



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ACİL SERVİSE GÖĞÜS AĞRISIYLA BAŞVURAN
HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYETİNİN
ANKSİYETE VE AĞRI ÜZERİNE ETKİSİ**

GÖZDE ÇETİN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL - 2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : GÖZDE ÇETİN
Tez Başlığı : Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Başvuran Hastalarda Hemşirelik
Bakım Memnuniyetinin Anksiyete ve Ağrı Üzerine Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 05.08.2021

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr. Üyesi Esra K. ÇAMDEVİREN İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Aysel KÖKCÜ DOĞAN İstanbul Medipol Üniversitesi

Prof.Dr. Nuray ENÇ

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar olan bütün durumlarda etik dışı herhangi bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucunda elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gözde Çetin

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca tüm bilgi birikimi ile yol gösteren, destek ve emeğini esirgemeyen, sabırla tezin son aşamasına getiren değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN'e,

Çalışmaya gönüllü olarak katılmış olan, Acil Servis gibi koşulların zorlu olduğu bir birimde, verilerin toplanmasına katkı sağlayan tüm hastalara ve veri toplama sürecimde bana destek olan tüm arkadaşlarıma, meslektaşlarıma ve özellikle İstinye Devlet Hastanesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis ekiplerine,

Hayatım boyunca her koşulda ve durumda başarılı olacağıma inançlarını eksik etmeyen ve yanımda olduklarını her daim hissettiğim ailem Ayla, Veysel ve Kurtuluş Çetin'e,

Lisansüstü dönemden başlayıp tez oluşum süreci boyunca ve halen yanımda olup desteklerini esirgemeyen değerli sınıf arkadaşlarıma,

Zor bir süreçten geçtikleri halde yardımlarını ve desteklerine esirgemeyen tüm ekip arkadaşlarıma, ben bu zor süreçte her bırakmalıyım, vazgeçiyorum dediğimde elimden tutup bana kendimi hatırlatan yakın dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları.....	7
4.1.1. Akut koroner sendrom (AKS)	7
4.1.2. Akut koroner sendrom (AKS) belirtileri.....	8
4.2. Göğüs Ağrısı Tanımı ve Etyolojisi.....	8
4.2.1. Göğüs ağrısı etyolojisi	8
4.2.3. Göğüs ağrısının patofizyolojisi.....	10
4.2.4. Göğüs ağrısını tanılama kriterleri/ değerlendirme.....	11
4.3. Göğüs Ağrısı ve Anksiyete	11
4.4. Hemşirelik Bakımı, Bakım Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler	12
5. MATERYAL VE METOT	14
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	14
5.2. Araştırma Soruları	14
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	14
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
5.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	16
5.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	16
5.7. Veri Toplama Araçları	16
5.7.1. Sosyodemografik ve tıbbi özellikler formu (Ek 1.1).....	16

5.7.2. Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği (NHBMÖ) (Ek 1.2)	17
5.7.3. McGill ağrı ölçeği kısa formu (MAÖ-KF) (Ek 1.3)	17
5.7.4. Spielberger Durumluk-sürekli kaygı ölçeği (STAI) (Ek1. 4)	18
5.8. Uygulama	19
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	20
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	20
6. BULGULAR	22
7. TARTIŞMA	38
7.1. Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyeti İle Ağrı Düzeylerine İlişkinin Bulguların Tartışması	38
7.2. Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyeti İle Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışması	42
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
8.1. Sonuçlar	47
8.2. Öneriler	47
9. KAYNAKLAR	49
10. EKLER	59
EK 1. Formlar	59
EK 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	66
EK 3. Araştırma İzinleri	67
EK 4. Ölçek Kullanım İzinleri	69
11. ETİK KURUL ONAYI	71
12. ÖZGEÇMİŞ	74

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AKS	: Akut Koroner Sendrom
AMI	: Akut Miyokard İnfarktüsü
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
AP	: Anjina Pektoris
AS	: Acil Servis
CPR	: Kardiyolo Pulmoner Resusitasyon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyogram
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
KVS	: Kardiyovasküler Sistem
NGKA	: Non Kardiyak Göğüs Ağrısı
SVH	: Serebrovasküler Hastalıklar
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USAP	: Anstabil Anjina Pektoris
USAP	: Anstabil Anjina Pektoris

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 6.1: Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=302)	22
Tablo 6.2: Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=302)	23
Tablo 6.3: Ölçek Toplam Puan Ortalamaları (N=302)	24
Tablo 6.4: Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Sosyodemografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği, Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, McGill Ağrı Kısa Formundan Elde Edilen Puanlar (N=302).....	25
Tablo 6.5. Değişkenlerle Mevcut Ağrı Durumları Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonucu	33
Tablo 6.6: Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	36

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 5.1: Araştırmanın Akış Şeması..... 19



1. ÖZET

HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYETİNİN GÖĞÜS AĞRISIYLA ACİL SERVİSE GELEN HASTALARIN ANKSİYETELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma acil servise göğüs ağrısıyla başvuran hastaların; hemşirelik bakım memnuniyetlerinin ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir devlet hastanesi ve bir eğitim araştırma hastanesi olmak üzere iki hastanenin acil servisine 15.09.2018- 15.05.2019 zaman aralığında göğüs ağrısıyla başvuran, 18 yaş üzeri 302 hasta oluşturdu. Araştırmada veri toplama araçları olarak 'Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikler Formu', 'Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği', 'McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu' ve 'Spielberger Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği' kullanıldı. Bu araştırmada elde edilen bulgular lisanslı SPSS 21 paket programı ile analiz edildi. Bulguların değerlendirilmesinde; değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanıldı. Çalışmadaki sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanıldı. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının $55.59 \pm 15,94$ olarak hesaplandığı, katılanların çoğunluğunun cinsiyetinin erkek, medeni hallerinin evli olduğu ve lise mezunu oldukları görülmüş ve hastaların en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve bunlarında diğer kategorisini kapsayan hastalıkların oluşturduğu görüldü. Kullanılan ölçekler arasında kaygı ve ağrının birbirleri arasında pozitif bir ilişkileri varken, bakım memnuniyetiyle negatif bir ilişkileri olduğu sonucuna ulaşıldı. Anksiyete ve ağrı düzeyleri belirlenen ölçeklerle değerlendirildi ve hastaların çoğunluğunun kaygı ve ağrı düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. Hemşirelik bakım memnuniyeti arttığında kaygı ve ağrı seviyelerinin azaldığı görüldü. Bakım memnuniyetini arttırmaya yönelik girişimlerin planlanması önerildi.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, anksiyete, göğüs ağrısı, hemşirelik bakım memnuniyeti

2. ABSTRACT

IMPACT OF NURSING CARE SATISFACTION ON ANXIETY OF PATIENTS WHO COME TO EMERGENCY SERVICE WITH CHEST PAIN

This research was carried out as a descriptive, cross-sectional and relationship searcher to assess the effect of nursing care satisfaction on pain and anxiety levels of patients who presented to the emergency department with chest pain. The universe of the study was made up of 302 patients over the age of 18 who presented chest pain to two hospital emergency departments, a public hospital and an educational research hospital affiliated with the Istanbul Provincial Health Directorate, between 15.09.2018-15.05.2019. Data collection tools were used as 'Socio-Demographic and Medical CharacteristicsForm', 'NewcastleNursing SatisfactionScale', 'McGillPain Scale ShortForm' and 'Spielberger Situational-Continuity Anxiety Scale'. The findings of this research were analyzed with the licensed SPSS 21 package program. In the evaluation of the findings; Shapiro Wilk's was used because of the number of units when investigating the normal distribution of variables. 0.05 was used as the level of signiability when interpreting the results in the study. The mean age of the patients participating in the study was calculated as 55.59 ± 15.94 , the majority of the participants were male, married in their marital status and graduated from high school, and the patients had at least one chronic disease and the other category of diseases were found to be. It was concluded that anxiety and pain have a positive relationship between each other between the scales used, while they have a negative relationship with care satisfaction. Anxiety and pain levels were evaluated on the specified scales and it was concluded that the majority of patients had high levels of anxiety and pain. When nursing care satisfaction increased, anxiety and partial pain levels decreased. It is recommended to plan initiatives to increase maintenance satisfaction.

Keywords: Anxiety, Chest Pain, Emergency Department, Nursing Care Satisfaction

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünya çapında ölüme sebep olan hastalıklar arasında birinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2019 yılı verilerine göre, bulaşıcı olmayan hastalıklar sebebiyle 70 yaşın altındaki 17 milyon ölümün %38'inin KVH'lerden kaynaklandığı ve 2019 yılında KVH sebebiyle yaklaşık 17,9 milyon kişinin hayatını kaybettiği tespit edilirken ulaşılan bu sayının da dünya çapındaki ölümlerin %32'sini temsil ettiği belirlenmiştir. DSÖ verilerine göre 2015 yılında dünya çapında yaklaşık 17.7 milyon insan kalp ve damar hastalığı nedeniyle hayatını kaybetmiş ve bu sayı kayıtlı tüm erken ölümlerin yüzde 31'ini oluşturmuştur. Kalp ve damar hastalıklarına bağlı 2030 yılında 22 milyondan fazla ölüm olacağı tahmin edilmektedir (1).

KVH ölümlerinin dörtte üçünden fazlası ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (2). Ülkemizde; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; 2019 yılında ölüm nedenleri içerisinde KVH kaynaklı ölümler, tüm ölümlerin %36,8'ini oluşturarak ilk sırada yer almaktadır (2). Türkiye'de 2017-2018 yılları arasındaki ölüm oranları değerlendirildiğinde, 64,282 kişinin iskemik kalp hastalığı, 13,439 kişinin de hipertansif hastalıklar olmak üzere 191.920 kişinin dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle yaşamını yitirdiği görülmektedir (2).

Kardiyovasküler hastalıklardan özellikle Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI), Anjina Pektoris (AP), Anstabil Anjina Pektoris (USAP) gibi tanılarının konulduğu hastalarda göğüste yanma ve rahatsızlık, baskı hissi, kollarda özellikle sol kol ve omuzlarda ağrı, nefes darlığı, mide bulantısı ve kusma, soğuk terleme, ciltte solukluk ve bilinç değişiklikleri görülse de en fazla görülen belirti göğüs ağrısıdır(3). Acil servislere başvuru yapan tüm hastaların %5-10'unu göğüs ağrısı şikayeti olanların oluşturduğu ve acil servise göğüs ağrısı şikayetiyle başvurmuş hastalarda oluşan göğüs ağrısının da %17-20'sinin iskemik kalp hastalığına bağlı olduğu belirlenmiştir (4). Göğüs ağrısına sebep olabilecek hastalıkların ortak patofizyolojisi, dokuların

beslenme ve oksijenizasyonunu sağlayan kan perfüzyonunun bozulması ve doku canlılığının yitilmesidir ki bu da hayati önem taşıyan bir çok organ ve sistemi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (4). Bu nedenle göğüs ağrısıyla acil servise başvuran hastalar öncelikli triaja sahiptirler ve zaman kaybı yaşanmaksızın değerlendirilmeleri gerekir (4).

Göğüs ağrısıyla acil servise gelen hastayı değerlendirirken; ağrı şiddeti veya başka sebeplerle ortaya çıkabilen anksiyetenin (kaygıyı) de tanımlanması gerekmektedir (5,6). Anksiyete; nereden ve niye geldiği belli olmayan ve insanın içinde bir anda gelişip ortaya çıkan, sanki kötü bir durum yaşanacakmış hissidir (7,8). Anksiyetenin değerlendirilmesinde durumluk ve sürekli olmak üzere iki tür kategori bulunmaktadır. Durumluk anksiyetesi, subjektif olup bireyin içinde bulunduğu stresli durumlara bağlı yaşadığı bir histir. Bazı tehlike ve tehdit içeren durumların sonucunda, otonom sinir sistemine uyarı gitmesiyle oluşan kısa zamanda geçebilen bir duygu durumudur. Sürekli anksiyete ise yine stres ve sıkıntı içerebilen unsurlarla ortaya çıkabilen, zaman geçtikçe tekrar edebilme olasılığı yüksek ve bireyin anksiyete faktörlerine yatkınlığı ile bağlantılı bir durumdur (7). Kısacası durumluk anksiyetesi, yaşandığı an itibariyle sadece o anı kapsayan, sürekli anksiyete durumu ise hastanın genel bir zaman aralığında hissetmiş olduğu bir duygu durumunu açıklamaktadır (8,9). İki anksiyete türü de birbiriyle ilişki içindedir. Sürekli anksiyete düzeyi yüksek olan hastada acil bir durum karşısında daha fazla kaygı yaşanabileceği belirlenmiştir (8,9,10).

Anksiyeteye yol açan her türlü faktör bireye göre değişmekle beraber, hastane ortamında ve özellikle acil serviste bulunmak; bilinmezlik hissetmek hastalarda genelde endişe ve korku oluşturur (11, 12). Anksiyetenin herhangi bir potansiyel ya da değil, tehdit ya da tehlike karşısında yaşanması olası duygusal bir durum olması, miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde bu endişenin beklenen bir tepki olması ile sonuçlanır (13, 14). Anksiyete akut miyokard infarktüsünün erken dönemlerinde ortaya çıkabilir; çünkü, birey yaşamını tehdit eden ciddi tehlike karşısında kaygı, korku hisseder (13, 15). Durademir ve Sabuncu'nun ilk kez AMI geçiren hastalar ve eşlerinde anksiyete düzeylerinin saptanmasına yönelik çalışmasında; kadın hastaların

%62.33'ünde, erkek hastaların %43.87'sinde durumluk anksiyete belirlenmiştir (16). Buselli ve Stuart tarafından gerçekleştirilen, AMI geçiren hastaların psiko-sosyal faktörlerinin incelendiği çalışmada, hastaneye yatıştan sonra AMI komplikasyonlarının anksiyete ile ilişkili olduğu, anksiyetenin iskemi ve aritmi komplikasyonlarını tetiklediği bulunmuştur (17). Aynı çalışmada, AMI geçiren hastaların %69'unda anksiyete olduğu ortaya konulmuştur (18).

Memnuniyet kavramı; kişinin hayat tarzı, deneyimleri, beklentileri, kişisel ve toplumsal değerleri kapsayan komplike bir kavramdır(19,20). Verilen hemşirelik bakımının sonuçlarının doğru algılanabilmesi ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti ise, farklı insanlar ya da aynı kişilerin kendileri tarafından farklı zamanlarda farklı tanımlanabilmektedir (21,22). Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA)'nın tanımlamasına göre hasta memnuniyeti; hastanın veya hasta yakınlarının (ailesinin), hemşirelerden almış olduğu bakıma ilişkin oluşan algısını ifade etmektedir (23). İran'da hasta memnuniyetini belirlemeye yönelik yapılmış bir çalışmada, hemşirelik bakımı hizmetindeki memnuniyetsizliğin, hastanın bakım hizmetinden az yararlanmasına ve sağlık sistemi konusunda olumsuz tutum geliştirmesine neden olduğu belirtilmiştir(24).Dölek ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada, çalışmaya katılan hastaların çoğunun acil servisteki verilen hemşirelik hizmetlerinden memnun olduğu belirlenmiş ve aynı çalışmada hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin, öncelikle hemşirelik hizmetleri daha sonra hekimlik hizmetleri olduğu tespit edilmiştir (25). Yıldırım ve arkadaşları tarafından bir çalışmada; hemşirelik hizmetlerinden kaynaklanan memnuniyet düzeyleri yüksek olan hastalar, başvuruda buldukları acil servislerden memnun ayrıldığını ve herhangi bir rahatsızlıkları geliştiğinde ise yeniden aynı kurumu seçeceklerini ifade etmişlerdir (26,27).

