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda eğitim grubunda bulunan hastaların %66,0'sı, kontrol grubundaki hastaların %64,0'ü erkeklerden oluşmaktadır. Koroner anjiyografi hastalarında yapılan çalışmalarda hastaların cinsiyetlerinin Büyükaşık'ın çalışmasında (2008) %62,9'u; Tunç'un çalışmasında (2019) %63,6'sı; Türker'in çalışmasında (2015) %69,3'ü; Cengizhan'ın çalışmasında (2018) %68,0'i erkeklerden oluştuğu bildirilmiştir. Çalışma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Koroner anjiyografi olacak kişilerin çoğunluğunu erkeklerin oluşturması, koroner arter hastalıklarının erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmesinden dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim grubunda bulunan hastaların %82,0'si evli iken kontrol grubunda bulunan hastaların %77,0'si evlidir. Büyükaşık (2008) çalışmasında deney grubundaki hastaların %84,3'ü, kontrol grubundaki hastaların ise %87,1'i evlidir. Yel'in (2009) çalışmasında hastaların %85,6'sı, Balcı'nın (2012) çalışmasında ise hastaların %93,0'ü evlidir. Hastaların çoğunluğunun evli olması, hastaların yaşlarının genel olarak ileri yaş olmasından ve toplumumuzdaki ileri yaşta kişiler de genelde evli olduklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Medeni durum açısından hastaların bulguları literatürle benzerdir.

Çalışmada hastaları eğitim durumuna göre karşılaştırdığımızda her iki grupta büyük çoğunluğu ilköğretim mezunlarından oluşmaktadır. Eğitim grubunda bulunan hastaların %63,0'ü, kontrol grubundaki hastaların ise %57,0'si ilköğretim mezunudur. Büyükaşık (2008) hastaların %57,1'inin ilköğretim; Balcı (2012) hastaların %91,7'sinin ortaöğretim ve altı eğitim düzeyinde olduğunu bildirmiştir. Eğitim durumu açısından sonuçlarımız Büyükaşık'ın (2008) çalışmasıyla benzer, Balcı'nın (2012) sonucuna göre ise düşük çıkmıştır. Balcı'nın (2012) çalışmasında örneklem grubunun eğitim düzeyini ortaöğretim ve altı olarak sınıflandırılmasından dolayı çalışmamızla farklılık olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızdaki hastalar eğitim durumu açısından literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Meslek açısından eğitim grubunda bulunan hastaların %38,0'i, kontrol grubunda bulunan hastaların ise %46,0'si emeklilerden oluşmaktadır. Balcı'nın (2012) çalışmasında eğitim grubunun %36,6'sı ev hanımı, %20,0'si emekli; kontrol grubunun %33,3'ü ev hanımı, %23,3'ünün emekli kişilerden oluştuğunu bildirmiştir. Türker'in (2015) çalışmasında %53,1'inin emeklilerden oluştuğunu bildirmiştir. Çalışma bulguları Türker'in (2015) çalışma sonuçları ile benzer, Balcı'nın (2012) sonuçları ile farklı bulunmuştur. Balcı'nın (2012) çalışmasında kadın hastaların çoğunlukta olmasından dolayı meslek olarak ev hanımı olanların oranının fazla olduğu düşünülmektedir. Koroner anjiyografi olacak hastaların büyük çoğunluğunun yaşlarının ileri olmasından dolayı mesleki durumu emekli olan hastalardan oluştuğu düşünülmektedir. Sonuçların literatürle benzer olduğu bulunmuştur.

Yaşadığı yer bakımından eğitim grubunda bulunan hastaların %38.0'i, kontrol grubunda bulunan hastaların %42,0'si ilçede yaşamaktadır. Türker (2015) çalışmasındaki hastaların %92,2'sinin şehirde yaşadığını bildirmiştir. Tunç (2019) çalışmasında ise hastaların %53,6'sı ilçede yaşadığını bildirmiştir. Çalışma sonucumuz Tunç'un (2019) çalışma sonucuyla benzer; Türker'in (2015) çalışma sonucundan farklıdır. Türker (2015) çalışmasında hastaları yaşadıkları yer bakımından köy, kasaba, şehir olarak sınıflandırdığı için şehirde yaşayanların oranını yüksek bulmuştur.

Eğitim grubunda yer alan hastaların %42,0'sinin geliri giderine eşit, kontrol grubunda bulunan hastalar %45,0'inin geliri giderine eşittir. Balcı (2012) çalışmasındaki hastaların %78,4'ü gelir durumu orta düzeyde olduğunu bildirmiştir. Tunç'un (2019) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların %51,4'ünün gelir durumunun az olduğu bildirilmiştir. Gelir durumu açısından literatürde farklı sonuçlar vardır. Bu farklılığın hastaların mesleki dağılımlarından ve yaşadığı coğrafi bölgenin ekonomik şartları açısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim grubundaki hastaların %61,0'i ailesi ve yakın akrabasında anjiyo olan herhangi birisinin bulunmadığını belirtirken, eğitim grubundaki hastalarda bu oran %60,0'tır. Tunç'un (2019) çalışmasında hastaların %47,1'i aile, akraba ve arkadaşlarında anjiyo olan herhangi biri bulunmadığını bildirmiştir. Balcı'nın (2012) çalışmasında ise hastaların %60,0'ı aile ve yakın çevresinde anjiyo işlemi yapılan herhangi birinin bulunmadığı bildirilmiştir. Türker'in (2015) çalışmasında ise hastaların %75,0'i ailesinde anjiyo işlemi yapılan kişi bulunmadığını bildirmiştir. Çalışmamızda hastaların aile ve yakın çevresinde anjiyo olan herhangi birisinin bulunmayanların oranı Tunç'un (2019) çalışmasındaki sonuçlardan yüksek; Balcı'nın (2012) çalışmasındaki sonuçlarla benzer; Türker'in (2015) çalışmasına göre düşük bulunmuştur. Bu farklılığın Tunç (2019) çalışmasında anjiyo olan kişilerin bulunmasına, aile ve yakın akrabalar yanında yakın arkadaşlarını da dahil etmesi; Türker'in (2015) ise sadece ailede anjiyo olan kişileri dahil etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim grubu hastalarının %47,0'si eşiyile birlikte, %35,0'i eş ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %54,0'ü eşiyile, %21,0'i eş ve

çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Büyükaşık (2008) çalışmasında deney grubunda; %30,0'u eşiyle, %50,0'si eş ve çocuklarla kontrol grubunda; %38,6'sı eşiyle, %44,3'ü eş ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Çalışmamızdaki hastaların büyük çoğunluğunun evli ve yaş ortalamalarının yüksek olmasından dolayı eşiyle birlikte yaşadıkları sonucu düşünülmektedir.

Eğitim grubunda bulunan hastaların %62,0'si sigara, %86,0'sı alkol; kontrol grubunda bulunan hastaların ise %76,0'sı sigara, %87,0'si alkol kullanmamaktadır. Büyükaşık (2008) çalışmasındaki hastaların deney grubunun %71,4'ü sigara, %92,0'si alkol; kontrol grubunun %75,0'i sigara, %84,1'i alkol kullanmamaktadır. Yel (2009) çalışmasında hastaların %65,3'ünün sigara, %81,2'sinin alkol kullanmadığı sonucunu bildirilmiştir. Carvalho ve arkadaşlarının (2016) kardiyovasküler hastalarla ilgili çalışmasında hastaların %85,5'i sigara, %80,8'i alkol kullanmadığı sonucunu bildirilmiştir. Sigara ve alkol kullanmayanların oranları literatürde değişiklik gösterse de genel olarak kullanmayanların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

5.2. Durumluk Anksiyete Puanına Göre Tartışılması

Çalışmada eğitim grubundaki hastaların ön test anksiyete puan ortalaması $43,58 \pm 7,99$, son test anksiyete puan ortalaması $39,23 \pm 5,25$ bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim grubunda bulunan hastaların anksiyete son test puan ortalaması ön teste göre düşüktür ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır ($p < 0,05$). Kontrol grubunda bulunan hastaların ön test puan ortalaması $43,4 \pm 8,05$, son test puan ortalaması $43,69 \pm 6,88$ olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki hastaların anksiyete puan ortalamaları ön teste göre son testte biraz yüksek çıkmıştır fakat istatistiki olarak anlamsızdır ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.). Büyükaşık (2008) çalışmasında eğitim öncesi anksiyete puanı $41,71 \pm 6,9$, eğitim sonrası anksiyete puanı $41,88 \pm 5,56$; Yel (2009) çalışmasında durumluk anksiyete puanını $42,5 \pm 6,3$; Adalı (2013) miyokart infarktüsü geçirmiş hastaların anksiyete puanını $43,30 \pm 2,40$; Ahraz'ın (2018) koroner anjiyografi sonrası koroner bypass ameliyatı önerilen hastalarda deney grubunun anksiyete puanını $53,50 \pm 9,70$, kontrol grubunun anksiyete puanını $57,27 \pm 9,16$; Cengizhan (2018) çalışmasında eğitim öncesi anksiyete puanı $39,7 \pm 8,7$, eğitim sonrası anksiyete puanı $36,0 \pm 4,2$; Tunç (2019)

koroner anjiyografi olacak hastaların anksiyete puanını $53,55 \pm 16,19$; olarak tespit etmişlerdir. Çalışmamızın bulguları çalışma sonuçlarıyla paralel; Ahraz (2018) ve Tunç (2019) bulgularından düşük bulunmuştur. Ahraz (2018) çalışma grubuna koroner anjiyografi sonrası koroner bypass ameliyatı önerilen hastaları seçmesi; Tunç (2019) çalışmasına göre ise örneklem grubunun özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

5.3. Benlik Saygısı Puanına Göre Tartışılması

Literatürde koroner anjiyografi yapılacak hastalara verilen eğitimin benlik saygısına etkisini araştıran çalışmanın olmadığı görülmektedir.

