

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN
HASTALARDA İMMOBİLİZASYON, ÇEVRESEL
STRESÖRLER VE ANKSİYETE ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra ŞEN KALAMAN
ORCID: 0000-0002-5940-8786

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hanife DURGUN

ORDU-2024

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi
.....tarafından hazırlanan ve danışmanlığında yürütülen
“.....” adlı bu tez, jürimiz
tarafından ... / ... / 20... tarihinde oybirliği / oyçokluğu ile Anabilim
Dalı Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi olarak
kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Ünvanı, Adı ve SOYADI

Başkan : Ünvanı, Adı ve SOYADI
.....Anabilim Dalı
.....Üniversitesi

İmza.....

Jüri Üyesi : Ünvanı, Adı ve SOYADI
.....Anabilim Dalı
.....Üniversitesi

İmza.....

Jüri Üyesi : Ünvanı, Adı ve SOYADI
.....Anabilim Dalı
.....Üniversitesi

İmza.....

ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../20... tarih ve sayılı kararı ile
onaylanmıştır.

...../...../20...

İmza

Prof. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Büşra ŞEN KALAMAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecim boyunca benden hiçbir zaman ve şartta desteklerini esirgemeyen, araştırma sürecime bilgi ve katkılarıyla ışık tutan, çok sevip saygı duyduğum değerli hocam Doç. Dr. Hanife DURGUN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışma sürecimde zor çalışma koşullarında desteklerini esirgemeyen Koroner Yoğun Bakım Ünitesi çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatım boyunca maddi manevi desteklerini hiçbir zaman ve şartta benden esirgemeyen canım annem Nursel ARIĞ ŞEN'e, canım babam İbrahim ŞEN'e canım kardeşlerim Kübra ŞEN, Tuğba ŞEN'e sonsuz teşekkür ederim. Ve yine tez süreci boyunca her daim sabır, sevgi ve anlayışla yanımda olan eşim Kadir KALAMAN'a teşekkür ederim. Ve güzel kızım Elvin'e sonsuz sevgilerimle...

Büşra ŞEN KALAMAN

ÖZET

KORONER ANJİYOGRAFİ UYGULANAN HASTALARDA İMMOBİLİZASYON, ÇEVRESEL STRESÖRLER VE ANKSİYETE ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu araştırma, koroner anjiyografi uygulanan hastalara işlem sonrasında uygulanan immobilizasyon süresi, çevresel stresörler ve hastaların anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte olan çalışmanın örneklemini Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde yatan araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 255 koroner anjiyografi uygulanan hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri 'Kişisel Bilgi Formu', "Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği" ve "Yoğun Bakım Çevresel Stresörler Ölçeği" kullanılarak Temmuz 2022-Temmuz 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler SPSS v26 Programında analiz edilmiş ve $p < 0.05$ güven aralığında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 59.19 ± 11.82 yıl, sırtüstü pozisyonda hareketsiz yatma süresi 6.25 ± 1.79 saattir. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği puan ortalaması 123.71 ± 21.71 , Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 53.70 ± 8.86 , Süreklilik Kaygı Ölçeği puan ortalaması 47.22 ± 6.10 olarak bulunmuştur. Koroner arter hastalarının immobilizasyon süresi ile çevresel stres, durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, çevresel stres düzeyleri ile durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmada koroner anjiyografi uygulanan bireylerin çevresel stres düzeylerinin ortalamasının üzerinde, durumluluk ve süreklilik kaygı düzeylerinin orta seviyede olduğu, çevresel stresin durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyini etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Çevresel stresör, Hemşirelik, Hemşirelik bakımı, Immobilizasyon, Koroner anjiyografi

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN IMMOBILIZATION, ENVIRONMENTAL STRESSORS, AND PATIENT ANXIETY IN PATIENTS HAS BEEN PERFORMED WITH CORONARY ANGIOGRAPHY

Aim: This research was conducted to determine the relationship between the immobilization period applied to patients who underwent coronary angiography, environmental stressors, and the anxiety levels of the patients after the procedure.

Material and Method: The descriptive and correlation-type study sample consisted of 255 coronary angiography patients who met the inclusion criteria and agreed to participate in the research, staying in the cardiology service and coronary intensive care unit of Ordu University Training and Research Hospital. The study data was collected between July 2022 and July 2023 using the 'Personal Information Form', 'State-Trait Anxiety Scale', and 'Intensive Care Environmental Stressors Scale'. The data were analyzed in the SPSS v26 Program and evaluated within the $p < 0.05$ confidence interval.

Results: The average age of the patients participating in the study was 59.19 ± 11.82 years, and the duration of lying motionless in the supine position was 6.25 ± 1.79 hours. The mean score of the patients on the Intensive Care Unit Environmental Stressors Scale was 123.71 ± 21.71 , the mean score on the State Anxiety Scale was 53.70 ± 8.86 , and the mean score on the Trait Anxiety Scale was 47.22 ± 6.10 . It was determined that there was no statistically significant relationship between the immobilization time of coronary artery patients and environmental stress, state, and trait anxiety levels and that there was a weak positive statistically significant relationship between environmental stress levels and state and trait anxiety levels.

Conclusion: In the study, it was determined that the environmental stress levels of individuals who underwent coronary angiography were above average, their state and trait anxiety levels were at medium levels, and ecological stress affected their state and trait anxiety levels.

Keywords: Anxiety, Environmental stressor, Nursing, Nursing care, Immobilization, Coronary angiography

İÇİNDEKİLER

TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kalp	6
2.1.1. Koroner Arter Hastalıkları.....	7
2.1.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	8
2.1.3. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri	9
2.1.4. Koroner Arter Hastalığında Tedavi.....	11
2.2. Kalp Kateterizasyonu ve Anjiyografisi Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	12
2.2.1. Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Girişimleri.....	12
2.2.2. Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Girişimleri.....	13
2.2.3. Koroner Anjiyografi Sonrası Hemşirelik Girişimleri.....	14
2.3. Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ).....	15
2.4. Yoğun Bakım Hastasında Anksiyete.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	21
3.4.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ).....	21
3.4.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory I-II)...	21
3.5. Araştırma Planı.....	22

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması	22
3.7. Verilerin Analizi.....	23
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4. BULGULAR	25
4.1. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri.....	25
4.2. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	26
4.3. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İmmobilizasyon Süresi, Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	H
ata! Yer işareti tanımlanmamış.	
4.4. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İmmobilizasyon Süresi ile Çevresel Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki	36
4.5. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İmmobilizasyon Süresi ile Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki	36
4.6. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği Puan Ortalamaları ile Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki	37
5. TARTIŞMA	38
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
5.1. Sonuçlar.....	44
5.2. Öneriler.....	45
KAYNAKLAR	46
EKLER.....	57
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	57
EK 2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ).....	59
EK 3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	60
EK 4. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri Kullanım İzni	63
EK 5. Yoğun Bakım Çevresel Stresörler Ölçeği Kullanım İzni.....	64

EK 6. Tez Önerisi /Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	65
EK 7. Kurum İzni	66
EK 8. Etik Kurul İzni	67
ÖZGEÇMİŞ	

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Kalp ve Koroner Arterler.....7

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri.....	25
Tablo 4.2. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	26
Tablo 4.3. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İmmobilizasyon Süresi, YBÜÇSÖ, DKÖ ve SKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.4. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İmmobilizasyon Süresi ile Çevresel Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 4.5. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İmmobilizasyon Süresi ile Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 4.6. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği Puan Ortalamaları İle Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	37

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHA	:	American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
AKS	:	Akut Koroner Sendrom
AMI	:	Akut Miyokard İnfarktüsü
BT	:	Bilgisayarlı Tomografi
BUN	:	Blood Urea Nitrogen
CABG	:	Coronary Artery Bypass Graft (Koroner Arter Bypass Greft)
CBC	:	Complete Blood Count (Tam Kan Sayımı)
CDC	:	Centers For Disease Control And Prevention
CK-NB	:	Kreatin Kinaz Miyokard Bandı
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	:	Elektrokardiyografi
EKO	:	Ekokardiyografi
HDL	:	High Density Lipoprotein
KAH	:	Koroner Arter Hastalığı
LAD	:	Left Anterior Descending
LDL	:	Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
MI	:	Miyokard İnfarktüsü
MPS	:	Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi
NCEP	:	National Cholesterol Education Program
NSTEMI	:	St Segment Yükselmez Miyokard Enfarktüsü
PET	:	Pozitron Emisyon Tomografisi
PKG	:	Perkütan Koroner Girişim
RCA	:	Right Coronary Artery (Sağ Koroner Arter)
SPECT	:	Single Photon Emission Computerized Tomography

STEMI	:	St Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü
TEKHARF	:	Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
WHO	:	World Health Organization
YBÜ	:	Yoğun Bakım Ünitesi
YBÜÇS	:	Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler

1. GİRİŞ

Ateroskleroz sebebi ile ileri evrede ölüm veya miyokard infarktüsü ile sonlanabilen, koroner arterlerin tıkanması veya daralması durumu olarak tanımlanan Koroner Arter Hastalığı (KAH) (Yalçın ve Tosun, 2018), tüm dünya genelinde görüldüğü gibi ülkemizde de mortalite ve morbidite açısından ilk sıralarda yer alırken, yetişkin bireylerde en sık görülen kardiyovasküler hastalıklar olarak bilinmektedir (Ralapanawa ve Sivakanesan, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2020'de yayınlamış olduğu raporunda dünyadaki ilk 10 ölüm nedenleri arasında kalp hastalığıyla ilişkili ölümlerin ilk sırada yer aldığı belirtilirken (WHO, 2020), Hastalıkları Engelleme ve Kontrol Etme Merkezi'nin 2020'de yayınlamış olduğu raporda da 2019 yılında 360.900 kişinin koroner kalp hastalığı nedeniyle yaşamını yitirdiği, 20 yaş ve üzeri yaklaşık 18.2 milyon kişinin KAH olduğu ve 65 yaşından küçük bireylerde yaşanan her 10 ölümden ikisinin KAH kaynaklı olduğu raporlandırılmıştır (CDC, 2021). DSÖ'nün 2020'de hazırladığı yaşamı sınırlayan hastalıklara bakıldığında ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar bulunmaktadır ve bunların da %45'ini koroner arter hastalıklarının oluşturduğu bildirilmektedir (CDC, 2020). Türkiye'de de KAH ilk sırada yer alan morbidite ve mortalite sebebidir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri araştırması (TEKHARF) sonuçları incelendiğinde gerçekleşen tüm ölüm durumlarının %43'ünün sebebinin kardiyovasküler hastalıklar olarak belirlendiği bildirilmiştir (TEKHARF, 2017). Ülkemiz bünyesinde senede 420 bin kişide koroner vaka görülmektedir ve bu vakaların içindeki 120 bin kişide koroner arter hastalığı olanlarda mevcut akut olayın tekrarlamaşı gerçekleşirken 180 bin kişi ise yeni vakaları oluşturmaktadır. Koroner arter hastalığı sebebiyle ölümler 45-74 yaş aralığında kadınlarda %3.8 erkeklerde %7 seviyesindedir (Sakman, 2019). Koroner arter hastalığına bağlı olarak mortalite oranları özellikle olarak büyük risk faktörlerinin varlığına göre değişim göstermekle birlikte yaş, cinsiyet ve genetik hastalık değiştirilemeyen risk faktörlerini oluştururken, HDL düzeyinde azalma, LDL düzeyinde artma, sigara kullanma, sedanter bir yaşama sahip olma, diyabet, hipertansiyon ve metabolik sendrom gibi kronik hastalıklara sahip olma, obezite, psikososyal faktörler, kadınlarda östrojen eksikliği değiştirilebilir risk faktörlerini oluşturmaktadır (Malakar vd., 2019; Xiao vd., 2022)

Koroner arter hastalığı klinik tabloda kararsız angina, iskemi, akut miyokard infarktüsü (AMI), kalp yetmezliği, angina pectoris, aniden ölüm tablosu ile gösterebilmektedir. Damar sertliği ifadesiyle de tanımlayabildiğimiz ateroskleroz tabanlı meydana gelen koroner arter hastalığı (KAH), klinik tabloda AKS (Akut koroner sendrom) olarak görülebilmektedir. Akut koroner sendrom tanısı almış hasta bireylerde, pıhtı kitlesi olarak da bilinen trombus sebebiyle yüzde yüz tıkalı olan koroner arter içinde tekrar açıklık ve perfüzyonun olası hale gelebilmesi için mümkün olabilen en çabuk vakit aralığında koroner yoğun bakım şartlarında mevcut pıhtıyı eritmeye yarayan trombolitik tedavi veya/ve kateter laboratuvarlarında perkütan koroner girişim (PKG) işlemi uygulanmaktadır (Aksoy, Bağcı ve Baş, 2019).

Yaş ilerledikçe arterlerin bünyesinde çeşitli boyutlarda oluşmuş olan bu plaklar parçalanmaya uğrayabilir, damarların perfüzyonu tekrar sağlanmış olacaktır. Bazen de arterlerin tamamıyla tıkalı hale gelmesine, akut koroner sendromlara neden olabilecek duruma gelebilirler. Akut koroner sendromların üç çeşidi mevcuttur. Bunlar, kararsız anjina pectoris, ST segmenti elevasyonu olmayan miyokardiyal enfarktüs (NSTEMI), ST segment elevasyonlu miyokardiyal enfarktüs (STEMI), olarak adlandırılmaktadırlar.

Kararsız Anjina Pectoris: Uzun süren, sık aralıklarla, anjina pectoris hissiyatı söz konusudur. Oral yolla alınan ilaçlar şikayetleri azaltma noktasında etkili olabilir, fakat kararsız göğüs ağrısı söz konusu olduğundan kalp krizine de yol açabilir.

MI (Miyokard İnfarktüsü): Koroner kan akışının azalması sonucu, en az 30 dakika süregelen hasta bireyin bir şey sıkıştırmış gibi ifade ettiği, retrosternal bölgede, bazı hasta bireylerde epigastrik bölgede hissedilen, sırta ve kola yayılım gösteren, travmatik bir olaydır. Miyokard infarktüsü, hasta bireylerin yaşam kalitelerine etki etmekle kalmayıp ciddi yaşam değişikliklerine de neden olmaktadır. MI, aniden gelişmesi ve ölüm riskinin yüksek olması nedeniyle hasta bireylerde anksiyete oluşturabilmektedir (Çevik ve Sarıtaş, 2020).

ST Segmenti Elevasyonu Olmayan Miyokardiyal Enfarktüs (NSTEMI): Çekilmiş olan elektrokardiyografide mühim bir değişiklik durumu mevcut değildir. Tahlillerde kalp kasının zarara uğradığı tespit edilmektedir.

ST Segment Elevasyonu Miyokardiyal Enfarktüs (STEMI): Bu durumda kalbe gitmekte olan kan akışının uzun bir süre engellenmesi söz konusudur. EKG’de de kan tahlil sonuçlarında da önemli değişikliklere neden olan bir vaziyettir (Kasapoğlu ve Enç, 2017).

KAH’lı hastalarda erken ve doğru tanı oldukça önemlidir. Erken ve doğru tanının konmasında ise koroner anjiyografi altın standart olarak kabul edilmektedir (Borren, Maas ve Ottervanger, 2015; Niknam Sarabi vd., 2021). Koroner anjiyografi, koroner arterlerdeki darlıkların boyutunu, lokasyonunu ve trombus mevcudiyetini sunması yönünden olası damar tıkanıklığını tespit etme noktasında en uygun tetkik olarak karşımıza çıkmaktadır. Koroner arterlerin vaziyeti haricinde sol ventrikülün ve kalp duvarının hareketleri hususunda da bilgi edinmemize büyük yarar sağlamaktadır. (Göksel, 2019). Uygulama brakial, radyal ve femoral arterler aracılığıyla gönderilmiş olan farklı çeşitteki kateterler ile koroner arterlere radyopak madde ileterek radyasyon desteğiyle koroner arterlerin görüntülenmesine olanak tanıyan invazif bir işlem olarak karşımıza çıkmaktadır (Dilek, 2008; Balcı ve Enç, 2013; Bayata ve Saraç, 2014; Ahraz, 2018). Özellikle femoral arterden uygulanan koroner anjiyografilerde hastalarda oluşabilecek akut ve kronik komplikasyonları engellemek ya da en aza indirmek amacıyla işlem sonrasında hastalar 6-12 saat immobil olarak supine pozisyonunda yatırılmaktadır. Hastalara uygulanan yatak istirahati onların daha fazla rahatsızlık hissetmesine neden olurken aynı zamanda hastaların uygulama sonrasında yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi anksiyete düzeylerinin de artmasına yol açabilmektedir (Fereidouni, Kalyani ve Morandini, 2019).

