

T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE KORONER ANJİOGRAFİ GEÇİRMİŞ  
HASTALARIN BİLGİ GEREKSİNİMLERİ VE TRANSFER ANKSİYETESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİ

BURAK ÇİL

HEMŞİRELİK ANADİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GAZİANTEP

2020



T.C.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE KORONER ANJİOGRAFI  
GEÇİRMİŞ HASTALARIN BİLGİ GEREKSİNİMLERİ VE TRANSFER  
ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**BURAK ÇİL**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin

Hemşirelik Anabilim Dalı' nın

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

olarak hazırlanmıştır.

**TEZ DANIŞMANI**

Dr. Öğretim Üyesi Betül TOSUN

**GAZİANTEP**

**2020**

## TEŞEKKÜR

Hemşirelik mesleğinin daha kaliteli ve profesyonel bir şekilde icrası için yüksek lisans eğitimimin sonuna gelmiő bulunmaktayım. Mesleki bilgi ve becerimin daha st seviyelere çıkabilmesi için önümde zorlu ve uzun bir yolculuk olduğunu bilerek:

Uzmanlık eğitimi boyunca bana yol gösteren, rehberlik eden ve mesleki kimliği, bilgi ve tecrübeleriyle bilimsel düşünce ve araştırmanın ne demek olduğunu öğreten değerli danıőmanım, **Dr. Öğr. Üyesi Betül TOSUN** a, verilerin toplanmasında yardımcı olan koroner yoğun bakım ekibine, her zaman destek olan Ertuğrul KARAKIZ' a teşekkür ederim.



## ÖZET

**Burak ÇİL, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Koroner Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişki Gaziantep, 2020.** Yapılan bu araştırma; Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Koroner Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişkinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı-kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde 01 Haziran-01 Aralık 2019 tarihleri arasında koroner anjiyografi işlemi uygulanmış 460 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından literatür taraması ile oluşturulan sosyodemografik özellikler içeren tanıtıcı bilgi formu, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ile toplandı. DSKÖ' den alınabilecek minimum puan 40, maksimum puan 160'dır. HÖGÖ' den alınabilecek minimum puan 50, maksimum puan 250' dir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Fisher Skewness-Kurtosis değeri ile değerlendirildi. Gruplar arası farkın belirlenmesinde Independent Samples t Testi, One way ANOVA ve Tukey HSD testi uygulandı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 22.0 Paket programı ile yapıldı. İstatistiksel analizlerde  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Araştırmaya katılanların % 57.8'i erkek, %91.5'i evli, % 52.6'sı ilköğretim mezunu, % 43.0'ı 46-65 yaş aralığında olduğu bulundu. DSKÖ ile HÖGÖ ölçek toplam puanları arasındaki ilişki korelasyon çalışması ile değerlendirildiğinde ölçek toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görüldü ( $r=0.299$ ,  $p < 0.01$ ). Yapılan bu çalışmada uygulanan ölçekler ve bulgular sonucunda, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Koroner Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Hastaların yaşadığı kaygı düzeyi edindikleri bilgi sayesinde azalmaktadır, bilgi düzeyindeki artış, kaygı düzeyinde düşüş yaşanmasını sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Koroner Yoğun Bakım, Transfer Anksiyetesi, Koroner Anjiyografi, Hasta Öğrenim Gereksinimleri.

## ABSTRACT

### **Burak ÇİL, The Relationship Between The Knowledge Requirements And Transfer Anxiety Of The Patients Who Have Been Conducted Coronary Angiography InThe Coronary Intensive CareUnit Gaziantep 2020.**

This research done; Coronary Angiography in the Coronary Intensive Care Unit was performed in a descriptive-cross-sectional type for the purpose of the Relationship between Patients' Information Tensions and Transfer Anxiety Patients. The research was completed with 460 patients who underwent coronary angiography between 01 June-01 December 2019 in Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Practice and Research Hospital. Development of Research; An introductory information form containing socio-demographic characteristics related to the literature review was collected by the research using the State Trait Anxiety Scale and the Patient Learning Needs Scale. The minimum score that can be obtained from STAS (State Trait Anxiety Scale) is 40, the maximum score is 160. The minimum score that can be obtained from PLNS (Patient Learning Needs Scale) is 50 and the maximum score is 250. The data were suitable for normal distribution and were evaluated with Fisher Skewnes-Kurtosis value. Independent Samples t-Test, One Way ANOVA and Tukey HSD test were used to determine the difference between groups. The use of the data was done with the SPSS 22.0 Package program. In statistical analysis,  $p < 0.05$  was considered as true significant. It was found that 57.8% of the participants were male, 91.5% were married, 52.6% were primary school graduates, and 43.0% lived 46-65. When the relationship between STAS and PLNS scale total scores was evaluated with a correlation study, a positive correlation was found between scale total scores ( $r = 0.299$ ,  $p < 0.01$ ). The Relationship between the Information Requirements of Coronary Angiography Patients and Transfer Anxiety in the Coronary Intensive Care Unit was found to be significant ( $p < 0.05$ ). The level of anxiety experienced by the patients decreases thanks to the information they acquire, and the increase in the level of knowledge enables the anxiety level to be experienced.

**Keywords:** CoronaryIntensiveCare, Transfer Anxiety, Coronary Angiography, Patient Learning Needs.

## İÇİNDEKİLER

### TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii
SEMBOLLER/KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	3
2.1. Yoğun Bakım Ünitesi.....	3
2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması .....	4
2.3. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Tanımı ve Amacı .....	4
2.4. Koroner Arter Hastalığı.....	5
2.4.1. Koroner Arter Hastalığının Tanımı .....	5
2.4.2. Koroner Arter Hastalığının Patofizyolojisi .....	6
2.4.3. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri.....	6
2.4.4. Koroner Arter Hastalığında Tedavi.....	8
2.5. Koroner Anjiyografi.....	8
2.6. Koroner Anjiyografi ve Hemşirelik Uygulamaları .....	9
2.6.1. Koroner Anjiyografi İşlemi Öncesi Hemşirelik Uygulamaları .....	9
2.6.2. Koroner Anjiyografi İşlem Sırası Hemşirelik Uygulamaları.....	10
2.6.3. Koroner Anjiyografi İşlem Sonrası Hemşirelik Uygulamaları .....	10

2.6.4. Koroner Anjiyografi Sonrası Taburculuk Eğitimi.....	10
2.7. Anksiyete.....	11
2.7.1. Anksiyete Kavramı ve Tarihçesi .....	12
2.7.2. Etyolojisi .....	14
2.7.3. Anksiyeteyi Tetikleyen Etkenler.....	15
2.7.4. Anksiyetenin Belirtileri .....	16
2.7.5. Anksiyeteye Bedenin Yanıtı .....	17
2.7.6. Anksiyete Düzeyleri.....	17
2.7.7. Cerrahi Girişime Bağlı Anksiyete.....	18
2.8. Transfer Anksiyetesi Kavramı.....	19
2.8.1. Transfer Anksiyetesinin Sonuçları .....	20
2.8.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Transfer Anksiyetesi .....	20
2.8.3. Transfer Anksiyetesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri .....	21
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>22</b>
3.1. Araştırmanın Soruları .....	22
3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı .....	22
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri.....	22
3.6. Veri Toplama Araçları.....	23
3.7. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
3.8. Araştırmanın Uygulanması .....	25
3.9. İstatistiksel Analiz .....	25
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>26</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>42</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>45</b>
6.1. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	45

**KAYNAKLAR**..... 46

**EKLER** ..... 55

EK-1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

EK-2. Etik Kurul İzni

EK-3. Kurum İzni

EK-4. Veri Toplama Formları

EK-5. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu

EK-6. İntihal Raporu

EK-7. Özgeçmiş



## TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum "Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Koroner Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri Ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin tamamının kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

23.12.2020

BURAK ÇİL



## TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
<b>Tablo 1.</b> HÖGÖ ve Alt Ölçekler Madde ve Puanları.....	24
<b>Tablo 2.</b> Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	26
<b>Tablo 3.</b> Ölçeklerin cronbach $\alpha$ Güvenirlik Katsayıları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	28
<b>Tablo 4.</b> Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	28
<b>Tablo 5.</b> Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre DSKÖ' den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
<b>Tablo 6.</b> Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre HÖGÖ' den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
<b>Tablo 7.</b> Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçekleri Toplam Puanları ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri Toplam Puanı ve Alt Ölçekleri Toplam Puanları Arasındaki İlişki.....	38

## SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

Yoğun Bakım Ünitesi	YBÜ
Yoğun Bakım	YB
Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri	TEKHARF
Dünya Sağlık Örgütü	DSÖ
Koroner Arter Hastalığı	KAH
Koroner Vasküler Hastalık	KVH
Türkiye İstatistik Kurumu	TÜİK
Hiperlipidemi	HL
Hipertansiyon	HT
DiabetesMellitus	DM
MiyokardPerfüzyon Sintigrafisi	MPS
Pozitron Emisyon Tomografisi	PET
Manyetik Rezonans Görüntüleme	MRG
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	YAB
Adrenokortikotropik Hormon	ACTH
Antidiüretik Hormon	ADH
Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği	HÖGÖ
Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği	DSKÖ
State Trait Anxiety Scale	STAS
Patient Learning Needs Scale	PLNS
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

Yoğun bakım birimleri; tekli veya çoklu organ veya organ yetmezlikleri sebebiyle yoğun bakım ihtiyacı olan, hasta bireylerin iyileştirilmesini amaçlayan, gelişmiş teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal bulguların sürekli, kesintisiz olarak gözlemlendiği ve hastaların tedavilerinin gerçekleştirildiği alanlardır (1).

Yoğun bakımlarda tedavi görmek hastalar için ruhsal yönden sarsıcı bir olaydır (2). Literatürde yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta bireylerin psikososyal problemleri daha fazla yaşadığı belirtilmektedir (5). Yoğun bakımın kapalı olması ve hasta bireylerin aileleri ile görüşme fırsatının az olması, hasta bireylerinin hareketlerinin kısıtlı olması, tıbbi amaçlı cihazlara bağımlı olunması ve cihazların seslerinin duyulması, ağırlı işlemlerin uygulanması, yeterli seviyede bilgi edinememe gibi sebepler hastaların anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (5).

Anksiyete, kişinin kendisini herhangi bir bilinen ya da bilinmeyene karşı tehdit hissettiğinde gösterdiği doğal bir tepkidir. Anksiyete korkuya benzer bir duygudur. Birey bunu sanki kötü bir şey olacakmış gibi içinde nedeni belirsiz bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak hisseder (6).

Transfer anksiyetesini tanımlamada “transfer stresi, yer değiştirme sendromu, yer değiştirme stresi, ayrılma anksiyetesi, nakil şoku” gibi terimler kullanılmaktadır. Transfer anksiyetesi kavramı ilk defa 1987 yılında tanımlanmış ve 1992 yılında Kuzey Amerika Tanılar Birliğince kabul görmüştür. Carpenito tarafından transfer anksiyetesi tanısı “bir yerden bir yere transferin bir sonucu olarak bireyin yaşadığı fiziksel ve psikolojik rahatsızlık durumu” olarak tanımlanmıştır (4).

Transfer anksiyetesi; hastanede yatarak tedavi gören bireyleringüvendikleri ve bildikleri bir çevreden aşına olmadıkları bir çevreye geçtikleri zaman olanayrılık anksiyetesinin özel bir durumudur. Özellikle hızlıca ve habersizce nakil gerçekleştiğindebelirir. Transfer anksiyetesinin belirtileri hastanede yatarak tedavi gören bireylerinsağlık durumları kötüleştiğinde daha da yoğunlaşmaktadır.(4).

Sağlık problemi sebebiyle hastanede yatarak tedavi gören bireye verilen sağlık hizmeti, tıbbi tedavi, bakım ve cerrahi uygulamaları içermektedir (9). “Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkileyen yeni sorunlar ve belirsizlikler meydana getirmektedir”

(10). Belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusunu tanımlamaktadır. Bu duygular ve yaşanan belirsizlikler bireyde stres oluşturur (8).

Araştırmalar hastanede yatmakta olan ve invaziv girişim uygulanan hastaların yaşamlarının kontrolünü tekrar kazanabilmesi, kendi sağlığı ile ilgili problemleri çözümlenebilmesi için normal bir bireyden daha fazla bilgiye, çevresi tarafından desteklenmeye, kabullenilmeye ve anlaşılmaya ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Ayrıca invaziv girişim sonrası taburcu olacak hasta ve yakınlarının taburculuk planı, yapılan ameliyata ve hastanın kişisel özelliğine göre değişkenlik göstermekle birlikte; evde kendi ile ilgili işlemleri nasıl yapması ya da yapmaması gerektiği, varsa diyeti ve ilaçları, iyileşme sonrası işe başlama zamanı gibi konuları içermelidir (9, 10).

Dünyada ve ülkemizde hasta eğitiminin sorumluluğu sağlık personeline özellikle de hemşirelere verilmiştir. Sağlık eğitimi, hemşirenin en önemli rollerinden biridir. Hemşireler hastalarına sürekli olarak güncellenen bilgilerle etkin bakımı vermek zorundadırlar. Taburculuk hizmetleri, hastanın var olan ve gelecekteki gereksinimlerini yeterli ve kapsamlı olarak tanılamayı, uygun kararlar vermeyi ve izlem hizmetlerini koordine etmeyi gerektiren çok basamaklı bir girişimdir. Hastalar evde tedavi ve bakımları sırasında çözümlenemedikleri bir sorunla karşılaşınca tekrar tekrar hastaneye başvurma gereksinimi duymakta ve hatta tekrar hastaneye yatabilmektedirler (10,13).

Hastaların yaşadığı yoğun anksiyetenin nedeni bilgi eksikliği olabilmektedir. Hastaların öğrenim gereksinimi azaldıkça yaşanan anksiyetenin azalacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı koroner yoğun bakım ünitesinde koroner anjiyografi geçirmiş hastaların bilgi gereksinimleri ve transfer anksiyetesi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım (YB); hastanın organ veya organlarındaki işlev bozukluğu karşısında hastanın tedavi edilme sürecinde kendisine yapay yöntemlerle tıbbi hizmet verilme süreci olarak ifade edilmektedir. Yoğun bakımın temel ilgi alanı diğer servislerden farklı olarak durumu daha kritik olan hastalara yoğun bakım ünitesi koşullarında tedavi vermektir (14).

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ); yaşamsal görevlerini bir kısmını kaybetmiş, hayatı tehdit eden durumlara müdahaleyi ön plana çıkaran, kritik durumda olan hastaları destekleyerek onların iyileşmesini amaç edinen, yapılanma şekli ve hasta bakımı yönüyle diğer bölümlere göre farklılık gösteren, gelişmiş tıbbi ekipmanlarla donatılmış, birden fazla organ ve sistemi ilgilendiren, aralıksız olarak yaşamsal göstergelerin incelemenin yapıldığı, hastaların özel tedavi ve bakım ekibiyle tedavi edildiği multidisipliner kliniklerdir (8).

Buna göre yoğun bakım tanımlamasının üç temel bileşeninin mevcudiyetinden söz edilebilir;

- Birinci bileşen kritik-ağır hasta,
- İkincisi gelişmiş alt yapı-teknik donanım,
- Son bileşen ise hastaları tedavi etmek için gerekli teknik donanımı kullanabilen, bilgi ve deneyime sahip sürekli bir ekip.

YB yaşamı tehdit edici hastalıkların tedavisi ve bu hastalıklara maruz kalan hastaların bakımı yapılır. YB ünitesinin temel amacı, yaşamsal bulguları zayıflayan ve bu bulguların takip edilmesi gereken kritik durumdaki hastalara tedavi hizmeti sunmak ve bu bireylerin olumsuz durumlardan etkilenmemesini ya da minimum düzeyde etkilenmesini sağlayarak sağlıklarına kavuşturmadır (15, 16).

Hastanelerin YBÜ birimleri yerleşim biçimi, teknik donanım, insan gücü ve profesyonel kapasiteleri açısından yüksek mekanik donanımlı multidisipliner ünitelerdir ve hasta profili gereği diğer tedavi ünitelerinden farklıdır. Hasta profilini; spesifik hastalıklardan muzdarip, ameliyat sonrası dönemde ya da genel vücut travması sebebi karşısında hemodinamisi bozulmuş, şok, koma, total felç durumunda bulunan ve yaşamsal bulgularını destekleyici cihazların ve ilaçların varlığı ile yaşamını sürdürebilecek riskli hastalar oluşmaktadır. Bu hastalar yaşama ölüm arasındadırlar ve yoğun bakıma muhtaç konumdadırlar (13).

Bu nedenle hastanelerin YBÜ'de birimlerinde verilen hizmette multidisipliner bir yaklaşımın benimsendiği, alanında uzman hekim hemşireler tarafından işletilmekte ve ileri teknoloji ürünü cihazlarla donatılmıştır. Bu özel ortamda hastaların tedavi ve bakım kalitesini de sağlık ekibinin etkili iletişim ve ilişkileri doğrudan etkilemektedir. Ekibin en önemli ve kritik üyelerinden birinin ise yoğun bakım hemşireleri oluşturmaktadır (13, 16).