Çalışmamızda eğitim grubundaki hastaların ön test benlik saygısı puan ortalaması $31,91 \pm 3,74$, son test benlik saygısı puan ortalaması $32,49 \pm 3,62$ bulunmuştur. Kontrol grubunda bulunan hastaların ise ön test benlik saygısı puan ortalaması $32,51 \pm 3,89$ son test benlik saygısı puan ortalaması $32,53 \pm 3,66$ bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim ve kontrol grubundaki hastaların ön test benlik saygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Son testten elde edilen benlik saygısı puan ortalamasındaki artışın eğitim grubunda daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Vargas ve arkadaşlarının (2005) kalp ameliyatı olacak kişilerin benlik saygısını araştırdıkları çalışmada benlik saygısı puanını $32,22$ olarak bildirmiştir. Çağdaş ve arkadaşları (2010) etkili annelik eğitiminin annelerin benlik saygısına etkisini incelemiş ve deney grubunda ön test benlik saygısı puanını $25,88$, son test benlik saygısı puanını $33,0$; kontrol grubunda ön test benlik saygısı puanını $26,19$, son test benlik saygısı puanını $26,25$ olarak bulmuştur. Adalı (2013) miyokart infarktüsü geçiren hastalara uygulanan kardiyak rehabilitasyon sonucu bireylerin benlik saygısında artış olduğunu bildirmiştir. Kaveh ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada akran liderliğine dayalı eğitim programının benlik saygısını arttırdığı sonucu bulunmuştur. Yaman ve Ayaz (2015) histerektomi geçiren kadınlara ameliyat öncesi verilen eğitimin benlik saygısı üzerine etkisini araştırmış, ameliyat öncesi benlik saygısı puanını deney grubunda $20,8 \pm 4,4$, kontrol grubunda $21,2 \pm 4,8$ bulmuştur. Ameliyat sonrası deney grubunda benlik saygısı puanının eğitim öncesine benzer ($20,3 \pm 4,3$) olduğunu, kontrol grubunda ise benlik saygısı puanının azaldığını ($18,9 \pm 4,0$) bulmuştur. Yılmaz ve Savaşer (2017)

adölesan gebelere verilen planlı eğitim sonucu annenin benlik saygısının arttığını bildirmiştir. Çalışmamızda benlik saygısı puanının Vargas ve arkadaşlarının (2005) çalışması ile benzer; Çağdaş ve arkadaşları (2010), Yaman ve Ayaz (2015) çalışmasına göre yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın örneklem gurubunun farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürdeki çalışmalara göre eğitim sonrası benlik saygısı puanlarında artış olduğu görülmektedir.

5.4. Durumluk Anksiyete ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişki

Durumluk anksiyete ön test puanı ve benlik saygısı ön test puanı arasında her iki grupta ters yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Durumluk anksiyete ve benlik saygısı son test puanına göre eğitim grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise son testte, durumluk anksiyete ve benlik saygısı arasında ters yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$) (Tablo 4.4.). Kutanis ve Tunç (2013) çalışmasında benlik saygısı ile durumluk anksiyete arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu; Ekinci (2015) bariatrik cerrahi planlanan obez hastalarda benlik saygısı ile anksiyete arasında ters yönlü ilişki olduğunu; Karakaya (2014) çalışmasında anksiyete ile benlik saygısı arasında ters yönlü ilişki olduğunu; Ünal (2014) ortopedi ameliyatı sonrası benlik saygısı ve anksiyete durumuna etkisini inceleyen çalışmasında ameliyattan hemen sonra benlik saygısı puanı ile anksiyete puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını, aynı hastalara taburculuk öncesi tekrar uyguladığında benlik saygısı ve anksiyetenin ters yönlü ilişkili olduğunu; Alıcı ve Önder (2016) çalışmasında kaygı bozukluğu ile benlik saygısı arasında ters yönlü ilişki olduğunu bulmuştur. Çalışmamızın sonuçları literatürle benzer bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner anjiyografi olacak hastalarda bilgilendirmenin anksiyete ve benlik saygısına etkisini incelemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu olarak yapılan çalışmanın sonucu aşağıdaki gibidir.

Sosyo-demografik özellikler açısından;

- Koroner anjiyografi planlanan hastaların büyük çoğunluğu erkeklerden oluştuğu (eğitim grubunda %66,0'sı erkek, kontrol grubunda %64,0),
- Eğitim grubunun %82,0'si, kontrol grubunun %77,0'si olmak üzere hastaların bir çoğunun evli olduğu,
- Hastaların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu (eğitim grubunda %63,0 kontrol grubu %57,0),
- Eğitim grubunda bulunan hastaların %38,0'inin emekli, %29,0'unun ev hanımı; kontrol grubundaki hastaların %46,0'sinin emekli %32,0'sinin ev hanımı olduğu,
- Ailesi veya yakın akrabalarında anjiyo olan herhangi birisi bulunmayanların oranı eğitim grubunda %61,0, kontrol grubunda %60,0 olduğu,
- Yaşadıkları yer açısından hastalar köy, ilçe ve şehir olarak araştırılmış ve eğitim grubunda bulunan hastaların %38,0'i, kontrol grubundaki hastaların %42,0'sinin ilçede yaşadığı,
- Eğitim durumundaki hastaların %42,0'si, kontrol grubundaki hastaların %45,0'inin geliri giderine eşit olduğu,
- Birlikte yaşadığı kişiler açısından incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların %47,0'si, kontrol grubundaki hastaların %54,0'ü eşiyile birlikte yaşadığı,
- Eğitim grubundakilerin %62,0'si, kontrol grubundakilerin %76,0'sinin sigara kullanmadığı,
- Eğitim grubunda bulunan hastaların %86,0'sinin, kontrol grubunda bulunan hastaların %87,0'sinin alkol kullanmadığı sonucu bulunmuştur.

Bu sonuçlar, araştırma sorularının 1'incisi olan koroner anjiyografi olacak hastaların sosyo-demografik özellikleri nelerdir? sorusunun cevabı niteliğindedir.

Anksiyete puanlarına göre;

- Hastaların ön test anksiyete puanları; eğitim grubunda $43,58 \pm 7,99$ kontrol grubunda $43,4 \pm 8,05$ olduğu, her iki grup arasında ön test puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$),
- Eğitim grubunda bulunan hastaların son test anksiyete puanlarında ($39,23 \pm 5,25$) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0,05$), kontrol grubundaki hastaların son test anksiyete puanlarında ($43,69 \pm 6,88$) istatistiksel olarak anlamlı değişiklik olmadığı ($p > 0,05$) tespit edilmiştir.

Elde edilen bu bulgulara göre; koroner anjiyografi olacak hastalara verilen bilgilendirmenin hastaların anksiyetelerini azalttığı görülmüştür. Sonuçlar, araştırma sorularından 2.'ncisini cevaplamaktadır.

Benlik saygısı puanlarına göre;

- Hastaların ön test benlik saygısı puan ortalaması; eğitim grubunda $31,91 \pm 3,74$, kontrol grubunda $32,51 \pm 3,89$ olduğu, her iki grup arasında benlik saygısı ön test puan ortalaması açısından anlamlı fark olmadığı ($p > 0,05$),
- Eğitim grubunda bulunan hastaların benlik saygısı ön test ve son test puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p < 0,05$), kontrol grubundaki hastalarda ön test ve son test benlik saygısı puan ortalaması değişiminin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0,05$) bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre, hastaları bilgilendirmenin benlik saygısını arttırdığı bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar araştırmanın 3.sorusunu cevaplar niteliktedir.

Durumluk anksiyete puanı ve benlik saygısı puanı arasındaki ilişki

Eğitim grubunda yer alanlar için ön test puanları ile ölçekler arasında ters yönlü orta seviyede anlamlı ilişki bulunurken son test puanlarında ise anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Kontrol grubunda yer alanlar için hem ön test hem de son test ölçek puanları arasından ters yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bulunan bu sonuçlar araştırmanın 4.sorusu: Koroner anjiyografi hastalarında anksiyete düzeyi ile benlik saygısı arasında bir ilişki var mıdır? için cevap niteliğindedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastalara verilen eğitimin; işlem öncesi hazırlık, işlem hakkında bilgilendirme, işlem sonrası bakım, tedavi ve taburculuğu içerecek şekilde olması,
- Hastaları bilgilendirmenin yanında, hastalara eğitim içeriğini içeren broşür verilmesi,
- Hastaların benlik saygısını arttırmak onların tedaviye uyumunu sağlayacağı ve anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğundan, hemşirelerin bakım ve tedavi planlarken bunları göz önünde bulundurmaları gerektiği,
- Kalp hastalarında benlik saygısının incelendiği deneysel çalışmaların yapılması,
- Daha büyük bir popülasyonla çalışmanın yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Acet H, Ertaş F, Akıl MA, Polat N, Aydın M, Akyüz A, Ayçiçek A, Alan S. A novel predictor of infarct-related artery patency before percutaneous intervention and in-hospital outcomes for ST-segment elevation myocardial infarction patients: serum bilirubin level. *Postępy w Kardiologii Interwencyjnej= Advances in Interventional Cardiology*, 2014,10(2):91-97.

