LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARIN KONFOR VE KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Nazire ALTINTAŞ

EYLÜL, 2023

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARIN KONFOR VE KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Nazire ALTINTAŞ

DANIŞMAN

Doç.Dr. Meltem MERİÇ

EYLÜL, 2023

ONAY

ONAY

Tez Başlığı: "Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi"

Tezi Hazırlayan: Nazire ALTINTAŞ

Tez Savunma Tarihi: 12.09.2023

Üye (Jüri Başkanı): Unvanı, Adı SOYADI

Anabilim Dalı, Bölüm, Fakülte, Üniversite,

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır.

Üye:

Anabilim Dalı, Bölüm, Fakülte, Üniversite,

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır

Üye:

Anabilim Dalı, Bölüm, Fakülte, Üniversite,

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Xxxxx Xxxxxxxx

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Lokman Hekim Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm.

Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

( ) Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

( ) Tezimin/Raporumun ……. tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

( ) Tezimin/Raporumun…… tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

( ) Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

…./…./….

İmza

Nazire ALTINTAŞ

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, tez çalışmamda bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları bilimsel etik kurallar gözeterek ifade ettiğimi ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim (...../...../.....).[3]

Nazire ALTINTAŞ

İmza:[4]

3 Tezin enstitüye teslim edildiği günün tarihi yazılır.

4 Tez enstitüye teslim edildiği gün imzalanır.

ÖZET

KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARIN KONFOR VE KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Nazire ALTINTAŞ

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Doç. Dr. Meltem MERİÇ

Ankara, Eylül, 2023

Bu araştırma koroner anjiyografi uygulanan hastaların konfor ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini 01/04/203-01/06/2023 tarihleri arasında Lokman Hekim Üniversitesi Ankara Hastanesinde koroner anjiyografi uygulanan, 18 yaşından büyük, herhangi bir iletişim problemi olmayan, koroner anjiyografi sonrası immobil dönemde olan 150 hasta oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği (İKÖ) kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veriler SPSS 22 programıyla analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma ile hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Araştırma sonucunda hastaların ölçek toplam puan ortalamaları "durumluk kaygı" 42,820±8,113, "sürekli kaygı" 36,053±5,871 ve "konfor" 73,533±11,451 olarak saptanmıştır. SKÖ ile DKÖ pozitif yönde zayıf, İKÖ ile DKÖ arasında negatif yönde yüksek, İKÖ ve SKÖ arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak konfor düzeyindeki toplam değişim %53,6 oranında durumluk kaygı ve sürekli kaygı tarafından açıklanmakta olup, durumluk kaygı konfor düzeyini azaltmakta, sürekli kaygı konfor düzeyini etkilememektedir. Hemşirelerin, hastaların kaygılarının konfor düzeyini etkileyeceğinin farkında olması ve buna yönelik olarak hastaların kaygılarını azaltacak hemşirelik girişimlerini uygulamaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koroner Anjiyografi, Kaygı, Konfor, Konsültasyon Liyezon Hemşireliği

ABSTRACT

DETERMINATION OF COMFORT AND ANXIETY LEVELS OF PATIENTS UNDERGOING CORONARY ANGIOGRAPHY

Nazire ALTINTAŞ

Master Thesis

Institute of Health Sciences

Department of Nursing

Thesis Supervisor Assoc. Prof. Dr. Meltem MERİÇ

Ankara, September, 2023

This study was undertaken with the aim of ascertaining the degrees of comfort and anxiety experienced by individuals undergoing coronary angiography. The study sample encompassed 150 subjects who underwent coronary angiography procedures at Lokman Hekim University Ankara Hospital during the period from April 4, 2023 to June 6, 2023. Inclusion criteria comprised an age exceeding 18 years, absence of communication impediments, and post-procedure immobility subsequent to coronary angiography. The data collection instruments employed encompassed the Personal Information Form, the State Anxiety Scale (SAS), the Trait Anxiety Scale (TAS), and the Immobilization Comfort Scale (ICS).The data employed in this study were subjected to analysis using SPSS 22 software. Statistical measures such as count, frequency, percentage, mean, and standard deviation were employed in the assessment of the data. Additionally, independent groups t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), and post hoc analyses (Tukey, LSD) were implemented to scrutinize the disparities in scale gradations relative to patients' characteristic descriptors. The mean cumulative scores across the scales for the subjects were as follows: "state anxiety" scored at 42.820±8.113, "trait anxiety" at 36.053±5.871, and "comfort" at 73.533±11.451. Notably, discerned were a weakly affirmative correlation between SAS and TAS, a significantly robust negative correlation between ICS and TAS, as well as a feeble negative correlation between ICS and SAS.Consequently, the entirety of variance in the comfort level was accounted for by state anxiety and trait anxiety at 53.6%. State anxiety was found to be inversely proportional to comfort level, whereas trait anxiety displayed no discernible impact on comfort levels. This underscores the importance for nurses to be cognizant of the potential influence of patients' anxiety on their comfort levels to mitigatetheir anxiety.

Keywords: Coronary Angiography, Anxiety, Comfort, Consultation Liaison Nursing

TEŞEKKÜR

Çalışmamda benden bilgisini, emeğini, yardımlarını ve sosyal desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve her zaman yanımda olan çok değerli tez danışmanı hocam Doç.Dr. Meltem Meriç'e,

Sevgilerini, anlayışlarını, sabırlarını, desteklerini her daim yanımda hissettiğim babam Hasan Altıntaş'a, annem Yasemin Altıntaş'a ve kardeşim Rumeysa Altıntaş'a,

Çok sevgili Lokman Hekim Ankara Hastanesi hemşireleri başta olmak üzere tüm hastane çalışanlarına,

Bu çalışmamda beni yalnız bırakmayarak çalışmama katılan bütün hastalara sonsuz şükranlarımı sunuyorum…

İÇİNDEKİLER

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYAN……..... iii

ETİK BEYAN…….. iv

ÖZET……..... v

ABSTRACT……..... vi

TEŞEKKÜR……..... vii

İÇİNDEKİLER……..... viii

TABLOLAR
LİSTESİ……..... xi

KISALTMALAR LİSTESİ…….. xiii

1.GİRİŞ……..... 1

2.GENEL BİLGİLER……... 4

2.1 Koroner Arter Hastalığı……. 4

2.1.1 KAH Risk Faktörleri……. 5

2.1.1.1 Değiştirilemez Risk Faktörleri……. 5

2.1.1.2 Değiştirilebilir Risk Faktörleri…….. 5

2.1.1.3 Yeni Risk Faktörleri…… 6

2.1.2 Koroner Arter Hastalığının Tanı Yöntemleri……... 7

2.1.3 Koroner Arter Hastalığında Tedavi Yöntemleri…….. 7

2.2 Koroner Anjiyografi ……. 8

2.2.1 Koroner Anjiyografi (KAG) Endikasyonları…… 8

2.2.2. Koroner Anjiyografinin Kontraendikasyonları…… 8

2.2.3 Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları…….. 9

2.2.4 Koroner Anjiyografi ve Hemşirelik Bakımı……. 9

2.2.4.1 Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Bakımı……. 9

2.2.4.2 Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Bakımı……. 10

2.2.4.3 Koroner Anjiyografi Sonrası Hemşirelik Bakımı…… 11

2.2.4.4 Koroner Anjiyografi Sonrası Taburculuk Eğitimi…….. 12

2.3 Kaygı…….. 13

2.3.1 Kaygı Düzeyleri…… 14

2.3.2 Kaygının Belirtileri…… 14

2.4 Konfor. ……. 15

2.4.1 Konfor Kuramı…….. 16

2.4.1.1 Konfor Kuramının Düzeyleri…….. 16

2.4.1.2 Konfor Düzeyinin Boyutları……. 16

2.4.1.2.1 Fiziksel Konfor…….. 16

2.4.1.2.2 Psikospiritüel konfor…….. 16

2.4.1.2.3 Çevresel konfor…… 16

2.4.1.2.4 Sosyokültürel konfor…… 16

2.4.2 Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Kaygı, Konfor ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü…… 17

3.GEREÇ VE YÖNTEM…… 21

3.1 Araştırmanın Türü…… 21

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman…… 21

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……. 21

3.4 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri…… 23

3.5 Veri Toplama Araçları……. 23

3.5.1 Kişisel Bilgi Formu…… 23

3.5.2 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği…… 23

3.5.3 İmmobilizasyon Konfor Ölçeği…….. 24

3.6 Araştırmanın Uygulanması……. 24

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi……. 24

3.8 Araştırmanın Etik Boyutu…… 24

4. BULGULAR…… 25

5.TARTIŞMA…….. 34

6.SONUÇ VE ÖNERİLER……. 39

7.KAYNAKÇA……... 42
8. EKLER……. 57

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Normal Dağılım Tablosu……. 24

Tablo 4.1. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri……. 25

Tablo 4.2. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların DKÖ, SKÖ ve İKÖ Puan Ortalamaları…….. 27

Tablo 4.3. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların DKÖ, SKÖ ve İKÖ Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı …….. 28

Tablo 4.4. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Kaygı ve Konfor Puanları Arasında Korelasyon Analizi……. 33

Tablo 4.5. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygının Konfor Toplam Üzerine Etkisi……... 34

ŞEKİLLER LİSTESİ

22

Şekil 1. Güç Analizi Grafiği……..

KISALTMALAR LİSTESİ

ACC/AHA	Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım Kılavuzu
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CRP	C-reaktif protein
DKÖ	Durumluk Kaygı Ölçeği
DKY	Dekompanse Kalp Yetmezliği
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	Elektrokardiyografi
EKO	Ekokardiyografi
HT	Hipertansiyon
İKÖ	İmmobilazyon Konfor Ölçeği
KABC	Koroner arter bypass grefti
KAG	Koroner Anjiyografi
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MI	Miyokard enfarktüsü
MPS	Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi
SKÖ	Sürekli Kaygı Ölçeği
TDK	Türk Dil Kurumu
TKD	Türk Kardiyoloji Derneği
TEE	Transözefagal Ekokardiyografi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

TSH	Tiroid Stimülan Hormon
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

Koroner arter hastalığı (KAH) hem Türkiye'de hem de dünyada önemli bir sağlık sorunu olmasından dolayı ölüm nedenleri arasında ilk sırada bulunmaktadır (WHO, 2021). Koroner arter hastalığının tanısı ise invaziv ve noninvaziv (invaziv olmayan) tanı işlemleri ile konulabilmektedir. Non invaziv (girişimsel olmayan) tanı yöntemleri; laboratuvar testleri, efor testi, nükleer kardiyolojik yöntemler, elektrokardiyografi (EKG) ve ekokardiyografi (EKO) gibi yöntemlerdir. İnvaziv yöntemlerde ise güvenilirliğinden dolayı en sık kullanılan koroner anjiyografidir. Bu nedenle hem tedavi hem de tanı amaçlı kullanılabilmektedir. Koroner anjiyografi (KAG); kalbin boşluklarından birine ya da pulmoner artere yerleştirilen bir kateter aracılığı ile verilen radyoopak madde sayesinde kalp damarlarının düzenli ve seri olarak görüntülenmesidir (Ağçal ve Tanrıverdi, 2003). Koroner anjiyografi işlemi sıklıkla radial, brakial ve femoral arterler kullanılarak uygulanmaktadır. Yapılan her invaziv girişimin bazı riskleri olduğunu varsayarsak koroner anjiyografi işleminden dolayı da bazı komplikasyonları görmek mümkün olabilmektedir. İnme, miyokard enfarktüs (MI) ve ölüm KAG' nin majör komplikasyonları (Agostoni, Biondi ve Benedictis, 2014) iken büyük damarların diseksiyonu, aritmi, emboli, fistül, hematom, kanama, radyo opak maddeye karşı gelişen alerjiler, femoral sinir felci gibi durumlar ise diğer komplikasyonların içinde yer almaktadır. Ayrıca yapılan işlemin hayati organlardan biri olan kalp ile ilişkili olması, ölüm, bilinmezlik korkusu ve ağrının fazla hissedilebilme ihtimali nedenleriyle hastalar için endişe verici bir konu olmaya devam etmektedir (Özlü ve diğerleri, 2022).

Konfor, hastanede yatan bir birey için oldukça önemli olup rahatlamak, ferahlamak ve sorunları çözümlemek için insanların temel gereksinimlerinin yerine getirilebilmesini kapsamaktadır. İnvaziv girişimler; fiziksel, duygusal ve kognitif değişimlere sebebiyet verdiği için hastaların konforu da etkilenebilmektedir. KAG uygulanan hastalarda immobilizasyon dönemi uzun sürdüğü için hastaların konforu bozulabilmekte ve hastalar kendilerini huzursuz hissedebilmektedirler. Bu yüzden hastalar immobil oldukları dönemde sağlığını kötü yorumlayarak kaygı duygusu yaşamaya başlamaktadırlar (Agostoni, Biondi ve Benedictis, 2014). Konfor, bireyin fiziksel, psikolojik, zihinsel, spiritüel ve sosyal rahatlığını da kapsayan bütün olarak ele alınması gereken karmaşık olması öngörülen bir durum olarak ifade edilmektedir.

Holistik hemşirelik bakımının, kronik rahatsızlığı olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve konfor düzeylerini artırmak için önemli olduğu savunulmaktadır. KAG sonrası bireyin konforunu olumsuz etkileyen en önemli nedenlerden biri olarak hastanın uzun süre yatakta supine pozisyonunda kalması olduğu belirtilmiştir. Çünkü hasta supine pozisyonundayken boşaltım, beslenme, hareket ve uyku düzeni gibi yaşamsal faaliyetleri etkilenerek hastanın güç kaybı, anksiyete, ağrı ve hissizlik gibi durumlarla karşılaşmasına neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada femoral arterden işlem yapılan hastaların işlem sonrasında yatakta hareketsiz kalmasının hastada anksiyete, yorgunluk, halsizlik, uyku düzeninde bozulma ya da uykuyu sürdürememe gibi problemler ile karşılaşılabilindiği ve bu yüzden hastanın konforunun bozulduğu belirtilmektedir (Hiçermez ve Enç, 2021).

KAG' de hemşirelik bakımı; koroner anjiyografi işlem öncesi bakımı, işlem sırası bakımı, işlem sonrası bakımı ve taburculuk eğitimini kapsamaktadır. Koroner anjiyografi işlem öncesi bakımı hastanın bilgilendirilmesi ve hastanın işleme hazırlanmasını kapsıyor iken işlem sonrası hemşirelik bakımı hastanın yatağına alınarak monitörize edilmesi ve yaşam bulgularının takibini kapsamaktadır. Koroner anjiyografi işlemi yapılan hastalarda işlem femoral arter kullanılarak yapıldıysa hasta sırt üstü pozisyonda ve düz bir şekilde yatması gerektiği, radial ya da brakial arter kullanılarak yapıldıysa ise hasta kolunu kalp seviyesinin üzerinde tutması gerektiği ile ilgili bilgi verilmelidir. İşlemde kullanılan girişim yeri hematom, şişlik ve kanama yönünden dikkatli bir şekilde kontrol edilmelidir. Dolaşım kontrolü ve periferik nabız kontrolü ile kanama belirtileri dikkate alınmalıdır. Hastanın tanımladığı göğüs ağrısı ve monitörde gözlemlenebilen nabız ritmi yakından takip edilmelidir. Hastanın işlem sonrası uygun miktarda sıvı alımı desteklenerek aldığı çıkardığı sıvı miktarına dikkat edilmelidir.