## **2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması**

1960'lı yıllarda Kinney'e göre yoğun bakım ünitelerinin özellikleri şöyle olması gerekmektedir: Bakım işleminin en iyi şekilde yapılabilmesi için, istekli ve donanımlı bir ekip ve uygun materyaller gereklidir. Bir yoğun bakım ünitesi en az dört, en fazla oniki yatak içermelidir. YBÜ oluşumu aşamasında bir planlama grubu bulunmalı, bu kişiler YBÜ'nün hedeflerini, ne tür hastaların kabul edileceğini belirlemeli ve hastaların ortalama kalış sürelerini tahmin etmelidir(17).

YBÜ'nün hastanedeki lokasyonu, hastaların belli oranının ameliyathaneden gelmesi nedeni ile ameliyathaneye yakın yerleştirilmektedir. YBÜ'deki her yatak yoğun bakım yatağı özelliklerini taşımalı. Yataklar kolay hareket edebilir, temizliği kolay, yükseklik ve pozisyonu ayarlanabilir, gerekli ekipmanlar takılabilir olmalıdır. Her yatağın çevresinde gerekli müdahalenin yapılacağı, belli bir alan bırakılmalıdır (18).

10 yataklı yoğun bakım üniteleri bir bütün olarak düzenlenmiştir. 10 yatağın üzerindeki, her biri 6-10 yataklı birkaç birime ayrılabilir. Hastanede bulunan her 100 yatağa 1-4 yoğun bakım yatağı hesaplanarak YBÜ oluşturulmalıdır (18,19).

İdeal bir YBÜ'de hemşire sayısı, hastanın APACHE II skoruna göre de belirlenebilir. Hastanın APACHE II oranı ve yattığı yoğun bakım dakihasta/hemşire oranı, üçüncü seviye için; bire hastaya bir hemşire, ikinci seviye için; 1.6 hastaya 1 hemşire, birinci seviye için; 3 hastaya 1 hemşire olması öngörülmektedir (17).

## **2.3. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Tanımı ve Amacı**

Koroner YBÜ yaşamsal tehlike içindeki hastaların 24 saat izlendiği, gerektiğinde yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, yüksek teknolojiye sahip karmaşık cihazlarla müdahale edildiği ve uzman ekip yardımıyla iyileştirildiği birimlerdir. Bu tanıma göre, yoğun bakım ünitesinde 3 öge bulunmaktadır (18).

Birincisi; ağır hasta, bir başka deyişle kritik hasta, ikincisi; gelişmiş ve giderek maliyeti artan teknik donanım, üçüncüsü bu teknik donanımı kullanabilecek ve hastayı iyileştirecek bilgi ve beceriye sahip ekip üyeleridir(18, 20).

Yoğun bakımın amacı, hastaların organ ya da organ sistemlerinde işlev bozukluğuna neden olan durumları saptamak ve yaşamsal işlevlerinin korunması gerektiğinde uygun tedavi yöntemleri kullanılarak işlev bozukluğu ya da yetmezliği olan organın işlevinin devam ettirilmesi sağlamaktır (21).

Kritik bakımı anlamaya uygun ilk bloklar, modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale tarafından geliştirilmiştir. Nightingale "Hemşirelik Bakım Notları" adlı kitabında; Ameliyat sonrası hastaların kritik dönemi atlama sürecine kadar ameliyathane yakınında etkin hasta bakımını sağlamak için özel bölümler oluşturulması gerektiğini belirtmiştir. Yoğun bakımlar günümüzde gelişmiş teknolojik aletler ve tıbbi imkânların kullanıldığı birimler olarak hizmet vermektedir (22).

## **2.4. Koroner Arter Hastalığı**

### **2.4.1. Koroner Arter Hastalığının Tanımı**

Koroner kalp hastalıkları günümüzde, tüm dünyada morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri arasındadır (23). 2016 yılı Kalp ve İnme istatistikleri'ne göre Amerika'da yirmi yaş ve üzeri 1.5 milyon kişinin Koroner kalp hastalığı bulunmaktadır. Avrupa'daki ölümlerin yüzde kırk beşi ve AB'deki ölümlerin yüzde otuz yedisi koroner kalp hastalığı nedeniyledir (25).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre yaklaşık olarak yılda toplam 230 bin yeni koroner vaka olduğu, yılda 160 bin erkek ile 120 bin kadının bu nedenle hayatını kaybettiği, koroner kökenli ölümlerin sayısı ise yaklaşık 66 bin erkek ile 61 bin kadın olduğu düşünülmektedir (26). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), KAH nedeniyle meydana gelen ölümlerin gelecek yirmi yılda kadınlarda %120, erkeklerde %137 oranında artacağını tahmin etmektedir (27).

Kronik bir hastalık olan KAH, hem ciddi bir ekonomik yük hem de yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sosyal bir sorundur(28). Bu bilgilere göre, dünya çapında birincil korumaya yönelik etkili yaklaşımlar uygulamaya ve kurtarılabilecek risk gruplarını belirlemeye ihtiyaç vardır (29).

Arter duvarında lipid birikimine verilen kronik inflamatuvar yanıtın sonucu olan ateroskleroz; koroner arter hastalığında altta yatan en önemli mekanizmadır. Ateroskleroz erken çocukluk döneminde başlar ve en erken lezyonu yağlı çizgilenmelerdir (30).

#### 2.4.2. Koroner Arter Hastalığının Patofizyolojisi

Koroner arter hastalığını başlatan ana sebep olan ateroskleroz; genel olarak arter duvarının intima tabakasına sınırlı olmakla beraber, arter duvarının diğer tabakaları da bu hastalıktan etkilenir. Önce intima tabakası lipitler ve inflamatuvar hücreler tarafından infiltre olur ve olayın ilerlemesiyle birlikte damar duvarında değişik derecelerde fibrozis gelişir ve bu yapıya aterom plağı adı verilir (31).

Ateroskleroz kanda bulunan düşük dansiteli lipoprotein (Low Density Lipoprotein LDL), ara dansiteli lipoprotein (Intermediate Density Lipoprotein-IDL), çok düşük dansiteli lipoprotein (Very Low Density Lipoprotein-VLDL) ve şilomikron artıkları gibi lipoprotein partiküllerinin damar dış duvarını geçerek intima tabakasında birikmesi ve burada okside olması ile oluşan inflamatuvar bir reaksiyondur ve kronik bir inflamasyon olan ateroskleroz ömür boyu devam eden bir süreçtir (31-32).

Aterosklerozun oluşması ile yıllar boyunca süren araştırmalarda pek çok hipotez ortaya konulmuştur. Bu hipotezlerden en çok kabul görenler; Hasara Cevap Hipotezi, Lipid Hipotezi, Monoklonal Hipotezidir (33).

#### 2.4.3. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri

Yaş, cinsiyet, aile hikâyesi ve erken menapoz KAH patogenizinde değiştirilemeyen risk faktörleridir. İlaçlarla modifiye edilebilen hiperlipidemi (HL), hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM) ve yaşam tarzı değişikliğiyle modifiye edilebilen fiziksel inaktivite ve sigara kullanımı ise değiştirilebilir risk faktörleridir (35).

Yukarıda listelenen risk faktörlerine ek olarak bugün KAH'a yol açtığı bilinen bazı faktörler vardır. Bu faktörler obezite, oksidatif stres, artmış fibrinojen, infeksiyöz ajanlar, inflamasyon belirteçleri, homosistein ve lipoprotein a seviyeleri olarak belirtilebilir (31).

**Yaş ve Cinsiyet:** Yaşla beraber KAH riski artar. Erkeklerde 45 yaş ve üstü, kadınlarda 55 yaş ve üstünde KAH riski artmaktadır. İskemik kalp hastalığı her

yaşta görülebilmekle birlikte bu yaşlardan itibaren sıklığı belirgin olarak artmaktadır. Birçok çalışmada, erkek cinsiyeti, kadın cinsiyete kıyasla başlı başına bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Menapoz öncesi dönemde KAH'a kadınlarda erkeklerden daha az rastlanmaktadır (31).

**Aile Hikayesi:**Akraba veya birinci derece akrabalarda erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın altındaki KAH varlığı ana risk faktörü olarak kabul edilir. Aile öyküsü pozitif olan bireylerde; KAH riski 1,3-1,6 kat artmaktadır (31).

**Sigara:**Her ırktan ve her iki cinsiyetten genç ve yaşlı kişilerde içilen sigara sayısı ile koroner kalp hastalığı arasında kuvvetli bir ilişki vardır (31). Sigara içen sağlıklı gençlerde, içilen sigara sayısına bağlı olarak endotele bağlı vazodilatasyonda geri dönüşlü bir kötüleşme bulunmuştur.

Sigara AKS üzerine etkisini;

- a) Kan basıncı değişiklikleri
- b) Sempatik tonusta artış
- c) Miyokard oksijen sunumunda azalma
- d) Aterosklerozun hızlanması
- e) LDL oksijenizasyonu artışı
- f) Endotel fonksiyon bozukluğu vb. mekanizmalar üzerinden gösterir.

Sigara sadece iskemik kalp hastalığının değil, periferik arter hastalığı, inme ve aort anevrizması için de önemli bir risk faktörüdür (34).

**Hipertansiyon:**KAH için bilinen en önemli risk faktörlerinden bir tanesi de hipertansiyondur. Ateroskleroz, KAH ve felç gelişmesi için bir risk faktörüdür. Kan basıncı ne kadar erken yaşta yükselir ve ne kadar ağır olursa, koroner damarların aterosklerozu o kadar sık görülür. Kardiyak iskemi; hipertansif, normotansif olandan 2-3 kat daha yüksektir (36, 37).

**DiabetesMellitus:** Diyabet sahibi olmak, koroner kalp hastalığına eşdeğer kabul edilir. Diabetesmellitus, koroner kalp hastalığı için bağımsız bir risk faktörüdür (38). Vasküler hücrelerdeki yapısal değişiklikler, endotel ve intimadaki değişiklikler, kılcal geçirgenlikte değişiklikler, kan pıhtılaşma faktörlerinde değişiklikler, hiperinsülinemi ve insülin direnci aterosklerozun ilerlemesinde etkili olabilir. Miyokard enfarktüsü tip 2 diabetesmellituslu hastaların hayatta kalma oranı, diyabeti olmayan hastalara göre çok daha kötüdür. (31).

**Dislipidemi:**Yüksek LDL-C seviyeleri, koroner arter hastalığı için ana risk faktörüdür. LDL-C seviyesinin düşürülmesinin sadece KAH riskini azaltmakla

kalmayıp, aynı zamanda KAH'a bağılı mortalite ve morbiditeyi de azalttığı gösterilmiştir. Son zamanlarda yapılan çalışmaların meta-analizinde hipertrigliserideminin de bağımsız bir risk faktörü olabileceğine işaret edilmektedir. Diğer taraftan trigliserid yüksekliği genelde HDL-Kolesterol düşüklüğü ile birlikte ve bu tür bir lipid profili iskemik kalp hastalığı için büyük risk teşkil eder (34).

#### **2.4.4. Koroner Arter Hastalığında Tedavi**

KAH tedavisinin temelde iki amacı vardır. Bunlardan ilki miyokardinfarktüsü gelişimini ve ölüm riskinin azaltmak, ikincisi ise anjina pectorisi yani ağrının şiddetini azaltarak yaşam kalitesini arttırmaktır (39) KAH'ta uygulanan ilaçlara ek olarak girişimsel tedaviler şunlardır:

- Koroner Bypass Ameliyatı
- Perkütanöz Translüminal Koroner Anjioplasti
- Yeni Tedavi yöntemleri ( Lazer, Aterektomi, Angioskopi, Stend Uygulaması)

#### **2.5. Koroner Anjiyografi**

Kalp kateterizasyon işlemleri ilk defa, Claude Bernard ve ekibi aracılığıyla 1844 yılında hayvanlar üzerinde denenerek başlamıştır. Brakiyal arter yoluyla da F. Mason Sones ve arkadaşları tarafından 1959 yılında ilk selektif koroner anjiyografi işlemi yapılmıştır. Judkins ise koroner anjiyografi işlemini femoral arter yolu ile yapmıştır. Judkins tekniği, lokal enfeksiyon riskinin daha düşük olması sebebiyle şimdilerde dahi en çok tercih edilen anjiyografi yöntemidir (31).

Kalp hastalıklarının tedavisini cerrahi ve diğer tıbbi müdahaleler oluşturmaktadır. Cerrahi müdahaleler dışında uygulanan ilaç tedavilerine ek olarak yaygın ve girişimsel bir yöntem olan koroner anjiyografi işlemi, kalbin tanı konulacak arter damarına radyoopak madde verilerek bu damarın radyolojik olarak görüntülenmesidir. İşlem sonrası elde edilen bu görüntü bir CD'ye kaydedilir ve lüzum halinde tekrar değerlendirilebilir. Böylece hasta kişinin, tekrarlayan bir kardiyak şikayeti olması durumunda eski hali ile mevcut hali arasında kıyaslama yapılabilmektedir. Damarsal yapı hastalıklarını şekil ve yapısal yönden belirleyen bu işlem, uygulanacak tedavi seyrine de ışık tutmaktadır (40).

Koroner anjiyografi, özel tasarlanmış katataterler ile kalbin koroner arterlerine girilerek gerçekleştirilen invaziv bir işlemdir. Tanı amacıyla yapılan bu işlem, gerektiğinde tedavisel müdahaleleri de kapsamaktadır. Arteryel tıkanıklık, tromboz, stenoz ve restenozu tanılamak için görsel olarak yapılan bir test olarak da

tanımlanan anjiyografi, koroner hastalıkların saptanmasında altın bir standart olarak bilinmektedir (41).

Kalbin sağ ve sol segmentinde bulunan koroner arterler, kalbin miyokard (kas) tabakasını beslemekle yükümlüdürler. Aynı zamanda sağ/sol koroner arter damarların küçük dal şeklindeki uzantıları, miyokardın derin bölgelerine de ulaşarak besleme görevini sürdürürler (42). Koroner anjiyografi işlemi ile sol ve sağ arterlerin yanı sıra ventrikülkateterizasyonu da yapılmaktadır (43).

## **2.6. Koroner Anjiyografi ve Hemşirelik Uygulamaları**

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

### **2.6.1. Koroner Anjiyografi İşlem Öncesi Hemşirelik Uygulamaları**

Koroner anjiyografi her ne kadar kısa süreli ve kolay bir işlem gibi görülse de majör ve minör komplikasyonlara sahiptir. İşlemin etkin olması ve hastanın işleme hazırlanmasında hemşirenin görev ve sorumlulukları önemli yer tutmaktadır. Koroner anjiyografi öncesi hemşirenin sorumlulukları aşağıdaki şekilde sırlanabilir (44, 45);

- Hastanın eksiksiz anamnezi alındıktan sonra bilgi eksikliği veya anksiyetesi mevcut ise bu yönde hemşirelik girişimleri planlanır, hasta işlem için rahatlatılır.
- Hastanın yanında getirdiği tetkikler var ise değerlendirilir, hekim ile görüşülerek gerekirse laboratuvar tetkikleri yeniden planlanır.
- IV damar yolu açılır, EKG'si çekilir. Anjiyografi için önlüğünün ve anjiyografi iç çamaşırını giymesi sağlanır.
- Doktor tarafından alınan işlem onamları kontrol edilir. Hastanın alerji durumu olup olmadığı teyit edilir.
- Hastanın vital bulguları alınır. İşlem öncesi periferik nabızların kontrolü sağlanır, işlem sonrası takibi ile karşılaştırma yapılır, sorun var ise erken dönemde fark edilir.
- Hastanın çıkabilen protezi var ise çıkarılır. Takılarının da çıkarılması gerektiği açıklanır.
- Hekim istemine göre hastaya işlem öncesi anksiyeteyi azaltmak için premedikasyon uygulanır.

### **2.6.2. Koroner Anjiyografi İşlem Sırası Hemşirelik Uygulamaları**

Hasta monitörize edilerek oksijen saturasyonu, EKG, kan basıncı gibi parametreler izlenmeli, göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, alerji gelişimi takip edilmelidir. Sterilizasyona harfiyen uyulmalı, enfeksiyon gelişimi önlenmelidir. İşlem sırasında komplikasyonlara ve alerjik reaksiyonlara hazırlıklı olunmalı, kullanılacak ilaçlar kontrol edilmeli ve hazır tutulmalıdır (46).

### **2.6.3. Koroner Anjiyografi İşlem Sonrası Hemşirelik Uygulamaları**

Koroner anjiyografi sonrası hastanın servise alınmasıyla hemşirenin sorumlulukları başlar. Bu süreçte hemşire tarafından uygulanacak bakımın temel amacı işlem sonrası gelişebilecek komplikasyonları önlemek veya erken dönemde tanılamaktır. Koroner anjiyografi sonrası hemşirenin sorumlulukları aşağıdaki şekilde sırlanabilir (44, 45).