Kardiyovasküler sistem hastalık mevcudiyeti olan hasta bireylerde anksiyete ve depresyon sıkça karşılaşılmakta olan olumsuz duygular olarak bilinmektedir. Hasta bireylerde baroreseptör refleksi kontrolünde değişim, sempatik sinir sisteminin etkisi, vagal tonusun uyarısında değişiklik gibi fizyolojik sebeplerle ve anjiyografiye bağlı hasta bireyin belirsizlik, ölüm korkusu, girişimsel bir işlem olması gibi nedenlerle hasta birey yoğun anksiyeteye maruz kalmaktadır. Anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıkabilen fizyolojik değişimler vital bulguları olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ve kalp hastalığı sonrası iyileşme sürecini geciktirebilen bir rol oynamaktadır. Bu sebeplerle özellikle anjiyografi işlemi öncesinde etkin bir biçimde anksiyetenin

azaltılması oldukça önem arz eden bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Gökçe,Bulut ve Güngör,2021)

Koroner anjiyografi sonrasında koroner yoğun bakımda ve kardiyoloji servisinde takip edilecek olan hastaların kanama ve hematoma riski açısından immobil takibi önem arz etmektedir (Pamuk Cebeci ve Veremci,2022). İmmobilizasyon süresinin ve çevresel stresörlerin anksiyeteye sebep olup olmadığının belirlenmesi anksiyetenin giderilmesi noktasında da büyük önem teşkil etmektedir. Literatür incelendiğinde koroner anjiyografi uygulanan hastalarda immobilizasyon, çevresel stresörler ve hasta anksiyetesi arasındaki ilişkiyi araştırmasına konu edinen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma immobilizasyon, çevresel stresörler ve hasta anksiyetesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyması açısından özgündür ve araştırma bulgularının konu ile ilgili literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma, koroner anjiyografi uygulanan hastalara işlem sonrasında uygulanan immobilizasyon süresi, çevresel stresörler ve hastaların anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma soruları şu şekildedir:

- 1) Koroner anjiyografi uygulanan hasta bireylerin immobilizasyon süresi ortalaması ne kadardır?
- 2) Koroner anjiyografi uygulanan hasta bireylerin çevresel stres düzeyi nedir?
- 3) Koroner anjiyografi uygulanan hasta bireylerin durumluk anksiyete düzeyi nedir?
- 4) Koroner anjiyografi uygulanan hasta bireylerin süreklilik anksiyete düzeyi nedir?
- 5) Koroner anjiyografi uygulanan hasta bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre immobilizasyon süresi arasında farklılık var mıdır?
- 6) Koroner anjiyografi uygulanan hasta bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği puan ortalamaları arasında farklılık var mıdır?
- 7) Koroner anjiyografi uygulanan hasta bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre durumluk ve süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında farklılık var mıdır?

- 8) Koroner anjiyografi uygulanan hasta bireylerin immobilizasyon süresi ile çevresel stres düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- 9) Koroner anjiyografi uygulanan hasta bireylerin immobilizasyon süresi ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- 10) Koroner anjiyografi uygulanan hasta bireylerin çevresel stres düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

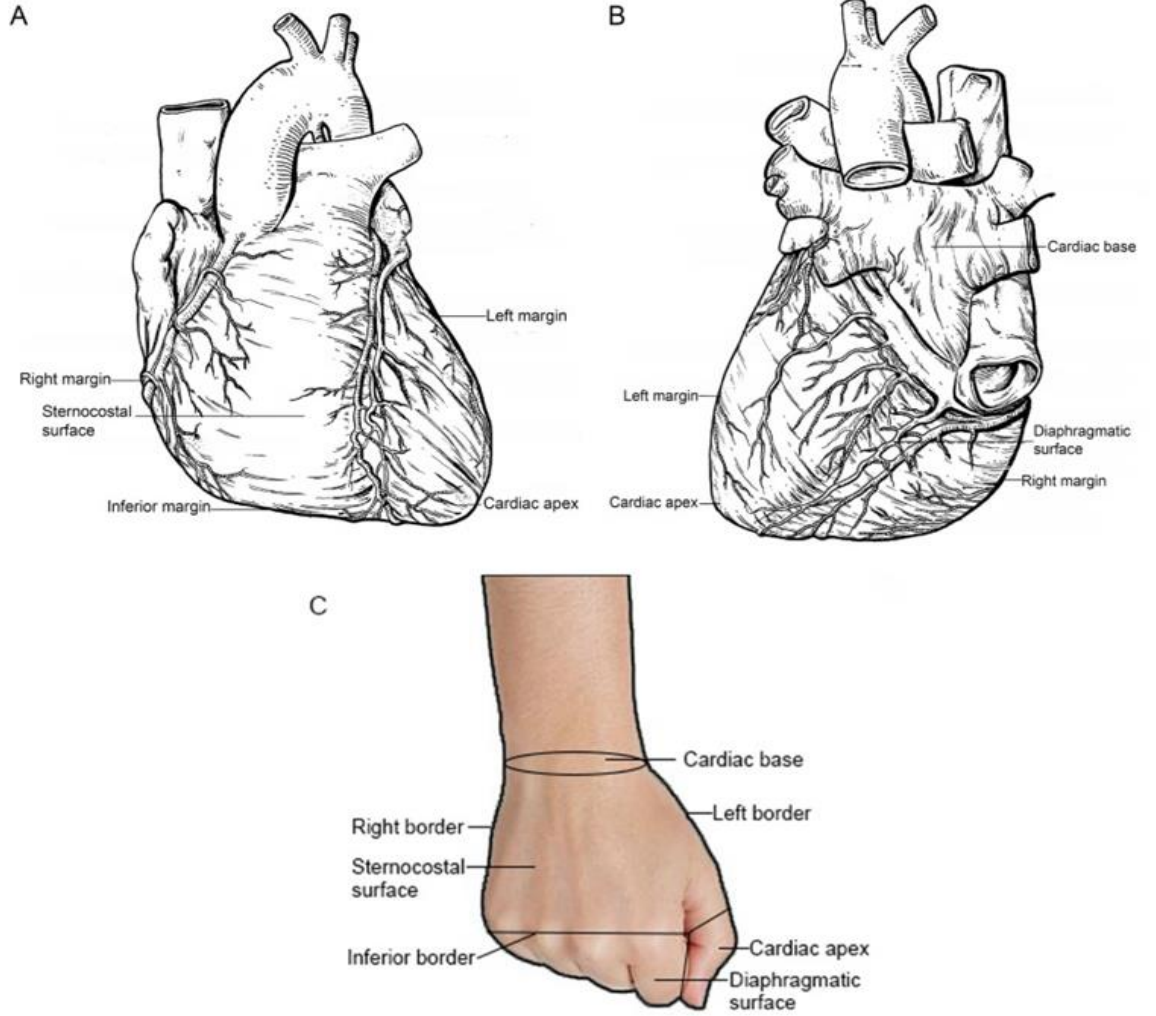
2.1. Kalp

Kalp kompleks bir organdır. Önemli bir sistem olan dolaşım sistemi kalp ve damarlardan oluşur. Bu sistem kalp merkezinde yerleşmiş olup, damarlar kalpten çıkan, kalbe tekrar geri dönen kapalı bir sistemden oluşur. Dolaşım sisteminin temel vazifesi ise, kanın damar sistemi içerisinde belirli bir basınç altında dolaşmasını sağlar (Kılıçaslan, 2019).

Kalp, koroner dolaşım yoluyla kendi kan beslemesini sağlamaktan benzersiz bir şekilde sorumludur. Koroner kan akışının düzenlenmesi oldukça karmaşıktır ve 100 yıldan fazla süren özel araştırmalardan sonra, ekstravasküler sıkıştırma kuvvetleri (doku basıncı), koroner perfüzyon basıncı, miyojenik, lokal metabolik, endotelial ve nöral dahil olmak üzere birçok mekanizma tarafından belirlendiği anlaşılmıştır. Bu belirleyicilerin her biri, büyük ölçüde uç efektör iyon kanalları üzerindeki etkileri yoluyla miyokardiyal perfüzyon üzerinde derin bir etkiye sahip olabilirken, bu mekanizmalar toplu olarak koroner vasküler direnci modüle eder ve oksijen ve substratlar için miyokardiyal gereksinimlerin koroner dolaşım tarafından yeterince gerçekleştirilmesini sağlar. Koroner kan akışının düzenlenmesinin, ekstravasküler sıkıştırıcı kuvvetler (doku basıncı), koroner perfüzyon basıncı, miyojenik, lokal metabolik, endotelial ve ayrıca nöral ve hormonal etkiler dahil olmak üzere birçok mekanizma yoluyla belirlendiği anlaşılmaktadır. Bu mekanizmalar koroner akışı yönetir ve miyokardiyal oksijen sunumu (tedarik) ile metabolizma (talep) arasında genel bir denge sağlamak üzere hareket eder (Goodwill vd.,2017).

İnsan kalbi, aortun ilk ana dalından sonra valsalva sinüsleri içinde yer alan koroner ostiumlar yoluyla iki ana koroner arter üretmektedir. Sol arka sinüs, sol ön inen (LAD) ve sirkümfleks koroner arterlerin öncüsü olan sol ana koroner arterin orijini dir. Bu iki ana epikardiyal koroner arter arasında, sol ventrikül kan iletiminin büyük bir kısmı gerçekleşir. Tipik olarak sirkümfleks arter, anterior atriyoventriküler olukta sola doğru yatay bir düzlem boyunca ilerler ve uzunluğu boyunca küt marjinal dallara yol açar. Bu ana koroner arter ve onunla ilişkili marjinaller, kanın sol atriyuma ve sol ventrikülün yan duvarına iletilmesinden sorumludur. Sirkümfleks yatay yolunun aksine, LAD anterior interventriküler oluk boyunca kalbin tabanından

apeksine dikey olarak uzanır. Sağ ventrikül ağırlıklı olarak LAD veya sirkumfleks arterlerden bağımsız olarak kan alır. Sağ kalbe kan iletimi ise anterior aortik sinüsten köken alan ve sağ koroner arter (RCA) şeklinde kalbin ön yüzeyinden çıkan kan akışı ile sağlanır. RCA, atriyoventriküler oluk boyunca, sirkumflekse benzer ancak yön olarak zıt yönde yatay bir seyir izler. RCA, kanın sağ atriyuma ve sağ ventrikül serbest duvarına iletilmesini sağlamaktan sorumlu çok sayıda akut marjinal dallara yol açar (Goodwillvd.,2017).



Şekil 2.1. Kalp ve Koroner Arterler (Zhu, Jia ve Liu, 2023)

2.1.1. Koroner Arter Hastalıkları

Koroner arter hastalığı (KAH), ateroskleroz nedeniyle miyokard enfarktüsü veya ölümlle sonuçlanabilecek bir koroner arter daralması veya tıkanması bozukluğudur. KAH'nın tam bir değerlendirmesi hem anatomik hem de işlevsel bilgi gerektir.

Kardiyovasküler hastalıklar arasında en yaygın olan KAH, yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Günümüzde halihazırda Amerika Birleşik Devletleri'nde kardiyak kaynaklı ölümlerin % 50-75'i koroner arter hastalığından ileri gelmektedir (Yalçın ve Tosun, 2018).

Kardiyovasküler hastalıklar evrensel çapta önde gelen ölüm sebeplerinden bir tanesidir. 2019 senesinde kardiyovasküler hastalıklardan 17.9 milyon bireyin yaşamını yitirdiği, bu sayının bütün dünyadaki ölümlerin %32'sini kapsadığı ifade edilmiştir (Yel vd., 2020; WHO, 2021). Görülen olguların % 99'unda etiyoloji aterosklerozdur. Ateroskleroz zemininde meydana gelen koroner arter hastalığı klinikte kendini kararlı angina pectoris, kararsız angina pectoris, iskemi, akut miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği, aniden gerçekleşen ölüm şeklinde göstermektedir (Bağcı, 2019).

2.1.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Türk Kardiyoloji Derneğinin yayınlamış olduğu “Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzunda” risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olmak üzere iki bölümde incelenmiştir (Bayülgen, 2015). Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association-AHA) söz konusu risk faktörlerini değiştirilebilir; sigara, referans aralıklarının dışında olan kolesterol düzeyi (LDL Kolesterol yüksekliği, HDL Kolesterol düşüklüğü), obezite varlığı, fiziksel inaktivite, sedanter yaşam, psikolojik stres, hipertansiyon ve diyabet olarak göstermiş olup değiştirilemez risk faktörlerini de yaş, cinsiyet ve genetik faktörler olarak belirlemiştir (Tavlı ve Pekel, 2011; Bayülgen, 2015; AHA, 2015; Kasapoğlu ve Enç, 2017; Coronary Heart Disease, 2018).

Erkek bireylerde 45, kadın bireylerde 55 yaşın üstünde olma durumu, koroner arter hastalığı açısından risk oluşturmaktadır. Premenopoz süreçte kadında koroner arter hastalığı riski, erkek bireye kıyasla 1/7 iken, yaş arttıkça bu oran birbirine yaklaşmakta ve 70 yaşından itibaren eşit seviyeye gelmektedir. Koroner arter hastalığı riski, gün boyunca 20'den fazla sigara kullananlarda kullanmayanlara kıyasla 4 kat daha fazladır (Bağcı, 2018). Sigaranın terk edilmesi; sağlıklı veya akut miyokard infarktüsü geçirmiş olan hasta bireylerde, yaşam süresini arttırmakta ve yaklaşık olarak 3-5 yıl içinde koroner arter hastalığı riskini %50-80 oranında azaltmaktadır (Rosenberg vd.,1990).

Aile içerisinde birinci derece erkek akrabasının 55, kadın akrabasının 65 yaşından önce akut miyokard infarktüsü veya ani ölümle yaşamını yitirmesi, kişide koroner arter hastalığı açısından bağımsız risk meydana getirmektedir (Members vd., 2013). Obezite de KAH açısından önemli bir risk faktörü olarak yerini almaktadır. Ayrıca insülin direnci, kan düzeyinde lipit dengesizliği ve abdominal obeziteyle karakterize metabolik sendrom tablosu da koroner arter hastalığı açısından belirgin risk oluşturmaktadır (NCEP, 2002). Ek olarak fiziksel aktivite, yağ dokusunu ve tansiyonu azaltırken; glukoz toleransını, kardiyovasküler ve pulmoner kapasiteyi de yükseltmektedir (Lee vd., 2001).

2.1.3. Koroner Arter Hastalığında Tanı Yöntemleri

Laboratuvar Testleri: Anjinalardan şüphelenilen bütün hastalarda mutlaka tam kan sayımı (CBC) çalışılmalıdır. Ayrıca hastanın böbrek fonksiyon testleri (BUN, kreatinin), plazma glikozu, tiroid fonksiyon testleri, kardiyak paneller (Troponin ve Kütle CK-MB) hepatit, lipit paneli testleri de değerlendirilmelidir (Kasapoğlu ve Enç, 2017).

Ekokardiyografi (EKO): Miyokard infarktüsü tanısının ivedilikle konulması ve reperfüzyon sağlanması miyokard kaybını en aza indirmek için şarttır. Hızlı ve kesin tanıya ulaşma noktasında ekokardiyografi zaman ve maliyet açısından fayda sağlamaktadır. Fakat unutulmamalıdır ki, ekokardiyografinin özellikle görüntü kalitesinin yetersiz olduğu hastalarda ve uygulayıcı bireyin deneyimsiz olduğu durumlarda tanı değeri düşüktür. Yeterli görüntü kalitesinin elde edilebildiği, deneyimli uygulayıcıların sağladığı ekokardiyografik görüntüler akut miyokard infarktüsü tanısının zorlayıcı olduğu olgularda hayati veriler sağlayabilmektedir (Duyuler ve Karakaş, 2010).

Elektrokardiyografi (EKG): Noninvaziv tanı yöntemlerinden biri olan elektrokardiyografi (EKG), miyokardın işlevlerini ve elektriksel aktivitesini değerlendirmek amacıyla bizlere tanıya gitme noktasında fayda sağlar. EKG, angina pektoriste primer tanı yöntemidir. Riskleri ve belirtileri değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Tahboub ve Yılmaz, 2019). Minimal bir süre içerisinde uygulanması, maliyetinin az olması ve basit bir yöntem olması nedeniyle hastanenin

tüm önemli birimlerinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir (Keskin, 2014; Werne, Kander ve Axelsson, 2016; Jeong, Jeongha ve Sook, 2020; Kırmızıgül vd., 2023).

