



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KORONER ANJİYOGRAFİYE GİRECEK HASTALARIN
İŞLEM İLE İLGİLİ BİLGİLİ OLMA DURUMLARINA
GÖRE ALGILANAN STRES VE ANKSİYETE
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ercan TUNÇ

Samsun

Ocak - 2019



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KORONER ANJİYOGRafiYE GİRECEK HASTALARIN
İŞLEM İLE İLGİLİ BİLGİLİ OLMA DURUMLARINA
GÖRE ALGILANAN STRES VE ANKSİYETE
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ercan TUNÇ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ

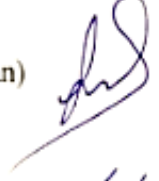
Samsun

Ocak - 2019

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ercan TUNÇ tarafından Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ Danışmanlığında hazırlanan “Koronar Anjiyografiye Girecek Hastaların İşlem İle İlgili Bilgili Olma Durumlarına Göre Algılanan Stres ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 14/01/2019 tarihinde yapılan sınav ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ, Atatürk Üniversitesi 

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Danışman) 

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK, Ondokuz Mayıs Üniversitesi 

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.....

Prof. Dr. Ahmet UZUN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde yardım ve desteklerini esirgemeyen tez danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ'e,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK'a,

Çalışmamı hastanelerinde yürütmeme izin veren Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez Müdürlüğü'ne,

Çalışmamın veri aşamasında yardımsever ve güler yüzlü tavırlarıyla sürece olumlu katkıda bulunan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Koroner Anjiyo Ünitesi ekibine,

Çalışmama katılım göstererek değerli zamanlarını benimle paylaşan anjiyo uygulanan bireylere,

Çalışmam boyunca yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşım Mehmet Şükrü ARSLAN'a ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı araştırma görevlilerine çok teşekkür ederim.

Ayrıca bu günlere gelmemde en büyük payları olan canım babam Ünal TUNÇ ve canım annem Sevim TUNÇ'a; desteğini, anlayışını ve sevgisini hiç esirgemeyen canım eşim Filiz TUNÇ'a; hayatımın en büyük ilham kaynağı olan canım oğlum Yekta TUNÇ'a paha biçilemez derecede minnet borçlu olduğumu belirtmek isterim. İyi ki varsınız...

ÖZET

KORONER ANJİYOGRAFIYE GİRECEK HASTALARIN İŞLEM İLE İLGİLİ BİLGİLİ OLMA DURUMLARINA GÖRE ALGILANAN STRES VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Amaç: Koroner anjiyografiye girecek hastaların işlem ile ilgili bilgili olma durumlarına göre algılanan stres ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesidir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evrenini; Aralık 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne Kardiyoloji Polikliniği'ne ilk kez başvuran ve koroner anjiyografi yapılması planlanan hastalar örneklemini ise; araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 140 hasta oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu", "Algılanan Stres Ölçeği" ve "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-I,II)" uygulanmıştır. Ayrıca verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Örneklem grubunun %59,3'ünün koroner anjiyografi işlemi ile ilgili bilgi almadığı; bilgi alanların ise %64,9'unun edindiği bilgiye sağlık personeli aracılığıyla ulaştığı belirlenmiştir. Hastaların %53,6'sının işlemin yapılış şeklini bilmediği, %36,4'ünün ise işlemin yapılış amacını yanlış bildiği belirlenmiştir. Hastaların algılanan stres ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları orta düzeyde, durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları yüksek düzeyde, sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Koroner Anjiyografi işlemi ile ilgili bilgi alan bireylerin algılanan stres ve durumluk kaygı düzeyleri, bilgi almayan bireylere göre daha düşüktür. İşlemin yapılış şeklini doğru bilenlerin algılanan stres ve durumluk kaygı düzeyleri, bilmeyenler ve yanlış bilenlerden daha düşüktür. İşlemin yapılış amacını doğru bilenlerin algılanan stres ve durumluk-sürekli kaygı düzeyleri, yanlış bilenlerden daha düşüktür. Ayrıca işlemin yapılış amacını yanlış bilenlerin algılanan stres ve durumluk kaygı düzeyleri, bilmeyenlerden daha düşüktür.

Anahtar kelimeler: Anksiyete; Hemşirelik; Koroner anjiyografi; Stres

Ercan TUNÇ, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Ocak-2019

ABSTRACT

DETERMINATION OF PERCEIVED STRESS AND ANXIETY LEVELS IN PATIENTS WHO WILL UNDERGO CORONARY ANGIOGRAPHY ACCORDING TO THE KNOWLEDGE SITUATION RELATED TO THE PROCEDURE

Aim: Determine the perceived stress and anxiety levels in patients who will undergo coronary angiography according to the knowledge situation related to the procedure.

Material and Method: The universe of this descriptive research; between December 2017 and May 2018, the patients who applied to Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center for the first time to the Cardiology Polyclinic and who were planned to coronary angiography were sampled. The study included 140 patients who met the inclusion criteria. In the study, "Personal Information Form", "Perceived Stress Scale" and "State-Trait Anxiety Inventory (STAI FORM TX-I, II)" were used as data collection tools. In addition, SPSS 20.0 package program was used for statistical evaluation of the datas.

Results: 59.3% of the sample group did not receive any information about coronary angiography; 64.9% of the information areas were found to have access to the information obtained through health personnel. It was determined that 53.6% of patients did not know how the procedure was performed and 36.4% had misunderstood the purpose of the procedure. The mean scores of the patients on the perceived stress scale were found to be moderate, and the mean scores of the state anxiety scale were found to be high, and the mean scores of the trait anxiety scale were found to be moderate.

Conclusions: Perceived stress and state anxiety levels of individuals receiving information about coronary angiography are lower than others. The level of perceived stress and state anxiety levels of the patients who know the performed manner of the procedure are lower than those who do not know and not true know. The level of perceived stress and state-trait anxiety levels of the patients who know the purpose of the procedure are lower than those who do not true know. In addition, the perceived stress and state anxiety levels of patients whose not have true know the purpose of the procedure are lower than those who do not know.

Keywords: Anxiety; Coronary angiography; Nursing; Stress

Ercan TUNÇ, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University- Samsun, January-2019

SİMGELER ve KISALTMALAR

ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I)
EKG	: Elektrokardiyogram
KAG	: Koroner Anjiyografi
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
MI	: Miyokard İnfarktüs
MR	: Manyetik Rezonans
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
N	: Frekans
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II)
SS	: Standart Sapma
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Koroner Arter Hastalığı (KAH)	4
2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Patofizyolojisi	4
2.1.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	5
2.1.3. Koroner Arter Hastalıklarında Tanı Yöntemleri	8
2.1.4. Koroner Arter Hastalıklarının Önemi ve Ülkemizde Görülme Sıklığı	12
2.2. Stres ve Anksiyete.....	12
2.3. Koroner Anjiyografide İşlem İle İlgili Bilgi Almanın Önemi	13
2.3.1. Koroner Anjiyografide İşlem Bilgisinin Stres ve Anksiyeteye Etkisi.....	17
2.4. Koroner Anjiyografide Hemşirelik Yaklaşımları.....	19
2.4.1. Primer Tanı Ölçütleri.....	19
2.4.2. Hemşirelik Girişimleri.....	19
3. MATERYAL VE METOT	22
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	22
3.5. Verilerin Toplanması	22
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.7. İstatistiksel Değerlendirme.....	24
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4.BULGULAR	25
5.TARTIŞMA	31

5.1. Çalışma Grubundaki Bireylerin Koroner Anjiyografi İşlemi Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımları.....	31
5.2. Çalışma Grubundaki Bireylerin Algılanan Stres ve Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyleri.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
6.1. Sonuçlar.....	43
6.2. Öneriler	43
KAYNAKLAR	45
EKLER	56
ÖZGEÇMİŞ	67



1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Toplumlarda görülme oranı veya yaygınlığı gittikçe artan koroner arter hastalığı (KAH), dünya geneline bakıldığında, morbidite ve mortalitenin en başta gelen nedenlerinden biridir (Onat, 2004; Gao ve ark., 2011; Roger ve ark., 2011). Amerika’da yaklaşık olarak 16 milyon kişinin bu hastalığa maruz kaldığı, bu kişilerin çoğunda da belirti vermeyen/sessiz seyirli olduğu ifade edilmektedir (Gao ve ark., 2011; Roger ve ark., 2011). Diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi KAH, ülkemizde de mortalitenin önde gelen nedenlerindedir (Onat, 2004; Tokgözoğlu ve ark., 2005; Türkmen ve ark., 2012). Ülkemizde tüm ölümler içerisinde kardiyak kaynaklı ölüm oranı, 45-74 yaş grubuna bakıldığında diğer Avrupa ülkelerine göre en yüksek seviyededir (İşlegen, 2007). Onat ve ark. (2004), koroner kalp hastalıkları nedeniyle her geçen yıl 170 bin insanımızı kaybettiğimizi ve koroner hastalıklar nedeniyle ölüm oranı bakımından Avrupadaki 50 ülke içerisinde ilk 5 ülkeden biri olduğumuzu belirtmişlerdir. T.C. Sağlık Bakanlığı (2010) verilerine göre ülkemizde birincil ölüm nedeni olarak kardiyovasküler hastalıklar sorumludur. Ülkemizde, 1990 yılından beri yaklaşık 26 yıllık sonuçların ele alındığı Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Onat ve ark. (2017), raporuna ölüm nedeni olarak KAH’ın ilk sırada olduğu ve Türkiye’de KAH’a bağlı ölümlerin tüm Avrupa ülkelerine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yine bu rapora göre, koroner hasta sayısı yılda 140 bin dolaylarında artış göstermektedir.

Koroner anjiyografi (KAG), kardiyak hastalıkların tanınması için koroner damarları radyolojik görüntüleme esasına dayanan, işlem esnasında radyopak madde ve kataterler kullanılan, yaygın invaziv bir işlemdir (Şatıroğlu ve ark., 2011; Balcı ve Enç, 2013; Demir, 2013). Kardiyoloji ekibinin uygulama sahasındaki başarıları, deneyimleri ve güvenilirliğine rağmen; bu girişimsel teknik, çoğu hastalarda işlem öncesi anksiyete ve stres gibi psikolojik parametrelerde geçici bir artışa neden olabilmektedir (Kölner ve Bemardy, 2006).

Literatürde genellikle ‘‘bireyi ruhsal ve bedensel olarak zorlayan, bireyde sıkıntıya neden olan bir şeye karşı organizmanın yaygın tepki süreci’’ olarak tanımlanan stres, sıklıkla problemi çözme stratejilerine odaklıdır. Stresin oluşumuna yol açan durumsal etkenler; bireyin dışsal kaynaklardan destek almamasından, yanlış ya da

yetersiz eğitim almasından kaynaklı olabilmektedir (Yıldırım, 1991; Saldamlı, 2000; Çakır ve ark., 2008; Güler ve Çınar, 2010; Yusoff, 2010). Anksiyete ise, bireyde zorlanmalar sonucunda meydana gelen ve bu durumdan kaynaklı yüksek enerjiye karşı oluşan psikolojik bir karşıt tepki olarak tanım görmektedir (Erbil ve ark., 2006). Başka bir açıdan, belirsizlik halinin duygu yönünden eşdeğeridir. Bu durumu deneyimleyen bireyler, ne olacağı konusunda huzursuz, gergin veya endişeli hissedebilirler (Stephan ve ark., 1999).

Sağlık çalışanları ile hastalar arasında öğrenme-öğretme süreci olarak kabul gören hasta eğitimi; Florence Nightingale' den günümüze kadar birey, aile ve toplumun hem sağlığını geliştirme hem de sürdürme misyonuna odaklanan hemşirelere bu hususta sorumluluklar yüklemektedir. Bu yönüyle bireye tüm boyutları ve çevresi ile yaklaşımda bulunan hemşirelerin, etkili bir eğitimci rolünü üstlenmeleri gerekmektedir (Özer ve ark., 2002; Gürlek ve Yavuz, 2013; Alkan, 2016). Bu rolün misyonuna önem veren hemşireler; hastaların sorumluluk üstlenme, verilen bilgiyi daha iyi öğrenebilme, stres ve anksiyete gibi problemlerini daha kolay paylaşabilir ve onların davranışlarına olumlu yönde katkı sağlayabilirler (Uzun, 2000). Hastalarda bilgi eksikliğine bağlı olarak gelişen olumsuz fizyolojik ve psikososyal tepkileri etkisiz kılma adına planlı eğitimler yapmak oldukça önemlidir. Çünkü bilgi eksikliği ile devam eden hastalığın tanı ve tedavi süreci, bireylerde psikolojik yönden ek bir yük oluşmasına neden olabilmektedir (Ekiz ve Göz, 2005; Balcı ve Enç, 2013). Kitaplar, broşürler, videolar, resimler, filmler gibi materyaller hastaların bilgi gereksinimlerini karşılamada en etkili materyaller olduğu bilinmektedir (Uzun, 2000; Şatiroğlu ve ark., 2011).

Balcı ve Enç (2013), çalışmalarında deney grubunda olan hasta bireylerin, KAG uygulama öncesinde verilen video eğitiminin, grup üyelerindeki bireylerin işlem sonrasında anksiyete, stres ve depresyon puan ortalamalarını düşürdüğü görülmektedir. Ekiz ve Göz (2005), deney grubundaki hastaların işlem hakkında sınırlı bir zamanda bilgilendirme yapılmasına rağmen durumluk anksiyete puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Şatiroğlu ve ark. (2011), ilk kez KAG işlemi olacak hastalara yapılacak işlemin tanımlanması hakkında sordukları bir soruya hastaların %46' sını "bilmiyorum" cevabını vermiştir.

Hemşirelerin hasta eğitimini yeterli düzeyde yapmamaları, zaman yetersizliğine, hasta sayısının fazlalığına ve hemşire sayısının az olmasına

bağlanmaktadır. Fakat eğitim bir hasta hakkıdır ve birtakım zorluklara rağmen hemşirelerin önemli görev ve sorumluluklarından biridir. Hasta eğitimini rutinde yapılması gereken bir görev olarak algılamak, sağlık çalışanlarının güncel konusu olmalıdır. Çünkü hastaların tedavi sürecinde daha iyi kararlar alabilmeleri için hasta eğitiminin geliştirilmesi şarttır (Uzun, 2000; Özer ve ark., 2002; Taylor ve ark., 2002; Gürlek ve Yavuz, 2013).

Bütün bu bilgiler, KAG işlemi hakkında tanı, tedavi, uygulanacak işlem vb. basamakları da içeren prosedürel bilgisi yeterli olan bireylerin, uygulanacak işlem öncesi süreçte stres ve anksiyete seviyelerinin diğer bireylere göre düşük olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca böyle bir durumun yeterli ve etkili şekilde bilgilendirilmiş hastaların kardiyovasküler hastalıklar ve KAG ile ilgili tanı ve tedavi sürecini de kolaylaştıracağını, KAG'ın stres ve anksiyete ile ilgili bazı komplikasyonlarını da azaltacağını düşündürmektedir (Uzun, 2000; Şatıroğlu ve ark., 2011).

1.2. Araştırmanın Amacı

Koroner anjiyografiye girecek hastaların işlem ile ilgili bilgili olma durumlarına göre algılanan stres ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- KAG işlemine girecek bireylerin işlem ile ilgili bilgili olma durumları, algılanan stres düzeylerini nasıl etkilemektedir?
- KAG işlemine girecek bireylerin işlem ile ilgili bilgili olma durumları, anksiyete düzeylerini nasıl etkilemektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı (KAH)

Koroner arter hastalığı (KAH), koroner arterlerin aterosklerotik plaklarla tıkanması, besledikleri miyokart sahasının iskemisi ve buna bağlı olarak semptomların ortaya çıkması ile karakterize olan klinik bir tablodur (Koplay ve Erol, 2013). İnsan yaşamını tehdit eden bu hastalık, bedensel ve ruhsal açıdan da kişilerin hayatını olumsuz yönde etkilemekte ve neden olduğu engellemelerden dolayı çevreye uyum sürecini zorlaştırmaktadır. KAH ile birlikte bireyde fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonların kısıtlanması sonucunda yaşam kalitesi de önemli derecede etkilenmektedir. Hastalar, tedavi süreci sonrasında taburcu olsalar dahi yaşamlarının sonuna kadar bu hastalık ile mücadele etmek zorunda olabilmektedir (Eski, 1999; Erdem ve Ergüney, 2005).

2.1.1. Koroner Arter Hastalığının Patofizyolojisi

Ateroskleroz, genel olarak tanımlandığında; çocukluk çağlarında başlayan, bir süre belirti göstermeyen, orta ve geç yetişkinlik dönemlerinde varlığını gösteren ilerleyici bir hastalıktır. Oluşum nedenine bakıldığında kökeninde karmaşık mekanizmalar yer almaktadır (Koplay ve Erol, 2013). Ateroskleroz oluşum aşamasında arteriyel endotelde, hipertansiyon aşamasında ortaya çıkan vazokonstrüktör hormonlar, hiperglisemi ile ilişkili glikoksidasyon ürünleri veya aşırı yağ dokusu oluşumuna bağlı proinflamatuvar hücreler rol oynamaktadır. Endotelde oluşan bu bozulmalar sonucu düz kas hücreleri de etkilenmekte ve kalbin fonksiyonu ileri düzeyde bozulabilmektedir. Görevini yeterince uygulayamayan kalp, yetersiz kan akımını önlemek için daha fazla kasılmakta ve bu durum da kalp yetmezliğine varan sürece doğru hızla yol alabilmektedir (Libby ve Theroux, 2005).

Kalbe kan akımının sınırlı olması, kalpteki miyokardiyal hücrelerde iskemiyeye (düşük oksijen kaynaklı hücre açlığı) neden olmaktadır. Bu hücreler, oksijen eksikliği nedeniyle yok olabilir ve bu durum miyokard infarktüs (MI, kalp krizi) olarak isimlendirilmektedir. MI, kalp kasında hasara ve ölüme neden olmaktadır. Koroner arterlerdeki ciddi daralma sonucu ventriküler aritmiye bağlı geçici iskemik tablolar oluşabilmekte ve bu durum da ölüme sebep olabilmektedir (Paşalar, 2018).