Hasta memnuniyeti verilen hizmetin sunumunu, varlığını, devamlılığını, hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimi, hizmeti verenlerin yeterli oluşunu, ve iletişim şekillerini kapsamakta ve verilen sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak kabul edilmektedir (28,29). Anksiyete kaynakları bireyden bireye değişmekle birlikte, hastane ortamında özellikle de acil servis gibi birimlerde bulunmak anksiyete oluşturabilmektedir (22). Dolayısıyla anksiyetenin acil servis gibi stres

faktörlerinin yoğunluğun olduğu birimlerde, sağlık profesyonelleriyle iletişim sorununa yol açabileceğine, daha da önemlisi tanı ve tedavi sürecinin olumsuz yönde etkilenebileceğine dikkat çekilmektedir (21). Acil servislerde göğüs ağrısı gibi hayati risk belirtisi taşıyan hastaların ilk kliniksel ilişki ve değerlendirmesi, diğer sağlık profesyonellerine göre daha çok hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir (30). Bu nedenle hemşirelik hizmetleri, acil kliniksel öncelikleri belirlemek, bu aşamada kardiyak kökenli göğüs ağrılarını tanılamak ve ayırt etmek açısından çok önemlidir (6,7). Yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere anksiyetenin kardiyovasküler hastalıklarla olan ilişkisi anksiyete kaynaklarının belirlenmesini gerektirmekte, uygun girişimlerin yapılması büyük önem arz etmektedir (15,16,17). Bununla beraber, özellikle sürekli kaygı düzeyi yüksek bireylerin, olaylar esnasında ve sonrasında kaygı düzeyleri hızlı bir şekilde artış gösterdiği için bu bireylerde memnuniyet düzeylerinin de düşük olduğu unutulmamalıdır (22). Hasta memnuniyetinin temelini oluşturan hemşirelerin hastalarıyla aralarında oluşturduğu olumlu iletişim; bakım kalitesini ve memnuniyetini artıracaktır (30,31).

Bu çalışmanın amacı, acil servise göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran hastalara verilen hemşirelik bakım memnuniyeti doğrultusunda, hastaların yaşadığı ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisini araştırmaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Kardiyovasküler hastalıklar, kalp ve damar sistemini etkileyen ve bozulmasından kaynaklanan hastalıklardan oluşmaktadır. KVH'lar içerisinde doğuştan gelen kalp hastalıkları, periferik damar hastalıkları, serebrovasküler hastalık (SVH)'lar, konjestif kalp yetmezliği, koroner kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansiyon ve aritmiler gibi kalp ve damarları içine alan tüm hastalıklarını içerir. Kardiyovasküler hastalıkların progresyonunda; sigara tüketimi, fiziksel aktivitede azalma, obeziteye sebep olabilen sağlıklı beslenme gibi olumsuz yaşam tarzları ile birlikte diyabet, hipertansiyon, dislipidemi gibi hastalıklar da bulunmaktadır(1, 4).

4.1.1. Akut koroner sendrom (AKS)

Akut koroner sendrom; ateroskleroza bağlı kalp-damar yapı bozukluğu sonucunda oluşmaktadır. Koroner arter hastalığı, dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alırken, en çok rastlanan ölüm nedeni ise koroner arter hastalığına bağlı olarak oluşan akut koroner sendromlardır (32,33). Akut koroner sendrom, belirli bir şekilde görünen kalp kası hasarı olmadan ortaya çıkan ve sıklıkla istirahat anında oluşan göğüs ağrısı olarak tanımlanabilen 'kararsız angina pektoris'ten, çok daha ciddi ve ölümlü sonuçlanan akut miyokard infarktüsüne kadar ilerleyen bir hastalıktır (34). Bununla birlikte, akut koroner sendromların patofizyolojisi hastalığın genel özellikleriyle benzerdir. Kalp kasını besleyen damarların herhangi birinin duvarında bulunan aterosklerotik plaklardan birinin rüptüre olması sonucunda plak içeriğinde bulunan yağ ve başka doku faktörlerinin kan ile temas etmesi halinde, aniden başlayan ve hızlı bir şekilde ilerleyen pıhtılaşma sürecinin başlamasına neden olur. Damar içinde oluşan trombüs, kalbe giden damarın kan akışını kısmi şekilde ya da tamamen keserek, kalp kasının beslenememesine sebep olur ve akut koroner sendrom tablosu oluşur (35,36).

4.1.2. Akut koroner sendrom (AKS) belirtileri

En çok görülen AKS belirtilerinin başında göğüs ağrısı gelmektedir. Tipik olarak iskemik göğüs ağrısı; retrosternal veya diffüz yerleşim yeri olup baskı, sıkışma veya yanıcı şekilde görülen ağrı tarzıdır(37,38). Hareket arttıkça veya emosyonel stres ile birlikte artar. İstirahat halinde ya da nitrogliserin ile azalabilir. Ama UAP'ta ağrı efor ile artabilirken, istirahat ile birlikte görülen ağrı şeklinde de oluşabilir. Bununla birlikte üst uzuvlar (en çok sol kola) ve omuzlara, çene kısmına, epigastrik bölgeye ve skapulaya yansıyan ağrı olarak yayılabilir. Genellikle anksiyete, ölüm korkusu, halsizlik, dispne, terleme, bulantı ve kusma, soğuk ve soluk deri, bayılma gibi belirtiler de eşlik eder. Kadınlarda, yaşlı bireylerde, diyabetiklerde ve opere olan hastalarda tipik olmayan belirtiler oluşabilir. Böyle bireylerde AKS taşikardi, kardiyak arrest ve asemptomatik olan klinik bulgular ile kendini gösterebilmektedir (37,38). İyi bilinen tipik iskemik kardiyak ağrının yanında AKS'lerin atipik prezentasyonları seyrek değildir. Bu grupta özellikle daha genç (25-40), yaşlı (>75), diyabetik ve kadın hastalar bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada acil servise gelen hastaların keskin ve aniden oluşan göğüs ağrısı bulgusu olanların %22'sine, plöritik tipte göğüs ağrısı mevcut olanların %13'üne ve palpasyonla artan göğüs ağrısı olanların %7'sine AMI tanısı konulmuştur. AMI'lı hastaların %13'ünün göğüs ağrısı olmadığı ve hastaneye başvuruda herhangi bir belirti göstermediği bildirilmiştir (39).

4.2. Göğüs Ağrısı Tanımı ve Etiyolojisi

Göğüs ağrısı; kan akışının miyokardın oksijen ihtiyacını karşılamamasından dolayı oluşan dengesizlik sebebiyle oluşmaktadır. Göğüs ağrısı, kardiyovasküler sistem ya da dışındaki bir hastalığın belirtisi olabilir (40). Ağrının niteliği, miktarı, sıklığı, yeri, süresi, yayılımı, artıran ya da hafifleten faktörler nedenlerin belirlenmesine yardımcı olabilir. Anjinal rahatsızlık, sıklıkla sternumun altında ve sol göğsün üzerinde yerleşiktir ve değişik formlarda görülebilmektedir (41).

4.2.1. Göğüs ağrısı etyolojisi

Akut göğüs ağrısına en çok neden olan kardiyovasküler kökenli hastalıklar sırasıyla anjina pectoris ve akut myokard enfarktüsüdür.

Angina Pectoris; Eforla gelen ve genelde hastanın göğüs bölgesinde baskı ve sıkışma hissi ile gelen bir bulguya sahiptir (42). Ağrı genel olarak göğsün üst bölgesinde hissedilir; fakat sternum orta-alt kesim bölgesinde ve sol tarafta da hissedilebilir. Genel olarak, göğsün sol kısmında sol kola doğru yayılan ve istirahatle azalan bir özellik taşımaktadır. Ortalama olarak 5– 10 dakika arasında sürer. Ağrının süresi uzadığı zaman bu durum “Miyokard İnfarktüsünü” düşündürebilir (42). Ağrı kol, boyun ve çene bölgesine dağılabilir. Ayrıca bilek ve parmaklara da yayılabilmektedir. Sadece kolda hissedildiği de görülebilmektedir. Kalp yükünün arttığı değişik durumlarda oksijen tüketiminin fazla olduğu ve kalp kasının oksijenizasyonunun yetersiz olduğu durumlarda; kalp kası sinirlerinin bu yetersizliği algılayıp elektriksel iletiyi beynin duyu bölgesine iletir. Bu ileti angina pektoris diye ifade edilen göğüs ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Stabil Anjina Pectoris, kardiyovasküler ağrılar içinde en çok görülen şeklidir. Genel olarak, eforla birlikte artıp azalabilmektedir. Havanın derecesi, duygusal değişimler ve ağır yemek tüketimi ağrıyı arttırabilir (43, 44).

Anstabil Anjina Pectoris; Koroner dolaşım, genellikle ciddi şekilde bozulmuştur. Tahmin edilemeyen zamanlarda, istirahatte, uykuda bile gerçekleşebilir (45,46). Yüksek tansiyon, taşikardi, kalp oksijen ihtiyacında artış duygusal ve zihinsel dalgalanmalara neden olabilir. Hissedilen rahatsızlık ilaçla veya istirahat halinde 10 dakikalık zaman diliminde iyileşmezse anstabil angina'yı işaret edebilir. Anstabil anginanın diğer bir işareti de stabil anginanın sıklığında ve ağrı şiddetindeki artıştır (46,47). Anstabil angina altta yatan nedenleri arasında koroner arter hastalığının progresyonunu gösteren tehlikeli bir durumdur. Anstabil angina; koroner arterle damarlarındaki plakların deformasyonundan sonra oluşabilir ve bu da arterin daralmasına sebep olarak kalbe kan akışının daha da azalmasına sebep olur. Anstabil angina zedelenmiş plağın üzerinde pıhtı oluşumu ile de ortaya çıkabilir. Anstabil angina miyokard infarktüsünün de göstergesi olabilir (47,48).

Miyokard İnfarktüsü Ağrısı: Kalbi besleyen damarların kan akımının çeşitli nedenlerle ani azalmasına veya kesilmesine bağlı olarak gelişen ve o damarın beslediği kalp kasında çeşitli derecede hücre ölümü ile sonuçlanan ve kalp krizi olarak bilinen bir hastalıktır. Genelde sistemik kan dolaşımını da bozar (49). Çoğunlukla yerleşim ve yayılım açısından Anjina Pectoris'e benzer, ancak ağrı çok

daha uzun sürer ve daha şiddetlidir. Ağrı sıklıkla göğüsten omuz ya da kollara, ense, dişler, çene, karın veya sırtta doğru yayılır (50,51). Bazen ağrı sadece bu bölgelerden birinde hissedilir. Hasta, huzursuzdur ve ölüm korkusu içindedir. Her 5 ani ölümün biri kalp krizinden dolayı gerçekleşmektedir. Kalp krizi yetişkinlerdeki ani ölümün başlıca nedenlerinden biridir (51,52).

Kardiyak Olmayan (Non Kardiyak) Göğüs Ağrısı Nedenleri: Non kardiyak göğüs ağrısı (NKGa) genellikle sternum arkasında hissedilir ve sıkıcı bir ağrı ya da basınç hissi olarak tarif edilir. Ağrı bazı hastalarda sol kol veya sırtta yayılabilir (50). Hastalar aynı zamanda epigastrik yanma hissi ya da reflüden şikayet edebilir. Ağrı, birkaç dakika veya saat sürebilir. Esasen klinik semptomlarla NKGa, kardiyak göğüs ağrısından kesin olarak ayırt edilemez (52,53). Ancak, ağrının karakteristik özellikleri kardiyak ağrıyı nonkardiyak ağrıdan ayırmaya yardımcı olabilir. NKGa'nı gerçek kardiyak ağrıdan ayırt etmek çok güç olabilir. Ancak ayırt edici bir özellik olarak ağrının sırtta yayılımı kardiyak göğüs ağrısı (KGA) kadar yaygın değildir. Non kardiyak göğüs ağrısı Amerika Birleşik Devletleri'nde ülkenin %25 'ten fazlasında, Avustralya'da %33, İspanya'da %8-28, Arjantin'de %24 ve Güney Çin'de %21'de görülür (53, 54).

4.2.3. Göğüs ağrısının patofizyolojisi

Göğüs ağrısının oluşumunda; afferent ve visseral ağrı lifleri rol almaktadır (55). Afferent ağrı lifleri visseral ve somatik olmak üzere iki büyük kategoride sınıflanır. Kalbin oksijen ihtiyacının karşılanamadığı durumlarda, ortamda anaerobik üretim başlar ve hücre bütünlüğü bozulur; hücre hasarlanması sonucunda ortaya çıkan mediatörler visseral afferent lifleri uyarır (56,57). Bu uyarı sonucu ağrı oluşur. Ağrı lifleri yüzeysel seviyelerde spinal korda giderler ve paryetal korteksde özel alanlarda dizilirler. Visseral ağrı lifleri ise özefagus, kan damarları vb. iç organlarda bulunurlar. Bu lifler spinal korda değişik seviyelerde girerler ve paryetal korteksde somatik liflerle birlikte bulunur. Somatik liflerden kaynaklanan ağrı ise genellikle kolayca lokalize edilebilir. Visseral liflerden kaynaklanan ağrı ise genellikle zor tanımlanır ve lokalize edilemez (58,59). Diyafragma irritasyonu omuz ağrısıyla gelebilir, kol ağrısı aynı anda miyokard enfarktüsünü temsil edebilir (60). Miyokarttan kalkan his uyarıları ön göğüs duvarından, koldan, boğazdan ve alt

çeneden gelen uyarılarla aynı seviyede üst servikal medulla spinalise girer. Bu nedenle Anjina Pektorisin yayılma yerleri buralardır (61,62).

4.2.4. Göğüs ağrısını tanılama kriterleri/ değerlendirme

Koroner Arter Hastalığı'nın (KAH) en yaygın belirtisi, göğüs ağrısı olmasına karşın, bu belirti acil serviste çok farklı nedenlere bağlı olarak da karşımıza sıkça çıkmaktadır. Göğüs ağrısı yakınması, tüm teknik ve bilimsel gelişmelere rağmen acil servise göğüs ağrısı ile başvuran AKS'lu hastaların %5'e yakını eve gönderilmektedir(63,64). Bu anlamda acil servise göğüs ağrısı ile gelen hastada semptoma yol açan neden, ayrıntılı alınacak anamnez, dikkatli bir muayene, EKG ve kardiyak enzimler ile bulunabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada; acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastaların %28-50'sinin yeteri kadar değerlendirilmediği ve AMI olgularının %4-5'nin ise yanlış teşhis konularak hastaneden taburcu edildikleri saptanmıştır (65,66).

Göğüs ağrısıyla acil servis(AS)'e gelen hastada tedavi ilkeleri; vital bulguların acilen alınması, EKG çekilmesi ve yorumlanması, damar yolunun açık tutulması, biyokimyasal kardiyak markerların alınması, göğüs grafisi, ağrı anamnezi, oksijen tedavisi olmalı ve Akut Koroner Hastalık durumu tanılanmalıdır (67,68).Göğüs ağrısı ile AS'ye başvuran hastalarda, EKG bulgularındaki değişimlerinin hızlıca tanınmasında, hemşirelerin rolü bütünün bir parçası olup, AMI'ın belirti ve bulgularının, AS hemşiresi tarafından hızlı değerlendirilmesine olan ihtiyaç ise, kaçınılmazdır (69,70).

ABD'de yapılan bir çalışma sonrasında ise; AS hemşiresinin göğüs ağrısıyla gelen hastalarda; EKG değişiklikleri, hemşire anamnezi ve fiziksel değerlendirmesiyle yükümlü olduğu politika geliştirilmiştir. AS hemşirelerinin, göğüs ağrılı hastaya yaklaşımları için yapılan çalışmalarda bakım ve izlem standartları geliştirilmiş, AS izlem hastaları için hemşirelerin önemi vurgulanmıştır (62, 63).

