T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç.Dr.Eylem PASLI GÜRDOĞAN

KORONER ANJİYOGRAFİ VE PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARIN KONFOR VE KAYGI DÜZEYLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

İrem Nur DAĞLI

Referans no: 10224428

EDİRNE-2021

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç.Dr.Eylem PASLI GÜRDOĞAN

KORONER ANJİYOGRAFİ VE PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARIN KONFOR VE KAYGI DÜZEYLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

İrem Nur DAĞLI

Tez No:

EDİRNE-2021

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sürecinde bilimsel katkı ve destekleri için değerli danışmanım Doç.Dr.Eylem PASLI GÜRDOĞAN'a, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyelerine, manevi desteği ile her zaman yanımda olan kuzenim Duygu KURT'a, tüm yaşamım boyunca desteklerini bir an bile esirgemeyen Annem Nurhan DAĞLI, Babam Bahaddin DAĞLI'ya ve tüm aileme, çalışmanın yapıldığı Trakya Üniversitesi Kardiyoloji Kliniği çalışanlarına ve çalışmaya katılan hastalara en içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **KORONER ARTER HASTALIĞI** 3
- **KORONER ANJİYOGRAFİ** 8
- **PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM** 12
- **KONFOR KAVRAMI** 15
- **KAYGI** 18

GEREÇ VE YÖNTEMLER 26

BULGULAR 30

TARTIŞMA 43

SONUÇLAR 50

ÖZET 53

SUMMARY 55

KAYNAKLAR 57

ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ 69

ÖZGEÇMİŞ 70

EKLER

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ : Beden Kitle İndeksi

BT : Bilgisayarlı Tomografi

DM : Diyabetus Mellitus

EKG : Elektrokardiyografi

HDL : High Density Lipoprotein/Yüksek Dansiteli Lipoprotein

HL : Hiperlipidemi

KAH : Koroner Arter Hastalığı

KAG : Koroner Angiyografi

PKG : Perkütan Koroner Girişim

PTCA : Perkütan Translüminal Koroner Anjiyografi

MI : Miyokard Infarktüsü

MRG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

TEKHARF: Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

TK : Total Kolesterol

VLDL : Very Light Density Lipoprotein/ Çok Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

GİRİŞ VE AMAÇ

Koroner arter hastalıkları (KAH) koroner arterlerin aterosklerotik plaklarla ateroskleroz oluşturması, koroner arterleri tıkaması ve tıkanan bölgenin spazmı sonucu oluşan miyokart alanının iskemisi, fonksiyon bozukluğu ve buna bağlı semptomların görüldüğü klinik bir durum olarak tanımlanmaktadır (1,2,3). Koroner arter hastalıkları endüstrileşmiş ve gelişmekte olan toplumlarda, morbidite ve mortalitenin en önemli nedeni olarak gösterilmektedir (4). Günümüzde KAH tanılamasında klinik muayenenin yanısıra gelişen teknolojinin etkisiyle invaziv ve noninvaziv tanı yöntemleri de kullanılmaktadır. Elektrokardiyografi (EKG) gibi yaygın olarak kullanılan noninvaziv yöntemlere eşlik eden kardiyoloji laboratuvarlarında uygulanan tanı ve tedavi girişimleri de bulunmaktadır (5).

Koroner anjiyografi (KAG) kalp hastalıklarının tanılanmasında kullanılan, altın standart olarak değerlendirilen invaziv bir işlemdir (6,7). Perkütan koroner girişim (PKG) ise son yıllarda koroner arter hastalıklarının tedavisinde sıkça kullanılmaya başlanan, stentleme gibi işlemlerle laboratuvar ortamında uygulanan koroner arter hastalıklarının tedavisinde kullanılan invaziv tedavi yöntemidir. Girişim sonrasında revaskülarizasyon uygulanan alanın tekrar daralmasının engellenmesi, gelişmesi mümkün komplikasyonların belirlenmesi ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılması PKG'de bakımın amacını oluşturmaktadır (8).

Perkütan koroner girişim uygulama merkezlerinin mevcut politikalarına göre değişim göstermekle birlikte, PKG den sonraki 4-8 saat sonunda girişim yapılan bölgedeki kılavuz kateter çekilmektedir. Kateterin çekilmesiyle birlikte hemostazın sağlanması amacıyla kateterin çıkarıldığı damara doğrudan mekanik bası veya klemp ile basınç uygulanmaktadır.

Hemostazın sağlanmasında spongestan, kollojen plug, cerrahi sütur, kum torbası, basınçlı pansuman gibi farklı yöntemlerden de yararlanılmaktadır. Ulusal ve uluslararası kılavuzlara göre kateter çekildikten sonra ponksiyon bölgesine en az 2 saat basınç uygulanması gerekmektedir. Hastaların girişim sonrası 24 saate kadar yatak istirahati yapmasının komplikasyon riskini azalttığı bildirilmektedir (9). Girişim sonrası uygulanan immobilizasyon, hastaların konforunu negatif yönde etkilemektedir. İmmobil olunan dönemde sırt, bel, boyun ağrıları, eliminasyonda yaşanan güçlükler hastaların konforunu ve memnuniyetini azaltmaktadır (5,9).

Konfor kavramı, kaliteli hemşirelik bakımının önemli bir bileşenidir ve bütüncül hemşirelik bakımının temel yapıtaşı olarak kabul edilmektedir. Konfor, bireyin yalnızca fiziksel rahatlığını değil zihinsel, psikolojik, spiritüel, sosyal rahatlığını da kapsamakta ve bütünlük içerisinde karmaşık yapıda olması beklenen bir durum olarak tanımlanmaktadır (10).

Koroner anjiyografi ve PKG gibi invaziv girişimler, hastalara koroner arter hastalık tanısı konulması, hastalığın tedavi süreci ve yaşam stili değişikliği, tedavide başarının garanti olmaması ve işlem sonrası bypass ameliyatının önerilme olasılığı hastalarda akut olarak strese neden olabilmekte ve kaygı düzeylerini yükseltmektedir. Koroner anjiyografi uygulanan hastalarda korku ve kaygıya neden olan faktörlerin koroner anjiyografi sonrası hareketsiz bir şekilde düz yatma ve işlem sonrasında koroner arter bypass cerrahisi geçirme olasılığı olduğu bildirilmektedir (6).

Kaygı; insanların yaşam boyu kaşılaştığı durumlara verdiği doğal bir yanıt, sıkıntılı durum, huzursuzluk olarak tanımlanmaktadır. Nedensiz korku ve endişe duygusuyla ortaya çıkmaktadır (11). Kaygı, durumluk ve sürekli kaygı olarak iki türde incelenmektedir. Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu andaki yoğun kaygı duygusu olup taşikardi, susama gibi fiziksel belirtiler göstermektedir. Durumluk kaygıda birey görünür bir şekilde gergin ve huzursuz olmaktadır. Sürekli kaygı ise bireyin kaygıya yatkınlığıdır ve kişilik özelliği olup dış çevreden etkilenmemektedir (12). Durumluk ve sürekli kaygı sürekli ilişki halinde bulunmaktadır. Durumluk kaygı düzeyinin artışı ve uzun süre yaşanması sürekli kaygı düzeyini de yükseltmektedir (13,14).

Bu araştırma, koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil oldukları dönemdeki konfor ve kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

GENEL BİLGİLER

KORONER ARTER HASTALIKLARI

Koroner Arter Hastalıklarının Tanımı

Vücudumuzdaki tüm organların, işlevlerini gerçekleştirebilmek ve canlılıklarını koruyabilmek için kan ile taşınan besin maddelerine ve oksijene ihtiyacı bulunmaktadır (1). Kalbin tüm boşlukları kanla dolu olmasına rağmen diğer tüm organlar gibi beslenmesi ve oksijenlenebilmesi gerekmektedir (15). Kalbin beslenmesi koroner arterler ile sağlanmaktadır (1).

Koroner arterin aterosklerotik plaklarla elastikiyetini kaybetmesi (ateroskleroz) ya da tıkanması, tıkanan bölgenin spazmı sonucunda besledikleri miyokart sahasının iskemisi, fonksiyon bozukluğu ve buna bağlı olarak semptomların ortaya çıkması sonucu görülen klinik durum, koroner arter hastalığı (KAH) olarak tanımlanmaktadır (1,2,3). KAH'ın varlığı kalbe aniden kan akımının yavaşlamasına yol açıp kalbin yeteri kadar beslenememesine ve miyokard infarktüsü gibi hayatı tehdit eden komplikasyonların görülmesine neden olmaktadır (16).

Koroner Arter Hastalıklarının Epidemiyolojisi

Sağlık alanında yaşanan gelişmelere rağmen koroner arter hastalıkları dünya çapında en önde gelen sağlık sorunları arasında yer almaktadır (17). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2019 yılı verilerinde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin alınan tüm koruyucu ve

tedavi edici önlemlere rağmen %46,2'sinin kalp ve damar hastalıklarından kaynaklandığı bildirilmiştir (18). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinde ise ülkemizdeki ölüm vakalarının 2017 yılında %48,6'sının, 2018 yılında yüzde %40,1'inin ve 2019 yılında %39,8'inin kalp ve damar hastalıklarından kaynaklandığı belirtilmiştir (19).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1980'li yılların başında kalp ve damar hastalıklarının ülkeler arası sıklığını ve farklılığını belirlemek amacıyla 21 ülkede yürüttüğü Kardiyovasküler Hastalıktaki Eğilimleri Ve Belirleyicileri İzleme (MONICA) Projesi'nin sonucunda gelir düzeyi yüksek ve endüstrileşmiş ülkelerde KAH'ın en sık görülen ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir (20). Ülkemizde yapılan en kapsamlı kalp ve damar hastalıkları çalışması olan Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının verilerine göre, koroner kalp hastalığı sayısının her yıl 140 bin kişi kadar arttığı, koroner mortalite insidansının erkeklerde binde 5,7, kadınlarda ise binde 3,6 olduğu belirlenmiştir (4,21,22).

Koroner Arter Hastalıklarının Etiyolojisi

Aterosklerotik plaklar, KAH'nın oluşmasındaki en önemli etken olarak kabul edilmektedirler. Bu nedenle ateroskleroz oluşumunun patogenezi koroner arter hastalıklarının patofizyolojisi hakkında da bilgi vermektedir. Ateroskleroz, kanda bulunan düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) ve çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL) ve şilomikronlar gibi lipoproteinlerin damar dış duvarını geçerek intima tabakasında birikmesi ve burada okside olması ile oluşan kronik bir inflamasyondur. Ateroskleroz oluşumunda, endotel hasarı olduğu düşüncesi patogenezlerin en açıklayıcı teorisi olarak kabul edilmektedir (23,24). Endotel hasarına bağlı olarak bu hücrelerde adezyon moleküllerinin sayısı artmakta, böylece makromoleküllerin, trombositlerin ve monositlerin adezyonunu önleyerek nitrik oksidi salgılama yeteneği azalmaktadır. Monositler endotel tabakasını geçerek damar intimasında lipoproteinleri oksitleyerek köpük görünümlü makrofajları oluşturmaktadırlar. Bu köpük görünümlü makrofajlar damar duvarlarına çökerek yağ tabakası meydana getirmektedirler. Makrofajlar, inflamasyona neden olan ve arter yapısında düz kas ve fibröz doku oluşmasını sağlayan bazı kimyasal maddeler salgılayarak hücresel çoğalmayı arttırmakta ve damarın tıkanmasına neden olmaktadırlar (23).

Koroner Arter Hastalıklarının Risk Faktörleri

Koroner arter hastalıklarının önlenmesinde bireylerin risk faktörlerine göre tanımlanması ve bu doğrultuda önlemler alınması gerekmektedir. KAH'nın risk faktörleri, değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (3,4).

Değiştirilemeyen risk faktörleri: KAH'a yol açan değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, aile öyküsü, cinsiyet ve ırk olarak kabul edilmektedir (9,21).

Yaş: KAH, çocukluktan yaşlılığa kadar görülebilmekte ve yaşın ilerlemesi ile görülme sıklığı artmaktadır. Kadınlarda 55 yaş, erkeklerde ise 45 yaş sonrasında risk oluşturmakta olup, yaşın ilerlemesi ile kadın ve erkekler arasındaki KAH görülme farkı kapanmaktadır (21,25,26, 27).

Aile öyküsü: Birinci derece akrabalar içerisinde erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın altında KAH hikayesinin olması güçlü bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (28).

Cinsiyet: KAH'nda erkekler kadınlara göre daha fazla risk taşımaktadırlar. Bunun en önemli sebebinin kadınlarda premenapozal dönemde salgılanan östrojen hormonu olduğu kabul edilmektedir. Östrojen hormonu; premenapozal dönemdeki kadınlarda HDL kolesterolü yükseltip, LDL kolesterolü düşürmekte, vazodilatasyonu sağlayan maddelerin salgılanımını arttırarak, pıhtılaşma sistemi üzerine olumlu etkiler sağlamakta ve KAH koruyuculuğunu arttırmaktadır (21,29,30). TEKHARF çalışmasında KAH'na bağlı ölümlerin erkeklerde binde 5,7, kadınlarda ise binde 3,6 olduğu bildirilmektedir (4,22).

Irk: Miyokard infarktü beyaz ırkta daha fazla görülmektedir. Afrika kökenli Amerikalılar hipertansiyona daha yatkın iken aynı yaştaki beyaz ırka göre KAH yönünden daha az risk altında bulunmaktadırlar (26,31).

Değiştirilebilen risk faktörleri: Değiştirilebilen risk faktörlerini; diyabetes mellitus (DM), hiperlipidemi, obezite, alkol kullanımı, hipertansiyon, stres, fiziksel inaktivite/ sedanter yaşam ve sigara kullanımı oluşturmaktadır. Değiştirilebilen risk faktörleri kontrol altına alındığında KAH riskini azaltmaktadırlar (21,26,32).

Diyabetus mellitus: Yaşı 50 ve üzerinde olan, total kolestretol (TK)/HDL oranı 5 ve üzerinde olan DM tanılı bireyler KAH açısından risk altında bulunmaktadırlar. TEKHARF çalışması bu hasta grubunda TK/ HDL oranının ≥5 olmasının ülkemize özgü bir risk faktörü olduğunu bildirmektedir (26,31).

Hiperlipidemi (HL): Kanda total kolesterolün 200 mg/dl, LDL kolesterolün 130 mg/dl üzerinde olması, HDL değerinin 40 mg/dl altında olması KAH hastalığına yakalanma açısından önemli bir risk faktörüdür (30,32,33).

Obezite: Obezite ateroskleroza zemin hazırlayıp damar içi aterom plaklarının oluşumunu hızlandırmaktadır (24,34,35). KAH'nda 50 yaş altı obez erkeklerin 2, kadınların ise 2,4 kat fazla riske sahip olduğu bildirilmektedir (35).

Alkol kullanımı: Hafif-orta derecede alkol tüketimi kardiyovasküler sisteme faydalı iken fazla tüketimin ise olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir (27). Aşırı alkol alımının rebound tromboza yol açtığı, miyokard enfarktüsü, inme, ventrikül fibrilasyonuna bağlı ani ölüm riskini arttırdığı belirtilmektedir (32,34,37).

Hipertansiyon: Hipertansiyon, koroner arter duvarının yapısını bozarak KAH için zemin hazırlayan önemli bir risk faktörüdür (24,30). 40-70 yaş arasındaki kişilerde sistolik kan basıncındaki 20 mmHg artış KAH riskini iki katına çıkarmakta diyastolik kan basıncındaki her 5 mmHg düşüş ise KAH riskini %21 azaltmaktadır (21). Diyastolik kan basıncındaki her 10 mmHg'lik, sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg'lik artış ise KAH'na bağlı mortaliteyi iki kat kadar arttırmaktadır (28).

Stres: Stres, homeostatik dengenin sağlanabilmesi açısından oldukça önemlidir. Stres, aterosklerotik koroner arterlerde vazokonstriksiyon geliştirmekte ve adrenerjik uyarımın artması sonucu miyokardın oksijen ihtiyacını arttırarak var olan KAH'nı olumsuz etkilemektedir (26,37).

Fiziksel inaktivite/sedanter yaşam: Fiziksel aktivitenin sağladığı daha düşük kan basıncı, iyileştirilmiş glikoz toleransı, azalmış obezite, lipid profilinin iyileşmesi, iyileşmiş

endotel fonksiyonları, artmış fibrinolizis sayesinde KAH riski azaltmaktadır. KAH'ın önlenmesinde haftada en az 3 gün 30 dakikalık orta düzeyde egzersiz (yüzme, tempolu yürüme, yavaş koşu, bisiklete binme) yapılması önerilmektedir (36,38,39,40).

Sigara kullanımı: Sigara, ateroskleroz ile ilişkisi kesin olarak ispatlanmış, en tehlikeli değiştirilebilir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (40). Sigara platelet agregasyonunu artırmakta, kalp kası hücrelerinin oksijen kullanımını azaltmakta, karbonmonoksit miktarını artırarak vasküler yapılarda hipoksiye neden olmakta ve hipoksi sonucu lipidlerin oksidasyonuna yol açarak intimada aterom plaklarının oluşmasına ve var olan plakların ilerlemesine neden olmaktadır (37,40,41). Günde 10 adet sigara içilmesi kardiyovasküler mortaliteyi erkeklerde %18, kadınlarda %31 oranında arttırmaktadır (38,40). KAH gelişme riski sigaranın bırakılmasından bir yıl sonra %50 azalmakta ve bıraktıktan 4 yıl sonra risk normale dönmektedir (28,38,40).

Koroner Arter Hastalıklarında Tanılama

Elektrokardiyografi (EKG): EKG, kalbin kulakçık ve karıncıklarının kasılma ve gevşeme evrelerini, kalbin uyarılması ve uyarının iletilmesi sırasında ortaya çıkan elektrik aktivitesini özel bir kağıda yazdırma temeline dayanan bir tanılama yöntemidir (31,42).

Ambulatuvar EKG izlemi (holter EKG): Holter EKG, kalbin elektrik aktivitesinin 24 saat veya daha uzun süre kaydedilmesi işlemidir. Bu işlem sırasında en yüksek, en düşük ve ortalama kalp hızları, kalp duraklaması, aritmiler, miyokard iskemisi bulguları ve yakınmalarının alınan kayıtlarla birlikte değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır (31,42).