Ateroskleroz oluşum sürecinde damar içindeki lezyonlar ve plak oluşumuna bağlı yeterli kan akımı olmaması bu durumu tetikleyen en önemli faktörlerden biridir. Hiperkolesterolemi, aterosklerotik sürecin başlamasında önemli yeri olan lezyon ve plak oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir (Tanrıverdi ve Tetik, 2017). Bu oluşum mekanizmalarının yanı sıra diğer aile üyelerinde KAH varlığı, sigara kullanımı, diabet hastalığı, hipertansiyon, hareketsiz yaşam tarzı ve obezite de risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsan yaşamında büyük önem taşıyan bu hastalık, risk faktörleri ile birlikte süreci daha da karmaşık hale getirmekte ve kronik inflamatuvar vasküler süreci hızlandırmakta veya değiştirmektedir. Vasküler enflamasyon, ateroskleroz oluşumunda ve oluşabilecek plak dengesizliğinde rol oynayan kritik bir durumdur. Metabolik sendrom olarak da adlandırılabilen risk faktörleri hastaları, akut MI ve serebrovasküler bir bozukluk hali gibi durumlar ile hayati süreçlerini tehdit edebilen bir boyuta getirebilmektedir (Rimmerman, 2013).

2.1.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

KAH'da risk faktörlerinin belirlenmesi, KAH hastalarının yönetimi ve takibi için şarttır. Birçok kesitsel anjiyografi çalışması, miyokard enfarktüsü için bir veya daha fazla major risk faktörü ile KAH varlığı arasındaki ilişkiyi bildirmiştir. Bu risk faktörlerinin KAH derecesi ile ne derecede ilişkili olduğu tam olarak kesinleşmemiştir. Ancak bazı durumların, KAH'ın oluşum sürecinde ciddi etkisi olduğu bilinmektedir (Türe ve ark., 2007). KAH için risk faktörleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

Kardiyovasküler risk faktörleri; birinci derece akrabalarda KAH öyküsü, yaş ve cinsiyet, fiziksel aktivite yetersizliği, sigara kullanımı, obezite, hipertansiyon, diyabet ve dislipidemi varlığıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu faktörler arasında genetik olarak yakın bireylerdeki KAH öyküsü, cinsiyet ve yaş müdahale edilme alanında yer almamaktadır (Mallika ve ark., 2007; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Yaş, en önemli ve değiştirilemeyen koroner bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Kocaman ve ark., 2012). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yayınladığı bir rapora göre; 18-65 yaş aralığındaki bireyleri genç; 66-79 yaş aralığındaki bireyleri orta; 80 ve üstü yaş aralığındaki bireyleri ise yaşlı olarak gruplandırmıştır (WHO, 2017).

Bireylerin kendi kontrolleri ile önüne geçebileceği değiştirilebilen risk faktörleri; fizyolojik inaktivite, sigara içiciliği ve obezitedir. Aynı zamanda lipit

metabolizma bozuklukları, diyabet ve hipertansiyon da medikal tedavi desteği ve uygulanan diyet aracılığıyla önlenilebilen risk faktörleri arasında gösterilebilmektedir (Mallika ve ark., 2007). Önlenilebilen risk faktörlerini kontrol edebilmek, kalp sağlığını koruma ve sürdürmede temel bir unsurdur. Bu faktörlerin kontrol edilebilme şartı ile kalp hastalıklarının yanı sıra felç ve diyabetin de yüksek oranda önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Kardiyovasküler risk faktörlerinden korunabilmek için tek bir risk faktörü gözetilmeksizin bu duruma bütünsel yaklaşım oldukça önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Ceylan ve ark. (2011) yaptıkları bir çalışmada hastaneye başvuran genç hastalar arasında en yaygın görülen kardiyovasküler risk faktörlerinin sigara içiciliği ve aile hikayesi olduğunu; yaşlı hastalar arasındaki en yaygın risk faktörlerinin ise hipertansiyon ve sigara içiciliği olduğunu saptamışlardır. Sigara içiminin kardiyovasküler hastalık riskini iki kat artırdığı, içilen sigara miktarı ile de bu riskin orantısal olarak arttığı düşünülmektedir. Sigara içen bireylerde kardiyak ölüm riskinin, içmeyenlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (TKD, 2002). Selim ve ark. (2007), sigara gibi bir tütün ürünü olan nargilenin de benzer bir şekilde koroner arter hastalığına ciddi etkisi olduğunu saptamışlardır.

Sigara ve tütün türevleri gibi alkol kullanımı da kullanım sıklığı ve miktarına bağlı olarak bir koroner arter hastalığı risk faktörüdür. Miktarını aşmayan alkol tüketimi, kullanan bireylere ciddi boyutlarda zarara neden olmaz iken ülkemizde sıkça karşılaştığımız bir/birkaç haftalık toplam tüketilebilecek miktarı hafta sonuna sığdıran kişiler, genelde zararlı boyutta bir etkiye maruz kalabilmektedirler (Onat ve ark., 2017).

Hipertansiyon, kalp ve damar hastalıklarında risk grubunun önemli bir ajanı olarak görülmektedir. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık boyutunda ciddi problemlere neden olan yaygın bir halk sağlığı sorunudur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Aterosklerotik vakaların %35’i gibi önemli oranından hipertansiyonun sorumlu olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hipertansiyon hastalarının olmayanlara göre 2-3 kata kadar daha fazla risk taşıdığı düşünülmektedir (TKD, 2002).

Ülkemizde görülme sıklığı gün geçtikçe artan halk arasında şeker hastalığı olarak da bilinen diyabet ile diğer bir risk faktörü olarak karşılaşılmaktadır. Diyabetin kadınlarda dört kat, erkeklerde ise iki kat koroner arter hastalığı sıklığına neden olmasının yanı sıra özellikle kadınlarda yaş ve menapoz faktörleri de koroner arter

hastalığı riskini artırabilmektedir (TKD, 2002). Tip II diyabet hastalığı, kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Fiziksel inaktivite, önlenebilen majör bir risk faktörü olarak gruplandırılmaktadır. Aktivite azlığına bağlı gelişen bu durum ile birlikte, tüketilen kalori miktarı azlığına bağlı şişmanlığın (obezite) yanı sıra kanda lipid bozuklukları, hipertansiyon ve bunlara ek tablolar meydana gelebilmektedir. Fiziksel inaktiviteye ek olarak yanlış beslenme gibi birçok faktör de obeziteye neden olabilmektedir. Obez bir bireye tedavi başlanmadığında koroner arter hastalığına yakalanma riski obez olmayanlara göre çok daha yüksek olacağı bildirilmektedir (TKD, 2002). Obezite prevalansının ülkemizde kadınlarda yüksek seviyelerde olduğu ve erkeklerde de artması, toplumumuzun bu konuda bilinçlendirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır (Onat ve ark., 2017).

Psikososyal faktörler ise (sosyal yalnızlık, düşmanlık duygusu, depresyon...) hem sigara içmek gibi riskli davranışlara hem de patofizyolojik mekanizmalar yoluyla kalp sağlığını tehlikeye sokabilecek pozisyonlara sebep olabilmektedir (TKD, 2002).

TEKHARF çalışmasında, özellikle ülkemizde diğer çevre ülkelerden farklı olarak KAH mortalitesi ve yeni koroner olayların prevalansında artış olduğunu bildirmektedir. Bunun sonucunda ülkemizde koroner hastalıklardan korunmada daha fazla etkin olmanın yanı sıra koruyucu önlemlere bütünsel bir çerçevede yaklaşma gereğinin altı çizilmektedir (Onat ve ark., 2017).

Bütün bu bilgiler ışığında değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri ele alındığında; soy geçmişinde (genetik bağı olma durumu), kardiyovasküler hastalığa (koroner kalp hastalığı, inme, periferik damar hastalığı gibi) sahip olan bireyler, hipertansiyon ya da lipid bozukluğu bulunanlar, sigara kullananlar, diyabet, obezite ve gut hastalığı mevcut olanlar risk faktörlerinden bazıları olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca ileri yaş grubu da kardiyak hastalıklarda bir risk faktörüdür. Özellikle 40 yaş üstü erkek cinsiyeti ve 45 yaş üstü kadın cinsiyetine sahip olanlar da risk altında olan diğer grup üyelerini oluşturmaktadır (Onat, 2004; Eroğlu Samur, 2018). Yıldırım ve ark. (2007), yapmış oldukları bir çalışmada 40 yaş üstü ve 40 yaş altı bireyleri karşılaştırmışlardır. Çalışma verilerine göre koroner arter hastalığının yaşa göre farklılık gösterdiği ve ileri yaş grubunun mevcut risk halini artırdığı sonucuna ulaşmışlardır.

TEKHARF ile öteki faktörlerden bağımsız bir şekilde, yaşa bağlı her geçen senenin koroner hastalığa maruz kalma olasılığını kadında %3.6, erkekte ise %3.9 yükselttiğini belirtmektedir (Onat ve ark., 2017).

KAH açısından kadınlarda menopoz dönem öncesinde önemli bir fark olmasına rağmen postmenopozal dönemde bu fark gittikçe kapanmakta ve en alt seviyelere inmektedir. Ancak toplumumuzun kadın üyelerinde bu fark diğer toplumlar ile kıyaslandığında daha azdır. Türk kadınlarında bu dezavantajlı olma durumun temel nedenleri arasında diyabet, metabolik sendrom, yüksek tansiyon varlığı, özellikle de son yıllarda sigara içiciliğinin artış göstermesi gibi belli başlı faktörler gösterilebilmektedir (Onat, 2004).

Vücutta oluşan aşırı yağlanma da diğer bir risk faktörüdür. Fazla yağın bölgesel olarak depolandığı alan bu riskin boyutunu da şekillendirmektedir. Kalça ve uyluk bölgelerine göre abdominal bölgede depolanan yağ, daha yüksek riskli olma durumunu teşkil etmektedir (Onat, 2004; Eroğlu Samur, 2018). Fazla alkol tüketimi, fiziksel aktivite yetersizliği ve stres de bu zincirin diğer halkalarını oluşturmaktadır. Stres ile KAH arasında dolaylı yönden bir bağ bulunsa da bireylerin stres ile baş etmede, aşırı yemek yeme veya sigara içme davranışları sergileme durumları hastalığın oluşmasında rol oynayan önemli bir faktördür (Eroğlu Samur, 2018). Trombotik ve enflamatuvar risk faktörleri ise diğer risk oluşturabilecek durumlara göre daha yeni tanım gören grubu oluşturmaktadır (Mallika ve ark., 2007).

Guo ve ark. (2005), kardiyovasküler risk faktörlerini yaş, cinsiyet, hipertansiyon, sigara içme durumu, Tip II Diabetes Mellitus, dislipidemi ve yüksek ürik asit düzeyi olarak tanımlamışlardır. Türe ve ark. (2007), KAH yönünden risk oluşturan etmenleri sınıflandırma önemine göre cinsiyet, yaş, diyabet, hiperkolesterolemi, ailesinde KAH olma ve sigara kullanımı şeklinde sıralamışlardır. KAH'a bağlı ölüm oranları özellikle etken risk faktörlerinin mevcut olması durumuna göre değişim göstermektedir (Onat ve ark., 2017).

2.1.3. Koroner Arter Hastalıklarında Tanı Yöntemleri

Görüntüleme, miyokart enfarktüsü ve iskemik bozukluklar gibi semptomları önlemeye yönelik önemli tanı aracıdır. Tipik koroner arter hastası genelde göğüs ağrısı ile kendisini gösterir. Esasında kardiyak yönden risk altında olanlar tanımlanmalı ve mevcut bir problem saptanması durumunda tedavi edilmelidir. Risk altındaki bireylere

tanısal testler zamanında, doğru ve uygun maliyetli olacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu testler genellikle bir egzersiz elektrokardiyogramı (EKG) ile başlar, miyokardiyal perfüzyon görüntüleme, bilgisayarlı tomografi (BT), anjiyografi ve bazen de MR anjiyografıyı de içerebilmektedir. Sonuç olarak, KAH görüntülemesinde altın standart, şu anda tanı amaçlı kullanılan ve aynı zamanda perkütan koroner girişimleri yönlendiren koroner anjiyografi işlemidir. Bu nedenle anjiyografik görüntüler KAH durumu hakkında çok bilgilendiricidir. BT anjiyografi ve MR anjiyografi, katater anjiyografi işlemine göre daha az invaziv girişime sahiptir (Liu, 2014).

Koroner Anjiyografi: Kalp kateterizasyon işlemleri ilk defa, Claude Bernard ve ekibi aracılığıyla 1844 yılında hayvanlar üzerinde denenerek başlamıştır. Brakiyal arter yoluyla da F. Mason Sones ve arkadaşları tarafından 1959 yılında ilk selektif koroner anjiyografi işlemi yapılmıştır. Judkins ise koroner anjiyografi işlemi femoral arter yolu ile yapmıştır. Judkins tekniği, lokal enfeksiyon riskinin daha düşük olması sebebiyle şimdilerde dahi en çok tercih edilen anjiyografi yöntemidir (Fuster ve Alexander, 2002; Thomson, 2005; Murphy ve Lloyd, 2008).

Kalp hastalıklarının tedavisini cerrahi ve diğer tıbbi müdahaleler oluşturmaktadır. Cerrahi müdahaleler dışında uygulanan ilaç tedavilerine ek olarak yaygın ve girişimsel bir yöntem olan koroner anjiyografi işlemi, kalbin tanı konulacak arter damarına radyopak madde verilerek bu damarın radyolojik olarak görüntülenmesidir. İşlem sonrası elde edilen bu görüntü bir CD'ye kaydedilir ve lüzum halinde tekrar değerlendirilebilir. Böylece hasta kişinin, tekrarlayan bir kardiyak şikayeti olması durumunda eski hali ile mevcut hali arasında kıyaslama yapılabilmektedir. Damarsal yapı hastalıklarını şekil ve yapısal yönden belirleyen bu işlem, uygulanacak tedavi seyrine de ışık tutmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2000; Kumbay, 2001; Güzelsoy, 2003).

Koroner anjiyografi, özel tasarlanmış katataterler ile kalbin koroner arterlerine girilerek gerçekleştirilen invaziv bir işlemdir. Tanı amacıyla yapılan bu işlem, gerektiğinde tedavisel müdahaleleri de kapsamaktadır. Arteryel tıkanıklık, tromboz, stenoz ve restenozu tanılamak için görsel olarak yapılan bir test olarak da tanımlanan anjiyografi, koroner hastalıkların saptanmasında altın bir standart olarak bilinmektedir (Connolly, 2002).

Kalbin sağ ve sol segmentinde bulunan koroner arterler, kalbin miyokard (kas) tabakasını beslemekle yükümlüdürler. Aynı zamanda sağ/sol koroner arter damarların küçük dal şeklindeki uzantıları, miyokardın derin bölgelerine de ulaşarak besleme görevini sürdürürler (Sonel, 2002; Cin, 2003). Koroner anjiyografi işlemi ile sol ve sağ arterlerin yanı sıra ventrikül kateterizasyonu da yapılmaktadır (Candan ve Oral, 2002).

Koroner anjiyografi işleminin amacı, kalp ameliyatı sonrasında olan bypass greftleri de dâhil bütün koroner arter damarları inceleyerek koroner damarların anatomisini açığa çıkartmaktır. Bu işlemde, radyopak madde verilen damarın görüntülenmesi ile darlığın varlığı ya da yokluğu tespit edilmektedir (Thomas, 2005; Topol, 2008). Koroner arterlerin darlık derecesini doğru değerlendirmek oldukça önemlidir. Bu değerlendirmede komşu segmentteki damar çapı oranı esas alınıp darlık yüzdesi belirlenir (Onat, 2005). Darlık yüzdesi ciddi boyutta değilse işlem sonlandırılır (Özdemir ve Demir, 2002).

İşlemin ilk aşamasında arteriyel bir kılıf kullanılmaktadır. Arteriyel kılıf, femoral ya da brakial artere yerleştirilir. Katater, hasta bireyde öncelikle bu kılıftan ilerleyerek başlar (Özdemir ve Demir, 2002). Daha sonra kateter aracılığıyla radyolojik görüntüleme ile kalbe kadar gelinir. Katater, kılavuz tel olarak adlandırılan J-uçlu bir tel vasıtasıyla kalbe kadar ilerler. Bu telin katatere yol gösterici görevi vardır. Tel ucu kataterin dışında olmalı ve uygun yere geldikten sonra katater yerinde sabit tutulmalı, ardından tel çekilmelidir. Çekilen J-uçlu tel serum fizyolojik sıvı ve spanç ile temizlenmelidir (Candan ve Oral, 2002).

Arteriyel kılıf çekildikten sonra üzerine el ile bası uygulanmalıdır. Kanama durduktan sonra 4-6 saat süre aralığında hasta yatak istirahatine alınmalıdır. Bu esnada hastanın çekilen arteriyel kılıf bölgesine bir kum torbası konulup kişi takip edilmelidir. Hastaya bu süre zarfında hareket etmemesi söylenir. İşlem sonrası istirahat döneminde hasta sıkça takip edilmelidir. Taburcu olma aşamasında girişim yeri ve distal nabızlar kontrol edilmelidir. Girişim yeri, hematoma açısından gözlemlenmelidir (Özdemir ve Demir, 2002).

İşleminde komplikasyon gerçekleşme oranı yaklaşık %0.8 olarak bilinmekte ve böyle bir durum, acil cerrahi müdahale gerektirmektedir (Rodenwaldt, 2003).