- Koroner anjiyografi ünitesinden teslim alınan hastanın vital bulguları kontrol edilir, kaydedilir.
- İşlem yeri kanama, hematom yönünden takip edilir. Hastanın periferik nabızları kontrol edilir.
- Anjiyografi işlemi sırasında uygulanan opak maddenin vücuttan atılması için hastanın klinik durumuna göre sıvı alımı desteklenir.
- Hasta alerjik reaksiyon gelişme riski yönünden gözlenir veya hastanın ritim bozukluğu riski, hareket kısıtlılığına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar yönünden takip edilir.

### **2.6.4. Koroner Anjiyografi Sonrası Taburculuk Eğitimi**

Taburculuk sonrasında hasta girişim bölgesini izlemesi, yaranın bakımını sağlayabilmesi, gelişebilecek komplikasyonları tanıyabilmesi ve hangi durumlarda sağlık kurumlarına başvurması gerektiği hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Bu doğrultuda hemşire hasta taburcu olmadan hastaya taburculukla ilişkili bilgi vermelidir. Bilginin içeriği hastanın gereksinimine göre şekillendirilmesi gerekmektedir. Ancak genel bilgi içeriği aşağıda gösterildiği gibi olabilir(47);

- İşlem yapılan bölgedeki pansumanı bir gün sonra çıkarabileceği, işlem sonrası 1-2 gün sonra banyo yapması ve banyoda işlem yapılan bölgeyi ovması gerektiği,
- İşlem yapılan bölgeyi sık sık sıkıcı giysilerden kaçınması gerektiği,
- Konstipasyondan korunması ve konstipasyonu önlemek için beslenme eğitimi planlanması,
- Hastanın fiziksel aktivitede aşırıya kaçmaması (iki kilodan fazla ağır kaldırmamak, merdiven çıkmamak vb),

- En az bir hafta boyunca araba kullanmaması,
- Cinsel ilişkiden 3-4 gün kaçınılması,
- Sigara alkol gibi davranışlardan kaçınması,
- Kilolu ise, diyetisyen kontrolünde zayıflamaya teşvik edilmesi,
- Ani baş dönmesi, göz kararması, dispne, aritmi, terleme, sıcak basması, anjina, işlem yapılan bölgede morarma ve sertliğin artması bölgede kızarıklık, ağrı, his kaybı varlığında acil sağlık kuruluşlarına başvurması belirtilmelidir.

## 2.7. Anksiyete

Anksiyete Latince “tıkanma, boğulma” anlamlarına gelen “angere” kökünden türetilmiştir. Hoşa gitmeyen çeşitli bedensel duyuların eşlik ettiği, yaygın ve çoğu kez belirsiz bir kaygı duygusudur. Almanca “angst” sözcüğü, İngilizce “dread” veya “foreboding” anlamında kullanılır. İngilizce konuşan ülkelerde “anxiety” sözcüğü yaygın olarak kullanıldığı gibi dünya literatürüne de bu şekilde girmiştir. Türkçe’de “bun”, “bunaltı”, “can sıkıntısı” veya “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” olarak tanımlanabilir (49).

Türk Dil Kurumu’nun sözlüğüne göre anksiyete, “canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonevrotik bozukluk” olarak tanımlanmıştır (48).

Websters sözlüğüne göre anksiyete, “Olması yakın olan ya da umulan bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluktur. Herhangi bilinmeyen ani bir tehlike karşısında uyanıklık hali ve bu tehlike ile kişiyi önlem almaya iten içgüdüsel bir tepkidir.” (49).

Anksiyete, insanların hayatlarının belirli dönemlerinde çeşitli fizyolojik semptomların eşlik ettiği sıkıntı ve kaygı olarak tanımlanmaktadır. Endişeli bir kişi, sanki bir felaket veya kötü bir habermiş gibi belirsiz acı, korku, endişe ve kaygı duygularını algılar ve ifade eder. Bu hissin şiddeti hafif anksiyete, gerginlik ve paniğe kadar değişebilir. Ciddi durumlarda, bu zihinsel ağrı kişinin kişiliğini baskılar; En şiddetli fiziksel ağrılarının bile daha az rahatsız edici olduğu söyleniyor. Hafif ile orta dereceli kaygı, bir kişinin bir hedef geliştirmesine ve peşinden gitmesine izin verirken, uzun vadeli, yüksek yoğunluklu kaygı, kişinin zihinsel durumunu bozabilir ve paniğe neden olabilir. Bu durumda kişi, sürekli olarak kaygı belirtilerine yoğunlaşarak günlük yaşamını sürdürme yeteneğini kaybeder ve çeşitli davranış bozuklukları yaşar(5, 50).

Sıklıkla anksiyete olarak adlandırılan başka bir terim korkudur. Korku, tehlike veya tehdidin neden olduğu gerginlik, kalp atış hızının artması, kas gerginliği, kaçma gibi belirtilerle ortaya çıkan duygusal heyecan ve uyarılma duygusudur ve anksiyete, nedeni bilinmeyen veya bilinmeyen belirtiler olarak tanımlanmaktadır (50).

İnsan vücudunun varlığından bu yana anksiyetenin ortaya çıkması, bir kişiyi çevresinden gelebilecek tehlikelerden korumayı amaçlarken; Çağımızda, gruptan ve toplumdan dışlanma, rekabet gücünden mahrum kalma gibi tehditlerle kişinin kendisine yönelik tehditler ortaya çıkmaktadır (5, 51, 52).

Kaygı; Kişinin kendi varlığına veya değerlerine yönelik yıkıcı, belirsiz ve kontrol edilemeyen tehditlere tepkisidir. Diğer bir deyişle anksiyete, “fiziksel dengeyi bozan tehlikelere karşı tepki verilmesi veya dengeyi sağlamaya yönelik başarısız girişimler sonucunda ortaya çıkabilecek bir durum” olarak tanımlanmaktadır (55, 53).

### **2.7.1. Anksiyete Kavramı ve Tarihçesi**

Anksiyete, nesnel olmayan veya gözle görülemeyen herhangi bir tehlike karşısında duyulan duyguya denilmektedir ve bu ‘endişe duygusu’ olarak da tanımlanmaktadır ve görülme sıklığından dolayı ciddi ruhsal hastalıklara eğilim ve yatkınlık yaratmasından dolayı önemli ruh sağlığı sorunlarından biri olarak kabul görmektedir (54). Kötü özellikleri ile diğer duygulanım türlerinden ayrılan ve kaygı, bunaltı sözcükleri ile tanımlanan bir duygulanım şeklidir (55).

Anksiyete kavramı ilk olarak milattan önce 3000’ lerde yazılan Gılgamış destanında ölümsüzlükle ilgili endişe şeklinde karşımıza çıkar (56). Daha sonra Hippocrates ruhsal bozukluklarla ilgili yazılarında korkudan ve “amaçsız anksiyete” den (aimless anxiety) söz etmektedir (57). Otto Domrich ilk olarak 1800’lerin ortalarında tıbbi psikolojide “anksiyete ataklarından” bahsetmiştir. 1847’ de ilk kez Feuchtersleben tarafından organik hastalıkların neden olduğu anksiyete belirtilerinden, ilerleyen yıllarda 1866’ da Morel, otonom sinir sistemindeki değişiklikleri duygusal semptomlara neden olduğunu belirtmiştir. Heinrich Neumann 1800’lü yılların ortalarında anksiyetenin, cinsel ve diğer dürtülerin doyurulmaması durumunda ortaya çıktığı görüşünü benimsemiştir (58). 1869’da Beard fizyolojik engellerin psikolojik sorunlara neden olduğunu savunarak “nevrasteni” terimini ortaya atmıştır. Sigmund Freud, anksiyete bozukluklarını kapsamlı bir şekilde inceleyen ilk kişidir. Freud ilk kez anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir

araya getirip, organik bir kökene sahip olduğunu savunarak “anksiyetenevrozu”nu ayrı bir sendrom olarak tanımlamıştır. Freud'a göre libido blokajına bağlı artan anksiyete sonucunda nevrasteni, hipokondri ve anksiyete nevrozu meydana gelir ve obsesif kompulsif nevroz, histeri ve fobi gibi psikonevrozlardan sorumlu olan bu yoğun bastırılmış düşünce ve arzular kaygısıdır (59). 1986 yılında Kraepelin tüm psikiyatrik bozuklukları kategoriye ayırmış ve bu kategorilerden biri olan “psikojenik nevroz” anksiyete bozukluklarını sınıflandırmada ilk girişim olmuştur. 1952’de yayınlanan DSM-I anksiyete bozukluklarını Anksiyöz Reaksiyon ve Fobik Reaksiyon olarak iki gruba ayırmıştır (64). DSM-I ve DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (1968), psikiyatrik bozuklukların sınıflamasında psikoanalitik kuramı temel almıştır (60). Anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirinden ayrılarak farklı klinik durumlar olarak tanımlanması 1980’de DSM-III ile gerçekleşebilmiştir. Her bozukluk için ayrı tanı kriterleri tanımlanmıştır (60). DSM-IV Anksiyete Bozuklukları kategorisinde Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Fobik Bozukluklar (Özgül Fobiler), Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi), Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Reaksiyonu yer alırken (60), DSM-5 ile Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu Anksiyete Bozuklukları grubundan ayrılarak ayrı bölümlerde tartışılmaktadır. Panik bozukluk ile agorafobi tanı olarak birbirlerinden tamamen ayrılmıştır (60).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ilk kez 1980’de DSM-III’de ayrı bir teşhis kategorisi olarak yerini almıştır. DSM III-R’de YAB ile ilgili uyum bozuklukları ve kısa süreli anksiyeteden ayrımı açısından tanı için gerekli olan süre 1 aydan 6 aya çıkarılmıştır. Ayrıca 18 semptomluk listeden 3 semptom yerine, 6 semptomun varlığı tanı ölçütü olarak belirlenmiştir. DSM-IV’te "aşırı kaygı" tanımındaki "gerçek dışı" kelimesi kaldırılmış, kaygının kontrol edilemez olduğu vurgulanmış, sosyal, mesleki alanlarda ve diğer önemli işlevsellik alanlarında rahatsızlıkların olması gerektiği belirtilmiştir. Ek olarak, onsekizsemptomluk liste altıya ve kriterleri karşılamak için gereken semptom sayısı altıdan üçe indirilmiştir (61).

Panik bozukluk için 1800’lerde savaş sonrası askerlerde görülen çarpıntı, göğüs ağrısı, fenalaşma ve bayılmayı tanımlamak için “irritabl kalp sendromu” “nörosirkulatuarasteni” “efor sendromu” gibi isimler kullanılmıştır (56). Daha sonra Francis Heckel 1917’de “paroksizmalanksiyete atağı” tanımını yapıp, belirtileri sınıflandırmıştır. Panik bozukluk ilk kez 1980’de DSM-III’de ayrı bir teşhis

kategorisi olarak yerini almıştır. DSM-5'te ise DSM-IV'teki agorafobi/agorafobisiz panik bozukluk tanımı değişmiş, agorafobi panik bozukluğu öyküsü olmaksızın da kendi başına görülebilir ve kodlanabilir bir tanı olarak panik bozukluktan ayrılmıştır(60).

Agorafobi DSM-IV'de sadece panik bozukluk içeriğinde tanımlanmış, DSM-5'de ise panik belirtiler göstermeyen agorafobi olgularının sayıca fazla olması gerekçesiyle panik bozukluktan ayrı, bağımsız bir tanı olarak yer almıştır (60).

İlk kez 1900'lü yılların başında Sosyal fobi, performansa dayalı anksiyetesi olan bireyleri tanımlamak için kullanılmıştır. İlk olarak 1980 yılında DSM-III ile birlikte psikiyatrik tanımlar sınıflandırmasına dahil edilmiştir. DSM-IV, sosyal fobide anksiyete belirtilerinin önemini vurguladı ve adını sosyal anksiyete bozukluğu olarak değiştirilmiştir (60).

### **2.7.2.Etiyoloji**

Anksiyetenin etiyojisine ilişkin farklı görüşler vardır. Anksiyetenin etiyojisi iki başlık altında incelenebilir: "biyolojik varsayımlar" ve "psikolojik varsayımlar".

#### **Psikolojik Varsayımlar**

Psikanalitik teorinin öncülerinden Sigmund Freud, kaygıyı "içsel bir tehlikeye tepki" olarak tanımladı (61). Psikanalitik teoriye göre kaygı, esas olarak iç çatışmanın bir ürünüdür. Psikanalitik teori, kaygının, memnuniyet bekleyen alt egodaki motivasyonların uyarılmasından kaynaklandığını varsayar. Alt egoda var olduğuna inanılan cinsel veya saldırgan dürtülerin bazen şiddetlenmesi ve kabul edilemez olması, alt ego ile ego arasında uyumsuzluğa neden olur. Dürtüler normal yoğunlukta ve kalitede olsa da, alt ego ile ego arasındaki uyumsuzluk, egonun zayıf olmasından ve hiçbir şekilde tatmin edememesinden kaynaklanabilir. Herhangi bir durumdan kaynaklanan tüm bu uyumsuzluklar anksiyete olarak kendini gösterir (62).

Davranışsal görüş, anksiyeteyi yaşamak için iç çatışmanın gerekli olmadığını ve anksiyetenin zorunlu olarak bir uyarıcıya yanıt olarak ortaya çıktığını varsayar. Klasik davranışsal tutum koşullandırma kuramına göre kaygı, "vücudun belirli çevresel faktörlere koşullanmış tepkisidir" (63, 64).

Bilişsel kuramcılar, kaygının olaylara değil, insanların beklentilerine dayandığını ve kaygı düzeylerinin olumsuz beklentilerle artacağını iddia etmişlerdir. Bilişsel modelde iki ayrı düşünce bozukluğu temeldir, yani "olumsuz düşünceler" ve "işlevsiz varsayımlar". Yanlış ve çarpık düşünme biçimleri, hatalı

yorumlara ve davranışlara neden olur. Kaygı, çarpık bir düşünce kalıbı ile olayları algılamanın bir sonucu olarak ortaya çıkar. Erken çocukluk döneminde ortaya çıkan olumsuz düşüncelerin yol açtığı bilişsel çarpıklıklar sonucunda anksiyete oluşur. Anksiyetepkisinin devamı, değiştirilmemiş veya ortadan kaldırılmamış çeşitli bilişsel hataların kalıcılığı ile ilişkilidir (62, 64, 65).

Varoluşçu bakış açısına göre kaygı, kişinin hayatı anlamsız görmesine ve içinde sona erdiği "hiçlik" duygusuna bağlıdır. Bu görüş kaygıyı varoluşun altında yatan bir durum ve kişinin kendi varlığına ve özüne yönelik bir tehdit olarak ortaya koymaktadır (63, 65).

### **Biyolojik Varsayımlar**

Biyolojik varsayımlara göre anksiyetenin biyolojik nedenleri vardır. Anksiyetenin fizyolojik semptomlarının, otonom sinir sisteminin artan sempatik aktivitesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Biyokimyasal araştırmalar, nörotransmitterlere odaklanır ve kaygıyı norepinefrin ve serotonine bağlar. Panik atakların, sodyum laktat gibi bazı nörokimyasalların uygulanmasıyla yapay olarak indüklenebileceği bildirilmiştir. Gelişmiş beyin görüntüleme tekniklerini kullanan araştırmalar, beynin belirli bölgelerinin kaygı ile ilişkili olduğunu gösteriyor. Anksiyete bozukluklarında kalıtsal bir yatkınlığın olduğu da bilinmektedir (62, 63).

#### **2.7.3. Anksiyeteyi Tetikleyen Etkenler**

Belirli bir ortamda kendini huzurlu ve güvende hisseden insanlar korku, kaygı, kaygı gibi duygusal durumları çok az yaşar veya hiç yaşamaz. Aynı ortamdaki başka bir kişi ise bunu tehlikeli bulabilir ve istenmeyen duyguları farklı algılayabilir. Çevresel kaygının türü ve bu kaygının nedenleri insanlar ve kültürler arasında farklılıklar yaratabilir (66, 67).

Kişinin özgüvenini ve sosyal bütünlüğünü, fikirlerini, düşüncelerini, manevi ve duygusal çatışmalarını, biyolojik, psikolojik veya sosyal ortamdaki herhangi bir durumu, tehdit duygusunu, giyim, yiyecek ve barınma gibi çevresel sorunları, kültürel baskı, sosyal basınç. Tehcir ve göç olayları, stres düzeylerinin bireysel dayanıklılığı aşması, dayanıklılık mekanizmalarını yeterince kullanamama, güçsüzlük, çaresizlik, çaresizlik, aksaklıklar, maddi kayıplar, başkaları tarafından reddedilme, boşanma, işsizlik ve tecavüz gibi sorunlar kişi için endişe kaynaklarıdır (66, 68). Kaygı nedenleri arasında sadece olumsuz olaylar değil, yeni işler, kariyer değişiklikleri, terfiler, hamilelik, annelik ve cinsel gelişim gibi olaylar da kaygı kaynaklarıdır (67).