Koroner anjiyografi sonrası yoğun bakıma ya da yataklı hasta servisine yatışı yapılan hastaların minimum 4-6 saat sırt üstü yatması, hastaların kendi ihtiyaçlarını karşılayamaması, geçmeyen sırt ve göğüs ağrısı tanımlaması, mide bulantısı tariflemesi gibi durumları içerdiği için anksiyetesi artıp konfor alanından uzaklaşmış olmalarına neden olabilmektedir. Hastaların içinde bulunduğu bu immobil dönemde hemşireler, konfor kavramını bilerek hastanın ihtiyaçlarını algılayıp buna göre hemşirelik bakımını sağlamalıdırlar. Hastane ortamında hastanın ağrısını giderilmeli, fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada ona yardımcı olunmalı, hastanın sorularını

cevaplayarak herhangi bir belirsizliğin oluşmasına engel olunmalı , sakin bir ses tonuyla basit cümleler kullanılarak hastanın konforunun oluşmasına yardımcı olunmalıdır. Böylece immobil olan hastanın gereksinimleri karşılanır ve hasta etkin bir bakım süreci geçirmiş olur. Çünkü hastaların konfor düzeyi azaldıkça hemşirelere karşı öfkeli ve saldırgan davrandıkları belirtilmektedir (Hiçermez ve Enç, 2021). Bireyin konforunun sağlanamaması bireyin kendisini huzursuz hissetmesine ve çeşitli düzeylerde kaygı duygusu yaşayabilmesine neden olmaktadır. Meydana gelen kaygı ise bireyin durumuna uyumunu zorlaştırırken hayat kalitesini azaltarak hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtını etkilemesine neden olmaktadır (Zengin, 2010). Koroner anjiyografi yapılan hastalarda uzun süren immobilizasyon döneminde konforun bozulması nedeniyle hastalar kendini huzursuz hissederek immobil oldukları dönemde sağlıklarını kötü yorumlayarak kaygı duygusunu yoğun hissetmektedirler (Hiçermez ve Enç, 2021). Bu nedenle koroner anjiyografi uygulanan hastaların immobilize oldukları dönemde kaygı, konfor düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin ortaya konulmasının; bu faktörleri azaltacak girişimlerin planlanmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmanın amacı, koroner anjiyografi uygulanan hastaların konfor ve kaygı düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Bu araştırmanın soruları şu şekildedir:

- Koroner anjiyografi uygulanan hastaların durumluk kaygı düzeyleri nedir?
- Koroner anjiyografi uygulanan hastaların sürekli kaygı düzeyleri nedir?
- Koroner anjiyografi uygulanan hastaların konfor düzeyleri nedir?
- Koroner anjiyografi uygulanan hastaların konfor ve durumluk/sürekli kaygı düzeyleri tanıtıcı özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
- Koroner anjiyografi uygulanan hastaların durumluk/sürekli kaygı düzeyleri ve konfor düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Koroner Arter Hastalığı (KAH)

Kanı damarlardan tüm vücuda pompalayan dolaşım sisteminin en önemli yapısı kalp olup kalp kası ve miyokardın beslenmesini, koroner arterler yoluyla taşınan besin ve oksijen ile sağlanmaktadır. Kalpte besledikleri bölgelere göre isimleri farklılık gösteren sağ ve sol olmak üzere iki büyük koroner arter bulunmaktadır. Hayati önem taşıyan bu koroner arterlerin zarar görmesi, tıkanması ya da esnekliğini kaybetmesi sonucu oluşan hastalıklar, koroner arter hastalığı (KAH) olarak tanımlanmaktadır (Ahraz, 2018; Erdoğan, 2017).

Koroner arter hastalığı ülkemiz ve tüm dünya için önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2021 verilerine göre, 2019 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı 17 milyon erken ölümün (70 yaş altı) %38'i kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmış olup, bu ölümlerin de %85'i kalp krizi ve inme nedeniyle gerçekleşmiştir (DSÖ, 2021).

Türkiye'de 2023 haziran ayında yayınlanan TÜİK Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2022 verilerine göre, ölümlerin nedenleri arasında %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almakta; bu ölümlerin ise %42,3'ünün iskemik kalp hastalıklarından kaynaklandığı bildirilmektedir (TÜİK, 2023).

2.1.1 KAH Risk Faktörleri

KAH'nın çoğu, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve obezite, tütün ya da zararlı madde kullanımı gibi davranışsal risk faktörlerinin ele alınmasıyla önlenebilmektedir ve bu risk faktörleri ikiye ayrılmaktadır (DSÖ, 2021). Ancak risk faktörlerine yeni olarak C-reaktif protein (CRP), homosistein, Lp (a), fibrinojen ve düşük dansiteli lipoprotein partikülleri eklenmiştir (Tavlı ve Pekel, 2011; American Heart Association, 2015). Yapılan araştırmalar KAH risk faktörleri için bilgi düzeyleri ve farkındalıklarının arttırılması hastalık oluşumunu engellemede ya da geciktirmede önemli bulunmuştur. Çünkü bireylerde KAH risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmaması hastalığa karşı tutumlarını da etkilemiştir (Ahmed ve diğerleri, 2013).

2.1.1.1 Değiştirilemez Risk Faktörleri

Değiştirilemez risk faktörleri; yaş ve cinsiyet, ırk, aile öyküsü ve kalıtımdır. Yaş ve cinsiyet; bireyde yaşın ilerlemesi ile birlikte KAH riski de artmaktadır. Yapılan bir araştırmada kalp hastalıklarının herhangi bir yaşta başlamasına rağmen belirgin bir şekilde 40 yaşından sonra arttığı belirtilmiştir (Centers for Disease Control and Prevention, 2023). Başka bir çalışmada ise özellikle 60 yaşın altındaki genç hastalarda cinsiyete bağlı mortalite farklılıklarına ulaşılmış ve her iki cinsiyet arasındaki bu mortalite farklılıklarının azaldığı belirtilmiştir (Cenko ve diğerleri, 2018). Irk; KAH' da morbidite ve mortalitesi yüksek olan etnik gruplar Siyahlar, Hispanikler, Latinler ve Güneydoğu Asyalılar olarak bildirilmiştir (Carnethon, 2017).

Aile öyküsü ve kalıtım ise; ailede KAH öyküsü kardiyovasküler hastalık gelişimi için bir risk faktörüdür. Yapılan aile temelli ve epidemiyolojik çalışmalarda KAH' da genetiğin rolü %40-60 arasındadır. Yapılan bir çalışmada polimorfizmlerinin mikro dizilerinin mevcudiyeti, KAH için 33 genetik risk varyantının bulunmasına neden olmuştur. Bunlardan 23 tanesi bilinmeyen nedenlerle KAH' na yol açarken 10 tanesinin lipidler ve hipertansiyon (HT) ile alakalı olduğu belirtilmiştir (Roberts ve Stewart, 2012).

2.1.1.2 Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Değiştirilebilir risk faktörleri; sigara kullanımı, hipertansiyon (HT), diyabet (DM), hiperlipidemi, obezite, sedanter yaşam ve strestir. Sigara kullanımı; yapılan araştırmalarda sigara içen bireylerde; periferik arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı, inme ve aort anevrizması görülme sıklığının yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle sigara kullanımı önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Eray, Set ve Ateş, 2018). Hipertansiyon (HT); yapılan araştırmalarda dengede tutulabilen kan basıncı değerlerinin koroner arter hastalığından korunmak için çok önemli bir faktör olduğu savunulmuştur (Kaya, 2014). Diyabet (DM); yapılan araştırmalarda diyabetli erişkin hastalarda kalp hastalığı oranının, diyabeti olmayan hastalara göre erkeklerde 2.5 kat, kadınlarda ise 2.4 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Onat ve diğerleri, 2013; Mozaffarian ve diğerleri, 2015). Hiperlipidemi; kan kolesterolünün yüksek olması inme riskini ve kalp krizi riskini arttırmaktadır. 40 yaşındaki bir erkekte yüksek serum

kolesterolünün %10 azalmasının 5 yıl içinde kalp hastalığı riskininin %50 azalmasına sebep olduğu belirtilmiştir (DSÖ, 2011). Obezite; obezitede aterojenik trans yağ asitlerini içine alarak hidrojenize bitkisel yağların fazla alınımı ve beraberinde görülen bitkisel besinlerin tüketiminin azalması olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Ercan ve Nehir El, 2014). Sedanter yaşam; hareketsiz yaşam risk faktörü oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmada, Tip 2 diyabeti bulunan kişilerde kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyi yüksek olmasına rağmen bireylerin adım sayılarının düşük olması ve bu nedenle bireylerde fiziksel aktivitenin arttırılması için uygulamaların amaçlanması gerektiği savunulmuştur (Bozdemir Özel ve diğerleri, 2021). Stres ise; yapılan bir çalışmada KAH hastalarında stres, risk faktörü olarak anlamlı bulunmuş ve KAH hastalarının stres seviyelerinin de yüksek olduğu belirtilmiştir (Kurd ve diğerleri, 2014).

2.1.1.3 Yeni Risk Faktörleri

Fibrinojen ve fibrin D-dimer; yapılan bir araştırmada pulmoner emboli tespit edilmeyen ancak D-dimer pozitif olan hastaların ileri tetkik ve tedavilerinin yapılması gerektiği düşünülmüştür (Çıkrıklar ve Kurtoğlu, 2021). C-reaktif protein (CRP); en yaygın düşük dereceli sistemik inflamasyonun göstergesi CRP' dir. Dolaşımdaki CRP konsantrasyonları demografik ve çevresel faktörlerden etkilenebilmektedir (Myburgh ve diğerleri, 2018). Yapılan bir araştırmada dolaşımda bulunan CRP konsantrasyonunu etkileyen diyet alımı ile CRP tek nükleotid polimorfizmleri arasında etkileşimler gözlemlenmiştir (Nienaber Rousseau ve diğerleri, 2014). Homosistein; vücut dolaşım sisteminde yüksek düzeyde homosisteinin bulunması, venöz ve ateroskleroz tromboembolizm ile bir ilgisinin olduğunu ortaya çıkarmıştır (Yıldırım Yaraoğlu, 2013). Lipoprotein (a); KAH'ın ilerlemesi ve yüksek kapak kalsifikasyonu ile ilişkili olarak lipoprotein (a) ve oksitlenmiş fosfolipidlerin etkisi olduğu bulunmuştur (Zheng ve diğerleri, 2019). Hormon replasman tedavisi; tiroid kanseri hastalarının kardiyovasküler riski değerlendirilirken tiroid stimülan hormon (TSH) baskılanmasının postoperatif 1-5 yılda artmış olmasının kardiyovasküler risk ile ilişkili olduğu savunulmuştur (Park ve diğerleri, 2018)

2.1.2 Koroner Arter Hastalığının Tanı Yöntemleri

KAH'nda tanı konması için invaziv (girişimsel) veya non invaziv (girişimsel olmayan) yöntemler bulunmaktadır. Koroner anjiyografi (KAG), Laboratuvar Testleri, Akciğer Grafisi, Elektrokardiyografi (EKG), Holter, ekokardiyografi (EKO), Transözefagal Ekokardiyografi (TEE), Eforlu EKG (Egzersiz Stres Testi), Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ve Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi (MPS) gibi yöntemler kullanılmaktadır. Koroner arter hastalığının tanısı çoğunlukla noninvaziv testlerle gerçekleştiriliyor olsa da kesin teşhis KAG işlemi ile konulabilmektedir (Adalet, 2019; Onat ve Can, 2017).

2.1.3 Koroner Arter Hastalığında Tedavi Yöntemleri

KAH' nın tedavisinin iki amacı mevcuttur. Birincisi miyokard infarktüsü oluşumuna ve ölüme engel olarak hayat süresini uzatmak diğeri ise anjina pektorisin şiddetini ve sıklığını azaltarak hastanın hayat standartlarını yükseltmektir (Demir ve Arslantaş, 2014).

KAH' nın tıbbi ve girişimsel olmak üzere tedavi yöntemleri mevcuttur. Tıbbi tedavinin yanı sıra koroner arter bypass grefti (KABC), anjiyoskopi, perkütan translüminal koroner anjiyoplasti, koroner stent, lazer tedavisi ve aterektomi girişimsel tedavi yöntemleri arasında yer almaktadır (Özmen, 2008; Vural ve Eti Arslan, 2014; Sevinç, 2017).

2.2 Koroner Anjiyografi (KAG)

Koroner anjiyografi (KAG); değişik kullanım şekilleri için üretilen kateterlerin femoral, brakial veya radial arterden girilerek koroner arterlerin yapısını, kalp kasılma gücünü ya da kalp kapakçıklarının durumu ile ilgili bilgiyi veren tanı ve tedavi yöntemidir (Kaptan ve Dedeli, 2012). KAG; en önemli girişimsel tedavi yöntemlerinden biridir (Enç, 2019; Dehkordi, 2016).

Koroner anjiyografi lokal anestezi altında genellikle femoral artere yerleştirilen bir kateter yardımıyla radyoopak madde verilmesi ile koroner arter damarlarının seri bir şekilde görüntülenmesidir (Mavili ve Şenol, 2015; Kolkailah ve diğerleri, 2018). Görüntülenen koroner damar yapısındaki problem değerlendirilir ve aynı seansta stent tedavisi ya da balon anjiyoplasti uygulanabilir (Kolpay ve Erol, 2013; Hamur ve diğerleri, 2016).

2.2.1 Koroner Anjiyografi (KAG) Endikasyonları

Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım Kılavuzu (ACC/AHA); kardiyak kateterizasyonu ile ilgili bilgi veren bir kılavuz olarak yayınlanmıştır (TKD, 2011). Bu kılavuza göre endikasyon genel olarak kabul ediliyorsa sınıf I, görüşler farklılık içeriyorsa sınıf II, hastanın anjiyografi işlemine alınmaması yönünde karar verilmişse sınıf III olarak belirlenmiştir. Ventriküler aritmi, akut miyokard enfarktüsü (MI) sonrası yinelenen göğüs ağrıları, stent takılan hastalarda tekrarlayan göğüs ağrısı ya da stentin tıkanma öyküsü gibi durumlar Sınıf I Endikasyonları içindeyken; medikal tedavi ile kontrol altına alınabilen göğüs ağrıları, kalp tranplantasyonu yapılan hastaların yıllık anjiyografi uygulamaları Sınıf II Endikasyonları nın içinde yer almıştır. (Bonow ve Davidson, 2015)

2.2.2 Koroner Anjiyografinin Kontrendikasyonları

Akut miyokard infarktüsü haricinde anjiyografi yapılmaması gereken durumları içermektedir. Bunlar kreatinin yüksekliği varlığı, hastanın işlemi kabul etmemesi, kontrast madde alerji öyküsü varlığı, akut veya kronik böbrek yetmezliği varlığı, akut pulmoner ödem varlığı, dekompanse kalp yetmezliği (DKY) veya akut akciğer ödemi varlığı gibi durumlarda KAG uygulanması önerilmemektedir (Griffin, 2014).

2.2.3 Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları

KAG girişimine bağlı olarak birçok komplikasyonlar görülebilmektedir (Çınar ve Olgun, 2013). Görülebilecek komplikasyonlar; emboli, disseksiyonu, fistül, enfeksiyon, radyoopak madde alerjisi, aritmi , anafilaksi, nefropati , işlem bölgesinde şişlik ve kanama, inme, ölüm, miyokard infarktüsü (MI) ve perforasyon gibi problemlerdir (Bayata ve Saraç, 2014; Fathi, Valiee ve Mahmoodi, 2017; TKD, 2018).

Ancak yapılan araştırmalarda teknolojinin ilerlemesi, uzman hekim sayısının artması ve girişimsel kardiyolojinin gelişmesi gibi nedenlerden dolayı komplikasyon görülmenin azaldığı belirtilmektedir (Griffin, 2014; Akın, 2014)

2.2.4 Koroner Anjiyografi ve Hemşirelik Bakımı

KAG; yapılan işlemin hayati organlardan biri olan kalp ile ilişkili olması, ölüm, bilinmezlik korkusu ve ağrının fazla hissedilebilme ihtimali nedenleriyle hastalar için endişe verici bir konu olmaya devam etmektedir (Özlü ve diğerleri, 2022). Ayrıca lokal anestezi ile yapılmasına karşın çok fazla komplikasyon riski de taşımaktadır. Bu yüzden KAG‘ de hemşirelik bakımı çok önemlidir. Komplikasyonların oluşmaması ya da erken müdahale edilebilmesi için hemşirelik bakımı işlem öncesi, işlem sırası, işlem sonrası ve taburculuk eğitimi olarak dört başlık altında incelenmiştir (Ahraz, 2018).

2.2.4.1 Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Hemşire KAG işleminden önce hasta ile güven içeren bir iletişim kurmalı, böylece hastayı rahatlatmalı ve yapılacak işleme hazır hale getirmelidir. Hastaya işlem ile ilgili bilgi verilmelidir. Hastanın işlemi bilmemesi anksiyete, ölüm korkusu ve endişeye neden olmaktadır (Demir ve Arslantaş, 2014). Yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaya işlem ile ilgili bilgi verilmesi, fizyolojik ihtiyaçlarının giderilmesi ve hastaların yakınlarıyla birlikte zaman geçirmesinin hastalardaki endişe ve anksiyeteyi azalttığı belirtilmiştir (Balcı ve Enç, 2013; Özen ve Çelik, 2010)

Yel ve Ünsar (2020)’ın çalışmasında hemşirelerin KAH tanısı alan ve KAG planlanan bireylere, hastaların hastalığa ait özelliklerini, yaşam kalitesini ve kaygı seviyelerini etkileyen bireysel özellikleri göz önünde bulundurularak bakım ve eğitim verilmesi gerektiği önerilmektedir (Yel ve Ünsar, 2020).

- Hasta bilgileri ve işlem onam formu kontrol edilmelidir.
- Damar yolu açıklığı sağlanmalıdır.
- Laboratuvar bulguları ve vital bulguları kontrol edilir ve bir problem ile karşılaşıldığında doktora haber verilmelidir.
- Hastanın alerji öyküsü sorgulanmalıdır.
- Hastanın düzenli olarak kullandığı ilaçlarla ilgili bilgi alınarak hekim ile birlikte kullanım durumuna karar verilmelidir.
- Aspirasyon riskinin önlenmesi için hastanın uygun aç kalma süresi belirlenmelidir.
- İşlemin yapılacağı bölgenin tıraşının yapılması sağlanmalıdır.
- Hastanın varsa kullandığı takıları, takma dişi veya ojesinin çıkarılmasına yardımcı olunmalıdır.