Ekokardiyografi: Ekokardiyografi kardiyoloji alanında en kolay uygulanabilen, kalbin yapısal anatomisi, kapak yapıları ve duvar hareketlerinin değerlendirilmesinde kullanılan ucuz ve vazgeçilmez ultrasonografik bir yöntemdir. Ekokardiyografi ile çeşitli stres testlerinin kombine edilmesi, stres sırasında ortaya çıkan yeni duvar hareket bozukluklarının görülmesini sağlayarak damar hastalığı şüphesini ortaya koyabilmektedir (42,43) Transözofagial ekokardiyografi son yıllarda sıklıkla kullanılan bir ekokardiyografi yöntemidir. Bu yöntenle, ucunda ultrason transdüseri olan bir endoskobun hastaya yutturulması ile kalp yapıları daha iyi incelenebilmektedir (43).

Kardiyovasküler bilgisayar tomografisi: Bilgisayarlı tomografi (BT) kalbin hem yapısını hem de fonksiyonunu tam olarak değerlendirebilen bir görüntüleme yöntemidir. Kardiyak BT uygulamaları içerisinde en önemlisi koroner arterler hakkında anatomik bilgi edinilebilmesini sağlayan BT koroner anjiyografisidir (42,43,44).

Kardiyak nükleer görüntüleme: Nükleer kardiyoloji, invaziv olmayan bir biçimde KAH'nın saptanması, miyokardın canlılığının değerlendirilmesi ve risk incelemesinde tamamlayıcı rol oynamaktadır. İntravenöz yolla verilen radyofarmositik ajanların iyi beslenen miyokard alanlarında daha çok tutulması ve bunun tomografi ile tespit edilmesi esasına dayanan bir tanı yöntemidir (42,43).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG): Kardiyovasküler MRG toraks bölgesindeki büyük arter ve venler ile perikard ve kalbi etkileyen hastalıkların büyük bir kısmının fizyolojik ve morfolojik olarak değerlendirilmesinde kullanılan görüntüleme yöntemidir (42,43).

Egzersiz stres testi: Hastadaki (yürüme bandı treadmill ve bisiklet pedalı çevirme ile) istirahatte var olmayan kardiyovasküler hastalıkları ortaya çıkarmada ve kalp fonksiyonunun yeterliliğini belirlemede kullanılan fizyolojik bir testtir. İşlem sırasında genellikle 3 dakikalık aralıklarla EKG çekilmektedir (31,43). Göğüs ağrısının etiyolojisinin belirlenmesi, iskemik kalp hastalığı tanısı, tedavinin planlanması ve kalp yetersizliği tedavisi etkinliğinin değerlendirilmesi, fonksiyonel kapasitenin belirlenmesi ve çeşitli aritmilerin araştırılmasında kullanılmaktadır (31,44).

Laboratuvar testleri: Anjinadan şüphelenen tüm hastalarda mutlaka tam kan sayımı yapılmaktadır. Hastaların böbrek fonksiyon testleri (BUN, kreatinin), plazma glikozu, tiroid fonksiyon testleri, kardiyak paneller (Troponin ve Kütle CKMB) ve hepatit markerları kontrol edilmektedir (21,43).

KORONER ANJİYOGRAFİ

Koroner Anjiyografinin Tanımı

Koroner anjiyografi, KAH'nın tanısında kullanılan güvenilir ve geçerli bir yöntemdir. Koroner damarlara arteriyel yol ile radyo-opak madde verilerek sineanjiyografik görüntü elde

edilmesi işlemi koroner anjiyografi olarak tanımlanmaktadır. Koroner anjiyografi işlemi sıklıkla brakial, radial ve femoral arterlerden uygulanmaktadır (45,46,47).

Kalp kateterizasyonu ile ilgili ilk çalışmalar 1844 yılında Claude Bernard ve ekibi tarafından yapılan hayvan deneyleriyle başlamış bulunmaktadır (48,49,50). F. Mason Sones ve arkadaşları 1959 yılında Sones yöntemi olarak bilinen ve brakiyal arter yolu ile uygulanan ilk selektif koroner anjiyografiyi gerçekleştirmişler ve daha sonra bu yöntem kardiyovasküler tıpta en yaygın olarak kullanılan invaziv tanı yöntemi haline gelmiştir (49,50,51). Daha sonra da 1967 yılında Judkins femoral arter yolu ile koroner arter anjiyografisi yapmıştır. Günümüzde Judkins yöntemi lokal enfeksiyon riski az olması nedeni ile daha çok kullanılmaktadır (47,48,49).

Koroner Anjiyografinin Endikasyonları

Koroner anjiyografinin amacı aterosklerotik lezyonların varlığı, lokalizayonu ve derecesini saptamaktır (50,51). Koroner anjiyografi endikasyonu, koroner arter anatomisinin ortaya çıkarılmasının gerekmesidir. Amerikan Kalp Derneği, koroner anjiyografi işleminin gerçekleştirilmesinde klinisyenlere yardım etmesi için kılavuz yayınlamaktadır. Bu kılavuza göre endikasyonlar anjiyografinin gerekliliği konusunda genel kabul olduğunda Sınıf I, görüşler farklı olduğunda Sınıf II, genel kabul anjiyografinin yapılmaması olduğunda sınıf III olarak listelenmiş bulunmaktadır (46,48,52,53).

Sınıf I endikasyonlar:

- Akut Miyokard Infarktüsü (MI) sonrası tekrarlayan göğüs ağrıları,
- Akut Miyokard Infarktüsüne (MI) bağlı gelişen kardiyojenik şok,
- Anormal stres testleri,
- Damar cerrahisi planlanan hastalarda göğüs ağrısı oluşması,
- Konjenital bir anomali varlığı,
- Fibrinolitik tedaviye karşın devam eden göğüs ağrıları,
- Göğüs ağrısı sonucu oluşan kalp ağrıları,
- Hafif düzey efor sonrası oluşan ve medikal tedaviye yanıt vermeyen göğüs ağrıları,
- Medikal tedaviye dirençli ve orta/yüksek derece risk içeren kararsız angına,
- Stent takılan hastalarda oluşan göğüs ağrıları ya da stentin tıkanma durumu,
- Ventriküler aritmiler
- Ani kardiyak ölüm

- Yüksek risk özellikleri taşıyan noninvaziv testlerdir.

Sınıf II endikasyonlar:

- Fibrinolitik tedaviye alınan olumlu yanıtlar sonucu damarın açıldığının düşünüldüğü durumlar,
- Kalp transplantasyonu yapılan hastaların yıllık anjiyografi uygulamaları,
- Medikal tedavi ile kontrol altına alınabilen göğüs ağrıları,
- Orta düzeyde efor testi pozitif olup buna yönelik ilaç kullanabilecek durumda olmayan hastalar,
- Yüksek risk taşımayan fakat anormal stres testleridir.

Sınıf III endikasyonlar:

- Koroner anjiyografinin yapılmaması gereken, hatta zararlı olabileceği durumlar,
- Revaskülarizasyonu kabul etmeyen fakat anginası olan hastalar,
- Revaskülarizasyondan fayda sağlanamayacak ve bu işlem için gerekli kriterleri sağlamayan hastalar,
- By-pass sonrası stres testi uygulamasında iskemi bulguları olmayan hastalar,
- Normal koroner anjiyografiden sonraki 5 yıl içinde göğsünde sıkıntı hisseden ancak iskemisi objektif kriterler ile tespit edilemeyen hastalardır.

Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları

Bütün invaziv girişimlerin bazı riskleri olduğu gibi koroner anjiyografi girişimine bağlı olarak da komplikasyonlar görülebilmektedir (45). MI, ölüm ve inme koroner anjiyografinin majör komplikasyonlarıdır (49). Diğer komplikasyonlar ise; anaflaksi, aritmi, büyük damarların diseksiyonu, emboli, femoral sinir felci, fistül, geçici iskemik atak, geçici pacemaker gerektiren aritmiler, hematom, kanama, kardiyak perforasyon, nefropati, radyoopak maddeye karşı gelişen alerjiler, sinir zedelenmesi, vazovagal reaksiyonlar olarak bildirilmektedir (31,45,49).

Koroner Anjiyografi Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Koroner anjiyografide hemşirelik bakımı; işlem öncesi, işlem sırası ve işlem sonrası bakımı ve ayrıca taburculuk eğitimini kapsamaktadır (2).

Koroner anjiyografi işlemi öncesi hemşirelik bakımı: Hastaların koroner anjiyografi işlemine hazırlığı hemşireler tarafından yapılmaktadır. İşlem öncesindeki gece hastanın oral alımı kesilmektedir. Fakat işlem sabah saatlerinden gerçekleştirilmeyecekse hastanın sabah hafif bir kahvaltı yapmasına izin verilmektedir (2,31). Hastanın yaşam bulguları değerlendirilmeli, EKG'si ve laboratuvar tetkikleri hasta dosyasında hazır bulundurulmalı ve anormal bir sonuç varsa hekime bilgi verilmelidir (31,41,51). Hastaya daha önce kontrast madde uygulanıp uygulanmadığı, uygulandı ise alerjik reaksiyon gelişip gelişmediği ve sürekli kullandığı ilaçlar muhakkak sorgulanmalıdır (36,39,51). Anjiyo işlemi için girişim yapılacak olan bölgenin temizliği ve traşı yapılmalı, oje, yüzük, takma dişi varsa çıkarılmalıdır. Hastaya periferik damar yolu açılıp, anjiyo önlüğü giydirilerek anjiyo işlem laboratuvarına alınmalıdır (36,54,55).

Koroner anjiyografi işlemi sırasında hemşirelik bakımı: Hemşirenin acil müdahale durumunda gerekli olabilecek malzemeleri hazır bir şekilde bulundurması, işlem esnasında aseptik ilkelere uyarak steriliteye dikkat etmesi, yaşam bulgularını izleyerek kayıt altına alması ve komplikasyon gelişme olasılığına karşı dikkatli olması gerekmektedir (51,54,55)

Koroner anjiyografi işlemi sonrası hemşirelik bakımı: Koroner anjiyografi işlemi sonrası hasta yatağına alınarak monitörize edilmekte ve yaşam bulguları ölçülerek kayıt edilmektedir. İşlem femoral arter kullanılarak yapıldıysa düz bir şekilde sırt üstü pozisyonda yatması, brakial ya da radial arter kullanılarak yapıldıysa kolunu kalp seviyesinden yukarıda tutması gerektiği hakkında hastaya bilgi verilmelidir. Girişim yeri kanama, hematom, şişlik açısından takip edilmelidir. Periferal nabızlar ve dolaşım kontrolü yapılarak kanama belirtileri açısından kontrol edilmelidir. Hastanın nabız ritmi ve göğüs ağrısı şikayetleri yakından takip edilmelidir. Hastanın işlem sonrası bol miktarda sıvı tüketmesi gerektiği anlatılarak aldığı çıkardığı sıvı miktarı izlenmelidir. Hastanın bulantı ve kusması yoksa işlem sonrası sıvı gıdalar verilerek beslenmesi sağlanmalıdır (45,54,55).

Koroner anjiyografi sonrası taburculuk eğitimi: Taburculuğu planlanan hasta ve yakınlarına hemşire tarafından taburculuk eğitimi verilmektedir. Taburculuk eğitimi verirken hastanın eğitim gereksinimlerinin doğru belirlenmesi kadar, hastanın bireysel özelliklerine ve eğitimin zamanlamasına dikkat edilmelidir (1,24). Hastanın işlem sonrası ilaçlarını düzenli kullanması gerektiği, ilaç kullanımını aksattığı zaman ya da kullanmadığı durumda yine kalp

damarlarının tıkanabileceği anlatılmalıdır. İşlemden sonra ilk iki gün merdiven çıkmak, ağır eşya kaldırmak gibi aşırı güç sarf ettiren zorlayıcı aktivitelerden kaçınması gerektiği anlatılmalıdır (56,57). Hastanın beslenmesine dikkat etmesi, beden kitle indeksinin ideal değerlerde olması gerektiği açıklanmalı ve gerekli durumlarda diyetisyene yönlendirilmelidir. Hastaların beslenmesinde yediği besinlerdeki yağ oranına dikkat etmesi, çok yağlı ürünler yerine az yağlı veya yağsız ürünler tüketmesi, hayvansal yağlar yerine bitkisel yağları tercih etmesi, kırmızı et yerine tahıl ürünleri veya beyaz et tüketmesi, sebze ve meyve tüketmesi gerektiği anlatılmalıdır. Taburculuk sonrası göğsünde, sol kolda veya sırta yayılan ağrısı olması, işlem yapılan girişim bölgesinde kanama veya kızarıklık olması durumunda hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği söylenmelidir. Hastaya, işlemden bir gün sonra ılık duş alabileceği açıklanmalıdır. Hastalara sigara ve alkol kullanıyorlarsa bırakmalarının, fiziksel aktivite alışkanlıklarını geliştirmelerinin ve stresle etkili baş etmenin önemi anlatılmalı, gerekli durumlarda psikososyal destek, danışmalık ve rehabilitasyon almaları için yönlendirmeler yapılmalıdır (1,24,56,57).

Koroner Arter Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri

KAH tedavisinin iki amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki miyokard infarktüsü gelişimini ve ölüm riskini azaltmak, ikincisi ise anjina pektorisi, yani ağrının şiddetini azaltarak yaşam kalitesini arttırmaktır (58). KAH tedavisinin amaçları doğrultusunda tedavi yöntemleri içinde farmakolojik tedavi, stent tedavisi, koroner arter bypass greft tedavisi, perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTCA) ve stent-PTCA yer almaktadır (59,60). Farmakolojik tedavide; nitritler, diüretikler, beta adrenerjik blokerler, koroner vazodilatörler ve dijitaller kullanılmaktadır. Ayrıca nonfarmakolojik tedavi olarak da hastanın kilosunun normal sınırlarda tutulması, sigaranın bıraktırılması, düzenli bir fiziksel egzersiz programının uygulanması, hipertansiyonun kontrol altına alınması ve diyetteki lipit miktarının azaltılması gerekmektedir (45,59). Hastanın kişisel özellikleri ve hastalık düzeyine göre tedavi yöntemlerinden en uygun olanı belirlenmektedir (47,50).

PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM

Perkütan Koroner Girişimin Tanımı

Koroner aterosklerozların neden olduğu stenozlar miyokardiyal iskemiye ya da miyokard infarktüsüne yol açabilmektedir. Perkütan koroner girişim (PKG) hastalıklı koroner

arter segmentinde lümeni genişletmek veya açmak için balon anjiyoplasti/ koroner stent yerleştirmesi gibi yöntemlerle uygulanan işlemleri ifade etmektedir (61). Revaskülarizasyon yöntemi olan perkütan koroner girişim 30 yıldan uzun bir süredir kullanılmaktadır (46, 62). Ateroskleroz, vaskülit, fibrozis gibi nedenlerle tıkanan damarları açma işlemi anjiyoplasti olarak adlandırılmaktadır. İşlem rehber tel üzerinden gönderilen balon kateterler veya stent yerleştirilerek yapılmaktadır (46,53). Koroner stent yerleştirilmesi, balon anjiyoplastide damarlarda yeterli açıklık sağlanamaması durumunda veya damar içinde çatlaklık/yırtılma oluşması durumunda paslanmaz çelikten oluşan rulonun damara yerleştirilerek kan akışının daha iyi olmasını sağlamaktadır (61,62). PKG'in endikasyonları koroner arter hastasının klinik durumuna göre değişiklik göstermektedir. Miyokardiyal iskemi veya semptomların objektif olarak gösterildiği durumlar, ST-Segment-Elevasyonlu MI (STEMI), ST-Segment-Elevasyonu olmayan MI (NSTEMI), kronik kararlı anjina gibi durumlar PKG endikasyonları arasında yer almaktadır (63,64).

Perkütan Koroner Girişim Komplikasyonları

Günümüzde PKG güvenle uygulanan bir invazif girişimdir. İşlemin sıklıkla femoral arter yoluyla uygulanması çeşitli risk faktörlerini beraberinde getirmektedir. Tanıya yönelik uygulamalarda sonradan görülen komplikasyon sıklığı %0,5 iken, perkütan koroner stent uygulamasından sonra görülen komplikasyon sıklığı %16 olarak bildirilmektedir (66,67,68).

Kateterin yanlış şekilde yerleştirilmesi, rekateterizasyon uygulamaları ve tercih edilen kateterin boyutu, antikoagülan, anestezik ve antiplateletler gibi çeşitli ilaçlar ve kontrast madde kullanımı, hemostaz yöntemleri (direkt basınç, mekanik basınç, damar mühürleme cihazı vb.) ve bireysel özellikler (cinsiyet, ileri yaş, beden kitle indeks, hipertansiyon, renal bozukluk, kontrol edilemeyen DM gibi) komplikasyon gelişiminde önemli rol oynamaktadır (68,69,70). PKG sonrasında özellikle girişim bölgesinde yaygın olarak damarsal komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu damarsal komplikasyonlar kanama, hematom, psödoanevrizma, arteriyovenöz fistül, retroperitoneal hematom, arteriyel tıkanma, femoral nöropati ve enfeksiyondur (69,70,71). Perkütan koroner girişimlerde hastanın daha önce miyokard infarktüsü geçirmesi, aterosklerotik plak yükünün fazla olması, çok genç ya da çok yaşlı olması, kadın cinsiyet, ek kronik hastalık varlığı, hemodinamik instabilite, daha önce bypass geçirmiş olma gibi özelliklerin bulunması komplikasyon riskini arttırmaktadır (26).

Perkütan Koroner Girişim ve Hemşirelik Bakımı

Girişimsel tedavi uygulanan hastanın bakımında hemşirenin olası komplikasyonları önleme, erken tanılama, hasta/ailesinin eğitimi ve rehabilitasyonun sağlanması sorumlulukları bulunmaktadır (47,62). Kateterizasyon sonrası komplikasyonları azaltmaya yönelik olarak, riskli hastaların belirlenmesi, kateterizasyon öncesi ve sonrası uygulanan antikoagülanların bilinmesi, koagülasyon sağlanana kadar işlem bölgesinde etkin hemostazın sağlanması önemlidir (62,67).