Hastalık, ameliyat, diş tedavisi, uzun süreli hastalığa yanıt, hastaneye yatış, cerrahi işlemler, hastalığa veya ameliyata bağlı fiziksel engeller gibi belirsiz süreçler, hastalığın ciddiyeti, işlem öncesi ve sonrasındaki belirsizlik, yetkinlik kaybı, organ ve parçalarla ilgili düşünceler vücutların hasar görmesi, enjeksiyon yaptırma korkusu, ağrı, ölüm korkusu, yaşamı tehdit eden hastalıklar gibi anesteziye bağlı anksiyete, ameliyat sonrası uyanamama, ameliyat sonrası ağrı hissi ve ameliyat devam ederken uyanma da kişinin yaşadığı anksiyetenin derecesini etkiler (66, 69). Bir çalışma, ameliyat geçiren hastaların orta ila panik anksiyete yaşadığını bildirdi (70).

#### **2.7.4. Anksiyetenin Belirtileri**

Bireyde anksiyete durumunda bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler görülebilmektedir.

##### **Bilişsel Belirtiler**

Kişide aklının karışık olması, etrafını bulanık görme, aşırı uyanıklık hali, sürekli kendine bakma, çevresini olduğundan farklı görmesi, olağanüstü hisler gibi duygusal belirtiler görülebilir. Önemli olayları unutma, kontrolü dışında düşünceler, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınlığı, düşüncede duraksama ve düşünme güçlüğü gibi düşünce zorlukları görülebilir. Kontrolü kaybedeceği düşüncesi, olaylarla başa çıkamama korkusu, ölüm korkusu, fiziksel zarar korkusu, aklını kaybetme korkusu, bilişsel bozukluk gibi kavramsal zorlukları görülebilir (71).

##### **Affektif (Duygusal) Belirtiler**

Kişide korku, endişe, tedirginlik, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik, alarm durumuna geçme, tehditten korunma amaçlı kaçma gibi belirtiler görülebilir (71).

##### **Davranışsal Belirtiler**

Anksiyetenindavranışsal belirtileri dikkat dağınlığı, çevrenin farklı ve gerçekçi olmadığı, önemli şeyleri hatırlamada güçlük, konsantrasyon güçlüğü ve nedensel ilişkiler kurmada zorluktur. (73).

##### **Fizyolojik Belirtiler**

Sempatik sinir sistemi üzerindeki etkilerden bir dizi semptom ortaya çıkar. Çarpıntı, solunum basıncı ve tansiyon, ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, sık idrara çıkma, terleme, titreme, baş dönmesi, uykusuzluk, yorgunluk ve kas gerginliği gibi şikayetler anksiyetenin fizyolojik belirtileridir (73).

#### **2.7.5. Anksiyeteye Bedenin Yanıtı**

“Bir kişinin yaşadığı anksiyete, vücudun iç dengesini korumak için sinir sistemi ve endokrin sistemden gelen bir dizi reaksiyonu tetikler. Anksiyete, kişinin sempatik sinir sistemini uyardığı için kişinin kan basıncını artırır, kalp debisinde ve periferikvasküler direncin artmasına neden olur. Anksiyeteye maruz kaldığında bu bilgi önce hipotalamusa iletilir ve hipotalamus uyarılır. Hipotalamus hipofiz bezine etki ettiğinde, adrenokortikotropik hormon (ACTH) ön hipofiz bezi tarafından, antidiüretik hormon (ADH) ise arka hipofiz bezi tarafından salgılanır. Adrenokortikotropik hormon, adrenal korteksi uyararak kortikosteroidlerin (kortizon ve aldesteron) salgılanmasına neden olur. Bu kortikosteroidlerden aldesteron, su ve sodyum tutulumunu artırarak kan hacmini artırır ve ADH'nin etkisine paralel olarak idrar miktarı azalır ve kan basıncı yükselir. Öte yandan hipotalamus, sempatik sinir sistemini etkileyen adrenal medulladan katekolaminlerin (adrenalin ve norepinefrin) salınmasına neden olur. Salgılanan norepinefrinin etkisi altında periferik vazokonstriksiyon meydana gelir ve bunun sonucunda kan basıncı yükselir, cilt soğuk ve solgun hale gelir. Ayrıca böbreklere giden kan miktarı azaldıkça renin salgırlar. Renin, anjiyotensin 1 ve anjiyotensin 2 oluşturmak için plazma anjiyotensin üzerinde etki eder. Anjiyotensin 2 hem vazokonstriksiyona hem de aldesteron ve ADH salınımına neden olur. Epinefrin, karaciğerdeki glikojeni glikoza çevirerek kan şekerini yükseltir. Bu, vücudun hayati fonksiyonları sürdürmesi için ihtiyaç duyduğu enerjiyi sağlar (33).

#### **2.7.6. Anksiyete Düzeyleri**

Anksiyete belirli bir düzeyde, psikolojik ve fiziksel belirtilerle ortaya çıkarak dört farklı aşamada ele alınmaktadır (74, 75):

**Hafif Anksiyete (MildAnxiety):** Bireyin bu seviyede, etrafındakilere karşı algısı açıktır, diğer bireylerle iletişim kurabilmekte, konuşulanları anlamakta ve işitmektedir. Birey baş etme yöntemlerini kullanarak yaşadığı anksiyete durumunu kontrol altına alabilmektedir. Birey belli bir hedef doğrultusunda hareket etmekte ve öğrenmeye daha açık olmaktadır.

**Orta Derecede Anksiyete (ModerateAnxiety):** Bireyin algılama ve kavrama becerisi azalmakta ve kas gerginliği, nabız hızında artma, kan basıncında artma, terleme gibi fiziksel belirtiler oluşmaktadır. Bireyin diğer bireylerle iletişiminde azalma gözlenmektedir.

**Yüksek Düzeyde Anksiyete (Severe Anxiety):** Bireyin algılama becerisi iyice azalmakta, çevresindeki olaylardan uzaklaşmakta ve sadece küçük ayrıntılara odaklanmaktadır. Bu seviyede anksiyete yaşayan bireyde çarpıntı, dispne, göğüs ağrısı, kas tonusunda artma ve gerginlik gibi, diğer seviyelere göre daha ciddi somatik bulgular gözlenmektedir.

**Panik (Panic):** Bireyin dikkatinde tamamen dağınıklık mevcut olup, bu evrede çevresiyle ilişkisini kesmektedir. Anksiyetenin en üst düzeyde yaşandığı panik evresinde, dispne, boğulma hissi, ölüm korkusu, baş dönmesi, baygınlık hissi gibi fizyolojik belirtiler gözlenmektedir.

### **2.7.7. Cerrahi Girişime Bağlı Anksiyete**

Ameliyat planlanan bir hastanın bu kararı duymasıyla başlayan anksiyete hissi, ameliyat için hastaneye kaldırıldığında artmaktadır (76).

Cerrahi operasyon (ameliyat) yapılacak hastalarda yaşanan anksiyete diğer kişilere göre daha yüksektir. Herhangi bir nedenden dolayı hastanede yatarak tedavi gören hastaların% 10-30'unda ve cerrahi bölüme başvuran hastaların% 92'sinde anksiyete bildirilmiştir. Bu endişe ve korku düzeyidir; Anestezi uygulaması ve ameliyatın türü, ölüm korkusu, hastanın önceki deneyimi, kişilik, ameliyatla ilgili endişe düzeyi, ameliyat sonrası ağrı, ameliyat sonrası ağrı korkusu, vücut imajındaki değişiklikler ve hastaneye yatış gibi birçok faktöre bağlı olabilir. hastaneye kabul, cinsiyet ve yaş (77).

Preoperatif dönemde ameliyatı bekleme durumu veya cerrahi işlemin kendisi nöroendokrin reaksiyona neden olur ve strese neden olur ve hipofiz bezini ve hipotalamusun sempatik sinir sistemini harekete geçirerek çeşitli kardiyovasküler ve metabolik reaksiyonlara neden olur (78).

Kayhan ise ameliyat öncesi endişeleri sekiz kategoriye ayırdı. Bunlar; Narsisistik bütünlüğü tehdit eden anksiyete; yabancılardan korkma, ayrılık kaygısı, beden imgesi değişiklikleri ve hoşlanmama kaygısı, kendi bedenini kontrol edememe korkusu, vücut parçalarını kaybetme korkusu, ağrı kaygısı ve ölüm kaygısıdır (79).

Ameliyat öncesi kaygı düzeyi; teşhisin, müdahalenin karmaşıklığı ve risk seviyesi, müdahalede önyargı, sağlık profesyonelleriyle ilgili güven duygusu ve kendine güven ile ilişkili olduğu iddia edilmektedir. Aynı zamanda ameliyat öncesi hazırlık ihtiyacı ve anksiyete seviyeleri doğru orantılıdır, ameliyata hazırlıkta hasta eğitimi, sosyal destek ve hayatta kalma yöntemleri kaygıyı azaltır ve ameliyat

öncesi dönemde anksiyeteyi azaltmak için planlanan hemşirelik müdahaleleri belirli gereksinimleri karşılar (76).

Nedeni ne olursa olsun hastanın iyileşmesini engelleyen fizyolojik bir stres tepkisini açığa çıkaran anksiyete, anestezi ihtiyacını, postoperatif morbiditeyi, komplikasyonları, hastanede kalma süresini, pulmoner sıkıntıları, gastrointestinal şikayetleri, ağrı kesici ihtiyacı ve azalmış bağışıklık gibi iyileşmeyi etkileyebilecek olumsuz etkileri azaltarak enfeksiyon riskini artırabilir. Anksiyete, anestezinin uygulanmasını ve hastanın iyileşmesini olumsuz etkileyebilir ve ayrıca ameliyat öncesi deneyimle ilgili hasta memnuniyetini azaltabilir (80).

## **2.8. Transfer Anksiyetesi Kavramı**

Hasta transferi, “hastanın kendi durumu ile ya da kuruma bağlı nedenlerle başka bir servis, ünite ya da sağlık kurumuna götürülmesini” ifade eder. Sağlık durumu kötü olan hastaların taşınması, hastalar açısından daima, taşıma işlemini gerçekleştiren personel için bazen riskli olabilmelidir. Bundan dolayı, transfer kararı, oluşabilecek risklerle kıyaslandığında yararların daha çok olması gerekmektedir(81).

Transfer anksiyetesini tanımlamada “transfer stresi, yer değiştirme sendromu, yer değiştirme stresi, ayrılma anksiyetesi, nakil şoku” gibi terimler kullanılmaktadır. Transfer anksiyetesi kavramı ilk defa 1987 yılında tanımlanmış ve 1992 yılında Kuzey Amerika Tanılar Birliğince kabul görmüştür. Transfer anksiyetesi tanısı Carpenito tarafından “bir yerden bir yere transferin bir sonucu olarak bireyin yaşadığı fiziksel ve psikolojik rahatsızlık durumu” olarak tanımlanmıştır. Transfer anksiyetesi; hastanede yatarak tedavi gören bireylerin üvendikleri ve bildikleri bir çevreden aşına olmadıkları bir çevreye geçtikleri zaman olanayrılık anksiyetesinin özel bir durumudur. Özellikle hızlıca ve habersizce nakil gerçekleştiğinde belirir. Transfer anksiyetesinin belirtileri hastanede yatarak tedavi gören bireylerin sağlık durumları kötüleştiğinde daha da yoğunlaşmaktadır. (4).

Yer değiştirme stresine sebep olan durumlar, bilinmeyene karşı duyulan korku, anestezi sonrası uyanamama ya da ölüm korkusu, kontrol kaybı, ağrı, izole edilme, sevdiklerinden ayrılma ve sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi farklı nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir (82). Anksiyetenin en temel sebeplerinden biri bireyin, teşhis ve tedavi basamakları ile ilgili bilgi eksikliğidir. Hastalık durumuna

bağlı olarak meydana gelen belirtilerin neden olduğu rahatsızlık durumunun yanında, yataklı tedavi kuruluşunda bulunmak, tedavi uygulanması esnasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek istenmeyen durumlar, hasta bireyin umudunda yaşanan azalmaanksiyete ve depresyon gelişmesine sebep olabilir (83).

Yoğun bakımdan ünitesinden yataklı kliniklere nakil sağlık durumunda iyileşmenin önemli bir göstergesidir, ancak bu korku, anksiyete gibi negatif düşünceler oluşturur ve strese sebebiyet verebilir. Beard'ın yaptığı çalışmada hasta bireylerin yakın hemşirelik hizmetlerinden uzak kalmaları, monitör ile yakından izlemimin olmaması ve nakil durumu ile ilgili yeterli bilgilendirilmemeleri gibi nedenlerle olumsuz duygular yaşadıklarını belirtilmektedir (84).

Hastalığın kritik aşamasında bireylerin güvenili, bilindik bir çevre olan yoğun bakımdan, bilinmeyen olarak algılanan kliniğe nakli anksiyete geliştirebilir. Yoğun bakım ünitesinden yeni bir kliniğe taşınan birey, bu yeni konumu ile ilgili belirsizlikler yaşıyorsa transfer anksiyetesi de yoğun olur (85).

#### **2.8.1. Transfer Anksiyetesinin Sonuçları:**

Nakil şokunun belirtilerini Carpenito major ve minör olarak iki grupta başlıklandırmıştır(86):

**a. Major belirtiler:**“Kaygı, yalnızlık, depresyon, korku, endişe, kuşku ve yaşlı hastalarda / bireylerde algılama ve karar verme gücünde artma” şeklindedir.

**b. Minör belirtiler:**“Yeme alışkanlığında, uyku alışkanlığında değişme, bağımlılık gösterme, güvensizlik, sindirim sistemi bozuklukları, gereksinimlerin sözel ifadesinde artma, huzursuzluk, üzgün, kederli görünüm” şeklindedir.

#### **2.8.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Transfer Anksiyetesi**

Yoğun bakım ünitesinde tedavi, bireyler için zorlu bir olaydır. Korku, kaygı ve sosyal ilişkilerde bozulma gözlenmektedir. Anksiyete ve ilişkili bozukluklar yoğun bakım ünitesindeki hastaların %85 'inde açıkça mevcuttur. Yataklı tedavi kuruluşlarındaki kliniklerde özellikle yoğun bakım ünitelerinde hastalar için ciddi bir anksiyete nedenidir(81).

Belirsizlikle anksiyete arasında yakın bir ilişki mevcuttur. Yoğun bakım ortamı, birey için yabancılık hissettiği, korku yaşayacağı bir çevredir ve bu çevrede yeni bireylerin olması, ilk kez görülen aletler, rutin işlemler, hastaların yoğun anksiyete duymasına neden olan etmenlerdendir. Hasta ve hasta yakınlarının yapılacak olan tıbbi girişimler ile ilgili işlem öncesi bilgilendirilmemesi korku ve endişe yaşamalarının yanı sıra, hasta ve hasta yakınlarında duyuşsal olarak

travmaya neden olabilmektedir. Bu travma sonrası hissedilebilecek en genel duygu anksiyetedir (87).

### **2.8.3. Transfer Anksiyetesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri**

Yoğun bakımda yatmakta olan hastanın içinde bulunduğu psikososyal problemleri tanılamak ve değerlendirmek hasta bireyin psikososyal sağlığı açısından oldukça önemlidir. Psikososyal anlamda bilgi edinme, sağlık durumu ile ilgili hikâyenin en önemli bölümlerindedir. Veriler, gözlemve daha önceki kayıtların irdelenmesiyle elde edilebilir. Psikososyal hikâye, hasta bireyle olumlu iletişim kurulması ve fiziki muayenesinden sonra toplanmalıdır. Psikososyal değerlendirme, hemşirenin çevrede olup biten durumlara karşı hasta bireyin davranışlarınıve bireyin etkilendiği durumları anlamasını sağlayabilir. Holistik bir yaklaşımla toplanan psikososyal veriler, hasta birey ve ailesi, hastanın yakın çevresi için önemli durumları içermelidir (4).

Bilgilendirme, hasta birey ve ailesinin eğitimi, her seviye anksiyetede olduğu gibi nakil stresinde de ana yaklaşımlardandır. Hasta bireyin içinde bulunduğu durumu ile ilgili eğitimi, anksiyeteyi azaltmada, tedavi süresini kısaltmada; bu bağlamda da bireylerin memnuniyetinin artırılmasında oldukça önemli bir yer tutmaktadır(4).