Egzersiz Stres Testi: Egzersiz stres testi esnasında birey yürüme bandı üzerinde ya da bisiklet üzerindeyken sürekli olarak EKG'si çekilmekte ve kan basıncı ölçülmektedir. Egzersiz stres testi süregelirken bireyde ventriküler taşikardi gibi önemli bir ritim değişikliği, tansiyon düşüklüğü, bradikardi, solunum güçlüğü meydana gelirse test ivedilikle sona erdirilmelidir. Egzersiz stres testi diğer hastalıkların mevcudiyeti, yaş ve bireyin fiziki vaziyetinden etkilenmektedir. Test uygulanmakta iken günümüzde geçerliliği önemli kabul edilen Duke yürüme bandı puanından faydalanılmakta ve egzersiz süresi, egzersiz sırasında anjina ve ST segment değişikliği birleştirilerek hastanın riski hesaplanmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2008; Kasapoğlu ve Enç, 2017; Yel ve Ünsar, 2020).

Kardiyak Nükleer Görüntüleme: Doku canlılığının değerlendirilmesinde ve iskeminin tespitinde SPECT MPS (Single Photon Emission Computerized Tomography Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi) önerilen bir tetkik olarak karşımıza çıkmaktadır. SPECT'nin anjiyografik olarak ispatı sağlanabilen koroner arter hastalığı için duyarlılığı %85-90 ve özgüllüğü %65-75 aralığındadır (Karaçavuş ve Altun,2018).

Miyokard perfüzyon sintigrafisi (MPS) ve pozitron emisyon tomografisi (PET) nükleer kardiyolojik görüntüleme en sık kullanılmakta olan iki yöntem olarak bilinmektedir. Noninvazif bir görüntüleme işlemi olan bu görüntüleme yöntemi radyofarmositik ajanların miyokarda verilerek stres ve istirahat görüntülerinin elde edildiği bir tetkik olarak karşımıza çıkmaktadır (Ede, Karaçavuş ve Erbay, 2015).

Kardiyovasküler Bilgisayarlı Tomografi: Bu yöntem ile koroner arterlerin, aortanın, pulmoner arterlerin olağan anatomik gidişatı, by-pass greftleri, lümen (damar boşluğu) vaziyeti, aorta-osteal lezyonlar ve stent lümen açıklığı hususunda üç boyutlu, aksiyel görüntüler ile çok faydalı veriler elde edilmektedir (George vd., 2012). Gelişen teknolojiyle günümüz dahilinde kardiyak bilgisayarlı tomografi (BT) uygulamalarına bakıldığında koroner arterlerle ilgili anatomik bilgi sağlanması sebebiyle bilgisayarlı koroner anjiyografi katater anjiyografiyle kıyaslanabilecek seviyeye gelmiş vaziyettedir (Karaman, 2006; Kantarcı ve Okur, 2013; Yel ve Ünsar, 2020).

2.1.4. Koroner Arter Hastalığında Tedavi

Koroner arter hastalığının tedavisinde temel amaç miyokard infarktüsünün oluşumunu, anjina pektoris şiddetini düşürerek ölüm riskini en aza indirmek ve yaşam kalitesinin düzeyini arttırmaktır (Demir ve Arslantaş, 2016). Koroner arter hastalığında uygulanan tıbbi tedavinin yanı sıra girişimsel tedavi yöntemleri ise şu şekildedir:

- Perkütanöz Translüminal Koroner Anjioplasti
- Koroner Arter Bypass Cerrahisi
- Alternatif Tedavi yöntemleri (Aterektomi, Angioskopi, Stend Uygulaması, Lazer) (Şen, 2019).

Perkütanöz Translüminal Koroner Anjioplasti: Koroner arter hastalığının teşhisi noktasında noninvazif testler büyük önem taşımaktadır. Teşhis ve koroner damarların darlıklarının ve ciddilik derecelerinin tespiti ancak koroner anjiyografi işlemi ile ortaya konulabilmektedir.

Koroner anjiyografi, koroner arterlere fluoroskopi altında gönderilen bir kateter aracılığıyla kontrast maddenin manuel bir şekilde verilmesi ve oluşan görüntünün bir film üzerine veya CD üzerine kaydedilmesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Bu işlem için genellikle femoral radial veya brakial arterler tercih edilmektedir (Erol ve Atalar, 2014; Adalet, 2019).

Koroner Arter Bypass Cerrahisi: Koroner arter bypass greft ameliyatı, aterosklerotik damar hastalıklarında myokardiyal revaskülarizasyon için standart tedavi yöntemlerinden bir tanesi olarak bilinmektedir (Paç vd., 2013). Koroner arter baypass greft (CABG) cerrahisi iyileştirilmiş ventrikül fonksiyonu, tekrarlayan anjinalardan kurtulma ve yeniden girişim oranları göz önüne alındığında en iyi tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir (Açıkel, 2019).

Medikal Tedavi: Aterosklerozun ilerlemesini durdurmada ve aterotrombotik olayları önlemede medikal tedavi anahtar rol oynamaktadır. İlaç tedavisi her hastanın özelliklerine göre düzenlenmesi gereken önemli bir süreçtir. Hastalar ilaç tedavilerine verdiği cevaba göre 2-4 hafta sonra yeniden değerlendirilmeye alınır. Yeterince yanıt alınmamış ise kombinasyon tedavisine geçilmelidir. Anti-anginal ilaç olarak ilk sırada kalsiyum kanal blokerleri kısa etkili nitratlar, beta-blokerler önerilmektedir.

Koroner girişimle ilaç salınımlı stent yerleştirilen hastalara en az altı ay süreyle 75-100 mg asetil salisilik asit ve 75 mg klopidogrel önerilir. Yüksek kanama riski durumlarında ikili antiplatelet tedavi daha kısa süreli verilir (1-3 ay). Kronik koroner sendromlu hastalarda asetilsalisilik asit tedavisine tüm ömür boyu devam etmesi önerilmektedir. LDL-kolesterol düzeyi <55 mg/dl olacak şekilde statin tedavisi eklenir (Toprak ve Demirbağ, 2023)

2.2. Kalp Kateterizasyonu ve Anjiyografisi Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı

KAH, kronik, ilerleyici, sakatlayıcı, fiziksel yeteneği azaltan, bireysel ve sosyal ilişkileri bozan, hastaların ekonomik sorunlarına yol açan, hemşirelik bakımını gerekli kılan bir hastalıktır (Aghakhani vd.,2016). Hemşire-hasta arasındaki etkili iletişim hastaların iyileşme oranını büyük ölçüde artırabilmektedir (Cybulska ve Kłosiewicz-Latoszek, 2019).

Koroner anjiyografi girişiminin akabinde periferel vasküler problemler, koroner damarlarda tekrarlayan lümen çapındaki daralma ve tıkalı olma durumu, perforasyon ve diseksiyon, aort diseksiyonu, kalpteki iletim sorunları, vazovagal reaksiyon, kanama, radyoopak maddeye duyarlılık ve akabinde gelişen alerjik reaksiyon durumu ve nefropatisi, retroperitoneal hematoma, enfeksiyon, emboli gibi problemler ortaya çıkabilmektedir (Enç vd., 2012; Ora ve Gambhir, 2019). Bu gibi komplikasyonlara şahit olunmaması veya bu komplikasyonların önlenmesinde, nitelikli bir hemşirelik bakımının tasarlanarak uygulanmasının etkili olacağı görülmektedir. Meydana gelebilecek komplikasyonları engellemek için hemşireler tarafından yapılacak işlemlerin öncesinde, işlem süresinde ve sonrasında yerinde ve nitelikli gerçekleştirilen girişimlerin akabinde hasta bireylerin tedavi sürecinde kısımla, konforda artma gözlenmektedir (Cengizhan, 2018; Pamuk Cebeci ve Veremci, 2022).

2.2.1. Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Girişimleri

Anjiyografi işleminden önce hasta bireye işlem ile ilgili gereken tüm önemli bilgiler verilir. Hasta önce kendi hekimi tarafından, akabinde hemşire tarafından bilgilendirilir. Hasta işleme alınmadan önce hastaya işleme uygun önlük verilip giyinmesi sağlanmalı, göğüs lokasyonunda işlem esnasında görüntüye engel teşkil edebilecek takılara izin verilmemelidir. Takma dişleri mevcutsa mutlaka çıkartması

sağlanmalı ve hasta bireyin koroner anjiyografi işlemle ilgili kurum rıza belgeleri sözel bir şekilde ifade edilip hasta birey veya yakını tarafınca okunup, imzalanmalıdır (Yılmaz vd., 2012; Akın, 2013; Yeşildağ, 2014). İşlemden önce işlem bölgesinin temizliği yapılmalıdır. Hastanın EKG'si çekilmiş, idrar ve kan gibi gerekli tüm tetkikleri gerçekleştirilmiş olacak şekilde planlama yapılmalıdır. İşlemden önce intravenöz ilaç uygulamaları olabileceğinden damar yolunun açık vaziyette olmasına dikkat edilmelidir. Hastanın kullanmakta olduğu tüm ilaçlar kaydedilip hekimine bu ilaçlar bildirilmelidir. İşlem öncesinde hasta bireyin vital bulguları hasta dosyasına mutlaka kaydedilmelidir (Özen ve Çelik, 2010; Naidu vd., 2016; Tunç, 2022).

2011'deki kılavuza göre Amerikan Anestezi Derneği'nin koroner anjiyografi işlemi öncesinde hasta bireyin oral alım düzeyinin 6 saat önceye kadar sonlandırılmış olması ve sıvı alım miktarının işlem öncesi 2 saate kadar durdurulmuş olması gerekliliği vurgulanmaktadır (Bakan, 2016). Hasta bireyin biliniyor olan işlemde kullanılacak radyopak maddeye karşı duyarlılığı ya da bir alerji durumu mevcut ise kurumun uygulamakta olduğu politikasına uygun hasta bilekliği takılmış olmalıdır (Bakan, 2016; Tunç, 2022).

2.2.2. Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Girişimleri

Anjiyografi laboratuvarına getirilmiş olan hasta işlem için hazırlanmalı ve hasta bireyin güvenliği sağlanmalıdır. Hastanın monitörizasyonu gerçekleştirilmeli, EKG ve vital bulgular ölçülerek not edilmeli ve hasta takibi yapılmalıdır. İşlemden kullanılacak olan malzemeler temin edilmeli ve ortamın sterilizasyonu gerçekleştirilerek enfeksiyon oluşumuna karşı tedbir alınması gerekmektedir (Özen ve Çelik, 2010; Bakan, 2016). Gerekecek olan ilaçların kontrolü sağlanmış olmalı ve acil müdahale arabası gerekli ilaçlar ve malzemelerle dolu uygun bir şekilde bulundurulmalıdır. İntravenöz girişimin açıklığı ve sağlamlık durumunun kontrolü sağlanmalıdır. İşlem sonlanana kadar doğabilecek kullanılan radyo-opak madde alerjisine ve komplikasyona karşı bireyin titizlikle takibi yapılmalıdır. İşlem sonrasında işlemle ilgili bilgilerin kontrolü sağlanarak hasta dosyasına kaydedilmeli ve hasta birey sorunsuz bir biçimde hemşiresine teslim edilmelidir (Rolley vd., 2011; Tunç, 2022).

2.2.3. Koroner Anjiyografi Sonrası Hemşirelik Girişimleri

Bu süreç hasta bireyin anjiyografi laboratuvarından yoğun bakıma transferinin tamamlanışı ile başlamakta ve hastanın yatağına alınmasından itibaren tüm yatış sürecini ve taburculuğunu kapsamaktadır. İşlem sonrası asıl amaç oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmek, erken dönemde tespit ederek hasta bireyin erken vakitte mobilizasyonunu gerçekleştirmektir (Yel ve Ünsar, 2020). Koroner anjiyografi laboratuvarından teslim alınmış olan hasta bireye hemşire tarafından işlem akabindeki ihtiyaçları ve süreç hakkında bilgi aktarımı sağlanmalıdır. İşlem sonrası hastanın monitörizasyonu başlatılmalı yaşam bulguları alınıp kaydedilmeli ve EKG'si çekilerek hastanın dosyasına eklenmelidir (Rolley, 2011). Hasta sırt üstü yatar vaziyette ve baş yüksekliği 30-45 dereceye ayarlanarak işlem lokasyonundaki kateteri çekilerek manuel kompres uygulaması vasıtasıyla hemostazı (kanama kontrolü, hematoma ve şişme kontrolü) sağlanılarak, kanama hali durdurulmaya çalışılmaktadır. Hemostazı sağlanmış olan hasta bireyin işlem bölgesi tamponla ve sıkı bandajla kapatılarak, işlem bölgesine kum torbası konulmaktadır (Rolley, 2011; Akın, 2014; Burn, Marshall ve Scrymgeour, 2015). İşlem sona erdikten sonra işlem bölgesi takip edilip gözlemlenerek, saatlik gözlem formuna kaydedilmektedir. Hasta bireyin işlemi femoral arterden gerçekleştirildiyse hasta mobilize edilinceye kadar 4-6 saat supine pozisyonunda kalmasının gerekliliği anlatılarak hastanın fleksiyondan uzak durması sağlanmalıdır. Radyal arterden ya da brakial arterden işlem gerçekleştirildiyse işlem lokasyonunu mobilizasyon hali gerçekleştirilinceye dek işlem uygulanmış olan kolun kalbin hizasının üstünde tutması gerekliliği söylenmeli ve fleksiyondan kaçınılmalıdır. Hasta işlem sonrası aritmik ritim değişikliği ihtimali ve olası göğüs ağrısı açısından takip edilmeli, işlem lokasyonu şişlik, hematoma ve kanama açısından sıkı bir şekilde takip ve kontrol edilmeli ve hasta bireyin dosyasına kaydedilmelidir (Rolley, 2011; Burn, 2015).

Hasta bireyin hekim istemine göre intravenöz sıvı takviyesi ve oral alımı gerçekleştirilmelidir. Oral beslenmesinin gerekliliği hasta bireye ve yakınına izah edilmelidir. Oral sıvı ve besin takviyesi sağlanmış olan hasta bireyin aldığı sıvı ve çıkardığı idrar miktarı kaydedilmelidir. Koroner anjiyografi sonrası mobilizasyonu da sağlanmış olan hasta bireyin herhangi bir komplikasyon durumu (hematom, kanama, anevrizma, akut böbrek yetmezliği gibi) mevcut değilse yeniden

yaşam bulguları kontrol edilir. Hasta birey ile onun yakınına bilgi düzeyleri doğrultusunda taburculuk planı hazırlanır (Tunç, 2022).

2.3. Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)

Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında yayınlanmış olan 11395 sayılı genelge ile yoğun bakım üniteleri “Bir ya da daha fazla organda veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu sebebiyle yoğun bakıma ihtiyaç duymakta olan hasta bireylerin sağlıklı hallerine kavuşmalarını amaç edinen, yerleşim şekli ve hasta bireyin bakım süreci yönünden ayrıcalıklı olan , yüksek teknolojiyle donatılmış cihazları içeren ,7 gün 24 saat hayati göstergelerin ve değerlerin gözlemi ile hasta bireyin tedavisinin planlanıp uygulandığı klinikler” olarak ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008). Yoğun bakım üniteleri sağlık durumu kritik durumda olan bireylerin yakından izlendiği, gelişmiş cihazlar aracılığıyla yaşamsal fonksiyonların desteklenerek, alternatif tedavi yöntemlerinin profesyonel sağlık ekibi tarafından gerçekleştirildiği ünitelerdir. Yoğun bakım ünitesi fiziki ortamı, kullanılan teknik donanımdan ötürü işleyiş şekli, hasta bireye uygulanan birçok sayıdaki invaziv ve noninvaziv uygulamalar ile diğer ünitelerden oldukça farklılık göstermektedir. Bu durum yoğun bakım ünitesini hasta bireyler açısından stresli bir ortam haline getirmektedir (Dönmez ve Arık, 2020; NHS, 2023).

Yoğun bakım ünitelerinin temelleri ilk olarak Florence Nightingale tarafından atılmıştır. Florence Nightingale “Hemşirelik Üzerine Notlar” kitabında, ameliyat geçirmiş olan hastalara daha etkili bakım sunulabilmesi için ameliyathanelerin yanına özellikli birimlerin kurulması gerektiğini belirtmiştir (Başak vd., 2010). Bu özellikli birimlerde bakım sunacak hemşirelerin de görev yetki ve sorumlulukları diğer birimlerde çalışan hemşirelerden farklılık göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayınlanmış olan 27515 sayılı yönetmelikte yoğun bakım hemşiresinin tanımı yapılmıştır. Yoğun bakım hemşiresi yönetmeliğe göre “İnsan yaşamını tehdit edici ve karmaşık sorunlara sahip olan hasta bireylerin tespitini yapmak, hasta bireyleri sürekli takip etmek, nitelikli, üst düzey tedavi girişimleri gerçekleştirmek, hasta ve hasta yakınlarına terapötik iletişim kuracak şekilde yaklaşımda bulunmak, iyileştirici, rehabilite edici, koruyucu girişimleri uygulamaktan asla kaçınmayan ve bunları her şartta yerine getiren sorumlu

hemşiredir.” şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu tanım doğrultusunda bir yoğun bakım hemşiresi hasta birey için olumsuzluk ortaya koyan vaziyetleri bilmeli, gerekli önlemleri almalı ve hemşirelik bakımını bu doğrultuda planlamalıdır (Soehren, 1997; Yava vd.,2010; Arslan ve Ozer, 2016; Dönmez, Korkmaz ve Geçit, 2020).