4.3. Göğüs Ağrısı ve Anksiyete

Göğüs ağrısı; ağrının da tanımını kapsadığı gibi duyuşal olduğu kadar sosyal ve psikolojik yönleri de olan ve her insanın yaşadığı kompleks bir algıdır. Ağrı,

insanın çevreye uyumunu sağlar, potansiyel ve gerçek tehlikelere karşı kişiyi uyanık tutar ve iyileşme sürecini başlatır (64, 65, 66). Anksiyete ise herhangi bir tehdit ya da tehlike karşısında yaşanan duygusal bir durumdur. Ağrı ve anksiyete birlikte var olan, benzer tedavilere yanıt veren, birbirlerini kötüleştiren, benzer biyolojik yolları olan iki durumdur. Ağrı anksiyetenin tetikleyicisi konumundadır (67, 68). Kaygı sebepleri sübjektif olarak değişmekle beraber hastane ortamında bulunmanın özellikle de acil serviste olmanın kaygıya neden olduğu ortaya çıkmaktadır. Kişiler arasında oluşan kaygı derecesinde farklılıklar görülebilir. AMI olan hastalarda oluşan anksiyete beklenen bir tepkidir. AMI'nün erken dönemlerinde de anksiyete ortaya çıkabilir. Birey hayatı tehlikesi olan bu durum karşısında kaygı ve korku hissedebilmektedir. AMI olan hastaların sağlık durumları ile doğru orantılı anksiyete ve depresyon seviyelerinde artış gözlemlenebilmektedir (69). Bireylerin kişisel özellikleri ile beraber hastalık sebebiyle depresyon, anksiyete, stres, hastalığa bağlı bilgi gereksinimi, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek ihtiyacı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Miyokard infarktüsü sonrası tıbbi tedavi, öz bakım, fiziksel aktivitede kısıtlılık, hastalığa bağlı maddi harcamalarda artış hastaların anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olabilir. AMI sonrası depresif semptomlar, hastaneye yeniden yatış, kardiyak problemlerin tekrarlaması ve sigara bırakma ve kardiyak rehabilitasyon gibi ikincil koruma programlarına uyum sağlayamama ile bağlantılı bulunmuştur (67,68). Koroner arter hastalığı(KAH) olan hastaların %31- 45'inde klinik olarak önemli depresif semptomlar görülmektedir. Depresyon, sosyal izolasyon ve kronik stres KAH ile bağlantılıdır. KVH olan hastalarda anksiyete sadece yaygın ve kalıcı değil aynı zamanda KVH'nın sürecini etkileyen fiziksel fonksiyon, yaşam kalitesi, sağlık hizmetinden yararlanma, yeniden hastaneye yatış ve ölüm oranları gibi faktörleri negatif olarak etkileyebilmektedir (69, 70).

4.4. Hemşirelik Bakımı, Bakım Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler

Hemşireler sağlık bakımının yönetiminde etkin rol oynayan, bireyin sağlığını sürdürme, iyileştirme ve rehabilitasyonunda önemli işlevi olan, hastanın hastanede kaldığı süre boyunca 24 saat kesintisiz hizmet sunan, diğer sağlık çalışanlarına göre daha ulaşılabilir olan sağlık ekibinin vazgeçilmez üyeleridir (71, 72). Dolayısıyla

hasta memnuniyetinin temelini, büyük oranda hemşirelik mesleği için önemli olan hasta-hemşire birlikteliği oluşturur. Hasta-hemşire arasında olumlu iletişimin kurulması hemşirelik hizmetlerinin nitelikli sunumunu sağlar ve memnuniyeti artırır (73). Çünkü hastanın hizmet kalitesi algısıyla hemşirelik bakımından memnuniyeti pozitif ilişkilidir (74). Hemşirelik hizmetlerinin memnuniyetinin dikkate alınması, hastaların beklenti ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında, kendini değerli hissetmesini, tedaviye uyumunu, sağlığını yeniden kazanmasını, sağlığını geliştirici davranışlarda artış ve yaşam kalitesini artırmasını sağlar (75, 76). Hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarında verilen hizmetin hastaların beklentilerini karşılama düzeyine ve hastaların bu hizmeti algılamasına dayanır (77,78). Bu bağlamda hemşirelik hizmetlerinin ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin önemli bir gösterge olan hasta memnuniyetinin periyodik olarak ölçülmesi, memnuniyetsizliğe neden olan durumların belirlenmesi, uygun çözümlerin üretilmesi, hemşirelerin hasta bakımına ilişkin uygulamalarında gerekli düzenlemeleri yapabilmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önemlidir (79, 80). Hasta memnuniyeti hastanın değer ve beklentilerinin karşılanmasında bakım verenin başarısını ortaya koyan ve nihai otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren önemli bir göstergedir (81,82). Bakımın sadece kişilerarası ilişkiler yoluyla etkin bir şekilde gösterilebilir ve uygulanabilir olduğu göz önüne alındığında; anksiyete ve kaygının yüksek olduğu, henüz tanının belli olmadığı, enfeksiyon riskinin yüksek olduğu özel bir dönemi yöneten hastaların başvurduğu acil birimlerde bakım uygulamalarının niteliğinin düzenlenmesi önem kazanmaktadır (83, 84, 85).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma, acil servise göğüs ağrısıyla gelmiş olan hastaların hemşirelik bakım memnuniyetlerinin anksiyete ve ağrı üzerine etkisini belirlemeyi amaçlayan; tanımlayıcı, ilişki arayıcı türde bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırma Soruları

1. Acil servise göğüs ağrısıyla gelen hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti ile ağrı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
2. Acil servise göğüs ağrısıyla gelen hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Yapılan araştırma, İstanbul'da İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir devlet ve bir eğitim araştırma hastanesinde 15.09.2018-15.05.2019 tarihleri arasında acil servise göğüs ağrısı şikayetleriyle başvuran hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

Verilerin toplandığı devlet hastanesinde; toplamda 20 pratisyen hekim ve bir uzman hekim çalışmakta; her gün 24 saatlik mesai içerisinde ortalama 5 pratisyen hekim nöbetçi kalmakta ve uzman hekim aylık nöbet havuzuna düşen nöbetleri dışında gece mesaisinde çalışmamaktadır ve her 24 saatlik mesai içerisinde toplamda 5 hemşire çalışmaktadır. Bir hemşire triyaj, 2 hemşire sarı-yeşil-kırmızı alan, 1 hemşire gözlem ve aşı odası, 1 hemşire de müdahale odasında çalışır (doktorlar herhangi bir alana dahil değildirler). Hastane acil servisi; 7/24 hizmet vermekte ve 2. basamak sağlık kuruluşudur. Günlük ortalama 500-600 vaka gelmektedir. Acil servisin fiziki koşullarına bakıldığında 1 triyaj odası, 2 müşaade odası, yeşil -sarı-kırmızı alanları vardır, ekstra bir cpr odası yoktur, CPR(Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon) çoğunlukla kırmızı alanda yapılır. Her hasta başında oksijen paneli mevcut olup, monitörler, defibrilatör sadece sarı ve kırmızı alanda mevcuttur. Aynı

bir pediatrik CPR alanı yoktur, genelde yetişkin acil öncelikli kullanılır. Gece mesaisinde her zaman kardiyolog bulunmadığı için KVS tanısı alan, efor testi, anjiyo vs. gereği duyan hastalar başka bir sağlık kuruluşuna en kısa sürede sevki gerçekleştirir.

Bir diğer veri toplanan eğitim araştırma hastanesinde; bir günde ortalama 2-3 uzman hekim, 4-5 asistan hekim, 12-13 hemşire çalışmaktadır. Triyaj odasında 1 hemşire, yeşil alanda 2 asistan hekim 2 hemşire, sarı alanda 3-4 hemşire, 2 asistan, 1 uzman hekim, kırmızı alanda 3-4 hemşire, 1 uzman hekim, 1 asistan hekim, gözlemde 1 hemşire ve müdahalede 1 hemşire çalışmaktadır. Hastane acil servisi 7/24 hizmet vermekte olup 3. Basamak sağlık kuruluşudur. Günlük ortalama 1200-1600 arası vaka gelmektedir. Acil servisin fiziki koşullarına bakıldığında 1 triyaj alanı, 1 gözlem alanı, yeşil-sarı-kırmızı alanları vardır ve resüsitasyon kırmızı alan içerisinde (bir yetişkin bir pediatrik olmak üzere) yapılır. Her hasta başında oksijen paneli, monitör bulunmakta, ayrıca mekanik ventilatörleri (kırmızı alan) ve ultrason cihazları da vardır. Gece ve gündüz farketmeksizin kardiyolog nöbetçi olduğu için KVS tanısı alan, efor testi, anjiyo vs. gereği duyan hastaların işlemi sevk gerekmeksizin hastane bünyesinde müdahale edilir.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Yapılan araştırmanın evrenini 15.09.2018- 15.05.2019 tarihleri arasında belirtilen devlet hastanesi ve eğitim araştırma hastanesine göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Çalışmanın örnekleme hesaplanırken; güç analizi yöntemi kullanılmıştır. Güç analizi yapılan araştırmalarda; klinik olarak önemli olan bir etkiyi, belirli olan istatistiksel anlamlılık seviyesini saptamak için en küçük örneklem büyüklüğünün tespit edilmesinde kullanılmaktadır (86). Çalışmamızda; 0,5 etki gücünde %99 power gücü ile minimum 196 kişiyle anket yapılabilmesi uygun görülmüş ve ulaşılan 435 kişiden; 56 kişinin çalışmaya dahil olmayı reddetmesi, 21 kişinin yaşadıkları ağrı sebebiyle yanıtlamakta zorluk yaşamamasından, 37 kişinin anksiyete ve panik halinde olan durumundan yanıtlamanın bölünüp iptal edilmesinden ve 19 kişinin de acil

servis fiziki şartları yüzünden verileri toplanamadığı için çalışmaya dahil edilememiş olup örnekleme toplam 302 kişi oluşturmuştur. Devlet hastanesinden 107 veri toplanırken, eğitim araştırma hastanesinden 195 veri toplanmıştır.

5.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olması
- Acil Servise göğüs ağrısı şikayeti ile başvurması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- İletişim engelinin bulunmaması

5.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Hissedilen ağrı sebebiyle soruları yanıtlamakta zorluk çekmeleri
- Anksiyete ve panik halinde olma durumları
- Acil servisin fiziki şartları

5.7. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları aşağıdakilerden oluşmaktadır;

1. Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikler Formu (Ek 1.1)
2. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ) (Ek 1.2)
3. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF) (Ek 1.3)
4. Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) (Ek 1.4)

5.7.1. Sosyodemografik ve tıbbi özellikler formu (Ek 1.1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen bir anket formudur.

Sosyodemografik özellikler kısmında; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, gelir düzeyi gibi verilere ulaşılırken; tıbbi özelliklere ilişkin kısmında ise kronik hastalığın olup olmadığı, daha önce acil servise gelip gelmediği ve sıklığı, acil servise kiminle geldiği ve hemşirelerden beklentilerine yönelik sorular sorularak verilere ulaşılmıştır. Toplam 11 soru yer almaktadır; bunların 7 tanesi sosyodemografik özellikleri içerirken, 4 tanesi hastanın tıbbi özellikleri sorgulamaktadır.

5.7.2. Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği (NHBMÖ) (Ek 1.2)

Hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini belirlemek için Thomas ve ark.'nın (1996) birlikte geliştirdiği, Akın ve Erdoğan (2007) tarafından geçerlik güvenilirlik ile ilgili çalışması yapılmış olan Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) kullanılmıştır (24). Çalışmada kullanılan ölçek; hemşirelik bakımından duyulan memnuniyeti belirlemek için 19 maddeyi içeren, 5'li likert tipli bir ölçektir (hiç memnun değildim= 1, nadiren memnundum= 2, memnundum= 3, çok memnundum= 4, tamamen memnundum= 5). Ölçek puanı hesaplanırken, hastanın tüm maddelerden aldığı puanlar toplandıktan sonra 100'e dönüştürülerek hesaplanmaktadır. Ulaşılan toplam ölçek puanının 100 olması ise, hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin göstergesidir. Ölçek puanı 100 puan değerine yaklaştıkça memnuniyetin arttığı görülmektedir (24). Akın ve Erdoğan'ın 2007 yılında gerçekleştirdikleri geçerlik güvenilirlik çalışmasında cronbach alfa katsayısı 0.96 olarak tespit edildi (24). Bu çalışmada ise cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır.

5.7.3. McGill ağrı ölçeği kısa formu (MAÖ-KF) (Ek 1.3)

Melzack tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olan MAÖ-KF, duyulan ağrının duyusal özelliği, ağrı şiddeti ve etkileri hakkında bilgi verdiği görülmektedir (87). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği; Yakut ve ark. (2007) tarafından yapılmış, "McGill Melzack Ağrı Kısa Formu" kullanılmıştır. MAÖ-KF içinde üç farklı bölüm içermektedir (88).

Birinci Bölüm (ağrı şekli): Bu bölümde hissedilen ağrının özelliği hakkında bilgi veren kelimeleri kapsar. Bu kelimelerden 11'i ağrının duyusal yönü, 4'ü ise algısal yönünü değerlendirir. Bu tanım içeren kelimeler ise 0 ile 3 arasındaki bir yoğunluk ölçeği içerisinde derecelendirilmiştir (0=yok, 1=Hafif, 2=Orta, 3=Fazla). Ölçeğin ilk kısmında duyusal ağrı skoru, algısal ağrı skoru ve toplam ağrı skoru olmak üzere toplam üç ağrı skoru elde edilir. Duyusal ağrı skoru 0-33, algısal ağrı skoru 0-12, toplam ağrı skoru ise 0-45 arasındadır. Puandaki artış ise ağrının da arttığını göstermektedir (88).

İkinci Bölüm (mevcut ağrı endeksi): Bu kısımda hastanın tarif ettiği ağrının şiddetini saptamak için “hafif ağrı” ile “dayanılmaz ağrı” arasında değişebilen beş farklı kelime gruplarını içerir (0=ağrı yok, 1=hafif, 2=rahatsız edici, 3=acı verici,4=korkunç, 5=dayanılmaz) (88).

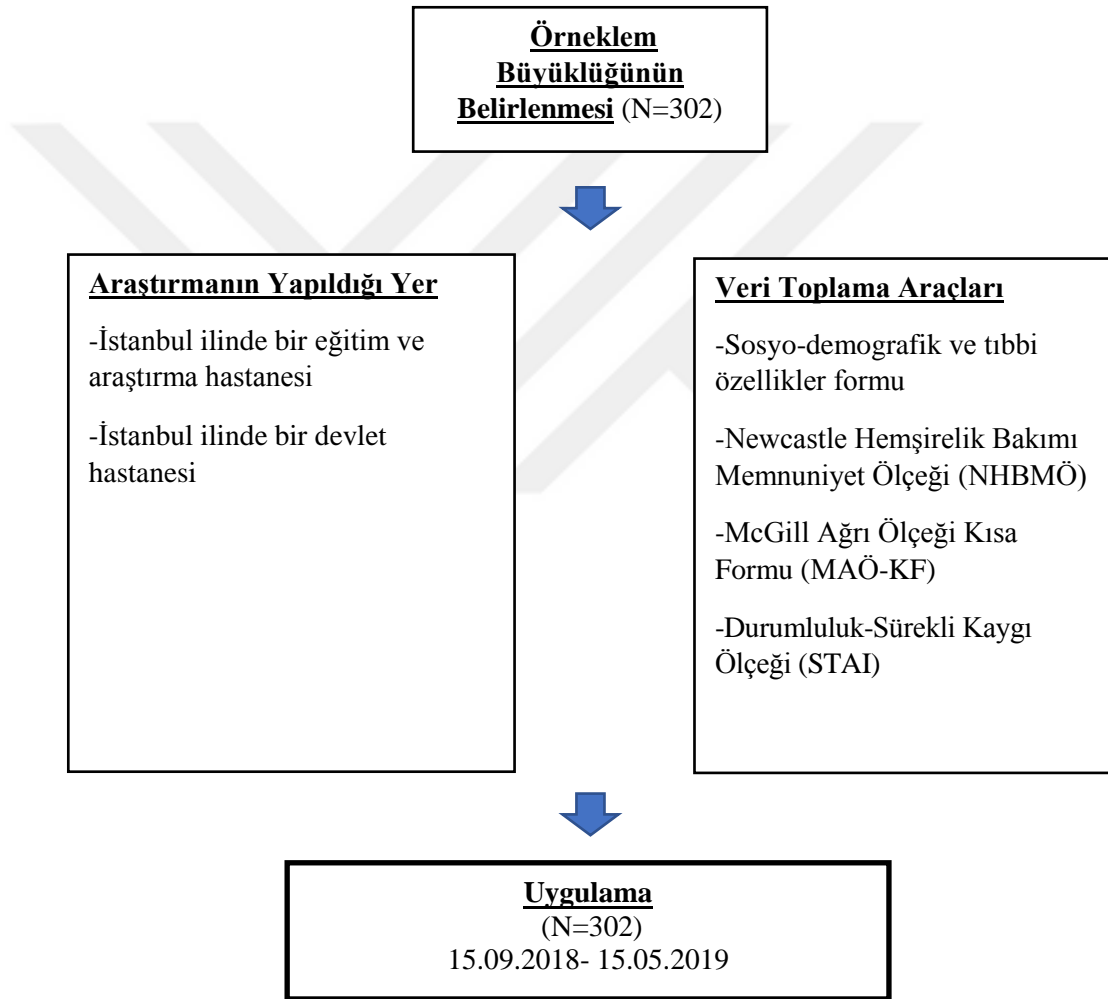
Üçüncü Bölüm (ağrı skala puanı): Ağrı şiddetinin görsel analog bölümünde, hissedilen ağrının o anki şiddetini düşünerek, 10 cm uzunluğunda skala üstünde işaretleme yapılmaları istenmiştir. “0” değeri hiç ağrının olmadığını, “10” değeri ise ağrının hissedilebileceği en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. İşaretlenen nokta ile skala çizgisinin başlangıcı arasındaki uzaklık santimetre olarak ölçülmüş ve bulunan sayısal sonuçlar, hastaların hissettikleri mevcut ağrı şiddeti olarak belirlenmiştir (88).