Destek sistemlerini aktifleştirmek için bireyi, ailesini ve yakın çevresini kapsamlı şekilde ele almak gerekir.Birey ile ilgili durumlara ailenin katılımının sağlanması, hasta bireyin yaşadığı anksiyete üzerinde olumlu anlamda etki gösterir. Hemşirelik uygulamaları, hem fizyolojik hem de psikolojik girişimler barındırmaktadır. Hemşirelerin uyguladığı bu işlemler tedavi süresinin kısalmasında olumlu katkı sağlamaktadır (81, 88).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Soruları**

Bu araştırma;

- Hastaların bilgi gereksinimleriyaşanılan transfer anksiyetesini etkileniyor mu?
- Hastaların anksiyete düzeyi yoğun bakımda kalış süresini etkiliyor mu?
- Bilgi gereksinim düzeyi yoğun bakımda kalış süresini etkiliyor mu?
- Hastaların sosyodemografik özelliklerinin bilgi gereksinimi ve anksiyete düzeyleri üzerine bir etkisi var mı? Gibi sorulara cevap vermeyi amaçlamaktadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı**

Araştırma, tanımlayıcı kesitsel tipte planlanmıştır. Araştırma 01 Haziran-01 Aralık 2019 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi 2.Seviye koroner yoğun bakım ünitesinde yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yürütülmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden Etik Kurul Onayı Alındı (EK-2). Ayrıca araştırmanın yapılacağı kurumdan yasal izin alındı (EK-3). Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı açıklandı, araştırma yapılması için yazılı ve sözlü onamları alınıp bilgilendirilmiş olur formu imzalatıldı. (EK-5).

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi' nde 01 Haziran-01 Aralık 2019 tarihleri arasında koroner anjiyografi işlemi uygulanmış 628 hasta oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi ve tüm evrene ulaşılmaya çalışıldı. 01 Haziran-01 Aralık 2019 tarihleri arasında koroner anjiyografi işlemi uygulanmış 628 hastadan 51' i yabancı uyruklu olması ve yaşanılan dil problemi nedeniyle, 14'ü 18 yaşından küçük olması sebebiyle, 103' ü de araştırmaya katılmayı kabul etmediği ve anket sorularını cevaplandırmayı yarıda bıraktığı için çalışmaya dâhil edilmedi. Araştırma 460 hasta (tüm evrenin %75,5'i) ile tamamlandı.

#### **3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri**

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesinde koroner anjiyografi işlemi uygulanmış olmak, Türkçe sözlü ve yazılı olarak iletişim kurabiliyor olmak, 18 yaşından büyük olmak ve araştırmaya gönüllü olarak katılmış olmaktır. Dâhil edilme ölçütlerini karşılamayan, araştırmının herhangi bir aşamasında ayrılmak isteyen ve çalışmayı tamamlayamayan hastalar çalışma dışında bırakıldı.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taraması ile oluşturulan hasta tanıtıcı özelliklerini içeren hasta tanıtıcı bilgi formu, anksiyete düzeylerini ölçmek için Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan 14 yaş üzerindeki kişilere uygulanabilen Türkçe dil geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmış bir test olan durumluk ve süreklilik kaygı ölçeği, öğrenim gereksinim düzeylerini ölçmek için 1990 yılında Bubela ve ark. tarafından geliştirilen, dil geçerliliği Çatal ve Dicle tarafından (2007) yapılan hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ile gerekli izinler e-mail yoluyla alınarak toplandı(11, 12).

### **Sosyodemografik Özellikler ve Tanıtıcı Bilgi Formu**

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla veri toplama formu oluşturulmuştur. Bu formda hastanın doğum tarihi, cinsiyeti, eğitim seviyesi, çalışma durumu, medeni hal durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, hastaneye başvuru şekli, koroner anjiyografi işlemi hakkında işlem ile ilgili bilgi verilme durumu ve bilginin kim tarafından verildiği, koroner anjiyografi işlemini araştırma durumu ve nereden araştırdığı, taburcu olmadan önce taburculuk ile ilgili eğitim verilme durumu ve bu eğitimin kim tarafından verildiği ile ilgili 14 sorudan oluşmaktadır (EK-4).

### **Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği**

Durumluk ve süreklilik kaygı ölçeği Durumluk ve süreklilik olarak iki alt ölçekten oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir. Durumluk ve süreklilik kaygı ölçeğinde Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz. Her iki alt ölçekten elde edilen toplam puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder (12).

## Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinde ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek toplam 7 alt ölçekve 50 maddeden oluşmaktadır.

**Tablo 1. HÖGÖ ve Alt Ölçekler Madde ve Puanları**

Alt Ölçekler	Ölçek Madde Sayısı	Maddeler	Minimum ve maksimum değerler
İlaçlar	8	3,8,16,18,37,39,44,45	8-40
Yaşam Aktiviteleri	9	2,5,14,17,27,28,29,30,48	9-45
Toplum ve İzlem	6	6,9,22,31,36,41	6-30
Duruma İlişkin Duygular	5	7,24,32,35,42	5-25
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	1,4,10,19,20,23,26,38,47	9-45
Yaşam Kalitesi	8	11,13,15,21,34,40,46,50	8-40
Cilt Bakımı	5	12,25,33,43,49	5-25
Toplam	50		50-250

HÖGÖ ve alt ölçeklerin madde sayısı, madde numaraları, ölçek-alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Tablo 1’de gösterilmiştir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında

değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça öğrenim gereksinimi artmaktadır (11).

### **3.7. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi 2. Seviye koroner yoğun bakım ünitesinde yapılmıştır. 2. Seviye koroner yoğun bakım ünitesi iki adet yedi yataklı, bir adet 8 yataklı bölüm ve 4 adet izolasyon odası olmak üzere toplam 26 yataktan oluşmaktadır. Anjiyografi ünitesinde koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastalar taburculuğu gerçekleşene kadar koroner yoğun bakım ünitesinde takip edilmektedir.

### **3.8. Araştırmanın Uygulanması**

Hastalara taburculuğu planlandıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek veri toplama formu uygulandı. Uygun buldukları cevabı işaretlemeleri istendi. Kendisi yazamayacak durumda olanlara sorular araştırmacı tarafından sorularak alınan yanıtlar veri toplama formuna kaydedildi. Veri toplama formunun uygulama süresi 20-25 dakika aralığındadır.

### **3.9. İstatistiksel Analiz**

Veriler istatistiksel değerlendirme için SPSS 22.0 paket programına aktarıldı. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri sayı, yüzde ortalama±standart sapma ya da median (Minimum-Maksimum) ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Q-Q Plot Testi, Box Plot grafiği, Fisher Basıklık ve Çarpıklık (Skewness ve Kurtosis) değeri ile değerlendirildi. Sosyodemografik özelliklere göre ortalamaların karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi Independent Sample t testi (Student Testi), üç veya daha fazla grubun ölçek ortalamaları karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi One-way Anova Testi kullanıldı. Ölçek ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirildi. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri istatistiklerde Bonferoni düzeltmesi ve Tukey HSD testi kullanıldı. Yapılan ileri istatistik sonrası sonra farkın hangi gruptan kaynaklandığının tabloda gösteriminin anlaşılır olması için, üç veya daha fazla grubun ölçek puan ortalamalarının karşılaştırıldığı durumlarda fark (a-b, c) şeklinde gösterildi. Bu gösterimin anlamı; "a" ile işaretlenen değişkenin "b" ve "c" ile işaretlenen değişkenler arasında anlamlı bir fark olduğu, "b" ile "c" arasında kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı şeklinde açıklanır.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

#### 4.BULGULAR

Tablo 2. Hastaların tanıtıcı özellikleri (N=460)

Tanıtıcı özellikler		N	%	Ortalama±SS (Min-Max)
Yaş		460		60.02±14.99 (Min19-Max 93)
Cinsiyet	Erkek	266	57.8	
	Kadın	194	42.2	
Medeni hal	Evlü	421	91.5	
	Bekâr	39	8.5	
Eğitim durumu	Okur-yazar	121	26.3	
	İlköğretim	242	52.6	
	Lise	52	11.3	
	Üniversite ve üzeri	45	9.8	
Çalışma durumu	Çalışıyor	135	29.3	
	Çalışmıyor	187	40.7	
	Emekli	138	30	
Gelir gider durumu	Gelirim giderimden az	187	40.7	
	Gelirim giderime denk	256	55.7	
	Gelirim giderimden fazla	17	3.6	
Sosyal güvencedurumu	Var	401	87.2	
	Yok	59	12.8	
Vaka türü	Acil	222	48.3	
	Planlı	238	51.7	
İşlem bilgisi verildi mi?	Evet	375	81.5	
	Hayır	85	18.5	
İşlem bilgisi kim tarafından verildi?	Hekim	206	44.8	
	Hemşire	169	36.7	
	Hiç kimse	85	18.5	

**Tablo 2. Hastaların tanıtıcı özellikleri (N=460) (Devamı)**

Tanıtıcı özellikler		N	%	Ortalama±SS (Min-Max)
İşlemi araştırdınız mı?	Evet	138	30	
	Hayır	322	70	
İşlemi nerden araştırdınız?	İnternet	63	13.7	
	Televizyon	7	1.5	
	Yakınlarım	71	15.4	
Taburculuk eğitimi aldınız mı?	Evet	331	72	
	Hayır	129	28	
Taburculuk eğitimi kimden aldınız?	Hekim	52	15.8	
	Hemşire	279	84.2	

Tablo 2' de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri yer almaktadır.

Bu araştırma koroner anjiyografi geçiren n=460 katılımcı ile tamamlandı. Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların yaş ortalaması 60.02±14.99, %57.8'i erkek (n=266), % 91.5'i evliydi. Araştırmaya katılanların %52.6' sı (n=242) ilköğretim seviyesinde eğitime sahip, %40.7'si (n=187) çalışmıyordu. Katılımcıların % 55.7'si (n=256) kendilerine yöneltilen gelir durumu sorusuna gelirim giderime denk şeklinde cevap verdi. Araştırmaya katılanların %87.2'sinin (n=401) sosyal güvencesi vardı ve %51.7'si (n=238) planlı olarak koroner anjiyografi işlemi uygulandığını belirtti. Katılımcıların % 81,5'i (n=375) koroner anjiyografi konusunda bilgilendirildiğini, % 44.8'i (n=206) hekim tarafından, %36.7'si (n=169) hemşire tarafından bilgilendirildiğini, %18.5'i (n=85) de hiç kimse tarafından bilgilendirilmediğini belirtti. Araştırmaya katılanlardan % 70'i (n=322) koroner anjiyografi işlemini hiçbir yerden araştırmadığını ve %15,4'ü (n=71) koroner anjiyografi işlemini yakınlarına sorduğunu bildirdi. Katılımcıların % 72'sine (n=331) taburculuk eğitimi verildiği saptandı.

**Tablo 3. Ölçeklerin Cronbach  $\alpha$  Güvenirlik Katsayıları Ve Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Ölçek	n	Cronbach $\alpha$ güvenilirlik katsayısı	Ölçeğin minimum ve maksimum puanları	Katılımcıların aldığı minimum ve maksimum puanlar	Ortalama $\pm$ SS
<b>DSKÖ</b>	460	0.902	40-160	43-147	86.55 $\pm$ 17.27
<b>HÖGÖ</b>	460	0.972	50-250	50-250	195.88 $\pm$ 35.43

Tablo 2’de hastaların Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’nin tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir.

Tablo incelendiğinde durumluk sürekli kaygı ölçeğinin cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı 0.902 olarak bulundu. Hastaların DSKÖ’den en yüksek 147, en düşük 43 puan aldığı ve puan ortalamalarının 86.55 $\pm$ 17.27 olduğu saptandı.

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğinin cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı 0.972 olarak bulundu. Hastaların HÖGÖ’den aldığı en yüksek puan 250, en düşük puan ise 50 ve de puan ortalamalarının 195.88 $\pm$ 35.43 olduğu tespit edildi.

**Tablo 4. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları**

Alt ölçek	Alt ölçek toplam puan ortalaması $\pm$ SS
<b>Durumluk</b>	
Durumluk alt ölçek toplam puan ortalaması	19,13 $\pm$ 7,71
<b>Sürekli</b>	
Sürekli alt ölçek toplam puan ortalaması	30,77 $\pm$ 8,45

**Tablo 4. Durumluk Süreklilik Kaygı Ölçeği Ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları(Devamı)**

<b>Alt ölçek</b>	<b>Alt ölçek puan ortalaması±SS</b>
<b>İlaçlar</b>	
İlaçlar alt ölçek toplam puan ortalaması	32,77±5,79
<b>Yaşam aktiviteleri</b>	
Yaşam aktiviteleri alt ölçek toplam puan ortalaması	35,13±7,15
<b>Toplum ve izlem</b>	
Toplum ve izlem alt ölçek toplam puan ortalaması	22,67±5,08
<b>Duruma ilişkin duygular</b>	
Duruma ilişkin duygular alt ölçek toplam puan ortalaması	18,90±4,54
<b>Tedavi ve komplikasyonlar</b>	
Tedavi ve komplikasyonlar alt ölçek toplam puan ortalaması	35,19±7,04
<b>Yaşam kalitesi</b>	
Yaşam kalitesi alt ölçek toplam puan ortalaması	31,90±5,73
<b>Cilt bakımı</b>	
Cilt bakımı alt ölçek toplam puan ortalaması	19,36±4,15

Tablo 4' de durumluk süreklilik kaygı ölçeği ve hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği alt ölçek puan ortalamalarına yer verildi.

**Tablo 5. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre DSKÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=460)**

Özellikler	N	%	DSKÖ Ort±SS	Test (t,f) p
<b>1-Yaş aralığı</b>				
18-45	77	16,7	95,84±15,31	f=1,934
46-65	198	43,0	99,86±17,69	p=0,146
66-99	185	40,2	97,15±18,00	
<b>2-Cinsiyet</b>				
Erkek	266	57,8	96,78±16,58	t=-1,894
Kadın	194	42,2	99,90±18,53	<b>p=0,041*</b>
<b>3-Medeni hal</b>				
Evli	421	91,5	98,31±17,49	t=0,861
Bekar	39	8,5	95,79±17,42	p=0,390
<b>4- Eğitim durumu</b>				
Okur-yazar	121	26,3	94,97±17,55	f=2,560
İlköğretim	242	52,6	99,58±17,66	p=0,054
Lise	52	11,3	100,63±16,22	
Üniversite ve üzeri	45	9,8	95,62±16,79	
<b>5-Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	135	29,3	96,77±15,46	f=0,859
Çalışmıyor	187	40,7	97,99±17,60	p=0,424
Emekli	138	30,0	99,54±19,12	
<b>6-Gelir durumu</b>				
Gelir giderden az <sup>a</sup>	187	40,7	102,07±20,16	f=8,605
Gelir gidere denk <sup>b</sup>	256	55,7	95,55±14,75	<b>p=0,001*</b>
Gelir giderden fazla <sup>c</sup>	17	3,7	92,82±15,95	<b>(a-b, c)</b>
<b>7- Sosyal güvence durumu</b>				
Var	401	87,2	98,35±17,83	t=0,817
Yok	59	12,8	96,37±14,90	p=0,193
<b>8-Hastaneye başvuru durumu</b>				
Acil	222	48,3	96,14±15,66	t=-2,337
Planlı	238	51,7	99,92±18,87	<b>p=0,012*</b>

**Tablo 5. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre DSKÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=460) (Devamı)**

Özellikler	N	%	DSKÖ Ort±SS	Test (t,f) p
<b>9- Anjiografiöncesi yapılacak işlem ile ilgili bilgi verilme durumu</b>				
Evet	375	81,5	97,93±17,66	t=-0,448
Hayır	85	18,5	98,85±16,75	p=0,483
<b>10- Bilginin kim tarafından verildiği</b>				
Hekim	206	44,8	98,69±19,27	f=0,532
Hemşire	169	36,7	97,00±15,56	p=0,588
Hiç kimse	85	18,5	98,85±17,75	
<b>11- Anjiografiöncesi işlemi araştırma durumu</b>				
Evet	138	30,0	96,36±16,62	t=-1,394
Hayır	322	70,0	98,84±17,81	p=0,389
<b>12- Anjiografiişlemi araştırılma yeri durumu</b>				
İnternet	63	13,7	96,11±19,43	f=1,147
Televizyon	7	1,5	104,85±29,20	p=0,330
Yakın çevre	71	15,4	95,98±11,43	
Hiçbir yer	319	69,3	98,81±17,87	
<b>13- Taburculuk eğitimi durumu</b>				
Evet	331	72,0	95,51±16,16	t=-5,236
Hayır	129	28,0	104,75±18,99	<b>p=0,017*</b>
<b>14- Taburculuk eğitiminin kim tarafından verildiği durumu</b>				
Hekim <sup>a</sup>	52	11,3	98,17±15,90	f=14,774
Hemşire <sup>b</sup>	279	60,7	94,98±16,13	<b>p=0,001*</b>
Hiç kimse <sup>c</sup>	129	28,0	104,81±19,05	<b>(c-a, b)</b>

t= Student t Test, f=One-wayAnova Test

Tablo 5' te hastaların sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerine göre DSKÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Hastaların gelir durumlarına göre DSKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında geliri giderinden az olan hastaların puan ortalaması 102,07±20,16, geliri giderine denk olan hastaların DSKÖ puan ortalaması 95,55±14,75 ve geliri

giderinden fazla olan hastaların DSKÖ puan ortalaması  $92,82 \pm 15,95$  olarak bulundu. Ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. ( $f=8,605$ ,  $p=0,001$ ). ( $p<0,05$ ). LSD testi ile yapılan düzeltme istatistiğinde oluşan bu farkın geliri giderinden az olan hastalar ile geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olan hastalar arasında olduğu bulundu ( $p=0,001$ ).