PKG işlemi öncesi hemşirelik bakımı: PKG işlemi öncesi hastanın PKG'e oryantasyonu sağlanmalıdır. Bu süreçte aile üyeleri bakım planına mutlaka dahil edilmeli ve işlem hakkında bilgi verilmeli, hastane ve kliniğin iletişimi, ziyaret kuralları, taburculuk hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Bundan sonra hastanın ön değerlendirmesi yapılmalı ve değerlendirmede ayrıntılı fizik muayene, ağırlık ve boy ölçümü, temel laboratuar testleri ve EKG işlemi yapılmalıdır. Ayrıca sağlık öyküsü, alerji ve kronik hastalık durumu, ilaç kullanımı gibi konularda hastanın ayrıntılı verileri elde edilmeli ve işlem sürecinin tüm basamakları hasta ve yakınlarına anlatılmadır. Hastanın işlemden önce aç kalması sağlanmalıdır (55,66).

PKG işlemi sırasında hemşirelik bakımı: Perkütan koroner girişim sırasında kalp hızı ve ritmi, arteriyel kan basıncı, oksijen satürasyonu ve bilinç düzeyi izlenmelidir. İşlem sırasında verilen radyoopak madde alerjik reaksiyonlara neden olabileceği için dikkatli olunmalı ve olası bir alerjik reaksiyon için hazırlıklı olunmalıdır (62). Hastaların işlem sırasında uzun süre düz yatması nedeni ile konforları bozulabilmektedir. Bu nedenle işlem sırasında hastanın konforunu bozan etkenlerin azaltılması, fiziksel bulgu ve belirtilerin sürekli olarak izlenmesi gerekmektedir (47,65).

PKG işlemi sonrası hemşirelik bakımı: İşlem sonrası hemşirelik bakımı hastanın takibi, değerlendirilmesi ve komplikasyonların etkin yönetimini gerektirmektedir (66). Bu süreçte yapılması gereken hemşirelik girişimlerini yaşamsal bulguların izlemi, arteriyel giriş bölgesinin gözlemi, ekstremitelerde dolaşım kontrolü, koagülasyon takibi, renal fonksiyonların değerlendirilmesi, kateter çekiminde ağrı yönetimi, etkin hemostazın

sağlanması, sıvı alımının teşvik edilmesi, kateter çekimi sonrası ambulasyonun sağlanması ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi oluşturmaktadır (55,66).

Hemşire, uygulama yapılan koroner arterde perforasyon, kanama ve hematom, kardiyak arrest ve sistemik emboli gibi komplikasyonlar açısından hastayı izlemelidir. Kateter çıkarıldıktan sonra bölgeye hemostaz sağlanana kadar manuel olarak basınç uygulanmalıdır (3,55). Kateterin çıkarılması ile gelişen ağrı ve kateter çıkarıldıktan sonra uygulanan basınç vagus sinirinde parasempatik uyarıya yol açarak vazovagal reaksiyonu oluşturabilmektedir. Vazovagal reaksiyonlar irreversibl şok ve hatta ölümlere sebep olabildiğiden etkili bir şekilde kontrol altına alınması gerekmektedir (3,55).

Girişim uygulanan arterde olası bir tıkanma durumunu tespit etmek için hasta stabil olana kadar 15 dakikada bir işlem bölgesinin distalindeki periferik nabızlar alınmalı, kapiller geri dolum zamanına bakılmalı, ekstremite sıcaklık ve renk değişikliği, his kaybı yönünden kontrol edilmelidir. Hem kontrast maddenin vücuttan atılması hem kontrast maddeden kaynaklanan osmotik diürezin neden olduğu dehidratayonu önlemek için hastaya IV sıvı verilmeli, girişimden bir saat sonra hastanın oral yoldan beslenmesi ve bol sıvı alması sağlanmalıdır (3,55).

PKG sonrası sekonder koruyucu hemşirelik uygulamaları mortaliteyi ve maliyeti azaltmakta ayrıca hastaların yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir. Bu nedenle PKG sonrasında hasta eğitimi ve kardiyak rehabilitasyonun önemi büyüktür. Taburculuk sonrasında hastanın evde girişim bölgesinin bakımını yapabilmesi, komplikasyon belirti ve bulgularını bilerek takip edebilmesi ve risk faktörlerini azaltmaya yönelik davranışları geliştirmesi önemlidir (62). İzlenen belirti ve bulgular, özel uygulamalar, hareket, ilaç tedavisi, risk faktörlerinin kontrol altına alınması, düzenli kontrolün önemi hakkında hasta ve ailesine eğitim ve danışmanlık verilmelidir (55,66).

KONFOR KAVRAMI

Türkçe'de konfor ve rahatlık kelimeleri eş anlamlı kelimeler olup Türk Dil Kurumu, konfor kelimesini günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık olarak tanımlamaktadır (72). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği ise konforu mental, fiziksel veya sosyal iyilik ya da rahatlık duygusu şeklinde tanımlanmaktadır (73). Hemşirelik kuramcılarından Hildegard E. Peplau konforu temel bir gereksinim olarak ele alırken, Watson bakımın bir değişkeni olarak değerlendirmektedir. Ida Jean Orlando, fiziksel ve mental konforun değerlendirilmesinden ve

konforu artıran durumlardan, Roy ise psikolojik konfordan bahsetmektedir (74,75). Konfor, hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır ve bütüncül hemşirelik bakımının temel yapıtaşı olarak kabul edilmektedir (76). Konfor, bireyin yalnızca fiziksel rahatlığını değil, zihinsel, psikolojik, spiritüel, sosyal rahatlığını da kapsamaktadır (76).

Katharine Kolcaba'nın Konfor Kuramı

Katharine Kolcaba konforu bireyin bakım gereksinimleri ile ilgili yardım etme, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilme durumuna ilişkin fiziksel, psikospritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip, beklenen bir bakım sonucu olarak kabul etmektedir (74,75). Kolcaba, konfor kuramını geliştirme sürecinde holizm, baskı kuramı, insan gereksinimleri ve öğrenilmiş gereksinim olmak üzere üç felsefi görüşten etkilenmiştir. Bu felsefi görüşleri kendi kuramı ile ilişkilendirerek ortaya temel varsayımlar çıkarmıştır. Bu temel varsayımlar;

- İnsanlar, kompleks uyaranlara karşı bütüncül yanıtlar vermektedir.
- Konfor, temel bir insan gereksinimidir.
- Birey konfor gereksinimini kendisi karşılayamıyorsa, bu gereksinimler başkası tarafından karşılanmalıdır.
- Konfor, hemşirelik bakımının hedeflenen bir çıktısıdır.
- Artan konfor düzeyi bireyi seçtiği sağlığı geliştirici davranışları uygulaması için güçlendirmektedir.
- Sağlığı geliştirici davranışları uygulamak için güçlenen bireyin bakımdan memnuniyeti artmaktadır (74,77).

Kolcoba, konfor kuramını 4 boyut ve 3 düzey ile açıklamaktadır (10,80).

Konfor Kuramının Boyutları

Fiziksel konfor: Fiziksel konfor bireyin fiziksel durumunu etkileyen beslenme, eliminasyon, hidrasyon, uyku ve dinlenme gibi fizyolojik faktörleri içermektedir (63,79,80). Kolcaba, fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı vermiş olduğu tepkilerden kaynaklandığını belirtmektedir. Dengeli kan biyokimyası sıvı-elektrolit dengesi, yeterli oksijen düzeyi fiziksel konfor için gerekli fizyolojik göstergeler olup, bu göstergelerden birinde oluşan sapma konforu da etkilemektedir (63,79,80).

Psikospiritüel konfor: Psikospritüel konfor ruhsal, mental ve manevi bileşenlerden oluşmakta olup bireyin yaşamını anlamlandıran öz-saygı, benlik, cinsellik ve beden bilinci ile ilgili duygularını kapsamaktadır (63,78,79).

Çevresel konfor: Çevresel konfor dış etkenler ve durumların birey üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Işık, aydınlık, gürültü, sıcaklık, renk, koku, pencerelerden görülen manzara çevresel konfor ile ilgili kavramlardır (78,79,80).

Sosyokültürel konfor: Sosyokültürel konfor aile, kişilerarası etkileşim, maddi durum, eğitim, kültür, dil gibi konuları kapsamaktadır. Sosyal konforun bireyde sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları arttırdığı bildirilmektedir (78,79,80).

Konfor Kuramının Düzeyleri

Ferahlama: Bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması sonucu sıkıntıdan kurtulması hissi olarak tanımlanmaktadır. Kişi sorun olan önemli bir gereksiniminin karşılanması sonucunda ferahlama yaşamaktadır. Fizyolojik sorunlarından dolayı ağrı problemi yaşayan birey, ağrısı dindirildiğinde ferahlama hissedebilmektedir (81,82).

Rahatlama: Hastanın durumundan memnun olması ve bunu ifade etmesi, kendini rahat ve huzurlu hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Hastanın rahatlama durumu fiziksel, duygusal ve çevresel özelliklerden ve sorunlardan önemli ölçüde etkilenmektedir (10,63,81).

Üstesinden gelme: Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi ve sıradan güçlerinin arttırılması olarak tanımlanmaktadır. Konfor gereksinimleri tam olarak karşılanan, sorunların tümü çözüme ulaştırılmış kişi konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabilmektedir (10,63,82).

HEMŞİRELİK VE KONFOR KAVRAMI

Hemşirelik; hastanın konfor ihtiyaçlarını değerlendirme, uygun hemşirelik girişimlerini geliştirme ve hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını takiben hasta konforunu değerlendirme

süreci olarak tanımlanmakta olup, konfor kuramı hemşireler tarafından klinik uygulama, eğitim ve araştırma alanlarında kullanılmakta, hemşirelik bakımının planlanması ve düzenlenmesinde hemşirelere rehberlik etmektedir (83).

Yapılan çalışmalarda klinik eğitimlerde konfor kuramının kullanılmasının öğrencilere yol gösterici olduğu (84), perianestezi hastalarına uygulanan konfor girişimlerinin (yaşam bulgusu takibi, ilaç uygulama gibi), emosyonel destek ve eğitimin, hastaların ağrı, bulantı ve kaygısını azalttığı, hastanın konforunu artırdığı (85), yoğun bakım ünitesine planlı kabul öncesinde uygulanan hasta protokolünün hastaların fiziksel, psikospiritüel ve çevresel konforunu arttırdığı (83), konfor bakım modelinin yeni doğum yapmış annelerin konfor seviyelerinde artış sağladığı (86), ameliyat sürecinde konfor kuramına göre verilen bakımın hastaların konforunu arttırdığı (87) bildirilmektedir. Krinsky ve ark. kardiyak problemi olan hastalar ile yaptığı bir çalışmada, göğüs ağrısının fiziksel konforu, kalp krizine bağlı kaygının psikospiritüel konforu, yoğun bakımda aile ile temasın azalmasının sosyokültürel konforu, klinikteki gürültü ve alarmların yatak ve sedyelerin dağınık yerleşiminin çevresel konforu olumsuz olarak etkilediğini belirlemiş olup bu sorunların giderilmesinde konfor kuramına göre hemşirelik bakımı uyguladıklarını bildirmektedirler (88,89).

KAYGI

Kaygının Tanımı

Türk Dil Kurumu'nun, kötü bir olay olacak düşüncesiyle ortaya çıkmakta olan ve nedeni bilinmeyen bir gerginlik hissi, Amerika Psikoloji Derneği'nin ise endişeli düşünceler, gerginlik duygusuyla birlikte fiziksel değişiklikler olarak tanımladığı kaygı; insanların yaşam boyunca çeşitli olaylara, durumlara karşı verdiği farklı düzeylerde hissedilen doğal bir yanıt olarak kabul edilmektedir (72,90,91). Kaygı, genellikle bireyi üzecek bir durumun beklendiği süreçte algılanan tehditlere ve yaşanan güvensizlik duygusuna karşı geliştirilen biyolojik bir tepki ve adaptasyon sonucu vücudun ortaya çıkardığı öznel duyguları, fizyolojik belirtileri ve davranışları içeren çok yönlü ve temel insan duygusudur (92).

Kaygı, durumluk ve sürekli kaygı olmak üzere iki açıdan ele alınmaktadır (11,93). Durumluk kaygı; kaygı duygusunun anlık yoğunluğunu ifade etmektedir. Bireyin dış çevreden gelen tehditleri yorumlaması ve yorumladığı tehditler sonucunda kendini güvensiz hissetmesiyle görülen geçici ya da kısa süreli, kişi için hoş olmayan hisler yaratan bir duygulanım hali olarak kabul edilmektedir (92,93). Durumluk kaygı bireyin kendini güvensiz

hissettiği anlarda ortaya çıkmakta olup, algılanan tehlike ortadan kalktığında güvensizlik hissi de ortadan kalkmaktadır (90, 94,95).

Sürekli kaygı; kişilik özelliği olup, dış çevreye bağlı olmayan, durumluk duygusal tepkilerin yoğunluğunun artması ve süreklilik kazanması durumu, içsel duyguların yarattığı huzursuzluk, endişe, karamsarlık ve hassasiyet gibi karmaşık tepkileri gösterme eğilimidir (90, 95). Sürekli kaygı özelliklerinden dolayı kronik kaygı olarak nitelendirilebilmektedir. Durumluk ve sürekli kaygı birbiri ile etkileşim halinde bulunmaktadır. Durumluk kaygının yüksek olması sürekli kaygıyı da yükseltmektedir (12,90,96).

Kaygının Etiyolojisi

Kaygının gelişimine etki eden genetik faktörlerin yanı sıra psikolojik, gelişimsel ve çevresel faktörler de bulunmaktadır. Genel kaygı yaratan faktörler biyolojik ve psikososyal faktörler olarak iki gruba ayrılmaktadır (90,97).

Biyolojik faktörler: Kaygının fizyolojik semptomlarının, otonom sinir sisteminin artan sempatik aktivitesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (98, 99).

Kaygıyı ortaya çıkaran biyolojik faktörler dört grupta ele alınmaktadır. Bunlar;

1. Alarm fazında oluşan "savaş ya da kaç'' otonom sinir sistemini uyarmakta ve beyinde nörobiyolojik farklılıklar oluşturmaktadır. Kaygı nedeniyle nöromüsküler sistemde, gastrointestinal sistemde, kardiyovasküler sistemde ve solunum sisteminde de değişiklikler oluşmakta, taşikardi, baş ağrısı, gastrointestinal sistem problemleri, solunum sıkıntısı gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır (90).
2. Beyinde limbik sistemde bulunan nörotransmiterler, stres ve anksiyete ile ilişkili olan bozukluklardan etkilenmektedir. Kaygının düzeyi gama aminobütirikasit, serotonin ve norepinefrin gibi nörotransmiter seviyelerindeki dengesizlikler ya da düzensizliklerden etkilenmektedir (90).
3. Genetik faktörlerin varlığının bireyin kaygı yaşamasında etkisi olmakta ve aile öyküsünde kaygı bozukluğunun olması kişide de bu bozuklukların olmasına neden olmaktadır (90).
4. Kaygıyı nöroanatomik yapılar, norepinefrin ve serotoni etkilemektedir. Kaygı oluşumunda serebral korteksinde önemli olduğu belirtilmektedir (90).

Psikososyal faktörler: Psikososyal kuramlar kaygıya neden olan faktörlerin açıklanmasında önemli rol oynamaktadır. Bu kuramlar; (90,100).

Psikodinamik kuram: Çocukluk döneminden itibaren bastırılan duygular, istekler ve dürtüler bireyde ilerleyen zamanlarda çatışmalar ortaya çıkarmakta huzursuzluğa yol açmakta ve bunun sonucunda, id, ego ve süperego arasında çatışmaya sebep olarak kaygı yaratmaktadır (100,101,102). Birey kaygıyı bir tehdit olarak algılamakta ve koruyucu savunma mekanizmalarını devreye sokarak benliğini rahatlatmaya çalışmaktadır (90,103). Bu süreçte ilk olarak dürtülerin kontrol altına alınması için bastırma mekanizmalarını kullanmaktadır. Bastırma mekanizmalarının yararlı olmadığı durumlarda destek savunma mekanizmaları görevi üstlenmektedir (101,102,103).

Kişilerarası kuram: Bu kurama göre kaygı, bireyin bebeklik döneminden itibaren kişilerarası ilişkilerde başarı sağlayamadığı, dışlandığı durumlarda, güven duygusunu kaybetmesi ve benlik saygısını yitirmesiyle oluşmaktadır (100,90). Bu kurama göre bireyin kaygı düzeyini önemli olarak gördükleri kişiler ile olan kötü deneyimleri etkilemektedir ve bu kötü deneyimler sonucunda bireyin; güvensizlik, değersizlik ve kaygı duymasına sebep olmaktadır. Birey baş etme yöntemlerini etkili bir şekilde kullanamadığında bu hisler benlik bütünlüğünü bozmaktadır.(90,100,102).

Davranışçı kuram: Bu kurama göre kaygı iç ve dış stressörlere karşı oluşan bir tepkidir. Bireyin çocukluğundan itibaren yaşadığı korkular ve stresörler, bireyin daha sonraki yaşantısında kaygı düzeyini arttırmaktadır (102). Kişi kaygı düzeyi kontrolünü ona zarar veren bir uyarandan kaçınma ya da yarar sağlayacağını düşündüğü bir güçlendiriciye yakınlaşma ile sağlamaktadır. Kaygının düzeyini azaltan kaçınmalar giderek kuvvetlenmekte ve kaygı ortaya çıktığında korkuların yok olmasına engel olmaktadır. (90,100,102).

Bilişsel kuram: Bu kurama göre duyguların belirleyicilerinin, olayların algılanma, yorumlanma ve anlamlandırılma biçimi olduğu belirtilmektedir. Bu anlamlandırma sonucunda olayın meydana geldiği ortamın nitelikleri, kişinin o an ki duyguları ve geçmişte yaşadığı tecrübeler ile ilişkilidir. Bu kurama göre, bireyin kaygı düzeyini bireyin geleceğe, dünyaya ve kendine karşı düşünceleri belirlemektedir (90,95,104).

Hümanistik kuram: Bu kurama göre kaygının bireyin hayatın anlamını kaybetmesi ile ilişkisi bulunmaktadır (103,105). Varoluşçu görüşe göre kaygı, kişinin hayatı anlamsız görmesine ve içinde sona erdiği hiçlik duygusuna bağlıdır. Kaygı, varoluşun altında yatan bir durum ve kişinin kendi varlığına ve özüne yönelik bir tehdit olarak görülmektedir (90,105).