2.4. Yoğun Bakım Hastasında Çevresel Stresörler

Birçok hasta için yoğun bakım ünitesinde tedavi travmatik bir deneyim oluşturmaktadır (Rotond vd., 2002). YBÜ'deki hastaların stresörleri ve stresli deneyimleri hakkında kapsamlı araştırmalar mevcuttur. Başlıca bulgular, yoğun bakım hastalarının stresli deneyimlerinin çok faktörlü olduğunu göstermiştir. Ana nedenler arasında yaşamın tehdit içerisinde olması, alışılmadık ortam, bireyler, hastalığın başlangıç zamanı, immobilizasyon, yatağa bağımlılık, trakeal aspirasyon, uyku düzeninde bozulma, aile bireyleri ve yakınlarından uzakta olma, yoğun bakım ünitesine veya araçlara bağımlı olma hissiyatı, hastalık süreci, sık sık tekrarlayan ağrılı uyarılar uygulamalar ve tedavi hususunda yeterli bilgiye sahip olmama gibi birçok etken sebebiyle hasta bireylerde bazı olumsuz deneyimlere sebep olabilmektedir (Zaybak ve Güneş, 2010; Sarıgül ve Kavurmacı, 2010). Bireyler için yoğun bakım ünitesinde kalmak güçlükler içeren bir stres faktörü olmakta, hasta bireyin deneyimlediği streste, bireysel özelliklerinin yanı sıra, yoğun bakım ünitesinin çevresel özellikleri çok mühim bir nokta olarak karşımıza çıkmaktadır (Hintistan, Nural ve Öztürk, 2009; Tunçay ve Uçar, 2010; Berber ve Kızıltan, 2022). Günümüz bünyesinde yoğun bakım ünitesinde hasta izlem, tedavi tanı uygulamaları bilim ve teknolojiye denk şekilde bireyin yaşamını tehdit edici hastalıkların tedavi olanaklarında artma gözlenmiş ve bu vaziyet beraberinde hasta bireylerin yoğun bakım içerisinde kaldıkları süreçte olumsuz çevresel stresörlere maruz kalmalarını olanaklı kılmıştır (Hintistan, Nural ve Öztürk, 2009). Yoğun bakım ünitelerinin fiziki şartlarına yönelik hasta görüş ve düşüncelerinin incelendiği bir araştırmada; hasta bireylerin çoğunun gece-gündüz ayrımı ve uykusuzluk noktasında güçlük çektikleri, yoğun bakımın fiziki ortamına ilişkin olarak sıra ile yatağa bağımlı olmaktan, televizyon, radyonun yokluğundan, ziyaret saatlerinin sınırlı olmasından, durumu ciddi durumda olan veya kötüye giden hastalara şahit olmaktan, yoğun bakımdan

rahatsızlık duyduğu belirlenmiştir. Ve yine araştırmada, hastaların sıklıkla yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortamından rahatsızlık duydukları sonucuna ulaşılmıştır (Hintistan, Nural ve Öztürk, 2009; Tunçay ve Uçar, 2010; Berber ve Kızıltan, 2022). Yoğun bakım hemşiresinin sorumluluğu özellikli olarak hastanın deneyimlemiş olduğu stresörlerin tespit edilmesinde çok büyüktür (Yava vd., 2010). Hastanede yatan hasta bireyin maruz kaldığı çeşitli etkenlere bağlı olarak stres düzeyinde değişiklikler gözlenmektedir (Tunçay ve Uçar, 2010; Dönmez vd.,2020).

2.5. Yoğun Bakım Hastasında Anksiyete

Anksiyete başka bir deyişle kaygı, birey olmanın en temel evrensel duyguları içinde var olan bir değer olarak kabul görmektedir. Köken olarak Yunanca’da merak, endişe ve korku manalarına gelen “anxietas” teriminden türetilmiştir. Spielberger anksiyete kelimesini, sinir sisteminin uyarılmasıyla ilintili öznel bir gerginlik, sinirlilik ve endişe hissi biçiminde ifade etmektedir (İri ve Korkmaz, 2021).

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte yoğun bakım hastalarının klinik tablolarında hızlıca iyileşme sağlanmış olsa bile yoğun bakım üniteleri başlı başına hastalar açısından bir anksiyete kaynağı olabilmektedir (May vd., 2021). Hem yoğun bakım ortamı hem de bireyin hastalığının özellikleriyle ilişkili bireyler yoğun anksiyete yaşayabilmektedir. Yaşanan kısa süreli anksiyeteler müdahale gerektirmese de anksiyetenin uzun süreli olması özellikle yoğun bakım hastalarında önem arz etmektedir (Shdaifat ve Al Qadire, 2022). Bireylerde anksiyete nedeniyle çeşitli belirtiler gözlenebilmektedir. Bu semptomlar; çarpıntı, titreme, şiddetli terleme, kaslarda gerginlik, nefes almada güçlük, takipnenin yanı sıra heyecan, sıkıntı, bir anda kötü bir şey olacakmış hissiyatı ve korkusu, irritabilite, konsantrasyon bozukluğu, sese karşı hassasiyet olabilmektedir (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011; Özakkaş, 2014). Hasta bireylerin anksiyetesi değerlendirme aşamasındayken tıbbi bir gerekçe, toksin madde veya ilacın etkisi, hangi vaziyette ortaya çıktığı, problemin nitelikleri, sebep olduğu kayıplar sonuçlar, başa çıkma yöntemleri, tetikleyici faktörler, sorunu tetikleyen ve azaltan vaziyetler, hastanın probleme ilişkin düşüncesi, hastanın yaşam tarzı gibi faktörler incelemeye alınmalıdır (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011). Koroner yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların hastane içerisinde ailesinden uzak, yabancı bir çevrede bulunması, koroner anjiyografi öncesinde,

sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecek riskleri düşünmesi, karşılaşılabileceği olumsuz sonuçlar, anjiyografinin riskleri, kontrolünü belirli bir süre kaybedeceğini düşünmek, işlem sonrası işlevsellik kaybı ve ağrı kaygısı gibi nedenlerden dolayı hastalar anksiyete yaşayabilmektedir (Karancı ve Dirik, 2003).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı-ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde ve kardiyoloji servisinde yatışı gerçekleşen koroner anjiyografi işlemi yapılmış hastalar üzerinde Temmuz 2022-Temmuz 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde toplamda 7 yatak bulunmaktadır. Sirkülasyonu yoğun bir ünedir. Bu ünite de hastalar ortalama 6 saat immobil kalmaktadır. Ünite 2.basamak yoğun bakım olarak geçmekte ve bu bağlamda zaman zaman entübe hasta takibi de yapılmaktadır. Ünite de toplamda 13 hemşire ve 5 kardiyolog görev yürütmektedir. Gündüz 4 hemşire gece en az 2 en çok 3 hemşire görev almaktadır. Gündüz iki hemşire 3 er hastanın bakımını bir hemşire de 2 hasta bakımı üstlenmektedir. Gece bir hemşire 4 diğer hemşire ise 3 hasta bakımını üstlenmektedir. Yoğun bakım pencereleri manzara resmi içeren panolarla kapatılmış hastane dışındaki çevrenin görüntüsü yoğun bakım içerisinden katıyen görülememektedir. Bu bağlamda hastalar zaman zaman gece gündüz ayırımını yapamamakta biz hemşirelere hangi vakitte olduklarını sormaktadırlar. Bu durum hastanın farkındalığının azalmasına hatta zaman zaman deliryum tablosuna mahal vermektedir.

Koroner anjiyografi sonrasında hastada balon ve stent işlemi uygulanmasa bile hasta mutlaka öncelikli olarak koroner yoğun bakım ünitesine kabul edilip burada en az dört saat yatmakta, sonrasında kardiyoloji servisine transferi gerçekleştirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde yatışı yapılarak tedavi görmekte olan hasta bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, belirtilen tarihler arasında, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyuyor olan ve araştırmaya katılmayı

kabul etmiş olan 255 koroner anjiyografi uygulanan hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü power güç analizi yapılarak hesaplanmış ve hesaplama için R v3.6.1 programı kullanılmıştır. Hesaplama alfa hata %5, beta hata %20 ve etki büyüklüğü Karadeniz ve Kanan (2019)'ın çalışmalarında kullanmış oldukları Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği sonuçları referans alınarak 0.25 olarak hesaplanmış ve çalışmaya minimum 255 örneklemin yeterli olacağı belirlenmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üstünde olan,
- Koroner arter hastalığı, miyokard infarktüsü, unstabil anjina pektoris, göğüs ağrısı tanısı almış olan,
- Koroner anjiyografi işlemi femoral arterden gerçekleştirilmiş olan,
- Koroner yoğun bakımda yatmış olan,
- Yer ve zaman oryantasyonu olan,
- İletişim kurmada güçlüğü yaşamayan,
- Okuma- yazması olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- İletişimi engelleyecek nörolojik ve/veya psikolojik rahatsızlığı olan,
- Entübe olan,
- Anjiyografisi transradial girişim ile yapılan hastalar.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanması noktasında bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve hastalık bilgilerini içeren 'Kişisel Bilgi Formu', hastaların anksiyete düzeylerini tespit etmek için "Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği" ve "Yoğun Bakım Çevresel Stresörler Ölçeği" kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu, katılımcı bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı, fiziksel/kronik hastalıkları, kardiyolojik hastalık tanısı, ailede kardiyolojik hastalık varlığı, tedavi süresi, kullandığı ilaçlar , hastalığın başlangıç zamanı daha önce olduğu anjiyografi işlemi sayısı, gün içerisindeki aktivite durumunu, sigara ve alkol kullanıp kullanmadığını içermektedir (EK 1) (Kavaklı, 2017; Karadeniz ve Kanan, 2019; Malakar vd., 2019; Niknam Sarabi vd., 2021).

3.4.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ)

Amerika Birleşik Devletleri'nde Ballard tarafından 1981 tarihinde geliştirilmiş, Cochran ve Ganong tarafından 1989 tarihinde revize edilmiş ve Aslan tarafından 2010 tarihinde Türkçe uyarlaması yapılmış olan ölçek, yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan hasta bireylerin algılamış oldukları stresörleri tanımlamak amacı güdülmüş ve geliştirilmiştir. Toplamda 42 maddeden oluşan dördümlük likert tipte olan ölçek maddeleri: Çok fazla etkiler (4); Sıklıkla etkiler (3); Çok az etkiler (2); Hiç etkilemez (1) şeklinde derecelendirilmektedir. Verilmiş olan cevaplar toplanarak YBÜÇSÖ toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten en düşük 42, en yüksek 168 puan alınmakta ve ölçek puanının yüksek olması stresin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orijinalindeki Cronbach's Alpha katsayısı 0.94, Aslan'ın çalışmasında ise 0.946 olarak hesaplanmıştır (Aslan, 2010). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.921 olarak hesaplanmıştır (EK 2).

3.4.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory I-II)

Spielberger ve arkadaşlarınca 1970'te geliştirilmiş envanterin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından 1983 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Toplam 40 maddeden oluşan envanterin ilk 20 maddesi duruma bağlı kaygı düzeyini, son 20 maddesi ise bireyin sürekli kaygı düzeyini ölçmektedir (Spielberg vd., 1970, Öner ve Le Compte, 1983).

Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli şartlarda kendini nasıl hissettiğini tespit etmektedir. Durumluk kaygı ölçeğinin cevaplanmasında; maddelerin

ifade ettiği düşünce, duyuş ya da davranışların şiddet seviyesine göre ‘hiç’ (1), ‘biraz’ (2), ‘çok’ (3), ‘tamamıyla’ (4) seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenir. Bu bölümde ifadeler doğrudan ve tersine dönmüş olarak ayrılmaktadır. Tersine dönmüş ifadeler; 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19., 20. Maddelerdir. Ölçeğin orijinalindeki Cronbach’s Alpha katsayısı 0.94 ile 0.96 arasında olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.756 olarak hesaplanmıştır.

Sürekli Kaygı Ölçeği; bireyin kendini genel olarak nasıl hissettiğini tespit etmek amacıyla kullanılmaktadır. Sürekli kaygı ölçeğinin cevaplanmasında maddelerin ifade ettiği düşünce, duyuş ya da davranışların sıklık derecesine göre ‘hiç’ (1), ‘biraz’ (2), ‘çok’ (3), ‘tamamıyla’ (4) seçeneklerinden birini işaretlemesi gerektiği ifade edilir. Bu bölümde yedi tersine dönmüş ifade bulunmakta olup bunlar; 21., 26., 27., 30., 33., 36., 39. maddelerdir. Envanterde elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişmekte olup, 20-39 puan ‘hafif kaygıyı’, 40-59 puan ‘orta derecede kaygıyı’, 60-79 puan ‘ağır kaygıyı’, 80 puan ise ‘panik’ olarak değerlendirilmekte, puanın 60 ve üzerinde olması ise bireylerin profesyonel yardıma gereksinimi olduğunu belirtmektedirler (Aydemir ve Köroğlu, 2000). Ölçeğin orijinalindeki Cronbach’s Alpha katsayısının 0.83 ile 0.87 arasında olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.609 olarak hesaplanmıştır (EK 3).

3.5. Araştırma Planı

Çalışma için kurum izni ve etik kurul izinleri alındıktan sonra araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan bireylere araştırma hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden veri toplama işlemleri gerçekleştirilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışma için gerekli izinler alındıktan sonra Koroner Yoğun Bakım Ünitesine ve kardiyoloji servisine yatışı yapılan ve koroner anjiyografi uygulanan bireylere çalışma hakkında bilgilendirilme yapılarak araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olan bireylerin sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra bireylere veri toplama formları verilerek bireylerden formları kendilerinin doldurması istenmiştir. Zaman zaman katılımcıların isteği

halinde formlar araştırmacı yardımıyla doldurulmuştur. Veriler ortalama 25-30 dakikada toplanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Veriler, uzman istatistikçi tarafından bilgisayar ortamında SPSS v26 programında kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluk durumu Shapiro Wilks veya Kolmogorov–Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerler) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası karşılaştırmalarında normal dağılım gösterenler için Student-t Test, normal dağılım göstermeyenler için ise Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup varlığında ise gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılım gösterenlerde One-Way ANOVA, normal dağılım göstermeyenlerde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Gruplar arası farklılık olduğunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirleyebilmek amacıyla Post- hoc analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenler, arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için veriler normal dağılıma uygunluk gösteriyorsa Pearson korelasyon analizi, veriler normal dağılım göstermiyor ise Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmaya başlangıç yapmadan önce Prof.Dr. Necla Öner’in Türkçe geçerlik güvenirliliğini yapmış olduğu Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri’ni çalışma içeriğinde veri toplamak amacıyla kullanmak üzere Prof.Dr. Necla Öner’in tüm haklarını devrettiği YÖRET Vakfıyla e-posta yoluyla iletişime geçildi ve yazılı izin alınmıştır (EK-4). Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri’nde Ballard tarafından 1981’de geliştirilmiş olan, Cochran ve Ganong tarafından 1989 yılında revize edilen, Aslan tarafından 2010’da Türkiye’de geçerlik ve güvenirlilik çalışması yapılmış olan, 42 maddeden oluşan “Yoğun Bakım evresel Stresörler Ölçeği” nin kullanım izni de mail yoluyla Funda Aslan’dan alınmıştır (EK-5). Tez konu önerisi Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yönetim kurulunda onaylandıktan (EK-6) sonra Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun bakım Ünitesinde ve kardiyoloji servisinde araştırmanın yürütülmesi için Ordu İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma izni

(EK-7) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Etik Kurul onayı alınmıştır (EK-8). Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-9).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hasta bireylerin supine pozisyonunda iken verileri doldurmasının zor olması ve ağrılarını mevcut olduğunda araştırmaya katılım sağlamak istememeleri, koroner yoğun bakım ünitesinde takip edilemeyen hastanın verilerinin kardiyoloji servisinde toplanmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