Hastaların hastaneye başvuru şekillerine göre DSKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında hastaneye acil olarak başvuranların DSKÖ puan ortalaması  $96,14 \pm 15,66$ , planlı olarak koroner anjiyografi uygulanan hastaların DSKÖ puan ortalaması  $99,92 \pm 18,87$  olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. ( $t=-2,337$ ,  $p=0,012$ ). ( $p<0,05$ ).

Taburculuk eğitimi alma durumlarına göre hastaların DSKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, taburculuk eğitimi alan katılımcıların DSKÖ puan ortalaması  $95,51 \pm 16,16$ , almayanların ise  $104,75 \pm 18,99$  olduğu görüldü. İki grup arasındaki puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. ( $t=-5,236$ ,  $p=0,017$ ). ( $p<0,05$ ).

Hastalara verilen taburculuk eğitiminin kimin tarafından verildiği durumu ve DSKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında hekim tarafından taburculuk eğitimi verilen hastaların DSKÖ puan ortalaması  $98,17 \pm 15,90$ , hemşire tarafından taburculuk eğitimi verilen hastaların DSKÖ puan ortalaması  $94,98 \pm 16,13$  ve bu soruya hiç kimse yanıtını veren hastaların DSKÖ puan ortalaması  $104,81 \pm 19,05$  olarak bulundu ( $f=14,774$ ,  $p=0,001$ ) ( $p<0,05$ ). Tukey HSD testi ile yapılan düzeltme istatistiğinde oluşan bu farkın hiç kimseden taburculuk eğitimi almayanların puan ortalamaları ile hekim ya da hemşireden taburculuk eğitimi alanlar arasında olduğu görüldü. (sırasıyla  $p=0,046$ ,  $p=0,001$ ).

**Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre HÖGÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=460)**

Özellikler	HÖGÖ			Test (t,f) P
	N	%	Ort±SS	
<b>1-Yaş aralığı</b>				
18-45	77	16,7	200,97±35,76	f=2,992
46-65	198	43,0	198,36±34,08	p=0,051
66-99	185	40,2	191,10±36,33	
<b>2-Cinsiyet</b>				
Erkek	266	57,8	194,61±35,60	t=-0,902
Kadın	194	42,2	197,62±35,22	p=0,368
<b>3-Medeni hal</b>				
Evli	421	91,5	196,65±35,27	f=1,529
Bekar	39	8,5	187,59±36,56	p=0,127
<b>4- Eğitim durumu</b>				
Okur-yazar <sup>a</sup>	121	26,3	182,55±32,43	f=8,435
İlköğretim <sup>b</sup>	242	56,6	199,49±36,20	<b>p=0,001*</b> <b>(a-b, c, d)</b>
Lise <sup>c</sup>	52	11,3	203,56±32,19	
Üniversite ve üzeri <sup>d</sup>	45	9,8	203,44±34,10	
<b>5-Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	135	29,3	195,13±33,36	f=0,240
Çalışmıyor	187	40,7	197,25±36,45	p=0,787
Emekli	138	30,0	195,88±35,43	
<b>6-Gelir durumu</b>				
Gelir giderden az <sup>a</sup>	187	40,7	201,50±36,18	f=4,678
Gelir gidere denk <sup>b</sup>	256	55,7	191,40±34,03	<b>p=0,010*</b> <b>(a-b)</b>
Gelir giderden fazla <sup>c</sup>	17	3,7	201,47±40,243	

**Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre HÖGÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=460) (Devamı)**

Özellikler	HÖGÖ			Test (t,f) P
	N	%	Ort±SS	
<b>7- Sosyal güvence durumu</b>				
Var	401	87,2	194,85±35,79	t=-1,633
Yok	59	12,8	202,90±32,28	p=0,103
<b>8-Hastaneye başvuru durumu</b>				
Acil	222	48,3	190,26±34,12	t=-3,332
Planlı	238	51,7	201,12±35,90	<b>p=0,001*</b>
<b>9- Anjiografiöncesi yapılacak işlem ile ilgili bilgi verilme durumu</b>				
Evet	375	81,5	193,86±35,85	t=-2,576
Hayır	85	18,5	204,76±32,27	<b>p=0,010*</b>
<b>10- Bilginin kim tarafından verildiği</b>				
Hekim <sup>a</sup>	206	44,8	199,89±37,39	f=10,295
Hemşire <sup>b</sup>	169	36,7	186,51±32,49	<b>p=0,001*</b>
Hiç kimse <sup>c</sup>	85	18,5	204,76±32,27	<b>(b-a, c)</b>
<b>11- Anjiografiöncesi işlemi araştırma durumu</b>				
Evet	138	30,0	187,25±38,14	t=-3,458
Hayır	322	70,0	199,57±33,60	<b>p=0,001*</b>
<b>12- Anjiografişlemi araştırılma yeri durumu</b>				
İnternet <sup>a</sup>	63	13,7	195,83±35,97	f=6,654
Televizyon <sup>b</sup>	7	1,5	182,14±41,43	<b>p=0,001*</b>
Yakın çevre <sup>c</sup>	71	15,4	179,92±38,03	<b>(c-a, d)</b>
Hiçbir yer <sup>d</sup>	319	69,3	199,88±35,43	
<b>13- Taburculuk eğitimi alma durumu</b>				
Evet	331	72,0	191,10±36,31	t=-4,743
Hayır	129	28,0	208,15±29,87	<b>p=0,001*</b>

**Tablo 6. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve tanıtıcı özelliklerine göre HÖGÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=460) (Devamı)**

Özellikler	HÖGÖ			Test (t,f) P
	N	%	Ort±SS	
<b>14- Taburculuk eğitiminin kim tarafından verildiği durumu</b>				
Hekim <sup>a</sup>	52	11,3	200,25±31,06	f=13,718
Hemşire <sup>b</sup>	279	60,7	189,34±37,01	<b>p=0,001*</b> <b>(b-c)</b>
Hiç kimse <sup>c</sup>	129	28,0	208,25±29,79	

Tablo 6.' da hastaların sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerine göre HÖGÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Hastaların eğitim durumuna göre HÖGÖ' dan aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, okur-yazar hastaların puan ortalaması 182,55±32,43, ilkokul mezunu olan hastaların puan ortalaması 200,31±35,75, ortaokul mezunu olan hastaların puan ortalaması 196,41±38,02, lise mezunu olan hastaların puan ortalaması 203,56±32,19, üniversite mezunu olan hastaların puan ortalaması 199,13±34,54 ve yüksek lisans-doktora mezunu olan hastaların puan ortalaması 226,86±20,33 olarak bulundu. Oluşan farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (f=5,952, p=0,001) (p<0,05). Benferronidüzelmesi testi ile yapılan ileri istatistikte oluşan bu farkın okur-yazar olanlar ile ilkokul, lise ya da yüksek lisans-doktora mezunu olanlar arasında olduğu bulundu. (sırasıyla p=0,001, p=0,004, p=0,016).

Gelir-gider durumlarına göre hastalar karşılaştırıldığında HÖGÖ' dan aldıkları toplam puan ortalamaları geliri giderinden az olan hastaların puan ortalaması 201,50±36,18, geliri giderine denk olan hastaların DSKÖ puan ortalaması 191,40±34,03 ve geliri giderinden fazla olan hastaların DSKÖ puan ortalaması 201,47±40,24 olarak bulundu (f=4,678, p=0,010). Benferronidüzelmesi testi ile yapılan ileri istatistikte oluşan bu farkın geliri giderinden az olan hastalar ile geliri giderine denk olan hastalar arasında olduğu bulundu (p=0,008).

Hastaların hastaneye başvuru şekillerine göre HÖGÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında hastaneye acil olarak başvuranların HÖGÖ puan ortalaması 190,26±34,12, planlı olarak koroner anjiyografi uygulanan hastaların HÖGÖ puan

ortalamasının  $201,12 \pm 35,90$  olduğu bulundu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $t=-3,332$ ,  $p=0,001$ ).

Hastaların koroner anjiyografi işlemi öncesi işlem ile ilgili bilgi verilme durumlarına göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında işlem öncesi bilgi verilenlerin toplam puan ortalaması  $193,86 \pm 35,85$ , işlem öncesi bilgi verilmeyenlerin toplam puan ortalaması  $204,76 \pm 32,27$  olarak bulundu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $t=-2,576$ ,  $p=0,010$ ).

“Koroner anjiyografi öncesi işlem ile ilgili bilgi kim tarafından verildi?” sorusuna verilen yanıtlara göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında hekim cevabını verenlerin puan ortalaması  $199,89 \pm 37,39$ , hemşire cevabını verenlerin puan ortalaması  $186,51 \pm 32,49$  ve hiç kimse tarafından bilgi verilmedi yanıtını verenlerin puan ortalamaları  $204,76 \pm 32,27$  olarak bulundu ve puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $f=10,295$ ,  $p=0,001$ ). Benferroni testi ile yapılan düzeltme istatistiğinde oluşan bu farkın hemşire ile hekim ve hemşire ile hiç kimse yanıtı puan ortalamaları arasında olduğu görüldü. (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ).

Hastalara sorulan “koroner anjiyografi işlemi öncesi işlemi araştırdınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında “evet” yanıtını verenlerin toplam puan ortalamaları  $187,25 \pm 38,14$ , “hayır” cevabını verenlerin toplam puan ortalamaları  $199,57 \pm 33,60$  olarak saptandı ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $t=-3,458$ ,  $p=0,001$ ).

Hastaların koroner anjiyografi işlemini nereden araştırdıklarına yönelik olan soruya verdikleri cevaplara göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında internetten araştıranların toplam puan ortalaması  $195,83 \pm 35,97$ , televizyondan araştıranların toplam puan ortalaması  $182,14 \pm 41,43$ , yakınlarında araştıranların toplam puan ortalaması  $179,92 \pm 38,03$  ve hiçbir yerden araştırma yapmayanların toplam puan ortalaması  $199,74 \pm 33,66$  olarak bulundu ( $f=6,654$ ,  $p=0,001$ ). Tukey HSD testi ile yapılan düzeltme istatistiğinde oluşan bu farkın “yakınlarımdan” yanıtını verenler ile “internet” ya da “hiçbir yer” yanıtını verenler arasında olduğu görüldü. (sırasıyla  $p=0,42$ ,  $p=0,001$ ).

Hastaların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında taburculuk eğitimi alanların toplam puan ortalaması  $191,10 \pm 36,31$ , taburculuk eğitimi almayanların toplam puan ortalaması  $208,15 \pm 29,87$  olarak bulundu ve taburculuk eğitimi almayanların puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görüldü ( $t=-4,743$ ,  $p=0,001$ ).

Taburculuk eğitiminin kim tarafından verildiği ile ilgili hastalara yöneltilen soruda HÖGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında hekim tarafından taburculuk eğitimi verilen hastaların toplam puan ortalaması  $200,25 \pm 31,06$ , hemşire tarafından taburculuk eğitimi verilenlerin toplam puan ortalaması  $189,34 \pm 37,01$  ve taburculuk eğitimi verilmeyen hastaların toplam puan ortalaması  $195,88 \pm 35,43$  olarak bulundu. Ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $f=13,718$ ,  $p=0,001$ ). Benferroni düzeltmesi ile yapılan ileri istatistikte oluşan bu farkın hemşire tarafından verilen taburculuk eğitimi ile taburculuk eğitimi almayan hastalar arasında olduğu saptandı. ( $p=0,001$ ).



**Tablo 7. Durumluk Süreklilik Kaygı Ölçeği Toplam Puanı Ve Alt Ölçekleri Toplam Puanları İle Hasta Öğrenim Gereksinimleri Toplam Puanı Ve Alt Ölçekleri Toplam Puanları Arasındaki İlişki**

Ölçek türü	DSKÖ toplam puanı	Durumluk alt ölçeği toplam puanı	Süreklilik alt ölçeği toplam puanı	HÖGÖ toplam puanı	İlaçlar alt ölçeği toplam puanı	Yaşam aktiviteleri alt ölçeği toplam puanı	Toplum ve izlem alt ölçeği toplam puan	Duruma ilişkin duygular alt ölçeği toplam puanı	Tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği toplam puanı	Yaşam kalitesi alt ölçeği toplam puanı	Cilt bakımı alt ölçeği toplam puanı
DSKÖ toplam puanı	1										
Durumluk alt ölçeği toplam puanı	0,729**	1									
Süreklilik alt ölçeği toplam puanı	0,551**	0,660**	1								
HÖGÖ toplam puanı	0,299**	-0,43	-0,61	1							
İlaçlar alt ölçeği toplam puanı	0,131**	-0,165**	-0,214**	0,815**	1						
Yaşam aktiviteleri alt ölçeği toplam puanı	0,285**	-0,004	-0,15	0,901**	0,655**	1					
Toplum ve izlem alt ölçeği toplam puan	0,339**	0,44	0,31	0,903**	0,649**	0,768**	1				

**Tablo 7. Durumluk Süreklilik Kaygı Ölçeği Toplam Puanı Ve Alt Ölçekleri Toplam Puanları İle Hasta Öğrenim Gereksinimleri Toplam Puanı Ve Alt Ölçekleri Toplam Puanları Arasındaki İlişki (Devamı)**

Ölçek türü	DSKÖ toplam puanı	Durumluk alt ölçeği toplam puanı	Süreklilik alt ölçeği toplam puanı	HÖGÖ toplam puanı	İlaçlar alt ölçeği toplam puanı	Yaşam aktiviteleri alt ölçeği toplam puanı	Toplum ve izlem alt ölçeği toplam puan	Duruma ilişkin duygular alt ölçeği toplam puanı	Tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği toplam puanı	Yaşam kalitesi alt ölçeği toplam puanı	Cilt bakımı alt ölçeği toplam puanı
Duruma ilişkin duygular alt ölçeği toplam puanı	0,360**	0,41	0,49	0,910**	0,648**	0,771**	0,899**	1			
Tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği toplam puanı	0,275**	-0,69	-0,099*	0,938**	0,767**	0,793**	0,847**	0,843**	1		
Yaşam kalitesi alt ölçeği toplam puanı	0,221**	-0,76	-0,094*	0,909**	0,713**	0,817**	0,749**	0,779**	0,810**	1	
Cilt bakımı alt ölçeği toplam puanı	0,302**	-0,008	0,010	0,898**	0,644**	0,794**	0,801**	0,832**	0,798**	0,834**	1

\*p<0,05

\*\*p<0,01 Pearson korelasyon uygulanmıştır.

Tablo 7' de hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ile durumluk süreklilik kaygı ölçeği ve durumluk süreklilik kaygı ölçeğinin alt ölçekleri toplam puanları arasındaki ilişki değerlendirildi. Ölçek toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu görüldü.

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği toplam puanı ile durumluk süreklilik kaygı ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ölçek toplam puanı arttıkça durumluk süreklilik kaygı ölçeği ölçek toplam puanının da arttığı görüldü ( $r=0,299, p=0,001$ ).

DSKÖ toplam puanı ile durumluk alt ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü güçlü bir korelasyon olduğu görüldü ( $r=0,729, p<0,01$ ). DSKÖ toplam puanı ile süreklilik alt ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon ortaya çıktığı bulundu ( $r=0,551, p<0,01$ ). DSKÖ ile HÖGÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon görüldü ( $r=0,299, p<0,01$ ). DSKÖ ile HÖGÖ alt ölçeklerinin ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon olduğu bulundu (sırasıyla;  $r=0,131, p<0,01$ ;  $r=0,285, p<0,01$ ;  $r=0,339, p<0,01$ ;  $r=0,360, p<0,01$ ;  $r=0,275, p<0,01$ ;  $r=0,221, p<0,01$ ;  $r=0,302, p<0,01$ ). Durumluk alt ölçeği ile süreklilik alt ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon tespit edildi ( $r=0,660, p<0,01$ ).

Durumluk alt ölçeği ve süreklilik alt ölçeği toplam puanları ile ilaçlar alt ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf bir korelasyon olduğu bulundu (sırasıyla  $r=-0,165, p<0,01$ ;  $r=-0,214, p<0,01$ ). Süreklilik alt ölçeği ile tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği toplam puanı ve yaşam kalitesi alt ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf bir korelasyon vardır (sırasıyla;  $r=-0,099, p<0,05$ ;  $r=-0,094, p<0,05$ ).