Elektrokardiyografi (EKG): Kalbin elektriksel alan potansiyellerini, vücudun göğüs bölgesi ve ekstremitelere bağlı elektrotlar aracılığı ile ölçebilen cihaz ile kalp

hastalıkları tanılanabilmektedir. EKG tekniğine uygun bir şekilde çekilmeli ve çekim öncesi hastanın varsa kaygısı giderilmelidir. Hemşire, hastaya EKG öncesi bilgi vermelidir. Hasta, sırtüstü düz bir pozisyonda yatırılmalı, üzerindeki metal vb. araçlar varsa çıkartılmalıdır. İşlem öncesi elektrotların doğru yerde olması, işlem esnasında hastanın hareket etmemesi oldukça önemlidir (Fuster ve Alexander, 2002; Akdemir ve Birol, 2005; Gray ve Dawkins, 2005; Zipers ve ark., 2007).

Ekokardiyografi: EKG'den sonra en önemli tanı yöntemi olan ekokardiyografi, ucuz olması tanısal etkililiği ve noninvaziv olması sayesinde KAH tanılanma basamağının önemli bir ajanıdır. Ekokardiyografide kalbin fonksiyonel yapısı ultrason ile görüntülenmekte ve elde edilen bu görüntüler kayıt altına alınarak değerlendirilmektedir (Thomas, 2005; Topol, 2008).

Egzersiz Stres Testi: Yürüme bandı, bisiklet pedalı çevirme hareketleri ile kişide hareketsiz iken mevcut olmayan kardiyak rahatsızlıkları saptayabilmektedir. Kalbin fonksiyonel yapısının potansiyelini, birtakım aritmik bozuklukları, var olan göğüs ağrısının nedenini belirleyebilmek için kullanılan testtir. İşlem, hastadan 3 dakika ara ile EKG çekilerek yapılmaktadır (Gray ve Dawkins, 2005; Griffin ve Topol, 2007).

Ambulatuvar Ekg İzlemi (Holter Ekg): 24-48 saatlik süreler ile EKG bilgilerinin flash diske kaydı ile yapılan bir tanı yöntemidir. Bu yöntem ile alınan kayıtlar sayesinde bireyin ortalama kalp hızı, kalp duraklaması, aritmisi vb. yakınmaları değerlendirilebilmektedir (Gray ve Dawkins, 2005; Bıyık, 2008).

Kardiyovasküler Bilgisayar Tomografisi: Bilgisayarlı tomografi ile kalp fonksiyonel ve yapısal yönden bütünüyle görüntülenerek değerlendirilebilmektedir. İyi bir görüntü, alınan nefesin tutulması ile kalp hareketinin en az olduğu esnada ve kalbin devirsel hareketinin hızlanma safhasında radyolojik görüntü ile elde edilmektedir (Murphy ve Lloyd, 2008; Topol, 2008).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): Kalbin konjenital ve edinsel hastalıklarının büyük bir boyutunun fonksiyonel ve şekilsel yönden değerlendirilmesinde kullanılan görüntüleme yöntemidir (Fuster ve Alexander, 2002).

Kardiyak Nükleer Görüntüleme: Miyokardın fonksiyonunun değerlendirilmesi, KAH saptanması ve risk tespitin değerlendirilmesinde kullanılan invaziv bir görüntüleme yöntemidir. Bu görüntüleme yöntemi farklı hasta gruplarında kullanılabilmesi ve tekrarlanabilmesi açısından oldukça avantajlıdır (Thomas, 2005).

2.1.4. Koroner Arter Hastalıklarının Önemi ve Ülkemizde Görülme Sıklığı

Ani ve beklenmedik şekilde gerçekleşen ölümlerin başında kardiyovasküler sistem hastalıklarının rolü oldukça büyüktür. Artık bu olguların başında koroner arter patolojilerinin olduğu gerçeği bilinmektedir. Bu hasta gruplarının ortalama yaşam beklentileri 1 dakika ile on yıllar arasında değişebilmektedir. Nedeni yaş gruplarına göre farklılık gösteren bu ölümlerin %60-80'inde, koroner arter hastalığından (KAH) bahsedilmektedir (Gülmen ve Meral, 2009). KAH'da ani ölümlerin yanı sıra klinik olarak akut miyokart iskemisi, kronik koroner kalp hastalıkları ve konjestif kalp yetmezliği de görülebilmektedir (Koplay ve Erol, 2013).

KAH'a bağlı risk faktörlerine yönelik alınan önlemlerin yeterli seviyelerde uygulandığı gelişmiş ülkelerde, hastalığın görülme oranında azalma görülürken ülkemizde ise bu durum, aksine son yıllarda artış göstermektedir. Bu artışın temel nedenleri arasında Türk halkının yaşam tarzındaki gelişmelerin etkili olduğu dikkat çekmektedir (Türkmen, 2012). Yani toplumumuzun fiziksel aktivitenin önemini kavraması ve uygulaması, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını bir yaşam standardı haline getirebilmesi, özel bir çaba harcaması gerekliliği ortaya çıkmaktadır (İşlegen, 2007). Koroner arter hastalıklarından korunmada, hastalığın oluşum aşamasını bilmek, hastalığın başlıca etkenlerini kavramak ve bu doğrultuda mevcut riskleri değerlendirmek oldukça önemlidir (Onat, 2004). Stres ve anksiyete de hastalığın süreci ve tedavi aşamasında önemli olan risk faktörleri arasındadır.

2.2. Stres ve Anksiyete

Literatürde stres ile ilgili birtakım tanımlar kullanılmaktadır. Genel olarak bu tanımlar "vücuda yüklenen herhangi bir özel olmayan isteme karşı vücudun tepkisi", "organizmanın dengesini bozan uyaranlar" şeklindedir (Ay, 2008). Cüceloğlu (2000) stresi, "bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir" şeklinde tanımlamaktadır. Bireylerde yaşanan bu olumsuz durum, farklı belirtiler ile kendisini gösterebilmektedir. Çarpıntı, soğuk ya da sıcaklık hissi, ellerde titreme, bitkinlik, gerginlik, kasılmalar, konsantrasyonda bozulma, zihinde karışıklık ve muhakemede zayıflama bu belirtilerden bazılarıdır (Braham ve Diker, 2002; Yılmaz ve Murat, 2008). Stres esnasında kişide kızgınlık hali, sakinleşememe, ümitsizlik gibi duygu durumları da görülebilmektedir (Güçlü, 2001).

Stres gibi anksiyete de literatürde birçok farklı tanımlarda kullanılmaktadır. Sözcük olarak kaygı veya endişe anlamına gelen anksiyete, korku duygusuna benzer bir kavramdır. Anksiyetesi olan bir birey, sanki başına kötü bir olay gelecekmişcesine tetik halindedir. Bu esnada kişi, nedeni belli olmadığı halde endişe ve korkuyla eşlik eden bir tabloda kendisini bulmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Bradt ve Dileo, 2009). Anksiyete; “nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusu” olarak tanımlanabilmektedir. Başka bir ifadeyle; mutluluğa engel olan etkenlerin yol açtığı gerginlik, korku ve huzursuzluk duyguları ile eşlik eden kişisel bir duygulanım halidir. Anksiyeteli bireyde endişe, yerinde duramama, uykusuzluk, kötü bir şey olacakmış hissi, dikkati toplayamama, terleme, baş dönmesi, titreme, gerginlik gibi belirtiler görülebilmektedir (DSM-5, 2014). Anksiyetenin belirtilerine bakıldığında, stresle benzer niteliklerde olduğu dikkat çekmektedir.

Bireyin gerçekleşmeyen beklentileri, saygı ve değer gösterilmeme gibi benlik kavramına tehdit edebilen eylemler, gereksinimlerin yetersiz karşılanması, beklenmeyen olumsuz olaylar, bazı fiziksel ve psikososyal değişimlerin yaşandığı krizler, fiziksel ya da psikolojik birtakım hastalıklar, tıbbi tedavi gibi sağlıkla ilgili değişiklik, doğal afetler gibi çevresel değişiklikler, ergenlik dönemine geçme aşaması, sürekli bakım gerektiren sağlık sorunları gibi sosyo-ekonomik değişiklikler anksiyetenin nedenleri arasında gösterilebilmektedir (Ekiz ve Göz, 2005; Gökğündüz, 2005).

Aile içi çatışmalar, ciddi sağlık problemlerine yol açabilen hastalıklar, ergenlik dönemine geçiş süreci, iş yaşamındaki olumsuzluklar, günlük yaşama uyum sağlamada yetersizlik, zayıf iletişim, güvenlik tehlikesi, güven yoksunluğu, yaşanan felaketler gibi faktörler stresin oluşumuna neden olabilecek ve tehlike içeren eylemlere örnek olarak gösterilebilmektedir (Aydın, 2004; Ay, 2008; Greenberg ve Wessely, 2017).

2.3. Koroner Anjiyografide İşlem İle İlgili Bilgi Almanın Önemi

Kaliteli hemşirelik bakımının vazgeçilmez unsurlarından biri de hemşirenin temel rollerinden biri olan bilgi vermedir. Etkili bilgi verme ile; bireylerin yaşam kalitesini artırma, kendi sağlık haklarını savunmasını öğretme, sağlıklarını korumak ve sürdürmek için davranış değişikliği oluşturma, mevcut hastalıkları ile ilgili bilgilere sahip olma gibi kazanımlar elde edilebilmektedir. Yaşadığımız çağda eğitim, sağlıklı olma halinin bir anahtar görevini üstlenmektedir (Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Hastaya

bilgi verme süreci, yalnızca hastaya verilen eğitim ile sınırlı kalmamalı aynı zamanda aile de merkeze alınarak bu süreç planlanmalıdır. Bunun yanı sıra hasta/aile grubuna bütünsel olarak verilen bilgi ile, hasta merkezli bakımın sağlanmasında oldukça önemlidir. Böylece hastaların edindiği bilgiler, tatmin düzeylerinin de artmasına neden olabilmektedir (Behar-Horenstein ve ark., 2005).

Kardiyak hastalıklarda verilen bilgi, var olan öğretim stratejilerine eklenecek hasta öğretim stratejileri ile hastalarda öz bakım beceri gelişimini desteklemekle kalmayıp taktiksel ve durumsal becerilerinin de gelişimini sağlamalı ve hastaların bu konuda tutarlılıklarını güçlendirmelidir (Dickson ve Riegel, 2009). Yasal olarak hastalara sağlık durumları hakkında bilgi verilmelidir. Ek olarak, hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmalarına yönelik eğitim çabaları hastalara, ailelerine, sağlayıcılarına ve topluma da fayda sağlamaktadır. Hastaları hastalıkları hakkında eğitmek, hastanın kendi kendine bakımını desteklemekte, hastanın uyum sağlayabilen yaşam tarzı değişiklikleri yapma becerisini kolaylaştırmakta ve yeniden hastaneye yatma potansiyelini azaltabilmektedir. Hastalığın tanısı ve hastanın eğitim düzeyi ne olursa olsun tüm hastalara ulaşabilen, tedavi seçenekleri ve uygulanacak işlemler hakkında bilgi veren ve taburculuk planlama protokollerini kullanan yüksek kaliteli yazılı eğitim materyalleri sağlamak, eğitimin vazgeçilmez bir parçasıdır (Behar-Horenstein ve ark., 2005).

Hemşireler, bireyi çevresini de dahil ederek tüm boyutu ile ele alan tek profesyonel gruptur. Bu nedenle kalp hastalıkları riskini azaltmak ve sağlıklı yaşam davranışları kazandırmak, hemşirelik mensubu üyelerinin vazgeçilmez sorumluluklarından biridir. Kardiyak rehabilitasyonda süreç, genellikle erişkin hastalara yönelik gerçekleştirilmektedir. Bilgi sağlanan bireylerin hasta olmalarının yanı sıra erişkin olmaları, diğer hasta gruplarına göre bazı farklılıklar göstermesine neden olmaktadır. Dolayısıyla hasta eğitimi, doğru koşullarda ve doğru sıra ile gerçekleştirilmelidir. Bunları gerçekleştirirken de hastaya hastalık sürecinde yapılacaklar ile ilgili doğru bilgiyi aktarmak, en önemli hedeflerden biri haline gelmektedir (Öz Alkan, 2016).

Hemşire başına düşen hasta sayısının oldukça yüksek olması, hastanede bu süreç için gereken şartların olmaması, rutinde denetlenen uygulamalar arasında hastaya bilgi sağlamanın yeterince yer almaması, gerekli güdüleyici faktörlerin olmaması, bu

konuda eksikliğe neden olmaktadır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Bu koşullar altında sağlık mensubu olarak etkili bir şekilde çalışmak oldukça zordur. Hastaların çoğu, sadece Koroner Anjiyografi (KAG) hakkında değil aynı zamanda kardiyovasküler hastalıkların diğer muayene yöntemleri hakkında da yeterince bilgi sahibi değildirler (Yılmaz ve ark., 2006). Yaşlı popülasyonda kardiyovasküler hastalıkların yaygın olduğu bilinmektedir ve ülkemizde bu nüfusun eğitim seviyesi düşüktür. Böylece hastaların çocukları ve yakın akrabaları genellikle muayene veya uygulanacak tedavi hakkında bilgilendirilmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışma, hastaya verilen tıbbi bilgilendirmenin ilaca uyumu arttırdığını göstermiştir (Yılmaz ve ark., 2004). Ayrıca, sorumluluk sahibi olan bilinçli hastaların uzun vadede tedaviye devam etme ve tedavi hedeflerine ulaşma konusunda daha başarılı oldukları da bildirilmiştir (Yılmaz ve ark., 2005). Bu nedenle bilgilendirilmiş hastanın hem kısa hem de uzun vadede olumlu sonuçları olacağı açıktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında güncellenen Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 7. maddesinde “Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar” yine aynı maddede, “Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir.” Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar” ibareleri yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Prosedür, yarar/risk, endikasyonlar ve kontraendikasyonları içeren koroner anjiyografi bilgileri, genellikle KAG konusunda eğitilmiş sağlık personeli tarafından doğrudan ayakta tedavi gören hastalara verilmektedir. Hekim tarafından bilgilendirilen hastanın daha sonra basitleştirilmiş bir şekilde hemşire tarafından yeniden bilgilendirilmesi etkili olacaktır. Koroner anjiyografi sırasındaki prosedür her laboratuvarında az çok benzer olmasına rağmen, endikasyona ve hastanın durumuna göre değiştirilmelidir (Sarı ve Göktekin, 2007). Verilecek görsel eğitim, hasta

bilgilendirmesine katkıda bulunacaktır. Türkiye'de kötü okuma alışkanlığı, yazılı bilgilendirilmiş onam formu kullanımı üzerinde olumsuz etki yaratabilmektedir. Televizyon ve video gibi görsel cihazların, bu olumsuzluğun giderilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Video ve klasik yoldan bilgilendirici eğitimi karşılaştıran geçmişte yapılan bir çalışmada, KAG hakkında video ile bilgilendirmenin hastalarda daha fazla bilgiye sahip olmalarına neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bernstein ve ark., 1998).

KAG öncesi anksiyete ve stresli olma durumu; hipertansiyon, diyabet ve disritmi gibi kronik durumları şiddetlendirebilecek adrenerjik stimülasyon ile ilgili komplikasyon riskini artırabilmektedir. Tam bilgilendirilen hastada, stresle ilgili komplikasyon riski azaltılmış olacaktır. Günümüzde birçok hasta KAG prosedürüne maruz kalmaktadır. KAG'ın ölümle sonuçlanan komplikasyon riski düşüktür, ancak KAG uygulanan hasta sayısı göz önüne alındığında bu durum önem kazanmaktadır. Yetersiz bilgilendirilmiş hasta komplikasyon durumunda olumsuz reaksiyona girecek ve sağlık personeli ile hasta arasındaki ilişki bozulacaktır (Şatıroğlu ve ark., 2011).

Bazı hastalar, KAG işleminin cerrahi bir operasyon olduğunu kabul etmektedir. Bu durumun birçok nedeni olduğu gibi medyanın da yanlış bilgilendirme olasılığı söz konusudur. Öte yandan, KAG işleminin noninvaziv, masum bir muayene olduğunu düşünmek de oldukça yanıltıcıdır ve bu durum bir tarama testi olarak KAG kullanımına yol açabilir. KAG işlemi uygulanmasının kararlaştırılması hekim tarafından belirlenmektedir. Ancak hastaların semptomlarını abartması ve hekimi empoze etmesi gereksiz muayene ve komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Ayaktan hastanelere başvuran hastalara, KAG konusunda bilgi vermede bazı eksiklikler mevcuttur. Bu eksikliklere yönelik kardiyoloji uzmanlarının, hastalarını kliniklerinden haberdar etmek için asistan hekimleri ve hemşireleri (çalışma ekibi) belirleyebilmeleri gerekmektedir. Ardından koroner anjiyografi özellikleri, yararları ve yan etkileri hakkında çalışma ekibini eğitmeleri, çalışma ekibinin de hastaları, koroner anjiyografi hakkında bilgilendirmeleri gerekmektedir (Şatıroğlu ve ark., 2011).

Kardiyovasküler hastalıklar ve KAG hakkında bilgilendirilmiş hastada, tanı/tedavi işlemleri kolaylaştırılmış ve strese bağlı bazı KAG komplikasyonları azaltılmış olması kaçınılmazdır. Sonuç olarak, KAG uygulanan hastaların yaş ve eğitim

düzeylerini dikkate alarak yeni yöntemlerle bilgilendirilmeleri ve bu doğrultuda eğitilmeleri gerekmektedir (Şatıroğlu ve ark., 2011).