4. BULGULAR

4.1. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.1 Çalışmaya Katılan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler		Ort.±S.S	Min. - Maks.
Yaş/yıl		59.19±11.82	28-89
Sırtüstü pozisyonda hareketsiz yatma süresi		6.25±1.79	2-12
KAH tanısı alma süresi/ay		56.33±62.30	0-100
		N	%
Cinsiyet	Erkek	135	52.9
	Kadın	120	47.1
Medeni durum	Bekar	32	12.5
	Evli	223	87.5
Eğitim durumu	Okur-yazar	74	30.0
	İlköğretim	98	38.4
	Lise	68	26.7
	Üniversite ve üzeri	15	5.9
Mesleği	Ev hanımı	85	33.3
	Memur	28	11.0
	İşçi	35	13.7
	Çiftçi	12	4.7
	Emekli	51	20.0
	Serbest meslek	44	17.3
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	37	14.5
	Gelirim giderime denk	135	52.9
	Gelirim giderime fazla	83	32.5
Yaşadığınız yer	Köy	54	21.2
	İlçe merkezi	90	35.3
	İl merkezi	111	43.5
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	16	6.3
	Eşimle ve/veya çocuğumla	197	77.3
	Akrabalarım	42	16.4
KAH ile ilgili yaşadığı şikayetler*	Göğüs Ağrısı	202	79.2
	Yorgunluk	77	30.2
	Çarpıntı	53	20.8
	Nefes Darlığı	117	45.9
	Diğer	21	8.2
KAH sebebiyle daha önce hastane yatmış olma durumu	Evet	172	67.5
	Hayır	83	32.5
Daha önce anjiyografi olma durumu	Evet	162	63.5
	Hayır	93	36.5

Tablo 4.1. (Devam) Çalışmaya Katılan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler		N	%
KAH dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu	Evet	176	69.0
	Hayır	79	31.0
Sürekli ilaç kullanma durumu	Evet	196	76.9
	Hayır	59	23.1
Sigara kullanma durumu	Evet	92	36.1
	Hayır	160	62.7
	Bıraktım	3	1.2
Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	23	9.0
	Hayır	232	91.0
Gün içinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumu	Evet	112	43.9
	Hayır	143	56.1

*Birden çok şık işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri, hastalığıyla ve egzersiz yapma durumlarıyla ilişkili bulgular Tablo 4.1’de sunulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin yaş ortalamasının 59.19±11.82/yıl, sırtüstü pozisyonda hareketsiz yatma süresi ortalamasının 6.25±1.79/saat ve KAH tanısı alma süresi ortalamasının 56.33±62.30/ay olduğu saptanmıştır. Bireylerin %52.9’unun erkek, %87.5’inin evli, %38.4’nün ilköğretim mezunu, %33.3’ünün ev hanımı, %52.9’unun gelirinin giderine denk olduğu, %43.5’inin il merkezinde yaşadığı, %77.3’ünün eşi ve/veya çocuğu ile birlikte yaşadığı, %79.2’sinin göğüs ağrısı şikayeti ile hastaneye yatış yaptığı, % 67.5’unun daha önce hastanede yatmış olduğu, %63.5’ine daha önce anjiyografi işlemi uygulandığı, %69’unun koroner arter hastalığı dışında bir kronik hastalığının olduğu, %76.9’unun sürekli ilaç kullandığı, %62.7’sinin sigara kullanmadığı, %91’inin düzenli egzersiz yapmadığı ve %56.1’inin ise gün içinde aktivite yapmaktan hoşlanmadığı belirlenmiştir.

4.2. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Dağılımı

Tablo 4.2. Hastaların YBÜÇSÖ, DKÖ ve SKÖ Alınan Puanların Dağılımı

	Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı
YBÜÇSÖ Toplam	126 (51-168)	123.71±21.71	0.921

Tablo 4.2. (Devam) Hastaların YBÜÇSÖ, DKÖ ve SKÖ Alınan Puanların Dağılımı

	Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı
YBÜÇSÖ Toplam	126 (51-168)	123.71±21.71	0.921
DKÖ Toplam	53 (31-77)	53.70±8.86	0.756
SKÖ Toplam	49 (27-64)	47.22±6.10	0.609

Tablo 4.2' de çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ), Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ)'nden almış oldukları puanlar sunulmuştur. Bireylerin Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği'nden 123.71±21.71, Durumluluk Kaygı Ölçeği'nden 53.70±8.86, Süreklilik Kaygı Ölçeği'nden de 47.22±6.10 puan almış oldukları belirlenmiştir.

4.3 Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İmmobilizasyon Süresi, Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.3. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İmmobilizasyon Süresi, YBÜÇSÖ, DKÖ ve SKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	İmmobilizasyon Süresi	YBÜÇSÖ Toplam	DKÖ Toplam	SKÖ Toplam
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
Cinsiyet				
Erkek	6 (2-12)	122 (51-155)	52 (32-72)	47 (27-59)
Kadın	6 (2-10)	129.5 (59-168)	55 (31-77)	50 (29-64)
U	U=7219.5	6047	6508.5	6117.5
P	0.129	0.001***	0.007**	0.001**
Medeni Durum				
Bekar	7 (3-10)	134 (107-162)	55 (40-77)	51 (42-57)
Evli	6 (2-12)	125 (51-168)	53 (31-73)	48 (27-64)
U	U=3135.5	U=2757	U=3210	U=2294.5
p	0.261	0.038*	0.358	0.001**
Gelir Durumu				
Geliri Giderinden Az	7 ^a (4-10)	142 ^a (118-168)	59 ^a (42-77)	50 ^a (42-57)
Geliri Giderine Denk	6 ^{ab} (2-12)	126 ^{ab} (54-166)	53 ^{ab} (31-69)	49 ^{ab} (29-59)
Geliri Giderinden Fazla	5 ^b (2-10)	120 ^b (51-166)	50 ^b (32-72)	45 ^b (27-64)
KW	6.982	40.480	25.674	26.332
p	0.030*	0.001***	0.001***	0.001***
İkamet Yeri				
Köy	7 (2-10)	136.5 ^a (56-168)	56 ^a (33-77)	50 ^a (29-58)
İlçe Merkezi	6 (2-10)	128 ^{ab} (87-166)	55.5 ^a (40-73)	51 ^a (33-64)
İl Merkezi	6 (2-12)	120 ^b (51-162)	51 ^b (31-69)	45 ^b (27-59)
KW	3.802	30.344	20.124	31.469
p	0.149	0.001***	0.001***	0.001***

Tablo 4.3. (Devam) Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İmmobilizasyon Süresi, YBÜÇSÖ, DKÖ ve SKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	İmmobilizasyon Süresi	YBÜÇSÖ Toplam	DKÖ Toplam	SKÖ Toplam
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
Yaşanılan Yer Durumu				
Yalnız	5.5 (2-10)	125 ^a (106-153)	52 (40-66)	51 ^a (42-56)
Eşyle ve/veya çocuğuyla	6 (2-12)	124 ^a (51-168)	52 (31-72)	47 ^b (27-59)
Akrabalarıyla	6 (3-10)	132 ^b (90-166)	58.5 (41-77)	51 ^a (38-64)
KW	0.246	9.060	0.372	5.836
p	0.620	0.011*	0.542	0.016*
Koroner Arter Hastalığı Sebebiyle Hastaneye Yatma Durumu				
Evet	7 (2-12)	128 (51-168)	54 (31-73)	49 (27-64)
Hayır	5 (2-10)	123 (53-166)	52 (33-77)	47 (29-59)
U	5183	5851.5	5773	6149.5
p	0.001***	0.020*	0.013*	0.073
Daha Önce Koroner Anjiyografi İşlemi Olma Durumu				
Evet	7 (2-12)	128 (51-168)	54 (31-73)	49 (27-64)
Hayır	5 (2-10)	124 (53-166)	52 (33-77)	48 (29-59)
U	5486.5	6420	6254	6559.5
p	<0.001***	0.050	0.024*	0.085
Tanı Alınan Farklı Kronik Hastalık Durumu				
Evet	6 (2-10)	129 (59-168)	55.29±8.64	49 (29-64)
Hayır	5 (3-12)	121 (51-166)	50.44±8.23	47 (27-56)
t-U	U=5805	U=4842.5	t=4.196	U=5515
p	0.038*	0.001***	0.001***	0.010*
Sürekli İlaç Kullanma Durumu				
Evet	6 (2-10)	127 (51-168)	53 (31-77)	49 (27-64)
Hayır	5 (3-12)	124 (54-166)	52 (32-69)	48 (35-55)
U	4602.5	5202	4836	5419.5
p	0.016*	0.243	0.057	0.464

Tablo 4.3. (Devam) Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İmmobilizasyon Süresi, YBÜÇSÖ, DKÖ ve SKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	İmmobilizasyon Süresi	YBÜÇSÖ Toplam	DKÖ Toplam	SKÖ Toplam
Sigara Kullanma Durumu				
Evet	6 (3-10)	128 (53-168)	54.5 (34-72)	48.5 (33-59)
Hayır	6 (2-12)	124 (51-166)	52 (31-77)	49 (27-64)
U	7437.5	6931	6511	7415
p	0.914	0.316	0.081	0.883
Alkol Kullanma Durumu				
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
Evet	7 (3-10)	129 (53-151)	55 (33-72)	49.5 (35-57)
Hayır	6 (2-12)	125 (51-168)	53 (31-77)	48 (27-64)
U	3283.5	3287.5	3095	3521
p	0.483	0.496	0.239	0.936
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu				
Evet	6 (3-10)	131 (51-161)	53 (32-65)	50 (27-55)
Hayır	6 (2-12)	126 (53-168)	53 (31-77)	48 (29-64)
U	2421	2553	2477	2516.5
p	0.458	0.733	0.571	0.653
Gün İçinde Aktivite Yapmaktan Hoşlanma Durumu				
Evet	6 (2-12)	123.5 (51-161)	52 (31-72)	45.5 (27-58)
Hayır	6 (2-10)	128 (72-168)	55 (33-77)	50 (29-64)
U	7301	6451.5	6303.5	5188.5
p	0.220	0.008**	0.004**	<0.001***

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi; H: Kruskal-Wallis H Testi, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 a, b: Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasındaki fark anlamlıdır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre immobilizasyon süresi, YBÜÇSÖ, DKÖ ve SKÖ puanları arasındaki farklılık Tablo 4.3'te verilmiştir.

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre immobilizasyon süresi arasındaki farklılık incelendiğinde; gelir durumuna göre bireylerin immobilizasyon süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi gruptan olduğunu tespit etmek amacıyla yapılmış olan ileri analizde geliri giderinden az olan ile geliri giderinden fazla olan arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0.030$). Geliri giderinden az olanların immobilizasyon süresi medyanı 7, geliri giderine denk olanların 6 ve geliri giderinden fazla olanların ise medyanı 5'tir.

İmmobilizasyon süresi ile KAH nedeniyle hastaneye yatma durumlarına göre gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında, KAH nedeniyle daha öncesinde hastaneye yatan bireylerin immobilizasyon süresi meydanının 7, yatmayanların 5 ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$).

Daha önce anjiyografi işlemi olma durumuna göre immobilizasyon süresi arasındaki farklılığa bakıldığında, daha öncesinde anjiyografi olanların immobilizasyon süresi medyanının 7, olmayanların ise 5 olduğu ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$).

Farklı herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre immobilizasyon süresi arasındaki farklılığa bakıldığında, başka kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin immobilizasyon süresi meydanının 6, başka kronik hastalığı olmayanların 5 ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.038$).

Sürekli ilaç kullanma durumuna göre immobilizasyon süresi arasındaki farklılığa bakıldığında, sürekli ilaç kullananların immobilizasyon süresi meydanının 6, kullanmayanların 5 ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.016$).

Bireylerin cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer, birlikte yaşadığı kişi, sigara ve/veya alkol kullanma, düzenli egzersiz yapma durumu ve gün içerisinde

aktivite yapmaktan hoşlanma durumuna göre ise immobilizasyon süresinde istatistiksel olarak farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre DKÖ toplam puanları arasındaki farklılık incelendiğinde; kadınların meydanının 55, erkeklerin 52 olduğu ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.007$).

Gelir durumuna göre DKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, geliri giderinden az olanların meydanının 59, geliri giderine denk olanların 53, geliri giderinden fazla olanların ise 50 olduğu ve gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde geliri giderinden az olanlar ile geliri giderinden fazla olanlar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

İkamet ettiği yere göre DKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, köyde yaşayanların meydanının 56, ilçe merkezinde yaşayanların 55, il merkezinde yaşayanların ise 51 olduğu ve gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde köy ve ilçe merkezinde yaşayanlar ile il merkezinde yaşayanlar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

KAH nedeniyle hastaneye yatma durumlarına göre DKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, KAH nedeniyle daha öncesinde hastaneye yatan bireylerin DKÖ toplam puan meydanının 54, yatmayanların 52 ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.013$).

Daha önce koroner anjiyografi işlemi olma durumuna göre DKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, daha öncesinde anjiyografi olanların DKÖ toplam puan meydanının 54, olmayanların ise 52 olduğu ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.024$).

Farklı herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre DKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, başka kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin DKÖ toplam puan ortalamasının 55.29 ± 8.64 , başka kronik hastalığı olmayanların 50.44 ± 8.23 ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Gün içerisinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumuna göre DKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, gün içerisinde aktivite yapmaktan hoşlananların DKÖ toplam puan meydanının 52, hoşlanmayanların ise 55 olduğu ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.004$).

Bireylerin medeni durum, yaşanılan yer, birlikte yaşadığı kişi, sürekli ilaç kullanma durumu, sigara kullanma, alkol kullanma ve düzenli egzersiz yapma durumuna göre ise DKÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre SKÖ toplam puanları arasındaki farklılık incelendiğinde; kadınların meydanının 50, erkeklerin 47 olduğu ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$).

Medeni durumuna göre SKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, bekar olanların SKÖ toplam puan meydanının 51, evli olanların 48 olduğu ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$).

Gelir durumuna göre SKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, geliri giderinden az olanların SKÖ toplam puan meydanının 50, geliri giderine denk olanların 49, geliri giderinden fazla olanların ise 45 olduğu ve gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde geliri giderinden az olanlar ile geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olanlar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

İkamet ettiği yere göre SKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, köyde yaşayanların SKÖ toplam puan meydanının 50, ilçe merkezinde yaşayanların 51, il merkezinde yaşayanların ise 45 olduğu ve gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde köy ve ilçe merkezinde yaşayanlar ile il merkezinde yaşayanlar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Birlikte yaşadığı kişilere göre SKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, yalnız yaşayanların SKÖ toplam puan meydanının 51, eşi ya da çocuklarıyla yaşayanların 47, akrabalarıyla yaşayanların ise 51 olduğu ve gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde yalnız ve akrabalarıyla birlikte yaşayanlar ile eşi ya da çocuklarıyla yaşayanlar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0.016$).

Farklı herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre SKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, başka kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin SKÖ toplam puan meydanının 49, başka kronik hastalığı olmayanların 47 ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.010$).

Gün içerisinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumuna göre SKÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, gün içerisinde aktivite yapmaktan hoşlananların SKÖ toplam puan meydanının 45.5, hoşlanmayanların ise 50 olduğu ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Bireylerin KAH nedeniyle daha öncesinde hastaneye yatma, daha öncesinde anjiyografi işlemi olma, sürekli ilaç kullanma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ve düzenli egzersiz yapma durumuna göre ise SKÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasındaki farklılık incelendiğinde; kadınların meydanının 129.5, erkeklerin 122 olduğu ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Medeni durumuna göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, bekar olanların YBÜÇSÖ toplam puan meydanının 134, evli olanların 125 olduğu ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.038$).

Gelir durumuna göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, geliri giderinden az olanların YBÜÇSÖ toplam puan meydanının 142, geliri giderine denk olanların 126, geliri giderinden fazla olanların ise 120 olduğu ve gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde geliri giderinden az olanlar ile geliri giderinden fazla olanlar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

İkamet ettiği yere göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, köyde yaşayanların YBÜÇSÖ toplam puan meydanının 136.5, ilçe merkezinde yaşayanların 128, il merkezinde yaşayanların ise 120 olduğu ve gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde köy ile il merkezinde yaşayanlar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Birlikte yaşadığı kişilere göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, yalnız yaşayanların YBÜÇSÖ toplam puan meydanının 125, eşi ya da çocuklarıyla yaşayanların 124, akrabalarıyla yaşayanların ise 132 olduğu ve gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde yalnız ve eşi ya da çocuklarıyla yaşayanlar ile akrabalarıyla birlikte yaşayanlar arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0.011$).

KAH nedeniyle hastaneye yatma durumlarına göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, KAH nedeniyle daha öncesinde hastaneye yatan bireylerin YBÜÇSÖ toplam puan meydanının 128, yatmayanların 123 ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.020$).

Farklı herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, başka kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin YBÜÇSÖ toplam puan meydanının 129, başka kronik hastalığı olmayanların 121 ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Gün içerisinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumuna göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasındaki farklılığa bakıldığında, gün içerisinde aktivite yapmaktan

hoşlananların YBÜÇSÖ toplam puan meydanının 123.5, hoşlanmayanların ise 128 olduğu ve iki grup arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.008$).