Achar SA, Kundu S, Norcross WA. Diagnosis of acute coronary syndrome. *American family physician*, 2005, 72(1):119-126.

Adalet K. Klinik Kardiyoloji cilt 1. İçinde: *İskemik Kalp Hastalığı*. Koylan N, Mercanoğlu F, Adalet K (çeviri editörleri), 2.baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2019;3-563.

Adalı G. Miyokart İnfarktüsü Geçirmiş Hastalara Uygulanan Kardiyak Rehabilitasyonun Benlik Saygısı Üzerine Etkisi ve Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2013.

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı, 3. baskı, Ankara. 2011:407-445.

Ahraz M. Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep:Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2018.

Alıcı E, Önder FC. Kaygı bozukluğu olan ve olmayan yetişkinlerde sosyal beceri ve benlik saygısı, *Journal of International Social Research*, 2016, 9(46).

Altun E. Adölesan Gebelere Verilen Planlı Eğitimin Benlik Saygısı ve Bebeği Algılaması Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2003.

Aksoy Y, Ergin A, Sözüer ME, İkizceli İ, Avşaroğulları L, Yıldırım C. Akut Miyokard İnfarktüsünün Erken Teşhisinde Troponin T, Miyogloblin ve CK-MB'nin Yeri. *Fırat Tıp Dergisi*, 11(2), 103-107.

Arslan H, Arkar H, Danaoğlu Z. Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 2011, 14:143-149.

Arslan C, Hamarta E, Uslu M. The relationship between conflict communication, self esteem, and life satisfaction in university students. *Educational research and reviews*, 2010, 5(1):140-144.

Ayaz S. Stomalı bireylerde beden imajı ve benlik saygısı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008, 28: 154-9.

Aazami S, Jaafarpour M, Mozafari M. Exploring expectations and needs of patients undergoing angioplasty. *Journal of Vascular Nursing*, 2016, 34(3):93-99.

Azzalini L, Candilio L, McCullough PA, Colombo A. Current risk of contrast-induced acute kidney injury after coronary angiography and intervention: a reappraisal of the literature. *Canadian Journal of Cardiology*, 2017, 33(10):1225-1228.

Balcı A. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel-İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.

Büyükaşık Ö. Koroner Anjiyografi Olacak Hastalarda Sağlık Eğitiminin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.

Carvalho IG, Bertolli EDS, Paiva L, Rossi LA, Dantas RAS, Pompeo DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Revista latino-americana de enfermagem*, 2016, 24.

Chaudhry R, Law MA. Anatomy, Thorax, Heart Arteries. [Updated 2019 Jan 30]. *In: StatPearls [Internet]*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470522/>. Erişim Tarihi:15 Mart 2019.

Cheitlin MD, Armstrong WF, Aurigemma GP, Beller GA, Bierman FZ, Davis JL, Douglas PS, Faxon DP, Gillam LD, Kimball TR, Kussmaul WG, Pearlman AS, Philbrick JT, Rakowski H, Thys DM, Antman EM, Smith SC, Alpert JS, Gregoratos G, Anderson JL, Hiratzka LF, Hunt SA, Fuster V, Jacobs AK, Gibbons RJ, Russell RO. ACC/AHA/ASE 2003 guideline update for the clinical application of echocardiography: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASE Committee to Update the 1997 Guidelines for the Clinical Application of Echocardiography). *Circulation*. 2003, 108(9):1146-1162.

Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2001, 4(3):182-186.

Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları*, 13. Baskı. İstanbul. Remzi Kitabevi; 2005:276-278.

Çağdaş A, Arslan E, Erbay F, Orçan M. Etkili annelik eğitim programının annelerin benlik saygısına ve anne çocuk ilişkisine etkisinin incelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 2010, 8(20):7-21.

Çam O, Nehir S. Miyokart infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011, 27(2):47-59.

Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1986.

Danese E, Montagnana M. An historical approach to the diagnostic biomarkers of acute coronary syndrome. *Annals of translational medicine*, 2016, 4(10):194.

Dibb B, Yardley L. How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(6):1602-1613.

Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği. Akademi Basın ve Yayıncılık. İstanbul, 2013: 147-230.

Durna Z. Kronik Hastalıklar ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2012:111-146.

Ekinci E. Bariatrik Cerrahi Planlanan Obez Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ile Benlik Saygısı ve Beden İmajı Düzeyinin Belirlenmesi, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul:Haliç Üniversitesi, 2015.

Elgendy IY, Mahmoud AN, Kumbhani DJ, Bhatt DL, Bavry AA. Complete or culprit-only revascularization for patients with multivessel coronary artery disease undergoing percutaneous coronary intervention: a pairwise and network meta-analysis of randomized trials. *JACC: Cardiovascular Interventions*, 2017, 10(4): 315-324.

Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA, Estes NM, Freedman RA, Gettes LS, Gillinov AM, Gregoratos G, Hammill SC, Hayes DL, Hlatky MA, Newby LK, Page RL, Schoenfeld MH, Silka MJ, Stevenson LW, Sweeney MO, Smith SC Jr, Jacobs AK, Adams CD, Anderson JL, Buller CE, Creager MA, Ettinger SM, Faxon DP, Halperin JL, Hiratzka LF, Hunt SA, Krumholz HM, Kushner FG, Lytle BW, Nishimura RA, Ornato JP, Page RL, Riegel B, Tarkington LG, Yancy CW. ACC/AHA/HRS 2008 guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline Update for Implantation of Cardiac Pacemakers and Antiarrhythmia Devices) developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery and Society of Thoracic Surgeons. *Journal of the American College of Cardiology*, 2008, 51(21):e1-e62.

Erol Ç, Atalar E. (çeviri editörleri). Kardiyovasküler Hastalıklar. Griffin BP, Callahan TD, Menon V.(Eds.). 4.Baskı, Ankara, Williams & Wilkins, 2014:100-155.

Ertürk EB, Ünlü H. Effects of pre-operative individualized education on anxiety and pain severity in patients following open-heart surgery. *International journal of health sciences*, 2018, 12(4), 26-34.

Fihn SD, Gardin JM, Abrams J, Berra K, Blankenship JC, Dallas AP, Douglas PS, Foody JM, Gerber TC, Hinderliter AL, King SB, Kligfield PD, Krumholz HM, Kwong RY, Lim MJ, Linderbaum JA, Mack MJ, Munger MA, Prager RL, Sabik JF, Shaw LJ, Sikkema JD, Smith JR, Smith SC, Spertus JA, Williams SV. ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, *Journal of the American College of Cardiology*, 2012, 60(24):e44-e164

Foss M. Enhanced recovery after surgery and implications for nurse education. *Nursing Standard*, 2011, 25(45):35-40.

Framingham Kalp Çalışması. <https://www.framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/coronary-heart-disease-2-year-risk-second-event/>. Erişim Tarihi: 18 Mart 2019.

Gallagher R, Trotter R, Donoghue J. Preprocedural concerns and anxiety assessment in patients undergoing coronary angiography and percutaneous coronary interventions. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2010, 9:38-44.

Gatenby VK, Shelton RJ, Blackman DJ. Management of ST- elevation myocardial infarction. *Medicine*, 2014, 42:512-519

Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, Chaitman BR, Fletcher GF, Froelicher VF, Mark DB, McCallister BD, Mooss AN, O'Reilly MG, Winters WL, Gibbons RJ, Antman EM, Alpert JS, Faxon DP, Fuster V, Gregoratos G, Hiratzka LF, Jacobs AK, Russell RO, Smith SC. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 2002, 40(8):1531-1540.

Grech ED. ABC of interventional cardiology: percutaneous coronary intervention. II: the procedure. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2003, 326(7399):1137–1140.

Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2012, 49(2):129-137.

Gurdogan EP, Findik UY, Arslan BK. Patients' perception of individualized care and satisfaction with nursing care levels in Turkey. *Int J Comput Sci*. 2015, 8(2):369–75.

Gören ŞY. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası dönemde beden imajı ve benlik saygısının değerlendirilmesi. *MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 4: 61–73.

Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16(1):8-15.

Haffner SJ, Cassells H. Hyperglycemia as a cardiovascular risk factor. *The American journal of medicine*, 2003, 115(8):6-11.

Hajar R. Risk factors for coronary artery disease: Historical perspectives. *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association*, 2017, 18(3):109-114.

Hall B. Care for the patient with burns in the trauma rehabilitation setting. *Crit Care Nurs* 2012, 35: 272–80.

Hall JE, Guyton AC. Guyton ve Hall Tıbbi fizyoloji. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi. 2013, 101-281.

Hao W, Friedman A. The LDL-HDL profile determines the risk of atherosclerosis: a mathematical model. *PloS one*, 2014, 9(3): e90497.

Heikkila J, Pounonen M, Virtanen V, Laippala P. Fear of patients related to coronary arteriography. *Journal of Advanced Nursing*, 1998, 28(1):54–62.

Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete, 08.03.2010; 27515. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.13830&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hem%C5%9Firelik%20y>. Erişim Tarihi: 12 Mart 2019.

Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, Cafario ALP, Crea F, Goudevenos JA, Halvorsen S, Hindricks G, Kastrati A, Lenzen MJ, Prescott E, Roffi M, Valgimigli M, Varenhorst C, Vranckx P, Widimsky P. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 2017, 39(2):119-177.

Işık N. Düzenli Sporun Beden Algısı ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2018.