2.3.1. Koroner Anjiyografide İşlem Bilgisinin Stres ve Anksiyeteye Etkisi

Hemşirelik meslek üyelerinin, toplumun bireylerini bütünsel yönü ile ele alması ve bunu yaparken de iyi birer eğitimci olmaları gerekliliği tartışılmaz bir gerçektir (Gürlek ve Yavuz, 2013). Bu kapsamda sorumlulukları olan hemşirelerin hastaların bakımında görev almaları, edinilen bilgiyi daha iyi öğrenebilmeleri/öğretebilmeleri gibi rollerinin yanı sıra; hastalarda var olan stres ve anksiyete gibi olumsuz duygu durumları ile etkili bir şekilde baş etmelerine de katkı sağlamaları beklenmektedir (Uzun, 2000). Bilgi eksikliğine bağlı ortaya çıkabilecek stres ve anksiyete hali, planlı eğitimler yapılarak etkisiz kılınabilmektedir (Ekiz ve Göz, 2005; Balcı ve Enç, 2013). Koroner anjiyografi işleminde stres ve anksiyetenin azaltılması, işlem öncesinde verilecek planlı eğitimler aracılığıyla hastaların bilgilendirilmesi sayesinde sağlanabilmektedir. Azalan anksiyete ve stres ile birlikte işlem sonrası iyileşme süreci, komplikasyon gelişme riski de olumlu yönde etkilenecek ve kaliteli hasta bakımı sağlanacaktır (Gökgündüz, 2005). Hemşirelerden, anjiyografi işleminde bireyleri işleme hazırlama gibi tekniksel boyutta etkili olmalarına ek olarak işlem süreci ile ilgili eğitimler ile hastaların bilgilendirilmesine imkan sağlamaları beklenmektedir. Yani hasta ve yakınları işlem ile ilgili süreç hakkında bilgilendirilmeli, bilinmezlik durumuna yönelik korku ve endişeler azaltılarak desteklenmelidirler (Balcı ve Enç, 2013). İnvaziv girişimsel bir işlem olan koroner anjiyografide verilecek eğitimle, hastaların psikolojik durumlarının yanı sıra fiziksel olarak da destekleneceği bildirilmektedir. Böylece nitelikli hasta eğitimini de içeren etkili bir bakım ile beraber girişim sonrası iyileşme süreci hızlanacak, olası komplikasyonlar en alt seviyeye indirgenmiş olacaktır (Jlala ve ark., 2010).

İnvaziv girişimler öncesi işlem uygulanacak hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve hastaların yarısından fazlasında anksiyeteye bağlı komplikasyonların görüldüğü bildirilmektedir (Abrahamov ve ark., 2006). Farklı alanlarda yapılan çalışmalarda da verilen eğitimin, psikolojik parametreler üzerinde önemli derecede etkili olduğu doğrulanmaktadır. Altuntuğ ve Ege (2013), çalışmalarında gebelikte ve doğum sonuna doğru dönemlerde verilen doğum alanına yönelik eğitimin kadınların taburculuğa hazır olma düzeylerini, doğum sonu yaşadıkları güçlükleri ve doğum sonu

yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Çevik ve ark. (2006), astımlı çocuğu olan anne-babaların anksiyetelerini azaltmak ve sağlık personeline güven duymalarını sağlamak için eğitim programlarının faydalı olacağı sonucuna ulaşmışlardır. Mitchell (2009), yaptığı bir çalışmada anestezi uygulaması öncesinde hastayı bilgilendirmenin oldukça etkili bir anksiyete yönetimine yardımcı olacağını bildirmiştir.

Diğer alanlarda olduğu gibi girişimsel kardiyojoloji alanında da benzer sonuçlara ulaşılmaktadır. Balcı ve Enç (2013), bir araştırmalarında koroner anjiyografiye yönelik işlem öncesi aşamada verilen görsel-işitsel (video) eğitiminin, işlem sonrası aşamada fizyolojik ve psikososyal değerler üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır. Ruffinengo ve ark. (2009), bireylerdeki kaygı düzeyini düşürmek ve edinilen bilgilerden kaynaklı memnuniyet düzeyini önemli derecede artırmada kardiyojoloji alanına yönelik bilgilendirici video eğitiminin kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır. Steffenino ve ark. (2007), verilen video eğitimi sonucunda hastalarının koroner girişimler hakkındaki bilgilerini geliştirdiği, özellikle hastaların hem katater ortamına hem de prosedürlerin teknik yönlerine daha aşına hale geldikleri için memnuniyetlerinin arttığı sonucuna ulaşmışlardır.

İşlem hakkında bilgili olmanın bir hasta hakkı olduğu ve birtakım zorluklara rağmen planlanıp uygulanması gerekliliği, hemşirelerin önemli görev sorumluluklarındandır (Özer ve ark., 2002). Yeterli ve etkili şekilde bilgilendirilmiş hastaların kardiyovasküler hastalıklar ve KAG ile ilgili tanı ve tedaviyi kolaylaştıracağı, KAG' ın stres ile ilgili bazı komplikasyonlarını azaltacağı düşünülmektedir. Buna ek olarak KAG uygulanacak hastalara yaşları ve eğitim düzeyleri göz önüne alınarak yeni yöntemlerle bilgi verilmesi, bu invaziv tanısal işlemin cerrahi operasyon olmadığının vurgulanması gerekmektedir. Kitaplar, broşürler, videolar, resimler, filmler gibi eğitim araçlarıyla hastaların ve ailelerinin bilgilendirilmesi sağlanabilmektedir (Uzun, 2000; Şatıroğlu ve ark., 2011). İşlem öncesi sözel olarak yapılan bilgilendirmede hastaların anlayabileceği bir dil ile yaklaşımda bulunulmalı, bilgilendirme sırasında hasta ve ailesine bir bütün olarak yaklaşılmalı, sorularını sormalarına fırsat tanınmalı ve psikolojik destek sağlanmalıdır. Aynı zamanda hastadan alınan geri bildirimler ile uygulanan eğitimin etkililiği de değerlendirilmelidir (Ekiz ve Göz, 2005).

2.4. Koroner Anjiyografide Hemşirelik Yaklaşımları

2.4.1. Primer Tanı Ölçütleri

1. Süreç hakkında soru sorma isteği, daha fazla bilgi almaya yönelik eylemler.
2. Anksiyete düzeyinde artma, huzursuzluk ve tedirginlik hali, dikkatte azalma, yeme alışkanlığında değişiklik, yorgunluk.
3. Stres düzeyinde artma, kan basıncı, nabız ve solunum sayısında artma, avuç içi terlemesi, sık idrara çıkma, pupillerde dilatasyon, yorgunluk, öfke, içe kapanma (TKD, 2004).

Neden

1. Koroner anjiyografi süreci ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olma, girişimsel işlem abartılı bilgiye sahip olma.
2. KAG işlemine yönelik bilinmezlik durumu (TKD, 2004).

Amaç

1. KAG işlemi ile ilgili bireylerin yeterli düzeyde bilgilendirilmelerini sağlamak.
2. Hastanın anksiyetesine neden olan durumu ve etkili baş etme yöntemlerini belirlemek.
3. Hastanın stres haline neden olan durumu ve etkili baş etme yöntemlerini belirlemek (TKD, 2007).

Beklenen Hasta Sonuçları

•Hastanın; uygulanan işlem süreci, öncesi, sonrasına yönelik verilen bilgilendirmeleri anladığını sözel olarak ifade etmesi beklenen sonuçlar arasında gösterilebilir.

•Hastanın; var olan anksiyete/korku belirtilerinin azaldığını sözel olarak ifade etmesi, rahatlama yöntemlerini etkin bir şekilde kullanması, mevcut ajite halinin azalması beklenen sonuçlar arasında gösterilebilir.

•Hastanın; mevcut stres belirtilerinin azaldığını sözel olarak ifade etmesi, rahatlama yöntemlerini etkin bir şekilde kullanması, huzursuzluk halinin azalması beklenen sonuçlar arasında gösterilebilir (TKD, 2004; TKD, 2007).

2.4.2. Hemşirelik Girişimleri

- Hastaya anjiyo laboratuvarını ve ekip üyelerini tanıtmak
- İşlem öncesi kasık bölgelerine yapılacak tıraşın nedenini açıklamak

- Hastaya uygulanacak tetkiklerin amacını açıklamak
- KAG işleminden 8 saat önce oral beslenmenin kesilmesi gerektiğini ve bu durumun nedenini açıklamak
- Hastaya işlem sırasında verilecek opak maddenin ne amaçla yapıldığını ve etkisini açıklamak
- İşlem sırasında uygulanacak anestezi maddenin ne amaçla yapıldığını ve etkisini açıklamak
- Balon uygulanacaksa balonun şişirilmesi esnasında hissedilebilecek yanma ve ağrı hissini ve sebebini açıklamak
- İşlem esnasında yapılabilecek derin nefes alma ve tutma eylemlerinin sebebini açıklamak, denemesini yaptırmak
- İşlem yerinde bulunan kanülün çıkarılması sonrasında uygulanacak basınç, kum torbası ve sıkı bandaj uygulamalarının nasıl yapılacağını ve nedenini açıklamak
- Yatış süresince uygulanacak bütün bakım aktivitelerini açığa kavuşturmak
- Komplikasyon olmaması halinde işlem sonrası taburcu olabileceği zamanı açıklamak
- Kontrol gününü belirlemek ve kontrolün önemini belirtmek.
- Hastanın anksiyete derecesini belirlemek
- Hastanın kendi bakım sürecine katılmasını sağlamak
- Hastayı rahatlatma, derin soluk alıp verme, pozitif düşünme ve kendini açıklamasına teşvik için desteklemek
- Hastanın anksiyetesine neden olan bilgi gereksinimini belirleyerek bu doğrultuda karşılamak
- Strese neden olan faktörleri belirlemek
- Gevşemek için derin nefes egzersizlerini uygulatmak
- Hastaya işlem hakkında eğitimler yoluyla gerekli bilgiyi sağlamak
- Hastanın sorularına yönelik konuşmasına teşvik etmek (TKD, 2004; TKD, 2007).
- KAG işleminde hemşirelerin, uygulama sürecine yönelik hastalara bilgi vermeleri oldukça önemlidir. Öncelikle hasta materyaller aracılığıyla KAG işlemi hakkında bilgilendirilmelidir.

- İşlemin ne amaçla ve nasıl yapılacağı hasta ve yakınlarına belirtilmelidir. İşlemden bir gün önce hastanın banyo yapması söylenmelidir. Sterilizasyon kuralları gereği kasık bölgesindeki tüylerin temizlenmesi de hastaya verilmesi gereken bilgilendirmeler arasındadır.

- Hemşire, işlem öncesi gece 24:00'ten sonra hastanın yiyecek/içecek tüketmemesini bildirmelidir. Çünkü işleme yakın yeme/içme faaliyetleri işlem esnasında hastanın aspire etmesine neden olabilmektedir.

- KAG uygulama sonrasında opak madde ve vücuttaki kan volümünü düzenlemeye yönelik, 2-3 litre sıvı bulundurmak için bilgi verilmelidir.

- Hasta, işleme alınmadan takma dişleri, takıları, gözlüğü vb. materyalleri çıkartılmalıdır.

- KAG işlemi sonrası, kataterin bulunduğu yer hareket ettirilmemelidir. İşlem, femoral arter yolu ile yapılmışsa 6 saat kadar yataktan kalkılmaması gerektiği belirtilmeli ve hastanın tuvalet ihtiyacı varsa ördek/sürgü ile ihtiyacı giderilmelidir.

- Hemşire, işlem sonrasında hastanın kasık bölgesinde ani şişlik, şiddetli ağrı ve sıcaklık hissi ile eşlik eden bir durumla karşılaşması halinde acil çağrıda bulunması gerektiğini belirtmelidir.

- Hastanın işlem sonu vital bulguları sık aralıklarla takip edilmeli, işlem yapılan bölge kanama açısından değerlendirilmelidir.

- Hastaya işlem bölgesindeki kum torbası kaldırıldıktan sonra mobilize esnasında başının dönebileceğinden dolayı yalnız olmaması hakkında bilgilendirilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Eylül 2017- Ocak 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın verileri Samsun ili Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran ve Koroner Anjiyo Ünitesi'nde KAG işlemi planlanan hastalarla Aralık 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Aralık 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran ve ilk defa koroner anjiyografi işlemi yapılması planlanan tüm hastalar oluştururken; örneklemini araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan 140 hasta oluşturmuştur. Örneklemin belirlenmesinde Moradipanaş ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışma referans alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce power analizi ile örneklem büyüklüğü belirlenmiş, araştırmanın %95 güven aralığında ve %80 güçte olması için en az 140 hastanın çalışmaya dahil edilmesinin gerekli olduğu tespit edilmiştir.

3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

Araştırmaya;

- İlk defa KAG yapılması planlanan,
- Ruhsal veya mental yönden engeli bulunmayan,
- Sözel iletişim kurabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Aralık 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Formlar araştırmacı tarafından okur-yazar olmayan hastalara yüzyüze görüşülerek uygulanmış, okur-yazar hastalardan ise formları bireysel doldurmaları istenmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-2); “Algılanan Stres Ölçeği” (Ek-3); “Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri (Stai Form TX-I, Stai Form TX-II)” kullanılmıştır (Ek-4).

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren 6 soru ve koroner anjiyografi hakkındaki bilgi durumlarına yönelik 4 soru olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır (Ek-2)

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ): Toplamda 14 maddeden oluşan ASÖ, kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için kullanılmaktadır. Maddeleri “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasında değişen bu ölçek, 5’li Likert tipindedir. Olumlu ifadeler içeren 7 madde tersten puanlanmaktadır. ASÖ’den alınan puanlar 0 ile 56 arasında değişirken ölçekten alınan yüksek puan, kişinin yüksek seviyede stresli olduğunu ifade etmektedir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0,930 olarak bulunmuştur (Ek-3).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ/SKÖ): DKÖ, bireyin içinde bulunduğu durumdan dolayı hissettiği öznel korku ve endişe seviyesini ölçmek için kullanılmaktadır. SKÖ ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız bir şekilde genellikle kendisini nasıl hissettiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Her iki ölçek de 20’şer maddeden oluşmakta ve ölçeklerde hiç, bazen, çok ve her zaman ifadeleri yer almaktadır. Ölçeklerin her birinden alınan puanlar 20 ile 80 arasında değişmektedir. Belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. 0-30 puan arası düşük anksiyeteyi, 31- 49 puan arası orta anksiyeteyi, 50 ve üstü puanlar ise yüksek anksiyeteyi işaret etmektedir. Bu araştırmada durumluk kaygı ölçeğinin cronbach’s Alpha değeri 0,966 ve sürekli kaygı ölçeğinin cronbach’s Alpha değeri ise 0,840 bulunmuştur (Ek-4).

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay (Ek-5); Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü’nden kurum izni (Ek-6) alınmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçeklerden “Algılanan Stres” ölçeği (Ek-7) ve “Durumluk-Sürekli Kaygı” envanteri (Ek-8) kullanımları için izin alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastalara araştırma konusunda bilgilendirme yapılmış, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (Ek-1). Araştırma

kapsamında testler uygulandıktan sonra hastaların bilgi gereksinimi olduğu konular belirlenmiş ve bu konularla ilgili bilgilendirmeler yapılmıştır.

3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Veriler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde Kolmogorov-Smirnov testi yapılarak verilerin normal dağılıma uygunluğu tespit edilmiştir. Hastaların bilgilerinin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerde tanımlayıcı istatistikler, Oneway ANOVA testi; normal dağılım göstermeyen parametrelerde ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın dâhil edilme kriterlerinde ilk kez KAG olma şartının bulunması en önemli sınırlılığıdır.

4.BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bireylerin çalışma bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. Çalışma grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=140)

Özellikler		n	%
Yaş (Ortalama 59.33±12.60) (Min. 32.00-Max. 86.00)	18-65 yaş arası	95	67,9
	66-79 yaş arası	37	26,4
	80 yaş ve üzeri	8	5,7
Cinsiyet	Erkek	89	63,6
	Kadın	51	36,4
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	23	16,4
	İlköğretim	71	50,7
	Ortaöğretim	35	25,0
	Lisans	11	7,9
Aylık gelir durumu	1500 TL altı	72	51,4
	1500 – 3000 TL arası	47	33,6
	3000 TL üstü	21	15,0
Yaşadığı yer	İl merkezi	33	23,6
	İlçe	75	53,6
	Köy	32	22,8
Yakınında (arkadaş, akraba, aile vb.) KAG işlemi uygulanan kişilerin olma durumu	Evet	74	52,9
	Hayır	66	47,1

Çalışma grubundaki bireylerin %67,9'u 18-65 yaş arasında ve yaş ortalaması 59.33±12.60 olarak belirlenmiştir. Bireylerin %63,6'sının erkek, %50,7'sinin ilköğretim mezunu, %51,4'ünün aylık 1500 TL'nin altında gelir sahibi olduğu, %53,6'sının ilçede yaşadığı ve %52,9'unun yakınında koroner anjiyografi işlemi uygulanan kişiler olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Çalışma grubundaki bireylerin KAG işlemi hakkındaki bilgilerinin özelliklerine göre dağılımı (n=140)

Özellikler		n	%
KAG işlemi ile ilgili bilgi aldınız mı?	Evet	57	40,7
	Hayır	83	59,3
* Bilgiye hangi yoldan ulaştınız?	Sağlık personelinde	37	64,9
	Yakınımdan	9	15,8
	İnternette	11	19,3
KAG işlemi nasıl yapılmaktadır?	Ameliyat işlemi ile	10	7,1
	Damar içi kullanılan aletler ile	55	39,3
	Bilmiyorum	75	53,6
KAG işlemi ne amaçla yapılmaktadır?	Kalp damarlarının açılması için	51	36,4
	Kalbimde tıkalı bir damar olup olmadığını saptamak için	43	30,7
	Bilmiyorum	46	32,9

* Bilgi alan grup (n=57)

Çalışma grubundaki bireylerin %59,3'ünün KAG işlemi ile ilgili bilgi almadığı ve KAG işlemi ile ilgili bilgi alan bireylerin %64,9'unun edindiği bilgiye sağlık personeli aracılığıyla ulaştığı saptanmıştır. Bireylerin %53,6'sının KAG işleminin nasıl yapıldığını bilmedikleri, %36,4'ünün ise KAG işleminin kalp damarlarının açılması amacıyla yapılan bir işlem olarak tanımladıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Çalışma grubundaki bireylerin algılanan stres, durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin puan ortalamalarının dağılımı