Bireylerin daha öncesinde anjiyografi işlemi uygulanma durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ve düzenli egzersiz yapma durumuna göre ise YBÜÇSÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

4.4 Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İmmobilizasyon Süresi ile Çevresel Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 4.4 Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İmmobilizasyon Süresi ile Çevresel Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki

Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği		
İmmobilizasyon süresi	r	0.004
	p	0.944

r: Pearson korelasyon analizi, $p<0.05$

Koroner anjiyografi uygulanan hastaların immobilizasyon süresi ile Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.4'te sunulmuştur. Koroner anjiyografi uygulanan hastaların immobilizasyon süresi ile Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

4.5 Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İmmobilizasyon Süresi ile Durumluk ve Süreklik Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 4.5. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İmmobilizasyon Süresi ile Durumluk ve Süreklik Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki

		DKÖ Toplam	SKÖ Toplam
İmmobilizasyon süresi	s	0.037	-0.044
	p	0.560	0.482

s: Spearman korelasyon analizi, $p<0.05$

Koroner anjiyografi uygulanan hastaların immobilizasyon süresi ile Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.5'te sunulmuştur. Hastaların immobilizasyon süresi ile durumluk ve süreklilik kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

4.6 Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği Puan Ortalamaları ile Durumluk ve Süreklilik Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 4.6. Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği Puan Ortalamaları ile Durumluk ve Süreklilik Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki

		DKÖ Toplam	SKÖ Toplam
YBÜÇSÖ Toplam	s	0.432	0.398
	p	0.000	0.000

s: Spearman korelasyon analizi, $p<0.05$

Koroner anjiyografi uygulanan hastaların Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği Puan Ortalamaları ile Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 4.6'te sunulmuştur. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği puan ortalaması ile Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

5. TARTIŞMA

Koroner anjiyografi uygulanan hastalarda immobilizasyon süresi, çevresel stresörler ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülmüş olan çalışmanın tartışması bu bölümde değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden koroner anjiyografi uygulanan hastaların immobilizasyon süresi ortalaması 6.25 ± 1.79 saat olarak belirlenmiştir. Hastalara uygulanan koroner anjiyografi sonrasında hastalarda kateter giriş yerinde kanama, hematoma, ambulasyon ve arterit tromboz gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Yu vd., 2012; Mehraeen vd., 2023). Oluşabilecek bu komplikasyonları engellemek adına hastalar 2-24 saat arasında supine pozisyonunda yatırılmaktadır. Literatürde hastaların en az 6 saat süresince supine pozisyonunda yatırılması önerilmektedir (Mohammady vd., 2014). Mehraeen vd. (2023) tarafından femoral arterden koroner anjiyografi uygulanan hastaların erken mobilizasyonunun vasküler komplikasyonlara etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri sistematik derleme çalışmasında hastaların ortalama 2-4 saat süresince immobil kaldıklarını belirlemişlerdir. Çalışmanın bu bulgusu literatürde yer alan benzer çalışma bulguları ile benzerlik göstermekle birlikte, elden edilen bu bulgu, çalışmadaki bireylerin sistematik derlemeye dahil edilen bireylerden daha uzun süre immobil kaldığını göstermektedir.

Koroner anjiyografi uygulanan hastaların Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği puan ortalamasının ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bulgumuzun aksine Candan Dönmez, Demir Korkmaz ve Geçit (2020) tarafından yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hasta bireylerin yaşadığı stresörleri tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada hastaların stres düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak literatür incelendiğinde bizim çalışma bulgularımızla benzer şekilde ağırlıklı olarak yoğun bakım hastalarının çevresel stres düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Karaağaç ve Bal Özkaptan (2023) tarafından yoğun bakım ünitesinde çevresel stres faktörlerinin hastaların konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirmiş oldukları çalışmada, Bülbüloglu vd.(2022) tarafından dahiliye, cerrahi ve Covid-19 yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastaların çevresel stres faktörlerinin hastaların yoğun bakım deneyimleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirmiş oldukları çalışmada, Gezgin, Göktaş ve Orhan (2022) tarafından yoğun bakım ünitesindeki hastaların anksiyete ve depresyon

düzeyleri ile çevresel stres etkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada hastaların çevresel stres düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğunu saptamışlardır. Elde edilen çalışma bulguları hastaların hangi yoğun bakım ünitesinde yatmış olmasının önemi olmaksızın yoğun bakım ünitelerinin hastalar için yoğun bir stres faktörü oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Birey tarafından daha önce deneyimlenmemiş her durum bireyde belirli düzeyde kaygı gözlenmesine ortam oluşturur. Bireyler için hastalık durumu ve hastaneye yatma süresi ne nedenle olursa olsun bu durum hastalar için stres, korku, depresyon ve anksiyete kaynağıdır (Çetinkaya ve Karabulut, 2010). Koroner anjiyografi işlemi, kalp gibi yaşamsal önemi mühim olan bir organa uygulanmasının yanı sıra nihayetinde başarılı olacağıın garantisinin olmaması, CABG gerekebilmesi nedeniyle bireyde akut strese neden olabilmektedir. Çalışmaya dahil edilen bireylerin durumluluk ve süreklilik kaygı düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Albayrak Piro, Gün ve Erdoğan (2022) tarafından koroner anjiyografi sonrası zorunlu yatak istirahati süresinde dinletilen müziğin hastaların deneyimlediği ağrı, anksiyete ve hemodinamik parametrelere etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, Özlü vd. (2022) tarafından koroner anjiyografi ve elektif perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda mahremiyetin anksiyete üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, Ramezanibadr vd. (2018) tarafından koroner anjiyografi uygulanan erkek hastaların anksiyete düzeylerini inceledikleri çalışmada, Goudarzi vd. (2018) tarafından radial anjiyografi uygulanan hastaların anksiyetesinde relaksasyonun etkisini değerlendirdikleri çalışmada hastaların anksiyete düzeylerinin orta düzeyde olduğunu saptamışlardır. Çalışmanın bu bulgusu hem ulusal hem de uluslararası literatürde yer alan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre immobilizasyon süresi arasındaki farklılık incelendiğinde; gelir durumuna, daha önce koroner arter hastalığı sebebiyle hastaneye yatma durumuna, daha önce anjiyografi işlemi olma durumuna, tanı alınan farklı bir kronik hastalığa sahip olma durumuna ve sürekli ilaç kullanma durumuna göre bireylerin immobilizasyon süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Matte ve diğerleri tarafından koroner anjiyografi uygulanan hastaların işlem sonrası immobil kalma sürelerini kısaltmak amacıyla gerçekleştirdikleri girişimsel çalışmada, Wang ve diğerleri tarafından

koroner anjiyografi uygulanan hastaların dört saatlik immobilizasyon süresi ile altı saatlik immobilizasyon süresinin hastaların güvenliği, konforu ve memnuniyet düzeyleri üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla gerçekleştikleri çalışmada hastaların kronik hastalığa sahip olma durumlarının immobilizasyon süresini etkilediği belirlenmiştir (Wang vd., 2001; Matte vd., 2016). Literatürde sınırlı sayıda bulunan benzer çalışma bulguları çalışmanın bulgusuyla benzerlik gösterirken, koroner anjiyografi uygulanan hastalarda erken mobilizasyonun hastalar için daha konforlu olduğu önerilmektedir.

Araştırmaya dahil edilen koroner anjiyografi uygulanan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği toplam puanları arasındaki farklılık incelendiğinde; cinsiyete, medeni duruma, gelir durumuna, ikamet etmekte olduğu yere, kiminle yaşadığına, daha önce koroner arter hastalığı sebebiyle hastaneye yatma durumuna ve tanı alınan farklı bir kronik hastalığa sahip olma durumuna göre bireylerin yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gezginci, Göktaş ve Orhan (2022) tarafından yoğun bakım ünitesindeki hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile çevresel stres etkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada bireylerin medeni durumunun yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği puanında farklılık oluşturduğu saptanırken, Karaağaç ve Özkaptan (2023) tarafından yoğun bakım ünitesinde çevresel stres faktörlerinin hastaların konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, Bülbüloglu vd. (2022) tarafından dahiliye, cerrahi ve Covid-19 yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastaların çevresel stres faktörlerinin hastaların yoğun bakım deneyimleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada bireylerin sosyodemografik değişkenlerinin ölçek puanını etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmanın bu bulgusu ile literatürde yer alan çalışma bulguları birbirinden farklılık göstermektedir. Bu sonuç koroner anjiyografi uygulanan bireylerin çok çeşitli nedenlerden dolayı stres yaşayabileceğini bu nedenle çalışma bulgularında farklılık olmasının olağan olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden koroner anjiyografi uygulanan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre durumluluk ve süreklilik kaygı ölçeği toplam puanları arasındaki farklılık incelendiğinde; cinsiyete, gelir durumuna, ikamet etmekte

olduğu yere, koroner arter hastalığı sebebiyle daha öncesinde hastaneye yatmış olma durumuna, anjiyografi olma durumuna, kronik hastalığa sahip olma durumuna ve gün içerisinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumuna göre durumluluk kaygı ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenirken, cinsiyete, medeni duruma, gelir durumuna, ikamet etmekte olduğu yere, birlikte yaşadığı kişiye, kronik hastalığa sahip olma durumuna ve gün içerisinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumuna göre de bireylerin süreklilik kaygı ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). AbdAllah ve diğerleri (2020) tarafından koroner anjiyografi uygulanan bireylerin anksiyete durumunu etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada bireylerin anksiyete durumunun cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyine göre farklılık gösterdiği, Delewi ve diğerleri (2017) tarafından koroner anjiyografi uygulanan hastaların kaygı düzeylerini inceledikleri çalışmada bireylerin anksiyete durumunun yaşa ve cinsiyete göre farklılık gösterdiği, Atik ve diğerleri (2015) tarafından koroner anjiyografi sonucunun kaygı düzeyine ve ağrı algısına etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında bireylerin anksiyete düzeyinin çalıştığı işe, kronik hastalık durumuna, koroner anjiyografi sonucuna ve beden kitle indeksine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Literatürde yer alan benzer çalışma bulgularında hastaların benzer sosyodemografik özelliklerinin anksiyeteleri üzerinde farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Bu bulgu literatürde yer alan benzer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre immobilizasyon süresi arasındaki farklılık incelendiğinde; gelir durumuna göre bireylerin immobilizasyon süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi gruptan olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde geliri giderinden az olan ile geliri giderinden fazla olan arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0.030$). Geliri giderinden az olanların immobilizasyon süresi medyanı 7, geliri giderine denk olanların 6 ve geliri giderinden fazla olanların ise medyanı 5'tir.

Çalışmaya katılan hastaların demografik, sağlık, alışkanlık ve egzersiz bulgularına göre DKÖ toplam puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, hastaların cinsiyetlerine, gelir durumlarına, ikamet yerlerine, koroner arter hastalığı sebebiyle

hastaneye yatma durumlarına, anjiyografi işlemi olma durumlarına, tanı alınan farklı kronik hastalık durumlarına göre ve gün içinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumlarına göre “DKÖ Toplam” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu; diğer tüm demografik, sağlık, alışkanlık ve egzersiz bulgularına göre “DKÖ Toplam” puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların demografik, sağlık, alışkanlık ve egzersiz bulgularına göre SKÖ toplam puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, hastaların cinsiyetlerine, medeni durumlarına , gelir durumlarına ikamet yerlerine , yaşanılan yer durumlarına tanı alınan farklı kronik hastalık durumlarına göre ve gün içinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumlarına göre “SKÖ Toplam” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, diğer tüm demografik, sağlık, alışkanlık ve egzersiz bulgularına göre “SKÖ Toplam” puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Bireylerin bireysel alışkanlıklarının hem düşünce yapılarını hem de günlük hayattaki davranış biçimlerini doğrudan etkilediği düşünülmektedir. Bu noktada düzenli egzersiz yapmakta olan bir bireyin anksiyete oranının ve kardiyovasküler hastalığa yakalanma riskinin daha az olduğu görülmektedir. Uzun’un 2016 yılında yürütmüş olduğu araştırmada da egzersizin ve düzenli aktivitenin uzun dönemde sağladığı büyük kardiyovasküler yararlar göz ardı edilmemesi gereken bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla birey koroner arter hastalığa daha az yakalanma ihtimaline sahip olacak ve bu doğrultuda anksiyeteye sahip olma durumu da gözle görünür düzeyde azalmış olacaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin immobilizasyon süresi ile Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği, DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Koroner anjiyografi uygulanan hastalar 24 saate kadar immobil kalabilmektedir (Sulaiman ve Zafar, 2023). Hastaların deneyimlemiş olduğu hareketsizlik ve aynı zamanda kateter giriş yerine uygulanan basınç hastaların stres ve anksiyete düzeyini arttırabilmektedir. Literatür doğrultusunda hastaların immobilizasyon süresi ile çevresel stres, durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri arasında anlamlı ilişki olması beklenirken elde edilen bu bulgu literatürle uyuşmamaktadır. Bu durum, verilerin toplanmış olduğu yoğun bakım ünitesinde ve kardiyoloji servisinde koroner anjiyografi sonrası hastalara uygulanan bakım uygulamaları ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmaya dahil edilen koroner anjiyografi uygulanan hastalarının yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği puan ortalaması ile durumluluk ve süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Gezinci vd. (2022) ile Yun ve Lee (2011) yapmış oldukları çalışmalarda da hastaların hastane anksiyetesi düzeyleri ile çevresel stresörleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Stresin anksiyeteyi arttırıcı bir etmen olduğu düşünüldüğünde yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği puanı hastaların durumluk ve süreklilik kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönlü bir ilişki olması beklenen bir bulgudur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmanın sonucuna göre çalışmaya dahil edilen koroner anjiyografi uygulanan bireylerin;

- İmmobilizasyon süresi ortalamasının 6.25 ± 1.79 saat olduğu,
- Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği puan ortalamasının ortalamanın üzerinde olduğu,
- Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının orta seviyede olduğu,
- Gelir durumu, koroner arter hastalığı sebebiyle hastaneye yatma durumu, anjiyografi işlemi olma durumu, farklı bir kronik hastalığa sahip olma durumu ve sürekli ilaç kullanma durumu değişkenleri ile immobilizasyon süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, ikamet yeri, yaşanılan kişi durumu, koroner arter hastalığı sebebiyle hastaneye yatma durumu, farklı bir kronik hastalığa sahip olma durumu ve gün içerisinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumu değişkenleri ile YBÜÇSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Cinsiyet, gelir durumu, ikamet yeri, koroner arter hastalığı sebebiyle hastaneye yatma durumu, anjiyografi işlemi olma durumu, farklı bir kronik hastalığa sahip olma durumu ve gün içerisinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumu değişkenleri ile DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- Cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, ikamet yeri, yaşanılan kişi durumu, farklı bir kronik hastalığa sahip olma durumu ve gün içerisinde aktivite yapmaktan hoşlanma durumu değişkenleri ile SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- İmmobilizasyon süresi ile Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği, DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı,

- Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği puan ortalaması ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Bireylerin mümkün olan en kısa süre içerisinde mobilize edilmesi,
- Bilinmezlik duygusunun hastaların kaygı düzeyini artırması nedeniyle koroner anjiyografi işlemi hakkında bireyin anlayabileceği düzeyde ve bireyin ihtiyaçlarına yönelik bilgilendirme yapılması,
 - Bilgilendirme için ayrıca bireylere mini broşürler hazırlanması ve bu broşürlerin bireylerin hastaneye yatışı yapılırca bireye verilmesi,
 - Bilgilendirme broşürünü inceleyen hastanın yanına kısa süre ile hasta yakınına da alıp hem hastanın hem hasta yakınının bilgilendirilmesinin sağlanması,
 - Yoğun bakım ünitesi içerisinde bireyin stres düzeyini arttıracak gereksiz konuşma ve ses yüksekliğinden kaçınılması sağlanması ve hastaların rahatlamasını sağlamak adına sözsüz müzik dinletilmesi,
 - Bireylerin çevresel stres, durumluluk ve süreklilik kaygı düzeylerini azaltacak dikkati başka yöne çekme gibi nonfarmakolojik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
 - Hasta yataklarının yakınındaki fazla ışıkların söndürülmesi,
 - Hasta başı panelinde ve yatak kenarında yalnızca gerekli ekipmanlar bulundurularak dağınık ve yoğun bir görüntünün oluşması önlenmesi,
 - Ayrıca hastaların anksiyetelerini azaltabilmek için konuyla ilişkili preop ve post op protokollerinin geliştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abd Allah, E. S., Ali, S. A. A., & Abdeve l-Azız, H. R. (2020). Anxiety and its associated factors among older patients undergoing coronary angiography and percutaneous coronary intervention. *Journal of The Egyptian Society of Parasitology*, 50(2), 333-343.
- Adalet, K. (2019). İskemik kalp hastalığı klinik kardioloji. N Koylan ve F Mercanoğlu (Eds.), *Klinik kardioloji* (2.baskı, s. 3- 563). İstanbul.
- Aghakhani, N., Najafi Kalyani, M. & Salami, J. (2016). The effects of discharge planning on self-care ability in patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty in Seyyedolshohada (as) Hospital. *Nursing and Midwifery Journal*, 13(12), 1029-1038.
- Ahraz, M. (2018). *Koroner anjiyografi sonrası koroner arter bypass greft cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Akın, M. (2014). Coronary angiography in high risk patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2), 51-6.
- Aksoy, F., Baş, Ha., Bağcı, A. & Oskay, T. (2019). The CHA2DS2-VASc score for predicting atrial fibrillation in patients presenting with ST elevation myocardial infarction: prospective observational study. *Sao Paulo Medical Journal*, 137, 248-254. [https:// doi.org/ 10.1590/1516-3180.2018.0431140319](https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0431140319)
- Arslan, S., & Özer, N. (2016). Touching, music therapy and aroma therapy's effect on the physiological situation of thepatients in intensive care unit. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 867-75.
- Atik, D., Atik, C., Karatepe, H., Karatepe, C. & Cinar, S. (2015). The effect on anxiety level of coronary angiographic result and the perception of pain. *Int J Res Med Sci*, 3(2), 391.
- Bağcı, A., Aksoy, F. & Baş, H.A. (2019). Relationship between development of contrast nephropathy and Syntax score in acute coronary syndrome. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1181-1188. [https:// doi.org/ 10.17826/cumj.512112](https://doi.org/10.17826/cumj.512112)