- Hastanın tuvalet ihtiyacının işlemden önce karşılanması sağlanmalıdır.
- Hastanın mahremiyeti ön planda tutularak anjiyografi için hazırlanmış önlük ve bone giydirilmelidir.
- Hastanın anksiyetesini azaltmak için hekim istemi ile uygun ilaç verilebilir (Akın, 2014; Naidu ve diğerleri, 2016).
- Hemşireler bakım verici, karar verici ve eğitici rolü ile holistik bir bakım planı hazırlayıp uygulamalılardır (Moser, 2007; Yel ve Ünsar, 2020).
- Ayrıca cerrahi operasyon geçiren hastalardaki kaygı, psikospiritüel konforu azaltan en önemli etken kabul edilmiştir. Bu yüzden perioperatif hazırlıkların hastaya uygun bakım ve eğitim içermesinin gerektiği savunulmuştur (Amaç ve Çam, 2019).

2.2.4.2 Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Bakımı

- Acil durumda kullanılacak malzemeler hazır bulundurulmalıdır.
- Hastanın dosyası ve bilgilendirilmiş onam formu kontrol edilmelidir.
- Periferik damar yolunun kontrol edilip açıklığı sağlanmalıdır.
- Bilinci açık hastalarla iletişim kurulup anksiyete durumunda hastanın süreci yönetmesine yardımcı olunmalıdır.
- Hastanın genel durumu, yaşam bulguları, işlem giriş yeri ve gerçekleşebilecek komplikasyonlar takip edilip kayıt altına alınmalıdır. (Karadakovan ve Aslan, 2014; Demir ve Arslantaş, 2014; Demir Korkmaz ve diğerleri, 2015; Dirimeşe, Korkmaz ve Alcan, 2016;).

2.2.4.3 Koroner Anjiyografi Sonrası Hemşirelik Bakımı

İşlem sonrası komplikasyonların önlenmesi veya erken tanılanmasını sağlamayı içermektedir.

- Koroner anjiyografi yapılan bölge kanama,ekimoz ve hematom yönünden takip edilmelidir.
- Hastanın vital bulguları düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
- Ritim takibi yapılmalı ve kontrol EKG alınmalıdır.
- Hasta alerji yönünden takip edilmelidir
- Hastanın uzun süre supine pozisyonunda kalması nedeniyle sırt ağrısı tarifleyebileceğinden işlem uygulanan bölgenin korunarak hastanın en kısa

sürede mobilizasyonu sağlanmalıdır (Burn, Marshall ve Scrymgeour 2015; Beşli ve diğerleri, 2013). Yapılan araştırmada hastaların kum torbasının üç saat sonrasında kaldırılması hastaların sırt ağrısını, kasık ağrısını ve idrar retansiyonunu azaltırken konforunu artırdığına ulaşılmıştır (Fathi, Valiee ve Mahmoodi, 2017).

- Hekim ile birlikte karar verilerek uygun zamanda hastanın oral alımı sağlanmalıdır.
- İşlem anında hastaya verilen opak maddenin hastanın vücudundan atılabilmesi için hastanın yeterli hidrasyonu sağlanmalıdır.
- Hasta mahremiyetine özen gösterilerek mobilizasyonu sağlanmalıdır.
- Taburculuk eğitimi planlanmalıdır (Yel, 2009; Ahraz, 2018).
- Hemşireler hastanın karşılanamayan konfor ihtiyaçlarını tanımlayıp ihtiyaçlarına uygun planlama yapmalıdır. (Kolcaba, 2003).
- Hemşireler hastaların kaygı düzeylerini değerlendirmeli ve bireyin kaygısını kontrol etmesine yönelik eğitim vermelidir. Ayrıca kaygının hasta üzerindeki semptomlarının giderilmesi etkili bir hemşirelik bakımı ile mümkündür (Türker, 2015).
- Hastanın işlemden sonra uzun süre hareketsiz kalması gerektiği için kişisel ihtiyaçlarını (beslenme, boşaltım vb.) karşılayamayacak ve bu durum hastanın konfor alanından uzaklaşarak kaygı yaşamasına neden olacaktır. Bu yüzden hemşirelerin uygun bakım planı oluşturarak hastaya yardımcı olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin işlem sonrası hastaya verebilecekleri hemşirelik tanıları; anksiyete, akut ağrı, kanama riski, kardiyak doku perfüzyonunda azalma riski ve aktivite intoleransıdır (Enç ve Uysal, 2017). Yapılan bir araştırmada koroner anjiyografi işlemi sonrası hastaların hemşirelik bakımına yönelik önerilerinde; hemşirelerin hastalardaki anksiyete durumlarına da dikkat etmesi gerektiği üzerinde durulmuştur (Türker, 2015).
- Cerrahi girişim uygulanan hastaların konforunun sağlanması ve sürdürülmesi hemşirelik bakımının amaçları arasında bulunmalıdır. Bakım bütüncül olarak, konforun tüm boyutlarını içerecek şekilde planlanmalıdır. Ancak o zaman hasta kendini ferah, konforlu ve sorunları ile baş edebilecek güçte hissedebilir (Marchuk, 2016).

- Yapılan bir çalışmada KAG işlemi uygulanan hastaların ve eşlerinin durumluk kaygı düzeyleri ve süreklilik kaygı düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur. Bu nedenle KAG yapılan hastalara verilen hemşirelik bakımında, anksiyeteye yönelik hemşirelik girişimlerinde hastaları eşleri ile birlikte bakım planına dahil etmeleri gerektiği bildirilmiştir (Türker ve Bedük, 2021).

2.2.4.4 Koroner Anjiyografi Sonrası Taburculuk Eğitimi

Hemşire taburculuğu planlanan hastanın taburcu olduktan sonra girişim yapılan bölgeyi inceleme, olabilecek komplikasyonları bilme ve hangi durumlarda sağlık kurumuna başvurması gerektiğini öğrenme konuları ile ilgili hastaya bilgi sağlamalıdır. Ayrıca:

- Pansumanın bir gün sonra çıkarabileceği, işlemden 24-48 saat sonra ise işlem yeri ovalanmadan banyo yapabileceği anlatılmalıdır.
- İşlem yapılan bölgeyi sıkan dar kıyafetlerden kaçınılması gerektiği anlatılmalıdır.
- Hastanın konstipasyon (kabızlık) problemi yaşamaması için beslenme düzenin sağlanmasına yönelik eğitim planlanmalıdır.
- Hastanın aşırı fiziksel aktiviteden kaçınması gerektiği anlatılmalıdır. (En fazla 2 kg yük taşıyabilir ve merdiven çıkmaması gerekmektedir. vb.)
- Hastanın minumum bir hafta araba kullanmaması gerektiği anlatılmalıdır.
- Hastanın 3-4 gün cinsel ilişki yaşamaması gerektiği ile ilgili bilgi verilmelidir.
- Hastaya alkol ve sigaradan kaçınması gerektiği ile ilgili bilgi verilmelidir.
- Aşırı kilolu hastalarda diyetisyen eşliği ile kontrollü kilo vermesi gerektiği ile ilgili bilgi verilmelidir (Demir ve Arslantaş, 2014; Demir Korkmaz ve diğerleri, 2015; Dirimeşe, Korkmaz ve Alcan, 2016).
- Literatür incelendiğinde hastaya tedavi bölgesinde sertlik-kızarıklık ve morarmanın artması, anjina, nefes darlığı, bilinç kaybı, ani baş dönmesi, ağrı ve duyu kaybı, terleme gibi durumlarını fark ettiği zaman vakit kaybetmeden hemen sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği ile ilgili bilgi verilmesinin önemi belirtilmiştir (TKD, 2018; Doğan, 2018; Durna, 2013; Durna, 2012; Samur, 2008).

2.3 Kaygı

Kaygı, genel olarak bireyi rahatsız eden bir durum ile karşılaşma ihtimalinde algılanan tehdit ya da oluşan güvensizlik duygusuna karşı geliştirilen bir tepki sonucu vücudun adaptasyonu ile ortaya çıkardığı öznel duygularının, fizyolojik belirtilerinin ve davranışlarının bütüncül olarak ele alındığı insani bir duygudur (Saviola ve diğerleri, 2020). Türk Dil Kurumu (TDK), kötü bir olay ile karşılaşılacağı düşüncesinin meydana getirdiği ve nedeni belli olmayan gerginlik hissi olarak belirtmiştir. Hastalık, hastanede kalma mecburiyeti, cerrahi işlemler, hastalığa bağlı oluşabilecek fiziksel engeller gibi nedenlerle sürecin belirsiz olması, işlemin öncesi ve sonrasındaki var olan belirsizlik durumu, ağrı, ölüm korkusu, enjeksiyon işleminden korkma gibi problemler bireylerin anksiyetesinin derecesini etkilemektedir (Gedik ve Kanan, 2015; Çelik ve Edipoğlu, 2018).

Kaygı durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere iki açıdan ele alınır (Nilsson ve diğerleri, 2019). Durumluk kaygı, çevrenin etkilediği geçici ya da kısa süreli anlık kaygı duygusunu ifade ederken (Saviola ve diğerleri, 2020; Nilsson ve diğerleri, 2019) sürekli kaygı bir kişilik özelliği olup dış çevreden etkilenmemektedir. Yoğun duygusal tepkilerin artarak süreklilik kazanması ile huzursuzluk, endişe, karamsarlık gibi tepkilerin gösterilme eğilimidir (Gürhan, 2016; Oktay, 2017). Durumluk kaygının yüksek olması sürekli kaygıyı da yükseltebilmektedir (Gürhan, 2016; Canbaz, 2001; Öner ve Le Compte, 1998).

2.3.1 Kaygı Düzeyleri

Kaygı, gerilme hissi ve huzursuzluk ile başlayarak panik duygusuna ulaşabilen farklı seviyelerle ve farklı belirtilerle kendini gösterebilen bir durumdur. Hay ve Peplau' ya göre kaygının dört düzeyi bulunmaktadır. Bunlar; hafif düzeyde kaygı, orta düzeyde kaygı, ağır/şiddetli düzeyde kaygı ve panik düzeyde kaygıdır (Belzung ve Griebel, 2001; Saviola ve diğerleri, 2020). Hafif düzeyde kaygıda; bireyde uyarıcıların artması sonucu huzursuzluk başlamaktadır. Bireyin farkındalığının artması ile başa çıkma yöntemlerini kullanarak kaygının üzerine gitmekte ve özgüveni ya da yaratıcılığının da artması beklenmektedir. Böylece kişide üst düzeyde mantık yürütme ve mantıklı hareket etme yeteneği gözlemlenmektedir (Saviola ve diğerleri, 2020; Ergin ve Çam, 2014; Yıldız, 2011). Orta düzeyde kaygıda; bireyin iletişim, algı, kavrama ve duyusal yeteneklerinde azalma başlar. Somatik etkiler bireyde gözlemlenir

ve çarpıntı, solunum sayısında yükselme, kalp hızında yükselme, ağız kuruluğu, terleme, kaslarda gerginlik ve hareketsiz duramama gibi belirtilerle de karşılaşılabilinmektedir (Saviola ve diğerleri, 2020; Belzung ve Griebel, 2001; Yıldız, 2011). Ağır/Şiddetli düzeyde kaygıda; Bireyin algı, kavrama ve zihinsel durumlarında ileri derecede bozulmalar yaşayabildiği görülmektedir. Çarpıntı, göğüs ağrısı, dispne, iştahsızlık, korku, baş ağrısı, uykusuzluk, bulantı, titreme, istemli kas tonüsünün artması ve gerginlik gibi etkilerin görülebilme ihtimali mevcutken hassasiyet ve rahatsızlık gibi duygularında da artış olması beklenebilmektedir. (Ergin ve Çam, 2014; Yıldız, 2011; Öz, 2010).

Panik düzeyde kaygı da ise; en üst düzeyde kaygının yaşandığı evredir. Konuşma bozuklukları, benliğini yitirme kaygısı, kusma, inkontinans gibi durumların görülebildiği bir kriz dönemidir. Dispne, tıkanma hissi ve boğulma, baş dönmesi, titreme, gerçek olmayan duygular ve atak anında ölüm korkusu ile karşılaşılabilinmektedir. Bireyde uyum bozukluğu vardır ve oluşan paniğe engel olmak için birey kendine yönelir, olayları görmezden gelir ve kriz yaşar. Bu evrede bireyin profesyonel yardım alması gerekmektedir (Ergin ve Çam, 2014; Yıldız, 2011; Sezen, 2019). Yapılan bir çalışmada cerrahi işlem gören hastaların orta ile panik anksiyete yaşadığı bildirilmiştir (Attias ve diğerleri, 2016)

2.3.2 Kaygının Belirtileri

Kaygının bilişsel, duyuşsal, davranışsal ve fizyolojik olmak üzere dört farklı semptomu vardır (Gündoğdu, 2013). Bilişsel semptomlar; bireyde aşırı uyanık olma hali, bir konuya odaklanmada güçlük yaşaması, ilginin çabuk dağılabilmesi, anımsayamama durumu ve üstesinden gelememe korkusunu içermektedir. Duyuşsal semptomlar; bireyin sinirlerinde gerginlik, tedirginlik, başkalarını ya da kendini sorgulama ya da eleştirme hali, öfke ve diken üstünde olma hissini içermektedir. Davranışsal semptomlar; bireyde kaçınma hali, güvensizlik hali, çaresizlik hali, ağlama hali, huzursuzluk hali ve konuşma ya da duruş bozuklukları halini içermektedir. Fizyolojik semptomlar ise; bireyde nefes darlığı, baş dönmesi, ağız kuruluğu, göğüste sıkışma, mide krampları, bulantı, kusma,terleme ve güçsüzlük gibi semptomları içermektedir (Karaman, 2016; Gündoğdu, 2013). Yapılan bir araştırmada hastanın iyileşmesine engel olan fizyolojik bir stres tepkisini ortaya çıkaran anksiyete; komplikasyonları, gastrointestinal şikayetleri, hastanede kalma

süresini ve ağrı kesici ihtiyacı gibi hastanın iyileşmesini olumsuz etkileyebilecek etkileri azaltarak enfeksiyon riskininin artmasına neden olabilmektedir. Anksiyete, hastanın iyileşmesini olumsuz etkileyebilir iken ameliyat öncesi deneyimle ilgili de hasta memnuniyetini azaltabilmektedir (Bailey, 2010).

2.4 Konfor

Türk dil kurumu (TDK) konforu; bireyin günlük hayatını kolaylaştırabilen maddi bir rahatlık olarak tanımlamıştır. Ancak konfor kavramı bireysel, karmaşık ve bütüncül bir kavram olarak ele alınması gereken insanın temel ihtiyacı olarak belirtilmiştir (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003; Schuiling, 2013). Ayrıca konfor kavramı ergonomi ve rahatlama kavramları ile de ilişkilendirilmektedir (Arslan ve Konuk Şener, 2009). Konfor kavramı; bireyin rahatlık, ferahlık ve üstünlük düzeyine erişebilmek için temel ihtiyaçlarının karşılanması durumu ile açıklanabilmektedir. Ferahlama hastanın özel ihtiyaçlarının karşılanmasını, rahatlama sakinliğini ve üstünlük düzeyi ise var olan problemlerin ortadan kalkması olarak ifade edilmektedir (Kolcaba, 1991; Çınar Yücel, 2011; Karabacak ve Acaroğlu, 2011). Oliveria (2013) yaptığı çalışmasında, konfor kavramını analiz etmiş ve konforun tanımlanmasıyla veya değerlendirilmesiyle ilgili bazı yetersizlikler olduğunu savunmuştur. Ona göre konfor kavramını değerlendirmede önemli olan ilk şey bireyin konfor ihtiyaçları iken, diğer aşama ise bireyin konforunun güçlendirilmesidir. Çeşitli problemler yaşayan hastaların semptomlarının ve klinik bakımlarının yönetilmesi konforunun sağlanması için çok önemlidir (Kolcaba, 1994; Oliveira, 2013).

2.4.1 Konfor Kuramı

Florence Nightingale, Henderson, Paterson, Orlando ve Zderad gibi kuramcılar çalışmalarında konfor kavramını ele almış ancak 1988 yılından beri yürüttüğü araştırmaları ile Katharine Kolcaba, konfor kavramının alt boyutları ve düzeyleri ile konfor kavramını ortaya koyarak "Konfor Kuramı" nı geliştirmiştir (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2001; Kolcaba, 2003). Kolcaba, konfor tanımının kavramsal çerçevesini oluşturduğu ve taksonomik yapısını açıkladığı çalışmaları yayınlayıp (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1991) sonrasında 1994 yılında Orta Düzey Konfor Kuramı' nı geliştirmiştir.