Ölçekler	Min-Maks	Ort±SS
ASÖ	7-54	34,21±12,64
DKÖ	23-77	53,55±16,19
SKÖ	23-66	38,63±9,09

Bireylerin algılanan stres ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması (34,21±12,64) orta düzeyde, durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması (53,55±16,19) yüksek düzeyde, sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması (38,63±9,09) ise orta düzeyde olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Çalışma grubundaki bireylerin tanıttıcı özelliklerine göre algılanan stres, durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	Algılanan stres		Durumluk kaygı		Sürekli kaygı	
	Ort±SS	Test ve p	Ort±SS	Test ve p	Ort±SS	Test ve p
Yaş						
1. 18-65 yaş arası	31,89±12,88		50,96±16,20		38,17±8,77	
2. 66-79 yaş arası	38,87±10,31	X ² :8,922 p: ,012* 1< 2	59,00±14,86	X ² :6,884 p: ,032* 1< 2	39,81±10,36	X ² :0,759 p: ,684
3. 80 yaş ve üzeri	40,25±12,90		59,13±16,26		38,63±6,76	
Cinsiyet						
1.Erkek	34,40±11,47	U:2258,0 p: ,960	53,21±16,33	U:2223,5 p: ,842	37,66±9,02	U:1847,5 p: ,067
2.Kadın	33,86±14,56		54,14±16,09		40,31±9,05	
Eğitim Durumu						
1.Okur-yazar değil	40,00±10,66		59,74±13,51		41,26±9,62	
2.İlköğretim	33,82±12,95	X ² : 9,559 p: ,023* 4< 1	53,94±16,70	X ² :11,675 p: ,009* 4< 1,2,3	38,66±8,91	X ² :3,818 p: ,282
3.Ortaöğretim	34,11±11,84		53,26±15,64		37,91±9,33	
4.Lisans	24,91±12,05		39,00±11,70		35,18±7,90	
Aylık Gelir Durumu						
1. 1500 TL altı	37,13±11,85	X ² :12,617 p: ,002* 3< 1,2	57,82±15,04	X ² :16,705 p: ,000* 3< 1,2	40,96±9,85	X ² :11,010 p: ,004* 3< 1
2. 1500-3000 TL arası	33,62±12,30		52,15±16,00		37,26±7,67	
3. 3000 TL üstü	25,52±12,35		42,05±14,88		33,71±6,72	
Yaşadığı Yer						
1. İl merkezi	31,18±12,48	X ² :3,335 p: ,189	49,42±15,25	X ² : 4,068 p: ,131	38,85±9,12	X ² : 1,759 p: ,415
2. İlçe	34,40±12,68		53,96±15,72		39,21±9,28	
3. Köy	36,88±12,43		56,84±17,77		37,03±8,68	
Yakınında KAG işlemi uygulanan kişilerin olma durumu						
1.Evet	34,28±12,16	U: 2441,0 p: ,997	53,23±15,66	U: 2362,0 p: ,738	39,54±9,06	U: 2122,5 p: ,182
2.Hayır	34,12±13,24		53,91±16,88		37,61±9,08	
X ² : Kruskal-Wallis Test		*p<0,05	U: Mann-Whiney Test			

Çalışma grubundaki bireylerin yaş grupları, cinsiyet özellikleri, eğitim durumları, aylık gelir durumları, yaşadıkları yer ve yakınında KAG uygulanan kişilerin olma durumlarına göre algılanan stres, durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelenmiştir (Tablo 4).

Bireylerin yaş grupları, eğitim durumları ve aylık gelir durumlarına göre algılanan stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Yaşları 18-65 arasında olanların 66-79 yaşları arasında olan bireylere göre, lisans mezunu olanların okur-yazar olmayan bireylere göre ve aylık

geliri 3000 TL üstünde olanların diğer tüm gelir durumunda olan bireylere göre algılanan stres puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bireylerin cinsiyet özellikleri, yaşadıkları yer ve yakınında KAG işlemi uygulanan kişilerin olma durumuna göre algılanan stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$; Tablo 4).

Bireylerin yaş grupları, eğitim durumları ve aylık gelir durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yaşları 18-65 arasında olanların 66-79 yaşları arasında olan bireylere göre, lisans mezunu olanların diğer tüm eğitim durumundaki bireylere göre ve aylık geliri 3000 TL üstünde olanların diğer tüm gelir durumunda olan bireylere göre durumluk kaygı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bireylerin cinsiyet özellikleri, yaşadıkları yer ve yakınında KAG işlemi uygulanan kişilerin olma durumuna göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$; Tablo 4).

Bireylerin gelir durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Aylık gelir durumu 3000 TL üstünde olanların 1500 TL altında olan bireylere göre sürekli kaygı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bireylerin yaş grupları, cinsiyet özellikleri, eğitim durumları, yaşadıkları yer ve yakınında KAG işlemi uygulanan kişilerin olma durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$; Tablo 4).

Tablo 5. Çalışma grubundaki bireylerin KAG işlemi hakkındaki bilgilerinin özelliklerine göre algılanan stres, durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	Algılanan stres		Durumluk kaygı		Sürekli kaygı	
	Ort±SS	Test ve p	Ort±SS	Test ve p	Ort±SS	Test ve p
KAG işlemi ile ilgili bilgi alma durumu?						
1.Evet	24,61±10,20	U: 631,0 p: ,000*	41,56±11,99	U: 677,5 p: ,000*	37,77±9,75	U: 2036,0 p: ,162
2.Hayır	40,80±9,58		61,78±13,34		39,22±8,61	
Bilgiye hangi yoldan ulaştınız?						
1.Sağlık personelinde	25,05±9,46		39,32±11,68		35,38±8,44	
2.Yakınımdan	27,56±11,65	F: 1,216 p: ,304	49,44±12,10	X ² :6,342 p: ,042*	43,78±11,30	F:3,718 p: ,031*
3.İnternette	20,73±11,26		42,64±10,97		40,91±10,48	
KAG işlemi nasıl yapılmaktadır?						
1.Ameliyat işlemi ile	44,20±7,02		65,00±14,50		41,60±13,14	
2.Damar içi kullanılan aletler ile	23,36±9,04	X ² :67,602 p: ,000* 2<1,3	40,31±10,75	X ² :60,723 p: ,000* 2<1,3	37,27±8,82	X ² :2,281 p: ,320
3.Bilmiyorum	40,83±9,43		61,73±12,91		39,23±8,63	
KAG işlemi ne amaçla yapılmaktadır?						
1.Kalp damarlarının açılması	35,90±8,92		54,80±13,63		41,29±10,16	
2.Kalbimde tıkalı bir damar olup olmadığını saptamak	21,37±9,03	X ² :71,974 p: ,000* 3>1,2 1>2	37,26±8,66	X ² :74,785 p: ,000* 3>1,2 1>2	35,60±8,16	X ² :8,108 p: ,017* 1>2
3.Bilmiyorum	44,33±7,96		67,39±9,07		38,50±7,84	
U: Mann-Whitney Test		F: ANOVA	X ² : Kruskal-Wallis Test		*=p<0,05	

Çalışma grubundaki bireylerin işlem ile ilgili bilgi alma durumu, bilgiye ulaşma yolları, işlemin nasıl yapıldığı ve işlemin ne amaçla yapıldığı ile ilgili bilgi durumlarına göre algılanan stres, durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları incelenmiştir (Tablo 5).

Bireylerin KAG işlemi ile ilgili bilgi alma durumu, işlemin nasıl yapıldığı ve işlemin ne amaçla yapıldığı ile ilgili bilgi durumlarına göre algılanan stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

KAG işlemi ile ilgili bilgi alan, işlemin “damar içi kullanılan aletler ile” yapıldığını ifade eden ve işlemin yapılış amacını “kalbimde tıkalı bir damar olup olmadığını saptamak” olarak bildiren bireylerin algılanan stres puan ortalamalarının diğer bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca işlemin yapılış amacını “kalp damarlarının açılması” olarak ifade eden bireylerin “bilmiyorum” şeklinde ifade edenlere göre algılanan stres puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bireylerin bilgiye ulaşma yollarına göre algılanan stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 5).

Bireylerin KAG işlemi ile ilgili bilgi alma durumları, bilgiye ulaşma yolları, işlemin nasıl yapıldığı ve işlemin ne amaçla yapıldığı ile ilgili bilgi durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). KAG işlemi ile ilgili bilgi alan, edindiği bilgiye sağlık personeli aracılığıyla ulaşan, işlemin “damar içi kullanılan aletler ile” yapıldığını ifade eden ve işlemin yapılış amacını “kalbimde tıkalı bir damar olup olmadığını saptamak” olarak bildiren bireylerin diğer bireylere göre durumluk kaygı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca işlemin yapılış amacını “kalp damarlarının açılması” olarak ifade eden bireylerin durumluk kaygı puan ortalamalarının “bilmiyorum” şeklinde ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 5).

Bireylerin bilgiye ulaşma yolları ve işlemin ne amaçla yapıldığı ile ilgili bilgi durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Edindiği bilgiye sağlık personeli aracılığıyla ulaşanların yakınlarından ulaşanlara göre ve işlemin yapılış amacını “kalbimde tıkalı bir damar olup olmadığını saptamak” olarak ifade edenlerin “kalp damarlarının açılması” olarak ifade eden bireylere göre sürekli kaygı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bireylerin işlem ile ilgili bilgi alma durumu ve işlemin nasıl yapıldığı ile ilgili bilgi durumlarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 5).

5.TARTIŞMA

Koroner anjiyografiye hastaların işlem ile ilgili bilgili olma durumlarına göre algılanan stres ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde tartışılmıştır.

5.1. Çalışma Grubundaki Bireylerin Koroner Anjiyografi İşlemi Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımları

Çalışma kapsamındaki bireylerin yarısından fazlasının uygulanacak işlem ile ilgili bilgi almadıkları belirlenmiştir (Tablo 2). Sağlık Bakanlığı (2016) tarafından güncellenen Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 7. maddesinde “Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar” ifadesi yer almaktadır. Yılmaz ve ark. (2006), yaptıkları bir araştırmada hastaların çoğunun, sadece koroner anjiyografi işlemi hakkında değil aynı zamanda kardiyovasküler hastalıkların diğer muayene yöntemleri hakkında da yeterince bilgi sahibi olmadıklarını bildirmiştir. Şatıroğlu ve ark. (2011), yaptıkları bir araştırmada, KAG işlemi uygulanacak hastaların %46'sının işlemin prosedürünü bilmediği sonucuna ulaşmıştır. Çalışma bulgumuz, bu araştırma verileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubundaki bireylerin büyük bir kısmının edindikleri bilgiye sağlık personeli aracılığıyla ulaştıkları saptanmıştır (Tablo 2). Sarı ve Göktekin (2007), araştırmalarında prosedür, yarar/risk, endikasyonlar ve kontraendikasyonları da kapsayan KAG işlemi bilgilerinin, genellikle bu konuda eğitilmiş sağlık personeli tarafından hastalara verildiğinin ve hekim tarafından bilgilendirilen hastaların daha sonra anlaşılabilir şekilde hemşire tarafından yeniden bilgilendirilmesinin etkili olduğunu bildirmiştir. Şatıroğlu ve ark. (2011), yaptıkları bir çalışmada hastaların %77'sinin KAG işlemi ile ilgili sahip oldukları bilgiyi profesyonel bir meslek grubu üyeleri olan hekimler aracılığıyla edindiklerini bildirmişlerdir. Çalışma bulgumuz da bu araştırma verileri ile benzer niteliktedir.

Çalışmamızdaki bireylerin yarısından fazlasının, KAG işleminin nasıl yapıldığını bilmedikleri belirlenmiştir (Tablo 2). Oysa koroner anjiyografi, işleme özel

tasarlanmış judkins katataterler ile kalbin sağ ve sol koroner arter damarlarına girilerek yapılan bir işlemdir (Connolly, 2002). Yılmaz ve ark. (2012), araştırmalarında hastaların invaziv girişimlerin nasıl yapıldığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadıklarını bildirmiştir. Çalışma bulgumuz, bu araştırma verisini desteklemektedir.

Çalışmamızda, bireylerin çoğu KAG işleminin amacını “kalp damarlarının açılması için” şeklinde ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 2). Literatürde KAG işleminin amacı, “cerrahi bypass greftleri de dahil olmak üzere bütünsel bir şekilde koroner arter damarların incelenmesi ve koroner damarların anatomilerinin ortaya çıkarılmasıdır” olarak belirtilmiştir (Thomas, 2005; Topol, 2008). Şatıroğlu ve ark. (2011) yaptıkları bir çalışmada, hastaların %32’sinin KAG işleminin yapılaş amacının damarlarının açılması amacıyla yapılan bir işlem olarak tanımladıkları sonucuna ulaşmışlardır. Çalışma verimiz bu araştırma sonucu ile benzerdir.

5.2. Çalışma Grubundaki Bireylerin Algılanan Stres ve Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyleri

Çalışmaya dâhil edilen bireylerin, algılanan stres ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre orta derecede stres düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 3). Hastaneye yatma; yabancı bir alanda olma nedeniyle tanınan ve destek görülen bilinen çevreden uzaklaşma, bilinmezlik korkusu ve bulunulan çevrenin kontrolüne sahip olamama gibi bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlar nedeniyle hasta bireyler stres yaşamaktadır (Vural, 1993). Moradipanah ve ark. (2009) KAG hastalarının işlem öncesinde yapılacak işlem ile ilgili bir onay formu imzalanmasından dahi stres ve hatta paniğe eğilimli olduklarını bildirmiştir. Perski ve ark. (1998) yaptıkları bir araştırmada, koroner bypass greft işlemi öncesi 149 hastaya “Nottingham Health Profile” duygusal ölçeğini uygulamışlardır. Hastalar, %75 üzerinde puan alarak ileri derecede stres altında oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızdaki bireylerin orta stres puanı alma durumlarının nedeni, yaşanan olayların ya da durumların bireyleri olumsuz etkileme potansiyeli, kişiden kişiye farklılık gösterebileceği şeklinde düşünülebilir. Yani bireylerde aynı tür bir stresör aynı etkiyi meydana getiremeyebilir. Kişinin geçmiş deneyimleri, başa çıkma yöntemleri, kültürü, yaşam kalitesi gibi birtakım faktörler bütünüyle kişinin yaşamsal olaylara karşı tepkisini belirleyebilmektedir (Balcıoğlu ve Savrun, 2001). Kaya ve ark. (2007) araştırmalarının sonucunda, iyimser yaşam yönelimine sahip hastaların ameliyat işlemi öncesinde diğer

hasta gruplarına göre daha az anksiyete ve stres gibi psikoparametrik semptomları yaşadıklarına ve daha etkili baş etme yöntemlerini kullandıklarına ulaşılmıştır.

Çalışma grubundaki bireylerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre yüksek derecede, sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre ise orta derecede kaygı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 3). Anksiyete, bireylerin yaşamındaki birtakım zorlanmalar sonucunda meydana gelen ve bu nedenle oluşan yüksek enerjiye karşı psikolojik bir karşı tepki olarak tanımlanmaktadır (Erbil ve ark., 2006). Başka bir açıdan, oluşan belirsizlik halinin duygu yönünden eşdeğeridir. Böyle bir durumu deneyimleyen bireyler, ne olacağı konusunda huzursuz, gergin veya endişeli hissedebilirler (Stephan ve ark., 1999). Gül ve ark. (2015), KAG işlemi uygulamasının hemen öncesinde depresyon ve anksiyete seviyeleri normalden yüksek bulunan hastaların, işlemden iki hafta sonra tekrar bakıldığında anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığını bildirmektedir. Bu çalışmanın sonucu bize işlem öncesi durumluk anksiyete düzeylerinin yüksek olmasını, işlem sonrası ise öncesine oranla durumluk anksiyete düzeylerinin düşmesini düşündürülebilir. Trotter ve ark. (2010) çalışmalarında, KAG işlemi uygulanan hastalarda anksiyete düzeyleri ortalamasının, genellikle prosedürden önce orta düzeyde olduğunu ve prosedürden sonra daha da azaldığını bildirmişlerdir. Yapılan bir araştırmada da, KAG işlemi uygulanan hastaların durumluk anksiyete seviyelerinin orta düzeyde olduğu, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörlerin koroner arter hastalarında yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir (Sunbul ve ark., 2013). Yapılan başka bir çalışmada da, KAG uygulanacak hastaların işlem öncesi durumluk anksiyete düzeyine bakılmış ve çalışma sonucunda hastaların durumluk anksiyete seviyeleri orta düzey olarak belirlenmiştir (Yel, 2009). Bizim çalışmamızda bireylerin durumluk anksiyete düzeylerinin yüksek olması sürekli anksiyete düzeylerinin orta seviyede olmasına ve işlem öncesinde de bu seviyenin artmasına bağlanabilir. Spielberger ve ark. (1971), bir kişilik özelliği olarak kabul edilen sürekli kaygının değişmeyeceğini; elektrik çarpması, yakın zamanda geçirilecek cerrahi tehdidi gibi bireylerin birer tehlike durumu olarak algıladıkları bu tür eylemlerde sürekli kaygı seviyelerinde herhangi bir değişiklik olmayacağını bildirmektedir. Yani sürekli kaygı ölçeğinden alınan puan, bireylerin içinde bulunduğu durumdan bağımsız bir şekilde, genel haliyle kendilerini nasıl hissettiklerini belirlemektedir. Yel (2009), KAG uygulanacak hastalar ile yaptığı

çalışmasında, grup üyelerinin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması sonucunda orta düzeyde anksiyeteye sahip olduklarını bildirmiştir. Çalışmamız da bu çalışma verisi ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, 66-79 yaş arasındaki bireylerin 18-65 yaş arasındaki bireylere göre algılanan stres düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4). Yaşın ilerlemesi ile birlikte bireylerde birtakım fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutta olumsuz yönde farklılaşmalar meydana gelmektedir. Bu sebeple yaşlı bireylerin fonksiyonel kapasiteleri azalmakta, bu durum ise yardım gereksinimlerini arttırmaktadır (Altay ve Aydın Avcı, 2009). Yaşlanmayla artan sağlık sorunları da bireylerde depresyon, stres, anksiyete gibi duygu durumunda bozukluklara yol açabilmektedir (Eyüboğlu ve ark., 2012). Çalışma verimizin tersine Moradipannah ve ark. (2009) yaptıkları bir araştırma sonucuna göre, KAG uygulanacak hastaların stres düzeyleri ile yaş grupları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda yaşın artması ile algılanan stres düzeyinin de artmasının nedeni, toplumumuzun yaşlanmaya yönelik kültürel bakış açısı farklılıklarına bağlanabilir. Ayrıca ileri yaş grubunda olan bireylerin azalan sağlık algısı nedeniyle stres düzeylerinin de bu duruma paralel bir şekilde artabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda, 66-79 yaş arasındaki bireylerin 18-65 yaş arasındaki bireylere göre durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bireylerin yaş gruplarına göre sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Ölüm korkusu, yalnız kalma, çevreden görülen sosyal destek azlığı gibi birtakım altta yatan nedenler sebebiyle, 50 yaş ve üstü bireylerde yüksek kaygı görülebilmektedir. Bu kaygının oluşma sebebi, olumsuz koşullar ile etkin baş edememeye bağlanmaktadır. Bireyler, kaygılı olma durumunu her yaşta ve farklı deneyimler sonucu yaşayabilmektedirler. Ayrıca yaşanan kaygı seviyesi de birçok faktöre bağlı olarak farklılık göstermektedir (Gökgündüz, 2005). Qasimi (2007) yaptığı bir çalışmada, işlem öncesi durumluk anksiyete puan ortalamalarının çalışma kapsamında olan ileri yaş grubundaki hastalarda anlamlı derecede yüksek olduğu, sürekli anksiyete puan ortalamalarında ise anlamlı bir fark oluşmadığı sonucuna ulaşmıştır. Başka bir çalışmada, hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete puan ortalamalarının ileri yaş grubundaki bireylerde orta yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş, aynı araştırma kapsamındaki hastaların yaş grupları

ile ameliyat öncesi sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Budak, 2015). Yel (2009), bir araştırmasında KAG uygulanacak hastaların sürekli kaygı düzeyleri ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca Demir'in (2013) çalışmasında da KAG işlemi öncesi çalışma grubu üyelerinin sürekli kaygı düzeyleri ile yaş grupları arasındaki ilişki sonucunda anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yapılan bu araştırmalar çalışma bulgularımızı desteklemektedir.