Kaygı Düzeyleri

Kaygı, huzursuzluk ve gerilme hissi ile başlayıp panik duygusuna ulaşabilen farklı seviyelerde ve farklı fiziksel, psikolojik belirtiler ile kendini göstermektedir. Hay ve Peplau'ya göre kaygının dört düzeyi bulunmaktadır (92,102).

Hafif düzeyde kaygı: Bireyde uyarıcı faktörlerin artışı sonucunda farkındalık oluşmakta ve huzursuzluk başlamaktadır. Farkındalığın artışıyla birey kişisel başa çıkma yöntemlerini (yürüme, ağlama, sigara içme, tırnak yeme vs.) kullanarak kaygının üzerine gitmekte, bireyin detaylara karşı farkındalığının artması nedeniyle özgüveni ve yaratıcılığı da artmaktadır. Bu dönemde kişide üst düzeyde mantık yürütme ve mantıklı hareket etme yeteneği bulunmaktadır (92,100,106)

Orta Düzeyde kaygı: Kişinin duyusal yeteneklerinde, algı ve dikkat seviyesinde, insanlarla olan iletişiminde ve kavrama yetisinde azalma başlamakta, ses tonunda değişiklik oluşmakta, düşünce düzeni bozulmakta ve birey konudan konuya atlamaktadır. Birey, ancak bir başkası dikkatini o yöne doğru çekerse durumu kavrayabilmektedir. Bu evrede somatik etkiler devreye girmekte çarpıntı, ağız kuruluğu, solunum ve kalp hızında yükselme, kaslarda gerginlik, sabit duramama ve terleme görülmektedir (92,102,106).

Ağır/şiddetli düzeyde kaygı: Birey algılama, öğrenme ve zihinsel süreçlerde ileri seviyede bozulmalar yaşamakta, olgular arasındaki bağlantıları kavramakta zorluk çekmekte ve sadece küçük ayrıntılara odaklanmaktadır. Çarpıntı, dispne, baş ağrısı, göğüs ağrısı, uykusuzluk, bulantı, titreme, iştahsızlık, korku, istemli kas tonüsünde artış ve gerginlik gibi ileri düzeyde somatik etkiler görülmektedir. Rahatsızlık ve hassasiyet duyguları artmıştır (100,106).

Panik düzeyde kaygı: Kaygının en üst düzey yoğunlukta yaşandığı evre olup olayları çarpıtma, konuşma bozuklukları, benliğini yitirme kaygısı, kusma, inkontinans, aklını kaybedeceği hissinden ölüm korkusuna varan bir kriz dönemi yaşanmaktadır. Dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, titreme, gerçek dışı duygular, atak sırasında ölüm korkusu görülebilmektedir Uyum bozukluğu bulunmaktadır. Birey paniği önlemek için özellikle kendine yönelmekte, olayları görmezden gelmekte, kriz yaşamaktadır ve profesyonel yardım alması gerekmektedir (100,106,107).

Kaygının Epidemiyolojisi

Kaygı bozukluğu en sık görülen psikiyatrik durumlardan biri olarak kabul edilmektedir. Kaygı, tıbbi sorunlara yol açmakta, tedavi maliyetini yükseltmekte, çalışma ve verimlilik kaybına neden olarak bireyin yaşam kalitesini düşürmekte ve bir yük oluşturmaktadır (107,108).

Kaygı bozukluklarının ülkelere göre yaşam boyu görülme oranları değişkenlik göstermektedir. DSÖ, dünyada kaygı bozuklukları ile mücadele eden kişi sayısının tahmini 264 milyon olduğunu bildirmektedir (109). Kaygı bozukluğunun yaşam boyu prevalansının %1,5-2,5 olduğu ve Amerika'da nüfusun yıllık olarak %18,1'ini etkilediği belirtilmektedir (110,111). Almanya'da yapılan bir çalışmada tüm kaygı bozuklukları için yıllık görülme oranı %10,1 iken, yaşam boyu görülme oranı %14,6 olduğu, Avustralya'da ise bu oranların yıllık %11,8, yaşam boyu %20 olduğu bildirilmektedir. Amerikan Ulusal Eştanı Çalışması'nda kaygı bozukluklarının yaşam boyu görülme oranının kadınlarda %30,5, erkeklerde ise %19,2 olduğu belirtilmektedir (110,112). Ülkemizde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre kaygı bozukluklarının görülme oranının %6,7 olduğu bildirilmektedir (111).

Kaygının Belirtileri

Kaygının bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik semptomları bulunmaktadır (113). Bilişsel semptomlar; aşırı uyanıklık, odaklanmada güçlük çekme, ilginin çabuk dağılması, anımsayamama, üstesinden gelememe korkusu içermektedir. Duygusal semptomlar; sinirlerde gerginlik, tedirginlik, başkalarını ya da kendini suçlama veya eleştirme, öfke, diken üstünde oturma hissinden oluşmaktadır. Davranışsal semptomlar ise; kaçınma, güvensizlik çaresizlik, ağlama, huzursuzluk, sakınma, konuşma ve duruş bozuklukları şeklinde görülmektedir.

Fizyolojik semptomlar ise; nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, hiperventilasyon gibi solunum sistemini etkileyen; bulantı, kusma, ağız kuruluğu, mide krampları gibi gastrointestinal sistemi etkileyen semptomların yanı sıra kas ağrısı, baş dönmesi ve kramplar, güçsüzlük, dizlerde titreme, terleme gibi semptomları oluşturmaktadır (105,113).

Koroner Anjiyografi ve Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Konfor ve Kaygı

Konfor; hastanede yatan birey için önemli bir kavram olup ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerinin karşılanması kavramlarını içermektedir. İnvaziv girişimler, fiziksel, duygusal ve kognitif değişikliklere neden olarak hastaların konforunu etkileyebilmektedir (72,105)

Konforu sağlanamayan birey kendini huzursuz hissetmekte ve çeşitli düzeylerde kaygı duygusu yaşayabilmektedir. Hastalığa eşlik eden kaygı durumu bireyin bu duruma uyumunu zorlaştırmakta, hayat kalitesini azaltmakta, hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtı etkilemektedir (81,105,114). Koroner girişim uygulanan hastalarda, uzun süren immobilizasyon dönemi sonrasında konforun bozulmasıyla hastalar kendini huzursuz hissetmekte ve immobil oldukları dönemde sağlığı kötü yorumlayarak kaygı duygusu yaşamaktadırlar (114).

Kaygının psikospritüel konforu azaltan en önemli etkenlerden biri olduğu kabul edilmektedir. İnvaziv girişimlerin hastada anksiyete yarattığı, kaygı düzeyini arttırdığı ve buna bağlı sedatif ilaç kullanımında artma, işlem sonrası komplikasyon gelişme, iyileşme sürecinde ve hastanede yatma süresinde uzama gibi bir takım olumsuzluklara neden olduğu görülmektedir Hastaların kaygılarının azaltılması ve konforun sağlanması ile hastaların gereksinimlerinin karşılanması arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ifade edilmektedir (81,105,115). Konfor kuramına göre hastalara verilen eğitim ve yapılan tüm uygulamalar hastaların sağlığını geliştirmeye yönelik davranışlardan oluşmaktadır (81,115).

Koroner Anjiyografi ve Perkütan Koroner Girişim Geçiren Hastaların Konforunu Arttırma ve Kaygısını Azaltmada Hemşirenin Rolü

KAG işlemi invaziv bir tanı yöntemi olmasının yanında, kalp gibi yaşamsal önemi olan bir organa uygulanıyor olduğundan bireylerde endişe ve ölüm hissi oluşmasına ve kaygıya neden olmaktadır (56). Gelişen teknoloji ile birlikte kullanılan üst düzey ekipmanlar bile, bireyin kaygı düzeyinin düşürülmesinde yeterli olamamaktadır (24). KAG işlemini

uygulayacak olan ekibin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşirelerin hastaların kaygı düzeylerini değerlendirmesi ve hastalara kaygıyı kontrol etmeye yönelik eğitim vermesi gerekmektedir Hastalarda bilgi eksikliğinden dolayı gelişen kaygının, psikosoyal ve fizyolojik yanıtların giderilmesi etkili bir hemşirelik bakımı ile mümkün olabilmektedir (24). Yapılan çalışmalarda hastaların KAG sonuçları normal çıksa bile kaygı yaşayabildiği, kalp kateterizasyonu uygulanan hastaların yaşadığı korkunun uygulanacak işlemi bilmemelerinden kaynaklı olduğu bildirilmektedir (101,116). Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme, hastalık halinde iyileştirme ve buna yönelik olarak planlı bir eğitim vermek sağlık eğitimcisi olarak hemşirenin temel rollerinden biri kabul edilmektedir. Ayrıca hemşireler danışmanlık rolü ile hastalığın seyri, şekli ve etkilerini öğretme, farkındalık yaratma ve hastalığın yarattığı sorunlar ile baş etmek için devreye sokulacak öz ve dış kaynakları tanıtma gibi önemli bir etkiye sahip olmaktadırlar (2).

Kişinin sağlığı, özellikle ölüm gibi hayati bir risk taşıyan cerrahi işlemlerde çok daha fazla önemli olmaktadır. Kişi sağlığını etkileyen olaydan aynı zamanda psikolojik olarak da etkilenmekte ve bu psikolojik etkilenme, onun rahatsızlığının düzeyini artttırabilmektedir. Koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim müdahalesi kişide panik atak, korku, heyecan, bilinmezlik, kaygı ve yaşam bulgularında değişiklik yaratabilmektedir (63). Yapılan bir çalışmada koroner anjiyografi işlemi öncesinde hastaların %31,3'ünde kaygı görüldüğü bildirilmektedir (64). Hastaların yaşadığı kaygılar daha işlem öncesinde gerekli prosedürlerin yerine getirilmesi aşamalarında ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle ilk prosedür işlemlerden başlayarak hastanın bilgilendirilmesi, kaygısının azaltılmasında etkili olabilmektedir. Hastaya işlemin süresini, amacını ve ne şekilde yapılacağını detaylı olarak anlatmak hastada rahatlatmayı, pskikososyal konforun arttırılmasını sağlamaktır (117). Kateterizasyon işlemi, işlemin olası riskleri, avantaj ve dezavantajları konusunda hastayı ve ailesini bilgilendirmek ve yazılı onay almak uygulamayı yapacak olan hekimin sorumluluğunda iken işlem öncesi, işlem sırası ve işlem sonrasında hastanın bakımı ve izleminde hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (117,118).

İnvaziv tanı ve tedavi işleminin ilk kez uygulanacağı hastalar endişeli, kaygı ve korku içinde olabilmekte, sormak istedikleri pek çok soru bulunabilmektedir. İşlem esnasında hastaya lokal anestezi uygulandığından hasta yapılan işlemi monitörden izleyebilmekte, sağlık profesyonellerinin konuşmalarını dinleyebilmekte, tüm bunlar hastanın konforunu azaltırken korku ve kaygısını arttırabilmektedir. İşlem öncesi işlemin yapılacağı ortam, işlemin ne

olduğu, nasıl yapıldığı, ne kadar sürebileceği, sağlayacağı yararları, olası risk faktörleri komplikasyonları ve muhtemel acil koroner arter bypass greftleme ihtiyacı doğabileceği basit bir dille hastaya anlatılarak bilgilendirilmesi gerekmektedir (31,36,45). İşlem sırasında herhangi bir ilacın intravenöz yoldan verilmesi sırasında oluşabilecek yan etkilerin, reaksiyonların veya kaygının azaltılması amacıyla hastaya işlem öncesinde hekim istemiyle premedikasyon uygulanabilmektedir (53,55,101).

KAG ve PKG sonrası hastaların immobil oldukları dönemde konfor ve kaygı düzeylerinin benzerlikleri ve farklılıklarının belirlenmesi, uygulanacak hemşirelik girişimlerine karar vermede etkili olacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma; koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil oldukları dönemdeki konfor ve kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiş, tanımlayıcı ve kesitsel tipte çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, 02.01.2019-15.12.2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Kardiyoloji Kliniği'nde yapıldı. Araştırmanın yürütüldüğü kardiyoloji kliniği 21 yataklı olup, koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastalar elektif veya acil olarak kabul edilmektedir.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

- Koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil dönemdeki konfor düzeyleri nasıldır?
- Koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil dönemdeki kaygı düzeyleri nasıldır?
- Koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil dönemdeki konfor ve kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

- Koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri ile immobil dönemdeki konfor ve kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde, bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde yatarak tedavi gören, koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim geçiren hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı ile görüşülmüş ve korelasyon katsayısı dikkate alınarak örneklem hesaplaması yapılmıştır. İstatistiksel hesaplama sonucunda r=0.30 korelasyon katsayısı baz alınarak %95 güven aralığında, 0.80 istatiksel analiz güç öngörülerek en az 138 hastanın araştırma kapsamına alınması gerektiği belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına,

- Araştımaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden,
- 18 yaş üzerinde olan,
- Herhangi bir iletişim problemi olmayan,
- Femoral yoldan koroner anjiyografi ve/veya perkütan koroner girişim uygulanan,
- Koroner anjiyografi ve/veya perkütan koroner girişim sonrası ilk 6 saat içinde ve immobil dönemde olan 145 hasta alınmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri; Hasta Tanılama Formu (Ek 1), İmmobilizasyon Konfor Ölçeği (Ek 2) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek 3) kullanılarak toplandı.

Hasta Tanılama Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hasta tanılama formu; hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, BKİ, sigara kullanma durumları), hastalıkları ile ilgili özellikleri (ek kronik hastalık, tıbbi tanı, immobil dönemdeki sağlığını nasıl yorumladığı, hastanede yatma deneyimi), uygulanan girişime ilişkin özellikleri (girişim türü, yapılan girişim tipi, işlemde kalma süresi, daha önce koroner girişim uygulanma durumu, ailede koroner girişim uygulanan birey varlığı,

geçirilen işlem öncesi bilgilendirilme durumu, komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumu) içermektedir (5,6,7,8) (Ek 1).

İmmobilizasyon Konfor Ölçeği

Hogan-Miller tarafından 1995 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Tosun ve ark. (8) tarafından yapılmıştır. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır (Ek 2). Ölçekteki her bir ifade "kesinlikle katılmıyorum"dan "kesinlikle katılıyorum"a doğru 1-6 arasında değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçekte 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 ark. (8)'nın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.82 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.82 olarak bulundu.

Durumluk Kaygı Ölçeği

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Spielberger ve ark. tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (12). Ölçekte, 20'si durumluk kaygı ve 20'si sürekli kaygıyı ölçmeye yönelik toplam 40 madde bulunmaktadır. Bu çalışmada Durumluk Kaygı Ölçeği bölümü kullanılmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği, dörtlü likert tipindedir (1=hiç, 2=biraz, 3=çok ve 4=tamamiyle) ve her bir maddesinde ifade edilen duygu ve davranışı, kişinin yaşadığı şiddete göre işaretlemesi istenmektedir (Ek 3). Ölçekte yer alan 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19. ve 20. maddeler negatif ifadelerdir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, doğrudan puanlanan maddelerin toplam puanından ters olarak puanlanan maddelerin toplam puanı çıkarılmakta ve 50 sayısı eklenerek durumluluk kaygı puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 20-80 puan arasında değişmekte olup, puanın artması bireyin kaygı düzeyinin arttığını ifade etmektedir. Öner ve Le Compte (12)'nin çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.95 olarak bulundu.

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri, 15.12.2018-15.12.2019 tarihleri arasında bir üniveriste hastanesinin Kardiyoloji Kliniği'nde toplandı. Veri toplama aşamasında klinik hemşireleri ile işbirliği yapılarak, koroner anjiyografi ve/veya perkütan koroner girişim sonrası ilk 6 saat

içinde ve immobil dönemde olan hastalar belirlendi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi hakkında sözlü olarak bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile Hasta Tanılama Formu, İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği dolduruldu. Ölçeklerin doldurulması, hastaların koroner anjiyografi ve/veya perkütan koroner girişim sonrası immobil olarak geçirdikleri ilk 6 saat içerisinde, yüz yüze görüşme yöntemi ile hasta odasında gerçekleştirildi ve görüşme ortalama 25-30 dakika sürdü.

ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.11.2018 tarih ve 19/06 no'lu (Ek 4) etik kurul izni alındı. Ayrıca, araştırma verilerinin toplanabilmesi için Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Anabilim Dalı'ndan kurum izni (Ek 5) alındı. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara İnsan Hakları Helsinki Bildirgesine uygun olarak araştırmanın amacı hakkında açıklama yapıldı ve katılımın gönüllü olduğu, katılımcıların kişisel bilgi ve gizliliğinin korunacağı bilgisi verildi. Bilgilendirilmiş gönüllü olurları alındı.

Araştırmada kullanılan İmmobilizasyon Konfor Ölçeği için Betül TOSUN'dan (Ek 6) ve Durumluluk Kaygı Ölçeği için Necla ÖNER'den (Ek 7) ölçek kullanım izni alındı.

VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences for Windows 22.0) paket programı kullanıldı. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Normal dağılım gösteren iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Student t testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü ANOVA testi kullanıldı. ANOVA testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirme yapıldı. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırma, 15.12.2018-15.12.2019 tarihleri arasında koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil oldukları dönemdeki konfor ve kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla 145 hasta ile yürütüldü. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar halinde sunuldu.

- Hastaların tanıtıcı özellikleri.
- Hastaların uygulanan koroner anjiografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özellikleri.
- Hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı.
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.
- Hastaların uygulanan koroner anjiografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özellikleri ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.
- Hastaların yaş, beden kitle indeksi, İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasındaki ilişki.

İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği'nin normal dağılıma uygunluğunu belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Yapılan analiz sonucunda İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği'nin normal dağılım gösterdiği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 1). Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanıldı.

Tablo 1. Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi

Ölçekler	Kolmogorov-Smirnov test istatistiği		
	n	Z	p
İmmobilizasyon Konfor Ölçeği	145	0,88	0,42
Durumluk Kaygı Ölçeği	145	1,05	0,21

HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Çalışmada yer alan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de sunuldu.