2.4.1.1 Konfor Kuramının Düzeyleri

Konfor kuramının düzeyleri üç bölümde incelenmektedir. Ferahlama (Relief) düzeyi bireyin özel ihtiyacının karşılanmasından sonra bireyde oluşan durumdur (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2001). Rahatlama (Ease) düzeyi sakinlik, hoşnutluk ve memnuniyet durumudur. Bu düzeyde konfor sadece rahatsızlık verici durumların olmaması değildir. Konforun ölçülmesinin temelini oluşturur (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994; Karabacak ve Acaroğlu, 2011). Üstünlük (Transcendence) düzeyi ise yenilenme olarak ifade edilir. Sorunların üstesinden gelmeyi açıklar. Üstünlük düzeyini diğer düzeylerden ayıran durum ise bireyin potansiyelinin öne çıkmasıdır (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2001).

2.4.1.2 Konfor Düzeyinin Boyutları

Fiziksel konfor: Bireyin bedensel hislerle (fizyoloji) ve homeostatik boyutuyla ilgilidir. Tıbbi tanılar, ağrı, algılanan ya da var olan diğer rahatsız edici durumlar ve duygusal gereksinimler burada yer alır (Kolcaba, 2003; Çınar Yücel, 2011).

Psikospiritüel konfor: Bireyin sahip olduğu ruhsal, duygusal ve spiritüel boyutlarının toplamıdır. Bireyin benlik saygısını, bireyin kendisinin farkında olmasını, kimliğini, cinselliğini ve bireyin hayatındaki anlamını bu konfor düzeyinde bulmak mümkündür (Kolcaba, 2003; Kolcaba, Tilton ve Drouin, 2006; Ünülü, 2014).

Çevresel konfor: Isının, ışığın, sesin, rengin, mobilyanın ya da manzaranın özelliklerini kapsamaktadır (Kolcaba,1991; Kolcaba,2003).

Sosyokültürel konfor: Bireyin kişilerarası ilişkilerini, aile ilişkilerini ve sosyal ilişkilerini içermektedir. Kültürel faktörler ise sosyal konfora sonradan ilave edilmiştir (Kolcaba, 2003).

2.4.2 Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Kaygı, Konfor ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

KAG işlemi invaziv bir yöntem olması ile birlikte kalp gibi yaşamsal olan bir organa yapılıyor oluşu hastalarda endişe verici olup ölüm hissini uyandırdığı için kaygıya neden olabilmektedir (Balcı ve Enç, 2013). Bu yüzden hemşirelerin hastaların kaygı düzeylerini değerlendirmesi ve bireyin kaygısını kontrol etmesine yönelik eğitim vermesi gerekmektedir. Ayrıca kaygının hasta üzerindeki semptomlarının

giderilmesi etkili bir hemşirelik bakımı ile mümkündür (Türker, 2015). Yapılan araştırmalarda KAG işlemine giren hastaların sonuçları normal olsa bile kaygı yaşayabildiği ve yaşadığı korkuların ise hastaların işlemi bilmemelerinden kaynaklandığı belirtilmiştir (Rapee, Schniering ve Hudson, 2009; Koramaz ve diğerleri, 2017). Yapılan başka bir çalışmada da, hastanın durumu ile ilgili verilen eğitimin, anksiyeteyi azaltıp tedavi süresini kısaltırken bireylerin memnuniyetinin artmasına neden olduğu bildirilmiştir (Bat Tonkuş, 2016). Bireyde var olan sağlık durumu bireyin ölüm gibi risk taşıyan herhangi bir durumla karşılaştığı anda daha da önemli olmaya başlayabilmektedir. Bu yüzden birey psikolojik olarak da etkilenmekte ve rahatsızlığının düzeyini arttırabilmektedir. Koroner anjiyografi işlemi kişide bilinmezlik, kaygı, korku, panik atak,, heyecan ve yaşam bulgularında değişiklik gibi durumlara neden olabilmektedir (Karabacak ve Acaroğlu, 2011).

Koroner anjiyografi işlemi öncesinde hastaların %31,3' ünde kaygı görüldüğü bildirilmiştir (Griffin, 2014). İşlem öncesinde hastanın bilgilendirilmesi kaygısının azaltılmasına yardımcı olabilmektedir. İlk kez KAG uygulanacak hastalar belirsizlikten dolayı endişe, korku ve kaygı içerisinde olabilir ve bu belirsizliğini yok etmek için hasta soru sormak isteyebilmektedir. İşlem anında hastaya lokal anestezi uygulanacağı için hasta tamamen uyumamaktadır. Bu yüzden hasta tüm işlemi monitörden takip edebilmekte, işlem yapılan alanda bulunan sağlık çalışanlarının konuşmalarını duyabilmektedir. Hastanın karşılaştığı bu durumlar konforunu azaltırken kaygısının artmasına neden olabilmektedir. Bu yüzden işlem öncesi dönemde işlemin yapılacağı yer, işlemin ne olduğu, nasıl yapılacağı, ne kadar sürede biteceği, işlemin sağlayacağı yararlar, risk faktörleri ve komplikasyonları basit bir dille hastaya anlatılmalıdır (Çınar ve Olgun, 2013; Odabaşı, 2006; Yel, 2009).

Literatürde ölüm korkusu nedeni ile anksiyete yaşayan hastanın düzenli bir şekilde bilgilendirilerek anksiyetesinin azaltılabileceği ayrıca yapılacak işlem ile ilgili bilgi verilmesinin ve soru sormaları için cesaretlendirilmesinin stresi azaltmaya ya da giderilmeye yönelik etkili bir durum olduğu bildirilmiştir (Badır, Demir ve Korkmaz, 2013; Sevinç, 2016). Yapılan bir çalışmada da KAG işleminden önce müzik ile birlikte gevşeme egzersizleri yapılması bireylerin kaygı düzeylerini azalttığı belirtilmiştir (Demir ve Aslantaş, 2014). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada da daha önce anjiografi işlemi yapılmış hastaların birbirleriyle yüz yüze görüşme sağlamasının anksiyete düzeyinin azalmasına neden olduğu bildirilmiştir (Esmaeili ve diğerleri, 2015).

Konfor kavramı hemşireliğin yardım etme amaçları arasındaki rahatlama boyutu üzerine temellendirilmiştir (Velioğlu, 1998; Arslan ve Şener Konuk, 2009). Ayrıca yapılan çalışmada Kolcaba'nın orta düzeydeki Konfor Kuramı'nın, sağlık bakımı hizmetlerinin bütün alanlarında kullanılabileceği savunulmuştur (Terzi ve Kaya, 2017). Konfor kavramı hastanede kalan bireyler için çok önemlidir. Çünkü konforu sağlanamayan hasta kendisini huzursuz hissederek kaygı yaşayabilmektedir. Ancak hastalığa eşlik eden kaygı bireyin hastalığa uyumunu zorlaştırırken hayat kalitesini azaltarak hastalığın seyrini ve tedaviye verilen yanıtı etkilemektedir (Kolcaba, 1994; Karaman, 2016; Çay, 2011). Cerrahi girişimler kontrollü travma kabul edildiği için hasta cerrahi süreçte birçok psikososyal ve fiziksel sorun ile karşılaşmaktadır. Zorlu baş etmeye neden olan cerrahi problemler hastada konforun bozulmasına neden olmaktadır (Şahin ve Rızalar, 2018). Ruhsal, duygusal ve spiritüel bileşenleri kapsayan psikospiritüel konfor; birey için önemli olan benlik kavramı, bilinçli farkındalık, öz- saygı ve cinsel aktivite gibi duyguları kapsamaktadır (Kolcaba 2003; Kolcaba 1991). Psikospiritüel konforu sağlamada etkili olan girişimler ise meditasyon, ibadet etmek, terapötik dokunma, masaj yapma,bilgilendirmedir ve böylece bütüncül bakım verilmiş olur (Kolcaba 2003; Kolcaba ve Di Marco 2005). Ayrıca hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar hastalık yönetiminde bazı problemlere neden olabilmektedir (Türksen Ülkü ve Ünsar 2022; Tran ve diğerleri, 2019). Akut koroner sendromu olan hastalarda anksiyete bozukluğu, taburculuk sonrası tekrarlı miyokard enfarktüsü (MI) geçirme riskini artırmaktadır (Tran ve diğerleri, 2019). MI geçiren hastaların ölüm kaygısı yaşadığı ve bu kaygı ile başa çıkmada yaşanılan semptomların, sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin faktörlerin etkili olduğu açıklanmıştır (Turan Kavradım, Sert ve Özer, 2022). Bu nedenle, hastaların konforunun değerlendirilmesi ve psikososyal faktörler göz önünde bulundurularak hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasının hastalık yönetiminde etkili olacağı belirtilmiştir (Arıcı ve Turan Kavradım, 2023)

Ayrıca yaşanılan invaziv girişimlerin duygusal, fiziksel ve kognitif değişikliklere sebebiyet verdiği için hastanın konforu etkilenebilmektedir (Kotseva ve diğerleri, 2009; Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, 2010). KAG uygulanan hastalarda uzun süren immobilizasyon dönemi nedeniyle hastaların konforu bozulur ve kendilerini huzursuz hissederek bu dönemde sağlıklarını kötü yorumlayabilirler (Çay, 2011). Yapılan araştırmada hastanın supine

pozisyonundayken boşaltım, beslenme, hareket ve uyku düzeni gibi yaşamsal faaliyetlerinin etkilendiği ve bu yüzden güç kaybı, anksiyete, ağrı ve hissizlik gibi durumlarla karşılaşmasına neden olduğu bildirilmektedir (Hiçermez ve Enç, 2021). Ancak hemşireler hastaların konforunu sağlamak için ağrıya odaklandıkları ama hastanın konforunun her boyutu ile değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Ören, 2018). Yapılan başka bir çalışmada ise KAG 'de girişim yeri radial bölgede olan hastaların girişim yeri femoral bölgede olan hastalara göre konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çıracı, 2019).

Yapılan bir çalışmada immobil dönemdeki hastaların konfor düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin azaldığı belirlenmiş ve işlem sonrası immobil dönemdeki hastaların hemşireler tarafından bilgilendirilmesinin önemi üzerinde durulmuştur (Dağlı, 2021). Ayrıca hastaların durumluk-süreklik kaygı düzeylerinin azaltılmasının ve hastane koşullarının iyileştirilmesinin hastalardaki konfor düzeyinin arttırılmasına yardımcı olacağı ve bireysel gereksinimlere uygun olarak hazırlanmış eğitimlerin verilmesi gerektiği savunulmuştur (Sönmez, 2013).

Tüm bu çalışmaların ışığında koroner anjiyografi uygulanan hastaların fiziksel yakınmalarının yanında psikososyal açıdan da değerlendirilmesi gerektiği ve psikiyatri hemşireliğinin önemli bir alt dalı olan konsültasyon liyezon hemşireliği (KLP)'nin önemi ortaya çıkmaktadır. Hemşirelik yönetmeliğinde belirtildiği üzere KLP hemşireleri;

*Fiziksel hastalığı veya yakınması olan bireylerde ruhsal durumu ile fiziksel durumu arasındaki etkileşimi gözlemler,

*Fiziksel hastalığı olan bireyin ve ailesinin bu hastalığa ve tedavisine psikolojik uyumunu sağlamak, adapte olabilme gücünü geliştirmek ya da yeniden kazandırmak için yardımcı olur.

*Bireyin var olan hastalığıyla veya hastalığın sebep olduğu yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce sahip olmasına, başa çıkma yöntemleri geliştirmesine yardımcı olur.

Bu bağlamda KAG sürecinde hem hastaların psikosoyal bakım ihtiyacını planlama ve uygulama hem de hastaya doğrudan bakım veren hemşireye psikososyal bakım konusunda danışmanlık yapması hastaların doğru bakımı almalarını sağlamaktadır. KLP hemşirelerinin görevi; işlem öncesinde hastaların bilgi düzeylerinin farkında olarak onlara vereceği bilgi ile endişe ve korkularını azaltmaya çalışmak, başetme stratejilerini belirleyerek empatik bir yaklaşımla desteklemek

hastaların rahatlamasına fayda sağlamaktadır. Bunun yanında hastaların duygularının farkında olmalarını sağlayarak anksiyetelerini azaltmaya yönelik girişimler planlaması terapötik ortam sağlanması açısından çok önemlidir. Konfor kuramına göre, hastaların fiziksel olarak kendilerini konforlu hissetmeleri bütüncül bakım açısından yeterli olmayıp aynı zamanda hastaların psikososyal açısından da kendini iyilik hali içinde hissetmesi gerekmektedir. Konsültasyon liyezon hemşireleri, hastaların tam bir terapötik ortam içinde olmalarını sağlayarak; yaşayabilecekleri psikososyal tepkilerle başetmelerini güçlendirerek hastanın konforunu ve yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Koroner anjiyografi uygulanan hastaların konfor ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

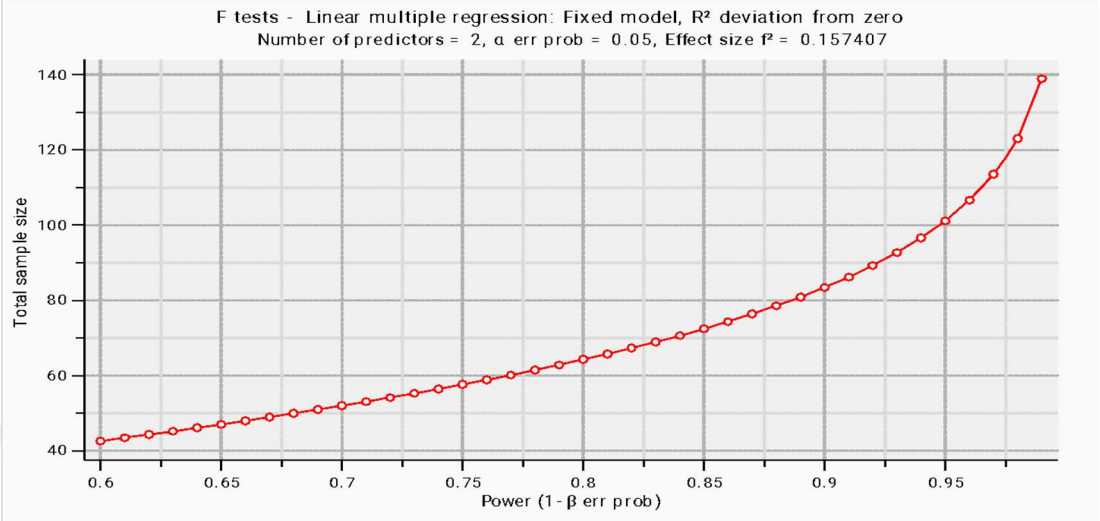
Araştırma 01 Nisan 2023- 01 Haziran 2023 tarihleri arasında Lokman Hekim Üniversitesi Ankara Hastanesinde yapılmıştır. Halen "Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi" olarak faaliyet gösteren hastane 2008 yılında açılmıştır. 4 Yataklı Koroner Yoğun Bakım Kliniğinde 4, Kalp Damar Yoğun Bakım Kliniğinde 6 ve Genel Yoğun Bakım Kliniğinde 51 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Bunun dışında hastanede 134 genel hasta yatağı bulunmakta olup toplamda 216 yatağa sahiptir. Yoğun Bakım Kliniğinde çalışan hemşireler genellikle 2 vardiya şeklinde çalışmasına rağmen acil bölümlerinde ara vardiya sistemi de mevcuttur. Hastanede çalışan genel hemşire sayısı 140 iken çalışan doktor sayısı 80 civarındadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01/04/2023-01/06/2023 tarihleri arasında Lokman Hekim Üniversitesi Ankara Hastanesinde koroner anjiyografi uygulanan, dahil edilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise 01/04/203-01/06/2023 tarihleri arasında Lokman Hekim Üniversitesi Ankara Hastanesinde koroner anjiyografi uygulanan, dahil edilme kriterlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar oluşturmuştur. 18 yaşından büyük olmak, herhangi bir iletişim problemi olmamak, koroner anjiyografi sonrası immobil dönemde olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak araştırmaya dahil olma kriterleri olarak belirlenmiştir.

Örneklem sayısını belirlemek amacıyla güç analizi yapılmış olup, güç hesaplamak amacıyla G*Power 3.1 programı kullanılmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Dağlı (2021)'nın çalışmasından yararlanılarak çalışmanın etki büyüklüğü (effect size) 0,157 olarak hesaplanmıştır. %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,157

etki büyüklüğüne sahip gruplarda, çalışmanın gücünün %95'in üzerine çıkması için en az 102 kişiye ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir (df=99; F=3,088). Testin yüksek bir güce sahip olmasını sağlamak amacıyla, araştırmada 150 kişiye ulaşılmıştır.