Çalışmamızda cinsiyete göre algılanan stres düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Cinsiyet kavramı, kalıtım yoluyla nesle aktarılan, genetik özellikleri barındıran ve doğuştan oluşumunu tamamlayan bir özellik olarak bilinmektedir. Bireylerin cinsiyetine bağlı birtakım görev ve sorumluluklarına yönelik rolleri bulunmaktadır (Koç ve ark., 2017). Daha önce deneyimlenen yaşamsal olaylar, strese karşı bireysel yanıt, gündelik olaylarla baş edebilme becerisi gibi bireye özgü farklılıklar stresin oluşmasında rol oynayabilmektedir (Bekker ve ark., 2000). Balcı ve Enç'in (2013) deneysel çalışmasında, KAG uygulanacak deney ve kontrol grubu hastaların stres düzeyleri ile cinsiyet değişkeni arasında herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır. Çalışma verimiz ile bu çalışma sonucu benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki bireylerin cinsiyetlerine göre durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlılık belirlenmemiştir ($p>0,05$; Tablo 4). Cinsiyet ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sonuçları farklılıklar göstermektedir. Budak (2015) çalışmasında, kadınların ameliyat öncesi hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarını erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur. Yel (2009) KAG işlemi uygulanacak hastalardan kadın cinsiyetinde olanların erkek cinsiyetine göre durumluk anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptamamasına rağmen sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlılık saptamıştır. Bu iki çalışma verisinde kadın-erkek cinsiyetlerine bağlı durumluk-sürekli kaygı düzeyinin yüksek çıkması, kadınlarda duygudurum hastalıkları ve belirtilerinin daha fazla oranda görülmesinden kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada, örneklem grubunun çoğu erkek bireylerden oluşmaktadır. Fark, bu etkene bağlı olabilir. Qasimi (2007) ise araştırmasında cinsiyet ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Aynı şekilde Demir (2013), KAG işlemi öncesi çalışma grubu üyelerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişki sonucunda anlamlı bir

fark saptamamıştır. Bu araştırma sonuçları ile çalışmamızın verileri arasında benzerlik bulunmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan bireylerden lisans mezunu olanların algılanan stres düzeylerinin, okur-yazar olmayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4). Bireyler, yaşamlarında tehlike oluşturan bir durum karşısında eğitim seviyeleri ne derecede olursa olsun anksiyete ve stres yaşamaktadırlar. Dolayısıyla, hastaneye yatırılma sırasında stres ve kaygı seviyelerini azaltmayı amaçlayan müdahalelerin yapılması oldukça önemlidir (Ekiz ve Göz, 2005; Gökğündüz, 2005; Coronas ve ark., 2009). Çalışma verimizden farklı olarak yapılan deneysel bir çalışma sonucuna göre, kontrol grubunda orta ve üzerinde eğitim düzeyine sahip hastaların işlem öncesi ortalama stres puanlarının düşük eğitim düzeyine sahip hastalardan anlamlı derecede yüksek olduğuna ulaşılmıştır (Balcı ve Enç, 2013). Çalışmamızda bu durumun nedeni, lisans mezunu olanların okur-yazar olmayanlara göre yaşamsal olaylar vb. konular ile ilgili daha fazla araştırma imkânına sahip olmalarına bağlı etkili başetme yollarını geliştirebildiklerini düşündürmektedir. Bu nedenle eğitim seviyesi yüksek bireylerin stres düzeylerinin daha düşük olabileceği şeklinde açıklanabilir.

Lisans mezunu olanların durumluk kaygı düzeylerinin diğer bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Örneklem grubunun eğitim durumuna göre sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Budak (2015) yaptığı bir çalışmada, ameliyat öncesi çalışma grubunu oluşturan hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile eğitim seviyeleri arasındaki ilişkiyi incelemiş ve anlamlı bir fark saptamamıştır. Qasimi'nin (2007) yaptığı bir çalışmada uygulanacak işlem öncesi çalışma grubundaki bireylerin eğitim durumları ile kaygı düzeylerini incelemiş, çalışma sonucunda anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Aynı zamanda Demir (2013), KAG işlemi öncesi çalışma grubu üyelerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile eğitim seviyeleri arasındaki ilişki sonucunda anlamlı bir fark saptamamıştır. Yel (2009) yaptığı bir çalışmada KAG işlemi uygulanacak hastaların eğitim düzeyi ile durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bildirmiş, eğitim düzeyi azaldıkça durumluk ve sürekli kaygı puanlarının arttığı sonucuna ulaşmıştır. Çalışma verimizdeki bu durumun nedeni, eğitim seviyesinin artması ile bilgi düzeyinin de buna paralel

şekilde artmasına, bilinmezlik durumundan kaynaklı korkunun da azalmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda, gelir seviyesi 3000 TL üstünde olan bireylerin algılanan stres düzeylerinin diğer bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$; Tablo 4). Ekonomik durumun bireylerin temel ihtiyaçlarının karşılanmasında etkili olduğu, gelirin kısıtlı olması ile birlikte satın alma gücünün de olumsuz etkileneceği, bunun sonucunda ise bireylerde stres, anksiyete vb. psikoparametrelerde artışa neden olabileceği bildirilmiştir (Balcı, 2014). Dağlar ve Nur'un (2014) gebe bireylerle yaptıkları bir çalışma sonucuna göre; gelirlerini giderlerinden az algılayan gebelerin, stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutları olan "çaresiz" ve "boyun eğici yaklaşım" puan ortalamalarının, diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek olduğuna ulaşılmıştır. Çalışma verimiz ile bu çalışmalar benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki bireylerden gelir seviyesi 3000 TL üstünde olan bireylerin durumluk kaygı düzeylerinin diğer bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Geliri 3000 TL üstünde olan bireylerin sürekli kaygı düzeyleri, 1500 TL altında olan bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$; Tablo 4). Qasimi (2007) yaptığı bir araştırmada uygulanacak işlem öncesi çalışma grubundaki bireylerin ekonomik durum algıları ile durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiş, çalışma sonucunda anlamlı bir farklılık bulmamıştır. Aynı araştırmada, ekonomik durum algısı yüksek olan hastaların durumluk anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızdaki bu durum, gelir seviyesinin yüksek olmasının yaşam kalitesinin de yüksekliğinde etkili olabileceği, bu durumun ise stres ve anksiyete gibi olumsuz parametrelerin seviyesini düşürebileceği şeklinde açıklanabilir. Yel (2009) ise KAG işlemi uygulanacak hastaların gelir düzeyleri ile durumluk-sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptamıştır. Araştırma sonucuna göre, gelir düzeyi azaldıkça durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır. Bu araştırmanın sonucu, çalışma bulgumuz ile benzerdir.

Çalışma grubundaki bireylerin yaşadıkları yere göre algılanan stres düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$; Tablo 4). Durna (2006), çalışmasında günlük yaşamın koşullarından kaynaklanan hızlı kentleşme ile birlikte acelecilik, kalabalık gibi faktörlerin bireyler için potansiyel birer stres kaynağı olduğunu

bildirmiştir. Atalay (2014), çalışmasında kentlerin küresel bir iletişim ortamı olduğunu, özellikle metropollerde kentlerde çeşitlilik ve farklılığın baskın olmasına bağlı bireylerde gerilim ve stres gibi olgular meydana getirebileceğini bildirmiştir. Çalışmamızdaki bu veri, günümüzde artık yaşam alanları gözetilmeksizin insanların her türlü imkânlarla benzer koşullarda ulaşabildiğine bağlanabilir. Yani günümüzde il merkezinde yaşayan bireylerin de ilçede ve diğer yaşam alanlarında yaşayan bireyler gibi ulaşım, temel ihtiyaçlar gibi benzer koşullara sahip olabildikleri şeklinde düşünülebilir.

Çalışmaya dâhil edilen örneklem grubunun yaşadıkları yere göre durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Yel'in (2009) araştırmasında, KAG işlemi uygulanacak hastaların yaşadıkları yer ile durumluk kaygı düzeyleri puan ortalamaları arasında anlamlılık bulunmamış, sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamalarında ise istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Bu çalışmada ilçede yaşayanların sürekli kaygı puan ortalamaları ilde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda örneklem grubumuzun yaşadıkları yere göre sürekli kaygı düzeylerinde anlamlı fark bulunmamasının nedeni, bireylerin yaşadıkları yerin özelliklerine benzer uyum sağladıklarına ve kişilerin genel kaygı düzeyinin bir göstergesi olan sürekli kaygı düzeylerine de benzer etki edebileceği düşünülebilir. Budak'ın (2015) yaptığı bir çalışmada, çalışma grubunu oluşturan hastaların ameliyat öncesi durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile yaşadıkları yer arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Çalışmamız da bu araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Örneklem grubundaki bireylerin yakınında KAG işlemi uygulanan kişilerin olma durumuna göre algılanan stres ve durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Bireyler, içinde buldukları çevrenin ve koşulların etkisiyle farklı şekillerde öğrenme eğiliminde bulunmaktadır. Farklı öğrenme eğilimine sahip bu bireyler, edindikleri bilgiye de çeşitli yollarla ulaşmaktadırlar. Edinilen bilgi kaynakları basılı ve elektronik araçlar, eğitimsel faaliyetler olabildiği gibi kimi zaman da sözlü olarak çevredeki kişilerin deneyimleri sonucu edinilen ve resmi bir niteliği olmayan bilgilerdir (Yılmaz, 2009). Al Hamarneh ve ark. (2011) ile Jafary ve ark. (2005) araştırmalarında, ailelerinde kalp hastalığı öyküsü bulunan kişilerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin bulunmayan kişilere

göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yapılan araştırmalarda koroner anjiyografi işlemi hakkında yeterli bilgi seviyesine sahip olmanın, bireylerde stres ve anksiyete düzeylerinin önemli derecede düşük olmasında etkili olduğu bildirilmiştir (Lenzen ve ark., 2002; Harkness ve ark., 2003; Buzatto ve Zanei, 2010). Çalışmamızda bu durumun nedeni, duygulanımların öznel tepkiler olması nedeniyle aile üyesi, akraba, arkadaş gibi yakın kişilerce deneyimlenen anjiyografi işleminin deneyimleyen kişide anksiyete ve stres kaynağı olarak algılanmasına rağmen bu deneyimin aktarıldığı kişide stres ve anksiyete kaynağı olarak algılanamayabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızdaki bireylerden KAG işlemi ile ilgili bilgi alanların, almayanlara göre algılanan stres düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$; Tablo 5). Buzatto ve Zanei (2010) yaptıkları bir çalışmada, KAG işleminde uygulanacak işlem öncesi bekleme aşamasının ciddi derecede stres ve kaygı kaynağı olabildiğini, bu duyguların ise koroner anjiyografinin işlemsel doğası ve tanı ile ilgili belirsizlikler ile doğrudan ilişkisi olduğunu bildirmiştir. Jamshidi ve ark. (2009) Koroner Anjiyografi işleminde hastaların stres ve anksiyete seviyelerini düşürmede, onların yapılacak işlem ile ilgili bilgi almalarının gerektiğini bildirmiştir. Çalışma verimiz ile bu bilgiler benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, KAG işlemi ile ilgili bilgi alan bireylerin durumluk kaygı düzeyleri bilgi almayanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p < 0,05$). Bireylerin KAG işlemi ile ilgili bilgi alma durumlarına göre sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlılık saptanmamıştır ($p > 0,05$; Tablo 5). Astley ve ark. (2008) araştırmasında, KAG uygulanan hastaların prosedür hakkında çok az bilgiye sahip olduklarını ve bu durumun da anksiyetelerini artırdığı, memnuniyetlerini azalttığı bildirilmiştir. Jamshidi ve ark. (2009), anjiyo öncesi verilen video eğitiminin hastaların stres, anksiyete ve depresyon düzeylerini önemli derecede düşürdüğünü bildirmişlerdir. Bu araştırmaya benzer şekilde Balcı ve Enç'in (2013) bir araştırmasında, KAG uygulanacak bireylere verilen video gibi görsel-işitsel eğitimin, bu bireylerde stres, anksiyete ve depresyon gibi psikoparametreler üzerine olumlu etki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bu araştırmalar çalışma bulgumuz ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, bireylerin bilgiye ulaşma yollarına göre algılanan stres düzeyleri arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p > 0,05$; Tablo 5). Koroner anjiyografi hakkında bilgilendirme genellikle, polikliniklerde KAG konusunda eğitilmiş

sağlık alanında profesyoneller tarafından verilmektedir. Hekim tarafından bilgilendirilen hastanın, daha sonra basitleştirilmiş bir şekilde probleme yönelik yeniden bilgilendirilmesi, etkililiği açısından oldukça önemlidir (Sarı ve Göktekin, 2007). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin, KAG gibi invaziv bir işlemde önce hastaların bilgilerinin geliştirilmesinde önemli rol oynadığı bildirilmiştir (Chair ve ark., 2004; Jamshidi ve ark., 2009). Bu bilginin önemli bir bölümü, hekim sorumluluğundadır. Ancak uygulanacak girişim nedeniyle hastaları hazırlamak ve bu süreçte onları bilgilendirmede de hemşirelerin rolü olduğu vurgulanmaktadır (Lenzen ve ark., 2002). Saha ve Beach (2011) sağlık personelinin hasta merkezli iletişim ile hastaları bilgilendirmesinin, onları daha fazla rahatlattıklarını bildirmektedir. Garvin ve ark. (2003), uzmanlar tarafından bilgilendirmenin bireylerdeki stres düzeyini azaltması üzerinde olumlu etkileri olduğunu bildirmiştir. Garvin ve Kim (2010) bir araştırmasında, hemşirelerin KAG gibi stresli bir işlem sürecinde hastaların eğitim durumları ve kültürlerini göz önüne alarak bilgi vermelerinin, hastaların stres düzeylerini azaltacağı ve onların stresli olan bu durumla etkili bir şekilde baş edebileceklerini bildirmiştir. Çalışmamızdaki bu durum, örneklem grubumuz içerisindeki bilgi alan grup üyelerini kapsadığından, bilgi alan grup üyeleri arasında stres düzeyleri arasında benzerlik bulunabileceğini düşündürmektedir.