5.7.4. Spielberger Durumluk-sürekli kaygı ölçeği (STAI) (Ek1. 4)

1970 yılında Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından durumluk-sürekli kaygıyı ölçme amacıyla geliştirilmiş olan skala, 20 madde içermekte ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır (21). Türkçe’ye STAI’nın uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Öner ve Le Compte tarafından 1983 yılında yapılmıştır (9). İlk alt boyut olan durumluk kaygı alt ölçeği, bireyin o an içinde ve belli bazı koşulları içeren; diğer alt boyut olan sürekli kaygı alt ölçeği ise, genel olarak hastanın nasıl hissettiğini belirtir. Geliştirilen bu ölçek 4’lü likert tiptedir. Durumluk kaygı alt boyutunda bulunan maddelerin içeriğindeki duygu ve davranışlar, bu tür yaşanan kaygıların genel şiddet derecelerine göre ‘(1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla’ seçeneklerinden bir tanesi seçilerek belirlenir. Sürekli kaygı alt boyutunun içerdiği maddelerde belirtilen duygu ve davranışların görülme seviyelerine göre; ‘(1) Hemen Hiçbir Zaman, (2) Bazen, (3) Çok Zaman ve (4) Hemen Her Zaman’ şeklinde ifade edilir. Her bir alt ölçek için saptanan puanların yüksek olması, kaygı seviyesinin de yüksek olduğunu gösterir. Yapılmış geçerlik-güvenirlik çalışmasında cronbach alpha katsayısı, sürekli kaygı ölçeği için 0,83 ile 0,87 arasında, durumluk kaygı ölçeği için ise 0,94 ile 0,96 arasındadır (9). Bu çalışmada ise cronbach alpha katsayısı sürekli kaygı ölçeği için 0,802 durumluk kaygı ölçeği için 0,749 olarak hesaplanmıştır.

5.8. Uygulama

Araştırma, İstanbul'da İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir devlet hastanesi ve bir eğitim ve araştırma hastanesinde 15 Eylül 2018-15 Mayıs 2019 tarihleri arasında acil servise göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran hastalarla gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından, hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, çalışmaya katılmaya gönüllü olanların sözel ve yazılı onamları alınarak (Ek 2), yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 15 dakika süresince toplanmıştır.



Şekil 5.1: Araştırmanın Akış Şeması

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Yapılan çalışmada elde edilen verilerin analizi SPSS 21 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's'den yararlanılmıştır. Ulaşılan sonuçlar değerlendirilirken anlamlılık düzeyi için 0,05 kullanılmış; $p < 0,05$ çıkması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi durumunda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testlerinden yararlanılmıştır. Birim sayılarının 20 den fazla olması nedeniyle Mann Whitney U Testi için standartlaştırılmış z değerleri verilmiştir. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. 2x2 tablolarda beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact Test kullanılmış olup RxC tablolarda ise Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Normal dağılımdan gelmeyen değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Spearman's Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır. Normal dağılımdan gelen değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken yine anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri bazı kriterlere göre değerlendirilir; 0,00-0,25 arasında çok zayıf, 0,26-0,49 arasında zayıf, 0,50-0,69 arasında orta, 0,70-0,89 arasında yüksek, 0,90-1,00 arasında ise çok yüksek olarak belirlenir(86).

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan 10840098-604.01.01-E.34137 sayılı 15.08.2018 tarihli

etik kurul izni (Ek 5) ve ilgili hastanelerde çalışmanın yapılabilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Ek 3).

Hastalara araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, süreci, mahremiyet ilkesine bağlı kalınacağı, çalışmaya katılımın gönüllük esasına dayandığı ve hastaların istediği zaman çalışmaya katılımı sonlandırılabilceği hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Hastalardan elde edilen veriler yazılı ve sözlü onam alınarak elde edilmiştir (Ek 2). Araştırmada toplanan veriler sadece bu araştırma dahilinde kullanılmış olup bilgilerin gizliliği korunmuştur. Ayrıca Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği ve Ağrı Ölçeği Kısa Formu'nun kullanımı için ölçek yazarlarından ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 4).

6. BULGULAR

Tablo 6.1: Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=302)

	Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	18-40	59	19,54
	41-62	146	48,34
	63 ve üzeri	97	32,12
Cinsiyet	Kadın	128	42,38
	Erkek	174	57,62
Medeni Durum	Evli	211	69,87
	Bekâr	91	30,13
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	44	14,57
	İlköğretim	59	19,54
	Lise	108	35,76
	Üniversite	77	25,5
	Yüksek Lisans / Doktora	14	4,64
Meslek	Ev Hanımı	59	19,54
	Memur	70	23,18
	Serbest Meslek	55	18,21
	Emekli	89	29,47
	Diğer	29	9,6
Sosyal Güvence	Var	269	89,07
	Yok	33	10,93
Gelir Düzeyi	İyi	77	25,5
	Orta	162	53,64
	Kötü	63	20,86

Tablo 6.1’de, katılımcıların sosyodemografik değişkenlerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Çalışmaya katılanlara ait sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; çalışmaya katılanların %19,54’ünün 18-40 yaş aralığında, %48,34’ünün 41-62 yaş aralığında ve %32,12’sinin ise 63 yaş ve üzerinde olduğu, yaş ortalamasının $55,59 \pm 15,94$ (18-93) olduğu bulundu.

Çalışmaya katılanların %42,38’inin kadın, %69,87’sinin evli, %14,57’sinin okur yazar olmadığı, %19,54’ünün ilköğretim mezunu olduğu, %35,76’sının lise

mezunu olduğu, %25,52'inin üniversite, %4,64'ünün yüksek lisans veya doktora mezunu olduğu saptandı.

Meslek durumları incelendiğinde; çalışmaya katılanların, %19,54'ünün ev hanımı, %23,18'inin memur, %18,21'inin serbest meslek sahibi, %29,47'inin emekli olduğu ve %9,6'sının diğer (öğrenci,girişimci) mesleklerden birine sahip olduğu belirlendi.

Katılımcıların %89,07'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %25,5'inin gelir düzeyini iyi, %53,64'ünün gelir düzeyini orta ve %20,86'sının gelir düzeyini kötü olduğunu ifade ettiği saptandı.

Tablo 6.2: Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=302)

Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	179	59,27
	Hayır	123	40,73
Kronik Hastalıklar	Psikiyatrik Hastalık	43	24,02
	Solunum Sistemi	12	6,70
	Kardiyovasküler Sistem	24	13,41
	Endokrin Sistem	37	20,67
	Nörolojik Sistem	5	2,79
	Diğer	58	32,40
	Daha Önce Acil Servise Göğüs Ağrısı Şikayetiyle Gelme Durumu	Evet	129
Hayır		173	57,28
Acil Servise Gelirken Eşlik Eden Kişi	Yalnız	101	33,44
	Aile	130	43,05
	Arkadaş / Komşu	68	22,52
	Diğer	3	0,99

Tablo 6.2'de katılımcıların tıbbi özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Çalışmaya katılanların %59,27'sinin kronik hastalığı olduğu, bunların kardiyovasküler sistem hastalıkları %13,41'i,solunum sistemi hastalıkları %6,70'i, nörolojik sistem hastalıkları %2,79, psikiyatrik hastalıklar %24,02, endokrin sistem hastalıkları %20,67 ve diğer (periferik ve santral sinir sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, otoimmün sistem hastalıkları) hastalıklar kategorisi de %32,40'luk dilimi oluşturduğu saptandı.

Çalışmaya katılanların %42,72'sinin daha önce acil servise göğüs ağrısı şikayetiyle geldiği, %43,05'inin acil servise ailesi ile, %22,52'sinin arkadaşı ile ve %33,44'ünün ise yalnız geldiği bulundu.

Tablo 6.3: Ölçek Toplam Puan Ortalamaları (N=302)

Ölçekler	Ort±SS	Medyan	Min-Max
Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği	59,31±13,86	60	24-95
Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği	49,40±5,32	51	31-71
Spielberger Sürekli Kaygı Ölçeği	58,53±7,62	56	32-80
McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (Ağrı Şekli)	5,3±2,4	6	0-21
McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (Mevcut Ağrı Endeksi)	5,87±1,45	6	3-10

Tablo 6.3'te ölçek toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Katılımcıların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği puan ortalaması 59,31±13,86; Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması 49,40±5,32, Spielberger Sürekli Kaygı ölçeği puan ortalaması 58,53±7,62; McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu Ağrı Şekli toplam puan ortalaması 5,3±2,4; ve McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu Mevcut ağrı endeksi toplam puan ortalaması 5,87±1,45 olarak saptandı.

Tablo 6.4: Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Sosyodemografik Ve Tıbbi Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği, Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, McGill Ağrı Kısa Formundan Elde Edilen Puanlar (N=302)

Özellikler		Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Puanı	Spielberger Kaygı Ölçeği		McGill Ağrı Kısa Formu	
			Durumluk Puanı	Sürekli Puanı	Ağrı Şekli Toplam Puan	Mevcut Ağrı Puanı
			Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş	18-40	56,44±13,36	49,85±4,64	58,39±6,83	5,36±3,28	6,12±1,82
	41-62	57,16±12,88	49,40±5,66	59,47±7,45	5,41±2,19	5,84±1,37
	63 ve üzeri	64,28±14,40	49,13±5,24	57,24±8,21	5,11±2,06	5,77±1,30
Analiz Sonucu		$\chi^2_{KW}=13,666$ MWU=3>1.3>2 p=0,001	$\chi^2_{KW}=0,857$ p=0,001	$\chi^2_{KW}=4,825$ P=0,090 ³	$\chi^2_{KW}=0,953$ p=0,808	$\chi^2_{KW}=1,262$ p=0,205
Cinsiyet	Kadın	57,17±14,06	50,70±5,06	59,07±7,83	4,95±2,69	5,77±1,52
	Erkek	60,88±13,54	48,45±5,33	58,15±7,47	5,56±2,13	5,95±1,39
Analiz Sonucu		$z^*=-2,191$ p=0,028	MWU/Z=9035,500/-2,808 p=0,005	MWU/Z=10678,000/-0,611 P=0,541	$z=-2,789$ p=0,005	$z=-0,978$ p=0,328
Medeni Durum	Evli	59,65±13,52	48,85±5,44	59,00±7,61	5,38±2,14	5,82±1,34
	Bekar	58,51±14,68	50,69±4,83	57,47±7,59	5,13±2,91	5,99±1,68
Analiz Sonucu		$z=-0,397$ p=0,691	MWU/Z=7762,000/-2,647 p=0,008	MWU/Z=7978,000/-2,333 p=0,020	$z=-1,629$ p=0,103	$z=-0,764$ p=0,445
Meslek	Ev Hanımı	59,47±14,35	51,32±4,10	57,08±6,85	5,5±2,23	5,93±1,3
	Memur	59,39±15,22	49,41±6,73	58,90±8,39	4,98±2,07	5,78±1,37
	Serbest Meslek	58,8±14,19	49,38±4,77	57,95±7,18	5,14±2,2	5,82±1,53
	Emekli	61,1±12,3	48,54±5,12	59,51±7,73	5,57±2,93	5,97±1,53
	Diğer	54,24±12,92	48,17±4,52	58,79±7,67	5,86±2,48	5,86±1,23
Analiz Sonucu		H=17,993 p=0,001	$\chi^2_{KW}=12,390$ p=0,015	$\chi^2_{KW}=6,019$ p=0,198	H=4,52 p=0,34	H=1,668 p=0,797
İkili Karşılaştırmalar		5-4,5-3,5-2,5-1,4-3	MWU=1>2,1>3,1>4,1>5 (p<0,05)		-	-
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	61,32±13,19	49,50±4,25	58,27±8,25	4,47±2,02	5,73±1,51
	İlköğretim	59,53±16,69	48,76±5,74	57,93±6,49	5,61±2,35	5,9±1,18
	Lise	59,57±12	50,00±5,47	59,10±8,01	4,76±2,15	5,87±1,55
	Üniversite	57,14±13,8	48,81±4,45	58,35±7,72	5,81±1,94	5,84±1,2
	Yüksek Lisans	61,93±16,86	50,50±8,94	58,64±7,25	5,72±3,96	6,17±2,27
Analiz Sonucu		H=4,941 p=0,293	$\chi^2_{KW}=3,608$ p=0,462	$\chi^2_{KW}=2,121$ p=0,714	H=19,735 p=0,001	H=0,953 p=0,917
İkili Karşılaştırmalar		-			1-2,1-4,3-1	-
Sosyal Güvence	Var	59,57±13,98	49,26±5,48	58,31±7,72	5,22±2,41	5,91±1,43
	Yok	57,15±12,86	50,61±3,72	60,39±6,66	6±2,24	5,52±1,58
Analiz Sonucu		$z=-1,221$ p=0,222	MWU/Z=3831,500/-1,285 p=0,199	MWU/Z=3752,500/-1,450 p=0,147	$z=-1,952$ p=0,049	$z=-2,145$ p=0,032

Tablo 6.4: Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, McGill Ağrı Kısa Formundan Elde Edilen Puanlar (N=302) (devam)