Hastaların yaş ortalaması 60,33±11,16 yıl olarak bulundu. Hastaların %51'inin kadın, %58,6'sının ilköğretim mezunu, %87,6'sının evli olduğu, %64,1'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %68,3'ünün sigara kullanmadığı ve %36,6'sının BKİ'ne göre fazla kilolu olduğu belirlendi. Hastaların %82,1'inin ek kronik hastalığının olduğu, %74,5'inin tıbbi tanısının akut koroner sendrom olduğu, %74,5'inin immobil dönemdeki sağlık durumunu iyi olarak tanımladığı ve %85,5'inin daha önce hastanede yatma deneyiminin olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=145)

Değişkenler	n	%
Yaş (Ort±Ss=60,33±11,16)		
50 yaş ve altı	30	20,7
51-60 yaş	40	27,6
61-70 yaş	46	31,7
71-80 yaş	29	20,0
Cinsiyet		
Kadın	74	51,0
Erkek	71	49,0
Eğitim durumu		
İlköğretim	85	58,6
Lise	43	29,7
Üniversite	17	11,7

Tablo 2. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=145) (devam)

Değişkenler	**n**	**%**
Medeni durum		
Evli	127	87,6
Bekar	18	12,4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	52	35,9
Çalışmıyor	93	64,1
Sigara kullanımı		
Kullanıyor	46	31,7
Kullanmıyor	99	68,3
BKİ (Ort±Ss=27,724±5,140)		
Normal (18,5-24,9 kg/m2)	44	30,3
Fazla kilo (25-29,9 kg/m2)	53	36,6
I.derece obez (30-39,9 kg/m2)	30	20,7
II. derece obez (40kg/m2 ve üzeri)	18	12,4
Ek kronik hastalık varlığı		
Var	119	82,1
Yok	26	17,9
Tıbbi tanı		
Akut koroner sendrom	108	74,5
Miyokard infarktüsü	37	25,5
İmmobil dönemdeki sağlığını nasıl yorumladığı		
Kötü	37	25,5
İyi	108	74,5
Hastanede yatma deneyimi		
Evet	124	85,5
Hayır	21	14,5

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; BKİ:Beden Kitle İndeksi.

HASTALARIN UYGULANAN KORONER ANJİYOGRAFİ VE PERKÜTAN KORONER GİRİŞİME İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Çalışmada yer alan hastaların uygulanan koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te sunuldu.

Hastaların %53,8'ine sadece koroner anjiyografi uygulandığı, %70,3'üne uygulanan girişimin elektif olarak yapıldığı, %53,8'inin işlemde 1 saatten daha kısa süre kaldığı, %73,1'ine ilk kez koroner girişim uygulandığı, %83,4'ünün ailesinde koroner girişim uygulanan başka bireylerin olduğu, %86,9'una işlem öncesinde bilgi verildiği ve %60,7'sinin komplikasyonlar hakkında yeterli bilgisinin olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların uygulanan koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=145)

Değişkenler	**n**	**%**
Girişim türü		
Koroner anjiyografi	78	53,8
Perkütan koroner girişim	67	46,2
Girişim tipi		
Elektif	102	70,3
Acil	43	29,7
İşlemde kalma süresi		
1saatten az	78	53,8
1-1,5saat	52	35,9
1,5 saatten fazla	15	10,3
Daha önce koroner girişim uygulanma durumu		
Evet	39	26,9
Hayır	106	73,1
Ailede koroner girişim uygulanan birey varlığı		
Evet	121	83,4
Hayır	24	16,6

Tablo 3. Hastaların uygulanan koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=145) (devam)

Değişkenler	**n**	**%**
Geçirilen işlem öncesi bilgi verilme durumu		
Evet	126	86,9
Hayır	19	13,1
Komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olma		
Yeterli bilgim var	88	60,7
Hiç bilgim yok	15	10,3
Yeterli bilgim yok	42	29,0

HASTALARIN İMMOBİLİZASYON KONFOR ÖLÇEĞİ VE DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI

Çalışmada yer alan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4'te sunuldu. Hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamasının 84,84±11,32 ve Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamasının 43,69±14,05 olduğu belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların immobilizasyon konfor ölçeği ve durumluk kaygı ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı (n=145)

Ölçek	**Madde Sayısı**	**Ölçeklerden Alınabilecek Min. ve Max. Puan**	**Ölçeklerden Alınan Min. ve Max. Puan**	**Ort ± SS**
İmmobilizasyon Konfor Ölçeği	20	20- 120	56-114	84,84±11,32
Durumluk Kaygı Ölçeği	20	20- 80	20-74	43,69±14,05

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min:Minimum; Max:Maksimum.

HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İMMOBİLİZASYON KONFOR ÖLÇEĞİ VE DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği'ne ait toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te sunuldu.

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, BKİ düzeyleri, ek kronik hastalık varlığı ve hastanede yatma deneyimi ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 5).

Hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamasının eğitim durumuna ($F=3,279$; $p=0,041$), sigara kullanma durumuna ($t=2,066$; $p=0,041$), tıbbi tanısına ($t=3,194$; $p=0,022$) ve immobil dönemdeki sağlığını nasıl yorumladığına ($t=-5,680$; $p=0,000$) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. İlköğretim mezunu olan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının üniversite mezunu olan hastaların puan ortalamalarından, sigara kullanmayan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının sigara kullanan hastaların puan ortalamalarından, tıbbi tanısı akut koroner sendrom olan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının tıbbi tanısı myokard infarktüsü olan hastaların puan ortalamalarından ve immobil dönemdeki sağlığını iyi olarak tanımlayan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının immobil dönemdeki sağlığını kötü olarak tanımlayan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

Hastaların yaş, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanma durumu, BKİ düzeyleri ve hastanede yatma deneyimleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 5).

Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamasının cinsiyet ($t=2,160$; $p=0,032$), eğitim durumu ($F=6,350$; $p=0,002$), ek kronik hastalık varlığı ($t=1,930$; $p=0,017$), tıbbi tanı ($t=-4,961$; $p=0,000$) ve immobil dönemdeki sağlığını nasıl yorumladığına ($t=9,573$; $p=0,000$) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Kadın hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından, lise ve üniversite mezunu olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının ilköğretim mezunu olan hastaların puan ortalamalarından, ek kronik hastalığı olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının ek kronik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamalarından, tıbbi tanısı miyokard infarktüsü olan hastaların

Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının tıbbi tanısı akut koroner sendrom olan hastaların puan ortalamalarından ve immobil dönemdeki sağlığını kötü olarak tanımlayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının immobil dönemdeki sağlığını iyi olarak tanımlayan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=145)

Değişkenler	İmmobilizasyon Konfor Ölçeği Ort±SS	Durumluk Kaygı Ölçeği Ort±SS
Yaş		
50 Yaş ve altı	81,83±13,39	49,43±15,70
51-60	84,85±11,07	42,92±13,83
61-70	87,56±10,64	41,65±12,78
71-80	83,62±9,87	42,06±13,59
F	1,730	2,216
p	0,164	0,089
Cinsiyet		
Kadın	83,17±11,05	46,13±14,14
Erkek	86,57±11,42	41,15±13,58
t	-1,822	2,160
p	0,070	**0,032**[*]
Eğitim durumu		
İlköğretim[a]	86,69±11,61	40,37±14,04
Lise[b]	83,07±9,78	47,72±11,98
Üniversite[c]	80,05±11,99	50,11±14,78
F	3,279	6,350
p	**0,041**[†]	**0,002**[†]
	a>c	a<b,c
Medeni durum		
Evli	84,79±10,53	43,46±13,73
Bekar	85,16±16,23	45,33±16,48
t	-0,130	-0,527
p	0,926	0,599

Tablo 5. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=145) (devam)

Değişkenler	İmmobilizasyon Konfor Ölçeği Ort±SS	Durumluk Kaygı Ölçeği Ort±SS
Çalışma durumu		
Çalışıyor	82,48±11,94	46,57±14,41
Çalışmıyor	86,16±10,81	42,08±13,66
t	-1,893	1,861
p	0,060	0,065
Sigara kullanımı		
Kullanıyor	82,02±12,40	46,41±15,23
Kullanmıyor	86,15±10,60	42,43±13,36
t	-2,066	1,595
p	**0,041***	0,113
BKİ		
Normal (18,5-24,9 kg/m2)	83,04±10,07	47,36±12,79
Fazla kilo (25-29,9 kg/m2)	85,17±12,54	43,83±14,42
I.derece obez (30-39,9 kg/m2)	87,73±11,08	39,80±13,91
II. derece obez (40kg/m2 ve üzeri)	83,44±10,64	40,83±14,89
t	1,130	2,063
p	0,339	0,108

Tablo 5. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=145) (devam)

Değişkenler	İmmobilizasyon Konfor Ölçeği Ort±SS	Durumluk Kaygı Ölçeği Ort±SS
Ek kronik hastalık varlığı		
Var	84,06±11,65	44,74±14,63
Yok	88,38±9,06	38,92±9,89
t	-1,774	1,930
p	0,078	**0,017**[*]
Tıbbi tanı		
Akut koroner sendrom	86,54±11,16	40,55±12,91
Miyokard infarktüsü	79,86±10,43	52,86±13,33
t	3,194	-4,961
p	**0,022**[*]	**0,000**[*]
Hastanede yatma deneyimi		
Evet	85,186±11,34	43,16±13,76
Hayır	82,810±11,25	46,85±15,65
t	0,0888	-1,116
p	0,376	0,266
İmmobil dönemdeki sağlığını nasıl yorumladığı		
Kötü	76,56±10,23	58,64±11,27
İyi	87,67±10,27	38,57±10,91
t	-5,680	9,573
p	**0,000**[*]	**0,000**[*]

[*] Student t test; [†]Tek yönlü ANOVA test

HASTALARIN UYGULANAN KORONER ANJİOGRAFİ VE PERKÜTAN KORONER GİRİŞİME İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE İMMOBİLİZASYON KONFOR ÖLÇEĞİ VE DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların uygulanan koroner anjiografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özellikleri ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği'ne ait toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6'da sunuldu.

Hastaların işlemde kalma süresi, daha önce koroner girişim uygulanma durumu, ailesinde koroner girişim uygulanan başka bireylerin varlığı ve geçirilen işlem öncesinde bilgi verilme durumu ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6).

Hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamasının girişim türü ($t=2,412$; $p=0,017$), yapılan girişim tipi ($t=2,418$; $p=0,017$) ve komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumuna ($F=3,976$; $p=0,021$) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Sadece koroner anjiyografi uygulanan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının perkütan girişim uygulanan hastaların puan ortalamalarından, elektif girişim yapılan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının acil girişim yapılan hastaların puan ortalamalarından ve komplikasyonlar hakkında yeterli bilgisi olan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının komplikasyonlar hakkında yeterli bilgisi olmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 6).

Hastaların daha önce koroner girişim uygulanma durumu, ailesinde koroner girişim uygulanan başka bireyin varlığı ve geçirilen işlem öncesinde bilgi verilme durumu ile Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6).

Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamasının girişim türü ($t=-3,701$; $p=0,000$), yapılan girişim tipi ($t=-5,054$; $p=0,000$), işlemde kalma süresi ($F=5,675$; $p=0,004$) ve komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumuna ($F=8,504$; $p=0,000$) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Perkütan girişim uygulanan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının sadece koroner anjiyografi girişimi uygulanan hastaların puan ortalamalarından, acil girişim yapılan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının, elektif girişim yapılan hastaların puan

ortalamalarından, işlemde 1-1,5 saat ve 1,5 saatten fazla kalan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının işlemde 1 saatten az kalan hastaların puan ortalamalarından ve komplikasyonlar hakkında hiç bilgisi ve yeterli bilgisi olmayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının komplikasyonlar hakkında yeterli bilgisi olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların uygulanan koroner anjiografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özellikleri ile immobilizasyon konfor ölçeği ve durumluk kaygı ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=145)

Girişime İlişkin Değişkenler	**Konfor Ort±SS**	**Durumluk Kaygı Ort±SS**
Girişim türü		
Koroner anjiyografi	86,91±11,38	39,85±12,68
Perkütan koroner girişim	82,43±10,84	48,16±14,33
t	2,412	-3,701
p	**0,017**[*]	**0,000**[*]
Yapılan girişim tipi		
Elektif	86,29±10,99	40,15±12,41
Acil	81,39±11,48	52,09±14,27
t	2,418	-5,054
p	**0,017**[*]	**0,000**[*]
İşlemde kalma süresi		
1 saatten az[a]	86,87±10,44	40,16±13,30
1-1,5 saat[b]	82,09±12,25	47,73±14,02
1,5 saatten fazla[c]	83,80±10,96	48,06±13,81
F	2,920	5,675
p	0,057	**0,004**[†]
		a<b,c
Daha önce koroner girişim uygulanma durumu		
Evet	85,30±11,12	41,69±14,36
Hayır	84,67±11,44	44,43±13,93
t	0,300	0,302
p	0,765	0,769

Tablo 6. Hastaların uygulanan koroner anjiografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özellikleri ile immobilizasyon konfor ölçeği ve durumluk kaygı ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=145) (devam)

Girişime İlişkin Değişkenler	Konfor Ort±SS	Durumluk Kaygı Ort±SS
Ailede koroner girişim uygulanan birey varlığı		
Evet	84,32±11,16	44,33±13,51
Hayır	87,45±12,02	40,45±16,45
t	-1,241	1,238
p	0,217	0,218
Geçirilen işlem öncesi bilgi verilme durumu		
Evet	84,77±11,28	42,82±13,70
Hayır	85,26±11,93	49,47±15,33
t	-0,174	-1,941
p	0,862	0,054
Komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olma		
Yeterli bilgim var	86,93±10,97	40,35±13,44
Hiç bilgim yok	81,33±12,93	54,00±15,92
Yeterli bilgim yok	81,71±10,67	47,02±12,21
F	3,976	8,504
p	**0,021**†	**0,000**†
	1>3	**1<2,3**

* Student t test; †Tek yönlü ANOVA test

HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İMMOBİLİZASYON KONFOR ÖLÇEĞİ VE DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların yaşları ve beden kitle indeksleri, immobilizasyon konfor ölçeği ve durumluk kaygı ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 7'de sunuldu. Hastaların yaşı ve beden kitle indeksleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde (r=-

0,182, p=0,028; r=-0,200, p=0,016) ilişki olduğu bulundu. Buna göre hastaların yaşları ve beden kitle indeksleri arttıkça durumluk kaygı ölçeği puanları azalmakta idi (Tablo 7).

Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (r=-0,741; p=0,000) belirlendi. Buna göre hastaların immobilizasyon konfor ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, durumluk kaygı ölçeği puanları azalmakta idi (Tablo7).

Tablo 7. Hastaların yaş, beden kitle indeksi, immobilizasyon konfor ölçeği ve durumluk kaygı ölçeği puanları arasındaki ilişki (n=145)

	Test istatistiği	**Konfor**	**Durumluk Kaygı**
Durumluk kaygı	r	-0,741	1,000
	p	**0,000**‡	**0,000**‡
Yaş	r	0,088	-0,182
	p	0,290	**0,028**‡
Beden kitle indeksi	r	0,094	-0,200
	p	0,262	**0,016**‡

‡ Pearson Korelasyon Analizi

TARTIŞMA

Bu çalışma, koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil oldukları dönemdeki konfor ve kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile gerçekleştirildi. Elde edilen bulgular doğrultusunda tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunuldu.

- Hastaların tanıtıcı özellikleri, koroner anjiografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özelliklerinin tartışılması.
- Hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamalarının tartışılması.
- Hastaların tanıtıcı özellikleri, koroner anjiografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özellikleri ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırmalarının tartışılması
- Hastaların yaş, beden kitle indeksi, İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin tartışılması.

HASTALARIN TANITICI, KORONER ANJİOGRAFİ VE PERKÜTAN KORONER GİRİŞİME İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Koroner arter hastalıkları her yaş döneminde görülebilen bir hastalıktır fakat yaşın ilerlemesi ile birlikte hastalığın görülme olasılığı artmaktadır. Erkeklerde 45, kadınlarda ise

55 yaş ve sonrası KAH hastalığı risk oluşturmaktadır (26,40) Araştırmamızda hastaların yaş ortalaması 60,33±11,16 yıldır (Tablo 2). Literatürdeki benzer çalışmalarda da koroner arter hastalarının yaş ortalamalarının 50 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmektedir (31,119,120,121). KAH; 50 yaş ve üzeri bireylerde sıklıkla rastlanan bir hastalıktır yaşın ilerlemesi ile KAH da artış göstermektedir (21,25).

Koroner arter hastalıklarında cinsiyet önemli bir risk faktörüdür ve erkekler kadınlara göre daha fazla risk taşımaktadırlar (78,122,123). Ülkemizde yapılan bir insidans çalışmasında ise koroner arter hastalıklarının kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (122). Bu araştırmada da hastaların yarısından çoğunun kadın olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Sigara, ateroskleroz ile ilişkisi kesin olarak ispatlanmış, en tehlikeli değiştirilebilir risk faktörüdür ve kardiyovasküler mortaliteyi arttırmaktadır (24,31,40). Bu araştırmada yer alan hastaların çoğunun sigara kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda da araştırma bulgumuzla benzer olarak sigara kullanmayan hastaların oranının yüksek olduğu bulunmuştur (124,125,126,127).

Koroner arter hastalığında obezite önemli bir risk faktörüdür. Obezite, ateroskleroza zemin hazırlayıp damar içi aterom plaklarının oluşumunu hızlandırmaktadır (128,129). Graham ve ark. beden kitle indeksi artışı ile koroner arter hastalıklarının görülme oranının artması arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmektedir (130). Bu araştırmada hastaların %36,6'sının fazla kilolu olduğu bulundu (Tablo 2). Koroner arter hastaları ile yapılan benzer çalışmalarda da hastaların çoğunun beden kitle indeksine göre normal değerin üzerinde olduğu bulunmuştur (126,131,132,133).