Şekil 1. Güç Analizi Grafiği

G Power 3.1.9.6 programı çıktıları

F tests - Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero

Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Effect size f^2	= 0.1574074
	α err prob	= 0.05
	Power (1-β err prob)	= 0.95
	Number of predictors	= 2
Output:	Noncentrality parameter λ	= 16.0555548
	Critical F	= 3.0882396
	Numerator df	= 2
	Denominator df	= 99
	Total sample size	= 102

Actual power = 0.9516365

3.4 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri koroner anjiyografi uygulanan hastaların konfor ve anksiyete düzeyleri ölçek puanlarıdır. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hastalık varlığı ve anjiyografi deneyimine dayalı değişkenlerin tümü bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-2), İmmobilizasyon Konfor Ölçeği (Ek-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1 Kişisel Bilgi Formu

Hastaların cinsiyeti, eğitimi durumu, yaşı, medeni durumu, sigara içme durumu, kronik hastalık varlığı, daha önce anjiyografi olup olmaması ve anjiyografi deneyimine dayalı soruları içeren araştırmaya katılan bireylerden bilgi almak için araştırmacı tarafından geliştirilmiş 20 soruluk bir formdur.

3.5.2 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Spielberger ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizi Öner ve Le Compte (1998) tarafından yapılmıştır. Ölçek, toplamda 40 sorudan oluşmaktadır ve durumluk (20 madde) ile sürekli (20 madde) kaygı düzeylerini değerlendirmektedir. Durumsal Kaygı Ölçeği (DKÖ), kişinin belirli bir durumdaki kaygısını; Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ise kişinin genel kaygısını değerlendirmektedir. DKÖ'nde puanlama 'hiç', 'biraz', 'oldukça' ve 'tamamen'; SKÖ'de de 'hemen hiçbir zaman', 'bazen', 'çoğu zaman' ve 'her zaman' olacak şekilde 4 'lü liker tipinde tasarlanmıştır.

Ölçekten alınan puanlar 20 (düşük anksiyete)-80 (yüksek anksiyete) arasındadır. Yüksek puan anksiyetenin artmış olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasının Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının SKÖ için 0,83-0,87 arasında; DKÖ için 0,94- 0,96 arasındadır. Bizim çalışmamızda cronbach alfa değerleri durumluk kaygı ölçeği için 0,85, sürekli kaygı ölçeği için ise 0,84 olarak bulunmuştur.

3.5.3 İmmobilizasyon Konfor Ölçeği

Hogan-Miller tarafından 1995 yılında geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Tosun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Tosun ve diğerleri, 2015). Ölçek 20 maddedir. Ölçek ifadeleri 'kesinlikle katılmıyorum' ve 'kesinlikle katılıyorum' aralığında 6'lı likert tarzındadır. İmmobilizasyon Konfor Ölçeği (İKÖ)'nde yer alan 2.,3.,4.,7.,8.,10.,13.,14., ve 18 maddeler negatif ifadelerdir.

Ölçekten alınan toplam puanlar 20 ile 120 arasında değişmekte olup, yüksek puan konforun iyi olduğunu ifade etmektedir. Tosun ve arkadaşları (2015)'nın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,82 olup, bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa değeri 0,84'dür.

3.6 Araştırmanın Uygulanması

Veriler, etik kurul onayı ve gerekli kurum izinleri alındıktan sonra hastalar ile görüşülerek araştırmanın amacı, yöntemi ve uygulanacak bilgi formu ve ölçeklerle ilgili açıklama yapıldıktan sonra hastaların bireysel onamları alınarak toplanmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından hastaların immobil olduğu dönemde hastalar ile bireysel olarak görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada kullanılan veriler SPSS 22 programıyla analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis ve Skewness değerlerine bakılmıştır. Normal dağılım tablosu aşağıda yer almaktadır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla korelasyonel analizleri yapılmıştır. İki bağımsız değişken arasındaki farkın analizi için t-Testi ve çoklu grup arasındaki farkın analizi için ANOVA analizi uygulanmıştır. İki veya daha fazla değişken arasındaki ilişki için Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Farklılıkların nedeninin değerlendirilmesinde ise post hoc analizleri kullanılmıştır.

3.1 Normal Dağılım Tablosu

	Basıklık	**Çarpıklık**
Durumluk Kaygı	1,023	0,977
Sürekli Kaygı	0,076	0,398
Konfor Toplam	-0,185	-0,199

3.8 Araştırmanın Etik Boyutu:

Araştırmanın uygulanabilmesi için Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-4) ve ilgili hastaneden (EK-5) ve ölçek yazarlarından yazılı izinler (EK-6, EK-7) alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan hastalardan yazılı ve sözlü onamlar alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde koroner anjiyografi uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerine konfor ve kaygı düzeyleri ve aralarındaki ilişkiye ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=150)

Değişken	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş		
50 ve Altı	19	12,7
51-60	38	25,3
61-70	50	33,3
71 ve Üzeri	43	28,7
BKİ		
Normal Kilolu	35	23,3
Fazla Kilolu	62	41,3
I.derece Obez	40	26,7
II.derece Obez ve Üzeri	13	8,7
Cinsiyet		
Kadın	43	28,7
Erkek	107	71,3
Eğitim Durumu		
Okuryazar	20	13,3
İlkokul	69	46,0
Ortaokul	20	13,3
Lise	26	17,3
Üniversite	15	10,0
Medeni Durum		
Evli	127	84,7
Bekar	23	15,3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	28	18,7
Çalışmıyor	39	26,0
Emekli	83	55,3
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	56	37,3
Hayır	94	62,7
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	105	70,0
Hayır	45	30,0

Tablo 4.1. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=150) (devamı)

Değişken	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalıklar (n=105)*		
KOAH	9	8,6
HT	79	75,2
DM	62	59,0
Kanser	2	1,9
Kalp Yetmezliği	9	8,6
Daha Önce Anjiyografi Uygulanma Durumu		
Evet	86	57,3
Hayır	64	42,7
Ailede Anjiyografi Uygulanan Kişi Varlığı		
Evet	74	49,3
Hayır	76	50,7
Ailede Anjiyografi Uygulanan Kişiler (n=74)*		
Anne	23	31,1
Baba	28	37,8
Kardeş	25	33,8
Eş	6	8,1
Dayı	1	1,4
Çocuğu	5	6,8
Amca	1	1,4
Dede	1	1,4
Yeğen	1	1,4
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu		
Evet	111	74,0
Hayır	39	26,0
İmmobil Dönemde Sağlığın Yorumu		
Kötü	27	18,0
İyi	123	82,0
Anjiyografi Hakkında Önceden Bilgi Varlığı		
Evet	99	66,0
Hayır	51	34,0
Anjiyografi Planlamasının Nasıl Olduğu		
Acil	138	92,0
Elektif	12	8,0
Anjiyografi Sonucu Yapılan İşlem		
Stent	36	24,0
Balon	3	2,0
Stent ve Balon	26	17,3
Cerrahi	44	29,3
Medikal	41	27,3

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan koroner anjiyografi uygulanan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Hastaların %33,3'ü 61-70 yaş aralığında, %41,3'ü fazla kilolu, %71,3'ü erkek, %46'sı ilkokul mezunu, %84,7'si evli ve %55,3'ü emeklidir.

Hastaların %62,7'sinin sigara kullanmadığı %70'inin kronik bir hastalığının olduğu ve kronik hastalığa sahip olanların da %75,2'sinde HT olduğu belirlenmiştir. Hastaların %57,3'ünün daha önce anjiyografi olduğu, %49,3'ünün ailesinde anjiyografi uygulanan kişi olduğu ve anjiyografi uygulanan kişilerin %37,8'inin babası olduğu tespit edilmiştir.

Koroner anjiyografi uygulanan hastaların %74'ünün daha önce hastanede yatma deneyiminin olduğu, %82'sinin immobil dönemde sağlık durumunu iyi olarak yorumladığı, %66'sının önceden anjiyografi hakkında bilgisinin olduğu, %92'nin anjiyografi planlamasının acil olduğu ve anjiyografi sonrası yapılan işlemin sonucunun ise %29,3 ile cerrahi işlem kararı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların DKÖ, SKÖ ve İKÖ Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
Durumluk Kaygı	150	42,820	8,113	24,000	72,000	0,825
Sürekli Kaygı	150	36,053	5,871	24,000	54,000	0,841
Konfor Toplam	150	73,533	11,451	44,000	104,000	0,847

Tablo 4.2.'de koroner anjiyografi geçiren hastaların DKÖ, SKÖ ve İKÖ Puan Ortalamaları gösterilmektedir. Hastaların "durumluk kaygı" ortalaması 42,820±8,113 (Min=24; Maks=72), "sürekli kaygı" ortalaması 36,053±5,871 (Min=24; Maks=54), "konfor toplam" ortalaması 73,533±11,451 (Min=44; Maks=104) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların DKÖ, SKÖ ve İKÖ Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Konfor Toplam
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
50 Ve Altı	19	41,684±7,469	35,105±6,437	75,053±10,850
51-60	38	46,000±10,203	36,579±6,097	71,921±11,071
61-70	50	40,880±4,570	34,560±5,718	75,020±9,319
71 ve Üzeri	43	42,767±8,906	37,744±5,233	72,558±14,087
F=		3,155	2,616	0,744
p=		**0,027**	0,053	0,528
PostHoc=		2>3 (p<0.05)		
BKİ		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Normal Kilolu	35	44,514±8,115	35,371±6,302	71,886±11,866
Fazla Kilolu	62	43,000±8,323	36,903±5,751	73,936±12,642
I.derece Obez	40	40,725±6,782	35,100±6,271	75,600±9,167
Iı.derece Obez Ve Üzeri	13	43,846±10,238	36,769±3,295	69,692±10,226
F=		1,492	1,007	1,194
p=		0,219	0,392	0,314
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	43	41,861±7,243	38,302±6,424	73,488±11,572
Erkek	107	43,206±8,439	35,150±5,406	73,551±11,456
t=		-0,918	3,056	-0,030
p=		0,360	**0,003**	0,976
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Okuryazar	20	40,650±9,132	39,200±6,170	73,800±14,207
İlkokul	69	43,232±6,824	36,420±5,653	71,841±9,924
Ortaokul	20	44,750±8,920	34,600±5,335	73,100±11,612
Lise	26	43,154±10,216	35,115±6,186	77,423±12,928
Üniversite	15	40,667±6,986	33,733±5,271	74,800±10,838
F=		0,959	2,677	1,189
p=		0,432	**0,034**	0,318
PostHoc=			1>3, 1>4, 1>5 (p<0.05)	

Tablo 4.3. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların DKÖ, SKÖ ve İKÖ Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	n	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Konfor Toplam
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	127	42,315±7,932	35,551±5,655	74,685±11,040
Bekar	23	45,609±8,711	38,826±6,386	67,174±11,835
t=		-1,805	-2,505	2,970
p=		0,073	**0,013**	**0,003**
Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışıyor	28	42,071±9,718	33,964±6,095	75,393±11,927
Çalışmıyor	39	41,462±7,196	38,103±6,565	73,154±11,900
Emekli	83	43,711±7,915	35,795±5,184	73,084±11,151
F=		1,169	4,423	0,451
p=		0,314	**0,014**	0,638
PostHoc=			2>1, 2>3 (p<0.05)	
Sigara Kullanma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	56	42,625±8,230	35,643±6,233	75,286±9,773
Hayır	94	42,936±8,085	36,298±5,664	72,489±12,274
t=		-0,226	-0,660	1,452
p=		0,821	0,510	0,127
Kronik Hastalık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	105	42,791±8,746	36,238±5,544	73,181±11,599
Hayır	45	42,889±6,489	35,622±6,617	74,356±11,183
t=		-0,068	0,587	-0,574
p=		0,946	0,558	0,567
Daha Önce Anjiyografi Uygulanma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	86	42,361±7,021	36,454±5,820	73,500±11,494
Hayır	64	43,438±9,408	35,516±5,941	73,578±11,483
t=		-0,803	0,967	-0,041
p=		0,423	0,335	0,967

Tablo 4.3. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların DKÖ, SKÖ ve İKÖ Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	n	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Konfor Toplam
Ailede Anjiyografi Uygulanan Kişi Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	74	42,662±8,442	36,784±5,775	72,757±11,693
Hayır	76	42,974±7,833	35,342±5,914	74,290±11,235
t=		-0,234	1,510	-0,819
p=		0,815	0,133	0,414
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	111	42,811±7,064	36,505±5,568	72,883±11,037
Hayır	39	42,846±10,661	34,769±6,567	75,385±12,521
t=		-0,023	1,596	-1,175
p=		0,985	0,113	0,242
İmmobil Dönemde Sağlığın Yorumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kötü	27	49,741±8,786	37,815±5,609	63,704±11,552
İyi	123	41,301±7,143	35,667±5,878	75,691±10,277
t=		5,325	1,733	-5,365
p=		**0,000**	0,085	**0,000**
Anjiyografi Hakkında Önceden Bilgi Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	99	42,889±7,828	36,818±5,715	72,818±11,794
Hayır	51	42,686±8,719	34,569±5,941	74,922±10,731
t=		0,144	2,253	-1,066
p=		0,885	**0,026**	0,288
Anjiyografi Planlamasının Nasıl Olduğu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Acil	138	42,775±7,360	35,710±5,763	73,478±10,735
Elektif	12	43,333±14,718	40,000±5,893	74,167±18,453
t=		-0,228	-2,469	-0,199
p=		0,899	**0,015**	0,901

Tablo 4.3. ‘de koroner anjiyografi uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklere göre DKÖ, SKÖ ve İKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların durumluk kaygı puanlarının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=3,155; p=0.027<0.05;η2=0,061). Yapılan Post-Hoc ileri analizinde farkın nedeni yaşı 51-60 olan hastaların durumluk kaygı puanlarının yaşı 61-70 olan hastaların durumluk kaygı puanlarından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir (p<0.05). Hastaların sürekli kaygı, konfor toplam puanlarının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05).

Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı, sürekli kaygı ve konfor toplam puanlarının BKİ değerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0.05).

Kadın hastaların sürekli kaygı puanları (x=38,302), erkek hastaların sürekli kaygı puanlarından (x=35,150) yüksek olup, hastaların sürekli kaygı puanlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (t=3,056;p=0.003<0.05;d=0,552;η2=0,059). Hastaların durumluk kaygı ve konfor toplam puanlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05).

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı puanları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (F=2,677;p=0.034<0.05;η2=0,069). Yapılan Post-Hoc ileri analizinde farkın nedeni okur yazar olan hastaların sürekli kaygı puanlarının ortaokul mezunu hastaların sürekli kaygı puanlarından yüksek olması, okur yazar olan hastaların sürekli kaygı puanlarının lise mezunu olan hastaların sürekli kaygı puanlarından yüksek olması ve okur yazar olan hastaların sürekli kaygı puanlarının üniversite mezunu olan hastaların sürekli kaygı puanlarından yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Hastaların durumluk kaygı ve konfor toplam puanları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Evli olan hastaların sürekli kaygı puanları (x=35,551), bekar olan hastaların sürekli kaygı puanlarından (x=38,826) düşük bulunmuştur (t=-2,505;p=0.013<0.05;d=0,568;η2=0,041). Evli olan hastaların konfor toplam puanları (x=74,685), bekar olan hastaların konfor toplam puanlarından (x=67,174) yüksek bulunmuştur (t=2,970;p=0.003<0.05;d=0,673;η2=0,056). Hastaların durumluk kaygı ve konfor toplam puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık

gösterdiği saptanmıştır (p>0.05). Bunun yanında hastaların durumluk kaygı puanları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı puanları çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (F=4,423;p=0.014<0.05;η2=0,057). Yapılan Post-Hoc ileri analizinde farkın nedeni çalışmayanların sürekli kaygı puanlarının çalışanların sürekli kaygı puanlarından yüksek olması (p<0.05) ve çalışmayanların sürekli kaygı puanlarının emekli olanların sürekli kaygı puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05). Hastaların durumluk kaygı ve konfor toplam puanlarının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05).