Özellikler		Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Puanı	Durumluk Puanı	Sürekli Puanı	Ağrı Şekli Toplam Puan	Mevcut Ağrı 2
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Gelir Düzeyi	İyi	58,35±15,89	49,51±5,98	58,79±7,49	5,61±2,92	6,14±1,41
	Orta	59,91±13,15	49,20±5,38	58,02±7,62	5,07±2,07	5,77±1,33
	Kötü	58,94±13,14	49,79±4,30	59,56±7,81	5,54±2,44	5,81±1,75
Analiz Sonucu		H=0,729 p=0,694	$\chi^2_{KW}=0,274$ p=0,872	$\chi^2_{KW}=1,740$ p=0,419	H=2,929 p=0,231	H=4,371 p=0,112
İkili Karşılaştırmalar		-	-	-	-	-
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	59,28±14,64	49,42±5,60	59,02±7,73	5,55±2,49	5,91±1,35
	Hayır	59,35±12,72	49,37±4,93	57,84±7,45	4,95±2,22	5,81±1,59
Analiz Sonucu		z=-0,547 p=0,585	MWU/Z=1 0712,500/- 0,398 p=0,691	MWU/Z=101 56,000/- 1,145 p=0,252	z=-2,181 p=0,029	z=-0,726 p=0,468
Daha Önce Acil Servise Göğüs Ağrısı Şikayetiyle Gelme Durumu	Evet	59,86±15,66	50,03±5,72	58,95±7,94	5,25±2,6	5,96±1,51
	Hayır	58,9±12,38	48,94±4,98	58,24±7,40	5,35±2,24	5,8±1,4
Analiz Sonucu		z=-0,281 p=0,779	MWU/Z=9 916,000/- 1,659 p=0,097	MWU/Z=104 29,000/- 0,973 p=0,331	z=-0,636 p=0,525	z=-0,946 p=0,344
Acil Servise Gelirken Eşlik Eden Kişi	Yalnız	60,74±12,93	49,63±4,91	59,09±7,33	4,61±2,16	5,73±1,61
	Aile	61,25±12,62	49,31±5,01	58,22±7,59	5,61±1,97	5,78±1,12
	Arkadaş	53,28±15,69	49,25±6,54	58,46±8,26	5,71±3,2	6,25±1,7
	Diğer	63,33±20,98	49,33±3,51	55,67±5,51	6,33±0,58	6±1,73
Analiz Sonucu		H=15,938 p=0,001	$\chi^2_{KW}=1,304$ p=0,728	$\chi^2_{KW}=1,252$ p=0,741	H=16,058 p=0,001	H=5,424 p=0,143
İkili Karşılaştırmalar		1-3,1-2	-	-	1--2	-

Araştırmaya katılan hastaların newcastle hemşirelik bakım memnuniyeti puanları ortalamaları yaş değişkeni açısından incelendiğinde grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($\chi^2_{KW}=13,666$; $p=0.001<0.05$). Yaş değerleri ile hemşirelik bakım memnuniyeti puanları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki

bulundu($r=0,243$). Yaş değerleri arttıkça hemşirelik bakım memnuniyeti puanları değerlerinin de arttığı görüldü. Buna göre; 63 ve üzeri yaş olanların newcastle puanları ($64,28\pm14,40$), yaş 18-40 olanların newcastle puanlarından ($56,44\pm13,36$) yüksek, olanların newcastle puanları ($64,28\pm14,40$), 41-62 yaş olanların newcastle puanlarından ($57,16\pm12,88$) yüksek saptandı.

Newcastle hemşirelik bakım memnuniyeti puanı ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu($p<0,05$). Kadınların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları erkeklerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksekti.

Newcastle hemşirelik bakım memnuniyeti puanı ile medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte; evli olanların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları bekar olanlara göre daha yüksekti.

Newcastle hemşirelik bakım memnuniyeti puanı ile meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Emekli olanların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları ev hanımı, memur, serbest meslek ve diğer meslek grubuna sahip olanların hemşirelik bakım memnuniyeti puanlarına göre anlamlı derecede yüksekti. Aynı zamanda emekli olanların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları diğer meslek sahibi olanların hemşirelik bakım memnuniyeti puanlarına göre anlamlı derecede düşüktü.

Newcastle hemşirelik bakım memnuniyeti puanı ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte; yüksek lisans mezunu olanların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları okur yazar olmayanların hemşirelik puanlarına göre daha yüksekti.

Newcastle hemşirelik bakım memnuniyeti puanı ile sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte; sosyal güvencesi olanların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksekti.

Newcastle hemşirelik bakım memnuniyeti puanı ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte; gelir düzeyi iyi olanların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları, gelir düzeyleri orta ve kötü olanların bakım memnuniyeti puanlarına göre daha düşüktü.

Newcastle hemşirelik bakım memnuniyeti puanı ile kronik hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte; kronik hastalığı olanların hemşirelik bakım memnuniyeti puanları, kronik hastalığı olmayanların hemşirelik bakım memnuniyeti puanlarına göre daha düşüktü.

Newcastle hemşirelik bakım memnuniyeti puanı ile daha önce acil servise göğüs ağrısı şikayeti ile gelme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte; daha önce acile göğüs ağrısı şikayeti ile acile gelenlerin hemşirelik bakım memnuniyeti puanları, daha önce acile göğüs ağrısı şikayeti ile gelmeyenlerin hemşirelik bakım memnuniyeti puanlarına göre daha yüksekti.

Newcastle hemşirelik bakım memnuniyeti puanı ile acil servise kiminle gelme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi. Acil servise diğer gelenlerin hemşirelik bakım memnuniyeti puanları, acil servise arkadaş ve aile ile gelenlerin hemşirelik bakım memnuniyeti puanlarına göre anlamlı derecede yüksekti.

Araştırmaya katılan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu($p>0.05$). Yaş değerleri ile durumluk kaygı puanı ile aynı yönlü zayıf bir ilişki bulundu. Yaş değerleri arttıkça durumluk kaygı puanı değerlerinde azalma görüldü.

Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu(MWU=9035,500; $p=0.005<0.05$). Kadınların durumluk kaygı puanları ($\bar{x}=50,70$), erkeklerin durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=48,45$) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (MWU=7762,000; $p=0.008<0.05$). Evlilerin durumluk kaygı puanları ($\bar{x}=48,85$), bekarların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=50,69$) düşük bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu (MWU=7978,000; $p=0.02<0.05$). Evlilerin sürekli kaygı puanları ($\bar{x}=59,00$), bekarların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=57,47$) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($\chi^2_{KW}=12,390$; $p=0.015<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; Meslek Ev Hanımı olanların durumluk kaygı puanları ($51,32\pm 4,10$) diğer tüm gruplara göre daha yüksekti.

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının kronik hastalık varlığı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının daha önce acil servise göğüs ağrısı ile gitme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının acil servise birlikte gelinen kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

McGill Ağrı Kısa Formu, mevcut ağrı skalası ile yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, yaş değerleri ile mevcut ağrı skalaları arasında zıt yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi ($r=-0,073$).

Mevcut ağrı skalası ile cinsiyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, Erkeklerin mevcut ağrı skalası kadınların mevcut ağrı skalasına göre daha yüksek olduğu görüldü.

Mevcut ağrı skalası ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, Bekar olanların mevcut ağrı skalaları evli olanların puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı.

Mevcut ağrı skalası ile meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, memur olanların mevcut ağrı skalaları diğer mesleklere göre daha düşük olduğu belirlendi.

Mevcut ağrı skalası ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, okur yazar olmayanların mevcut ağrı skalası diğer mezunlara göre daha düşük olduğu tespit edildi.

Mevcut ağrı skalası ile sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$). Sosyal güvencesi olanların mevcut ağrı skalaları olmayanların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Mevcut ağrı skalası ile gelir düzeyleri durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, gelir düzeyi iyi olanların mevcut ağrı skalaları diğerlerine göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Mevcut ağrı skalası ile kronik hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$). Kronik hastalığı olanların mevcut ağrı skalaları olmayanların puanlarına göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Mevcut ağrı skalası ile daha önce acil servise göğüs ağrısı şikayetiyle gelme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, daha önce gelenlerin puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Mevcut ağrı skalası ile acil servise kiminle gelme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, arkadaş ile gelenlerin mevcut ağrı puanları diğerlerine göre daha yüksek olduğu görüldü.

Ağrı şekli ile yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte yaş değerleri ile ağrı şekli puanları arasında aynı yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu saptandı ($r = 0,014$).

Ağrı şekli ile cinsiyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$). Erkeklerin ağrı şekli puanı kadınların ağrı şekli puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.

Ağrı şekli ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, Evli olanların ağrı şekli puanları bekar olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Ağrı şekli ile meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p < 0,05$). Ev hanımı olanların ağrı şekli memur olanların ve emekli olanların ağrı şekil puanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü. Aynı zamanda Serbest meslek sahibi olanların ağrı şekil puanları ev hanımların ağrı şekil puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Ağrı Şekli ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Üniversite mezunu olanların ağrı Şekli puanları diğer mezunlara daha yüksekti.

Ağrı Şekli ile sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olanların ağrı Şekli puanları sosyal güvencesi olmayanların ağrı Şekli puanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi.

Ağrı Şekli ile gelir düzeyleri durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, Gelir düzeyi orta olanların ağrı Şekli puanları gelir düzeyi iyi ve kötü olanların puanlarına göre daha düşük olduğu belirlendi.

Ağrı Şekli ile kronik hastalık olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p<0,05$). Kronik hastalığı olanların ağrı Şekli puanları, kronik hastalığı olmayanların ağrı Şekli puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Ağrı Şekli ile daha önce göğüs ağrısı Şikayetiyle acile gelme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte göğüs ağrısı Şikayetiyle acile gelenlerin ağrı Şekli puanları, gelmeyenlerin puanlarına göre daha düşük olduğu belirlendi.

Ağrı Şekli ile acil servise kiminle gelme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yalnız gelenlerin ağrı Şekli puanları ailesiyle gelenlerin puanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü.

Tablo 6.5. Değişkenlerle Mevcut Ağrı Durumları Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonucu

		Mevcut Ağrı Endeksi 1										Ki-Kare Testi	
		Rahatsız Edici		Acı verici		Korkunç		Dayanılmaz		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	22	62,86	40	48,19	59	35,76	7	36,84	128	42,38	10,36	0,016
	Erkek	13	37,14	43	51,81	106	64,24	12	63,16	174	57,62		
	Toplam	35	100	83	100	165	100	19	100	302	100		
Medeni Durum	Evli	21	60	57	68,67	122	73,94	11	57,89	211	69,87	4,268	0,234
	Bekar	14	40	26	31,33	43	26,06	8	42,11	91	30,13		
	Toplam	35	100	83	100	165	100	19	100	302	100		
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	4	11,43	14	16,87	25	15,15	1	5,26	44	14,57	8,302	0,787
	İlköğretim	6	17,14	19	22,89	29	17,58	5	26,32	59	19,54		
	Lise	16	45,71	29	34,94	54	32,73	9	47,37	108	35,76		
	Üniversite	8	22,86	18	21,69	48	29,09	3	15,79	77	25,5		
	Yüksek Lisans / Doktora	1	2,86	3	3,61	9	5,45	1	5,26	14	4,64		
	Toplam	35	100	83	100	165	100	19	100	302	100		
Mesleki Durum	Ev Hanımı	10	28,57	19	22,89	27	16,36	3	15,79	59	19,54	22,424	0,033
	Memur	7	20	19	22,89	41	24,85	3	15,79	70	23,18		
	Serbest Meslek	9	25,71	19	22,89	23	13,94	4	21,05	55	18,21		
	Emekli	3	8,57	20	24,1	61	36,97	5	26,32	89	29,47		
	Diğer	6	17,14	6	7,23	13	7,88	4	21,05	29	9,6		
	Toplam	35	100	83	100	165	100	19	100	302	100		

Tablo 6.5: Değişkenlerle Mevcut Ağrı Durumları Arasındaki İlişkiye Dair Ki-Kare Testi Sonucu (devam)

		Mevcut Ağrı Endeksi 1										Ki-Kare Testi	
		Rahatsız Edici		Acı verici		Korkunç		Dayanılmaz		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sosyal Güvence	Var	31	88,57	76	91,57	147	89,09	15	78,95	269	89,07	2,541	0,468
	Yok	4	11,43	7	8,43	18	10,91	4	21,05	33	10,93		
	Toplam	35	100	83	100	165	100	19	100	302	100		
Gelir Düzeyi	İyi	9	25,71	23	27,71	37	22,42	8	42,11	77	25,5	15,724	0,015
	Orta	14	40	52	62,65	90	54,55	6	31,58	162	53,64		
	Kötü	12	34,29	8	9,64	38	23,03	5	26,32	63	20,86		
	Toplam	35	100	83	100	165	100	19	100	302	100		
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	12	34,29	52	62,65	101	61,21	14	73,68	179	59,27	11,336	0,01
	Hayır	23	65,71	31	37,35	64	38,79	5	26,32	123	40,73		
	Toplam	35	100	83	100	165	100	19	100	302	100		
Daha Önce Acil Servise Göğüs Ağrısı Şikayetiyle Gelme Durumu	Evet	11	31,43	41	49,4	68	41,21	9	47,37	129	42,72	3,657	0,301
	Hayır	24	68,57	42	50,6	97	58,79	10	52,63	173	57,28		
	Toplam	35	100	83	100	165	100	19	100	302	100		
Acil Servise Gelirken Eşlik Eden Kişi	Yalnız	23	65,71	27	32,53	43	26,06	8	42,11	101	33,44	28,503	0,001
	Aile	6	17,14	37	44,58	83	50,3	4	21,05	130	43,05		
	Arkadaş / Komşu	6	17,14	17	20,48	38	23,03	7	36,84	68	22,52		
	Diğer	0	0	2	2,41	1	0,61	0	0	3	0,99		
	Toplam	35	100	83	100	165	100	19	100	302	100		

Mevcut ağrı durumları ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Mevcut ağrı şekli rahatsız edici olanların %62,86'sının kadın; acı verici olanların %48,19'unun kadın, korkunç olanların %64,24'ünün erkek, dayanılmaz olanların %63,16'sının erkek olduğu görüldü.

Mevcut ağrı durumları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Mevcut ağrı şekli rahatsız edici olanların %60'ının evli; Acı verici olanların %68,67'sinin evli, korkunç olanların %73,94'ünün evli, dayanılmaz olanların %57,89'unun evli olduğu görüldü.

Mevcut ağrı durumları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Mevcut ağrı şekli rahatsız edici olanların %45,71'inin lise mezunu; acı verici olanların %34,94'ünün lise mezunu, korkunç olanların %32,73'ünün lise mezunu, dayanılmaz olanların %47,37'sinin lise olduğu görüldü.

Mevcut ağrı durumları ile mesleki durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Mevcut ağrı şekli rahatsız edici olanların %25,75'inin serbest meslek; acı verici olanların %24,1'inin emekli, korkunç olanların %36,97'sinin emekli, dayanılmaz olanların %26,32'sinin emekli olduğu görüldü.

Mevcut ağrı durumları ile sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Mevcut ağrı şekli rahatsız edici olanların %88,57'inin; acı verici olanların %91,57'sinin, korkunç olanların %89,09'unun, dayanılmaz olanların %78,95'inin sosyal güvencesinin olduğu görüldü.

Mevcut ağrı durumları ile gelir düzeyi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p<0,05$). Mevcut ağrı şekli rahatsız edici olanların %34,29'unun gelir düzeyinin kötü; acı verici olanların %62,65'inin gelir düzeyinin orta, korkunç olanların %54,55'inin gelir düzeyinin orta, dayanılmaz olanların %42,11'inin gelir düzeyinin iyi olduğu görüldü.

Mevcut ağrı durumları ile kronik hastalığı olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Mevcut ağrı şekli rahatsız edici olanların %65,71'inin kronik hastalığı olmadığı; acı verici olanların %62,65'inin kronik hastalığı olduğu, korkunç olanların %61,21'inin kronik hastalığı olduğu, dayanılmaz olanların %73,68'inin kronik hastalığı olduğu görüldü.

Mevcut ağrı durumları ile daha önce göğüs ağrısı şikayetiyle acil servise gelme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Mevcut ağrı şekli rahatsız edici olanların %68,57'sinin; acı verici olanların %50,06'sının, korkunç olanların %58,792'unun, dayanılmaz olanların %52,63'ünün daha önce acil servise göğüs ağrısı şikayetiyle gelmediği görüldü.

Mevcut ağrı durumları ile acil servise kiminle gelme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Yalnız gelenlerin %65,71'inin rahatsız edici acı çektiği, aile ile gelenlerin %44,58'inin acı verici, aile ile gelenlerin %50,3'ünün korkunç acı çektiği ve yalnız gelenlerin %42,11'inin dayanılmaz acı çektiği görüldü.