Kronik hastalıkların varlığı koroner arter hastalıklarının görülme olasılığını arttırmaktadır (128). Araştırmada hastaların %82,1'inin koroner arter hastalığına ek kronik hastalığının olduğu bulundu (Tablo 2). Literatürdeki benzer çalışmalarda da hastaların koroner arter hastalığına eşlik eden kronik hastalıklarının bulunduğu belirtilmektedir (134,135,136). Araştırmada hastaların %26,9'una daha önce koroner anjiyografi ve perkütan girişim uygulandığı belirlendi (Tablo 3). Yapılan benzer çalışmalarda da anjiyografi uygulanan hastaların daha önce anjiyografi deneyimi olduğu bildirilmektedir (5,127,134). Göğüs ağrısı varlığı ve miyokard infarktüsü hastalara acil müdahaleyi gerektirmektedir. Araştırmada hastaların %29,9'sine koroner anjiyografi işleminin ve perkütan koroner girişimin acil olarak uygulandığı belirlendi (Tablo 3). Bu bulgularda literatürle uyumludur (24,137,138)

Hastalara herhangi bir uygulamadan önce gerekli bilgilendirilmenin yapılarak aydınlatılmış onamlarının alınması yasal bir zorunluluktur. Araştırmada yer alan hastaların çoğuna işlem öncesinde bilgi verildiği bulunmuştur (Tablo 3). Yapılan benzer çalışmalarda da koroner anjiyografi ve perkütar girişim öncesi hastalara gerekli bilgilendirmenin yapıldığı rapor edilmiştir (6, 137,139, 140).

HASTALARIN İMMOBİLİZASYON KONFOR ÖLÇEĞİ VE DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI

Bu araştırmada İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılarak koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil oldukları dönemdeki konfor ve kaygı düzeyleri değerlendirildi. İmmobilizasyon Konfor Ölçeği'nin puanlamasında, ölçekten alınabilecek toplam puanın 20 ile 120 arasında değiştiği, puanın 120'ye yaklaşmasının konfor düzeyinin yüksek olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (8). Durumluk Kaygı Ölçeği'nin puanlamasında ise, ölçekten alınabilecek toplam puanın 20-80 puan arasında değiştiği, puanın 80'e yaklaşmasının kaygı düzeyinin yüksek olduğunu gösterdiği ifade edilmektedir (12). Araştırmada hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamasının 84,84±11,32, Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamasının ise 43,69±14,05 olduğu, hastaların konfor düzeyinin orta düzeyin üzerinde ve kaygı düzeyinin ise orta düzeyin altında olduğu belirlendi (Tablo 4).

Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da koroner anjiyografi uygulanan hastaların kaygı düzeylerinin orta ve orta düzeyin altında olduğu bildirilmektedir. Sümbül ve ark. (141) ve Gören (142) koroner anjiyografi uygulanan hastaların durumluk kaygı düzeylerinin orta düzeyin altında olduğunu bildirmiştir. Yel (31), Ahraz (2) ve Tunç (120) ise koroner anjiyografi uygulanan hastaların kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğunu belirlemiştir. Ekiz ve Güz'ün çalışmasında ise koroner anjiyografi uygulanan koroner arter hastalarının hem işlem öncesi hem de işlem sonrasında kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (143). Trotter, Gallagher ve Donoghue (139) ve Gül ve ark. (144) çalışmalarında ise koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda işlem öncesi kaygı düzeyinin yüksek olduğu, işlemden sonra ise giderek azaldığı belirlenmiştir.

Bu araştırmada koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil oldukları dönemdeki konfor düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu bulundu (Tablo 4). Koroner anjiyografi sonrası yatak içinde uzun süre hareketsiz kalmanın, hasta

konforunu olumsuz etkilediği ve uzun süre yatak istirahatinde kalan hastalarda, sırt, bel, boyun ağrısı gibi sorunların yaşandığı bildirilmektedir (9,136). Sönmez'in (145) koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastalarda, Ören'in (146) ise göğüs cerrahisi uygulanan hastalarda cerrahi sonrası konfor düzeyini belirlediği çalışmalarında hastaların konfor düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Amaç ve Çam'ın günübirlik cerrahide hastaların konfor düzeylerini belirlediği çalışmasında ise hastaların konfor düzeylerinin orta düzeyin altında olduğu bildirilmiştir (136). Çeşitli cerrahi girişimler geçiren hastalar ile yapılan çalışmalarda ise araştırma bulgumuz ile benzer şekilde hastaların konfor düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. (51,147,148,149). KAG ve PKG sonrasında hastaların en az 6 saat süre immobil olmaları, hastalarda sırt, bel ağrısı gibi durumlara neden olabilir. İmmobilizasyon nedeni ile bazı temel ihtiyaçlarını yatakta karşılamak durumunda olmaları ve bağımlı pozisyonda olmaları hastaların konforunu azaltabilir.

HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ, KORONER ANJİOGRAFİ VE PERKÜTAN KORONER GİRİŞİME İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE İMMOBİLİZASYON KONFOR ÖLÇEĞİ VE DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİNDEN ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASININ TARTIŞILMASI

Bu araştırmada hastaların cinsiyetleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadın hastaların durumluk kaygı düzeylerinin erkek hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda da; Yel (31), Sardoğan (74), Woldecherkos (138), Astin (150), Gökgündüz (39), Vizeli (151) ve Ulvik (152) koroner anjiyografi uygulanan kadın hastaların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Genel olarak kadın cinsiyetin kaygı için bir risk faktörü olduğu bildirilmekte, kadınların biyolojik ve ruhsal özellikleri ile kişilik yapısının kaygı düzeyi üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir(144,151).

Hastaların eğitim durumları ile her iki ölçekten aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; konfor düzeyinin ilköğretim mezunu hastalarda daha yüksek olduğu, kaygı düzeyinin ise ilköğretim mezunu olan hastalarda daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda koroner anjiyografi uygulanan hastaların eğitim düzeyi arttıkça kaygı düzeylerinin düştüğü bulunmuştur (24,31,151). Çıracı'nın anjiyografi uygulanan hastaların konfor düzeylerini belirlediği çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça konfor düzeyinin de arttığı

belirlenmiştir (133). Ayrıca literatürde cerrahi girişim geçiren hastaların konfor düzeyi ile eğitim durumu arasında negatif yönde ilişki olduğu bildirilmektedir (145,147,153,154,155). Eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların bakıma ilişkin farkındalıklarının ve beklentilerinin arttığı bildirilmektedir (148). Bu durumun hastaların konfor algısını da etkileyebileceği düşünülmektedir. İlköğretim mezunu olan hastaların beklentisi daha düşük olduğu için, konfor düzeyini daha yüksek algılamış olabilirler. Buna bağlı olarak da kaygı düzeylerinin daha düşük olması beklenilen bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada hastaların ek kronik hastalık varlığı ile Durumluk Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ek kronik hastalığı olanların durumluk kaygı düzeylerinin ek kronik hastalığı olmayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda da; ek kronik hastalığı olan bireylerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (134,145). Kronik hastalık varlığında kaygının da buna eşlik eden duygusal bir durum olarak görüldüğü bildirilmektedir (147,50). Kronik hastalıkların uzun süreli tedaviler gerektirmesi, hastaneye yatışların tekrarlanması nedeniyle hastaların anksiyeteleri artmaktadır. KAH kronik bir hastalık olup, var olan hastalıklara bir yenisinin eklenmesinin kaygı düzeyini arttırdığı düşünülmektedir.

Hastaların tıbbi tanıları ile ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; akut koroner sendrom tanılı hastalarda konfor düzeylerinin, miyokard infarktüsü tanılı hastaların ise kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 5). Çalışma bulgusuyla benzer şekilde Gökgündüz'ün (39) çalışmasında da miyokard infarktüs tanılı hastaların kaygı düzeylerinin diğer hastalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Miyokard infarktüsü yüksek morbidite ve mortaliteye neden olabilen, ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir durumdur. MI sonrasında yaşanan ağrı ve diğer semptomlar hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemekte ve bu durum hastaların korku ve kaygısını arttırmaktadır.

Hastaların immobil dönemdeki sağlıklarını tanımlama durumları ile ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; sağlığını iyi olarak tanımlayan hastaların konfor, sağlığını kötü olarak tanımlayan hastaların ise kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 5). Araştırma bulgusu ile benzer şekilde Sönmez (145) ve Sardoğan (74)'da sağlığın iyi olarak yorumlanmasının konfor düzeyini arttırdığını ve kaygı düzeyini azalttığını belirlemişlerdir. Hastaların sağlık durumunu kötü olarak algılamalarının kaygı düzeyini arttırması beklenen bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada hastaların yapılan girişimin tipi ile hastaların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; elektif girişim yapılan hastaların konfor, acil girişim geçiren hastaların ise kaygı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Cerrahi girişime alınma şeklinin hasta kaygısı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, bulgumuzla benzer şekilde acil cerrahi geçiren hastaların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (156). Literatürde ise koroner anjiyografi işlemi için bekleme süresinin hastaların psikolojik durumunu etkilediği, elektif olarak kardiyak kateterizasyon yapılan hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (139,143,157). Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyinin incelendiği bir çalışmada planlı cerrahi girişim geçiren hastaların acil girişim geçiren hastalara göre konfor düzeylerinin daha yüksek kaygı düzeyinin ise daha düşük olduğu bulunmuştur (154). Bu araştırmada da acil olarak girişim geçiren hastaların elektif girişim geçiren hastalara göre konfor düzeylerinin daha düşük, kaygı düzeylerinin ise daha yüksek olmasının nedeninin hastanın fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanması için yeteri kadar zamanının olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumları ile ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; komplikasyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olan hastaların konfor düzeyinin yüksek, kaygı düzeyinin ise düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Literatürde koroner anjiyografi uygulanan hastalara işlem öncesinde yapılan bilgilendirmenin hastaların kaygı düzeyini düşürdüğü bildirilmiştir (6,56,139,158,159). Yapılan bir çalışmada cerrahi girişim ömcesi verilen bilgilerin hastanın hem anksiyete düzeyini hem de girişim sonrası gelişebilecek fiziksel rahatsızlıkları azalttığı belirlenmiştir (158). Hastaların girişim sonrası karşılaşabileceği durumlar ile ilgili bilgi sahibi olması onların beklentilerini etkilemektedir. İşlem sonrası süreçte yaşayacağı durumlara ilişkin açık ve doğru bilgilendirme hastaların süreci normal olarak karşılamalarına neden olacaktır.

HASTALARIN YAŞ, BEDEN KİTLE İNDEKSİ, İMMOBİLİZASYON KONFOR ÖLÇEĞİ VE DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan hastaların yaşları ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların yaşları arttıkça kaygı düzeylerinin azaldığı bulundu (Tablo7). Krannich ve ark.'ın (160) çalışmasında koroner arter

by-pass greft uygulanan hastaların da yaşları arttıkça kaygı düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Araştırmada hastaların beden kitle indeksi ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların beden kitle indeksi arttıkça Durumluk Kaygı Ölçeği puanının azaldığı, beden kitle indeksi ile konfor düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo7). Çakır'ın (126) hastaların radyal arter kateterizasyonuna ilişkin konfor ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırdığı çalışmasında ise beden kitle indeksine göre fazla kilolu olan hastaların konfor düzeyinin yüksek olduğu, BKİ ile kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların konfor ve kaygı puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, konfor düzeyleri artarken kaygı düzeylerinin azaldığı belirlendi. (Tablo 9). Williams (161) çalışmasında kaygının doğrudan konfor algısını etkilediğini, kaygı ve konfor arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Chair ve ark. (162) kardiyak kateterizasyon uygulanan hastalarda konforu arttırmaya yönelik yapılan girişimlerin konforu arttırıp, anksiyeteyi azalttığı sonucuna ulaşmıştır. Literatürde radyel arter kateterizasyonu uygulanan (126), göğüs cerrahisi geçiren (146), koroner arter bypass greft ameliyatı olan (8,145), meme kanseri nedeni ile radyoterapi alan (163), perkütan girişim sonrası erken mobilize edilen (164), açık kalp cerrahisi geçiren (165) hastaların konfor ve kaygı düzeyleri arasında negatif yönde ilişki olduğu bildirilmiştir. Konfor; huzura kavuşma ferahlama, rahatlama gibi anlamlar taşırken, kaygı; huzursuzluk, hoş olmayan rahatsızlık veren bir duygudur ve bu iki kavramın birbirleriyle zıt anlamları ifade etmesi nedeni ile artan konforun kaygıyı ortadan kaldırabileceği söylenilebilir.

SONUÇLAR

Koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil oldukları dönemdeki konfor ve kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Bu araştırmada;

- Hastaların yaş ortalamasının 60,33±11,16 yıl, %51'inin kadın, %58,6'sının ilköğretim mezunu, %87,6'sının evli, %64,1'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %68,3'ünün sigara kullanmadığı ve %36,6'sının BKİ'ne göre fazla kilolu olduğu,
- Hastaların %74,5'inin tıbbi tanısının akut koroner sendrom olduğu, %82,1'inin ek kronik hastalığının olduğu, %74,5'inin şu anki sağlık durumunu iyi olarak tanımladığı ve %85,5'inin daha önce hastanede yatma deneyiminin olmadığı,
- Hastaların %53,8'ine sadece koroner anjiyografi, %46,2'sine perkütan koroner girişim uygulandığı,
- Hastaların %70,3'üne uygulanan girişimin elektif olarak uygulandığı, %53,8'inin işlemde 1 saatten daha kısa süre kaldığı,
- Hastaların %73,1'ine daha önce koroner girişim uygulanmadığı, %83,4'ünün ailesinde koroner girişim uygulanan başka bireylerin bulunduğu,
- Hastaların %86,9'una işlem öncesinde bilgi verildiği ve %60,7'sinin komplikasyonlar hakkında yeterli bilgisinin olduğu,
- Hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamasının 84,84±11,32 ve buna göre konfor düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu,

- Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamasının 43,69±14,05 ve kaygı düzeylerinin orta düzeyin altında olduğu,
- İlköğretim mezunu olan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının üniversite mezunu olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek iken, lise ve üniversite mezunu olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının ilköğretim mezunu olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,
- Sigara kullanmayan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının sigara kullanan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,
- Tıbbi tanısı akut koroner sendrom olan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının tıbbi tanısı myokard infarktüsü olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek iken tıbbi tanısı miyokard infarktüsü olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının tıbbi tanısı akut koroner sendrom olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,
- İmmobil olduğu dönemdeki sağlığını iyi olarak tanımlayan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının immobil dönemdeki sağlığını kötü olarak tanımlayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, immobil olduğu dönemdeki sağlığını kötü olarak tanımlayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının immobil dönemdeki sağlığını iyi olarak tanımlayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,
- Kadın hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,
- Ek kronik hastalığı olan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının ek kronik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,
- Sadece koroner anjiyografi girişimi uygulanan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının perkütan koroner girişim uygulanan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, perkütan koroner girişim uygulanan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının sadece koroner anjiyografi girişimi uygulanan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,
- Girişimi elektif olarak yapılan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının girişimi acil olarak yapılan hastaların puan ortalamalarından daha

yüksek olduğu, girişimi acil olarak yapılan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının girişimi elektif olarak yapılan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,

- Komplikasyonlar hakkında yeterli bilgisi olan hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamalarının komplikasyonlar hakkında yeterli bilgisi olmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu, komplikasyonlar hakkında hiç bilgisi ve yeterli bilgisi olmayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının komplikasyonlar hakkında yeterli bilgisi olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,
- İşlemde 1-1,5 saat ve 1,5 saatten fazla kalan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının, işlemde 1 saatten az kalan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu,
- Hastaların yaşları ve beden kitle indeksleri arttıkça Durumluk Kaygı Ölçeği puanlarının azaldığı,
- Hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça Durumluk Kaygı Ölçeği puanlarının azaldığı bulundu.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların girişim sonrası immobil dönem ile ilgili olarak hemşireler tarafından bilgilendirilmesi,
- Acil olarak girişime alınan hastaların kaygı düzeylerinin daha yüksek, konfor düzeylerinin daha düşük olması nedeniyle, acil girişime alınan hastalara yönelik kaygıyı azaltacak, konforu arttıracak hemşirelik girişimlerinin planlanması
- Koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulaması öncesinde ve sonrasında konfor ve kaygı düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenerek bu faktörleri azaltmaya yönelik girişim uygulanması,
- Koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulaması sonrasında hastaların konfor düzeyleri arttıkça, kaygıları azaldığı için hasta konforunu arttırmaya yönelik girişimlerin uygulanması önerilmektedir.

ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma, koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulanan hastaların immobil oldukları dönemdeki konfor ve kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile gerçekleştirildi.

Araştırma, Aralık 2018- 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde yatarak tedavi gören, koroner anjiografi ve perkütan koroner girişim uygulanan 145 hasta ile yürütüldü. Araştırmanın verileri; Hasta Tanılama Formu, İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılarak toplandı.

Hastaların yaş ortalaması 60,33±11,16 yıl olarak bulundu. Hastaların %51'inin kadın, %74,5'inin tıbbi tanısının akut koroner sendrom olduğu, %53,8'ine sadece koroner anjiyografi uygulandığı, %70,3'üne girişimin elektif olarak uygulandığı, %86,9'una işlem öncesinde bilgi verildiği belirlendi.

Hastaların İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalamasının 84,84±11,32, Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamasının 43,69±14,05 olduğu belirlendi. İmmobilizasyon Konfor Ölçeği toplam puan ortalaması eğitim durumu, tıbbi tanı, girişim türü, girişim tipi ve komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalaması cinsiyet, eğitim durumu, ek kronik hastalık varlığı, tıbbi tanı, girişim türü, girişim tipi, işlemde kalma süresi ve komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde yüksek düzeyde

anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Sonuç olarak koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulanması sonrasındaki immobil dönemde hastaların konfor düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin azaldığı belirlendi.

Koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim uygulanan kliniklerde çalışan hemşirelerin, işlem sonrasında hastaların konfor ve kaygı düzeyini etkileyen faktörleri belirleyip, bunlara yönelik hemşirelik girişimlerini planlayarak uygulamaları önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kaygı, konfor, koroner anjiyografi, perkütan koroner girişim.

COMFORT AND ANXIETY LEVELS OF PATIENTS WHO UNDERWENT CORONARY ANGIOGRAPHY AND PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

SUMMARY

This descriptive and cross-sectional study was carried out to determine the comfort and anxiety levels of patients who underwent coronary angiography and percutaneous coronary intervention, and related factors during the immobilization period.

The research was conducted with 145 patients who were hospitalized in the cardiology clinic of a university hospital between December 2018 and 2019 and underwent coronary angiography and percutaneous coronary intervention. The data of the research were collected using the Patient Identification Form, Immobilization Comfort Scale, and State-Trait Anxiety Scale.