Hastaların durumluk kaygı, sürekli kaygı ve konfor toplam puanları sigara kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, daha önce anjiyografi uygulanma durumu, ailede anjiyografi uygulanan kişi varlığı, daha önce hastaneye yatma durumu göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

İmmobil dönemde sağlığını kötü olarak yorumlayan hastaların durumluk kaygı puanları (x=49,741), iyi olarak yorumlayan hastaların durumluk kaygı puanlarından (x=41,301) yüksek bulunmuştur (t=5,325;p=0<0.05;d=1,132;η2=0,161). Kötü yorumlayan hastaların konfor toplam puanları (x=63,704), iyi yorumlayan hastaların konfor toplam puanlarından (x=75,691) düşük bulunmuştur (t=-5,365;p=0<0.05;d=1,140;η2=0,163). Hastaların sürekli kaygı puanları immobil dönemde sağlığını nasıl yorumladığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Anjiyografi hakkında önceden bilgisi olan hastaların sürekli kaygı puanları (x=36,818), anjiyografi hakkında önceden bilgisi olmayan hastaların sürekli kaygı puanlarından (x=34,569) yüksek olup, sürekli kaygı puanının anjiyografi hakkında önceden bilgili olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (t=2,253;p=0.026<0.05;d=0,388;η2=0,033). Bunun yanında hastaların durumluk kaygı ve konfor toplam puanları anjiyografi hakkında önceden bilgi varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

İşlem planlaması acil olan hastaların sürekli kaygı puanları (x=35,710), elektif olanların sürekli kaygı puanlarından (x=40,000) düşük olup sürekli kaygı puanının işlem planlamasının nasıl olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (t=-2,469;p=0.015<0.05;d=0,743;η2=0,040). Hastaların

durumluk kaygı ve konfor toplam puanları anjiyografi planlamasının nasıl olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 4.4. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Kaygı ve Konfor Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Ölçek		Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı	Konfor Toplam
Durumluk Kaygı	r	1,000		
	p	0,000		
Sürekli Kaygı	r	0,357**	1,000	
	p	0,000	0,000	
Konfor	r	-0,735**	-0,313**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.4'de koroner anjiyografi geçiren hastaların durumluk kaygı, sürekli kaygı, konfor puanları arasındaki korelasyon analizleri verilmiştir. Sürekli kaygı ile durumluk kaygı arasında r=0.357 pozitif zayıf (p=0,000<0.05), konfor ile durumluk kaygı arasında r=-0.735 negatif yüksek (p=0,000<0.05), konfor ile sürekli kaygı arasında r=-0.313 negatif zayıf (p=0,000<0.05) düzeyde korelasyon bulunmuştur.

Tablo 4.5. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Puanlarının Konfor Düzeyine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	ß			Alt	Üst
Sabit	120,759	4,500		26,838	0,000	111,866	129,651
Durumluk Kaygı	-1,007	0,084	-0,714	-11,953	**0,000**	-1,174	-0,841
Sürekli Kaygı	-0,113	0,116	-0,058	-0,973	0,332	-0,343	0,117

*Bağımlı Değişken=Konfor Toplam, R=0,737; R^2=0,536; F=87,171; p=0,000; Durbin Watson Değeri=2,071

Tablo 4.5'de Koroner anjiyografi uygulanan hastaların durumluk kaygı ve sürekli kaygının konfor toplam üzerine etkisine ilişkin regresyon analizi yer almaktadır. Koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların durumluk kaygı, sürekli kaygı ile konfor arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi sonucu anlamlı bulunmuştur (F=87,171; p=0,000<0.05). Konfor düzeyindeki toplam değişim %53.6 oranında durumluk kaygı, sürekli kaygı tarafından

açıklanmaktadır (R^2=0,536). Durumluk kaygı konfor düzeyini azaltmaktadır (ß=-0,714). Sürekli kaygı konfor düzeyini etkilememektedir (p=0.332>0.05).

5. TARTIŞMA

5.1 KAG Uygulanan Hastaların DKÖ, SKÖ ve İKÖ Puan Ortalamaları ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda KAG uygulanan hastaların "durumluk kaygı" puan ortalaması 42,820±8,113, "sürekli kaygı" puan ortalaması 36,053±5,871 olarak saptanmıştır. Çalışmamız bulgularına göre hastaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanının orta düzeyde olduğu değerlendirilmektedir. Türker ve Bedük (2020)'ün çalışmasında KAG uygulanan hastaların durumluk kaygı ölçeğinden aldığı puan ortalaması 50,59±7,76, sürekli kaygı ölçeğinden aldığı puan ortalaması ise 39,61± 9,41 olduğu belirlenmiştir. Bir başka çalışmada KAG uygulanan hastaların durumluluk kaygı puan ortalamasının 47,75±8,07, sürekli kaygı puan ortalamasının 48,77±6,07 olduğu belirlenmiştir (Özlü ve diğerleri, 2022). Bizim çalışmamızda hastaların anksiyete bulguları, verilen bu çalışmalara göre daha düşük düzeyde bulunmuştur. Bunun nedeninin çalışmalardaki örneklem farklılığından kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda hastaların konfor ölçeği puan ortalaması 73,533±11,451 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 120 olduğu değerlendirildiğinde, hastaların konfor düzeyinin ortanın üzerinde olduğu değerlendirilmektedir. KAG sonrası hastaların belirli bir süre immobil olmaları, hastaların sırt boyun ağrısı yaşamalarına neden olmakta ve konfor düzeyleri ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır (Çıracı, 2019). Yapılan bir çalışmada kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitesinde hastaların ağrı, mahremiyet, uykusuzluk, eş özlemini en önemli stresörler olarak algıladıkları ve ağrı yönetiminin sağlanarak konfor düzeyinin artacağı belirtilmiştir (Aktaş, Karabulut, Yılmaz ve Özkan, 2015). Yapılan başka bir çalışmada ise akut MI geçiren kadın hastaların konfor düzeyini artırmada hasta ile sağlık personelinin etkili ve güven ortamında oluşturulan iletişimin hastaların konfor düzeyinin artmasında etkili olduğu savunulmuştur (Ponte, Silva, Aragao, Guedes ve Zagonel, 2014). Ayrıca literatür incelendiğinde hastaların aldıkları destek ve bakımın artmasıyla konfor düzeyinin de artacağı savunulmuştur(Kolcaba, 1991).Yapılan bir çalışmada kronik kalp yetmezliği olan hastalarda hasta yakınlarının tedavi ve bakım sürecinde verdiği desteğin hastaların konfor düzeyini arttırdığı belirtilmiştir (Brannström, Ekman, Boman ve Strandberg, 2007).Diğer bir çalışmada ise koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların konfor düzeylerinin düşük olduğu ancak sağlık personelleri ile etkili

iletişim kurabilen hastaların konfor düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir.Bu çalışma ile hemşirelerin konfor gereksinimlerinin belirlemesinin ve bütüncül olarak bakım vermesinin önemi üzerinde durulmuştur (Nural ve Alkan, 2018).

Çalışmamızda hastaların durumluk kaygı puanlarının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiş olup, yaşı 51-60 arasında olan hastaların durumluk kaygı puanları en yüksek, yaşı 61-70 arası olan olan hastaların ise en düşük olarak belirlenmiştir. Literatürde yaş ve durumluk anksiyete arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçlar yer almaktadır. Türker ve Bedük (2020)'ün çalışmasında 65 yaş ve üzerindeki hastaların DKÖ puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu, puanı en düşük olan hastaların 45-64 yaş grubunda yer aldığı saptanmıştır. Bundan farklı olarak Şavk, Kebapçı ve Özcan, (2022)'ın çalışmasında ise 18-25 yaş aralığında olan hastaların anksiyete puanları en yüksek iken; 65 yaş üzeri grupta ise anksiyete puanlarının en düşük olduğunun belirtilmektedir. Bu farklı sonuçların çalışmalarda hasta yaş aralıklarının farklı şekillerde sınıflandırılmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda kadın hastaların sürekli kaygı puanları erkek hastaların sürekli kaygı puanlarından yüksek olup, hastaların sürekli kaygı puanlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bulgumuzla paralel olarak, literatürde koroner anjiyografi uygulanan kadınların erkeklere göre daha fazla anksiyete yaşadığını bildirilmektedir (Yel ve Ünsar , 2020; Woldecherkos ve diğerleri, 2007). Bu yüksekliğin kadınların biyolojik özelliklerinin yanı sıra duygularını daha rahat paylaşabilmesi, roller ve beklentiler açısından baskı altında hissetmesi gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabileceği değerlendirilmektedir.

Hastaların sürekli kaygı puanları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Okuryazar olanların sürekli kaygı puan ortalamaları en yüksek iken üniversite mezunlarının sürekli kaygı puan ortalamaları en düşük olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların farkındalıklarının artarak, durum hakkında daha çok bilgi arayışında oldukları ve etkili baş etme stratejilerini geliştirebileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların eğitim seviyesi arttıkça kaygı durumlarının azaldığı bildirilmiştir (Doğan, 2018). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada da eğitim seviyesi arttıkça kaygı düzeyinin azalmasının nedeni, eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin sosyo ekonomik açıdan daha iyi şartlara sahip olmaları ve stres ile baş etme tekniklerini daha etkili kullandıkları şeklinde yorumlanmıştır (Yel

ve Ünsar, 2020).

Çalışmamızda evli hastaların sürekli kaygı puanları, bekar hastaların sürekli kaygı puanlarından düşük ve yine evli hastaların konfor düzeylerinin bekar hastaların konfor düzeyinden yüksek olduğu tespit edilmiş olup, aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında hastaların durumluk kaygı puanları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Evli olmanın, sosyal bağların artması, dolayısıyla sosyal ve duygusal destek sağlaması açısından bireylerin yaşamında anksiyeteyi azaltmada etkili rol oynayabilir (Yel ve Ünsar, 2020). Öte yandan literatürde birçok kaynak medeni durumunun hastaların konfor düzeyine etki etmediklerini belirtmektedir (Seyedfatemi ve diğerleri, 2014; Büyükünal Şahin ve Rızalar, 2018). Bizim çalışmamızda evlilerin konfor düzeyinin yüksek çıkması sosyal destek varlığı ile açıklanabilir.

Hastaların sürekli kaygı puanları çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir Çalışmayan hastaların sürekli kaygı puanları çalışan ve emekli olan hastalara göre daha yüksektir. Çalışmayan hastaların sürekli kaygılarının, hastaların ekonomik kaygılar yaşaması ve bunun yanında sahip oldukları gelecek kaygısına bir de içinde bulundukları KAG işlem kaygısının da eklenmesi dolayısıyla olabileceği düşünülmektedir. Literatürde çalışma bulgumuzu destekleyen çalışmalar olduğu gibi çalışma durumu ile sürekli anksiyete arasında anlamlı fark bulmayan çalışmalarda mevcuttur (Gökçe Eskin, Bulut ve Güngör, 2021).

İmmobil dönemde sağlığını kötü yorumlayan hastaların durumluk kaygı puanları iyi yorumlayan hastaların durumluk kaygı puanlarından yüksek; kötü yorumlayan hastaların konfor puanları iyi yorumlayan hastaların konfor puanlarından düşük bulunmuş ve hastaların immobil dönemde sağlığını nasıl yorumladığına göre durumluk kaygı ve konfor düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Hastalardan alınan objektif veriler önemli olmakla birlikte, hastaların subjektif deneyimlerini anlamak uygun bakımın sağlanması ve hastanın uyumunu artıran bir durumdur. Bu nedenle hastaların sağlıklarını nasıl yorumladıkları, kendilerine yapılan işlemleri ve bakımı nasıl algıladıkları önemlidir (Sönmez, 2013). Çalışmamızda immobil dönemde sağlığını kötü algılayan hastaların kaygılarının yüksek konforlarının ise düşük olmasının nedeni KAG işlemi sonrası hareketsiz sırt üstü yatmak zorunda olması nedeni ile geçmeyen sırt, bel ve boyun ağrıları yaşamış olabileceği ile açıklanabilir.

Anjiyografi hakkında önceden bilgisi olan hastaların sürekli kaygı puanları, anjiyografi hakkında önceden bilgisi olmayan hastaların sürekli kaygı puanlarından yüksek olup, sürekli kaygı puanının anjiyografi hakkında önceden bilgili olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. KAG hakkında bilgi sahibi olan hastaların, işlem prosedürlerini ve olası risk durumlarını bilmesi hastanın sürekli kaygısını arttırmış olabilir. Literatürde invaziv girişimler sonrası yoğun bakım deneyimi olan hastaların sürekli kaygı puanlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (Tunç, 2022). Aynı zamanda Türker ve Bedük (2020)'ün çalışmasında anjiyo sayısı arttıkça sürekli ve durumsal kaygının arttığı da belirtilmektedir.

Anjiyografi planlaması acil olan hastaların sürekli kaygı puanları elektif olan hasta puanlarından düşük olup sürekli kaygı puanının anjiyografi planlamasının nasıl olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Çalışmamızda tespit edilen bu farkın elektif grupta yer alan hasta sayısının az olması ve bu hasta grubunun uzun süreli tanı süreci yaşamış olabileceğinden dolayı olduğu düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada koroner anjiyografi işlemi için beklemenin hastaların yaşam kalitesini ve psikolojik durumunu etkilediği savunulmuştur (Wynne, ve diğerleri, 2004).

5.2 KAG Uygulanan Hastaların DKÖ, SKÖ ve İKÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda koroner anjiyografi uygulanan hastaların sürekli kaygı ile durumluk kaygı puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlenirken; konfor ile durumluk kaygı arasında negatif yönde yüksek, konfor ile sürekli kaygı arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca koroner anjiyografi işlemi geçiren hastaların durumluk kaygı, sürekli kaygı ile konfor arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi sonucu da anlamlı bulunmuştur. Konfor düzeyindeki toplam değişim %53.6 oranında durumluk kaygı, sürekli kaygı tarafından açıklanmaktadır. Durumluk kaygı konfor düzeyini azaltmakta, sürekli kaygı konfor düzeyini etkilememektedir.

Literatürde koroner anjiyografi uygulanan hastaların hastaların konfor ve kaygı puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğuna dair çalışmalar bulgumuzla uyumludur (Dağlı, 2021; Sönmez, 2013; Amaç ve Çam, 2019). KAG gibi invaziv işlemler, hastaların belli bir süre hareketsiz kalmasına yol açmakta, hastanının

güvenlik hissini olumsuz etkilemekte ve anksiyetelerinin artmasına neden olmaktadır (Bektaş ve Bayramoğlu, 2017). Çalışma sonucumuza göre hastaların yaşadığı anksiyetenin konfor düzeyine etkisinin %53 olduğu değerlendirildiğinde; hastaların anksiyete düzeylerinin azaltılmasına yönelik hemşirelik uygulamalarının konfor düzeylerini olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Bu bölümde koroner anjiyografi uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerine konfor ve kaygı düzeylerinin incelendiği çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Koroner anjiyografi uygulanan hastaların, %33,3'ünün 61-70 yaş aralığında, %41,3'ünün fazla kilolu, %71,3'ünün erkek, %46'sının ilkokul mezunu, %84,7'sinin evli ve %55,3'ünün emekli olduğu,
- Koroner anjiyografi uygulanan hastaların %62,7'sinin sigara kullanmadığı, %70'inin kronik bir hastalığının olduğu ve kronik hastalığa sahip olanların da %75,2'sinde HT olduğu, %57,3'ünün daha önce anjiyografi olduğu, %49,3'ünün ailesinde anjiyografi uygulanan kişi olduğu ve anjiyografi uygulanan kişilerin %37,8'inin babası olduğu,
- Koroner anjiyografi uygulanan hastaların %74'ünün daha önce hastanede yatma deneyiminin olduğu, %82'sinin immobil dönemde sağlık durumunu iyi olarak yorumladığı, %66'sının önceden anjiyografi hakkında bilgisinin olduğu, %92'sinin anjiyografi planlamasının acil olduğu ve anjiyografi sonrası yapılan işlemin sonucunun ise %29,3 ile cerrahi işlem kararı olduğu,
- Koroner anjiyografi geçiren hastaların "durumluk kaygı" puan ortalamasının 42,820±8,113 "sürekli kaygı" puan ortalamasının 36,053±5,871 ve "konfor" puan ortalamasının 73,533±11,451 olduğu,
- Koroner anjiyografi uygulanan hastaların durumluk kaygı puanlarının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- Hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının cinsiyete, eğitim durumuna, çalışma durumuna, anjiyografi hakkında önceden bilgili olmaya, işlem planlamasının nasıl olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- Hastaların durumluk kaygı ve konfor puan ortalamalarının medeni duruma ve immobil dönemde sağlığını nasıl yorumladığına göre göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- Hastaların durumluk kaygı, sürekli kaygı ve konfor puan ortalamalarının BKİ, sigara kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, daha önce anjiyografi uygulanma durumu, ailede anjiyografi uygulanan kişi varlığı, daha önce

hastaneye yatma durumu göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği,

- Hataların sürekli kaygı ile durumluk kaygı puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf, konfor ile durumluk kaygı puan ortalamaları arasında negatif yönde yüksek, konfor ile sürekli kaygı puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu,
- Hastaların konfor düzeyindeki toplam değişimin %53,6 oranında durumluk ve sürekli kaygı tarafından açıklandığı, hastaların durumluk kaygılarının konfor düzeyini azalttığı, sürekli kaygının konfor düzeyini etkilemediği belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

Bu çalışmanın sonuçlarına göre;

- Koroner anjiyografi geçiren hastaların durumluk kaygılarının ortanın biraz üstü, sürekli kaygılarının ise orta seviyeye yakın olduğu değerlendirildiğinde; hemşirelerin koroner anjiyografi uygulanan hastalarda var olan anksiyetenin farkında olmaları ve buna yönelik girişimleri planlayabilmesi,
- Hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının cinsiyete, eğitim durumuna, çalışma durumuna, anjiyografi hakkında önceden bilgili olmaya, işlem planlamasının nasıl olduğuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği değerlendirildiğinde; hemşirelerin hastalarını değerlendirirken bu değişkenlerin her birini göz önünde bulundurması ve hastanın anksiyetesini değerlendirirken sadece işleme yönelik yaşayacağı kaygıyı değil, genel anksiyete durumunu da değerlendirmesi,
- Hastaların durumluk kaygı ve konfor düzeylerinin immobil dönemde sağlığını nasıl yorumladığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği değerlendirildiğinde; KAG uygulanan hastaların kaygı düzeylerini azaltarak konforlarına katkı sağlamak amacıyla hastaların kendilerini nasıl hissettikleri, sağlıklarını nasıl algıladıklarının değerlendirilmesi,
- Hastaların sürekli kaygı ile durumluk kaygı puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf, sürekli kaygı ve konfor düzeyleri arasında da ise negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu değerlendirildiğinde; hastaların sürekli kaygılarını azaltmaya kaygı yönetimine yönelik becerileri kazanmalarını sağlayan eğitimler planlanması,

- Hastaların durumluk kaygılarının konfor düzeyini azalttığı ve hastaların konfor düzeyindeki toplam değişimin %53,6 oranında durumluk/sürekli kaygı tarafından açıklandığı değerlendirildiğinde; hemşirelerin koroner anjiyografi öncesi ve sonrasında anksiyeteyi azaltmaya yönelik girişimler planlaması,
- KLP hemşireleri tarafından klinik hemşirelerine yönelik, hastaların anksiyeteleriyle nasıl baş edeceklerine yönelik hizmeti içi eğitimler düzenlemesi,
- Araştırmacılar tarafından anksiyeteyi azaltma ve dolayısıyla konfor düzeyini artırmaya yönelik müdahale çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

8. KAYNAKÇA

Adalet, K. (2019). *Klinik Kardiyoloji Cilt 1. İskemik Kalp Hastalığı*. Koylan, N., Mercanoğlu, F., Adalet, K. (Ed). 2.Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi 563.