HÖGÖ toplam puanı ile HÖGÖ alt ölçekleri toplam puanları arasında pozitif yönlü çok güçlü korelasyon olduğu bulundu (sırasıyla;  $r=0,815, p<0,001$ ;  $r=0,901, p<0,001$ ;  $r=0,903, p<0,001$ ;  $r=0,910, p<0,001$ ;  $r=0,938, p<0,001$ ;  $r=0,909, p<0,001$ ;  $r=0,898, p<0,001$ ).

İlaçlar alt ölçeği toplam puanı ile HÖGÖ alt ölçekleri toplam puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki vardır (sırasıyla  $r=0,655, p<0,001$ ;  $r=0,649, p<0,001$ ;  $r=0,648, p<0,001$ ;  $r=0,767, p<0,001$ ;  $r=0,713, r=0,644, p<0,001$ ).

Yaşam aktiviteleri alt ölçeği toplam puanı ile HÖGÖ alt ölçekleri toplam puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon vardır (sırasıyla  $r=0,768$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,771$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,793$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,817$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,794$ ,  $p<0,001$ ).

Toplum ve izlem alt ölçeği toplam puanı ile HÖGÖ alt ölçekleri arasında pozitif yönlü güçlü bir korelasyon vardır. (sırasıyla  $r=0,899$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,847$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,749$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,801$ ,  $p<0,001$ )

Duruma ilişkin bilgiler alt ölçeği toplam puanı ile HÖGÖ alt ölçekleri arasında pozitif yönlü güçlü bir korelasyon vardır (sırasıyla  $r=0,843$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,779$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,832$ ,  $p<0,001$ ).

Tedavi ve komplikasyonlar alt ölçeği toplam puanı ile HÖGÖ alt ölçekleri toplam puanları arasında pozitif yönlü güçlü bir korelasyon vardır (sırasıyla  $r=0,810$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,798$ ,  $p<0,001$ )

Yaşam kalitesi alt ölçeği toplam puanı ile cilt bakımı alt ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü güçlü bir korelasyon mevcuttur ( $r=0,834$ ,  $p<0,001$ ).

## 5.TARTIŞMA

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesinin koroner yoğun bakım ünitesinde koroner anjiyografi geçirmiş hastaların bilgi gereksinimleri ve transfer anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışmada n=460 hastadan elde edilen araştırma sonuçları literatür bilgisi doğrultusunda tartışıldı.

Bu araştırmada hastaların HÖGÖ' den en düşük 50, en yüksek 250 puan aldığı ve puan ortalamalarının  $195,88 \pm 35.43$  olduğu tespit edildi. HÖGÖ' den alınan toplam puan arttıkça öğrenim gereksinimi düzeyi artmaktadır. Soyer ve ark. 2018; Başaran Dursun ve Yılmaz, 2015; Demirkan ve Uzun, 2012; Dağ ve ark., 2014' nın yaptıkları çalışmalarda bu çalışmayla paralellik göstererek HÖGÖ puan ortalamaları 198.7 ile 208.3 arasında olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bu çalışmadan elde edilen HÖGÖ toplam puan ortalaması daha düşüktü. Bu durumun araştırmanın yapıldığı bölgede katılımcıların eğitim seviyesinin düşük olmasından ve eğitim gereksinimleri ile ilgili olarak farkındalıklarının düşük olmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir(84, 85, 86, 89).

Hastaların eğitim durumuna göre HÖGÖ' dan aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, okur-yazar hastaların puan ortalaması  $182,55 \pm 32,43$  olarak diğer gruplara göre daha düşük bulundu. Çetin Kaya ve Aşiret' in yaptığı çalışmada lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan hastaların bilgi gereksinimlerinin ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip hastalardan yüksek olduğu tespit etmişlerdir. Bu farkın eğitim düzeyi yüksek olan hastaların farkındalıklarının ve beklentilerinin eğitim düzeyi düşük olan bireylere göre daha fazla olmasına bağlı olabileceği söylenebilir (90).

Bu araştırmada geliri giderden az olan katılımcıların HÖGÖ puan ortalamaları Geliri giderine denk olan katılımcıların puan ortalmalarından daha yüksek bulundu. Demir (2018)' in yaptığı çalışmada geliri gidere eşit olan hastalarda hasta öğrenim gereksiniminin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Farklı sonuçlar hasta grupları ve araştırma tasarımlarından kaynaklanmış olabilir (91). Bu çalışmada gelir düzeyi düşük olan hastaların taburcu olduktan sonra maddi durumları ile ilgili olarak daha endişeli olduklarından gelecek konusundaki belirsizlikleri netleştirmek konusunda durumları ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duymuş olabilir.

Hastaneye geliş tipine göre planlı olarak başvuru yapanların HÖGÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Planlı olarak koroner anjiyografi işlemi yapılan hastalar işlem öncesi işlemi araştırma ve işlem ile ilgili daha geniş bilgi sahibi olmasından dolayı durumları ile ilgili daha fazla soruya cevap arıyor olabilir.

Hastaların koroner anjiyografi işlemini nereden araştırdıklarına yönelik olan soruya verdikleri cevaplara göre HÖGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında internetten araştıranların toplam puan ortalaması hiçbir yerden araştırma yapmayanların toplam puan ortalaması  $199,74 \pm 33,66$  olarak bulundu. Tunç ve Güleç Keskin (2020) Koroner anjiyografi geçiren hastalar ile yaptıkları çalışmada hastanın durumları ile ilgili uygun, doğru kaynakları kullanmadığı ve yanlış bilgiler edindiğini vurgulamıştır. Bu durum işlem öncesi yeterli bilgi edinilmemesinden dolayı öğrenim gereksiniminin daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Yapılan düzeltme istatistiğinde oluşan bu farkın "yakınlarımdan" yanıtını verenler ile "internet" ya da "hiçbir yer" yanıtını verenler arasında olduğu görüldü. Bu çalışmada hastaların yakınlarına güvendiği, onların desteği ve verdikleri bilgilerle bilgi gereksinimlerini azalttığı söylenebilir (92).

Taburculuk eğitimi almayanların ve "Taburculuk eğitimi kim tarafından verildi?" Sorusuna "hiç kimse" yanıtını verenlerin HÖGÖ puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Yapılan bir çalışmada bu araştırma ile paralel olarak taburculuk eğitimi almayanların HÖGÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (86). Yapılan başka bir çalışmada ise taburculuk eğitimi ile toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (91). Taburculuk eğitimi almak hastaların bilgi düzeyini artırdığı için öğrenim gereksinimini azaltması beklenen bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada kadınların DSKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Delewi ve ark. (2017) kardiyak kateterizasyon yapılan kadınların anksiyetesinin daha yüksek olduğunu buldu. İlaveten Yıldız ve ark. (2019) çalışması da bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Bu durumun kadınların aile içindeki rollerinden ve duygusal olarak daha kaygılı bir yapıda olduklarından kaynaklandığı değerlendirilmektedir (88, 93).

Bu çalışmada geliri giderden az olan hastaların DSKÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulundu. Yıldız ve ark. (2019) çalışmasında gelir düzeyi gruplarına göre duyulan kaygı arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada aynı hasta grubunun bilgi gereksinimlerinin de yüksek olduğu

düşünüldüğünde hastalığa bağlı yaşanan acıların yanında bilgi gereksiniminin ve maddi sıkıntılarının da birlikte yaşanması bireylerin kaygı düzeyini arttırmış olabilir (88).

Hastaneye başvuru durumlarına göre planlı olarak koroner anjiyografi yapılan hastaların DSKÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Gökçe ve Arslan 2019 yılında planlı koroner anjiyografi hastalarına hemşire tarafından verilen eğitimin anksiyete üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada verilen eğitimin anksiyeteyi azalttığını ortaya koymuştur (Gökçe ve Arslan 2019). Bu çalışmada hastaların anjiyografi öncesi planlı ve standart bir eğitim almadıkları açıktır. Bu sebeple planlı koroner anjiyografi geçiren hastaların bu süreçte bu konudaki bilgi eksiklikleri transfer anksiyetesini yükseltmiş olabilir (94).

Taburculuk eğitimi almayanların ve “Taburculuk eğitimi kim tarafından aldınız?” sorusuna “hiç kimse” yanıtını verenlerin DSKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Tunç ve Güleç Keskin (2020) Koroner anjiyografi geçiren hastalar ile yaptıkları çalışmada hastanın bilgi edinmesinin yanında bilginin kaynağının, zamanının ve doğruluğunun da önemini vurgulamış olup, doğru kaynaklardan ve doğru bilgilendirilmemiş hastaların anksiyete ve stress düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmiştir (92). Biçersoy (2015)’ un yaptığı çalışmada bu çalışma ile benzer olarak taburculuk eğitimi almayanların DSKÖ puan ortalamalarını daha yüksek bulunmuştur (87). Hastaların taburculuk eğitimi almaması, doğru bilgilendirilmemesi bilgi eksikliğine neden olarak kaygı düzeylerini arttırmış olduğu değerlendirilmektedir.

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği toplam puanı ile durumluk süreklilik kaygı ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ölçek ve alt ölçek toplam puanı arttıkça durumluk süreklilik kaygı ölçeği ölçek toplam puanının da arttığı ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görüldü. Literatür incelendiğinde hastaların bilgi düzeyleri arttıkça öğrenim gereksinimlerinde azalma olmaktadır. Ayrıca hastaların yaşadığı kaygı düzeyi edindikleri bilgi sayesinde azalmaktadır. Bu durumlar birlikte ele alındığında bilgi düzeyindeki artış, kaygı düzeyinde düşüş yaşanmasını sağlamaktadır (89, 92, 94).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada HÖGÖ puan ortalaması  $195.88 \pm 35.43$ , DSKÖ puan ortalaması  $86.55 \pm 17.27$  olarak bulundu. HÖGÖ ile DSKÖ toplam puanları arasında korelasyona göre hasta öğrenim gereksinimleri arttıkça durumluk süreklilik kaygı düzeyinin arttığı görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- ✓ Hastaların eğitim durumunun okuryazar olması ve gelir giderden az olması hasta öğrenim gereksinimini azaltmaktadır.
- ✓ Hastalara koroner anjiyografi işleminin planlı olarak gerçekleştirilmesi, koroner anjiyografi işlemi öncesi işlem ile ilgili hiç kimse tarafından bilgi verilmemesi hasta öğrenim gereksinimini artırmaktadır.
- ✓ Araştırmaya katılanlardan koroner anjiyografi işlemini araştırmayanların, hiç kimse tarafından taburculuk eğitimi verilmeyenlerin hasta öğrenim gereksinimini artmaktadır.
- ✓ Hastaların kadın olması, gelir giderden az olması, koroner anjiyografi işleminin planlı olarak yapılması durumluk süreklilik kaygı düzeylerini artırmaktadır.
- ✓ Katılımcılara taburculuk eğitiminin hiç kimse tarafından verilmemesi, katılımcıların durumluk süreklilik kaygı düzeylerini artırmaktadır.

Öneriler:

- ✓ Hastalara verilen taburculuk eğitimin hasta öğrenim gereksinimi ve transfer anksiyetesini azalttığı görüldüğünden, taburculuk eğitiminin önemi anlaşılmıştır.
- ✓ Taburculuk eğitimi açısından sağlık profesyonellerinin bu konu ile ilgili gerekli hassasiyeti göstermeleri gerekmektedir.
- ✓ Bu konuda yapılan araştırmalar sınırlı sayıdadır. Daha geniş bir örnekleme, anksiyete ve bilgi gereksinimini azaltıcı müdahale çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

### 6.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılığı, araştırma evreninin tek merkezden seçilmiş olmasıydı. Ayrıca araştırma kesitsel tipte planlandığı için sadece 01 Haziran-01 Aralık 2019 tarihleri arasındaki hastaları kapsamı da diğer bir sınırlılıktır.

## KAYNAKLAR

1. Güngör, MD. (2014).Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hak, Yetki Ve Sorumlulukları.Mine DG, Gamze T, Adem S. (Ed.). *Yoğun Bakım Hemşireliği Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 51-60.
2. Üzar, Ö., Hiçdurmaz, D. (2015).İhmal Edilen Bir Gerçek: Duyusal Problemlerin Yoğun Bakım Hastalarına Etkileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* .75-78.
- 3.Özer, N., Akyl, Y. (2008). TheEffect Of Providing Information ToPatients On TheirPerception Of TheIntensiveCareUnit. *AustralianJournal Of Advanced Nursing*. 4: 71-78.
4. Bat Tonkuş, M. (2016).*YoğunBakımÜnitesinden, ServiseTransfer Edilecek Olan Hastalarda veHastalarınYakınlarında Transfer Anksiyetesininİncelenmesi*.YüksekLisansTezi. SağlıkBilimleriEnstitüsü. İstanbul.
5. Öztürk, MO., Uluşahin, A. (2011).*Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*.Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 11: 67-71.
6. Akyay, A. (2016).*Endişe Ve Anksiyete Ölçeği, Problemlere Karşı Olumsuz Tutum Ölçeği Ve Bilişsel Kaçınma Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerliliği Ve Güvenilirliği*.Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.İstanbul.
7. Ören, B. (2018). Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Üyelerinin Hemşirelerden Beklentileri ve Etkileyen Faktörler. *HSP* 5(2):217-226. DOI:10.17681/Hsp.401525
8. Mustafa, Ş., Köçkar, Ç. (2018). Bir Stressör Olarak Yoğun Bakım. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(4): 207-214.
9. Kaçal, Z., Demirsoy, N. (2018). Yoğun Bakım Hastalarında Spiritual Değerlendirme. *Sakarya Tıp Dergisi*.8(2): 170-175.

10. Kuşeli Dost S., Kaya, H. (2015).Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği. *FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(3): 195-202. Issn:2147-4923.
11. Çatal, E. (2007).*Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması*.Yüksek Lisans Tezi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir.
12. Öner, N., Le Compte, A. (1983).*Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No:333. 2: 1-26.
- 13.Avcı, G. G., Türker, S., Çiftçi, M., Sürücü, Ş. (2013). Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4: 21-24.
- 14.Uzelli, D., Korhan, A. E. (2014). Yoğun bakım hastalarında duyuşal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2): 120-128.
- 15.Telci, L. (2004). Yoğun bakım nasıl olmalı?*Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*,1: 13-15.
- 16.Kaya, B., Terzi, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1: 21-25.
- 17.Akdeniz, S., Ünlü, H. (2004). Yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Dergisi*.4(3):179,85.
- 18.Durmaz Akyol, A. (2017). *Yoğun bakım ünitelerinin planlanması ve sınıflandırılması*.İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti, Inc. 1. İstanbul, Türkiye.
- 19.Özel Erkan, D., Zayim N., Oğuz Yolcular, B., Döşemeci, L., Saka, O. (2007). *Yoğun Bakımda Mobilite: Uygulama Öncesi Değerlendirme*.IV.Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi (Tıp Bilişimi'07), Antalya.
- 20.Sayar, G. (2019). *Yoğun bakım ünitesi ekipmanları ile ilgili eğitimin hasta yakınlarının kaygı düzeyine etkisi*,Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

- 21.Ağaçdiken, S, Aydoğan, A. (2010). Hemşirelerde empatik beceri ve etik duyarlılık ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52: 76-81.
- 22.Çağlıyan, H, Sucu Dağ, G. (2019). Kardiyovasküler Cerrahi ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Belirlenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4): 10-22.
- 23.Members, TF., Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., ve ark., (2013). ESC guidelines on themanagement of stablecoronaryarterydisease: TheTask Force on themanagement of stablecoronaryarterydisease of theEuropeanSociety of Cardiology. *Euro Heart J.*,34(38):2949-3003.
- 24.Badıllıoğlu, O., Toğrul, B. Ü. ve Uçkub, R. (2011). İzmir, Güzelbahçe'de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(3): 22-33.
- 25.Wilkins, E, Wilson, L, Wickramasinghe, K, Bhatnagar, P, Leal, J, Luengo-Fernandez, R, Townsend, N. (2017) Europeancardiovascular disease statistics. Brussels: *EuropeanHeart Network*.
- 26.Onat, A, Dursunoglu, D, Kahraman, G, Ökçün, B, Dönmez, K. ve ark. (1996). Türk erişkinlerinde ölüm ve koroner olaylar: TEKHARF Çalışması Kohortunun 5-yıllık Takibi. *Türk KardiyolDern Arş.* 24:8-15.
- 27.Mackay, J., Mensah G. A. (2004). The atlas of heartdiseaseandstroke. *World HealthOrganization*.
- 28.Abaci, A. (2011).Türk KardiyolojiDerneği Araştırması.*ArchTurkSocCardiol* 39 Suppl 4:1-5.
- 29.Sanchis-Gomar, F., ve ark. (2016). Epidemiology of coronaryheartdiseaseandacute coronary syndrome. *Annals of translationalmedicine*, 4(13): 21-43.
- 30.Williams, KJ., Tabas, I. (1998). Theresonsetoretentionhypothesis of atherogenesisreinforced. *CurrOpinLipidol*, 9:471–474.

- 31.Yalçın, R., Cemri, M., Boyacı, B. (2006). Koroner arter hastalığı 1. *Gazi Tıp Dergisi* 17 (1): 1-33.
- 32.Porth, C. (2004). Pathophysiology. *Concepts of Altered Health States*. 308-311.
- 33.Guyton, A. C., Hall, J. E. (2007). *Tıbbi fizyoloji*. Nobel Tıp Kitapevleri, (11), Ankara. 848-852.
- 34.Eray, A., Set, T. ve Ateş, E. (2018). Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekim Dergisi*, 22 (1): 12-19.
- 35.İliçin, G, Biberoglu, K, Süleymanlar, G, Ünal, S. (2003). *İç hastalıkları*. Güneş Kitabevi, (2), Ankara. 449-474.
- 36.Hambrecht, R., Wolf, A, Gielen, S, ve ark. (2000). Effect of exercise on coronary endothelial function in patients with coronary artery disease. *N Eng J Med*; 342:454- 460.
- 37.Franklin, S. S., Khan, S. A., Wong, N. D., Larson, M. G., & Levy, D. (1999). Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart disease? The Framingham Heart Study. *Circulation*, 100(4): 354-360.
38. Kumar, A. Cannon, C. (2009). Acute coronary syndromes: diagnosis and management, *Part I. Mayo Clin Proc.* 84 (10): 917–938.
- 39.Demir, Ö. (2013). *Koroner Anjiyografi ve Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- 40.Güzelsoy, D. (2003). Koroner Arter Hastalığı Tanısında Nükleer Kardiyoloji Yöntemlerinin Yeri. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji* 2003;16(1):23.
- 41.Connolly, J.E. (2002) The development of coronary artery surgery: personal recollections. *Tex. Heart. Inst. J* 29(1):10–14.
- 42.Cin, G. (2003). *Girişimsel Kardiyoloji*. (2), İstanbul: Nobel Matbaacılık: 36-55.
- 43.Candan, İ., Oral, D. (2002). *Kardiyoloji*. (1), Ankara.

- 44.Yel, P. (2009). *Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- 45.Ahraz, M. (2018). *Koroner anjiyografi sonrası koroner arter bypass greft cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisi*.Yüksek Lisans Tezi.Gaziantep.
- 46.Bakan, G. (2016). Perkütan koroner girişimlerde kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*. 7(1):26-34.
- 47.Doğan, A. (2018). *Koroner anjiyografi planlanan hastalara işlem öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyleri üzerine etkisinin değerlendirilmesi (Sivas ili örneği)*.Yüksek Lisans Tezi. Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı, Trabzon.
- 48.<http://tdkterim.gov.tr>. Erişim Tarihi: 16.11.2020
- 49.Pıçakçıfe, M. (2010). Çalışma yaşamı ve anksiyete. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,9(4):367-374.
50. Çam, O, Engin, E. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi, (1), İstanbul: 21-43.
- 51.Demir, Ö, Arslantaş, H. (2016). Müzik eşliğinde uygulanan progresif gevşeme egzersisinin anjiyografi ve perkütantranslüminal koroner anjiyoplasti olacak hastaların yaşam bulgularına etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,19(1):10-17.
- 52.Ferrer, A. J. (2007). Theeffect of livemusic on decreasinganxiety in patientsundergoingchemotherapytreatment. *Journal Music Therapy*,44(3): 242–255.
- 53.Canlı, Ö., Şenuzun, Z., Tokem, Y. (2009). Miyokart enfarktüslü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyol Derneği Arşivi- Archive TurkSocialCardioogy*, 37(8):557-562.
- 54.Ocaktan, M. E., Keklik, A., Meltem, Ç. (2002). Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde

spielbergerdurumluk ve sürekli kaygı düzeyi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 55(01): 21-28.

55.Kırlı, S. (2000). *Anksiyete bozukluklarının oluşumu ve farmakolojik tedavisi*, (1), Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, Bursa: 32-55.

56.Tükel, R. (2000). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi: 41-65.

57.Stone, M. (1997). *HealingtheMind: A history of psychiatryfromantiquitytothepresent*. New York: WW Norton &Company.

58.Arıkan, MK. (1999). *Temel Psikiyatrik Sendromlar*, İstanbul: Çantay Kitabevi: 12-42.

59.Özakkaş, T. (2014). Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. *Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları*, 19: 1–26.

60.American Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı*.Beşinci Baskı (DSM-5). (Çeviri ed.)Köroğlu E, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı Ankara: Hekimler Yayın Birliği: 13-21.

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

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

63.Atmaca Çetin, T. (2016). *Acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların nöbet öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri*.Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

64.Tural, Ü. (2010). Anksiyete Bozuklukları.

[http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders\\_notlari/u\\_tural/anksiyete](http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/u_tural/anksiyete) Erişim tarihi: 10.11.2020

65.Karaman, D. (2016). *Meme biyopsisi sırasında sanal gerçeklik uygulamasının ağrı ve anksiyete üzerine etkisi*.Yüksek Lisans Tezi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.

- 66.Gedik, A., Kanan, N. (2015). *Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinin belirlenmesi*.Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- 67.Nayır, N. U., Aldemir, M. (2012). *Açık Kalp ameliyatında preoperatifanksiyete ile postoperatif komplikasyonlar arasındaki ilişki*.Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- 68.Ala, S., Şahin, DA. (2007). *Tiroidektomi ameliyatı öncesi hemşirenin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeyine etkisi*.Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
- 69.Çelik, F, Edipoğlu, IS. (2018). Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *Eur J Med Res* 23(1):41.
70. Attias, S., Keinan, B. L., Arnon, Z., Ben Arye, E., Baram, A., Sroka, G., Schiff, E. (2016). Effectiveness of integrating individualized and generic complementary medicine treatments with Standard care versus Standard care alone for reducing preoperative anxiety. *J Clin Anest.* 29:54-64.
- 71.Stein, D. J., Hollender, E. (2011). Textbook of anxiety disorder. *America: American Psychiatric Publishing*: 12-18.
- 72.Bayad, A. (2017). *Preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ve anksiyete düzeyinin saptanması*.Yüksek Lisans Tezi.Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.
- 73.Gündoğdu, G. (2013). *Son trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*.Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 74.Büyükyılmaz, FE. (2009). *Total kalça veya diz protezi ameliyatı olan hastalara uygulanan gevşeme egzersizleri, sırt masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkisi*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 75.Sezen, M. (2019). *Total kalça artroplastisi ameliyatı öncesi hastalara uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeyleri üzerine*

etkisi.Yüksek Lisans Tezi. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kırklareli.

76.Fındık, ÜY., Topçu, SY. (2012). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 22-23

77.Yılmaz, Y., Durmuş, K., İnal, F.Y., Daşkaya, H., Çiftçi, T., Toptaş, M. ve ark. (2014). Septoplasti operasyonlarında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(2): 288-293.

78.Cesur, S. (2015). *Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkileri*.Yüksek Lisans Tezi. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.

79.Kayhan, C. (2003). *Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi*.Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Afyon.

80.Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal*. 92(4): 445-446.

81.Akyolcu, N., Öztekin, D., Kanan, N, Öztekin, İ., Aksoy, T. (1998). Cerrahi yoğun bakım ünitesinden taburcu olma hazırlığı içindeki hastada transfer stresine eşlik eden faktörlerin incelenmesi. *Hemşirelik Bülteni*. 10: 83-100.

82.Ançel, G. (2007). Cerrahi - dahiliye hastasına psikososyal yaklaşım Nalan, A., Sibel, E.İ., Gülsüm, A., Ayla, SA., (ed.) *Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye - Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut) Kitabı*.Ankara, Birlik Matbaası.3-155

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

84. Soyer, Ö. ve ark. (2018). Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *DEUHFED*, 11(3): 200-208.

85. Başaran Dursun, H., Yılmaz, E. (2015). Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2 (3), 65-70.
86. Demirkıran, G., Uzun, Ö. (2012). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28 (1), 1-12.
87. Biçersoy, G. (2015). *Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi. Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya.
88. Yıldız, E., ve ark. (2019). Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin (STAI-TX) Rastgele Seçilmiş Bireylerde Uygulanması ve Sonuçları. *Smyrna Tıp Dergisi*: 12-23.
89. Dağ, H., Dönmez, S., Güleç, D., Öztürk, R., Eminov, A., Saruhan, A. ve ark. (2014). Jinekolojik operasyon geçiren kadınların taburculuk öncesi öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30 (1): 49-59.
90. Çetinkaya, F., Duru Aşiret, G. (2017). Dahili ve Cerrahi Kliniklerindeki Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *DEUHFED*, 10(2): 93-99.
91. Demir, E. (2018). *Genel Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.
92. Tunç, E., Keskin Güleç, S. (2020). Determining the Levels of Perceived Stress and Anxiety in Patients Undergoing Coronary Angiography in Accordance with Their Status of Being Informed About the Procedure. *Journal of Radiology Nursing*, 39: 331-335.
93. Delewi, R. ve ark. (2017). Anxiety levels of patients undergoing coronary procedures in the catheterization laboratory. *International Journal of Cardiology* 228: 926–930.
94. Gökçe, E. ve ark. (2019). Possible Effect of Video and Written Education on Anxiety of Patients Undergoing Coronary Angiography. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(2) (April): 281-288.



**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-71915440-804.01-2101050065  
Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih:05.01.2021

Sayın Burak ÇİL

Enstitü Yönetim Kurulunun 9.5.2019 tarih ve 2019/20 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR  
Müdür V.

OGRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
184101026 Burak ÇİL	Koronar Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri Ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişki

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu: 169a36a3

Belge Doğrulama Adresi: <http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres : Havsalar Yolu Üzüm 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP

İrtibat-Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Tel / Faks : +90 342 211 80 80 / +90 342 211 80 81

Web: [www.hku.edu.tr](http://www.hku.edu.tr)

Keş Adresi : [hasankalyoncu.univ@ta01.kep.tr](mailto:hasankalyoncu.univ@ta01.kep.tr)

e-Posta: [info@hku.edu.tr](mailto:info@hku.edu.tr)



**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

Karar No : 2019/56  
Karar Tarihi : 14.06.2019

Sayın Burak ÇİL,

“Koroner Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişki” konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN  
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN  
Üye

Prof. Dr. Nermin OLGUN  
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT  
Üye

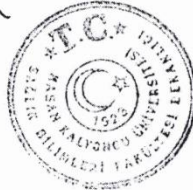
Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ  
Üye

Güven HOŞ  
Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Sekreteri

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL  
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR  
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA  
Üye



ASLIGIBİDİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/07/2019-E.26704



T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 92860489-622.01  
Konu : Anket Uygulaması Talebi

Sayın Burak ÇİL

İlgi : 01/07/2019 tarihli ve 5367 sayılı yazı,

İlgi yazımıza istinaden; "Koroner Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişki" konulu çalışmanızı yürütmek üzere, hastanemiz Koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalara anket uygulama talebiniz, çalışma sonucunun bir örneğinin tarafımıza verilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Doç. Dr. Ökkeş BİLAL  
Başhekim

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Avşar Kampüsü, 46100 -  
Onikişubat/Kahramanmaraş  
Telefon No: +90 (344) 300 40 57 Faks No: +90 (344) 300 40 68  
E-Posta: hastane@ksu.edu.tr İnternet Adresi: http://hastane.ksu.edu.tr

Bilgi İçin: Tuba YAĞLICI  
Unvan: Memur  
Telefon No: 03443004057

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Koroner Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişki

### SAYIN KATILIMCI;

Bu ankete vereceğiniz cevapların tamamı bilimsel çalışma için kullanılacak olup, katılımcıya herhangi bir yaptırım kesinlikle olmayacaktır. Anket formu hastaların sosyodemografik ve tanıtıcı özellikleri içeren 14 adet soru, 40 soruluk “durumluk ve sürekli kaygı ölçeği” ve 50 soruluk “hasta öğrenim gereksinimleri” ölçeğinden oluşmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Dilerseniz araştırma sonucu sizinle paylaşılacaktır. Soruları dikkatlice dinleyip yanıt vermeniz araştırmanın geçerliliği için önemlidir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Burak ÇİL

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

### HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

1-Doğum yılınız:.....

2-Cinsiyetiniz: ( ) Erkek ( ) Kadın

3-Medeni haliniz: ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış

4-Eğitim durumunuz: ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul

( ) Ortaokul ( ) Lise

( ) Üniversite ( ) Yüksek lisans- doktora

5- Çalışma Durumunuz:( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

( ) Emekli ( ) Diğer.....

6-Gelir Durumunuz: ( ) Gelirim giderimden az

( ) Gelirim giderime denk

( ) Gelirim giderimden fazla

7- Sosyal Güvenceniz:( ) Var ( ) Yok

**8- Başvuru Durumunuz (Vaka tipi):**            ( ) Acil    ( ) Planlı

**9-Size anjiyografi olmadan önce yapılacak olan işlemle ilgili bilgi verildi mi?**

( ) Evet                      ( ) Hayır

**10-Bilgi verildi ise kim tarafından verildi?**

( ) Hekim    ( ) Hemşire    ( ) Diğer .....

**11-Anjiyografi işlemini kendiniz araştırdınız mı?**

( ) Evet                      ( ) Hayır

**12-Kendiniz araştırdıysanız nereden araştırdınız?**

( ) İnternette    ( ) Televizyondan    ( ) Yakınlarımdan    ( ) Diğer .....

**13-Size taburcu olmadan önce taburculuk sonrası ne yapacağınız ile ilgili eğitim (bilgi) verildi mi?**

( ) Evet                      ( ) Hayır

**14-Taburculuk eğitimi (bilgisi) verildi ise kim tarafından verildi?**

( ) Hekim    ( ) Hemşire    ( ) Diğer .....

## DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

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

		HIÇ	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 güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

		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.	Güçlüklerin 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.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim 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)

## HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ

### Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)

Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.

1= önemlideğil, 2= birazönemli, 3= ne az ne çok önemli, 4= çok önemli, 5= son derece önemli.

MADDELER	Öne mli değ i	Biraz öne mli	Ne az ne ço k önem li	Çok öne mli	Son dere ce önem li
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da Banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımanın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımanın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5

23.Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığının nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25.Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33.Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42.Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49.Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

**GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU**

Koroner Anjiyografi Geçirmiş Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Transfer Anksiyetesi Arasındaki İlişki çalışması.

Bu çalışma 2. Seviye koroner yoğun bakım ünitesinde koroner anjiyografi geçirmiş yetişkin hastalarda bilgi gereksinimleri ve transfer anksiyetesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sizin de araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılabilirsiniz. Bu veriler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılacaktır. Bu çalışmaların dışında bu veriler kullanılmayacak, başkalarına verilmeyecek ve herhangi bir yaptırım söz konusu olmayacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için soruları eksiksiz yanıtlamanızı dilerim.

Teşekkürler.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Adı-Soyadı:

Adres:

Telefon (varsa):

İmza:

Araştırmayı Yapan Sorumlu Araştırmacının

Adı-Soyadı: Burak ÇİL

Adres: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi



## LİSANSÜSTÜ TEZ İNİHAL RAPOR FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Başlığı: KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE KORONER ANJİYOGRAFI GEÇİRMİŞ HASTALARIN BİLGİ GEREKSİNİMLERİ VE TRANSFER ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 52 sayfalık kısmına ilişkin, 11/12/2020 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından inihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir\*) olup, tezim'in benzerlik oranı alıntılar dahil % 17'dur. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gereklinedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç  
 Alıntılar dahil  
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Üniversitesi TURNİTİN adlı inihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir inihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih: 12/12/2020

Adı Soyadı: BURAK ÇİL

Öğrenci No: 184101026

Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK

Programı: HEMŞİRELİK

Statüsü:  Y.Lisans  Doktora

\*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

DANİSMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Dr. Öğretim Üyesi Betül TOSUN

**ÖZGEÇMİŞ**

1. Adı Soyadı: Burak ÇİL

2. İletişim Bilgileri

Telefon: 5062770650

Mail: [burak-cil@hotmail.com](mailto:burak-cil@hotmail.com)

3. Doğum Tarihi: 01.01.1989

4. Unvanı: Hemşire

5. Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2012
Yüksek Lisans	Hemşirelik Anabilim Dalı	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2020

6. Ünvan/Görevler:

Görev/Ünvan	Görev Yeri	Yıl
Pediyatri Yoğun Bakım/Hemşire	Gazi Üniversitesi Hastanesi Ankara	2012-2013
Dahiliye Yoğun Bakım/ Sorumlu Hemşire	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi	2013-2015
Süpervizör/ Hemşire	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi	2015-2017
Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı/ Hemşire	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi	2017-Halen