- Bakan, G. (2016). Evidence based care practices in percutaneous coronary interventions. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 26-34. <https://doi.org/10.5543/khd.2016.39358>
- Balcı, A., & Enç, N. (2012). Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5),41-50
- Ballard, KS. (1981). Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues in Mental Health Nursing*, 3(1), 89-108. <https://doi.org/10.3109/01612848109140863>
- Başak, T., Uzun, Ş. & Arslan, F. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(2), 76-81.
- Bayata, M. S., & Saraç, S. (2014). Complications and risks in coronary angiography. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*, 7(2), 85-9.
- Berber, E., & Kızıltan, B. (2022). Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 13(31), 91-98. <https://doi.org/10.5543/khd.2022.211422>
- Bingbing,Z., Uzun, J. & Fengxia, L. (2023). Kalp ve Koroner Arterler. *Asya Cerrahi Dergisi*, 46, 8.
- Bulbuloglu, S., Çınar, F. & Çürük, G. N. (2022). The effect of environmental stressors on patient experience in medical, surgical, and COVID-19 intensive care unit. *Journal of Patient Experience*, 9,237 <https://doi.org/10.1177/23743735221092545>
- Burn, K.L., Marshall, B. & Scrymgeour, G. (2015). Early mobilization after femoral approach diagnostic coronary angiography to reduce back pain. *Journal of Radiology Nursing*, 34(3), 162-9. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2015.04.008>
- Cengizhan, Ş. (2018). *Anjiyografi öncesi planlı hasta eğitiminin durumluk, sürekli ve ölüm kaygısı üzerine etkisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Heart disease facts. <https://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm>

- Cybulska,B., & Kłosiewicz-latoszek, L.(2019). Landmark studies in coronary heart disease epidemiology. The Framingham Heart Study after 70 years and the Seven Countries Study after 60 years. *Polish Heart Journal*, 77, 173–180. <https://doi.org/10.5603/KP.a2019.0017>
- Çevik, S., & Çıtlık Sarıtaş, S. (2020). Miyokard enfarktüsü geçiren, sağlık anksiyetesinin uyku kalitesine etkisi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(24), 16-22. <https://doi.org/10.5543/khd.2020.38257>
- Çınar, S., Aslan, F. ve Kurtoğlu, T. (2011). Yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(2), 61-66.
- De Jonghe, B., Cook, D., Griffith, I., Appere-de-Vecchi, C., Guyatt, G., Théron, V. vd. (2003). Adaptation to the critical care environment (ATICE): Developing and validating a new sedation assessment tool. *Critical Care Medicine*, 31(9), 2344–54.<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000084850.16444.94>
- Delewi, R., Vlastra, W., Rohling, W. J., Wagenaar, T. C., Zwemstra, M., Meesterman, M. G., ... & Henriques, J. P. (2017). Anxiety levels of patients undergoing coronary procedures in the catheterization laboratory. *International Journal of Cardiology*, 228, 926-930.
- Demir, Ö., & Arslantaş, H. (2016). Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 10-17
- Dilek, F. (2008). *Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Trakya Üniversitesi.
- Dong, Y., Zhai, Z., Zhu, B., Xiao, S., Chen, Y., Hou, A., ... & Li, J. (2023). Development and validation of a novel prognostic model predicting the atrial fibrillation recurrence risk for persistent atrial fibrillation patients treated with nifekalant during the first radiofrequency catheter ablation. *Cardiovascular Drugs And Therapy*, 37(6), 1117–1129. <https://doi.org/10.1007/s10557-022-07353-9>

- Dönmez, Y. C., Korkmaz, F. D., & Geçit, S. (2020). Yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin hastalar tarafından algılanması. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(2), 190-7. <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-72255>
- Dülek, H., Vural, Z. T., & Gönenç, İ. (2019). Kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ve kardiyovasküler risk skorlamalarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 46(3), 449-459. <https://doi.org/10.5798/dicletip.620443>
- Ede, H., Karaçavuş, S. ve Erbay, A. R. (2015). Miyokard perfüzyon sintigrafisinin uygulanması ve kardiyolojide kullanımı. *Bozok Tıp Dergisi*, 5(1), 59-65.
- Enç, N., Uysal, H., Şen Uzun, F., Canlı Özer, Z., Guruşçu, E., & Şentürk, Ö. (2012). Türkiye’de kardiyoloji kliniklerinde çalışan hemşire ve teknisyenlerin profili. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3),70-83. <https://doi.org/10.5543/khd.2012.008>
- Erol, Ç., & Atalar, E. (2014). Griffin Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı. BP Griffin, TD Callahan, V Menon. (Eds.). *Kardiyovasküler Hastalıklar* (4. baskı, s. 100-155). Ankara. Güneş Tıp Kitapevi.
- Fereidouni, Z., Kameli Morandini, M. & Najafi Kalyani, M. (2019). The efficacy of interventions for back pain in patients after transfemoral coronary angiography: a rapid systematic review. *Journal of Vascular Nursing: Official Publication of The Society For Peripheral Vascular Nursing*, 37(1), 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2018.11.002>
- Gezginci, E., Goktas, S. & Orhan, B.N. (2022). The effects of environmental stressors in intensive care unit on anxiety and depression. *Nursing in Critical Care*, 27(1), 113-119. <https://doi:10.1111/nicc.12553>
- Gökçe, S., Bulut, S., & Güngör, H. (2021). Koroner anjiyografi öncesi sosyal desteğin anksiyeteye etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 198-208. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.839455>
- Göksel, T. Ö. (2019). *Koroner anjiyografi olan hastaların öğrenim gereksinimleri* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
- Hintistan, S., Nural, N., & Öztürk, H. (2009). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 40-46.

- Jeong, Y.G., Jeongha,Y. & Sook, K.H. (2020). Development and effects of supplementary textbook about ekg for nursing students. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 27(3), 268-276. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2020.27.3.268>
- Kantarcı, M., & Okur, A. (2013). Kardiyak bilgisayarlı tomografi (bt)'de buluşlar: kesit mücadelesi, dual enerji, miyokardiyal perfüzyon spesifik kontrast maddeler. *Türk Kardiyoloji Derneği Seminerleri*, 1, 165-174. <https://doi:10.5152/trs.2013.016>
- Karaağaç, A. A., & Özkaptan, B. B. (2023). The effect of environmental stressors in intensive care unit on the comfort level of the patients. *International Journal of Caring Sciences*, 16(1), 312.
- Karabiber, M., & Dığın, F. (2023). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olacak Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical & Health Sciences*, 8(4), 1070-1078.
- Karaçavuş, S., & Durmuş Altun, G. (2018). Kalp yetmezliği ve aritmilerde nükleer kardiyoloji. *Nucl Med Semin*, 4, 106-114. <https://doi:10.4274/nts.2018.014>
- Karanci, A. N., & Dirik, G. (2003). Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *J Psychosom Res*, 55, 363-9. [https://doi:10.1016/s0022-3999\(02\)00631-1](https://doi:10.1016/s0022-3999(02)00631-1)
- Kasapoğlu, E. S., & Enç, N. (2017). A Guide for coronary artery patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(15), 1-7. <https://doi:10.5543/khd.2017.42713>
- Keskin, S. (2014). *Acil ve yoğun bakım hemşirelerinin elektrokardiyografi ritimlerini tanıyabilme ve uygun tedavi yaklaşımlarını bilme konusundaki yeterlilikleri* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. On Dokuz Mayıs Üniversitesi.
- Kırmızıgül, H., Tanrıverdi, F., Kurtoğlu Çelik, G., & Özhasenekler, A. (2023). Acil serviste çalışan hemşirelere verilen elektrokardiyografi eğitiminin bilgi düzeylerine etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 1-6. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1225025>
- Lee, I.M., Rexrode, K. M., Cook, N. R., Manson, J. E. & Buring, J. E. (2001). Physical activity and coronary heart disease in women: is "no pain, no gain" passé? *JAMA*, 285(11), 1447–1454. <https://doi.org/10.1001/jama.285.11.1447>

- Matte, R., Hilário Tde,S., Reich, R., Aliti,GB. & Rabelo-Silva, ER. (2016). Reducing bed rest time from five to three hours does not increase complications after cardiac catheterization. *The Three Cath Trial. Rev Lat Am Enfermagem*, 24, e2796. [https:// doi: 10.1590/1518-8345.0725.2796](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0725.2796).
- May, A. D., Parker, A. M., Caldwell, E. S., Hough, C. L., Jutte, J. E., Gonzalez, M. vd. (2021). Provider-documented anxiety in the ICU: Prevalence, risk Factors, and associated patient outcomes. *Journal of Intensive Care Medicine*, 36(12), 1424–1430. <https://doi.org/10.1177/0885066620956564>
- Mehraeen, P., Saraei, G., Bagheri, M., Soodmand, M., Asghardoust Rezaei, M., Chartab Mohammadi, T. vd. (2023). Early ambulation and vascular complications in patients under cardiac catheterization through the femoral artery: an updated systematic review. *International Journal of Medical Reviews*, 10(3), 535-542. <https://doi.org/10.30491/ijmr.2023.399009.1253>
- Moazami Goudarzi, Y., Ghadirian, F., Vahedian, A. & Pishgoo, A. (2018). The effect of benson relaxation on the anxiety of patients under radial angiography: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Critical Care Nursing*, 11(1), 1-6. [https://doi: 10.5812/ccn.65623](https://doi.org/10.5812/ccn.65623)
- Mohammady, M., Heidari, K., Akbari Sari, A., Zolfaghari, M. & Janani, L. (2014). Early ambulation after diagnostic transfemoral catheterisation: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 39–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.018>.
- Naidu, S. S., Aronow, H. D., Box, L. C., Duffy, P. L., Kolansky, D. M., Kupfer, J. M., vd. (2016). SCAI expert consensus statement: 2016 best practices in the cardiac catheterization laboratory: (Endorsed by the cardiological society of india, and sociedad Latino Americana de Cardiologia intervencionista; Affirmation of value by the Canadian Association of interventional cardiology-Association canadienne de cardiologie d'intervention). *Catheterization And Cardiovascular Interventions: Official Journal of The Society For Cardiac Angiography & Interventions*, 88(3), 407–423. <https://doi.org/10.1002/ccd.26551>
- National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). (2002). Third Report of the National Cholesterol Education

- Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*, 106, 3143-421.
- National Health Service. (2023, Feb 24) Intensive Care. <https://www.nhs.uk/conditions/intensive-care/>.
- Niknam Sarabi, H., Farsi, Z., Butler, S. & Pishgooie, A. H. (2021). Comparison of the effectiveness of position change for patients with pain and vascular complications after transfemoral coronary angiography: a randomized clinical trial. *Bmc Cardiovascular Disorders*, 21(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-01922-w>.
- Ora, M., & Gambhir, S. (2019). Myocardial perfusion imaging: a brief review of nuclear and nonnuclear techniques and comparative evaluation of recent advances. *The Official Journal of The Society of Nuclear Medicine*, 34(4), 263. https://doi: 10.4103/ijnm.IJNM_90_19
- Ölmezoğlu İri, N. İ., & Korkmaz, F. (2021). Bireylerin koronavirüs anksiyete düzeylerinin psikolojik sağlamlıklarına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 769-771. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.848507>
- Öner, N., Lecompte, A. (1998). Durumluk-sürekli anksiyete envanteri el kitabı (2. Baskı, s.1-26). İstanbul.Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özakkaş, T. (2014). Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. T Özakkaş (Ed.). *Normal Anksiyete* (1. Baskı, s.9-14). İstanbul. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Özen, A., & Çelik, S. (2010). Koroner anjiyoplasti ve intrakoroner stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 60-7.
- Özlu, Z. K., Özlu, İ., Bağdigen, M. & Öncer, H. (2022). Koroner anjiyografi ve elektif perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda mahremiyetin anksiyete üzerine etkisinin belirlenmesi: kesitsel çalışma. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 7(2), 465-72. <https:// doi: 10.5336/healthsci.2021-85502>
- Paç, M. (2013). Corrected transposition of the great arteries in a case full conduit occlusion: the importance of native pulmonary pathway. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 21(1), 41-46.

- Pamuk Cebeci, S., & Veremci, Ş. (2022). Koroner anjiyografi planlanan hastalara yönelik hemşirelik bakım girişimlerinin değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 45-53. <https://doi.org/10.53493/avrasyasbd.1077505>.
- Pirol, A. A., Gün, M., & Erdoğan, S. (2022). Koroner anjiyografi uygulanan hastalarda müziğin ağrı, anksiyete, hemodinamik parametrelere etkisinin değerlendirilmesi. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(7), 23-34. <https://doi.org/10.55433/gsb.145>
- Ralapanawa, U., & Sivakanesan, R. (2021). Epidemiology and the magnitude of coronary artery disease and acute coronary syndrome: a narrative review. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 11(2), 169–177. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.201217.001>
- Ramezanibadr, F., Amini, K., Hossaingholipor, K. & Faghihzadeh, S. (2018). The impacts of foot reflexology on anxiety among male candidates for coronary angiography: A three-group single-blind randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32, 200–204. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.07.005>
- Resmî Gazete. (Nisan, 2011). Hemşirelik Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.
- Rolley, J, X., Salamonson, Y., Wensley, C., Dennison, C.R., & Davidson, P.M. (2011). Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions, *Australian Critical Care*, 24(1), 18-38. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2010.08.002>
- Rosenberg, L., Palmer, J. R., & Shapiro, S. (1990). Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *New England Journal of Medicine*, 322(4), 213-217. <https://doi.org/10.1056/nejm199001253220401>
- Sağlık Bakanlığı. (2008). Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53). <https://www.saglik.gov.tr/tr-10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html>.
- Sarıgül, E., & Kavurmacı, M. (2022). Koroner yoğun bakımda hasta deneyimleri ve etkileyen faktörlerin saptanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 212-219. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.887452>.

- Shdaifat, S.A., & Al Gadire, M. (2022). Anxiety and depression among patients admitted to intensive care. *Nurs Crit Care*, 27(1), 106-112. <https://doi.org/10.1111/nicc.12536>
- Soehren, P. (1995). Stressors perceived by cardiac surgical patients in the intensive care unit. *American Journal Of Critical Care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 4(1), 71–76.
- Sulaiman, S. A., & Zafar, S. (2023). A literature review on effects of positioning and early ambulation on coronary angiography complication. *Clinical Medicine And Health Research Journal*, 3(5), 561-568.
- Şen, F. (2019). *Koroner anjiyografi öncesi verilen eğitimin koroner anjiyografi sonrası anksiyete düzeyi üzerine etkisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Osmangazi Üniversitesi.
- Tahboub, O. Y., & Dal Yılmaz, U. (2019). Nurses' knowledge and practices of electrocardiogram interpretation. *International Cardiovascular Research Journal*, 13(3), 80-84.
- Tan, E., Khoo, J., Gani, L. U., Malakar, R. D., Tay, T. L., Tirukonda, P. S., Kam, J. W., Tin, A. S. vd. (2019). Effect of multidisciplinary intensive targeted care in improving diabetes mellitus outcomes: a randomized controlled pilot study - the integrated diabetes education, awareness and lifestyle modification in singapore (IDEALS) program. *Trials*, 20(1), 549. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3601-3>
- Tavlı, T., & Pekel, N. (2011). Risk factors for coronary heart disease. *Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics*, 4(2), 65-95.
- Toprak, İ.H, & Demirbağ, R.(2023). Kronik koroner sendromlar. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 688-94.
- Tuncay, G.Y., & Ucar, H. (2010). Opinions of patients on physical environmental features of intensive care units. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*, 17(2), 33-46. <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-72255>
- Tunç, B. (2022). *Koroner anjiyografi uygulanan hastaların bilgi düzeyleri* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Biruni Üniversitesi

- Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri. (2017). Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. <https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>.
- Wang, S-L., Redeker, NS., Moreyra, AE. & Diamond MR. (2001). Comparison of comfort and local complications after cardiac catheterization. *Clinical Nursing Research*, 10(1), 29-39. <https://doi.org/10.1177/c10n1r4>
- Werne, K., Kander, K. & Axelsson, C. (2014). Electrocardiogram interpretation skills and among ambulance nurses. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1-7. <https://doi.org/10.1177/1474515114566158>
- World Health Organization (2021). World health statistics 2021: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf?sequence=1>
- Yalçın, H., & Canbaz Tosun, F. (2018). Koroner arter hastalığı tanı ve yönetiminde nükleer kardiyoloji. *Nucl Med Semin*, 4, 80-95. <https://doi.org/10.4274/nts.2018.012>
- Yava, A., Tosun, N., Ünver, V. & Çiçek, H. (2010). Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress Health*, 27(2), e36-47. <https://doi.org/10.1002/smi.1333>
- Yel, P., & Ünsar, S. (2020). Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(24), 7-15. <https://doi.org/10.5543/khd.2020.65477>
- Yel, P., Yıldırım, Y., Aykar, F. Ş. & Fadiloğlu, Ç. (2020). Akut koroner sendrom tanısı olan hastaya sistemler modeline göre uygulanan hemşirelik yaklaşımı. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(24), 43-49. <https://doi.org/10.5543/khd.2020.59244>
- Yeşil Bayülgen, M. (2015). *Koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Mersin Üniversitesi.
- Yeşildağ, O. (2014). Koroner anjiyografi sonrası kanama kontrolü, vasküler giriş yeri komplikasyonları, işlem sonrası izlem, *Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics*, 5(1), 53-9.

- Yılmaz, M., Sayın, Y. & Tel, H. (2012). Koroner anjiyografi yapılacak hastaların işlem öncesi bilgi gereksinimleri ve anksiyete düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 4(2), 55-65.
- Yu, M., Choi, Kc., Wong, Em., Sit, Jw. & Ip, Wy. (2012). Effect of early ambulation after transfemoral cardiac catheterization in hong kong: a single-blinded randomized controlled trial. *Anatol J Cardiol*, 12(3), 222-30. <https://doi.org/10.5152/akd.2012.065>
- Yun, J. Y., & Lee, K. E. (2011). Effect of nursing information on icu patient's environmental stress, anxiety and comfort. *Journal Of Korean Biological Nursing Science*, 13(2), 109-116.
- Zaybak, A., & Yapucu, Güneş, Ü. (2010). Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26(2), 17-26.

EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu tez çalışması 'koroner anjiyografi uygulanan hastalara işlem sonrasında uygulanan immobilizasyon süresi, çevresel stresörler ve hastaların anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülmektedir. Anketteki verilerin eksiksiz doldurulması çalışma verilerinin güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmadan elde edilen veriler yalnızca bu araştırma kapsamında kullanılacaktır.

Ordu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi
Hemşire Büşra ŞEN KALAMAN

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: 1) Erkek () 2) Kadın ()
3. Medeni Durumunuz: 1) Bekar () 2) Evli ()
4. Eğitim Durumunuz: 1) Okur-yazar değil () 2) Okur-yazar () 3) İlköğretim ()
4) Lise () 5) Üniversite ve üzeri ()
5. Mesleğiniz: 1) Ev hanımı () 2) Memur () 3) İşçi () 4) Çiftçi ()
5) Emekli () 6) Serbest Meslek () 7) Diğer () (Açıklayınız.....)
6. Gelir durumunuz: 1) Gelirim giderimden az () 2) Gelirim giderime denk ()
3) Gelirim giderimden fazla ()
7. Yaşadığınız yer: 1) Köy () 2) İlçe merkezi () 3) İl merkezi ()
8. Kimlerle yaşıyorsunuz: 1) Yalnız () 2) Eşimle ve/veya çocuğumla ()
3) Akrabalarım () Kurumda () 5) Diğer ()
9. Ne kadar süredir koroner arter hastasıınız?yılay
10. Koroner arter hastalığınız ile ilgili yaşadığınız şikâyetleriniz nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
1) Göğüs Ağrısı () 2) Yorgunluk () 3) Çarpıntı () 4) Nefes Darlığı () 5) Diğer()
11. Koroner arter hastalığı sebebiyle daha önce hastanede yattınız mı?
1) Evet () (Kaç kez:)
- 2) Hayır ()
12. Daha önceden anjiyografi işleminiz oldu mu ? 1) Evet () (Kaç kez:)
- 2) Hayır ()
13. Tanı aldığınız başka bir kronik hastalığınız var mı? 1) Evet ()
(Açıklayınız:.....)
- 2) Hayır ()

EK 1. (Devam) Kişisel Bilgi Formu

14. Sürekli kullandığınız ilacınız var mı? 1) Evet () (Açıklayınız:.....)
2) Hayır ()
15. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet () (Ne kadar süredir:....) 2) Hayır () 3)
Bıraktım (süre.....)
16. Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet () (Ne kadar süredir:....) 2) Hayır () 3)
Bıraktım (süre.....)
17. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? 1) Evet () (Günde/ haftada/dk) 2)
Hayır ()
18. Gün içinde aktivite yapmaktan hoşlanır mısınız? 1) Evet () 2) Hayır ()
19. Kaç saattir sırtüstü pozisyonda hareketsiz bir şekilde
yatıyorsunuz?.....saat

EK 2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ)

Aşağıdaki Stresörlerden ne derecede etkilendiğinizi uygun sütuna çarpı (X) koyarak belirtiniz.

	Stresörler	Hiç Etkilemez	Çok Az Etkiler	Sıklıkla Etkiler	Çok Fazla Etkiler
1.	Tüplere bağlanmış olmak	1	2	3	4
2.	Hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları	1	2	3	4
3.	Hemşirelerin çok aceleci olmaları	1	2	3	4
4.	Su içememek	1	2	3	4
5.	Sık sık tansiyon(kan basıncı) ölçülmesi	1	2	3	4
6.	Yatak ve/veya yastığın rahat olmaması	1	2	3	4
7.	Telefon sesini duymak (telefonun çalması)	1	2	3	4
8.	Doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması	1	2	3	4
9.	Etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması	1	2	3	4
10.	Hemşirelerin makineleri, sizi izlediklerinden daha yakın izlemeleri	1	2	3	4
11.	Makinelerin seslerini ve alarmları duymak	1	2	3	4
12.	Hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları	1	2	3	4
13.	Oksijen almak / oksijen maskesitakmak	1	2	3	4
14.	Eşinizi özlemek	1	2	3	4
15.	Yapılan tedavilerin size açıklanmaması	1	2	3	4
16.	Kalp monitörünüzün alarminin bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak)	1	2	3	4
17.	Hemşirelerin, yatağınızın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları	1	2	3	4
18.	Burnunuzda veya ağızınızda tüplerin olması	1	2	3	4
19.	Saatin kaç / zamanın ne olduğunu bilmemek	1	2	3	4
20.	Diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak	1	2	3	4
21.	Erkek ve kadınların aynı odadakalmaları	1	2	3	4
22.	Aile ve arkadaşları günde birkaçdakika görmek	1	2	3	4
23.	Size yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek	1	2	3	4
24.	Hemşireler tarafından uyandırılmak	1	2	3	4
25.	Alışılmadık sesler duymak	1	2	3	4
26.	Diğer hastalara yapılan tedavileri görmek	1	2	3	4
27.	Sürekli tavana bakmak (tavanı izlemek)	1	2	3	4
28.	Uyuyamamak	1	2	3	4
29.	Serum setler nedeniyle ellerinizi ve kollarınızı kıpırdatamamanız (hareket ettirememeniz)	1	2	3	4
30.	Çevredeki alışık olmadık kokuları duymak	1	2	3	4
31.	Işıkların sürekli (açık) olması	1	2	3	4

EK 2. (Devam) Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ)

	Stresörler	Hiç Etkilemez	Çok Az Etkiler	Sıklıkla Etkiler	Çok Fazla Etkiler
32.	Ağrı olması	1	2	3	4
33.	Başınızın üzerindeki (damar içi) serum/kan torbalarını görmek	1	2	3	4
34.	İğneler yapılması (iğnelerle delinmek)	1	2	3	4
35.	Nerede olduğunuzu bilmemek	1	2	3	4
36.	Hemşirelerin, anlaşılmayan kelimeler kullanmaları	1	2	3	4
37.	Kendi kontrolünüzün kendi elinizde olmaması	1	2	3	4
38.	Hangi günde olduğunu bilmemek	1	2	3	4
39.	Sıkılmak	1	2	3	4
40.	Mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması)	1	2	3	4
41.	Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak	1	2	3	4
42.	Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak	1	2	3	4

EK 3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım 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 ÜZERİNDE fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Durumluk:

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
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 GÜVENİM 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 3. (Devam) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri**Süreklilik:**

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	1	2	3	4
22.	Genellikle çabuk yorulurum	1	2	3	4
23.	Genellikle kolay ağlarım	1	2	3	4
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	1	2	3	4
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	1	2	3	4
28.	GÜÇLÜKLERİN yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	1	2	3	4
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1	2	3	4
30.	Genellikle mutluyum	1	2	3	4
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1	2	3	4
32.	Genellikle kendime GÜVENİM yoktur	1	2	3	4
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	1	2	3	4
34.	Sıkıntılı ve GÜÇ durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4
35.	Genellikle kendimi HÜZÜNLÜ hissedirim	1	2	3	4
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	1	2	3	4
37.	Olur olmaz DÜŞÜNCELER beni rahatsız eder	1	2	3	4
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1	2	3	4
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	1	2	3	4
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	1	2	3	4

EK 4. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri Kullanım İzni

01.02.2022

İlgili Kuruma,

Prof Dr. Necla Öner, "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları alanında yüksek lisans öğrencisi Büşra Şen Kalamam'ın, "Koroner Anjiyografi Sonrası İmmobilizasyon Süreci ve Hasta Anksiyetesi Arasındaki İlişki" konulu tezinde "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner



EK 5. Yoğun Bakım Çevresel Stresörler Ölçeği Kullanım İzni

B Büsra Şen Kalaman <edebisen@gmail.com> 28 Nis 2022 16:59 ☆ 😊 ↶ ⋮
Alıcı: frdsin ▼

Sayın Funda Aslan;

Adım Büsra Şen Kalaman.Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında Hemşirelik Esasları alanında yüksek lisans öğrencisiyim.Tez dönemime giriş sürecindeyim ve

"Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda İmmobilizasyon ve Hasta Anksiyetesi Arasındaki İlişki" adlı tez çalışmada uyarlanmış ve geliştirmiş olduğumuz "Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği" ni koroner anjiyografi sonrası hastalarda uygulamak üzere sizden gerekli izin talep ediyorum.Tezekkür ederim.

Saygılarımla..

F Funda Aslan <frdsin@hotmail.com> 30 Nis 2022 17:23 ★ 😊 ↶ ⋮
Alıcı: ben ▼

Merhaba Büsra Hanım,

Geçerlik ve güvenilirliğini çalıştığım "YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN HASTALARIN ALGILADIKLARI ÇEVRESEL STRESÖRLER ÖLÇEĞİNİ" kullanabilirsiniz. Tezini içinde ölçek mevcut. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Funda Aslan

iPhone'umdan gönderildi

Büsra Şen Kalaman <edebisen@gmail.com> şunları yazdı (28 Nis 2022 16:59):

...

B Büsra Şen Kalaman <edebisen@gmail.com> 30 Nis 2022 17:26 ☆ 😊 ↶ ⋮
Alıcı: Funda ▼

Teşekkür ederim,saygılarımla.

30 Nis 2022 Cmt, saat 17:23 tarihinde Funda Aslan <frdsin@hotmail.com> şunu yazdı:

...

EK 6. Tez Önerisi /Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
28/06/2022	16	2022/132-137

Enstitü Yönetim Kurulu, Enstitü Müdürü Dr. Öğr. Üyesi Hanife DURGUN başkanlığında 28/06/2022 tarihinde saat 12.15'te toplandı. Gündem onaylanarak kabul edildi. Gündemde bulunan konular görüşülerek aşağıdaki yazılı kararlar alındı.

KARAR NO: 2022/137

Enstitümüz Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programına kayıtlı 20540200037 öğrenci nolu Büşra ŞEN KALAMAN'ın, tez konusu önerisine ilişkin Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 27/06/2022 tarih ve 744100 sayılı yazısı ve ekleri görüşüldü.

Enstitümüz Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programına kayıtlı 20540200037 öğrenci nolu Büşra ŞEN KALAMAN'ın, Ordu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği'nin 27/1 maddesi uyarınca tez önerisinin Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan önerildiği şekli ile uygun olduğuna, kararın ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı'na tebliğine toplantıya katılanların oybirliği ile karar verildi (**EK-5**).

Öğrenci No	Adı Soyadı	Danışmanı	Tez Konusu
20540200037	Büşra ŞEN KALAMAN	Dr. Öğr. Üyesi Hanife DURGUN	<i>Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda İmmobilizasyon, Çevresel Stresörler ve Anksiyete Arasındaki İlişki</i>



EK 7. Kurum İzni

Belge Dışında Kullanılmamalıdır. Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://www.muh.gov.tr/saglik-bakanligi>

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI ORDU VALİLİĞİ				
ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI				
ARAŞTIRMA YAPACAK KİŞİ/KİŞİLER	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAK TARİHİ	ARAŞTIRMA KONUSU
Büşra ŞEN KALAMAN	Ordu Üniversitesi	Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi	15.08.2022 15.08.2023	Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda İmmobilizasyon, Çevresel Stresörler ve Anksiyete Arasındaki İlişki

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllüğüne esasına göre katılımlarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla 18/07/2022 tarihli 751160 Barkot No, yazı ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür...../20...

Uzm. Dr. Kerem Doğan BİLMEZ
Sağlık Hizmetleri Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.

Uzm. Dr. Ali ALTINBAŞ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.

.../.../2022
Uzm. Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
Personel Hizmetleri Başkanı
Komisyon Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.

EK 8. Etik Kurul İzni



T.C.
ORDU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ORDU NÖRNE

MEZARLIK MÜDÜRLÜĞÜ

01/08/2022 09:28 / 3179606 / 605.81 / 01_390



00171235536

Sayı : E-35766460-605.01
Konu : Araştırma İzni (Öğrenci Büşra ŞEN
KALAMAN)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ordu Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 18/07/2022 tarihli ve E-36910495-663.08-0751160 sayılı yazısı.

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Dr.Öğretim Üyesi Dr.Hanife DURGUN'un danışmanlığında; 20540200037 Nolu öğrenci Büşra ŞEN KALAMAN'ın "*Koronar Anjiyografi Uygulanan Hastalarda İmmobilizasyon, Çevresel Stresörler ve Anksiyete Arasındaki İlişki*" konulu tez çalışmasının sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı adı geçene teslim edilmek üzere yazımız ekinde gönderilmiştir.Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;

Gereğini arz/rica ederim.

Op.Dr. Dursun TÜZÜN
İl Sağlık Müdürü

Ek:

- 1-Komisyon Kararı (1 Sayfa)
- 2-İş Birliği Protokolü 1 Sayfa)

Dağıtım:

Ordu Üniversitesi Rektörlüğüne
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
Ordu Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine

Bıcaık Mah.İbni Sina Cd.No:18 52200 ORDU Sağlık Müdürlüğü Personel Hizmetleri

Başkanlığı Eğitim Hizmetleri Birimi

Telefon: Faks No: 0452 225 20 56

e-Posta: sevcan.okten@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ordunirn.saglik.gov.tr

Bilgi Doğrulama Kodu: bc226805-6a36-4da2-a788-cd1da85db06d

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Sevcan KESER

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 452) 666 25 01

Telefon No: (0 452) 666 25 01

Bilgi Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı :Büşra ŞEN KALAMAN
Doğum Yeri :İstanbul
Doğum Tarihi :22.05.1993
Yabancı Dili :İngilizce
E-posta :busrasenkalaman@gmail.com
İletişim Bilgileri :

Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Y. Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2024
Lisans	Hemşirelik	Giresun Üniversitesi	2017

İş Deneyimi

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-2024
Hemşire	Mesudiye İlçe Hastanesi	2018