Çalışma grubumuzdaki bireylerden sağlık personelinden bilgi alan grubun durumluk-sürekli anksiyete düzeylerinin, yakınından bilgi alanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$; Tablo 5). McCaffrey ve Taylor (2005), hemşirelerin bireyselleştirilmiş hasta bakımı sağlayarak hastaları prosedür hakkında bilgilendirmelerinin, hastalardaki anksiyete seviyelerini azaltacağını bildirmiştir. Corones ve ark. (2009) hekim ve hemşirelerin KAG uygulama sürecinde hastalara prosedür hakkında bilgi vermeleri nedeniyle anksiyetelerinin hafif düzeyde olduğunu bildirmiştir. Hastalar ayrıca, yetenekli ellerde olduklarını bilerek de kaygılarının hafiflediğini dile getirmişlerdir. Benzer şekilde Higgins ve ark. (2011), KAG uygulanan bireylerde işlemin tüm aşamalarında yapılan ve yapılacaklar ile ilgili bilgi alan bireylerin anksiyetelerinin azaldığını bildirmişlerdir. Ayrıca bireyler, işlem esnasında sağlık personeli ile etkileşimleri yoluyla güven kazandıklarını belirtmişlerdir. Yılmaz ve ark. (2012), araştırmalarında KAG uygulama öncesi ile ilgili hekim ve hemşirelerden bilgi alan hastaların, sağlık personelinden bilgi almayan hastalara göre anksiyete

seviyelerinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Bu bilgiler doğrultusunda çalışma verimiz ile literatür çalışmaları, benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda işlemin yapılış şeklini doğru bilenlerin algılanan stres ve durumluk kaygı düzeylerinin, bilmeyen ve yanlış bilenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bireylerin işlemin yapılış şekli ile ilgili bilgi durumlarına göre sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$; Tablo 5). Yılmaz ve ark. (2012), ülkemizde invaziv girişimlerin nasıl yapıldığı ile ilgili yeterince bilgi sağlanmaması nedeniyle bireylerin, işlemin uygulama aşamasında ne ile karşılaşacaklarını bilemediklerini bildirmiştir. Bu nedenle KAG işlemi, işlem yapılan bireyler tarafından bütünsel olarak değerlendirildiğinde bilinmeyen kaynaklı anksiyete, korku ve duygusal stres kaynağı olarak algılanmaktadır (Mikosch ve ark., 2010). Bu alanda literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, işlemin yapılış şekli ile ilgili araştırma verileri kısıtlıdır. Bir çalışmada, anjiyografi uygulama öncesinde kişilerin işlem aşaması ile ilgili bilgiyi aldıktan sonra, süreç hakkındaki kendi yanlış yorumlama olasılıklarının daha da azaldığı, bunun sonucunda ise yanlış bir yorum ya da hayali bilgilerden kaynaklı korkularının ve anksiyetelerinin de azalacağı bildirilmektedir (Lenzen ve ark., 2002). Yani bu süreci deneyimleyen bireyler tarafından işlemin yapılış şeklinin net ve doğru bir şekilde bilinmesi ile işlemin seyri, bireyleri etkileyen psiko-septomatik faktörler (anksiyete, stres vb.) açısından daha da olumlu hale gelebileceği düşünülebilir. Araştırma bulgumuz da bu yönüyle, alan çalışması ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda sürekli kaygı düzeyinin değişmemesinin nedeni, sürekli kaygının kişinin hayatındaki genel durumunun göstergesi olduğu, bu nedenle işlemin yapılış şekli ile ilgili bilgi sahibi olmanın bu durumu değiştirmeyeceği şeklinde düşünülebilir.

Çalışmamızda işlemin yapılış amacını doğru bilenlerin algılanan stres ve durumluk kaygı düzeylerinin, bilmeyen ve yanlış bilenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca işlemin yapılış amacını yanlış bilenlerin algılanan stres ve durumluk kaygı düzeylerinin, bilmeyenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. İşlemin yapılış amacını doğru bilenlerin sürekli kaygı düzeylerinin, yanlış bilenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 5). Alan içi yapılan çalışmalar, KAG uygulama sürecinde olan hastaların işlem ile ilgili beklentilerine yönelik sahip oldukları bilgi seviyelerine ışık tutmaktadır (Beckerman ve

ark., 1995; Caldwell ve ark., 2007; Astley ve ark., 2008; Astin ve ark., 2009; Şatıroğlu ve ark., 2011; Kalyani ve ark., 2013). Şatıroğlu ve ark. (2011) yaptıkları bir araştırmada, koroner anjiyografi uygulanacak bireylerden küçük bir kısmının işlemin yapılış amacını tam olarak bildikleri, grup üyelerinin çoğunun ise prosedür hakkında yanlış inanışlara ve bilgilere sahip oldukları belirtilmiştir. Koroner anjiyo uygulanan hastalar üzerinde Caldwell ve ark. (2007) yaptıkları bir araştırmada, hastaların büyük bir kısmının anjiyografi işlemiyle kendilerinin iyileşeceğine inandıkları bildirilmiştir. Benzer şekilde Kalyani ve ark. (2013) yaptıkları bir araştırma sonucuna göre, hastalara uygulanan tanısal KAG işleminin damarlarını tedavi edeceğini ve birçok hastanın tam iyileşme ve tedavi umuduyla KAG işleminin yapılmasını kabul ettikleri bildirilmiştir. Beckerman ve ark. (1995) ilk kez KAG işlemi uygulanan hastalarla yaptıkları nitel bir araştırmada, hastaların uygulanan prosedürde KAG ile ilgili yanlış inançlara sahip olduğunu, uygulanacak işlemin onlar için büyük bir stres ve kaygı verici bir durum olduğunu, hatta travma yarattığını bildirmiştir. Başka bir çalışmada da Astley ve ark. (2008) KAG uygulanacak hastaların, prosedürün işleyiş ve amaçlarını da kapsayan çok az bilgiye sahip olduklarını ve bu durumun da kaygı düzeylerini artırdığını ve memnuniyetlerini azalttığını bulmuşlardır. Astin ve ark. (2009), yapılan balon uygulaması ile ilgili koroner anjiyo hastalarının beklentilerinde bir tutarsızlık olduğu, hastaların KAG uygulaması ile ilgili yeterli ve doğru bilgilerinin olmadığı, bu durumun ise hastalarda psikolojik bazı sorunlara yol açtığı bildirilmiştir. Çalışma bulgumuz, yapılan bu araştırma verileri ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda işlemin yapılış amacını yanlış bilenlerin algılanan stres ve durumluk kaygı düzeylerinin, bilmeyenlere göre anlamlı derecede düşük olmasının nedeni, bireylerin yanlış da olsa çevresinden veya kendi yorumlamalarıyla edindiği bilgi ile bilinmezlik durumuna çözüm getirmesi şeklinde açıklanabilir. Ayrıca KAG işleminin yapılış amacını doğru bilenlerin yanlış bilenlere göre sürekli kaygı düzeylerinin anlamlı derecede düşük olmasının nedeni, doğru bilen grup üyelerinin sağlık personeli, internet vb. yollar ile işlem hakkında bilgi edindiklerini düşündürmektedir. Bu bireylerin ise genel yaşamında da bilinmezlik durumlarında araştırmacı özelliklerini kullanarak bilgi edindikleri ve bu nedenle sürekli kaygı düzeylerinin de düşük olduğu düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu bölümünde elde edilen veriler doğrultusunda alana ilişkin yazına katkılar sağlayacağı düşünülen sonuç ve öneriler bulunmaktadır.

6.1. Sonuçlar

Koroner anjiyografiye girecek hastaların işlem ile ilgili bilgili olma durumlarına göre algılanan stres ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- KAG işlemi ile ilgili bilgi alan bireylerin algılanan stres ve durumluk kaygı düzeyleri, bilgi almayan bireylere göre daha düşüktür.
- Mevcut bilgisini sağlık personelinin alan bireylerin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri, yakınından bilgi alanlara göre daha düşüktür.
- İşlemin yapılış şeklini doğru bilen bireylerin algılanan stres ve durumluk kaygı düzeyleri, bilmeyenler ve yanlış bilenlere göre daha düşüktür.
- İşlemin yapılış amacını doğru bilenlerin algılanan stres ve durumluk-sürekli kaygı düzeyleri, işlemin yapılış amacını yanlış bilenlerden daha düşüktür.
- İşlemin yapılış amacını yanlış bilenlerin algılanan stres ve durumluk kaygı düzeyleri, işlemin yapılış amacını bilmeyenlerden daha düşüktür.

6.2. Öneriler

Koroner anjiyografiye girecek hastaların işlem ile ilgili bilgili olma durumlarına göre algılanan stres ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin KAH tanısına sahip olan ve koroner anjiyografi işlemi yapılması planlanan hastalara, stres ve kaygı düzeylerini etkileyen koroner anjiyografi işlemi ile ilgili bilgilerinin özellikleri (işlem ile ilgili bilgi alma durumu, mevcut bilgiye ulaşma yolu, işlemin yapılış şekli ile ilgili mevcut bilgisi, işlemin yapılış amacı ile ilgili mevcut bilgisi vb.) dikkate alarak bakım vermesi,
- Yanlış ve eksik bilgilerin farkında olunması,
- Hemşirelerin sorumluluğu olan hasta bilgilendirmesinin zamanında, açık ve doğru kaynaklarla yapılması,
- Geri bildirim alınması,

- KAG uygulanacak bireylerin stres ve anksiyete düzeylerine yönelik psikososyal girişimlerde bulunulması,
- Hastaların bu konudaki gereksinimlerini belirlemeye yönelik geniş kapsamlı araştırmalar yapılması,
- Farklı yöntemler ile sınınan eğitim çalışmalarını yapılarak hastaların, algılanan stres ve anksiyete düzeylerine etkisinin belirlenmesi önerilir.



KAYNAKLAR

- Abrahamov D, Bhatnagar G, Goldman B. Cerrahi ne zaman endikedir. Editörler: Soltoski PR, Karamaoukian HL, Salerno TA. Çeviri Editörü: Erentug V, Polat A. Kalp Cerrahisi Sırları, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2006; 82-87.
- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset. 2005;407- 463.
- Al Hamarneh YN, Crealey GE, McElnay JC. Coronary heart disease: health knowledge and behaviour. International Journal of Clinical Pharmacy 2011;33(1):111-123.
- Altay B, Aydın Avcı İ. Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki. Turkish Journal of Geriatrics 2009;12(3):147-155.
- Altuntuğ K, Ege E. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. Turkish Journal of Research & Development in Nursing 2013;15(2):45-56.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 5. Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2014;113-128.
- Astin F, Closs SJ, McLenachan J, Hunter S, Priestley C. Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality?. Journal of Advanced Nursing 2009;65(1):72-83.
- Astley CM, Chew DP, Aylward PE, Molloy DA, De Pasquale CG. A randomised study of three different informational AIDS prior to coronary angiography, measuring patient recall, satisfaction and anxiety. Heart, Lung and Circulation 2008; 17(1): 25-32.
- Atalay N. Çevresel Stres ve İmaj İlişisine Fenomenolojik Bir Bakış/A Phenomenological Approach To The Concepts Of" Environmental Stress" And" Image". İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi 2014;13(26):35-48.
- Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2009;12(3):67-73.
- Ay AF. İnsan ve Stres. Temel Hemşirelik; Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, 2. Baskı, İstanbul, Medikal Yayıncılık. 2008; 37-38.
- Aydın Ş. Örgütsel Stres Yönetimi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2004;6(3):49-74.
- Balcı A, Enç N. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel-İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2013;4(5):41-50.

- Balcı A. Çalışanlarda stres kaynakları, stresle başa çıkma yöntemleri ve sağlık sektörü. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 30-47.
- Balcıoğlu İ, Savrun M. Stres ve Hormonlar. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry 2001;2(1):43-50.
- Beckerman A, Grossman D, Marquez L. Cardiac catheterization: the patients' perspective. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care 1995;24(3):213-219.
- Behar-Horenstein LS, Guin P, Gamble K, Hurlock G, Leclear E, Philipose M, Weldon J. "Improving patient care through patient-family education programs." Hospital Topics 2005;83(1):21-27.
- Bekker MHJ, Sherr L, Lawrence J. Agoraphobia: Sex specific stress or sex specific stressors? Women, Health and the Mind 2000;91-114.
- Bernstein SJ, Skarupski KA, Grayson CE, Starling MR, Bates ER, Eagle KA. A randomized controlled trial of information-giving to patients referred for coronary angiography: effects on outcomes of care. Health Expectations 1998;1(1):50-61.
- Bıyık İ. Pratik Kardiyoloji Temel Bilgiler.1. Baskı. İzmir, İzmir Güven Kitabevi. 2008.
- Bradt J, Dileo C. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. Cochrane Database Syst Rev. 2009;2(1):1-77.
- Braham BJ, Diker VG. Stres yönetimi: Ateş altında sakin kalabilmek. 1. Baskı, İstanbul, Hayat Yayınları. 2002; 59-63.
- Budak E. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin Giderilmesinin Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 61-68.
- Buzatto LL, Zanei SSV. Patients' anxiety before cardiac catheterization. Einstein (Sao Paulo) 2010;8(4):483-487.
- Caldwell PH, Arthur HM, Natarajan M, Anand SS. Fears and beliefs of patients regarding cardiac catheterization. Social Science & Medicine 2007;65(5):1038-1048.
- Candan İ, Oral D, Kardiyoloji. 1. Baskı, Ankara, ANTIP A.Ş. 2002; 227-270.
- Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. Van Tıp Dergisi 2011;18(3):147-154.
- Chair SY, Li KM, Wong SW. Factors that affect back pain among Hong Kong Chinese patients after cardiac catheterization. European Journal of Cardiovascular Nursing 2004;3(4):279-285.

- Cin G. Girişimsel Kardiyoloji. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Matbaacılık. 2003;15-27.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1983;24(4):385-396.
- Connolly J.E. The development of coronary artery surgery: personal recollections. *Tex. Heart. Inst. J* 2002;29(1):10-14.
- Corones K, Coyer FM, Theobald KA. Exploring the information needs of patients who have undergone PCI. *British Journal of Cardiac Nursing* 2009;4(3):123-130.
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. 10. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi. 2000; 27-64.
- Çakır A, Çırak S, Çelik E, Kaykaç F. Acıbadem Sağlık Grubunda Çalışan Klinik Eğitim Hemşirelerinin Stres Kaynaklarının Ve Stres İle Baş Etme Yollarının Belirlenmesi. <https://docplayer.biz.tr/23069689-Acibadem-saglik-grubunda-calisan-klinik-egitim-hemsirelerinin-stres-kaynaklarinin-ve-stres-ile-bas-etme-yollarinin-belirlenmesi.html>, 2016. Erişim tarihi: 05.07.2018
- Çevik Ü, Keleş S, Keser M, Reisli İ. Astımlı çocuğu olan ebeveynlere verilen hemşirelik eğitiminin kaygı düzeylerine etkisi. *Genel Tıp Dergisi* 2006;16(2):53-59.
- Dağlar G, Nur N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. *Cumhuriyet Medical Journal* 2014;36(4):429-441.
- Demir Ö. Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 14-21.
- Dickson VV, Riegel B. "Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care." *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2009;38(3):253-261.
- Durna U. Üniversite Öğrencilerinin Stres Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2006;20(1):319-343.
- Ekiz S, Göz F. Koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2005;8(1):20-30.
- Erbil N, Kahraman A.N, Bostan Ö. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(1):10-16.
- Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2005;8(3):1-9.

- Eroğlu Samur, G. Kalp damar hastalıklarında beslenme. http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/c/c_03_kalpdam arhastaliklarindabeslenme.pdf, 2012 Erişim tarihi: 02.03.2018.
- Eski S. Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Bilim Uzmanlığı Tezi, 1999; 54-65.
- Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. In New/Yeni Symposium Journal 2013;51(3):132-140.
- Eyüboğlu C, Őiřli Z, Kartal M. Yaşam döngüsünde yaşlılığın psikolojik boyutu. Turkish Family Physician 2012;3(1):18-22.
- Fuster V, Alexander RW et al. Hurst's The Heart. 10. Baskı. İstanbul, AND Yayıncılık. 2002;1065-1550.
- Gao D, Ning N, Guo Y, Ning W, Niu X, Yang J. Computed tomography for detecting coronary artery plaques: a meta-analysis. Atherosclerosis 2011; 219(2): 603-609.
- Garvin BJ, Moser DK, Riegel B, McKinley S, Doering L, An K. Effects of gender and preference for information and control on anxiety early after myocardial infarction. Nursing research 2003;52(6):386-392.
- Gökgündüz Ö. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilecek eğitimin kaygı düzeylerine etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2005; 14-16.
- Gray HH, Dawkins KD, Morgan JM, Simpson IA. Kardiyoloji Ders Notları. Çeviri: Soyer H. İstanbul, Nobel Kitabevi. 2005; 206-212.
- Greenberg N, Wessely S. Mental health interventions for people involved in disasters: what not to do. World psychiatry 2017;16(3):249-250.
- Griffin BP, Topol EJ. Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı. İkinci Baskı. Çeviri: Yavuz B, Aydemir K. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2007;202-216.
- Guo YH, Zhang WJ, Zhou YJ, Zhao D, Zhou ZM, Zhang H. Study of the relationship between cardiovascular risk factors and severity of coronary artery disease in patients underwent coronary angiography. Zhonghua xin xue guan bing za zhi 2005; 33(5): 415-418.
- Güçlü N. Stres Yönetimi. GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001; 21(1):91-109.
- Gül Aİ, Ede H, Ardahanlı İ, Daar G. Mood and personality changes in the patients undergone coronary angiography/Koroner anjiyoda mizaç ve kişilik değişiklikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2015;16(4):276-283.

- Güler Ö, Çınar S. Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları stresörler ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi (Sempozyum Özel Sayısı) 2010; 253-261.
- Gülmen MK, Meral D. Ani kardiyak ölümler. Editörler: Koç S, Can M. Birinci Basamakta Adli Tıp. İkinci Baskı. 2009; 107-116.
- Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2013;16(1):8-15.
- Güzelsoy D. Koroner Arter Hastalığı Tanısında Nükleer Kardiyoloji Yöntemlerinin Yeri. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji 2003;16(1):23-28.
- Harkness K, Morrow L, Smith K, Kiczula M, Arthur HM. The effect of early education on patient anxiety while waiting for elective cardiac catheterization. European Journal of Cardiovascular Nursing 2003;2(2):113-121.
- Higgins M, Dunn SV, Theobald K. Preparing for coronary angioplasty: the patients' experiences. Australian Critical Care 2001;14(2):64-70.
- İşlegen Ç. derleme: fiziksel aktivite ve koroner kalp hastalıkları risk faktörleri. Spor Hekimliği Dergisi 2007; 42(1):157-180.
- Jafary FH, Aslam F, Mahmud H, Waheed A, Shakir M, Afzal A, Qayyum MA, Akram J, Khan IS, Haque IU. Cardiovascular health knowledge and behavior in patient attendants at four tertiary care hospitals in Pakistan—a cause for concern. BMC Public Health 2005;5(124):1-9.
- Jamshidi N, Abbaszadeh A, Kalyani MN. Effects of video information on anxiety, stress and depression of patients undergoing coronary angiography. Pakistan Journal of Medical Sciences 2009;25(6-2):901-905.
- Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. British Journal of Anaesthesia 2010;104(3):369-374.
- Kalyani MN, Sharif F, Ahmadi F, Iman MT. Iranian patient's expectations about coronary angiography: A qualitative study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2013;18(3):180-185.
- Kaya H, Acaroğlu R, Şendir M, Gültaş S. Nöroşirürji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile baş etme durumuna etkisi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2007;15(59):75-81.
- Kocaman SA, Çetin M, Durakoğlugil ME, Erdogan T, Çanga A, Çiçek Y, Bostan M. The degree of premature hair graying as an independent risk marker for coronary artery disease: a predictor of biological age rather than chronological age. AKD 2012;12(6):457-463.

- Koç M, Haskan Avcı Ö, Bayar Ö. Kadın Toplumsal Cinsiyet Rolü Stresi Ölçeği'nin (KTCRSÖ) Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2017;1(41):284-297.
- Koplay M, Erol C. Koroner Arter Hastalığı. Trd Sem 2013;1:57-69.
- Köllner V, Bernardy K. How to reduce stress and anxiety in patients undergoing cardiac catheterization?. Clinical Research in Cardiology 2006;95(10):511-513.
- Kumbay E. Anjio+PTCA+Strent Endikasyonları. Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Bursa, Özet Kitabı, 2001;45-53.
- Le Compte WA, Öner N. Development of the Turkish edition of the State-trait anxiety inventory. Cross-cultural anxiety 1976;1: 51-67.
- Lee D, Henderson A, Shum D. The effect of music on preprocedure anxiety in Hong Kong Chinese day patients. Journal of Clinical Nursing 2004;13(3):297-303.
- Lenzen MJ, Gamel CJ, Immink AW. Anxiety and well-being in first-time coronary angioplasty patients and repeaters. European Journal of Cardiovascular Nursing 2002;1(3):195-201.
- Libby P, Theroux P. Pathophysiology of coronary artery disease. Circulation 2005; 111(25): 3481-3488.
- Liu G. Cardiac Gating Methods for Coronary Magnetic Resonance Angiography. Philosophy Graduate department of Medical Biophysics University, Toronto, Doctoral dissertation, 2014;10-11.
- Mallika V, Goswami B, Rajappa M. Atherosclerosis pathophysiology and the role of novel risk factors: a clinicobiochemical perspective. Angiology 2007; 58(5): 513-522.
- McCaffrey R, Taylor N. Effective anxiety treatment prior to diagnostic cardiac catheterization. Holistic Nursing Practice 2005;19(2):70-73.
- Mikosch P, Hadrawa T, Laubreiter K, Brandl J, Pilz J, Stettner H, Grimm G. Effectiveness of respiratory-sinus-arrhythmia biofeedback on state-anxiety in patients undergoing coronary angiography. Journal of Advanced Nursing 2010;66(5):1101-1110.
- Mitchell M. Patient anxiety and conscious surgery. Journal of Perioperative Practice 2009;19(6):168-173.
- Moradipanah F, Mohammadi E, Mohammadil AZ. Effect of music on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography. Eastern Mediterranean Health Journal 2009;15(3):639-647.
- Murphy JG, Lloyd M. Mayo Klinik Kardiyoloji. Çeviri: Erol Ç. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2008;54-118.

- Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A, Altay S. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>, Erişim tarihi: 04.03.2018
- Onat A, Sarı İ, Tuncer M, Karabulut A, Yazıcı M, Türkmen S, Doğan Y, Keleş İ, Sansoy V: TEKHARF çalışması takibinde gözlemlenen toplam ve koroner mortalitenin analizi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2004; 32(9): 611-617.
- Onat A. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevelansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. In: Onat A. editor. TEKHARF İstanbul 2005;19-27.
- Onat A. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası. *TKD Arşivi* 2004; 32(9): 596-602.
- Öner N. Durumluk ve sürekli kaygı envanterinin Türk toplumundaki geçerliliği. Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara, 1977; 12-54.
- Öz Alkan H. Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(2):41-47.
- Özdemir Ö, Demir AD, Kütük E. Perkutan koroner anjioplasti sonrası gelişen restenozun ve restenozu etkileyen faktörlerin tedavisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2002;11: 710-718.
- Özer C, Şahin E. M, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci basamakta hasta eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2002;11(1):11-14.
- Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 11.Baskı: Tuna Matbaacılık, Ankara 2008; 24-29.
- Paşalar S. Koroner Kalp Hastalığı. <http://www.wikiyours.com/makale/koroner-kalp-hastaligi#koroner-kalp-hastaligi-patofizyolojisi>. Erişim tarihi: 18.03.2018
- Perski A, Feleke E, Anderson G, Samad BA, Westerlund H, Ericsson CG, Rehnqvist N. Emotional distress before coronary bypass grafting limits the benefits of surgery. *American Heart Journal* 1998;136(3):510-517.
- Qasimi TB. Endoskopi işlemi uygulanacak hastaların işlem öncesi anksiyete düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 30-43.
- Rimmerman CM. Coronary Artery Disease. <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/cardiology/coronary-artery-disease/>. Erişim tarihi: 20.03.2018.
- Rodenwaldt J. Multislice computed tomography the coronary arteries. *Eur Radiol.* 2003; 13(4): 748–757.
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics-2011 update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123(4): 18-209.

- Ruffinengo C, Versino E, Renga G. Effectiveness of an informative video on reducing anxiety levels in patients undergoing elective coronarography: an RCT. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2009;8(1):57-61.
- Saha S, Beach MC. The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: a randomized study using video vignettes. *Patient Education and Counseling* 2011;84(3):386-392.
- Saldamlı A. Otel İşletmelerinde Stres Kaynakları ve Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Beş yıldızlı otellerde bir uygulama. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2000;6(6):288-302.
- Sarı İ, Göktekin Ö. Patient preparation for coronary angiography, techniques of coronary angiography and special angiography applications. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007; 42(3):24-37.
- Selim GM, Fouad H, Ezzat S. Impact of shisha smoking on the extent of coronary artery disease in patients referred for coronary angiography/Koroner anjiyografi önerilen hastalarda nargile içiminin koroner arter hastalığının yaygınlığına etkisi. *AKD* 2013; 13(7): 647-654.
- Seskevich JE, Crater SW, Lane JD, Krucof MW. Beneficial effects of noetic therapies on mood before percutaneous intervention for unstable coronary syndromes. *Nursing Research* 2004;53(2):116-121.
- Sonel A. *Kardiyoloji*. 1. Baskı, Ankara, Semih Matbaacılık. 2002;184-188.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologist 1970;22:1-24.
- Spielberger CD, Reigosa FG, Urritia AM. Development of the Spanish Edition of the State-Trait Anxiety Inventory. *Interamerican Journal of Psychology* 1971;5(4):145-158.
- Steffenino G, Viada E, Marengo B, Canale R. Effectiveness of video-based patient information before percutaneous cardiac interventions. *Journal of Cardiovascular Medicine* 2007;8(5):348-353.
- Stephan W.G, Stephan C.W, Gudykunst W.B. Anxiety in intergroup relations: a comparison of anxiety/uncertainty management theory and integrated threat theory. *Int. J. Intercultural Rel.* 1999;23(4): 613-628.
- Sunbul M, Bozkurt Zincir S, Durmus E, Aydın Sunbul E, Cengiz FF, Kivrak T, Samadov F, Sari I. Anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2013;23(4):345-352.
- Şatıroğlu Ö, Vural M, Bostan M, Bozkurt E. Patient's knowledge level and expectations about coronary angiography. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38(3):278-281.

- T.C. Sağlık Bakanlığı 2016. Hasta Hakları Yönetmeliği. <http://getatportal.saglik.gov.tr/TR,8468/hasta-haklari-yonetmeliği.html>. Erişim tarihi: 10.05.2018.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2010. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014), Ankara. http://file.tkd.org.tr/pdfscop/turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_programi2010_2014.pdf, Erişim tarihi: 04.03.2018.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2014. Anjiyo Rehberi. <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/121,anjiyo-rehberipdf.pdf?0>. Erişim tarihi: 12.06.2018.
- Tanrıverdi B, Tetik S. Aterosklerozun patofizyolojisi ve risk faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal* 2017;21:1-9.
- Taylor KL, Shelby R, Kerner J, Redd W, Lynch J. Impact of undergoing prostate carcinoma screening on prostate carcinoma-related knowledge and distress. *Cancer*. 2002;95(5):1037-1044.
- Thomas JD. Kardiyovasküler Görüntüleme. Topol E. (Editör) in *Textbook of Cardiovascular Medicine*. 1. Baskı. İstanbul, Düzey Matbaa. 2005;1031-1295.
- Thomson PD. Koruyucu Kardiyoloji. Topol E. (Editör) in *Textbook of Cardiovascular Medicine*. 1. Baskı. İstanbul, Düzey Matbaa. 2005;1-257.
- Tokgözoğlu L, Pehlivanoglu S, Kültürsay H, Oğuz A, Damcı T, Şenocak M, Yusuf M, & Vascular Risk Study Group. Which patients have the highest cardiovascular risk? A follow-up study from Turkey. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2005; 12(3): 250-256.
- Topol J. *Textbook Of Cardiovascular Medicine*. Çeviri: Kozan Ö. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2008;114-136.
- Trotter R, Gallagher R, Donoghue J. Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2011;40(3):185-192.
- Türe M, Kurt İ, Kürüm T. Analysis of intervariable relationships between major risk factors in the development of coronary artery disease: a classification tree approach/Koroner arter hastalığı gelişiminde major risk faktörlerinin birbirleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi: Bir sınıflandırma ağacı yaklaşımı. *The Anatolian Journal of Cardiology* 2007; 7(2): 140-146.
- Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) 2007. Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu. http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/ulusal/2007_perkutan_koroner_valvuler_girisimlerde_hemsirelik_bakim_kilavuzu.pdf, 2007. Erişim tarihi: 18.06.2018

- Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) 2004. Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu. http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/ulusal/2004_perkutan_koroner_valvuler_girisimlerde_hemshirelik_bakimkilavuzu.pdf, 2004. Erişim tarihi: 18.06.2018
- Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) 2002. koroner kalp hastalığı korunma ve tedavi kılavuzu. <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm>, Erişim tarihi: 04.03.2018
- Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul, Yenilik Basımevi 2000;7-11.
- Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 3(4): 223-231.
- Uzun Ö. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000;3(2):36-45.
- Vural G. Hasta Hakları. *Kriz Dergisi* 1993;3(1-2):41.
- WHO 2017. Ageing and Life Course. <https://www.who.int/ageing/en/>. Erişim tarihi: 18.11.2018
- Yağcı B. Stres Yüklenmesi ve Hemşirelik Bakımı. <https://kadinvehastaliklari.com/stres-yuklenmesi-ve-hemshirelik-bakimi/> 2018. Erişim tarihi: 02.07.2018
- Yel P. Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi*, 2009; 62-63.
- Yıldırım İ. Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1991;6:175-189.
- Yıldırım N, Arat N, Doğan MS, Sökmen Y, Özcan F. Comparison of traditional risk factors, natural history and angiographic findings between coronary heart disease patients with age < 40 and [greater than or equal to] 40 years old. *The Anatolian Journal of Cardiology* 2007;7(2):124-128.
- 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.
- Yılmaz M. Öğrenme ve Bilgi İlişkisi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009; 29(1):173-191.
- Yılmaz MB, Turgut OO, Yılmaz A, Karadaş F, Özyol A, Kendirlioğlu Ö, Bektaşoğlu G, Tandoğan İ. Evaluation of the patients' level of about diagnostic and therapeutic procedures in cardiology. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2006;34(5):298-303.

- Yılmaz Z, Murat M. İlköğretim okulu yöneticilerinin iş doyumları ile örgütsel stres kaynakları arasındaki ilişki. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2008;8(2):203-222.
- Yılmaz MB, Biyikoglu SF, Guray Y, Karabal O, Caldir V, Cay S, Sahin O, Sasmaz H, Korkmaz S. Level of awareness of on-treatment patients about prescribed statins. Cardiovasc Drugs Ther 2004;18(5):399-404.
- Yılmaz MB, Pinar M, Naharci I, Demirkan B, Baysan O, Yokusoglu M, Erinc K, Tandogan I, Isik E. Being well-informed about statin is associated with continuous adherence and reaching targets. Cardiovasc Drugs Ther 2005;19(6):437-440.
- Yusoff M. S. B. Stress, stressors and coping strategies among secondary school students in a Malaysian government secondary school: Initial findings. ASEAN Journal of Psychiatry 2010;11(2):1-15.
- Zipers DP, Libby P, Bonow Braunwald E. Hastanın Mayenesi. Braunwald Kalp Hastalıkları. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2007;107- 457.

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Yrd. Doç. Dr. Serap GÜLEÇ ve Ercan TUNÇ tarafından yürütülen “Koroner Anjiyografiye Girecek Hastaların İşlem İle İlgili Bilgili Olma Durumlarının Stres Ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; yapılacak işlem hakkında hastalardaki bilgi düzeyi ile stres ve anksiyete durumları arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını saptamaktır. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 140 kişi katılacaktır! Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün sorulan eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ercan.tunc@omu.edu.tr e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı:

Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma yapılacak işlem hakkında hastalardaki bilgi düzeyi ile stres ve anksiyete durumları arasında herhangi bir ilişki olup olmadığının değerlendirilmesini araştırmayı amaçlamaktadır. Araştırmanın hedefine ulaşabilmesi için vereceğiniz cevaplardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Verdiğiniz kişisel bilgiler ve cevaplar **kesinlikle gizli tutulacak** ve araştırmayı yürüten araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ercan TUNÇ

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın

3. Eğitim durumunuz:

1) Okur-yazar değilim 2) İlköğretim 3) Ortaöğretim 4) Lisans 5) Lisansüstü

4. Aylık gelir durumunuz:

1) 1500 TL altı 2) 1500-3000 TL arası 3) 3000 TL üstü

5. Yaşadığınız yer: 1) İl merkezi 2) İlçe 3) Köy

6. Yakınızdaki koroner anjiyografi işlemi uygulanan kişiler var mı?

1) Evet 2) Hayır

7. Koroner anjiyografi işlemi ile ilgili herhangi bir yerden bilgi aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

8. Evet ise bu bilgiye hangi yoldan ulaştınız?

1) Sağlık personelinden 2) Yakınımdan 3) İnternette 4) Diğer.....

9. Koroner anjiyografi işlemi nasıl yapılmaktadır?

1) Ameliyat işlemi ile 2) Damar içi kullanılan aletler ile 3) Diğer.....

4) Bilmiyorum

10. Koroner anjiyografi işlemi ne amaçla yapılmaktadır?

1) Kalp damarlarının açılması için

2) Kalbimde tıkalı bir damar olup olmadığını saptamak için

3) Diğer.....

4) Bilmiyorum

Ek 3. Algılanan Stres Ölçeği

Algılanan Stres Ölçeği

Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok Sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

Ek 4. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI - D)

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

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda 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	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunuz	(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)

Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI- 2)

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin. kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğimi kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)

31	Her şeyi ciddiye alırım ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hızlımlı hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 5. Etik Kurul



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1028-1335

29.12.2017

Sayın Yrd.Doç. Dr Serap SEZGİN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Koroner Anjiyografiye Girecek Hastaların İşlem İle İlgili Bilgili Olma Durumlarının Stres ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2017/261 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 22.06.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 6. Kurum İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : 15374210-730.08.03-E.87912
Konu : Ercan TUNÇ'un Çalışma İzni Hk.

07/09/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06/09/2017 tarihli ve 93771576-730.08.03-E.87444 sayılı yazımız.

Enstitünüz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ercan TUNÇ'un, "Koroner Anjiyografiye Girecek Hastaların İşlem İle İlgili Bilgili Olma Durumlarının Stres ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi" konulu tezi ile ilgili çalışmayı hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

Ek 7. Algılanan Stres Ölçek İzni

The screenshot shows an email client interface for Ondokuz Mayıs University. The main window displays an email titled "algılanan stres ölçeği izni hakkında" (Regarding the stress scale permission). The email content is as follows:

teşekkür ederim hocam iyi çalışmalar dilerim..

Kimden: meskin
Kime: Ercan Tunc
8 Haziran 2017 10:21

Ercan Bey,
Kullanabilirsiniz, başarılar.
M. Eskin

Mehmet Eskin, professor of psychology
Adnan Menderes University, Faculty of Medicine
Department of Psychiatry
Aydın, Turkey

Alıntı yapılan metni göster - Yanıtla - Tümüne Yanıt Ver - İlet - Daha Fazla İşlem

Kimden: Ercan Tunc
Kime: meskin, eskin mehmet
6 Haziran 2017 9:45

Merhaba sayın hocam,

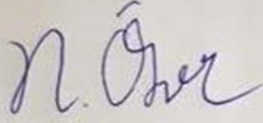
Ben, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım ve aynı anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız "Algılanan Stres Ölçeği"ni "Koronar Anjiyografiye Girecek Hastaların İşlem ile İlgili Bilgili Olma Durumlarının Stres ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi" adlı tez konumda izniniz dahilinde kullanmak istiyorum. Bu hususta geri dönüşünüz beni mutlu edecektir. Saygılarımla...

Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

Ek 8. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği İzini

8.6.2017

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında Araştırma Görevlisi olarak görev yapan Ercan TUNÇ'un, Koroner Anjiyografiye Girecek Hastaların İşlem İle İlgili Bilgili Olma Durumlarının Stres ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi" konulu tezinde "Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'ni" ni kullanmasına izin veriyorum.



Necla Öner

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ercan TUNÇ

Doğum Yeri: Fatih/İstanbul

Doğum Tarihi: 12. 06. 1989

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu:

Malatya Fatih Lisesi (2003-2007)

İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu (2008-2012)

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Koroner Anjiyo Ünitesi- Hemşire
(2013-2016)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü-
Araştırma Görevlisi (2016-Halen)

e-posta: ercan.tunc@omu.edu.tr