Agostoni, P., Biondi, G.G., Benedictis, M. (2014).Radial Versus Femoral Approach For Percutaneous Coranary Diagnostik And İnterventional *Procedures; Systematic Overview And Meta Analysis Of Randomized Trials.Journal Of The American College of Cardiology 2*.;s:349-56

Ağçal, C., Tanrıverdi, H. (2003). *Kılavuzlar Işığında Kardiyoloji Uygulamaları*. Nobel Tıp Kitabevleri Ankara; s:61-74.

Ahmed, E., Youssif, M., Ayasreh, I., et al. (2013). Assess The Risk Factors And Knowledge On Modification Of Lifestyle Among Patients Who Have Experienced Acute Myocardial İnfarction İn Taif. *Int J Med Sci Public Health*; 2:354-373.)

Ahraz, M. (2018). *Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete Ve Cerrahi Kararına Etkisi.* (Tez) Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akın, M. (2014), Yüksek Riskli Hastalarda Koroner Anjiyografi, *Journal of Cardiovascular Nursing*.;7(2), 51-6.

Aktaş, Y.Y., Karabulut, N., Yılmaz, D., Özkan, A.S. (2015).Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*.;5(3):81-86.

Amaç, H.Y., Çam, R. (2019).Günübirlik Cerrahide Hasta Konforu Ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.; 5(1): 1222-1237.

American Heart Association (2015). Coronary Artery Disease- Coronary Heart Disease. https://www.heart.org/ Erişim Tarihi 26.07.2023.

Arıcı H, Turan Kavradım S. (2023). Kardiyovasküler Hastalıklarda Konfor. *Akd Hemşirelik D.*; 2(1): 32-39.

Arslan, H., Konuk Şener, D. (2009). Stigma, Spiritualite ve Konfor Kavramlarının Meleis"in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. *Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*;2(1):58–51.

Attias, S., Keinan, B.L., Arnon, Z., Ben Arye, E., Baram, A., Sroka, G., Schiff, E.(2016).Effectiveness Of İntegrating İndividualized Generic Complementary Medicine Treatments With Standard Care Versus Standard Care Alone For Reducing Preoperative Anxiety. *J Clinanest*; 29:54-64.

Badır, A., Demir Korkmaz, F. (2013). Koroner Arter Hastalıkları. *Dahili ve Cerrrahi Hastalıklarda Bakım*. Karadakovan A., Eti Aslan, F. (Ed). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.: 431 .

Bailey, L. (2010). Strategies For Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting. Association of Perioperati ve Registered *Nurses Journal*;92(4): 445-446.

Balcı, A., Enç, N. (2013), Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikolojik Parametreler Üzerine Etkisi, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*; 4(5), 41-50.

Bat Tonkuş, M. (2016).*Yoğun Bakım Ünitesinden, Servise Transfer Edilecek Olan Hastalarda ve Hastaların Yakınlarında Transfer Anksiyetesinin İncelenmesi*.(Yüksek Lisans Tezi).Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Istanbul.

Bayata, M.S., Saraç, S. (2014), Koroner Anjiyografide Komplikasyonlar ve Riskler, Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics, 7(2), 85-9.

Bektaş, O., Bayramoğlu, A.(2017). Femoral Arter Yoluyla Yapılan Koroner Anjiyografi Sonrası Girişim Yerinin Geleneksel Kum Torbası Ve Kapama Cihazı Kullanılarak Kapatılmasının Karşılaştırılması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* Cilt: 9 Sayı:5.

Belzung, C., Griebel, G. (2001). Measuring Normal And Pathological Anxiety-Like Behaviour İn Mice: A review. Behav Brain Res;125(1-2):141-149.

Beşli, F., Alişir, M.F., Keçebaş, M., Serdar, O. A., Güngören, F. (2013). Kalp Kateterizasyonu ve Elektif Perkütan Girişimlerde Periferik Damar Komplikasyonları Açısından Femoral Arter Pnömotik Kompresyon Cihazının Kum Torbası Yöntemi ile Karşılaştırılması. Türk Kardiyol Dern Arş, 41(6), 478-485.

Bonow, R.O., Davidson, C.J. (2015). Cardiac Catheterization.In: Braunwald's Heart Disease a Textbook of Cardiovascular Medicine. Zipes, D.P., Bonow, R.O. (ED) Philadelphia 10th edition, pp: 364-392.

Bozdemir Özel, C., Arıkan, H., Dağdelen, S., Çalık Kütükçü, E., Karadüz, B.N., Kabakçı, G., İnal İnce, D.(2021). Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Fiziksel Aktivite Seviyelerinin İncelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation;*8(1):99-105).

Brannström, M., Ekman, I., Boman, K., Strandberg, G.(2007). Being a Close Relative Of a Person With Severe, Chronic Heart Failure in Palliative Advanced Home Care–a Comfort But Also a Strain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.;21(3):338-344.

Burn, K. L., Marshall, B., Scrymgeour, G. (2015). Early Mobilization After Femoral Approach Diagnostic Coronary Angiography to Reduce Back Pain. *Journal of Radiology Nursing*; 34(3), 162-169.

Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö., Köklü, N. (2018). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik*. Ankara: Pegem Akademi.

Büyükünal Şahin, P., Rızalar, S. (2018). Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi . *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* , 5 (3), 404-413. DOI: 10.17681/hsp.395018.

Canbaz, S. (2001). *Samsun Çıraklık Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Çırakların Sosyodemografik, Çalışma Yaşamı Özelliklerinin Ve Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.* (Tez). Samsun: 19 Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Carnethon, M. R., Pu, J. , Howard, G. , Albert, M. A., Anderson, C. A. M. , Bertoni, A. G., Mujahid, M. S., Palaniappan, L., Taylor, H. A., Willis, M., Yancy, C. W. (2017). American Heart Association Council On Epidemiology And Prevention; Gençlerde Kardiyovasküler Hastalık Konseyi; Kardiyovasküler Ve İnme Hemşireliği Konseyi; Klinik Kardiyoloji Konseyi; Fonksiyonel Genomik Ve Translasyonel Biyoloji Konseyi Ve İnme Konseyi. Afrikalı Amerikalılarda Kardiyovasküler Sağlık: Amerikan Kalp Derneğinden Bilimsel Bir Açıklama. Dolaşım:136 (21):E393-E423.

Cenko, E., Yoon, J., Kedev, S., Stankovic, G., Vasiljevic, Z., Krljanac, G., ve diğerleri (2018). Sex Differences in Outcomes After STEMI: Effect Modification By Treatment Strategy and Age. JAMA Intern Med; 178(5): 632-639.

Centers for Disease Control and Prevention. Heart Disease Risk Factors. https://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.htm Erişim tarihi 26.07.2023.

Çay, E. (2011). *Günübirlik Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi.* (Tez). İstanbul; Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Çelik, F., Edipoğlu, I.S. (2018). Evaluation of Preoperative Anxiety and Fear of Anesthesia Using APAIS score. Eur J MedRes;23(1):41.

Çıkrıklar, H.İ., Kurtoğlu, B.(2021). Acil Servise Başvuran ve Pulmoner Emboli Ön Tanısı ile D-dimer İstenen Hastaların Prognostik Özellikleri ve Mevcut Komorbiditeleri ile İlişkisinin Retrospektif Olarak İncelenmesi. Bursa Uludağ Üniversitesi/Tıp Fakültesi/Acil Tıp Anabilim Dalı.

Çınar, D., Olgun, N. (2013). Koroner Anjiyografi Sonrası Uygulanan Kum Torbası Basısına Bağlı Olduğu Düşünülen Vazovagal Senkop Gelişen Olgu Sunumu, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi;10(1): 51- 55

Çınar Yücel Ş. (2011). Kolcaba'nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*;27(2): 79-88.

Çıracı, B. (2019). *Radial ve Femoral Girişli Anjiyografilerde Hastaların Konfor Düzeylerinin Belirlenmesi.*(yüksek lisans tezi).İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Dağlı İ.N. (2021). *Koroner Anjiyografi ve Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Düzeyleri*. (Yüksek Lisans Tezi) Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Dehkordi, M.T. (2016), Extraction Of The Best Frames İn Coronary Angiograms For Diagnosis And Analysis, *Journal Of Medıcal Sıgnals And Sensors;*6(3), 150-57.

Demir, Ö., Arslantaş, H. (2014). Koroner Anjiyografi Ve Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Müzik Eşliğinde Progresif Kas Gevşeme Egzersizinin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3):113-121.

Demir Korkmaz, F., Okgün Alcan, A., Eti Aslan, F. ve Çakmakçı, H. (2015). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.*Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*;23(2), 285-294.

Dirimeşe, E., Korkmaz, F.D. ve Alcan, A.O. (2016). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.* 5(2), 56-61.

Doğan, A. (2018). *Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalara İşlem Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi,* (Yüksek Lisans Tezi).Avrasya Üniversitesi, Trabzon.

Durna, Z. (2012). *Kronik Hastalıklar Ve Bakım*. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 111- 146.

Durna, Z. (2013). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Akademi Basın Ve Yayıncılık. İstanbul, 147-230.

Enç, N. (2019), *Kardiyovasküler Hemşirelik.* 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Enç, N., Uysal, H. (2017). Akut Koroner Sendromlar. Enç, N., Uysal, H.(Ed). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; p.95-102.

Eray, A., Set, T., Ateş, E. (2018). Yetişkin Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Riskinin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekim Dergisi*; 22 (1): 12-19.

Ercan, P.,Nehir El, S. (2014). Obeziteyi Önleyen Gıda Bileşenleri. Akademik Gıda 12(1) 69-77.

Ergin, E., Çam, O. (2014). *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.* İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; s.277-282.

Esmaeili, R., Jannati, Y., Ghafari, R., Charati, J. Y., Jelodar, H. N. (2015). A Clinical Trial Comparing The Effect Of Peer Education And Orientation Program On The Anxiety Levels Of Pre-CABG Surgery Patients. *Journal Of Medicine And Life;*8(2), 66.

Fathi, M.,Valiee, S., Mahmoodi, P. (2017), Effect Of Changing The Duration Of Keeping Sandbag Over Catheter İnsertion Site On The Coronary Angiography Acute Complications: A controlled clinical trial, *Journal of Vascular Nursing.* 35(4), 193-200.

Gedik, A., Kanan, N. (2015). *Nöroşirurji Hastalarında Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi.*(Yüksek Lisans Tezi).Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

George, D., Mallery, M. (2010). SPSS For Windows Step By Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.

Gökçe Eskin, S. , Bulut, S., Güngör, H. (2021). Koroner Anjiografi Öncesi Sosyal Desteğin Anksiyeteye Etkisi . Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi , 5 (2) , 198-208 . DOI: 10.46237/amusbfd.839455.

Griffin, B.P. (2014). *Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı.* (Çetin E.., Atalar, E.,Çev.). Güneş Tıp Kitabevleri, 4. Basım.s.10-13.

Gündoğdu, G. (2013). *Son Trimesterdeki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri ile Doğumdaki Anksiyete Ve Ağrı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* (Tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi.

Gürhan, N. (2016). *Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği.* Ankara.Nobel Tıp Kitabevleri;s.351-356.

Hamur, H., Değirmenci, H., Bakırcı, E.M., Topal, E. (2016).Karotis Arter Hastalığının Güncel Girişimsel Tedavisi. MN Kardiyoloji;23(3), 147-57.

Hiçermez, A., Enç, N. (2021). Effects Of Covid-19 On Cardiovascular System And Nursing Care. *Turk J Cardiovasc Nurs;* 12(27):59-67.

Kalaycı, Ş. (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım;syf:116.

Kaptan, G.,Dedeli Ö. (2012). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği* . İstanbul:Tıp Kitabevi s:220.

Karabacak, Ü., Acaroğlu, R. (2011). Konfor Kuramı. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi*, 4(1), 197-202.

Karadakovan, A., Aslan, F.E. (2014). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Karaman, D. (2016). *Meme Biyopsisi Sırasında Sanal Gerçeklik Uygulamasının Ağrı Ve Anksiyete Üzerine Etkisi.* (Tez). Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kaya, F.K. (2014). *Adıyaman Populasyonunda IL-1β -511C/T Polimorfizmi İle Koroner Arter Hastalığı Arasındaki İlişkinin Araştırılması.* (Yüksek Lisans Tezi). Adıyaman Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü,Adıyaman.

Kolcaba, K., (2001) Evolution Of The Mid Range Theory Of Comfort For Outcomes Research.Nursing Outlook.,49(1):86-92.

Kolcaba, K., Tilton, C., Drouin, C. (2006). Comfort Theory: A Unifying Framework To Enhance The Practice Environment. *Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538- 544.

Kolcaba, K., Di Marco, M.A. (2005).Comfort Theory And İt's Application To Pediatric Nursing. Pediatr Nurs.;31(3):187-194.

Kolcaba, K. (2003).Comfort Theory And Practice: A Vision For Holistic Health Care And Research. New York: Springer Publishing Company:49.

Kolcaba, K.,Kolcaba, R. (1991).An Analysis Of Comfort.*Journal of Advanced Nursing* 16(11),1301-1310.

Kolcaba K.Y .(1991).A Taxonomic Structure For The Concept Comfort. Image: The *Journal of Nursing Scholarship*.;23(4):237-240.

Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure For The Concept Comfort. Image *J Nurs Sch*;23(1):238-237.

Kolcaba, K.Y. (1994). A Theory of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*; 19 (6):1178-1184.

Kolkailah, A.A., Alreshq, R.S., Muhammed, A.M., Zahran, M.E., Anas El-Wegoud, M., Nabhan, A.F. (2018).Transradial Versus Transfemoral Approach For Diagnostic Coronary Angiography And Percutaneous Coronary İntervention İn People With Coronary Artery Disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD012318.

Kolpay, M., Erol, C. (2013). Koroner Arter Hastalığı. Türk Radyoloji Seminerleri 1,57-69.

Koramaz, Ş., Bitargül, M., Kılıç, H., Gökalp, F. (2017).Koroner Anjiyografi Esnasında Koroner Arterde Kırılıp Kalan Kılavuz Teline Cerrahi Yaklaşım Gerekli Midir? *Koşuyolu Heart J*;20(3):259-261.

Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyorala, K., Keil, U. (2009). EUROASPIRE III: A Survey On The Lifestyle, Risk Factors And Use Of Cardioprotective Drug Therapies İn Coronary Patients From 22 European Countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*;16:121–137.

Kurd,B., J., Dar, M. I., Shoaib, M., Malik, L., Aijaz, Z., Asif, I. (2014). Relationship Between Stress And Coronary Heart Disease. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*; 22(2): 142-147.

Marchuk, A. (2016). End-Of-Life Care İn The Neonatal İntensive Care Unit: Applying Comfort Theory. *Int J Palliat Nurs;* 22(7): 317-323.

Mavili, E., Şenol S. (2015), Temel Anjiyografi, Arter Girişim Yolları Ve Malzeme Tanıtımı, Trd Sem, 3, 247-54.

Moser, D.K. (2007).The Rust Of Life: İmpact Of Anxiety On Cardiac Patients. *Am J Crit Care*;16(4), 361-9.