Tablo 6.6: Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Puanı	Ağrı Şekli Toplam	Mevcut Ağrı Endeksi 2	Sürekli Kaygı	Durumluk Kaygı
Newcastle Hemşirelik Bakım Puanı	r	1,000				
	p	0,000				
Ağrı Şekli Toplam	r	-0,122*	1,000			
	p	0,034	0,000			
Mevcut Ağrı Endeksi 2	r	-0,054	0,191**	1,000		
	p	0,345	0,001	0,000		
Sürekli Kaygı	r	-0,168**	0,263**	0,121*	1,000	
	p	0,003	0,000	0,036	0,000	
Durumluk Kaygı	r	0,001	-0,135*	0,092	0,062	1,000
	p	0,982	0,019	0,109	0,286	0,000

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

Newcastle hemşirelik bakım puanı, ağrı şekli toplam, mevcut ağrı endeksi 2, sürekli kaygı, durumluk kaygı, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; Ağrı şekli toplam ile newcastle hemşirelik bakım puanı arasında $r=-0.122$ negatif ($p=0,034<0.05$), Mevcut ağrı endeksi 2 ile ağrı şekli toplam arasında $r=0.191$ pozitif ($p=0,001<0.05$), Sürekli kaygı ile newcastle hemşirelik bakım puanı arasında $r=-0.168$ negatif ($p=0,003<0.05$), Sürekli kaygı ile ağrı şekli toplam arasında $r=0.263$ pozitif ($p=0,000<0.05$), Sürekli kaygı ile mevcut ağrı endeksi 2 arasında $r=0.121$

pozitif ($p=0,036<0.05$), Durumluk kaygı ile ağrı şekli toplam arasında $r=-0.135$ negatif ($p=0,019<0.05$), korelasyon bulundu. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0.05$).



7. TARTIŞMA

7.1. Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyeti İle Ağrı Düzeylerine İlişkinin Bulguların Tartışması

Yapılan çalışmada, mevcut ağrı skalası ile yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yapılan çalışmada, mevcut ağrı skalası ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı ama zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Anlamlı olmamakla birlikte, yaş değerleri ile mevcut ağrı skalaları arasında zıt yönlü çok zayıf bir ilişki vardır. ($r=-0,073$). Leylek'in 2018'te yaptığı çalışmada; hastaların yaş ortalaması 58.83 ± 11.3 olup, %82'si erkek ve %12'si kadındır. Özel ve ark'nın acil servise başvuran AKS tanılı hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini inceledikleri çalışmalarında hastaların yaş ortalamaları 52.4 ± 9.4 olup, %72.1'si erkek olarak saptanmıştır (89). Demir'in 2019 yılında yaptığı bir çalışmada kişilerin %55.6'sı erkek %44.4'ünün kadın olduğu ve %46.8'inin ise 65 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir (90). Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızla kısmen paraleldir.

Araştırmaya katılan hastaların, ağrı şekli ile yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte yaş değerleri ile ağrı şekli puanları arasında aynı yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,014$). Mevcut ağrı şeklinin tarif edildiği verilere bakarsak; "rahatsız edici" yanıtını verenlerin %62,86'sının kadın; "acı verici" yanıtını verenlerin %48,19'unun kadın, "korkunç" yanıtını verenlerin %64,24'ünün erkek, "dayanılmaz" yanıtını verenlerin %63,16'sının erkek olduğu görülmektedir.

Mevcut ağrı durumları ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Ağrı şekli ile cinsiyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin ağrı şekli puanı kadınların ağrı şekli puanlarına göre anlamlı derecede yüksektir. Başka bir çalışmada, AMI tanısı alan hastaların ağrı anamnezleri incelendiğinde; hastaların %47.6'sının ağrıyı baskı tarzında hissettikleri ve %61.9'da ağrıyı tam göğsün ortasında yerleştiğini ifade ettikleri saptanmıştır (91). Tziallas ve ark.'nın 2007 yılında yaptığı bir çalışmada AMI ve USAP olan 80 hastada göğüs ağrısının

karakteristik özelliklerini incelediğinde; AMI tanısı alan 44 hastanın %38.63'ü göğüs ağrısının baskı tarzında olduğunu, %79.5'de ağrıyı göğsün tam ortasında hissettiklerini belirtmişlerdir (92). Göğsün tam ortasında baskı tarzında ağırlık hissi AMI'de klasik bir bulgu olarak bilinir (92). Albarran ve arkadaşlarının 2006 yılında AMI ve AMI olmayan hastaların ağrı özelliklerini araştırdıkları çalışmada, ağrının özelliği ile AMI arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (3). Gaston- Johansson ve arkadaşlarının 1991 yılında yaptıkları çalışmalarında ise sıkıştırıcı tarzında ağrı hissi AMI hastaları arasında yüksek oranda ifade edilmiştir (93). Çalışmada AMI hastalarında ağrı tipi incelendiğinde; tipik göğüs ağrısı olan hastalar %71.4 gibi yüksek bir oranda bulunmuş olup istatistiksel ilişki de anlamlıdır. Yapılan literatür çalışmaları ile bulunan sonuçlar kısmen paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılanların mevcut ağrı skalası ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Anlamlı olmamakla birlikte, lise mezunu olanların mevcut ağrı skalası diğer mezunlara göre daha düşüktür. Yapılan bir çalışmada, hastaların %29.0'ının ilköğretim düzeyinde eğitilmiş olduğu görülmektedir. Doğan'ın yapmış olduğu çalışmada da hastaların büyük çoğunluğu okur-yazar veya ilköğretim düzeyinde eğitilmiş (%71.2) olduğu saptanmıştır (94). Igland ve ark'larının yapmış olduğu çalışmada yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerde AKS'nin daha az görüldüğü saptanmıştır (95). Araştırma sonuçları bizim sonuçlarımızla kısmi paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılanların ağrı şekli ile kronik hastalığı olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Mevcut ağrı şekli "rahatsız edici" olanların %65,71'inin kronik hastalığı olmadığı; "acı verici" olanların %62,65'inin kronik hastalığı olduğu, "korkunç" olanların %61,21'inin kronik hastalığı olduğu, "dayanılmaz" olanların %73,68'inin kronik hastalığı olduğu görülmektedir. Tarif edilen ağrı şekilleri puanı ise erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir.

Çalışmaya katılan hastaların ağrı şekli ile meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p<0,05$). Ev hanımı olanların ağrı şekli, memur olanların ve emekli olanların ağrı şekil puanlarına göre anlamlı derecede düşüktür. Aynı zamanda serbest meslek sahibi olanların ağrı şekil puanları ev hanımların ağrı şekil puanlarına göre anlamlı derecede yüksektir. Mevcut

ağrı durumları ile mesleki durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Mevcut ağrı şekli “rahatsız edici” olanların %25,75’inin serbest meslek; “acı verici” olanların %22,89’unun memur, “korkunç” olanların %36,97’sinin emekli, “dayanılmaz” olanların %26,32’sinin emekli olduğu görülmektedir. TÜİK verilerine göre ise 15-64 yaş grubunda işsizlik %13,5 iken tarım dışı işsizlik oranı %15,7 oldu. Bu yaş grubunda istihdam oranı %48,8, işgücüne katılma oranı ise %56,4’tür (96).

Yapılan çalışmada mevcut ağrı skalası ile kronik hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kronik hastalığı olanların mevcut ağrı skalaları olmayanların puanlarına göre daha yüksektir. Demir N.C.’nin yaptığı çalışmada; hastaların %39.7’sinin daha önce AMI geçirdikleri, %28.3’nde hipertansiyon, %27.3’nde diabets mellitus, %11.1’inde hiperlipidemi varlığı saptanmış (90), Angreud ve ark’larının yapmış oldukları çalışmada hastaların %47.4’ünde HT olduğu ve %15’inin daha önce AMI geçirdiği, Makam ve ark’larının çalışmalarında da hastaların %36.6’sının DM, %81.8’inin HT hastalığı olduğunu saptanmıştır (97,98). Çalışmamız diğer çalışmalar ile kısmen paralellik göstermektedir. Yılmaz’ın yaptığı çalışmada ise hastaların %17.8’inde hipertansiyon ,koroner arter hastalığı ve sigara kullanım öyküsü, %7.1’inde ise ailede AMI yks olduğu belirlenmiştir (99). Bener ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada; hipertansiyon, diyabet ve kardiyak risk faktörleri ile AMI arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur. Başka bir çalışmada; %40.5 kardiyak hastalık, %20.5’inde hipertansiyon, %11.0’da Diabetes Mellitus, %4.4 ‘nde ailede AMI yks ilk dört sırada yer almaktadır (91). Hendrix ve arkadaşlarının (2005) alışmasında; 72.508 hipertansif hasta incelenmiş ve bunların %11’inde göğüs ağrısı sendromu bulunmuş; göğüs ağrısı olan hipertansiflerin de %19’unda orta derece Koroner Sendrom, %15’inde de anjina saptanmıştır. Pitsavos ve arkadaşları (2007) akut koroner sendromlu diyabetik ve diyabetik olmayan hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında; akut koroner sendromla başvuran her 3 hastadan birinin diyabetik öyküsü olduğuna dikkat çekmişlerdir (100). Esteghamati ve arkadaşlarının (2006) 2 yıl süreyle anstabil anjina ya da miyokard enfarktüsü olan 514 hastayla yaptıkları çalışmalarında; hastaların %30’unda diabetes mellitus, %91’inde hipertansiyon öyküsü olduğu, diyabetik hastalık ile miyokard enfarktüsü ilişkisinin anlamlı olduğu

saptanmıştır (101). Yapılan literatür taraması sonucu ulaşılan veriler çalışmamızla uyum göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların mevcut ağrı endeksleri hesaplandığında, %11,59'unun ağrısının rahatsız edici olduğu, %27,48'inin acı verici olduğu, %54,64'ünün acısının korkunç olduğu ve %6,29'unun ise acısının dayanılmaz olduğu görülmektedir. Başka bir çalışmadaki hastaların %31.3 ve %42.5 oranları ile büyük bir bölümü göğüs ağrılarını nitelik olarak sırasıyla “baskı tarzında” ve “yanıcı bir ağrı” olarak ifade etmişlerdir. Veri formları incelendiğinde; baskı tarzında olan bu ağrı “göğsün üstünde ağırlık çökmesi “olarak ifade edildiği saptanmıştır (91). Yine aynı çalışmada ağrı lokalizasyonları incelendiğinde; ağrının sternumun üstü (göğsün tam ortası) ve göğsün sol tarafı olarak belirtenler sırasıyla %36.5 ve %35.5 olarak bulunmuştur. Hastaların %11.3'ü ağrının yerini sol kol, %8'i ise ağrıyı epigastrik bölgede hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ağrının yayılımı yok diyenler %55.5 oran ile çalışmadaki hastaların hemen hemen yarısını oluşturmakta, %16.8 i ise ağrının sol kola yayıldığını belirtmişlerdir. Hastaların %13.8'i ağrının sırt bölgesine yayıldığını, %10.3'ü ise ağrının boyun ve çene bölgesine doğru bir yayılım gösterdiğini ifade etmişlerdir (91). Goodarce ve arkadaşları (2002) çalışmasında göğüs 110 ağrısının yayılımını her iki kol, sırt, omuz ve çene olarak ifade edenlerin çoğunluğu oluşturduğu saptanmıştır (102). Araştırma sonuçları ile yapılan çalışma sonuçları paralellik göstermektedir.

Çalışmanın sonuçları incelediğinde; hemşirelik bakım memnuniyeti ile ağrı düzeyleri arasında karşılaştırmalar yapıldığında; bulunan mevcut ağrı durumları ve ağrı şekli puanları ile Newcastle hemşirelik bakım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta ($p<0,05$) ve bu ilişki ters yönlü olup zayıf güçtedir ($r=-0,122$). Yapılan çalışmada, mevcut ağrı skala puanları ile ağrı şekli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu ilişki aynı yönlü olup zayıf güçtedir ($r=0,191$).

Acil servise göğüs ağrısıyla başvuran 302 hastadan toplanan veriler doğrultusunda hastaların ifade ettikleri ağrı şekilleri ve mevcut ağrıları durumları birbirleriyle ilişkili ve birbirlerinin şiddetini azaltan ve arttıran yönleri olduğunu ve bu ifade edilen ağrının ise hemşirelik bakım memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği belirlendi.

7.2. Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Gelen Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyeti İle Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışması

Yapılan çalışmada, durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması $49,404 \pm 5,32$ olarak bulunmuş, sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması ise $58,539 \pm 7,62$ olarak hesaplanmıştır. Ülger ve Yağlı'nın 2010 yılında yaptıkları çalışmada kaygı düzeylerinin 55.05 olduğunu belirtmiştir (103). Yapılan bir çok çalışmada farklı sonuçlar bulunmuş ve bizim çalışmamızla paralellik göstermiştir.

Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (MWU=9035,500; $p=0.005 < 0.05$). Kadınların durumluk kaygı puanları ($\bar{x}=50,70$), erkeklerin durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=48,45$) yüksek bulunmuştur. Wang, Tang ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada erkek puan ortalamasının ≥ 53 ; kadın puan ortalamasının ≥ 55 'ten büyük olduğunu belirtmiştir (104). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde 40-59 puan aralığının orta düzeyde kaygıyı gösterdiği görülmektedir (105,106). Aydın ve Tiryaki'nin 2017 yılında yaptıkları çalışmada erkeklerin kaygı puanının kadınlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (107). Moerman, van Dam, Muller ve Oosting'in birlikte 1996 yılında yaptıkları çalışmada kadınların kaygı düzeylerinin erkeklerden daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (106). Bu çalışmada da yer alan hastaların kaygı düzeylerinin de orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (MWU=7978,000; $p=0.02 < 0.05$). Evlilerin sürekli kaygı puanları ($\bar{x}=59,00$), bekarların sürekli kaygı puanlarından ($\bar{x}=57,47$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (MWU=7762,000; $p=0.008 < 0.05$). Evlilerin durumluk kaygı puanları ($\bar{x}=48,85$), bekarların durumluk kaygı puanlarından ($\bar{x}=50,69$) düşük bulunmuştur.

Yapılan çalışmada, araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2_{KW}=12,390$; $p=0.015<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan analizler sonucu ise; mesleği ev hanımı olanların durumluk kaygı puanları ($51,32\pm4,10$), mesleği memur olanların durumluk kaygı puanlarından ($49,41\pm6,73$) yüksek bulunmuştur. Mesleği ev hanımı olanların durumluk kaygı puanları ($51,32\pm4,10$), meslek serbest meslek olanların durumluk kaygı puanlarından ($49,38\pm4,77$) yüksek bulunmuştur. Mesleği ev hanımı olanların durumluk kaygı puanları ($51,32\pm4,10$), meslek emekli olanların durumluk kaygı puanlarından ($48,54\pm5,12$) yüksek bulunmuştur. Mesleği ev hanımı olanların durumluk kaygı puanları ($51,32\pm4,10$), mesleği diğer olanların durumluk kaygı puanlarından ($48,17\pm4,52$) yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma sonucunda, araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Anlamlı olmamakla birlikte; ilköğretim mezunu olanların kaygı ölçeği puanları okuryazar olmayan, lise, üniversite ve yüksek lisans mezunu olanların kaygı ölçeği puanlarına göre daha düşüktür. Aynı zamanda lise mezunu olanların kaygı ölçek puanları diğer mezunlara göre daha yüksektir. Başka bir çalışmada okuryazar olmayan kişilerin stres yönetimi puan ortalamasının, okuryazar olanlar ve üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (90). Yapılan çalışmalar ulaştığımız sonuçlarla kısmen paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yapılan çalışmada, araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Anlamlı olmamakla birlikte; Gelir düzeyi kötü olanların kaygı ölçeği puanları, gelir düzeyi iyi ve orta olanların kaygı ölçeği puanlarına göre daha yüksektir. Gelir durumu açısından, geliri giderinden az olan hastaların diğer gelir gruplarına göre kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (90). Rohani'nin 2010 yılında yaptığı bir çalışmada göğüs ağrısının değerlendirilmesi amacıyla bir devlet hastanesinin Kardiyoloji kliniğine efor testi için refere edilen 192 ardışık hasta incelenmiştir ve sonucunda göğüs ağrısı olanların anksiyete ve depresyon semptom prevalansı sırasıyla %42 ve %31 saptanmıştır olarak saptanmıştır. Anormal efor testi olan erkekler daha depresyken, kadınlarda anksiyete semptomları daha fazladır. Efor testi normal olanlarda anksiyete ve depresyon skorları efor testi bozuk olanlardan daha yüksek bulunmuştur (108,109). Başka bir çalışmada ise; yüksek depresyon puanı olanlar %32 ve yüksek anksiyete puanı olanlar %42'i olarak hesaplanmış. Bu oranlar mevcut çalışma ile uyumlu gözükmektedir.