The mean age of the patients was found to be 60.33±11.16 years. Of the patients, 51% were women, 74.5% had a medical diagnosis of acute coronary syndrome, 53.8% underwent only coronary angiography, 70.3% were applied elective intervention, 86.9% were informed before the procedure.

It was determined that the total mean score of the patients on the Immobilization

Comfort Scale was 84.84±11.32, and the mean score on the State-Trait Anxiety Scale was 43.69±14.05. The total mean score of the Immobilization Comfort Scale differs significantly according to the level of education, medical diagnosis, type of intervention, and knowledge about complications ($p<0.05$). The mean score of the State-Trait Anxiety Scale of the patients differs significantly according to gender, education level, presence of additional chronic disease, medical diagnosis, type of intervention, length of stay in the procedure, and knowledge about complications ($p<0.05$). There is a highly significant negative correlation between the patients' State-Trait Anxiety Scale mean scores and Immobilization Comfort Scale mean scores ($p<0.05$).

As a result, it was determined that the level of anxiety decreased as the comfort level of the patients increased during the immobilization period after coronary angiography and percutaneous coronary intervention.

It is recommended that nurses, working in clinics with coronary angiography and percutaneous coronary intervention applications, determine the factors affecting the comfort and anxiety level of patients after the procedure, plan and implement nursing interventions accordingly.

Keywords: Anxiety, comfort, coronary angiography, percutaneous coronary intervention.

KAYNAKLAR

1. Büyükaşık Ö. Koroner Anjiyografi Olacak Hastalarda Sağlık Eğitiminin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi. (Tez) İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

2. Ahraz M. 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; 2018.

3. Özen AT, Çelik SŞ. Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların bakımı. . Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13(2).

4. Onat A. Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. Onat A (Editör). İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. s.149-153

5. Devrez N. Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastalarda Erken Mobilizasyon Ve Spongostan Destekli Pansumanın Kanama, Ağrı Ve İdrar Yapma Üzerine Etkileri. (Tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2015.

6. Yılmaz M, Sayın L. Koroner anjiyografi yapılacak hastaların işlem öncesi bilgi gereksinimleri ve anksiyete düzeyleri. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci 2012;4(2).

7. Lunden MH, Bengtson A, Lundgren SM. Hours during and after coronary intervention and angiography. Clin Nurs Res 2006; 15(4): 274-89.

8. Tosun B. Kalça Kırığı Olgularında Ameliyat Öncesi Cilt Traksiyonu Ve Pozisyon Ateli Uygulamasının Hastaların Ağrı, Konfor Ve Memnuniyet Düzeyine Etkisi. (Tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

9. Mohammady M, Heidari K, Sari A, Zolfaghari M, Janani L. Early ambulation after diagnostic transfemoral catheterisation: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud 2014;51(1):39-50.

10. Yücel ŞÇ. Kolcaba'nın konfor kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2011;27(2):79-88.

11. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı, psikolojinin temel kavramları, kaygı. Cüceloğlu D. (Editör) İstanbul: Remzi Kitapevi, 1998.

12. Öner N, Le Compte A. Süreksiz (Durumluk) sürekli kaygı envanteri el kitabı. 2.Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1998.

13. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri. 2001;(4):182-186.

14. Aykent R, Kocamanoğlu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS Ve STAI skorlarının karşılaştırılması. Turkiye Klinikleri J Anest Reanim. 2007;5(1):7-13.

15. Enar R. Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar. Enar R. (Editör). Temel Kardiyoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. s.36-41.

16. Kaya FK. Adıyaman Populasyonunda IL-1β -511C/T Polimorfizmi ile Koroner Arter Hastalığı Arasındaki İlişkinin Araştırılması. (Tez). Adıyaman: Adıyaman Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 2018.

17. Erşan E, Kelleci M. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. Klinik Psikiyatri. 2013; (16): 214-224.

18. World Health Organization. Methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019. https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009_7 Erişim Tarihi: 24.01.2021.

19. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri, 2019. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710 . Erişim tarihi: 04.02.2021.

20. Ünal B, Aslan Ö. Neye karşı savaşıyoruz? Koroner kalp hastalığı epidemiyolojisi. MN Kardiyoloji 2006;13(4):2-7.

21. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B ve ark. TEKHARF 2012: Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. Türk Kardiyol Dern Arş 2013;41(5):373-378.

22. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2016; 70-71.

23. Guyton H, Hall J. Tıbbi Fizyoloji (çeviri: Z. Aydın). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi;2007. s. 30-32.

24. Türker E. Koroner Anjiyografi Yapılan Hastaların ve Eşlerinin Anksiyeteleri (Tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

25. Anderson, JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non–ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2007;50(7):157.

26. Eray A, Ateş E, Set T. Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. . Türk Aile Hek Derg 2018; 22(1): 12-19.

27. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham heart study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. The lancet 2014; 383 (9921): 999-1008.

28. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. Türk Kardiyol Dern Arş 2011;39(4): 1-5.

29. Çetin EHÖ, Çetin MS, Könte HC. Trigliserit/HDL oranının, koroner arter hastalığı varlığını ve plak morfolojisini öngördürmedeki yeri. Turkish Journal of Clinics and Laboratory 2010;(4): 467-473.

30. Gök H. Klinik Kardiyoloji, Koroner Arter Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. s. 57–169.

31. Yel P. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi (Tez) Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

32. Buğan B, Çelik T. Koroner arter hastalığı risk faktörleri. J Clin Anal Med 2014;5(2): 159-63.

33. Onat A, Sarı İ, Tuncer M, Karabulut A, Yazıcı M, ve ark. TEKHARF çalışması takibinde gözlemlenen toplam ve koroner mortalitenin analizi. Türk Kardiyol Dern Arş 2004;32(3): 611-617.

34. Erdoğan H. Kardiyovasküler Rahatsızlıkları Olan Bireylerde Depresyon, Anksiyete ve Çocukluk Çağı Travmalarının İncelenmesi (Tez) İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı; 2017.

35. Efe D, Aygün F, Kuzgun A. Vücut kütle indeksi ile koroner arter kalsiyum skoru ve tıkayıcı koroner arter hastalığı arasındaki muhtemel ilişki. Turk Gogus Kalp Dama 2013;21(1): 26-30.

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

37. Güleç S. Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. Turk Kardiyol Dern Arş 2009;.37 (Supplement 2); 1-10.

38. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu: Özet. Türk Kardiyol Dern Arş 2008; Suppl 1: 153-192.

39. Gökgündüz Ö. Koroner Anjiografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitiminin Kaygı Düzeylerine Etkisi (Tez) Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.

40. Onat A. TEKHARF Çalışması 2005 taramasına ilişkin mortalite ve koroner olay analizi. Türk Kardiyol Dern Arş 2006; 34(3): 149- 153.

41. Altan O. Ulusal Kalp Sağlığı politikası, kalp damar hastalıklarından korunma stratejileri. Türk Kardiyol Dern Arş 2004; 32: 596–602.

42. Dilek F, Ünsar S, Süt N. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(13): 29-44.

43. Çavuşoğlu Y. Koroner anjiyografi sırasında kullanılabilen yardımcı inceleme yöntemleri. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2007;3(42):73-9.

44. Kaya MN. Anjiyo Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Anksiyete Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. (Tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2019.

45. Çınar D, Olgun N. Koroner anjiyografi sonrası uygulanan kum torbası basısına bağlı olduğu düşünülen vazovagal senkop gelişen olgu sunumu, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;10 (1): 51- 55.

46. Stirrup J, Velasco A, Hage FG, Reyes E. Comparison of ESC and ACC/AHA guidelines for myocardial revascularization. Journal of Nuclear Cardiology 2017; 24(3): 1046-1053.

47. Türk Kardiyoloji Derneği. Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu https://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/ulusal/2007_perkutan_koroner_valvuler_girisimlerde_hemsirelik_bakim_kilavuzu.pdf Erişim tarihi: 05.11.2020.

48. Kasapoğlu ES, Enç N. Koroner arter hastaları için bir rehber. J Cardiovasc Nurs, 2017;8(15): 1-7.

49. Fathi M, Valiee S, Mahmoodi P. Effect of changing the duration of keeping sandbag over catheter insertion site on the coronary angiography acute complications: a controlled clinical trial. J Vasc Nurs 2017; 35(4): 193-200.

50. Koplay M, Erol C. Koroner Arter Hastalığı. Türk Radyoloji Seminerleri 2013; (1): 57-69.

51. Demir Ö. Koroner Anjiografi ve Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi (Tez) Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

52. Fuster V, Alexander RW et al. Hurst's The Heart. 10.Baskı. İstanbul: AND Yayıncılık, 2002; 1.cilt: s. 3- 630.

53. Oto A, Egene O, Kozan O, İlkay E. Kurşaklıoğlu H, Değertekin M, Kudret A. Girişimsel Kardiyoloji, Hacettpe Üniversitesi Basımevi, 1. Basım, Ankara, 2007; 70-73.

54. Akdemir N. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Alter Yayıncılık 2005; 70-74.

55. Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi 2014; s.30-32.

56. Balcı A, Enç N. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. Türk Kardiyol Dern 2013,4(5):41-50.

57. Ekiz S, Göz F. Koroner anjiografi öncesi hastaları bilgilendirmenin kaygı düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;(8):20-30.

58. Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Correlations among measures of bladder function and comfort. J Nurs Meas 2002;(10): 27-38

59. Arjomand H, Turi ZG, Mccormick D, Goldberg S. Percutaneous coronary intervention: historical perspectives, current status, and future directions. J. Am. Heart 2003; (2146): 787-796.

60. Özdemir Ö, Demir AD, Kütük E. Perkütan koroner anjioplasti sonrası gelişen restenozun ve restenoza etki eden faktörlerin tedavisi. Türk Kardiyol Dern Arş 2002; 30(11): 710-719.

61. Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp Krizi ve Perkütan Koroner Girişim Sonrası Hasta Bilgilendirme Kitapçığı, 2018 https://tkd.org.tr/duyuru/2963/tkd-bilgilendiriyor-kalpten-destek-kalp-krizi-ve-perkutan-girisim-sonrasi-hast Erişim tarihi: 15.12.2020.

62. Bakan G. Perkütan koroner girişimlerde kanıta dayalı bakım uygulamaları. Turk J Cardiovasc Nurs 2016;(26):26-34.

63. Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı. Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi, 2011; 4(1): 197-202.

64. Griffin BP. Kardiyovasküler hastalıklar el kitabı. (Çeviri: Erol Ç, Atalar E). Güneş Tıp Kitapevleri, 4. Basım, 2014. s.10-13.

65. Dumont C. Blood pressure and risks of vascular complications after percutaneous coronary intervention. Dimens Crit Care Nurs 2007; 26:121-127.

66. Odom BS. Management of paients after percutaneous coronary interventions. Crit Care Nurse 2008; (28):26-41

67. Rolley J, Davidson P, Salamonson Y, Fernandez R, Dennison C. Rewiew of nursing care for patients undergoing percutaneous coronary intervention a patient journey approach. J Clin Nurs 2008; (18):2394-2405.

68. Bakhshi F, Namjou Z, Andishmand A, Panabadi A, Bagherinasab M, Sarebanhassanabadi M. Effect of positioning on patient outcomes after coronary angiography: a single-blind randomized controlled trial. J Nurs Res 2014; 22(1): 45-50.

69. Tavakol M, Ashraf S, Brener SJ. Risks and complications of coronary angiography: a comprehensive review. Glob J Health Sci 2012; 4(1): 65-93.

70. Abdollahi AA, Mehranfard S, Behnampour N, Kordnejad AM. Effect of positioning and early ambulation on coronary angiography complications: A randomized clinical trial. Int J Caring Sci 2015;4(2):125-134.

71. Merriweather N, Sulzbach-Hoke LM. Managing risk of complications at femoral vascular access sites in percutaneous coronary intervention. Crit Care Nurse 2012;32(5): 16-29.

72. Türk Dil Kurumu (TDK). http://www.tdk. gov.tr Erişim tarihi:12.12.2020

73. Betty JA, Ladwig GB, Makic MBF. (Çeviren: Gürhan N, Kitiş Y, Polat Ü, Fidancı BE.) Hemşirelik Tanıları El Kitabı Bakım Planlamasında Kanıta Dayalı Rehber. 11 Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2018. s.505-508.

74. Sardoğan E. Hastaların Kaygı ve Konfor Düzeyleri: Preoperatif Dönemde Yoğun Bakım Endikasyonunu Bilme ve Postoperatif Dönemde Yoğun Bakım ile İlişkisi. (Tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı; 2018.

75. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2013; 6(4): 224-230.

76. Lafond DA, BowlingS, Fortkiewicz JM, Reggio C, Hinds PS. ıntegrating the comfort theory™ ınto pediatric primary palliative care to ımprove access to care. Int J Palliat Nurs 2019;(5): 382-389.

77. Kolcaba K. A taxonomic structure for the concept comfort. Image J Nurs Sch 1991;23(1):238-237.

78. Üstündağ H. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi. (Tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı; 2009.

79. Karabacak Ü. Meme Kanserli Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının Ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması İle Etkileşimi. (Tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.

80. Kolcaba K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company, 2003:49.

81. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. J Adv Nurs 1994;(19):1178-1184.

82. Zengin N. Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010;14(2): 61-66.

83. Terzi B, Kaya N. Konfor kuramı ve analizi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 20(1): 67-74.

84. Goodwin M, Sener I, Steiner S. A novel theory for nursing education: Holistic comfort. J Holist Nurs 2007; 25(4): 278-285.

85. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. J Perianesth Nurs 2004;19(3): 164-173.

86. Karakaplan S, Yıldız H. Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(1): 55-65.

87. Yılmaz E, Çeçen D, Toğaç HK, Mutlu S, Havva K, Aslan A. Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018; 5(1), 3-9.

88. Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of katharine kolcaba's comfort theory to cardiac patients. Appl Nurs Res 2014; 27(2):147-150.

89. Kolcaba K. Holistic comfort: Operationanalizing the construct as a nurse sensitive outcome. J Adv Nurs 1992;15(1):10-1.

90. Gürhan N. Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri 2016 .s.351-356.

91. American Psychiatric Association.nDiagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. 2013.

92. Saviola F, Pappaianni E, Monti A, Grecucci A, Jovicich J, Pisapia ND. Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. Scientific Reports 2020; 10 (1):1-11.

93. Nilsson J, Sigström R, Östling S, Waern M, Skoog I. Changes in 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 2019; 34(2): 249-257

94. Sarıer T, Kurşun Ş. Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyum düzeyi. Acıbadem Univ. Sağlık Bilim Derg 2020; 11(4): 682-688

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

96. Canbaz S. 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; 2001.

97. Türk Psikiyatri Derneği (TPD). Anksiyete bozuklukları. Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi, (Ed.): Tükel, R., Alkın, T. Ankara: Pozitif Matbaacılık ve Amb. San. Ltd. Şti.2006; 3-4

98. Kılınçaslan, A. Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları. İstanbul 2014. s.53-56.

99. Atmaca Çetin T. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Ve Doktorların Nöbet Öncesi Ve Sonrası Anksiyete Düzeyleri. (Tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

100. Ergin E, Çam O. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri; 2014. s.277-282

101. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. Annu Rev Clin Psychol 2009; 5:311-4.

102. Belzung C, Griebel G. Measuring normal and pathological anxiety-like behaviour in mice: A review. Behav Brain Res 2001;125(1-2):141-149.

103. Dilbaz N, Güz H. Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları. Nöropsikiyatri Arşivi 2002; 39(2- 3- 4): 79- 86.

104. Keller MB. The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. Acta Pyschiatr Scand 2003;(Suppl;417):85-94

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

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

107. Sezen M. 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; 2019.

108. Karamustafalıoğlu O. Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2011;45 (2), 65-74.

109. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates.World Health Organization;2017.

110. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci 2015; 17(3):327-35.

111. Bilge A, Mermer G, Olcay ÇA, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N. Türkiye'deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 2(2), 1-5.

112. McEvoy PM, Grove R, Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian national survey of mental health and wellbeing. Aust N Z J Psychiatry 2011; 45(11):957-67.

113. Gündoğdu G. Son Trimesterdeki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri İle Doğumdaki Anksiyete Ve Ağrı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2013.

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

115. Karadeniz G, Altıparmak S, Aydemir Ö, Karadağ F. Koroner anjiografi öncesi anksiyete ve depresyon. 3P Dergisi 2005;13:43–7.

116. Koramaz İ, Bitargül M, Kılıç H, Gökalp F. Koroner anjiyografi esnasında koroner arterde kırılıp kalan kılavuz teline cerrahi yaklaşım gerekli midir? Koşuyolu Heart J, 2017;20(3):259-261.

117. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri 2004; 4:12-16

118. Çürük GN, Göriş S, Bayındır SK, Doğan Z. Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda müzik terapinin anksiyete düzeyi ve yaşam bulgularına etkisi; randomize kontrollü çalışma. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; (2), 130-136.

119. Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs 2005; 1(9); 198-206. .

120. Tunç E. Koroner Anjiyografiye Girecek Hastaların İşlem İle İlgili Bilgili Olma Durumlarına Göre Algılanan Stres ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. (Tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

121. İşkey M. Anjiyografi İşlemi Öncesi ve İşlem Sırasında Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Bulgularına Etkisi. (Tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 2008.

122. Karadeniz Y, Çakır H, Şimşek B, Can G. TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye'de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı.Türk Kardiyol Dern Arş 2015;43(4):326–332.

123. Karabulut İ, Gün M. Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisi. Turk J Cardiovasc Nurs 2019;10(21), 8-16.

124. Sevinç S, Eşer İ. Miyokard infarktüsu gecirmiş hastaların ikincil koruma davranışları. İ.U.F.N. Hem. Derg 2011;19:135–44.

125. Badıllıoğlu O, Toğrul BU, Ucku ŞR. İzmir Güzelbahçe'de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9:129–32.

126. Çakır E. Radyal Arter Kateterizasyonuna İlişkin Konfor Ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. (Tez). İstanbul : Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2019.

127. Delewi R, Vlastra W, Rohling W J, Wagenaar TC, Zwemstra M, et al. Anxiety levels of patients undergoing coronary procedures in the catheterization laboratory. Int J Cardiol Heart Vasc 2017;228, 926-930.

128. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı Genişletilmiş 2. Baskı Ankara, 2005; ss: 433-486.

129. Efe D, Aygün F, Kuzgun A. Vücut kütle indeksi ile koroner arter kalsiyum skoru ve tıkayıcı koroner arter hastalığı arasındaki muhtemel ilişki. Turk Gogus Kalp Dama 2013; 21(1), 26-30.

130. Graham I, Atar D, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary, Eur Heart J, 2007; (28): 2375-2414.

131. Bayülgen MY, Altıok M. Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler. Turk J Card Nur 2017;8:45–54.

132. Bektaş B, Türker PF. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Beslenme Durumu ile Kardiyovasküler Risk Etmenleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi 2017;45(2): 128-136.

133. Çıracı B. Radial Ve Femoral Girişli Anjiografilerde Hastaların Konfor Düzeylerinin Belirlenmesi. (Tez). İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.

134. Pool J, Dercher M, Hanson B, Heiman L, Li Y, et al. The effect of head of bed elevation on patient comfort after angiography. J Card Nur 2015; 30(6): 491-496.

135. Yaşayacak A, Eker F. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi. Turk J Thorac Cardiovasc Surg 2012; 20(2):279-265.

136. Amaç HY, Çam R. Günübirlik cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 5(1): 1222-1237.

137. Şatıroğlu Ö, Vural M, Bostan M, Bozkurt E. Patient's knowledge level and expectations about coronary angiography. Dicle Tıp Dergisi 2011;38(3):278-281.

138. Woldecherkos AS. et al. Anxiety worsens prognosis in patients with coronary artery disease. J Am Coll Cardiol 2007; 49(20): 2022- 2027.

139. Trotter R, Gallagher R, Donoghue J. Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. Heart & Lung 2011;40(3):185-192.

140. Gürses B. Transradiyal Ve Transfemoral Anjiyoplasti Uygulamalarının Hasta Konforu Açısından Değerlendirilmesi. (Tez). İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

141. Sünbül M, Bozkurt Zincir S, Durmuş E, Aydın Sünbül E, Cengiz FF, et all. Anxiety and depression in patients with coronary artery disease. Klinik Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2013;23(4):345-352.

142. Gören E. Hastaların Koroner Anjiyografi Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. (Tez). Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı; 2019.

143. Yazar M. Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastalara Ameliyat Öncesi Yapılan Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi. (Tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

144. Gül Aİ, Ede H, Ardahanlı İ, Daar G. Koroner anjiyoda mizaç ve kişilik değişiklikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2015;16(4):276-283.

145. Sönmez A. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor Ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. (Tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2013.

146. Ören B. Göğüs cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2018;5(3):324-332.

147. Güner A. Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler. (Tez). İstanbul: Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2020.

148. Kureshi J, Rocke AD, Tariq AO. Perioperative knowledge and anxiety score of patients undergoing surgery. Middle East J Anesthesiol 1995;13(3):333-325.

149. Sarıer T. Ameliyat Öncesi Aç Kalma Süresinin Durumluk Kaygı Ve Genel Konfor Düzeyine Etkisi. (Tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

150. Astin F, Jones K, et al. Prevalence and pattarns of anxity and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. Heart Lung 2005; 34 (6):393- 401.

151. Vizeli M. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin Anksiyete Düzeyine Etkisi. (Tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

152. Ulvik B, Bjelland I, Henestad BR, Omenaas E, Wentzel-Learsen T, et al. Comparison of the short form 36 and the hospital anxiety and depression scale measuring emotional distress in patients admitted for elective coronary angiography. Heart Lung. 2008;37(4):286-95.

153. Seyedfatemi N, Rafii F, Rezaei M, Kolcaba KJ. Comfort and hope in the preanesthesia stage in patients undergoing surgery Perianesthesia Nurs. 2014; (18):213-220.

154. Şahin PB, Rızalar S. ameliyat ameliyatlarında hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi 2018;5 (3), 404-413.

155. Kim K, Kwon S, Pcm BC. Comfort and quality of life of cancer. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) 2007; 1(2): 125–135.

156. Fındık ÜY, Topçu Yıldızeli S. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012;19(2):22-33.

157. Harkness K, Morrow L, Smith K, Kiczula M, Arthur HM. The effect of early education on patient anxiety while waiting for elective cardiac catheterization. J Cardiovasc Nurs 2003;2(2):113-121.

158. Taşdemir A, Erakgun A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim 2013; 41: 44-9.

159. Gallagher R. Preprocedural concerns and anxiety assessment in patients undergoing coronary angiography and percutaneous coronary interventions. J Cardiovasc Nurs. 2010;(9):38–44.

160. Krannıch JHA, Weyers P, Luerger S, Herzog M, et al. Presence of depression and anxiety before and after coroner artery bypass graft surgery and their relationship to age. Bmc Psychiatry 2007;7 (47): 1-6.

161. Williams AM, Irurita VF. Emotional comfort: the patient's perspective of a therapeutic context. Int J Nurs Stud. 2006;43(4): 405-415.

162. Chair et al. Effect of early ambulation after transfemoral cardiac catheterization in Hong Kong: a single-blinded randomized controlled trial. Anatol J Cardiol 2012;12(3).

163. Tuncer G, Yücel ŞÇ. Comfort and anxiety levels of women with early stage breast cancer who receive radiotherapy. Asian Pac J Cancer Prev 2014;15(5): 2109-2114.

164. Augustin AC, de Quadros AS, Sarmento-Leite RE. Early sheath removal and ambulation in patients submitted to percutaneous coronary intervention: a randomised clinical trial. Int J Nurs Stud 2010; 47(8): 939-945.

ŞEKİLLER ve TABLOLAR LİSTESİ

TABLOLAR

Tablo 1: Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi…….. 31

Tablo 2: Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı…….. 31

Tablo 3: Hastaların uygulanan koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özelliklerinin dağılımı…….. 33

Tablo 4: Hastaların immobilizasyon konfor ölçeği ve durumluk kaygı ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı……... 34

Tablo 5: Hastaların tanıtıcı özellikleri ile İmmobilizasyon Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması…….. 36

Tablo 6: Hastaların uygulanan koroner anjiografi ve perkütan koroner girişime ilişkin özellikleri ile immobilizasyon konfor ölçeği ve durumluk kaygı ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması …….. 40

Tablo 7: Hastaların yaş, beden kitle indeksi, immobilizasyon konfor ölçeği ve durumluk kaygı ölçeği puanları arasındaki ilişki……. 42

ÖZGEÇMİŞ

1995 yılında Uzunköprü'de doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Uzunköprü'de tamamladım. 2017 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde lisans eğitimimi tamamladım ve yine aynı yıl Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programına yerleştim. 2017 yılından bu yana Uzunköprü Devlet Hastanesi'nde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktayım. Yoğun bakım hemşireliği ve Stoma ve yara bakım hemşireliği sertifikalarına sahibim.

EKLER

Ek 1. Hasta Tanılama Formu

Ek 2. İmmobilizasyon Konfor Ölçeği

Ek 3. Durumluluk Kaygı Ölçeği

Ek 4. Etik Kurul İzni

Ek 5. Kurum İzni

Ek 6. İmmobilizasyon Konfor Ölçeği Kullanım İzni

Ek 7. Durumluluk Kaygı Ölçeği Kullanım İzni

Ek 1. Hasta Tanılama Formu

Sayın katılımcı,

Bu tez çalışması, Koroner Anjiyografi ve Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstediğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Doç.Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN (Danışman)
İrem Nur DAĞLI (Yüksek Lisans Öğrencisi)
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

HASTA TANILAMA FORMU

Yaş: **Kilo:** **Boy**:

Cinsiyet: 1)Kadın 2)Erkek

Eğitim durumu: 1)Okur-yazar 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite

Medeni durum: 1)Evli 2)Bekar

Çalışma durumu: 1)Çalışıyor 2)Çalışmıyor 3)Emekli

Sigara kullanımı: 1) Evet 2) Hayır 3)Bıraktım

Ek kronik hastalık varlığı? 1) Evet …….. ……. 2)Hayır

Tıbbi tanı: …….

Girişim türü 1)Koroner Anjiyografi 2)Perkütan Koroner Girişim

Yapılan girişimin tipi : 1) Elektif 2)Acil

Hastanın işleme giriş saati:…….. **Hastanın işlemden çıkış saati:**……

Sheath katater çekilme zamanı:…….. **Mobilizasyon zamanı (saat):**……

Daha önce koroner anjiyografi ve /veya perkütan koroner girişim uygulanma durumu:
1) Evet 2) Hayır

Ailede ya da yakın çevrede anjiyografi / perkütan koroner girişim uygulanan birey varlığı: 1) Evet 2)Hayır

Daha önce hastanede yatma deneyimi: 1)Evet 2) Hayır

İmmobil dönemdeki sağlığını nasıl yorumladığı 1) Çok kötü 2) Kötü 3) İyi 4) Çok iyi

Geçirdiğiniz girişim öncesi girişim hakkında bilgi verildi mi? 1) Evet 2) Hayır

Girişim sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilginiz var mı?

1)Evet 2)Hayır 3) Yeterli değil

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 3. Durumluluk Kaygı Ölçeği

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

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
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 4. Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/390	
	PROTOKOL ADI	Koroner Anjiyografi ve Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Düzeyleri	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 19/06**	**Tarih:19.11.2018**	
	Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi İrem Nur DAĞLI'nın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 5. Kurum İzni

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 37864143-044 -E.290331 24/12/2018
Konu : Anketler

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün 21/12/2018 tarih ve E.289704 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız yüksek lisans programı öğrencisi İrem Nur DAĞLI'nın, ""Koroner Anjiyografi ve Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Düzeyleri" başlıklı tez çalışmasını Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Anabilim Dalında yapmasının uygun görüldüğüne ilişkin Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün yazısı ektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçen öğrencinin bilgilendirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü V.

Ek:Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün yazısı.

Adres:Sağlık Bilimleri Enstitüsü Balkan Yerleşkesi Enstitüler Binası 22030 Merkez/Edirne
Telefon:2842353098 Faks2842357655
E-Posta:saglik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://sbe.trakya.edu.tr/
Bilgi için: Aygen ÇOBAN
Unvanı: Tekniker Yardımcısı

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 96638255-600 -E.289404 20/12/2018
Konu : Çalışma hk.

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19/12/2018 tarihli ve 288590 sayılı yazı,

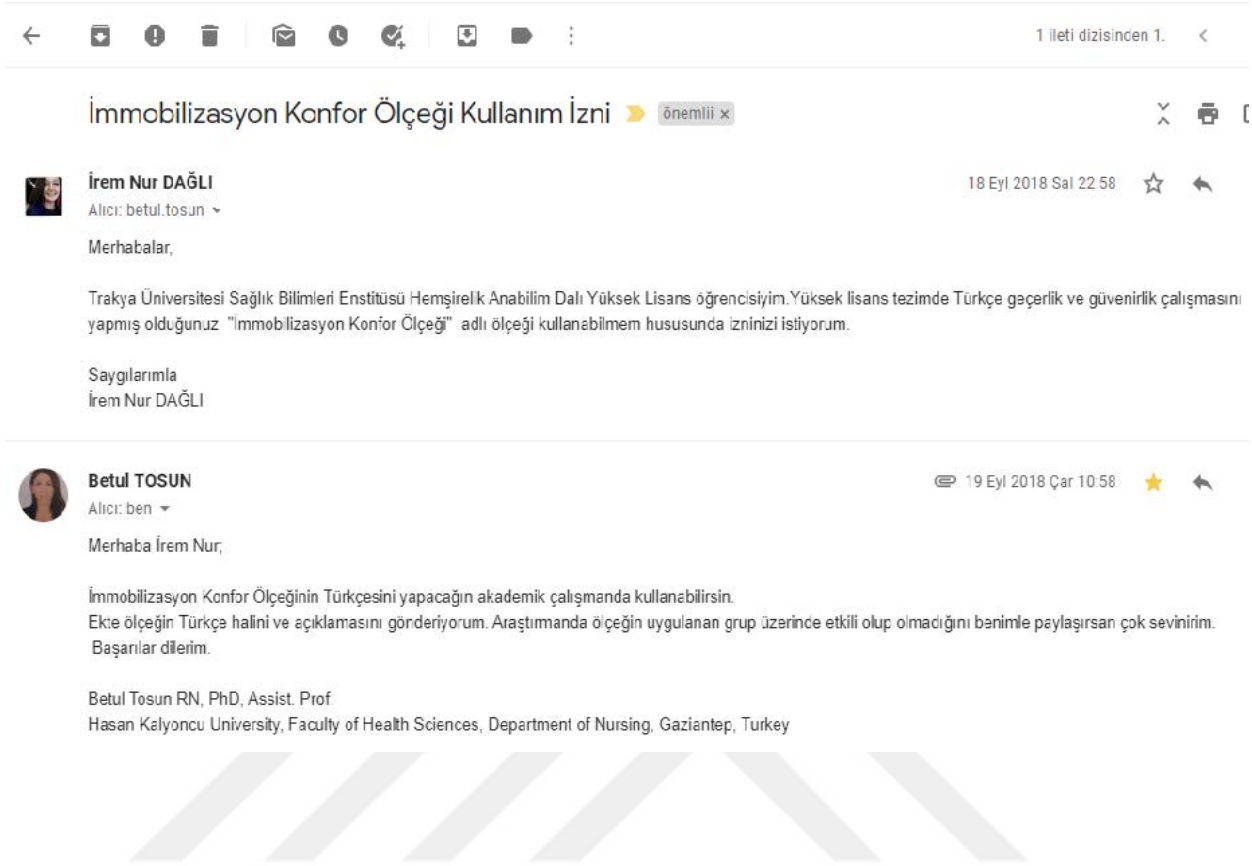
Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programında öğrenim gören 1178327109 no'lu öğrenci İrem Nur DAĞLI'nın "Koroner Anjiyografi ve Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Düzeyleri" başlıklı tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yatan hastalar ile yürütmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereği için bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hanefi Yekta GÜRLERTOP
Anabilim Dalı Başkanı

Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne
Telefon:2842357653 Faks2842357652
E-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://tipfak.trakya.edu.tr/
Bilgi için: Filiz AVINÇ (Bahar PALA Vekaletiyle)
Unvanı: Sekreter

Ek 6. İmmobilizasyon Konfor Ölçeği Kullanım İzni



1 ileti dizisinden 1.

İmmobilizasyon Konfor Ölçeği Kullanım İzni önemli ×

İrem Nur DAĞLI 18 Eyl 2018 Sal 22:58

Alıcı: betul.tosun

Merhabalar,

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim.Yüksek lisans tezimde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "immobilizasyon Konfor Ölçeği" adlı ölçeği kullanabilmem hususunda izninizi istiyorum.

Saygılarımla
İrem Nur DAĞLI

Betul TOSUN 19 Eyl 2018 Çar 10:58

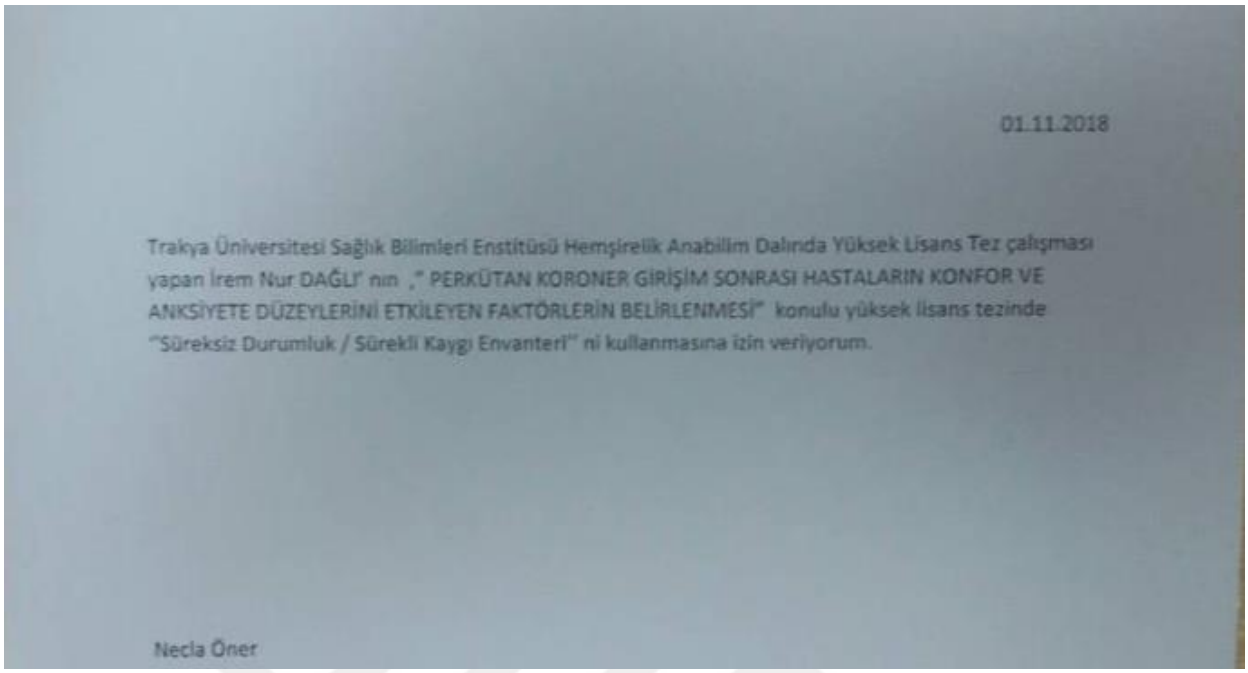
Alıcı: ben

Merhaba İrem Nur,

İmmobilizasyon Konfor Ölçeğinin Türkçesini yapacağın akademik çalışmanda kullanabilirsin.
Ekte ölçeğin Türkçe halini ve açıklamasını gönderiyorum. Araştırmanda ölçeğin uygulanan grup üzerinde etkili olup olmadığını benimle paylaşırsan çok sevinirim.
Başarılar dilerim.

Betul Tosun RN, PhD, Assist. Prof
Hasan Kalyoncu University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Gaziantep, Turkey

Ek 7. Durumluluk Kaygı Ölçeği Kullanım İzni



01.11.2018

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tez çalışması yapan İrem Nur DAĞLI' nın „" PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM SONRASI HASTALARIN KONFOR VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ" konulu yüksek lisans tezinde "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Necla Öner