Mozaffarian, D., Benjamin, E.J., Go, A.S., Arnett, D.K., Blaha, M.J., Cushman, M., De Ferranti, S., Després, J.P.,Fullerton, H.J., Howard, V.J., Huffman, M.D., Judd, S.E., Kissela ,B.M., Lackland, D.T., Lichtman, J.H., Lisabeth, L.D., Liu, S., Mackey, R.H., Matchar, D.B., Mcguire, D.K., Mohler, E.R., Moy, C.S., Muntner, P., Mussolino, M.E., Nasir, K., Neumar, R.W., Nichol, G., Palaniappan, L., Pandey, D.K., Reeves, M.J., Rodriguez, C.J., Sorlie, P.D., Stein, J., Towfighi, A., Turan, T.N., Virani, S.S., Willey, J.Z., Woo, D., Yeh, R.W., Turner, M.B. (2015). Amerikan Kalp Derneği İstatistik Komitesi Ve İnme İstatistikleri Alt Komitesi. Kalp Hastalığı Ve Felç İstatistikleri--2015 Güncellemesi: Amerikan Kalp Derneğinden Bir Rapor. Dolaşım:131 (4):E29-322.

Myburgh, P. H., Towers, G. W., Kruger, I. M., Nienaber Rousseau, C. (2018). CRP Genotypes Predict Increased Risk to Co-Present with Low Vitamin D and Elevated CRP in a Group of Healthy Black South African Women. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*:15(1), 111. https://doi.org/10.3390/ijerph15010111.

Naidu, S.S., Aronow, H.D., Box, L.C, Duffy, P.L., Kolonsky, D.M., Kupfer, J.M., Latif, F., Blankenship, J.C. (2016), SCAI Expert Consensus Statement: 2016 Best Practices in The Cardiac Catheterization Laboratory: (Endorsed By The Cardiological Society Of İndia, And Sociedad Latino Americana de Cardiologia İntervencionista; Affirmation Of Value By The Canadian Association of

İnterventional Cardiology Association Canadienne De Cardiologie d'intervention), *Catheter Cardiovasc Interv,* 88(3), 407-23.

Nienaber Rousseau, C., Swanepoel, B., Dolman, R. C., Pieters, M., Conradie, K. R., Towers, G. W. (2014). Interactions Between C-reactive Protein Genotypes With Markers Of Nutritional Status İn Relation To İnflammation. Nutrients, 6(11), 5034–5050. https://doi.org/10.3390/nu6115034

Nilsson, J., Sigström, R., Östling, S., Waern, M., Skoog, I. (2019). Changes İn The Expression Of Worries, Anxiety, And Generalized Anxiety Disorder With Increasing Age: A Population Study Of 70 to 85-year-olds. *Int J Geriatr Psychiatry*; 34(2): 249-257.

Nural, N., Alkan, S..(2018). Identifying the Factors Affecting Comfort and the Comfort Levels of Patients Hospitalized in the Coronary Care Unit. *Holist Nurs Pract.*;32(1):35-42.

Odabaşı, J. (2006) *Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti ve Koroner Anjiyografi Sonrası Yaşam Biçimi Değişikliklerinin Belirlenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı.* (Tez). Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Oktay, M.C. (2017). *İlk Defa Deneme Dalışı Yapan Bireylerin Sürekli Ve Durumluk Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi*. (Tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Oliveira, I. (2013). Comfort Measures: A Concept Analysis. *Res Theory Nurs Pract*;27(2):95-114.

Onat, A., Can, G. (2017). Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar Ve Kalpten Ölüm Sıklığı, TEKHARF, *Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*, İstanbul: Logos Yayıncılık.

Öner, N.,Le Compte, A.(1998). *Süreksiz(Durumluk) Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı.* 2.baskı,İstanbul:Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Ören, B. (2018). Göğüs Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. HSP.; 5(3): 324-332.

Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Yenilenmiş ikinci baskı.Mattek Matbaacılık Bas.Yay.Tic.Ltd.Şti.Ankara.

Özen, A., Çelik S. (2010). Koroner Anjiyoplasti Ve İntrakoroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 60-7.

Özlü, Z., Özlü, İ., Öztürk, Z., Öncer, H. (2022). Koroner Anjiyografi Ve Elektif Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Mahremiyetin Anksiyete Üzerine Etkisinin Belirlenmesi: Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri dergisi*,7(2),465-472.10.5336/health sci.2021-85502.

Özmen, F. (2008). Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti. Dünyada ve Türkiye'de İlkler. *Türk Girişimsel Kardiyoloj Dergisi*; 12, 128-41.

Park, J., Blackburn, B.E., Ganz, P.A., et al. (2018). Risk Factors for Cardiovascular Disease Among Thyroid Cancer Survivors: Findings From the Utah Cancer Survivors Study. *J Clin Endocrinol Metab;*103:2468-2477.

Ponte, K.M.d.A., Silva, L.d.F.d., Aragao, A.E.d.A., Guedes, M.V.C., Zagonel, I.P.S. (2014). Clinical Nursing Care To Comfort Women With Acute Myocardial İnfarction. Texto & Contexto-Enfermagem.;23:56-64.

Rapee, R.M., Schniering, C.A., Hudson, J.L. (2009). Anxiety Disorders During Childhood And Adolescence: Origins And Treatment. Annu Rev Clin Psychol; 5:311-4.

Roberts, R., Stewart, A.F. (2012). Genes And Coronary Artery Disease: Where Are We? J Am Coll Cardiol; 60(18): 1715-1721.

Samur, G. (2008). *Obezite Ve Kardiyovasküler Hastalıklar / Hipertansiyon.* Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara;1-20.

Schuiling, K. D. (2013). Promoting Comfort: A Conceptual Approach. Supporting a Physiologic Approach to Pregnancy and Birth;77-89.

Saviola, F., Pappaianni, E., Monti, A., Grecucci, A., Jovicich, J., Pisapia, N.D. (2020) Trait And State Anxiety Are Mapped Differently İn The Human Brain. Scientific Reports; 10 (1):1-11.

Seyedfatemi, N., Rafii, F., Rezaei, M., Kolcaba, K.J. (2014). Comfort and Hope in the Preanesthesia Stage in Patients Undergoing Surgery Perianesthesia Nurs.; 213-220.

Sevinç, S. (2016). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. Ed. Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar.* Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2011-2019.

Sezen, M. (2019). *Total Kalça Artroplastisi Ameliyatı Öncesi Hastalara Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete Ve Ağrı Düzeyleri Üzerine Etkisi.* (Tez). Kırklareli: Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Sönmez, A.(2013) *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastalarin Konfor ve Kaygi Deneyimlerinin Değerlendirilmesi.Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* (Yüksek Lisans Tezi).

Şahin, P.B., Rızalar, S. (2018). Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. HSP. ; 5(3): 404-413.

Şavk, A., Kebapçı, E., Özcan, S.(2022).Determination of Disease Perception and Anxiety Level in Preoperative Surgery Patients. J Tepecik Educ Res Hosp.;32(1):85-92

Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013).Using Multivariate Statistics (sixth ed.) Pearson, Boston.

Tavlı, T., Pekel, N. (2011). Koroner Kalp Hastalığı için Risk Faktörleri. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Özel Konular;4(2):16-20.

Tran, H., Byatt, N., Erskine, N., Lessard, D., Devereaux, R.S., Saczynski, J., et al.(2019.Impact Of Anxiety On The Post-discharge Outcomes Of Patients Discharged From The Hospital After An Acute Coronary Syndrome. *International Journal of Cardiology*.;278:28-33

TDK. Kaygı tanımı. Erişim 20.07.2023. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=KAYGI

TDK. Konfor tanımı. Erişim 19.07.2023, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=KONFOR

Terzi, B., Kaya N. (2017).Konfor Kuramı ve Analizi.*Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;20:1.

Tosun, B., Aslan, Ö., Tunay, S., Akyüz, A., Özkan, H., Bek, D., et al (2015) Turkish Version of Kolcaba's Immobilization Comfort Questionnaire:A Validity And Reliability Study. Asian Nursing Research;9(4):278-284.

Tunç, B.(2022).*Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Bilgi Düzeyleri*. Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Turan Kavradım, S., Sert, M., Özer, Z. (2022). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Ölüm Kaygısı Ve Başa Çıkma Tutumlarının Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*.;13(31):65-73.

Türker, E.,Bedük T. (2021).Determination of Anxiety Levels of Coronary Angiography Patients and Their Spouses Eurasion Journal Of Healt sciences.ISSN 2651-3501 Eurasian JHS; 4(2):80-90

TÜİK, (2023).Erişim Tarihi: 25 Temmuz 2023, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679

Türk Kardiyoloji Derneği (2018). Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu: Özet. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. Supplement 1:153-192.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Birincil, İkincil Ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Sağlık Bakanlığı Yayın No:812, 2010.

Türk Kardiyoloji Derneği, (2011). Erişim Tarihi 24.07.2023 https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_39_60_1_34.pdf

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

Türksen Ülkü, S., Ünsar, S. (2022). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumlarının Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*.;13(32): 159-166.

Ünülü, M. (2014). *Perikardiyum 6 Noktasına Bilek Bandı İle Akupresürün Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Ve Konfor Düzeyine Etkisi.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Velioğlu P. (1998).Hemşirelikte Kavram Ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset: 92-78. 65

Vural, F., Eti Aslan, F. (2014). Koroner Arter Baypas Greft Uygulanan Hastalarda Düşleme ve Müziğin İyileşme Sürecine Etkisi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci,* 6(1), 26- 37.

Yel, P. (2009).*Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi*.(Yüksek Lisans Tezi)Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yel P., Ünsar S. (2020). Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri. *Turk J Cardiovasc Nurs;*11(24):7–15.

Yıldırım Yaroğlu, H. (2013). *Koroner Arter Hastalarında Lipoprotein İlişkili Fosfolipaz A2 (Lp-PLA2) V279F Tek Nokta Mutasyonunun Araştırılması.* (Doktora Tezi).Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı.

Yıldız, D. (2011). *Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi.* (Tez). Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Zengin, N. (2010). Konfor Kuramı Ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi.*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi;*14(2):61-66.

Zheng, K.H., Tsimikas, S., Pawade, T., Kron, J.,Jenkins, D.S.A.,Doris, M.K.,et al.(2019). Lipoprotein(a) Ve Oksitlenmiş Fosfolipidler, Aort Darlığı Olan Hastalarda Kapak Kalsifikasyonunu Teşvik Eder.*J Am Coll Cardiol*;73:2150-62.

Wynne, J. and et. (2004). Anxiety And Health- Related Quality of Life in Patients Awaiting Elective Coronary Angiography. Heart Lung;33(4):237- 248.

Woldecherkos, A.S., Young-Xu, Y., Blatt, C.M. (2007). Anxiety Worsens Prognosis in Patients With Coronary Artery Disease. *Journal of The American College of Cardiology*;49(20):2022–2027.

World Health Organization. Global Atlas On Cardiovascular Disease Prevention And Control. Geneva: World Health Organization, (2011). Erişim tarihi: 23.07.2023.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44701/1/9789241564373_eng.pdf?ua=1

Who, (2021). Erişim Tarihi: 25 Temmuz 2023, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds).

8. EKLER

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

Yaş:

Kilo: **Boy:**

Cinsiyet:

a) Kadın
b) Erkek

Eğitim durumu

a) Okur-yazar
b) İlkokul
c) Ortaokul
d) Lise
e) Üniversite

Medeni durum

a) Evli
b) Bekar

Çalışma durumu

a) Çalışıyor
b) Çalışmıyor
c) Emekli

Sigara kullanımı

a) Evet
b) Hayır

Ek bir kronik hastalığı var mı?

a) Evet …….
b) Hayır

Daha önce anjiyografi uygulandı mı?

a) Evet
b) Hayır

Ailede ya da yakın çevrede anjiyografi uygulanan birey var mı?

a) Evet Kim:…….
b) Hayır

Daha önce hastanede yatma deneyimi var mı?

a) Var
b) Yok

İmmobil dönemdeki sağlığını nasıl yorumluyorsunuz?

a) Çok kötü
b) Kötü
c) İyi
d) Çok iyi

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu (devamı)

Anjiyografi hakkında önceden bilginiz var mı?

a) Evet
b) Hayır

Anjiyografi planlamanız nasıldı?

a) Acil
b) Elektif

Anjiyografi sonucu yapılan işlem nedir?

a) Stent
b) Balon
c) Stent+balon
d) Cerrahi
e) Medikal

Ek-2: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin şağ 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.

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

Ek-2: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (devam)

		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 kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve 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 hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-3: İmmobilizasyon Konfor Ölçeği

Ek 2. İmmobilizasyon Konfor Ölçeği

Aşağıdaki ifadeler şu anda hissettiğiniz konforu (rahatlığı) tarif etmektedir. Her ifade 6 sayıdan oluşmaktadır. 1 (bu ifadeye hiç katılmıyorum), 6 (Bu ifadeye tamamen katılıyorum) anlamına gelmektedir. Lütfen konforunuzu (rahatlığınızı) ifade eden sayıyı daire içine alınız.

İFADELER		Hiç katılmıyorum					Tamamen katılıyorum
1	Vücudum şu anda rahat.	1	2	3	4	5	6
2	Sesler dinlenmemi engelliyor.	1	2	3	4	5	6
3	Sırtımdaki ağrı beni rahatsız ediyor.	1	2	3	4	5	6
4	Şu anda kabızım.	1	2	3	4	5	6
5	Şu anda kendimi sağlıklı hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
6	Bu pozisyonda yemek yemek kolay.	1	2	3	4	5	6
7	Moralim bozuk ve üzüntülüyüm	1	2	3	4	5	6
8	Ağrıma katlanmak zor.	1	2	3	4	5	6
9	Bana özen gösterildiğini hissettiren kişi/kişiler var.	1	2	3	4	5	6
10	Bacağım uyuşuk.	1	2	3	4	5	6
11	Aç değilim.	1	2	3	4	5	6
12	Bu yatak rahat.	1	2	3	4	5	6
13	Bacağım/kolum/kasığımda hassasiyet var.	1	2	3	4	5	6
14	Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
15	Bu odanın sıcaklığı iyi.	1	2	3	4	5	6
16	Bu pozisyonda rahatım.	1	2	3	4	5	6
17	Tekrar iyi olmam lazım.	1	2	3	4	5	6
18	Aynı pozisyonda durmaktan kaslarım ağrıyor.	1	2	3	4	5	6
19	Huzurluyum.	1	2	3	4	5	6
20	Test sonuçlarım hakkında yeterli bilgiye sahibim.	1	2	3	4	5	6

Ek-4: Etik Kurul Kararı

Ek-5: Kurum İzni

Ek-6 ve Ek-7: Ölçek İzinleri

KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARIN KONFOR VE KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Yazar Meltem Meriç

Gönderim Tarihi: 05-Eki-2023 09:41AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2186256467
Dosya adı: ULANAN_HASTALARIN_KONFOR_VE_KAYGI_D_ZEYLER_N_N_BEL_RLENMES.docx (280.44K)
Kelime sayısı: 9482
Karakter sayısı: 68254

KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARIN KONFOR VE KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%13	%1	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%4
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
3	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%1
7	openaccess.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
8	openaccess.izu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
	Submitted to TechKnowledge Turkey	

9	Öğrenci Ödevi	<%1
10	www.turkiyeklinikleri.com İnternet Kaynağı	<%1
11	saglikokuryazarligidergisi.com İnternet Kaynağı	<%1
12	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1
13	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
14	gcris.pau.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
15	Submitted to Girne American University Öğrenci Ödevi	<%1
16	Submitted to Yakın Doğu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
17	acikerisim.aku.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
18	core.ac.uk İnternet Kaynağı	<%1
19	ejercongress.org İnternet Kaynağı	<%1
20	Submitted to Akdeniz University Öğrenci Ödevi	<%1

21	Submitted to Harran Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
22	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
23	dspace.kocaeli.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
24	tdhd.org İnternet Kaynağı	<%1
25	dspace.balikesir.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
26	shgmkalitedb.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
27	turkish.aawsat.com İnternet Kaynağı	<%1
28	www.aydin.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
29	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
30	lokmanhekim.com.tr İnternet Kaynağı	<%1
31	turkmedline.net İnternet Kaynağı	<%1
32	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1

33	dspace.akdeniz.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
34	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
35	jer-nursing.org İnternet Kaynağı	<%1
36	kongre.akademikiletisim.com İnternet Kaynağı	<%1
37	openaccess.amasya.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
38	slideplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
39	www.guvenplus.com.tr İnternet Kaynağı	<%1
40	www.ichastaliklarihemsireligi.com İnternet Kaynağı	<%1
41	www.kafkas.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
42	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
43	www.semanticscholar.org İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Nazire Altıntaş

Ünvanı: Hemşire

Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	**Alan**	**Üniversite**	**Yıl**
Lisans	Hemşirelik	Düzce Üniversitesi	2009-2013
Y.Lisans	Psikiyatri Hemşireliği	Lokman Hekim Üniversitesi	2021-2023