Yapılan çalışmada, araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının kronik hastalık varlığı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Anlamlı olmamakla birlikte, kronik hastalığı olmayanların kaygı ölçeği puanı kronik hastalığı olanların kaygı ölçeği puanlarına göre daha düşüktür. Yapılan bir çalışmada; hastaların %82.5'inin fiziksel aktivite yapmadığı, %69.2'sinin ailesinde KAH öyküsünün olduğu, %66.7'sinin stresini kontrol etmede yetersiz kaldığı, %56.7'sinin sigara içtiği, %14.2'inin alkol kullandığı tespit edildi (116,117).Yapılan çalışmalarda, KAH olan bireylerin süreklilik anksiyete puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (108).

Yapılan çalışmada, araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının daha önce acil servise göğüs ağrısı ile gitme değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır

($p>0.05$). Anlamli olmamakla birlikte, Daha önce göğüs ağrısıyla acil servise gidenlerin kaygı ölçeği puanları, gitmeyenlerin kaygı ölçeği puanlarına göre daha yüksektir. Olsson ve arkadaşlarının acil servisi sık kullananlar arasında yaptığı araştırmada katılımcıların acil servise başvurma şikâyetlerini acil olarak algıladıkları ve genel olarak stresli hayat şartlarına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (110). Araştırmamızda da acil servise son altı ayda daha sık oranda başvuran bireylerin sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç sürekli kaygı düzeyli bireylerin sağlık sorunlarını acil olarak algılamaları nedeni ile acil servisleri daha sık kullanmalarına dayandırılmaktadır (111).

Yapılan çalışmada, araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı, durumluk kaygı puanları ortalamalarının acil servise birlikte gelen kişi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Anlamli olmamakla birlikte, Acil servise yalnız gelenlerin kaygı ölçeği puanları, acil servise ailesiyle, arkadaşıyla ve diğer kişilerle gelenlerin kaygı ölçeği puanlarına göre daha yüksektir.

Kabaroğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada, hasta memnuniyetinde önemli rol oynadığı tespit edilen pek çok durum saptanmış olup; bunlardan en önemli şekilde etkileyen faktörlerin başında hemşirelerin ve doktorların hastalara tutum ve davranışı olduğu saptanmış olup , acil servislerin yoğunluğu sebebiyle ilk başvuruda ve muayenede çok bekleyen, konsültasyon işleri uzayan, uzun süre acil serviste kaldıktan sonra yatış veya başka hastaneye sevk edilen hastaların ise memnuniyet seviyelerinin düşük olduğu belirlenmiş (112).

Acil servise göğüs ağrısıyla başvuran 302 hastadan toplanan veriler doğrultusunda hastaların ifade ettikleri anksiyetelerinin hemşirelik bakım memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

Yapılan çalışmada, mevcut ağrı skala puanları ile kaygı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu ilişki aynı yönlü olup zayıf güçtedir ($r=0,130$). Çalışmaya katılan hastaların anksiyete ve ağrılarının birbirleriyle benzer düzeylerde olduğu ve birinin arttıkça diğerinin de arttığı tespit edildi. Hastanın ifade ettiği anksiyetenin ise hemşirelik bakım memnuniyetiyle ilişkili olduğu ve birbirlerini olumsuz yönde etkilediği

belirlenmiştir. Tekin ve ark.'nın 2020 yılında yaptıkları çalışmalarında; hastaların memnuniyet düzeylerinin, sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (109).



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Çalışmamıza katılan hastalardan elde ettiğimiz sonuçlara bakıldığında; acil servise göğüs ağrısıyla gelen hastaların hemşirelik bakım memnuniyetleri ile ağrı-anksiyete düzeyleri arasında birbirini olumsuz yönde etkileyen bir etki bulunmuş, bunun sonucunda ağrı ve anksiyete seviyeleri yüksek olan hastaların hemşirelik bakım memnuniyet seviyelerinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı şekilde hemşirelik bakım memnuniyeti yüksek olan hastaların ise ağrı-anksiyete seviyelerinde azalma olduğu tespit edilmiştir.

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. AKS (AMI, AP, USAP) geçiren hastaların değerlendirmesinde, belirti ve bulguların doğru yorumlanması, semptom yönetimi vs. gibi durumlara ek olarak hastanın psikososyal bakımının da tanınması, yönlendirilmesi ve tedavisinin yürütülmesine yönelik hemşirenlerin ön planda bulunduğu acil serviste çalışan sağlık profesyonellerine gerekli eğitimler verilmeli ve önemi vurgulanmalıdır.
2. Hastaların memnuniyet düzeylerini iyileştirmek için, başta memnuniyetinin düşük olduğu konular (ağrı yönetimi, psikososyal bakım, iletişim becerileri vs.) olmak üzere tüm memnuniyet konularının hemşirelerle tartışılmasının ve hemşirelerin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik hizmet içi eğitim programlarının planlanmasının yararlı olacağını düşündürmüştür.
3. Çalışmada, kaygı ve ağrının birlikte hemşirelik bakım memnuniyet değerlerini azalttığı görülmüş ve bunun altında yatan nedenlere yönelik daha ileri çalışmalar yapılması önerilmektedir. Hastaların mevcut durumları hakkında daha detaylı bilgi verilmesinin kaygı düzeylerinin azalmasına

sebepe olabileceği düşünölmektedir. Hastaların anksiyete durumlarına uygun yaklaşım daha etkin bir sonuç vereceği ve hasta memnuniyetini artıracakđı düşünölmektedir.

4. Hasta memnuniyetini düzenli olarak, farklı zamanlarda ve daha geniş gruplarla değerlendirilerek, hemşirelik bakımının da daha iyi verilebilmesi ve ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanabilir ve ayrıca, hastaların hemşirelik bakım memnuniyetlerini geliştirmeye yönelik araştırmaların yapılması önerilir.



9. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Cardiovascula Diseases. [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (cvds) Erişim Tarihi: 11.06.2020.
2. Ölüm ve Ölüm Nedenleri İstatistikleri, 2019 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Erişim Tarihi: 21.11.2020.
3. Özkan AA. Akut Koroner Sendromlar: Epidemiyoloji. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma 2013.
4. Kavalcı C. Acil Serviste Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım <http://aciltip.atspace.com/konular/acildegogusagrasi.htm>, Erişim Tarihi: 07.10.2020.
5. Sever M, Karcıoğlu Ö, Aslan Ö, Sever F, Parlak İ, Ersel M. An analysis of accuracy and reliability of emergency deparment ECG interpretations. Turkish Journal of Emergency Medicine; 2007.
6. Onat A, Yüksel M, Koroğlu B, Gümrükçüoğlu HA, Aydın M, Çakmak HA ve ark. TEKHARF 2012: Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. Türk Kardiyol Dern Arş 2013.
7. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
8. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı En-vanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayını NO 333, İstanbul, 1982.
9. Uyar M, Korhan EA. Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Ağrı 2011.
10. Schriver JA, Talmadge R, Chuong R, Hedges JR. Emergency Nursing: Historical, Current and Future Roles. Academic Emergency Medicine; 2003.
11. Thornhill R, Corey F. Parasite-stress theory of values and sociality. New York: Springer. 2014.
12. Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, Bayya A, Linton DM, Sviri S. Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. American Journal of Critical Care. 2011.

13. Lesperance F, Frasura-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996.
14. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993.
15. Health care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council. *Am J Psychiatry* 1993.
16. Durademir A., Sabuncu N.: İlk kez miyokard infarktüsü geçiren hastalar ve eşlerinde anksiyete düzeylerinin saptanması. *Hemşirelik Bülteni*, 1994.
17. Buselli EF., Stuart EM. Influence of psychosocial factors and biopsychosocial interventions on outcomes after myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs*,1990.
18. Goodacre S, Morris FM, Campbell S, Arnold J, Angelini K. A Prospective, observational study of a chest pain observation unit in a British hospital. *Emerg Med J*; 2002.
19. DeLeon AC, Farmer CA, King G. et all. Chest pain evaluation unit: a cost-effective approach for ruling out acute myocardial infarction. *Southern Medical Journal*, 1989.
20. Alpert JS, Thygesen K, Antman E, Bassand JP. Myocardial infarction redefined--a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2000.
21. Spielberger CD, Reheiser EC. Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity. *Applied Psychology: Health and WellBeing*. 2009.
22. Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, Bayya A, Linton DM, Sviri S. Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*. 2011.
23. American Nurses Association, "10 ANA Quality Indicators for Acute Care Settings". *Health Care Benchmarks* 1999.
24. Mersinlioğlu G., Öztürk H. Acil Servise Başvuran Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi 2149-018X, 2015.

25. Dölek M, Turaba F, Akbınar C, Sezgin B, Aksu H, Solak İ. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servis biriminde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin incelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2005.
26. Yöndem Ş. (2011). Acil servislere başvuran hasta yakınlarının beklentileri ve beklentilerine yönelik bir araştırma. Haliç üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
27. Tınmaz SG. Acil servislere başvuran hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet durumlarının değerlendirilmesine ve bir uygulama. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2008.
28. Dölek M, Turaba F, Akbınar C, Sezgin B, Aksu H, Solak İ. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servis biriminde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin incelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2005.
29. Arslan Ç, Kelleci M. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011
30. Özkol N. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerinin belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kıbrıs, 2011.
31. Ünal D, Özyurt Ö, Kayabaşı A. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi halkla ilişkiler birimine yapılan şikâyetler ve memnuniyetlerin incelenmesine yönelik bir araştırma. VII. Ulusal Prenatal Tanı ve Tıbbi Genetik Kongre Kitabı, Kayseri, 2011.
32. Ruppert SD. Chest Pain: A Diagnostic Dilemma. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice; 1997.
33. Kumar A, Cannon CP. Acute Coronary Syndromes: diagnosis and management, Part I. Mayo Clin Proc 2009
34. Reichlin T, Irfan A, Twerenbold R, Reiter M, Hochholzer W, Burkhalter H, et al. Utility of Absolute and Relative Changes in Cardiac Troponin Concentrations in The Early Diagnosis of Acute Myocardial Infarction. Circulation 2011
35. Carpenter CJ, Griggs RC, Loscalzo J. Cecil Essentials of Medicine. 5 th. Edit. Çev Ed: Çavuşoğlu H. W.B:Saunders Company, USA; 2001.
36. Gök H. Klinik Kardiyoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, I. Baskı İstanbul : 1996.

37. Everts B, Karlson BW, Wharborg P, Hedner T, Herlitz J. Localization of pain in suspected acute myocardial infarction in relation to final diagnosis, age and sex, and site and type of infarction. *Heart Lung* 1996; 25: 430-7.
38. Diehm C, Lange S, Darius H, et al. Association of low ankle brachial index with high mortality in primary care. *European Heart Journal* 2006;27:1743- 49
39. Goldberg RJ, O'Donnell C, Yarzebski J, Bigelow C, Savageau J, Gore JM. Sex differences in symptompresentation associated with acutemyocardial infarction: A population-based perspective. *Am Heart J* 1998; 136:189-95.
40. Türkiye Acil Tıp Eğitimi Programı. Göğüs Ağrısı ve Akut Koroner Sendromlar. www.tatep.org/index_dosyalararsiv01.AKS.ppt, Erişim Tarihi: 04.09.2020.
41. Çağatay G, Soydan İ. Klinik Kardiyoloji. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No: 157, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir: 13, 2004.
42. McCaig LF, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. *Adv Data* 2004; 340:1-34.
43. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC /AHA guidelines for the management of patient with ST-elevation myocardial infarction; a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committe to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004.
44. Graff LG, Dallara J, Ross MA, et al. İmpact on the care of the emergency department chest pain patient from the chest pain registry (CHEPER) study. *Am J Cardiol*; 1997.
45. Gök H. Klinik Kardiyoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, I. Baskı İstanbul, 1996.
46. Schey R, Villarreal A, Fass R. Noncardiac chest pain: current treatment. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2007.
47. Fass R, Achem SR. Noncardiacchest pain: epidemiology, natural course and pathogenesis. *J Neurogastroenterol Motil* 2011.
48. Kim JH, Rhee PI. Recent advancesin noncardiac chest pain in Korea. *Gut Liver*. 2012.

49. Carpenter CJ, Griggs RC, Loscalzo J. Cecil Essentials of Medicine. 5 th. Edit. Çev Ed: Çavuşoğlu H. W.B:Saunders Company, USA; 2001.
50. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. baskı, Sistem Ofset, Ankara, 2005.
51. Çakaloğlu Y, Kaysı A, Koçyiğit E, Molvalılar S, Oram A, Ökten A, Özdoğan E, Selekler K, Tunalı A, Yazıcı H. İç Hastalıkları (Semiyojji). Ed: Molvalılar, 1997.
52. Gersh BJ, Braunwald E, Bonow RO. Chronic coronary artery disease. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, editors. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 6th. ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001.
53. Kumar A, Cannon CP. Acute Coronary Syndromes: diagnosis and management, Part I. Mayo Clin Proc 2009.
54. Reichlin T, Irfan A, Twerenbold R, Reiter M, Hochholzer W, Burkhalter H, et al. Utility of Absolute and Relative Changes in Cardiac Troponin Concentrations in The Early Diagnosis of Acute Myocardial Infarction. Circulation 2011.
55. Shekhar C, Whorwell PJ. Evaluation and Management of Patients with Noncardiac Chest Pain. Gastroenterology Research and Practice Volume 2008, Article ID; 708218
56. Göğüs Ağrısı ve Akut Koroner Sendromlar http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1566 , Erişim Tarihi: 04.02.2020.
57. Kudat H, Erzenin F. Akut Miyokard İnfarktüsünde Klinik. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences. 2007.
58. Kurtul A. Akut Miyokard İnfarktüsünde Patofizyoloji Nedir? Klinik Bulguları Nelerdir? Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics. 2009.
59. Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, Bayya A, Linton DM, Sviri S. Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. American Journal of Critical Care. 2011.
60. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. Psychosom Med 1996.
61. Health care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council. Am J Psychiatry 1993.

62. Walsh M, Walsh A. Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the newcastle satisfaction with nursing scale. *Journal of Advanced Nursing*, 1999.
63. Yilmaz M. Saglik bakım kalitesinin bir olcutu: hasta memnuniyeti. [Patient satisfaction: an indicator for quality of health care]. *Cumhuriyet Universitesi Hemsirelik Yuksekokulu Dergisi*, 2001.
64. Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patientsatisfaction: a keyconceptforevaluatingandimprovingnursingservices. *Journal of Nursing Management* 1999.
65. Thomas L, Bond S, McColl E, Milne E. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS): User's Manual. Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne, Centre for Health Services Research (Ref: 77) ISBN 1996.
66. Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys JR. Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: an Instrument for Quality Assessments of Nursing Care. *Quality in Health Care*, 1996.
67. Thorsteinsson LS. The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness. *The Medical Touch of Nursing*, 2002.
68. Alasad JA, Ahmad MM. Patients' satisfaction with nursing care in Jordan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2003.
69. Alhusban MA, Abualrub RF. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 2009.
70. Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Deneyim ve Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. *İ. Ü. F. N. Hem. Derg* 2012.
71. Uzun Ö. Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin saptanması. *Türk Hemşireler Dergisi* 2003.
72. Büyükyörük N, Dilmen B, Bayram M. Burdur Devlet Hastanesinde yatan hastaların intörn hemşirelerden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2010.