Jiang W, Samad Z, Boyle S, Becker RC, Williams R, Kuhn C, Ortel TL, Rogers J, Kuchibhatla M, O'connor C, Velazquez EJ. Prevalence and clinical characteristics of mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 2013,61(7):714-722.

Kaminska J, Koper OM, Siedlecka-Czykier E, Matowicka-Karna J, Bychowski J, Kemon H. The utility of inflammation and platelet biomarkers in patients with acute coronary syndromes. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 2018, 25(7):1263-1271.

Kannel WB. Hypertension: reflections on risks and prognostication. *Medical Clinics of North America*, 2009, 93(3):541-558.

Kaveh MH, Hesampour M, Ghahremani L, Tabatabaee HR. The effects of a peer-led training program on female students' self-esteem in public secondary schools in Shiraz. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 2014, 2(2): 63.

Kutanis RÖ, Tunç T. Hemşirelerde Benlik Saygısı İle Durumluk Ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. "İş,Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2013, 15 (2):01- 15.

Kayıkçıoğlu M, Tokgözoğlu L, Kılıçkap M, Göksülük H, Karaaslan D, Özer N, Abacı A, Yılmaz MB, Barçın C, Ateş K, Bayram F, Şahin M, Ural D. Türkiye’de dislipidemi sıklığı ve lipit verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme ve meta-analizi. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 2018, 46(7):572-573.

Karakaya B. Meme, tiroid, kolorektal ve over kanseri nedeni ile cerrahi uygulanmış kadın hastalarda depresyon, anksiyete ve benlik saygısının değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2014.

Kennedy A, Finlay DD, Guldenring D, Bond R, Moran K, McLaughlin J. The cardiac conduction system: generation and conduction of the cardiac impulse. *Critical Care Nursing Clinics*, 2016, 28(3):269-279.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 2005, 62(6):617-627.

Khayyam-Nekouei Z, Neshatdoost H, Yousefy A, Sadeghi M, Manshaee G. Psychological factors and coronary heart disease. *ARYA Atheroscler*. 2013;9(1):102–111.

Kligfield P, Lauer MS. Exercise electrocardiogram testing: beyond the ST segment. *Circulation*, 2006, 114(19):2070-2082.

Ko SM, Hwang HK, Kim SM, Cho IH. Multi-modality imaging for the assessment of myocardial perfusion with emphasis on stress perfusion CT and MR imaging. *The international journal of cardiovascular imaging*, 2015, 31(1):1-21.

Koç V. Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon. Sosyal Bilimleri Enstitüsü. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2008.

Küçükosmanoğlu HO. Müzik öğretmeni adaylarının bazı sosyodemografik değişkenlere göre benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması. *Sanat Eğitimi Dergisi*, 2013,1(2):70-82.

Liu N, Liu S, Yu N, Peng Y, Wen Y, Tang J, Kong L. Correlations among psychological resilience, self-efficacy, and negative emotion in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention. *Frontiers in psychiatry*, 2018, 9:1.

Lilly LS (E1d). Pathophysiology of heart disease, Fifty ed. Philadelphia, Williams & Wilkins, 2011:8-9.

Ludman PF. Percutaneous coronary intervention. *Medicine*, 2014, 42(9):520-526.

Mair J. High-sensitivity cardiac troponins in everyday clinical practice. *World journal of cardiology*, 2014, 6(4):175-182.

Mann MM, Hosman CM, Schaalma HP, De Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health education research*, 2004, 19(4):357-372.

Meisinger C, Baumert J, Khuseyinova N, Loewel H, Koenig W. Plasma oxidized low-density lipoprotein, a strong predictor for acute coronary heart disease events in apparently healthy, middle-aged men from the general population. *Circulation*, 2005 112(5):651-657.

Mutlu E, Duyan V. Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler ile sosyal desteğin hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1(3):25-38.

Neglia D, Rovai D, Caselli C, Pietila M, Teresinska A, Agudé-Bruix S, Pizzi MN, Todiere G, Gimelli A, Schroeder S, Drosch T, Poddighe R, Casolo G, Anagnostopoulos C, Pugliese F, Rouzet F, Le Guludec D, Cappelli F, Valente S, Gensini GF, Zawaideh C, Capitanio S, Sambuceti G, Marsico F, Perrone Filardi P, Fernández-Golfín C, Rincón LM, Graner FP, de Graaf MA, Fiechter M, Stehli J, Gaemperli O, Reyes E, Nkomo S, Mäki M, Lorenzoni V, Turchetti G, Carpeggiani

C, Marinelli M, Puzzuoli S, Mangione M, Marcheschi P, Mariani F, Giannessi D, Nekolla S, Lombardi M, Sicari R, Scholte AJ, Zamorano JL, Kaufmann PA, Underwood SR, Knuuti J. Detection of significant coronary artery disease by noninvasive anatomical and functional imaging. *Circulation: Cardiovascular Imaging*, 2015, 8(3), e002179.

Ogobuiro I, Tuma F. Anatomy, thorax, heart coronary arteries. [Updated 2018 Dec 9]. In: StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534790/>. Erişim Tarihi:15 Ocak 2019.

Oktan V, Şahin M. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010, 2(7):543-556.

Onat A, Büyüköztürk K, Sansoy V, Avcı ŞG, Çam N, Akgün G, Tokgözoğlu L, Çağlar N, Şan M, Nişancı Y, Oto A, Ergene O. Türk kardiyoloji derneği koroner kalp hastalığı korunma ve tedavi kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2002, 30:568-594.

Onat A. Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, TEKHARF 2017, İstanbul Logos Yayıncılık, 2017:7-8.

Ozcan DS, Koseoglu BF, Balci KG, Polat CS, Ozcan, OU, Balci MM, Aydoğdu S. Musculoskeletal pain and related factors in coronary artery disease: An observational cross-sectional study. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, (Preprint), 2018,1-9.

Öksüz E, Mersin S. Uyum bozukluğu ve hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2017, 14(4):292-297.

Öner N, LeCompte A. Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri El Kitabı. 2.baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1998.

Özdemir A. Yanıklı Hastalarda Yoganın Benlik Saygısı ve Beden Algısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, 2018.

Özer ZC., Şenuzun F., & Tokem Y., Miyokart enfarktöslü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2009, 37:8, 557-562.

Silverio CD, Dantas RAS, Carvalho ARS. Avaliação do apoio social e da auto-estima por indivíduos coronariopatas, segundo o sexo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2019, 43(2):407-414.

Peter L, Döme P, Rihmer Z, Kovács G, Faludi G. Cardiovascular disorders and depression: a review of epidemiological and possible etiological data. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja= official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, 2008, 10(2):81-90.

Polat G. Düzenli Egzersiz Yapan Kadınlarda Egzersizin Benlik Saygısı ve Beden Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Kahramanmaraş: Sütçü İmam Üniversitesi. 2014.

Poorgholami F, Javadpour S, Saadatmand V, Jahromi MK. Effectiveness of self-care education on the enhancement of the self-esteem of patients undergoing hemodialysis. *Global journal of health science*, 2016, 8(2):132-136.

Ramjattan NA, Makaryus AN. Coronary CT Angiography. [Updated 2019 Jan 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470279/>. Erişim Tarihi: 19 Mart 2019.

Rehman R, Makaryus AN. Cardiac Imaging. [Updated 2018 Oct 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448128/>. Erişim Tarihi: 18 Mart 2019.

Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, Whalley B, Rees K, Davies P, Bennett P, Liu Z, West R, Thompson DR, Taylor RS. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, 4.

Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-Image. Princeton: Princeton University Press, 1965,19-60.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 988, Ankara, 2015.

Samur G. Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar / hipertansiyon, *Sağlık Bakanlığı Yayın*, 2008, Ankara. s:1-20.

Sanaani A, Yandrapalli S, Jolly G, Paudel R, Cooper HA, Aronow WS. Correlation between electrocardiographic changes and coronary findings in patients with acute myocardial infarction and single-vessel disease. *Annals of translational medicine*, 2017, 5(17):347.

Sharif B, Motwani M, Arsanjani R, Dharmakumar R, Fish MB, Germano G, Li D, Berman DS, Slomka P. Impact of incomplete ventricular coverage on diagnostic performance of myocardial perfusion imaging. *The international journal of cardiovascular imaging*, 2018, 34(4):661-669.

Sicari R, Cortigiani L. The clinical use of stress echocardiography in ischemic heart disease. *Cardiovascular ultrasound*, 2017, 15(1):7.

Silvério CD, Dantas RA, Carvalho AR. Gender-specific evaluation of coronary disease patients' self-esteem and social support. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2009, 43(2): 407-414.

Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 2013, 139(1):213-240.

Sun C, Kontaridis MI. Physiology of cardiac development: from genetics to signaling to therapeutic strategies. *Current opinion in physiology*, 2018, 1:123-139.

Tan N, Liu Y, Zhou YL, He PC, Yang JQ, Luo JF, Chen JY. Contrast medium volume to creatinine clearance ratio: a predictor of contrast-induced nephropathy in the first 72 hours following percutaneous coronary intervention. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 2012, 79(1):70-75.

Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD. (2018). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology*, 2018, 72(18):2231-2264.

Tune JD. "Coronary circulation," in *Colloquium Series on Integrated Systems Physiology: From Molecule to Function to Disease*, Vol 6 (Morgan & Claypool Life Sciences), 2014, 3-5.

Tunç E. Koroner Anjiyografiye Girecek Hastaların İşlem İle İlgili Bilgili Olma Durumlarına Göre Algılanan Stres ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2019.

Tunçelli B. Sinir Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Kadınların Benlik Saygısı, Öfke, Kendini Ayarlama ve Kaygı Değişkenleri Bakımından Karşılaştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.

Türedi E. Özyeterlik, Benlik Saygısı ve Atılganlık Düzeyi İlişkisi-Cinsiyet ve Deneyim Süresi Açısından Resmi Okul ve Özel Okul Öğretmenleri Üzerine Bir Araştırma. Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Toros Üniversitesi, 2015.

Türk Dil Kurumu (TDK). www.tdk.gov.tr, Erişim Tarihi: 20 Ocak 2019.

Türker E. Koroner Anjiyografi Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların ve Eşlerinin Anksiyeteleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi:2015.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. TEMD Dislipidemi tanı ve tedavi kılavuzu 2018;15-17. www.temd.org.tr/Kilavuzlar. Erişim Tarihi: 13 Mart 2019.

Türk Kardiyoloji Derneği, Kalpten Destek, Kalp krizi ve perkütan koroner girişim sonrası hasta bilgilendirme kitapçığı. https://www.tkd.org.tr/kardiyobil/html/file/KalptenDestek_Kitap.pdf. Erişim tarihi: 27 Ağustos 2018.

Türk Kardiyoloji Derneği, Onam formları.
http://file.tkd.org.tr/PDFs/OnamFormlari/h_stres.pdf. Erişim Tarihi : 20 Şubat 2019.

Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2000, 3(2).

Uzun S, Vural H, Uzun M, Yokusoglu, M. State and trait anxiety levels before coronary angiography. *Journal of clinical nursing*, 2008, 17(5):602-607.

Ünal N. Planlı ve Plansız Ortopedi Ameliyatlarının Hastaların Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Durumluk Kaygıları Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2014.

Van Weerd JH, Christoffels VM. The formation and function of the cardiac conduction system. *Development*, 2016, 143(2):197-210.

Vargas TVP, Dantas RAS, Gois CFL. The self-esteem of individual who have been submitted to coronary artery bypass graft surgery. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2005, 39(1):20-27.

Vural M, Başar E. "Anksiyete bozukluğunun ani ölüm yapma potansiyeli." *Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2007, 7(2):179-183.

Wei S, Gao C, Wei G, Chen Y, Zhong L, Li X. The level of serum bilirubin associated with coronary lesion types in patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 2012,13(7):432-438.

World Health Organization. https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2018.

Woo JW, Kong W, Ambhore A, Rastogi S, Poh KK, Loh PH. Isolated right ventricle infarction. *Singapore medical journal*, 2019, 60(3):124-129.

Xiao R, Xu Y, Pelter MM, Mortara DW, Hu X. A Deep Learning Approach to Examine Ischemic ST Changes in Ambulatory ECG Recordings. *AMIA Summits on Translational Science Proceedings*, 2018, 2017:256-262.

Yalçın R, Cemri M, Boyacı B. Koroner Arter Hastalığı 1, *Gazi Tıp Dergisi*, 2006, 17(1):1-33.

Yaman Ş, Ayaz S. The effect of education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 2015,12(4):211.

Yel P. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşama Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, 2009.

Yıldız A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Benlik Saygısı ve Atılganlık Düzeyleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2006.

Yılmaz EA, Savaşer S. Adolesan Gebelere Verilen Planlı Eğitimin Annenin Benlik Saygısı ve Bebeği Algılamaya Üzerine Etkisi. *Adli Tıp Bülteni*, 2017, 22(1):27-33.

Yılmaz MB, Turgut OO, Yılmaz A, Karadaş F, Özyol A, Kendirlioğlu Ö, Bektaşoğlu G, Tandoğan İ. Kardiyolojide uygulanan tanısal ve terapötik işlemler hakkında hastaların bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2006, 34(5):298-303.

Yılmaz M, Sayın Y, Tel H. Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgi Gereksinimleri ve Anksiyete Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2012, 4(2):55-65.

Young PM, Gerber TC, Williamson EE, Julsrud PR, Herfkens RJ. Cardiac imaging: Part 2, normal, variant, and anomalous configurations of the coronary vasculature. *AJR Am J Roentgenol*. 2011, 197(4):816–826.

Yu J, Han JL, Wang GS, Guo LJ, Gao W. Serum total bilirubin levels and disease severity in patients with stable coronary artery disease. *Herz*, 2017, 42(4): 403-410.

Zakynthinos E, Pappa N. Inflammatory biomarkers in coronary artery disease. *Journal of cardiology*, 2009, 53(3):317-333.

Zhou Y, Liao J, Feng F, Ji M, Zhao C, Wang X. Effects of a nurse-led phone follow-up education program based on the self-efficacy among patients with cardiovascular disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2018, 33(1):E15-E23.



EK-1. HASTA BİLGİ FORMU

Anket No:

1- Yaşınız.....

2- Cinsiyetiniz

1- Kadın 2- Erkek

3-Medeni durumunuz

1- Evli 2- Bekar

4-Eğitim Durumunuz

1-Okuryazar değil 2-ilkokul
3- ortaokul 4- lise 5- üniversite

5-Mesleğiniz

1-Ev hanımı 2- Memur 3-işçi
4- Emekli 5- Serbest 6- Diğer

6- Nerede yaşıyorsunuz

1- il Merkezi 2- ilçe 3- Köy

7-Ekonomik durumunuz

1- Gelir giderden az 2- Gelir gidere eşit 3- Gelir giderden fazla

8-Ailenizde ya da yakın akrabanızda anjiyo olan var mı?

1- Evet 2- Hayır

9-Evde birlikte yaşadığınız kişiler

1- Yalnız yaşıyorum 2- Eşimle 3-Çocuklarımla
4-Geniş aile (anne, baba, çocuk) 5- Diğer

10- Sigara kullanımı

1- kullanmıyorum 2- günde 1-10 adet 3- günde 10-20 adet 4- günde bir paketten fazla

11- Alkol kullanımı

1- Evet 2-Hayır

EK-2. DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

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

EK-3. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

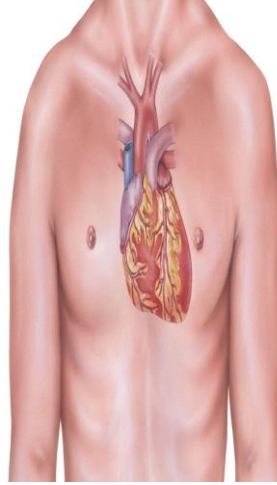
EK-4. KORONER ANJİYOGRAFİ HAKKINDA BİLGİLENDİRME FORMU

Kalp

Kalp, göğüs kafesi içerisinde bulunan, akciğerlere ve vücudun diğer organlarına kan pompalayan hayati bir organımızdır.

Kalbimiz dört odacıklı yapıdır. Kalbimizin sağ tarafında sağ kulakçık ve sağ karıncık, sol tarafında ise sol kulakçık ve sol karıncık vardır.

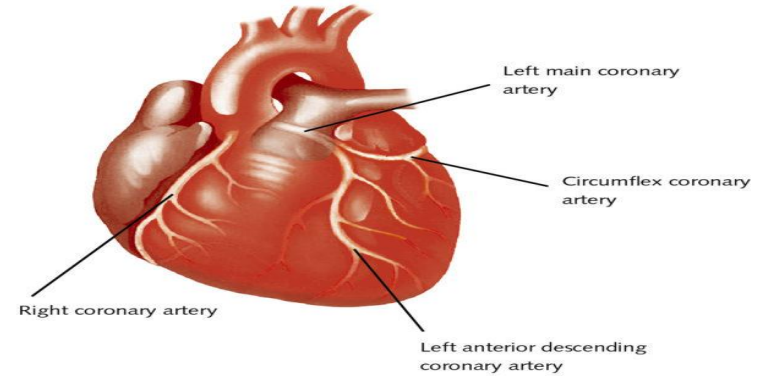
Kalp içerisindeki kanı atardamar ve toplardamarlar sayesinde tüm vücuda gönderir. Atardamarlarla gönderilen temiz kan vücuda dolaşır ve toplardamarlar vasıtasıyla tekrar kalbin sağ tarafına geri döner. Buraya gelen kan oksijenlenmesi için akciğerlere gönderilir ve tekrar kalbin sol tarafına gelerek aort atardamarı vasıtasıyla vücuda oksijenlenmiş olarak pompalanır.



Kalbimiz her ne kadar içerisi kanla dolu olsa da kasılıp gevşeme olayını gerçekleştirebilmesi için kanlanmasına ihtiyacı vardır. Kalbimiz kasılıp gevşeme hareketi yapması, kalpte bulunan kaslar sayesinde olmaktadır. Bu kaslarda kasılıp gevşemesi için oksijen ve besine ihtiyaç duymaktadır. İşte kalbimize oksijen ve besin sağlanması kalp üzerinde bulunan damarlar (koroner arterler) sayesinde olur. Bu damarlar kalbin tüm yüzeyini sararak kanlanmasını sağlar.

KALBİN ATARDAMARLARI (KORONER ARTERLER)

Kalp üzerinde bulunan damarlar kalbin kanlanması ve beslenmesini sağlarlar. Bu damarlar, kalpten çıkan ana atardamar (aort) kökünden ayrılan sağ ve sol koroner arterlerdir.

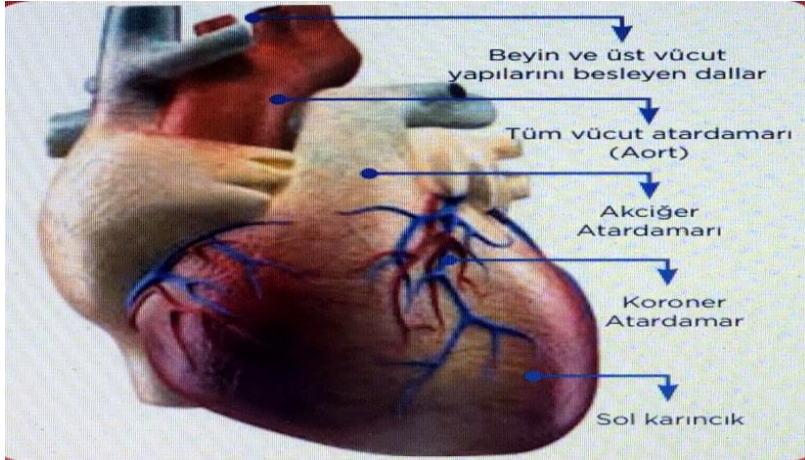


Sağ koroner arter (RCA olarak isimlendirilir): Kalbin arka yüzü ve sağ kulakçık ve sağ karıncığı kanlandıran koroner arterdir.

Sol ana koroner arter (LMCA olarak isimlendirilir): Bu koroner arter ise aorttan çıktıktan hemen sonra **sol ön inen arter(kısaca LAD)** ve **sirkumflex arter (kısaca CX)** olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Sol ön inen arter (LAD): Kalbin ön tarafında yukarıdan aşağıya doğru inen bu damar kalbin ön yüzeyinin kanlanmasını sağlar.

Sirkumflex arter (CX): Sol karıncığın yan tarafına ve kalbin arka alt bölümünün kanlanmasını sağlar.

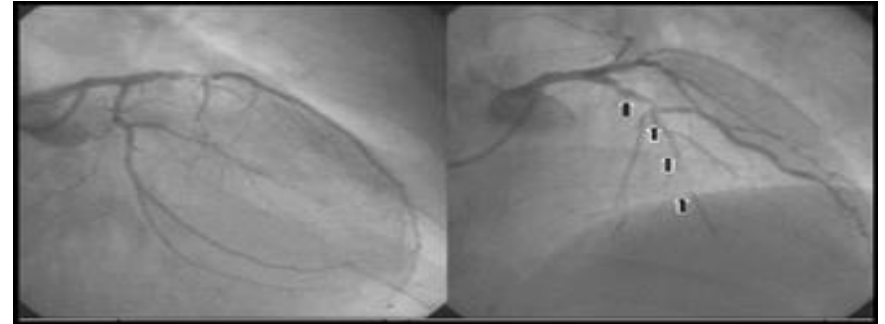


Kalbimizin yapısı

Kalbi besleyen bu damarlarda meydana gelebilecek tıkanma, ilgili alana kan akışının kesilmesine neden olur. Kan akışı kesilince o bölgeye besin ve oksijen taşınmayacağı için kalbin o bölgesinin kasında harabiyet oluşur ve kasılma bozukluğu meydana gelir.

ANJİYO NEDİR?

Koroner anjiyografi işlemi (kardiyak kateterizasyon ya da anjiyo da denebilir) bir tedavi yöntemi değil, teşhis yöntemidir. Kalp damarları içine kontrast bir ilaç verilmesi sırasında görüntülenmesi ve röntgen ışınlarıyla hareketli filminin çekilmesi işlemidir. Kontrast maddenin damarlardan geçişi röntgen ışınlarında daha net gözüktüğü için verilmektedir.

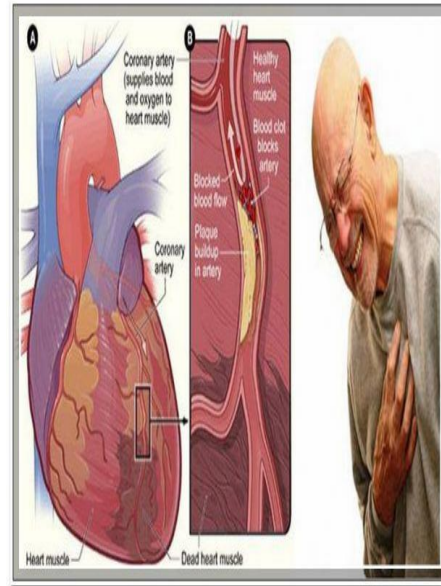


Anjiyo işleminde kalp damarlarının görüntüsü

Koroner arter hastalığı tanısında ekg, kan testleri, efor testleri, ekokardiyografi, nükleer kardiyolojik incelemeler gibi çeşitli testler kullanılır. ancak koroner arterlerin yapısını en iyi gösteren tanı yöntemi **koroner anjiyografidir**. Fizik muayene ve gerekli testlerden sonra doktorunuz kesin tanı koymak ve tedavi amacıyla koroner anjiyografi işlemini önerir.

Kalp krizi nedir?

Kalbi besleyen atardamarların (koroner arterlerin) aniden tıkanması sonucu kalp kasının yeterli kanlanamaması ve kalp kasında zaman içinde ölü doku oluşması durumudur. Kalp krizi durumunda hızlı ve erken müdahale etmek, kalpte oluşabilecek hasarı azaltır.



kalp krizi (<https://doktorun.net/akut-miyokard-infarktusu/>).

Anjiyonun gerekli olmasına rağmen yapılmaması durumunda ne tür sorunlarla karşılaşılabilir?

Hastaların hangi damarda ne derece tıkanma ya da daralma olduğu ile ilgili bilgi edinilemeyeceğinden, uygun girişim ve tedavi planlanması sağlıklı bir şekilde yapılamaz.

Anjiyo işlemi ne zaman yapılır?

Doktorunuz fizik muayenenizi yaptıktan sonra gerekli tahlil ve tetkiklerinizi değerlendirir ve anjiyo için uygun zamanı planlar.

Hasta anjiyo için nasıl işleme hazırlanır?

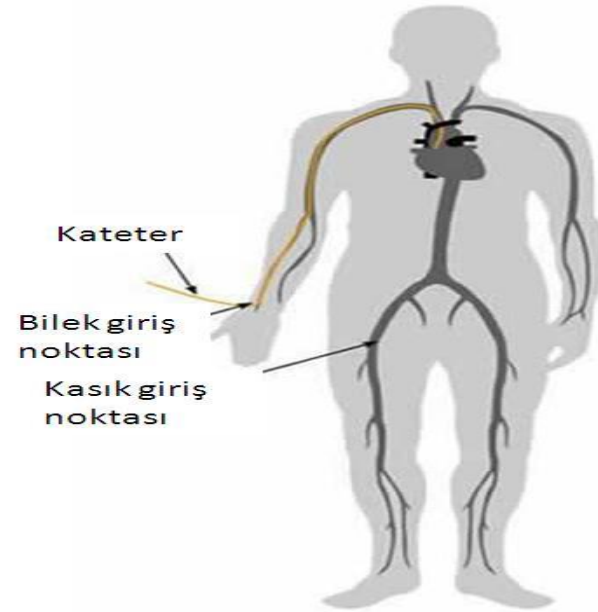
- ✚ İşlem uygulanacağı gün sabah kahvaltı yapmamalısınız. Eğer işlem öğleden sonra yapılacaksa hafif kahvaltı yapabilirsiniz.
- ✚ Şeker hastalığınız varsa işlem öncesi sabah, ilacınızı kullanmadan gelmelisiniz. İşlemden öncesi hemşire hanımlar tarafından kan şekeri değerinizi ve tansiyonunuz ölçülüyor, gerekli durumlarda doktorunuza danışılarak ilaç verilmektedir.
- ✚ İşlem öncesi takılarınızı, takma dişlerinizi çıkarıp yakınlarınıza teslim etmelisiniz. İşlem öncesi ruj, oje kullanıyorsanız temizleyiniz.

- ✚ Anjiyo işlemi kasık bölgesinden veya koldan yapılmaktadır. Buna doktorunuz yapacağı değerlendirme sonrası karar vermektedir (genelde sağ kasık bölgesindeki atarmadamar kullanılır).
- ✚ Kasık bölgenize bölgesel temizlik yapmanız, gerekiyorsa kasık traşı olmanız daha iyi bir sterilizasyon sağlanması için gereklidir. Bu alan işlem esnasında tamamen steril bir örtü ile kapatılacaktır.
- ✚ Anjiyo işlemi steril bir ortamda gerçekleştiği için işlem öncesi kıyafetleriniz çıkartılıp ameliyathane önlüğü giydirileceksiniz.
- ✚ İşlem için hazır olduğunuzda anjiyo işleminin yapılacağı yere alınacaksınız.

Anjiyo işlemi nasıl yapılır?

Anjiyo masasına sırt üstü pozisyonda yatacaksınız ve işlem esnasında kalp ritminizi takip etmek için cildiniz üzerine küçük yapışkanlar (elektrod dediğimiz) yapıştırılıp kablolar bağlanacaktır. Eğer işlem için kasık bölgesi kullanılacaksa o bölgeyi iyotlu antiseptikli bir solüsyonla yıkanarak (o bölgenin tıbbi açıdan temiz olması) oraya steril bir örtü örtülecek. İşlemin yapılacağı damara lokal olarak anestezi bir iğne yapılacaktır. Bu sayede sadece o bölgenin uyuşması sağlanıp işlem boyunca ağrı, acı hissetmeyeceksiniz. Size genel anestezi verilmeyecektir.

İşlem esnasında uyanık, konuşabilir, soru sorabilirsiniz. Daha sonra iğne yapılan bölgeden damara katater için sheat denilen bir kanül (giriş yolu açılıp) yerleştirilir. Giriş yolundan plastik benzeri bir maddeden yapılmış içi boş ince bir boru, kalbi besleyen ana damarlara kadar ilerletilir. Görüntüyü sağlayan kontrast madde verilip, kalp damarlarının görüntüsü alınır.



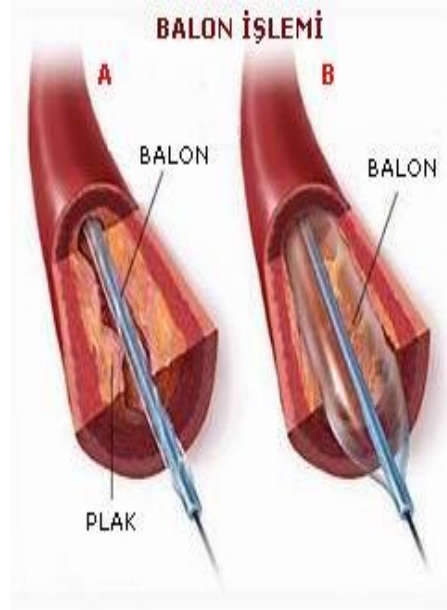
Anjiyo işlemi için katater giriş yerleri

(<https://kalpritmi.com/hastaliklari/krizi>)

İşlem ortalama 15-20 dakika sürmektedir. Yapılan işlemler sonrasında kalp damarlarında tıkanma ya da daralma varsa, aynı işlem esnasında veya başka bir zamanda tıkanmış damarları balon ya da stent yöntemiyle açılmaya çalışılır.

Balon Anjiyoplasti

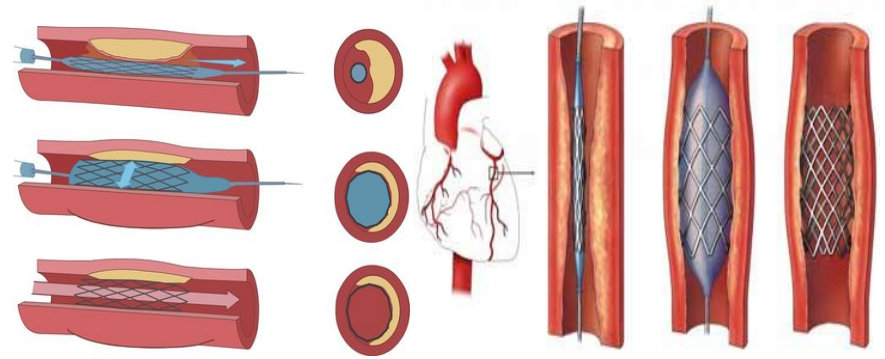
Kalp damarlarında ki darlık ve tıkanıkları açarak, kan akışının sağlanması için yapılan işlemdir. Darlık olan bölgede özel bir kateter yardımıyla balonun kılavuz telin üzerine geçirilmesi ve kontrollü bir şekilde şişirilmesi yöntemiyle olur. Balon tekrar indirilip görüntü alınır ve akışı sağlandıysa işlem tamamlanmış olur. Bu işlemde 20-30 dakika civarı sürmektedir.



Stent İşlemi

Bu işlem, balon anjiyoplasti yapılmasına rağmen yeterli açıklık sağlanamaması veya damar içinde hasarlar olduğu durumlarda kan akışının sağlanması için uygulanan yöntemdir.

Stent, balon üzerine yerleştirilerek ilgili bölgede balonun şişirilmesi sonucu arterin çapına uygun şekilde açılarak genişler ve damar içi duvarda kalır. Balon söndürülerek katater çıkarılır ve işlem başarıyla sonuçlanmış olur. Yalın metal stentler de birkaç hafta sonra, ilaçlı stentlerde ise birkaç ay içinde bu stentlerin üzeri normal damar hücreleri ile kaplanır ve stent ömür boyu orada kalır.



Tıkalı damara stent yerleştirilmesi işlemi (<http://kalbinisev.org/wp-content/uploads/2014/10/stend.jpg>)

ANJİYO İŞLEMİNİN RİSKLERİ NELERDİR?

İşlemden sonra açılan damarın tekrar tıkanması, işlem esnasında verilen kontrast maddeye karşı alerji gelişmesi, verilen ilaç sebebiyle böbrek fonksiyonlarında bozulma olma riski gibi istenmeyen olaylar çok az da olsa olabilmektedir. Ama unutulmamalıdır ki hastada anjiyo işlemi yapılmaması durumunda bu istenmeyen durumların gerçekleşmesi olasılığı çok daha fazladır. Anjiyo işlemi sonrasında, işlem yapılan damar bölgesinde nadir de olsa ağrı, hafif şişlik, morarma olabilmektedir.

ANJİYO SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

- Anjiyo işleminden sonra personel eşliğinde yatağa alınırsınız. Kateterin olduğu yer kesinlikle hareket ettirilmemelidir.
- İşlem tamamlandıktan sonra kasıktan kateter çıkartılır ve kanama olmaması için ortalama 15- 20 dakika süreyle bu bölgeye baskı yapılır. Kanamanın durduğu gözlemlendikten sonra sıkı bir bandaj ile kapatılır. Kasık bandajınız 24 saat boyunca duracaktır. Eğer balon ya da stent işlemi uygulandıysa kateter 6 saat sonra çıkarılmaktadır. Bunun sebebi ise stent yerleştirme esnasında verilen kan sulandırıcı ilaçtan dolayı kanamanın hemen durmayacak olmasıdır.

- Yatakta sırt üstü düz bir şekilde, kateter uygulanan bacağı hareket ettirmeden yatmalısınız.
- Hemşire belirli aralıklarla tansiyonunuzu nabzınızı kontrol edecektir. Bunlar anjiyo sonrası rutin olarak yapılan işlemlerdir, korkulacak bir durum yoktur.
- Tuvalet ihtiyacınız olduğunda, yataktan kalkmadan ördek veya sürgü ile ihtiyacınızı gidereceksiniz.
- Eğer kateterin çıkarıldığı bölgede ani ağrı, şişlik, sıcaklık hissederseniz elinizle pansuman yerini bastırıp hemşireye haber veriniz.
- Kasıkta işlem için takılan kateter çekildikten 6 saat sonra yatak içinde kontrollü bir şekilde sağa sola dönebilirsiniz.
- İşlem sırasında kullanılan kontrast madde böbreklerinize zarar verebileceğinden, ilacın idrar yoluyla vücuttan atılımı için bol su içmelisiniz.
- Anjiyo işlemi sonrası bazı hastalar idrarını yapmakta zorlanmaktadır. Eğer idrarınızı yapamazsanız idrar sondası takılabilir. Çünkü bol su içmeniz gerektiği için idrar çıkışınız çok olacaktır. Genelde herhangi bir istisnai durum olmazsa 24 saat sonra günlük yaşamınıza dönebilirsiniz.

TABURCULUK EĞİTİMİ

- Taburculuk sonrası hemen ilaçlarınızı düzenli olarak kullanmaya başlamalısınız. Çünkü size verilen ilaçları kullanmadığınız durumda tekrar damarınız tıkanabilir.
- Taburculuk sonrası ilk 24 saat evinizde yatarak istirahat ediniz.
- Doktorunuz tarafından belirtilen zaman aralıklarında kontrole gelmeniz önemlidir. Eğer rahatsızlığınız artarsa ya da ilaçların neden olduğu herhangi bir yan etki gelişmesi durumunda kontrol tarihini beklemeden hemen kontrole gelmelisiniz.
- Taburculuktan sonra iki hafta uçak yolculuğu yapmamalı, cinsel ilişkiden uzak durmalısınız. İki hafta sonra normal cinsel yaşamınıza dönebilirsiniz.
- Günlük ortalama 3 litre olacak şekilde 10 gün boyunca sıvı tüketiniz.
- İşlem yapılan kasık bölgesini çarpma ve darbelerden belirli süreliğine koruyunuz. İşlem sonrası hafif kızarıklık ve şişlik olması normaldir. Eğer şişlik ve kızarıklık artarsa hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz.

- İşlemden sonra 2-3 gün boyunca ağır kaldırmayın, zorlayıcı hareketler yapmayınız.
- İşlemden sonra yaşam şeklinizi değiştirmeniz gerekebilir. Sigara, alkol kullanıyorsanız bırakmalısınız ve gerekli durumlarda tıbbi destek almalısınız. Beslenmenize dikkat etmelisiniz. Fazla kilolarınız varsa bunlardan kurtulmalısınız. Günlük olarak aerobik egzersiz veya yürüyüşler yapmalısınız.
- Hipertansiyon, diyabet ve kolesterol rahatsızlığınız varsa ilaçlarınızı kullanmalısınız ve size uygun diyet yapmalısınız.
- Beslenmenizde kırmızı et yerine beyaz eti (balık) tercih etmeli, kızartmadan ve hayvansal yağlardan uzak durmalı, sebze ve meyve bol tüketmeli, tuz ve şekerden uzak durmalısınız.

Geçmiş olsun dileklerle...

Günay Erdem

Balıkesir Üniversitesi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

KAYNAKLAR

Türk Kardiyoloji Derneği. Kalpten Destek, Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları. 2.Basım:2007.

Kalp Krizi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://sagligim.gov.tr/kalp-sagligi/liste/656-kalp-krizi.html>. Erişim tarihi:15 Ekim 2018.

Türk Kardiyoloji Derneği, Kalpten Destek, Kalp Krizi ve Perkutan Koroner Girişim Sonrası Hasta Bilgilendirme Kitapçığı. https://www.tkd.org.tr/kardiyobil/html/file/KalptenDestek_Kitap.pdf. ErişimTarihi:15 Ekim 2018.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kalp ve Damar Hastalıkları. <https://sagligim.gov.tr/kalp-sagligi/liste/672-kalp-ve-damar-hastal%C4%B1klar%C4%B1.html>. Erişim Tarihi:15 Ekim 2018.

Yeşildağ O. (2014). Koroner Anjiyografi Hasta Hazırlığı (Bilgilendirme, Onam, Özel Önlemler, Sedasyon, Time-out, Steril Örtme, Monitörizasyon, Sıvılar, Heparinizasyon). Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics, 2014:7(2): 29-33.

<http://kalbinisev.org/wp-content/uploads/2014/10/stend.jpg>. Erişim Tarihi:15 Ekim 2018.

<https://doktorun.net/akut-miyokard-infarktusu/>. Erişim Tarihi:15 Ekim 2018

<https://kalpritmi.com/hastaliklari/krizi>. Erişim Tarihi:15 Ekim 2018.

EK-5. ETİK KURUL ONAYI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaları Bilgilendirmenin Benlik Saygısı ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	ILAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/173		Tarih: 07.11.2018				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden izin alınması şartıyla gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oybirliği ile karar verilmiştir.. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Fuat EREL	Göğüs Hastalıkları AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Gülten ERKEN	Fizyoloji Ad	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Elif AKSÖZ	Tıbbi Farmakoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	GÖRENİ
Dr.Öğr.Üyesi Akın USTA	Kadın Hastalıkları ve Doğum AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	MARİAETÜ
Dr.Öğr.Üyesi Eyüp AVCI	Kardiyoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	ÇERENİ
Uzm.Dr.Mehmet ÇALIŞKAN	Halk Sağlığı AD	Balıkesir KEAS Organize Sanayi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av.Erman ARDA	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hüsnü KUNDAKÇI	Eczacı	Balıkesir Sağlık Uygulama ve Arş.Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Serhat ALDEMİR	Emekli		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Fuat EREL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaları Bilgilendirmenin Benlik Saygısı ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	



ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Çağış Yerleşkesi Uşak Yolu Üzeri, 10145 BALIKESİR
	TELEFON	266 612 14 61-6707
	FAKS	
	E-POSTA	etik.bautip@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Sibel KARACA SİVRİKAYA		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	BALIKESİR		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>	
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>	
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
	Diğer ise belirtiniz			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof/Dr.Fuat EREL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-6. BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

T.C. BALIKESİR VALİLİĞİ Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü			
			
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ KOMİSYON DEĞERLENDİRME FORMU			
Doküman Kodu: ARGE.FR.03	Yayın Tarihi: 14.07.2016	Revizyon Tarihi/No: 18.12.2017 / 01	Sayfa No:1/1
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN			
Adı Soyadı	Günay ERDEM		
Kurumu / Üniversitesi	Atatürk Şehir Hastanesi/Koroner Yoğun Bakım Ünitesi		
Araştırma Yapılacak İl / İller	Balıkesir		
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Atatürk Şehir Hastanesi		
Araştırmanın Konusu	Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaları Bilgilendirmenin Benlik Saygısı ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi		
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi		
Ön İzin Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok		
Başvuru Belgeleri	Hastane Ön İzin Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
	Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
	Üniversite / Kurum Talebi	<input type="checkbox"/> Var	<input checked="" type="checkbox"/> Yok
	Araştırma Yöntemi Örneği	<input checked="" type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
	Kurumsal Kimlik Belgesi	<input checked="" type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Veri Toplama Araçları	*Kişisel Bilgi Formu *Durumluluk Anksiyetesi Ölçeği *Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği		
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	15 Ocak 2019- 15 Nisan 2019		
Görüş İstenilen Birimler			
KOMİSYON GÖRÜŞÜ / KARAR			
05.12.2018 tarihinde yapılan komisyon toplantısında; Günay ERDEM isimli araştırmacıya ait " Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaları Bilgilendirmenin Benlik Saygısı ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi" başlıklı çalışmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü ve Araştırma Sahibi arasında "Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol" imzalanmasını takiben araştırmanın yapılmasına karar verilmiştir.			
Komisyon Kararı	<input checked="" type="checkbox"/> Oy Birliği <input type="checkbox"/> Oy Çokluğu ile alınmıştır.		
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:			
Gerekçesi:			
KOMİSYON			
Komisyon Başkanı Dr. Erhan KOZADERELİ Sağlık, Acil Sağlık ve İlaç Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanı V.	Üye Uzm. Dr. Renk BUDAK Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı	Üye Dr. Nil SOLMAZ KÖSE Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı V.	
Üye Hakan SEN Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı	Üye Uzm. Hem. Derya ÇINAR Eğitim Birimi		
ONAY 17.12.2018 Op. Dr. M. Burak ÖZTOP İl Sağlık Müdürü			
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 93039611-1c70-4a9a-bac2-20f327d4c4b1 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.			

EK-7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(KONTROL GRUBU İÇİN)

Sizi BAÜ Tıp Fakültesi Hemşirelik A.D.'de yürütülen “**Koroner Anjiyografi Planlanan Hastaları Bilgilendirmenin Anksiyete ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahibsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler edinildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Bu araştırmaya katıldığınız için maruz kalacağınız herhangi bir risk yoktur.

Bu çalışma için gerekli tüm masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Çalışma için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırma, kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir istenmeyen durum hakkında daha fazla bilgi temin edebilmeniz için **Hemşire Günay Erdem** ile günün 24 saatinde erişime geçebilirsiniz. (Telefon No: 0546 651 23 66)

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmacının niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmacının gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Bu çalışmanın amacı; Koroner anjiyografi olacak hastaları işlem öncesi bilgilendirmenin anksiyete ve benlik saygısı düzeyi üzerine etkisini araştırmaktır. Çalışmada kullanılacak yöntem aşağıda açıklanmıştır.

Buna göre;

Anjiyo işleminden bir gün önce size hasta bilgi formu, anksiyete ölçeği ve benlik saygısı ölçeği doldurtulacak. Ertesi gün işleme girmeden önce tekrar anksiyete ve benlik saygısı ölçeği doldurularak işlem tamamlanmış olacaktır. Siz bu araştırmacının kontrol gönüllü grubu içinde yer alacaksınız. Sizden elde edilecek bilgiler veya veriler, çalışmada oluşturulacak farklı gruplardan elde edilecek bilgi veya verilerle karşılaştırılarak bir sonuca ulaşılabilecektir.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını

ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimim bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının (Doktorun)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):..../..../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):..../..../....

(EĞİTİM GRUBU İÇİN)

Sizi BAÜ Tıp Fakültesi Hemşirelik A.D.'de yürütülen "**Koroner Anjiyografi Planlanan Hastaları Bilgilendirmenin Anksiyete ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi**" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler edinildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Bu araştırmaya katıldığınız için maruz kalacağınız herhangi bir risk yoktur.

Bu çalışma için gerekli tüm masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Çalışma için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırma, kendi haklarımız veya araştırmayla ilgili herhangi bir istenmeyen durum hakkında daha fazla bilgi temin edebilmemiz için **Hemşire Günay Erdem** ile günün 24 saatinde erişime geçebilirsiniz. (Telefon No: 0546 651 23 66)

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmacının niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmacının gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Bu çalışmanın amacı; Koroner anjiyografi olacak hastaları işlem öncesi bilgilendirmenin anksiyete ve benlik saygısı düzeyi üzerine etkisini araştırmaktır. Çalışmada kullanılacak yöntem aşağıda açıklanmıştır.

Buna göre; Anjiyo işleminden bir gün önce size hasta bilgi formu, anksiyete ölçeği ve benlik saygısı ölçeği doldurtulacak. daha sonra gün içerisinde araştırmacı tarafından sizin için uygun olduğunuz zamanda koroner anjiyografi işlemi hakkında bilgilendirme yapılacaktır.

Bilgilendirme içeriği; Kalbimizin yapısı, kalp krizi tanımı, koroner anjiyografi işleminin yapılaş şekli, işleme hazırlık, işlemin gerçekleşme şekli, balon ve stent işlemi, işlem sonrası bakım konularını kapsamaktadır. Eğitim ortalama 15-20 dakika sürmektedir.

Ertesi gün işleme girmeden önce tekrar anksiyete ve benlik saygısı ölçeği doldurularak işlem tamamlanmış olacaktır.

.Siz bu araştırmacının **deneysel gönüllü grubu** içinde yer alacaksınız. Sizden elde edilecek bilgiler veya veriler, çalışmada oluşturulacak farklı gruplardan elde edilecek bilgi veya verilerle karşılaştırılarak bir sonuca ulaşılabilecektir.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasımın bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının (Doktorun)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK-8. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Günay ERDEM
Doğum tarihi	: 09.09.1988
Doğum yeri	: Sındırgı
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	:Yıldırım Mah. Balakan Sok., No:44, D:1, Karesi/ Balıkesir
Tel	: 0546 651 23 66
E-mail	: gunay_erdem10@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Bigadiç Cumhuriyet Lisesi (2005)
Lisans	:Pamukkale Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu (2006-2007) :Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu (2007-2010) (yatay geçiş)
Yüksek lisans	:Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2016-halen)