73. Kuzu C, Ulus B.. Determination of Satisfaction Status in Nursing Care of Patients Treated in Surgical Clinics. *Acibadem University Journal of Health Sciences*, 2014.
74. Tuğut N, Gölbaşı Z. Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. *Hemşirelikte eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013.
75. Berra K. (2003). The effect of life style intervertion on quality of life and patient satisfaction with health and health care. *Journal of Cardiovascular Nursing*,
76. Demirtaş B. Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların aldıkları hemşirelik hizmetlerinden memnun olma durumları ve beklentileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004.
77. Güllüdere HH. Acil serviste triyaj algısı ve hasta memnuniyet düzeyi. *Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi Kitabı*, Kuşadası, 2013.
78. Yılmaz E. Akut koroner sendrom: Tanı ve tedavide yenilikler. 7. Ulusal İç hastalıkları Kongresi. <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/ /kongre/7/7.2.pdf>, Erişim Tarihi: 19.10.2020.
79. Yegül İ. Ağrı ve Tedavisi. *Yapım Matbaacılık*, 19-24, İzmir, 1993.
80. Kalaycıoğlu O, Akhanlı SE. Sağlık araştırmalarında güç analizinin önemi ve temel prensipleri: Tıbbi çalışmalar üzerinde uygulamalı örnekler *Turk J Public Health* 2020.
81. Taşın V. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Anjiyografik Trombüsü Öngörmede İnflamatuar Mediatorlerin Yeri. (Uzmanlık Tezi). Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi; 2013.
82. Falk E, Fuster V. Aterogenez ve belirleyicileri. In: Fuster V, Alexander RW ve O'Rourke RA, editörler. *Hurst's the Heart (Türkçe Çeviri)*, 10. baskı. İstanbul: AND yayıncılık; 2002.
83. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the interheart study): Case-control study. *Lancet* 2004.
84. Davies MJ. *The Pathophysiology of Acute Coronary Syndromes*. Heart. 2000.

85. Herlitz J, Richter A, Hjalmarson Ar, Hovgren C, Holmberg S, Bondestam E. Chest pain in acute myocardial infarction. A descriptive study according to subjective assessment and morphine requirement. Clin Cardiol 1986.
86. Kalaycı Ş., (2006) SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.
87. Melzack R. The Short-Form McGill Pain Questionnaire. Pain, 1987.
88. Biçici B, Reliability And Validity Of The Turkish Version Short-Form McGill Pain Questionnaire 2010.
89. Leylek HE. Acil Servise Başvuran Göğüs Ağrılı Hastalarda Akut Koroner Sendrom Tanısında ve Mortalite Tahmininde Değiştirilebilir Risk Faktörleri İle Dolaşımdaki Kan Hücre Tiplerinin Korelasyonunun Değerlendirilmesi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Bursa, 2018.
90. Demir NC. Servis Ünitesine Başvuran Akut Koroner Sendrom Tanısı Almış Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, 2019.
91. Tziallas DC, Papatianassoglou EDE, Kastaniot CKi, Fatourou M, Karanikola MN, Giannakopoulou MG. Association between subjective descriptors of coronary pain and disease characteristics: A pilot study in a Hellenic rural population. Intensive and Critical Care Nursing 2007.
92. Albarran JW, Durham B, Chappel G, Dwight J, Gowers J. Are manual gestures, verbal descriptors and pain radiation as reported by patients reliable indicators of myocardial infarction? Preliminary findings and implications. Intensive Crit Care Nurs; 2000.
93. Gaston-Johansson F, Hofgren C, Watson P, Herlitz J. Myocardial infarction pain: systematic description and analysis. Intensive Care Nurs, 1991; 7: 3-10.
94. Doğan E, "Miyokard İnfarktüsünde Hastaneye Başvuru Süresi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi", Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2018.
95. Igländ J, Vollset SE, Nygård OK, Sulo G, Ebbing M, Tell GS. Educational Inequalities in Acute Myocardial Infarction Incidence in Norway: a Nation

- Wide Cohort Study. Plos One. 2014.e106898. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154768/>])
96. TÜİK, İşgücü İstatistikleri, Ağustos 2020.
 97. Ångerud KH, Thylén I, Lawesson SS, Eliasson M, Näslund U, Brulin C, and on behalf of the SymTime Study Group. Symptoms and Delay Times During Myocardial Infarction in 694 Patients with and without Diabetes; an Explorative Crosssectional Study. BMC Cardiovascular Disorders. 2016.([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4937542/pdf/12872_2016_Article_282.pdf])
 98. Makam RP, Erskine N, Yarzebski J, Lessard D, Lau J, Allison J, Gore JM, Gurwitz J, Mcmanus DD, Goldberg RJ. Decade Long Trends (2001–2011) in Duration of Pre-Hospital Delay Among Elderly Patients Hospitalized for an Acute Myocardial Infarction. Journal of the American Heart Association. 2016. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4843528/pdf/JAH3-5e002664.pdf>])
 99. Yılmaz G. Göğüs Ağrısı İle Acil Servise Başvuran Hastalarda Hemşirelerin Karar Verme Becerilerinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2009.
 100. Pitsavos C, Kourlaba G, Panagiotakos DB, Stefanadis C. Characteristics and in-hospital mortality of diabetics and nondiabetics with an acute coronary syndrome; the GREECS study. Clin Cardiol. 2007.
 101. Esteghamati A, Abbasi M, Nakhjavani M, Yousefizadeh A, Basa AP, Afshar H. Prevalence of diabetes and other cardiovascular risk factors in an Iranian population with acute coronary syndrome. Cardiovasc Diabetol. 2006.
 102. Goodarce S, Cross E, Arnold J, Anjelini K, Capewell S, Nicholl J. The Health care burden of acute chest pain. Heart; 2005.
 103. Ulger O, Yagli NV. Effects of Yoga on The Quality of Life in Cancer Patients. Complementary Therapies In Clinical Practice. 2010.
 104. Wang J, Tang X, Shen Y, Shang G, Fang L, Wang R, et al. The correlations between health-related quality of life changes and pain and anxiety in orthodontic patients in the initial stage of treatment. Biomed Research International 2015.

105. Özen M, Bir Üniversite Acil Servisine Başvuran Ve Akut Koroner Sendrom Tanısı Alan Hastaların Özelliklerinin İncelenmesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil tıp Anabilim Dalı,2012.
106. Aydın A, Tiryaki S. Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma (KTÜ örneği). Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi. 2017.
107. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Anesthesia and Analgesia. 1996.
108. Rohani A, Akbari V, Zarei F. Anxiety and Depression Symptoms in Chest Pain Patients Referred for the Exercise Stress Test. Heart Views, 2011.
109. Tekin E, Özlü İ, Çakmak F, Bayramoğlu A. Acil Servis Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Memnuniyet ve Kaygı Düzeylerini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020.
110. Olsson M, Hansagi H. Repeated Use of The Emergency Department: Qualitative Study of The Patient's Perspective. Emerg Med J, 2001.
111. Uğrak U, Cihangiroğlu N, Uzuntarla Y, Teke A. Hastaların Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Acil Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimlerinin Analizi, Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 2016.
112. Kabaroğlu K, Eroğlu SE, Onur ÖE, Denizbaşı A, Akoğlu H. Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması Marmara Medical Journal 2013; 26:82-9

10. EKLER

EK 1. Formlar

Ek 1.1. Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikler Formu

1. Cinsiyet

a.Kadın b.Erkek

2. Yaşınız.....

3. Medeni durum

a.Evli b.Bekar

4. Eğitim durumu

a.Okur - yazar değil

b.İlköğretim

c. Lise

d. Üniversite

e.Yüksek lisans/doktora

5. Mesleğiniz nedir?

a. Ev hanımı

b.Memur

c.Serbest meslek

d.Emekli

e.Diğer.....

6. Sosyal güvenceniz?

a.Var

b.Yok

7. Gelir düzeyiniz?

a.İyi b.Orta c.Kötü

Ek 1.1 Tıbbi Özellikler Formu

8. Kronik bir hastalığınız var mı?

a.Evet.....

b.Hayır

9. Daha önce acil servise göğüs ağrısı şikayetiyle geldiniz mi?

a.Evet..... b.Hayır

10. Acil servise kiminle geldiniz?

a.Yalnız

b.Aile

c.Arkadaş/komşu

d.Diğer.....

11. Acil serviste hemsirelerden beklentiniz nedir?

.....
.....
.....
.....

12. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği

Bu araştırma, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığımız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. **Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerinize isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz.** Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

		Hiç Memnun Değilim	Biraz Memnunum	Oldukça Memnunum	Çok Memnunum	Fazlasıyla Memnunum
1.	Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2.	Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3.	Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4.	Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5.	Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6.	Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7.	Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8.	Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etmesikliğinden	1	2	3	4	5
9.	Hemşirelerin yardım severliğinden	1	2	3	4	5
10.	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11.	Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12.	Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13.	Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14.	Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15.	Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16.	Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17.	Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18.	Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19.	Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

13. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu

Lütfen aşağıda ağrınızı tanımlamak için belirtilen kelimelerden uygun olanı işaretleyiniz.

Yok
Şiddetli

Hafif

Orta

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Zonklama	0	1	2	3
Fırlayan	0	1	2	3
Şiş saplanır gibi	0	1	2	3
Keskin	0	1	2	3
Kramp tarzında	0	1	2	3
Kemirici	0	1	2	3
Sıcaklık veren	0	1	2	3
Acıtıcı	0	1	2	3
Yoğun	0	1	2	3
İncitici	0	1	2	3
Yarıcı	0	1	2	3
Yorucu	0	1	2	3
Tiksindirici	0	1	2	3
Korkunç	0	1	2	3
Cezalandırıcı	0	1	2	3

Mevcut Ağrı İndeksi

Aşağıdakilerden hangisi şu an ki ağrınızı açıklamaktadır

- 0 Ağrı yok
- 1 Hafif
- 2 Rahatsız edici
- 3 Acı verici
- 4 Korkunç
- 5 Dayanılmaz

Aşağıdaki çizgiyi işaretleyerek şu an ki ağrınızı en iyi gösteren noktayı gösteriniz;



Ek 1.4. Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

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

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
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)
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin 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 unutmam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C. Medipol Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Gözde ÇETİN tarafından yürütülen “Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Başvuran Hastalarda Hemşirelik Bakım Memnuniyetinin Anksiyete ve Ağrı Üzerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı göğüs ağrısı tanısıyla acil servise başvuran hastaların hemşirelik bakım memnuniyetlerinin ağrı ve anksiyetelerine etkisini ölçmektir. Araştırmada sizden yaklaşık 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

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

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

Katılımcının :

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

EK 3. Araştırma İzinleri



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
29/11/2018 09:08 - 16867222 - 604.01.01 - E-3786



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Gözde ÇETİN'in Tez Çalışması

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
(Kavacık mah. Ekinciler cad. No:19 Kavacık Kavşağı 34810 Beykoz/İstanbul)

İlgi : a) 24/09/2018 tarihli ve 71211201-40603 sayılı yazı.
b) 08/10/2018 tarihli ve 38458272-771-3745 sayılı yazı.
c) 17/10/2018 tarihli ve 45793301-604.01.01-12498 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gözde ÇETİN'in "Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Başvuran Hastalarda Hemşirelik Bakım Memnuniyetinin Anksiyete ve Ağrı Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını, İstinye Devlet Hastanesi, Hamidiye Etfal EAH ve Gaziosmanpaşa Taksim EAH'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırmanın Hamidiye Etfal EAH'nde yapılması Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda; Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

Ek:
1- İstinye DH'nin Görüş yazısı
2- Gaziosmanpaşa Taksim EAH'nin Görüş Yazısı

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIYDIR
29/11/2018

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Birim Sorumlusu

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Bilgi için: Selmin NAZLIGÜL

Faks No: [REDACTED]

Unvan: TIBBİ SEKRETER

e-Posta: [REDACTED]

Telefon: [REDACTED]

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b653fa40-aac6-4ae0-af7b-094dc7f1b661 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstinye Devlet Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTİNYE DEVLET HASTANESİ
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTİNYE DEVLET HASTANESİ
12/12/2018 09:16 - 38458272-771 E-4566



00082608832

Sayı : 38458272-771
Konu : Gözde ÇETİN'in Tez Çalışması

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : a) 05/10/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-3045 sayılı yazı.
b) 08/10/2018 tarihli ve 38458272-771-3745 sayılı yazımız,

İlgide kayıtlı yazıya istinaden, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gözde ÇETİN'in "Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Başvuran Hastalarda Hemşirelik Bakım Memnuniyetinin Anksiyete ve Ağrı Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi Başhekimliğimizce yeniden değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uz.Dr.Osman Gazi KİRAZ
Başhekim

Emirgan Cad. No:98 İSTİNYE - ŞARİYER
Faks No:02122777074

e-Posta:huseyin.kirimli@saglik.gov.tr İnt.Adresi: idare@idh.gov.tr

Bitgi için:Hüseyin KIRIMLI
Unvan:Birim Sorumlusu

Telefon No: [REDACTED]

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 756d0e9a-9d92-4ea6-8cd8-e625150c09fc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4. Ölçek Kullanım İzinleri

Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu MASF

2 ileti

Gözde ÇETİN <[REDACTED]>

16 Haziran 2018 20

Alıcı: [REDACTED]

Sayın Fatma Eti ASLAN,

Ben, İstinye Devlet Hastanesi Acil Ünitesinde çalışıyorum. İstanbul Medipol Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Çalışmalarımı takip ediyorum. Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu MASF, İstinye Devlet Hastanesi Acil Ünitesinde uygulamak istiyorum. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini çalıştığımızı gördüm sizden ölçek izni ve ölçeği mail yoluyla bana ulaştırabilir misiniz?

Simdiden teşekkür ederim.

İyi Çalışmalar.

Gözde Çetin

İstinye Devlet Hastanesi

İstanbul

TÜRKİYE

Fatma Eti <[REDACTED]>

17 Haziran 2018 22

Alıcı: Gözde ÇETİN <[REDACTED]>

Merhaba Gözde
Çalışmalarında başarılar dilerim
Ölçeği kullanabilirsin
Bu hafta şehir dışında olacağım sen ölçeğe Yayınlandığı dergiden ya da benim kitaplarımdan ulaşabilirsin diye düşünüyorum

İstanbul Medipol Üniversitesi Posta için masasistü bildirimlerini etkinleştirmek üzere burayı tıklayın. Daha fazla bilgi Gözet

Posta 149 ileti dizisinden 16

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (98)

Yıldızlı

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar

Diğer

özde +

0,04 GB alan kullanılıyor

Program Politikaları

Google tarafından geliştirilmiştir

Son hesap etkinliği: 3 saat önce

Yakın zamanda gerçekleşen bir sohbet yok

Yeni bir tane başlatın

21:37 31.07.2018

 **semiha akin**
Alıcı: bana ▾

@ 12 Haz ☆  

Sayın Çetin,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan mutluluk duyarım.

Başarılar diliyorum.

Doç.Dr.Semiha AKIN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

~~Yazışma Adresi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara~~

Telefon: ~~0312 444 1111~~



11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.34137
Konu : Etik Kurulu Kararı

15/08/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Başvuran Hastalarda Hemşirelik Bakım Memnuniyetinin Anksiyete ve Ağrı Üzerine Etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi OZBEK tarafından 15.08.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 1E0F9512X9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinçiler Cad. No.19 Kavacak Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi için : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servise Göğüs Ağrısıyla Başvuran Hastalarda Hemşirelik Bakım Memnuniyetinin Anksiyete ve Ağrı Üzerine Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		02/08/2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 461	Tarih: 15/08/2018				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
--------------------------------	------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma