



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HRS – YL – 2013 - 003

**KORONER ANJİOGRAFİ VE PERKÜTAN
TRANSLUMİNAL KORONER ANGIOPLASTİ İŞLEMİ
ÖNCESİ UYGULANAN PROGRESİF KAS GEVŞEME VE
MÜZİK DİNLEMENİN BİREYLERİN ANKSİYETE
DÜZEYLERİNE OLAN ETKİSİ**

Özgür DEMİR

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

AYDIN-2013

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HRS – YL – 2013 - 003**

**KORONER ANJİOGRAFİ VE PERKÜTAN TRANSLUMİNAL KORONER
ANGİOPLASTİ İŞLEMİ ÖNCESİ UYGULANAN PROGRESİF KAS GEVŞEME
VE MÜZİK DİNLEMENİN BİREYLERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE
OLAN ETKİSİ**

Özgür DEMİR

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ**

AYDIN-2013

T.C.ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi tarafından hazırlanan “**Koroner Anjiyografi ve Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi**” başlıklı tez, 1/11/2013 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Unvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

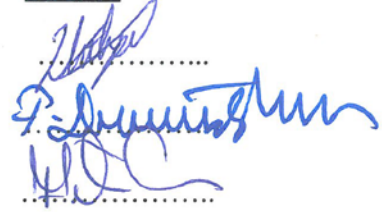
Adnan Menderes Üniversitesi

Doç. Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Adnan Menderes Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA

Adnan Menderes Üniversitesi



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu (tezin türü) tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun
..... Sayılı kararıyla (tarih) tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sacide KARAKAŞ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu çalışmakoroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Kalp ve damar hastalıkları günümüzde, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de başta gelen ölüm nedenleri arasındadır. Kalp ve damar hastalıklarından en başta geleni Koroner arter hastalığıdır. Tüm dünyada yılda 17 milyon kişi, Avrupa Birliği'nde yılda 2 milyon kişi yaşamını kalp ve damar hastalıklarına bağlı nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir. Türkiye'de kesin sayılar olmamakla birlikte bugün için bu sayılar 200 bin dolayında tahmin edilmektedir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılından bu yana yürütülen bir proje de toplumumuzda Koroner arter hastalığı riskinin ve koroner kökenli ölümlerin prevalansının yüksek olduğu bildirilmektedir. 1990 yılındaki taramada sağlanan verilerle ülkemizde 1.050.000 koroner kalp hastası olduğu saptanmıştır. 1990-2005 yılları arasında koroner kalp hastalığı görülme sıklığı yılda % 5-6 artış göstermiştir. Bu artışın 2005-2015 döneminde %7'ye çıkacağı öngörülmektedir.

Kalp hastalıklarına yönelik genel tedavi yaklaşımları arasında yüksek risk altında bulunan bireylerin ve hastaların saptanması, risk faktörlerinin belirlenerek bunlara yönelik girişimlerin uygulanması yer almaktadır. Kalp hastalıklarında teşhis ve tedavide en sık kullanılan yöntemler; koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplastidir.Koroner anjiyografi; femoral, brakiyal, radyal, aksillar arterlere kontrast madde verilerek sineanjiyografik olarak görüntü elde edilmesi işlemidir. Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti; myokard perfüzyonunu bozacak derecede olan koroner damarlardaki darlıkların balonla açılması işlemidir. Girişimsel işlemlerin uygulanmasında 2002 yılına ait veriler incelendiğinde; ülkemizde yaklaşık 63 merkezin girişimsel işlemleri uyguladığı ve yılda 140.000'den fazla koroner anjiyografi, 34.000 civarında perkütan intrakoroner girişim yapıldığı görülmektedir.

Kalp ve damar hastalığı olan bireylerde anksiyete sık görülür. Anksiyete; kişinin beden bütünlüğü ya da güvenliğine yönelik tehlikeli bir tehdit olarak algılanan ve yorumlanan, iç ya da dış uyarının harekete geçmesi ile ortaya çıkan bir durumdur. Anksiyete sağlığı tehdit edilen her normal insanın göstereceği en doğal tepkilerdendir. Kişi alışageldiği

yaşamı içinde, ne olduğunu tam bilemediği yeni bir durum, farklı bir durum ya da bilinmeyen bir durumla karşılaştığı zaman anksiyete yaşar. Kalbine müdahale edilecek bireylerde ölüm korkusu, dolayısıyla preoperatif anksiyete riski artmaktadır. Anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerde ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyongelişmekte ve hastanede yatış süresi uzamaktadır. Koroner anjiyografi (KAG) ve perkütan transluminal koroner angioplasti (PTKA) yapılacak bireylerde gelişebilecek anksiyetenin erken dönemde belirlenmesi önemlidir. Anksiyetenin erken dönemde fark edilerek ele alınmaması durumunda, anksiyetenin fizyolojik göstergelerinden olan miyokardın oksijen gereksiniminin artması nedeniyle taşikardi, kan basıncında yükselme, solunum hız ve derinliğinde artma görülür ve bunun sonucunda işlem ertelenebilir veya işlem sonrası kanama, şiddetli ağrı gibi komplikasyonlar gelişebilir. Koroner anjiyografi ve PTKA uygulamasından önce bireylerin fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin karşılanması, işlem sırasında ve işlemden sonraki olumsuz sonuçların azalması, sedatif ilaç kullanımının azalması, bireyin hastanede kalma süresinin kısalması, iyileşme sürecinin hızlanması, postoperatif dönemde işleme yönelik olumlu duygular yaşanarak KAG ve PTKA uygulamalarından önce ve sonraki dönemde anksiyetenin azaltılmasında önemlidir.

Günümüzde yüksek düzeydeki anksiyeteyi azaltmak amacıyla çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar arasında; en ucuz, etkili ve kolay uygulanabilir olanları progresif kas gevşeme ve müzik dinlemedir. Müzik eşliğinde uygulanan progresif gevşeme egzersizianksiyeteyi azaltan ve gevşemeyi sağlayan önemli bilişsel-davranışçı tedavi tekniklerinden birisidir. Bilişsel-davranışçı terapi problem odaklıdır “burada ve şimdi” ile ilgilenir. Müzik eşliğinde uygulanan progresif gevşeme egzersizi okulda, evde, iş ortamında ve boş zaman aktivitesi olarak da uygulanabilir ve bireyin baş etme becerilerini geliştirerek, kişisel gelişimine yardım edebilir.

Bu çalışmanın sonucunda ülkemizde anjiyografi ünitelerinde koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemleri öncesinde bireylerin anksiyetelerinin giderilmesinde müzik eşliğinde uygulanan progresif gevşeme egzersizinin koroner anjiyografi ünitesi rutinleri içinde yer alması ve bu amaçla anjiyografi ünitesinde primer uygulatıcılar olarak hemşirelerin sorumluluk almasının teşvik edilmesi en büyük amacımız ve umudumuzdur.

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa |
|---|-------|
| KABUL VE ONAY | i |
| ÖNSÖZ | ii |
| İÇİNDEKİLER | iv |
| SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ | vii |
| ÇİZELGELER DİZİNİ | viii |
| TABLolar DİZİNİ | ix |
| EKLER DİZİNİ | x |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 9 |
| 1.3. Genel Bilgiler | 9 |
| 1.4. Koroner Arter Hastalığı | 9 |
| 1.4.1. Koroner Arter Hastalıklarının Önemi ve Görülme Sıklığı | 9 |
| 1.4.2. Koroner Arter Hastalıklarının Epidemiyolojisi | 11 |
| 1.4.3. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri ve Korunma | 11 |
| 1.4.4. Koroner Arter Hastalıklarında Tedavi | 14 |
| 1.5. Koroner Anjiyografi | 14 |
| 1.5.1. Tanımı | 14 |
| 1.5.2. Koroner Anjiyografi Tarihçesi | 16 |
| 1.5.3. Koroner Anjiyografi Uygulaması | 17 |
| 1.5.4. Koroner Anjiyografi Öncesi Hasta Hazırlığı | 18 |
| 1.5.5. Koroner Anjiyografi Endikasyonları | 18 |
| 1.6. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti | 19 |
| 1.6.1. Tanımı | 19 |
| 1.6.2. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Tarihçesi | 19 |
| 1.6.3. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Uygulaması | 20 |
| 1.6.4. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Öncesi Hasta Hazırlığı | 20 |
| 1.6.5. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Endikasyonları | 21 |
| 1.7. Anksiyete | 21 |
| 1.7.1. Tanımı | 21 |
| 1.7.2. Anksiyete Kavramı ve Tarihçesi | 25 |
| 1.7.3. Etiyoloji | 28 |
| 1.7.3.1. Psikolojik Varsayımlar | 28 |
| 1.7.3.2. Biyolojik Varsayımlar | 29 |
| 1.7.4. Anksiyeteyi Tetikleyen Etkenler | 29 |
| 1.7.5. Anksiyetenin Belirtileri | 30 |
| 1.7.5.1. Bilişsel Belirtiler | 30 |
| 1.7.5.2. Affektif (Duygusal) Belirtiler | 30 |
| 1.7.5.3. Davranışsal Belirtiler | 31 |
| 1.7.5.4. Fizyolojik Belirtiler | 31 |
| 1.7.6. Anksiyete Düzeyleri | 31 |
| 1.7.7. Cerrahi Girişime Bağlı Anksiyete | 33 |

| | |
|---|-----|
| 1.7.8. Anksiyeteli Hastada Hemşirelik Yaklaşımı | 34 |
| 1.8. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği | 35 |
| 1.9. Gevşeme Yöntemleri | 37 |
| 1.9.1. Progresif Kas Gevşeme Egzersizi | 41 |
| 1.9.2. Progresif (İlerleyen) Gevşeme | 43 |
| 1.9.3. Gevşeme Eğitimi ve Hemşirelik | 44 |
| 1.9.4. Gevşeme Yönteminin Uygulanması | 46 |
| 1.10. Müzik Dinleme | 47 |
| 1.10.1. Müzik Dinlemenin Cerrahi Hastalarında Kullanılması | 53 |
| 1.10.2. Müzik Dinlemenin Yararları | 53 |
| 1.11. Progresif Kas Gevşeme Müziğin Cerrahi Hastalarında Kullanımı | 54 |
| 1.11.1. Hemşirelik Bakımı | 59 |
| 1.11.2. Anksiyete ile İlgili Yapılan Araştırmalar | 59 |
| 2. GEREÇ VE YÖNTEM | 61 |
| 2.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı | 61 |
| 2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri | 61 |
| 2.3. Araştırmanın Zamanı | 63 |
| 2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 63 |
| 2.5. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri | 63 |
| 2.5.1. Bireylerin Çalışmaya Alınma Kriterleri | 63 |
| 2.5.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri | 64 |
| 2.6. Veri Toplama Araçları | 64 |
| 2.6.1. Kişisel Bilgi Formu | 64 |
| 2.6.2. Yaşam Bulgularını Değerlendirme Formu | 64 |
| 2.6.3. Durumluluk Kaygı Envanteri | 64 |
| 2.6.4. Süreklilik Kaygı Envanter | 65 |
| 2.7. Ön Uygulama | 66 |
| 2.8. Verilerin Toplanması | 66 |
| 2.9. Araştırmada Kullanılan Progresif Gevşeme Egzersizleri CD'sinin İçeriği | 67 |
| 2.10. Verilerin Değerlendirilmesi | 71 |
| 2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler | 72 |
| 2.12. Araştırmanın Olumlu Yönleri | 72 |
| 2.13. Araştırmanın Etik Yönü | 73 |
| 3. BULGULAR | 74 |
| 4. TARTIŞMA | 88 |
| 5. SONUÇ VE ÖNERİLER | 89 |
| 5.1. Sonuç | 89 |
| 5.2. Öneriler | 101 |
| ÖZET | 103 |
| SUMMARY | 105 |
| KAYNAKLAR | 107 |
| ÖZGEÇMİŞ | 122 |
| TEŞEKKÜR | 124 |
| EKLER | 127 |

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AHA:American Heart Association-Amerikan Kalp Birliği

CD: Compact Disc

DKB:Diastolik Kan Basıncı

DSM-IV:The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DEÜ: Dokuz Eylül Üniversitesi

DKB: Diastolik Kan Basıncı

ICD:International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması

KAH:Koroner Arter Hastalığı

KAG: Koroner anjiyografi

KLP: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

PTKA: Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti

PGE: Progresif Gevşeme Egzersizi

SKB:Sistolik Kan Basıncı

ÇİZELGELER DİZİNİ

| | Sayfa |
|---|--------------|
| Çizelge 1.1. En Çok Kullanılan Gevşeme Teknikleri | 38 |
| Çizelge 1.2.Araştırmanın uygulama planı takvimi..... | 125 |

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

| | |
|--|----|
| Tablo.1. Koroner Angiografi Uygulanan Deney Grubunun Bireysel Özelliklerinin Dağılımı | 75 |
| Tablo.2. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Uygulanan Deney Grubunun Bireysel Özelliklerinin Dağılımı | 76 |
| Tablo.3. Kontrol grubunun Bireysel Özelliklerinin Dağılımı | 77 |
| Tablo.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılması | 78 |
| Tablo.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı | 79 |
| Tablo.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı..... | 80 |
| Tablo.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması | 81 |
| Tablo.8. Deney KAG, PTKA ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bireysel Özelliklere Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreklilik Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması | 83 |
| Tablo.9. Bireylerin Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası Hemodinamik Parametre Puanlarının Karşılaştırılması..... | 84 |
| Tablo.10. Bireylerin Uygulama Öncesi Hemodinamik Parametre Puanlarının Karşılaştırılması | 86 |
| Tablo.11. Bireylerin Uygulama Sonrası Hemodinamik Parametre Puanlarının Karşılaştırılması | 87 |

EKLER DİZİNİ

| | |
|---|-----|
| Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu..... | 127 |
| Ek-2: Kişisel Bilgi Formu | 128 |
| Ek-3:Durumluluk Kaygı Envanteri | 129 |
| Ek-4: Süreklilik Kaygı Envanteri | 130 |
| Ek-5:Yaşam Bulgularını Değerlendirme Formu | 131 |
| Ek 6. Müzik Eşliğinde Progresif Kas Gevşeme Egzersizi | 132 |
| Ek-7:Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı İzin Yazısı ... | 135 |
| Ek 8. Etik Kurul Yazısı | 139 |

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çağımızda insan yaşamından beklenen, yalnızca daha uzun bir yaşam değil, yaşamın kalitesinin de yükselmesidir. Bilimsel ve teknolojik alandaki ilerlemeler, yaşam standartlarının artması toplum sağlığı önlemleri ile önlenebilir.Ölümlerin azalması sonucu doğumda beklenen yaşam süresinde artma görülmektedir(Gökgündüz 2005, Onat 1999).

Kronik hastalıklar yaşamın uzun dönemini kapsayan, sürekli olarak tıbbi tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır. Günümüzde kronik hastalıklar, ölüm ve sakatlıkların başlıca sebebi olarak görülmekte ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerdeki insanları da etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre; kronik hastalıklardan kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, kanser ve solunum yolu hastalıkları gibi hastalıkların insidansında artış görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, her iki cinste de görülme oranlarının artması ve bu hastalığa bağlı ölümlerin %50'nin üzerinde olması nedeniyle önem kazanmıştır(Erkoç ve Yardım 2011, Gökgündüz 2005, Onat 1999, www.saglik.gov.tr erişim tarihi 2010).

Kardiyovasküler hastalıklarda birinci sırayı Koroner Arter Hastalıkları almaktadır. Koroner Arter Hastalığı (KAH), kalbin etrafını çevreleyerek kalp kasını besleyen koroner arterlerin tıkanıklığı veya daralmasıdır. KAH mortalite ve morbidite açısından değerlendirildiğinde; en önemli hastalıklardan olup 40 yaş ve sonrası ölüm nedenlerinin başında gelmektedir(Gökgündüz 2005, Abrahamov ve ark. 2006,Onat 1999).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılından itibaren yürütülen bir proje de toplumumuzda KAH riskinin ve koroner kökenli ölümlerin prevalansının yüksek olduğu bildirilmektedir. Buna göre KAH'nın ülkemizdeki yıllık mortalitesi erkeklerde %5,1; kadınlarda ise %3,3'tür. Yine projenin 2015 yılı projeksiyonunda, Ülkemiz nüfusunun ortalama yaşının giderek ilerlemesi sonucu KAH sayısının 1,4 milyon artarak 3,4 milyona yükselmesi beklenmekte; 2015 yılında yalnızca koroner nedenle hayatını kaybedeceklerin sayısının 250 bin'i aşacağı düşünülmektedir (www.saglik.gov.tr erişim tarihi 2010).

Kalp hastalıklarının tıbbi ve cerrahi tedavileri önemlidir. İlaç tedavilerinin yanında hasta için yaşam kurtarıcı ve riskleri az olan girişimsel yöntemlerde kullanılmaktadır. Bu amaçla yaygın kullanılan girişimsel yöntemler koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplastidir. Koroner anjiyografi; femoral, brakial, radyal, aksillar arterlere kontrast madde verilerek sineanjiyografik olarak görüntü elde edilmesi işlemidir. Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti; myokard perfüzyonunu bozacak derecede olan koroner damarlardaki darlıkların balonla açılması işlemidir(Kumbay 2001, Gök 2002,Perkütan ve Valvüler Girişimler Hemşirelik Bakım Klavuzu 2007, Çelik 2010).

Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti bireyin yaşamını tehdit eden ve yaşamında değişikliklere neden olan kalp damar hastalıklarının teşhisi için son yıllarda giderek artan sıklıkta uygulanmaya başlanan bir tanı ve tedavi yöntemidir. İnvaziv girişimdir ve tüm basit ya da ciddi cerrahi girişimler gibi bireyde anksiyete yaşanmasına neden olur. Hastaneye yatmak ve yapılacak bir işlem/girişim için beklemek hastaların anksiyetelerinin yükselmesinin ilk nedenleridir. Bunun yanı sıra işlemin hasta için anlamı, işlem öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili hastanın yanıtlayamadığı sorular anksiyetenin yükselmesi ile ilgili diğer nedenler arasında sayılabilirler(Baram 1992, Altınok 1998, Cimilli 2001, Ekici ve ark. 2010).

Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti stresli bir süreçtir: Hastalar süreç boyunca uyanıktır ve sık sık bilinmeyen bulgular ve olası komplikasyonlar yüzünden anksiyete yaşarlar. Hafiflemeyen anksiyete kardiyak iş yükünde artmaya neden olan duyuşal sinir sistemi aktivitesini arttırabilir (Heikkila ve ark. 1998, Paul ve ark. 2004, Gallagher ve ark. 2010).

Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti; invazif bir tanılama yöntemi olması, kalp gibi yaşamsal önemi yüksek olan bir organın tanılanmasında kullanılması, işlemle ilgili bilinmezliklerin çok olması nedeniyle bireylerde ölüm korkusu yaratır ve buna bağılı anksiyeteye neden olur (Doering ve ark. 1998, Buffum ve ark. 2006, Gallagher ve ark. 2010).

Bireylerin sağılıklı olma durumu, yaşamlarını mutlu olarak sürdürebilmelerinde en önemli etkindir. Hastalık hangi yaşta ve hangi koşullarda olursa olsun, insanlar için bir stres kaynağıdır. Sağılığı bozulan her insan doğa olarak anksiyete hisseder (Ekiz ve Göz 2005).

Anksiyete sözcüğü; “kaygı” ve “endişe” kelimelerinin karşılığı olarak kullanılmaktadır. Anksiyete korkuya benzeyen bir duygudur. Kişi anksiyeteyi sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve tanımlar. Anksiyete ve korku, sağlığı tehdit edilen her normal insanın göstereceği en doğal tepkilerdendir. Anksiyete tanı ve tedavi uygulamaları sırasında hastaların çok sık yaşadığı duygulardan biridir. Birey alışageldiği yaşamı içinden, ne olduğunu tam bilmediği yeni bir duruma geçtiğinde, anksiyete yaşar. Anksiyete “genellikle bilinmeyen ve alışılmayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi” olarak tanımlanabilir. Anksiyete hastalığının hem nedeni hem sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir (Gökdoğan 1989,Karakula 1999, Ekiz ve Göz 2005,Öztürk ve Uluşahin 2008, Yıldırım 2009,Demir ve ark. 2010).

Koroner arter hastalığı olanlarda anksiyete sıklıkla karşılaşılan, yaşam kalitesini azaltan, semptom ve yeti yitimini arttıran, gereksiz sağlık hizmeti kullanımına neden olan ve hastaneye tekrarlı yatışları belirleyen bir durumdur(Cimilli 2001, Vargasve ark. 2006,Çelik ve Özen2010).

Koroner arter hastalığı semptomatik olmaya başladığında anksiyete için önemli bir tetikleyicidir ve bireyde akut miyokart enfarktüsü geçirme, sakat kalma ve ani ölüm korkusu ortaya çıkartır. Anksiyetenin kalp hızı değişkenliğini azaltmak, QT aralık değişkenliğini arttırmak gibi yollarla ventriküler taşiaritmiye duyarlılığı attırabilecek potansiyelinin olduğu anlaşılmıştır(Akt:Yağcıbulut 2011).

Anksiyete, çoğu zaman duygu, düşünce ve davranışların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit etmesiyle ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çatışmadan kaynaklanan bir durumdur(Berends ve ark. 1989, Heikkila ve ark. 1998, İşkey 2005,Öztürk ve Uluşahin 2008).

Travelbee, ameliyat olacak kişilerde anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasını şu nedenlere bağlamaktadır; ameliyat korkusu, yapılacak ameliyatın türü ve niteliği, başkalarının görebileceği şekil bozukluğuolasılığı, ağrı ve rahatsızlık korkusu, yapılacak ameliyata ilişkin bilgi yetersizliği, bireysel özellikler veya sorunlar, ameliyat sonrası bakım için başkalarına bağımlı olacağı düşüncesi olarak açıklamaktadır (Akt: Kuğu ve ark.2001).

Yaşanılan olaylara göre farklılıklar gösteren anksiyetenin iki tipinden söz edilmektedir. Süreklilik (kronik) anksiyetesi; kişinin uzun süreli olarak yaşadığı genel gerginlik durumudur. Durumluluk (akut) anksiyetesi ise; kişinin güvenlik hissini tehdit eden her an olabilecek bir kayıp ya da değişime bağlı olarak, hızla ortaya çıkan anksiyetedir. Anksiyetenin fizyolojik, duygusal, zihinsel, sosyal ve davranışsal birçok göstergeleri vardır. Fizyolojik olarak; çarpıntı, göğüs ağrısı, taşikardi, kan basıncında yükselme, soluk renk ya da yüzde kızarma, aşırı terleme, nefes darlığı, boğulma hissi, baş dönmesi, kas gerginliği ve motor huzursuzluk, duygusal olarak; katekolamin salınımını artırmasına bağlı sinirlilik, zarar göreceği endişesi, korku, huzursuzluk, çaresizlik, değersizlik ve panik duygusu, zihinsel olarak; bozuk algılama, dikkati toparlayamama, sosyal olarak; benlik saygısında azalma, rollerini yerine getirmede zorluk, davranışsal olarak ise; ağlama, yerinde duramama, hareketlerde artma gibi belirtiler görülmektedir(Kuğu ve ark. 2001).

Koroner anjiyografi yapılacak bireylerde gelişebilecek anksiyetenin erken dönemde belirlenmesi önemlidir. Anksiyetenin erken dönemde fark edilerek ele alınmaması durumunda, anksiyetenin fizyolojik göstergelerinden olan miyokardın oksijen gereksiniminin artması nedeniyle taşikardi, kan basıncında yükselme, solunum hız ve derinliğinde artma görülür ve bunun sonucunda işlem ertelenebilir veya işlem sonrası kanama, şiddetli ağrı gibi komplikasyonlar gelişebilir(Hindistan ve ark. 2010).

Karadeniz ve arkadaşları (2005), koroner anjiyografi yapılacak bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyini inceledikleri çalışmalarında, bireylerde anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu bulmuşlardır.Jong ve arkadaşları (2004) ise koroner anjiyografi yapılacak bireylerin anksiyete ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında; işlemden önce anksiyete düzeyinin yüksek olmasının bazal metabolizmayı artırdığı, periferal arteriyel vazokonstriksiyon, kan basıncında yükselme, otonom sinir sisteminde katekolamin salınımında artma, buna bağlı stres ve dikkat dağınıklığı yaparak işlemi olumsuz etkilediğini ve bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğünü belirlemişlerdir. Tüm bu nedenlerle anjiyografi ünitesinde çalışan hemşirelere bireylerin anksiyete düzeylerini saptama ve müdahale etmede önemli sorumluluklar düşmektedir (Buffum ve ark. 2006).

Literatüre göre; koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti uygulamalarından önce bireylerin fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin karşılanması, işlem sırasında ve işlemden sonraki olumsuz sonuçların azalması, sedatif ilaç kullanımının

azalması, bireyin hastanede kalma süresinin kısalması, iyileşme sürecinin hızlanması, postoperatif dönemde işleme yönelik olumlu duygular yaşanarak KAG ve PTKA işlemlerinden önce ve sonraki dönemde anksiyetenin azaltılmasında önemli olduğu belirtilmektedir. Yapılan araştırmalarda anjiyografi uygulamasında hemşirelerin bireylerin duygusal olarak rahatlamalarını sağlama, KAG işleminin tüm aşamalarında bireylerin yanında olarak işleme ilgili bilgilendirme, gevşeme ve solunum egzersizleri yaptırma, müzik dinletme gibi yöntemlerle bireylerin anksiyete düzeylerini azaltabilecekleri vurgulanmıştır (De Jong ve ark. 2004, Buffum ve ark. 2006, Hindistan ve ark. 2010). Anksiyeteye sebep olan birçok stresörler arasında hasta olmak, hastaneye yatmak ve cerrahi girişim geçirecek olmak kabul edilebilir. Özellikle birey için bunların ilk kez yaşanacak olması bireyde oluşacak anksiyeteyi arttırır (Kum 2000, Kocabaşoğlu 2003, Bahar ve Taşdemir 2008).

Koroner anjiyografi olacak bireylerin anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi; işlem öncesi, sırası ve sonrası konularında bilgi verilmesinin anksiyete düzeyine etkisinin araştırılması, sağlık ekibinin vazgeçilmez üyesi olan hemşirelerin hastalarına etkili bakım hizmeti verebilmeleri için gereklidir. Burada da cerrahi hemşiresine hasta ile iletişim kurma açısından daha çok görev düşmektedir. İletişim, hemşirelik mesleğinde sistemde bozulan dengeyi sağlamak amacıyla kullanılan tüm süreçlerin temelidir. Hemşireler, iletişim aracılığıyla yardım ilişkisi kurarlar. Problemleri tanılama ve stresle baş etmede, problem çözümede iletişim teknikleri kullanılır (Terakye 1994, Akdemir ve Birol 2004).

İletişim; duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılmasıdır. Sağlık personeli, danışana karşı sorumluluğunu yerine getirebilmek için onu tanımak, sorunlarının neler olduğunu anlamak, çözüm yolları bulmasına yardım etmek durumundadır. Bu görevini yerine getirirken elindeki en önemli araçlar terapötik ve non-terapötik iletişim teknikleri ile ilgili yetenekleridir. Hemşireler uygulamalarında genellikle her iki iletişim tekniklerini de kullanmaya çalışırlar ama stresle baş etmede öncelikle non-terapötik iletişim tekniklerini tercih etmektedirler. Non-terapötik iletişimde bireyin iyilik durumunun oluşturulmasına, geliştirilmesine yardım edilmemektedir (Terakye 1994, Akbaba ve Gözüm 2001).

Profesyonel hemşireliğin bağımsız fonksiyonları arasında bulunan ve terapötik iletişim teknikleri arasına giren, hasta ile iletişimi sağlayan müzik dinleme uygulamasının önemi

1990'lı yıllardan itibaren yapılan çalışmalarda daha da öne çıkmıştır(Augustin ve Hains 1996, Güngör 1999,Bally ve ark. 2003, Uyar ve Korhan 2011).

Sağlık bakım profesyonelleri hastanın anksiyetesinin nedenlerini ve düzeyini belirlemeye çalışmalı, hastanın anksiyetesinin azaltılması için neler yapılabileceğini tanımlamalıdır.

Bunun için dahili ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler, fiziksel/tıbbi hastalığı ya da yakınması nedeniyle hastaneye başvuran hastaların ve ailelerinin sağlığını geliştiren, primer korumadan rehabilitasyona kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan bilişsel, psikolojik, davranışsal tepkilerini, psikososyal sorunlarını tanımlayan ve psikososyal bakımı doğrudan planlayan, uygulayan, değerlendiren ve hemşireye, ekibe, bireye, aileye danışmanlık yapan, eğitim veren, kurumda psikososyal bakımın kurumsallaşması için yönetime danışmanlık hizmeti veren ve alanıyla ilgili araştırmalar yapan özelleşmiş psikiyatri hemşiresi olan konsültasyon liyezon psikiyatrisi(KLP) hemşireliği ile işbirliği içinde çalışmalıdır. Çünkü konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşirelerinin klinik, eğitim, araştırma ve yönetim/idari olmak üzere dört majör kategoride rolleri bulunmaktadır (Yıldırım 2012).

Uygulama oldukça dinamiktir ve KLP hemşiresinin rolleri bir ölçüde birbirinin içine geçmiştir. Ülkemizde KLP hemşiresinin görev, rol ve sorumlulukları 19.04.2011 Resmi Gazete Tarihli,27910 Sayılı “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”te yer almaktadır. Fiziksel hastalığı olan hastalardaki psikiyatrik ve psikososyal bakım ve tedavinin; hasta bakım ve kalitesini arttırdığı, mortaliteyi, morbiditeyi azalttığı, hastanede yatış süresini ve genel masrafları azalttığı, düzelme ve iyilik haline katkıda bulunduğu bilinmeli ve yaygınlaşması konusunda sorumluluk hissedilmelidir(Yıldırım 2012, www.acibademhemsirelik.com).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri stres ile etkili bir şekilde mücadele için, klinikte çalışan hemşirelere gevşeme teknikleri ile ilgili eğitim vermelidir. Çünkü gevşeme teknikleri; vücudun doğal gevşeme yanıtı etkinleştirmesini sağlar. Bunun için kullanılan gevşeme teknikleri; meditasyon, progresif kas gevşeme, müzik dinleme, vücut tarama meditasyonu, farkındalık, yoga ve Tai Chi, ritmik egzersiz, görselleştirme meditasyonu olup, gevşeme yöntemleri arasında müzik dinleme ve gevşeme egzersizi önemli bir yere sahiptir(Alarcon ve ark. 1982, Agvu ve Okoyeb 2006, Yıldırım 2009, Uyar ve Korhan 2011, <http://www.bilisseldavranisci.org>).

Müzik dinleme, hemşirelik uygulamalarının içinde yer alan noninvaziv bir rahatlama tekniği olmakla birlikte, hastaların bakımlarına katılmalarına kendi düşünceleri doğrultusunda olanak sağlayan estetik yaklaşımlı bir terapi yöntemi olarak kabul edilmelidir. Fizyoloji, fizik, nöroloji, iletişim, psikoloji gibi profesyonel bilim dalları müziğin anestezi ve sembolik bir araç gibi anksiyete, korku ve ağrıların giderilmesinde etkili olduğu konusunda hem fikirdirler (Güngör 1999, Bradt ve Dileo 2009). Müzik dinleme; rahatlatıcı ve anksiyeteyi azaltıcı bir gevşeme yöntemi olarak çok eski yıllardan beri kullanılmaktadır. Müzik dinleme; kişinin sosyal, fiziksel, zihinsel gelişimine, duygusal ve sosyal etkileşimlerine, davranış bozukluklarının tedavisine, diğer tedavi ve eğitim süreçlerine katkıda bulunan tarafsız, direkt ulaşılabilen, keyifli bir uygulama yöntemidir (Barnason ve ark. 1995, Cimilli 2001, Aldridge ve ark. 2005, Bahar ve ark. 2008, Canlı ve ark. 2009, Çelik ve ark. 2010, Ekici ve ark. 2010).

Müzik dinleme çeşitli hastalıklarda destekleyici bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Nickel (2005)' e göre müzikdinleme, müzik ve müzikal faaliyetlerin somatik ve zihinsel hastalıkların tedavisinde kullanılmasıdır. Munro ve Mount (1999) müzik terapisini “müziğin kontrollü kullanımı yani müziğin bir hastalık ve tanı işlemi sırasında bireyin, fizyolojik ve psikolojik bütünlüğüne yardımcı olacak şekilde kullanılması” olarak tanımlamaktadır. Mok ve Wong (2003) ise, müziğin bireyin bulunduğu ortama uyumunu kolaylaştırdığını, dikkatini dağıtmasını sağladığını, bireyin ağrıya odaklanmasını engellediğini ve daha az analjezik almayı sağladığını, bireyi rahatlattığını ve endişelerini azalttığını ifade etmektedir. Yapılan araştırmalar, müziğin insanın duygusal durumunu düzenleyen ve ruhsal hastalıklarda etkili olan serotonin, dopamin, adrenalin, testosteron gibi hormonlara olumlu etkisinin olduğunu; kan basıncı, solunum ritmi gibi fizyolojik işlevleri düzenlediğini, beyindeki oksijen ve kanlanmayı dengelediğini ortaya koymaktadır (Bampton ve ark. 1997, Salmore ve ark. 2000, Lee ve ark. 2002, Chan ve ark. 2003, Cooke ve ark. 2005, Daykin ve Bunt 2006).

Müzikle sürekli iç içe olan kişiler ve müzisyenlerin beyin hemisferleri arasındaki bağlantı ve bilgi alışverişini sağlayan korpus kallosum adı verilen yapının diğer insanlara göre daha sağlam ve daha geniş olduğu saptanmıştır (Davis 2003). Viyana'da yapılan bir çalışmada, komada bulunan hastalara Türk musikisi makamları dinletildiğinde birçok hastanın müziğin etkisiyle komadan çıktığı belirtilmiştir (Özbey 2008).

Müziğin çeşitli fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisindeki etkisiyle ilgili özellikle yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Sabo ve Michael 1996, Chlan 1998, Bailey 2000, Burns 2001, Chan ve ark. 2002, Smolen 2002, Mok ve Wong 2003, Guetin 2004, Konomidou 2004, Silverman ve Marcionetti 2004, Alridge 2005, Agvu 2006, Hayashi 2006).

Chlan (1998), müzik terapisinin solunum desteği alan KOAH'lı hastaların endişe ve rahatlama üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, müziğin anksiyeteyi azaltmada ve rahatlama sağlamada etkili olduğunu bulmuştur. Kronik sırt ağrısı nedeniyle hastaneye yatan hastalarda müzik terapisinin etkisini araştıran başka bir çalışmada, müzik terapisinin kronik ağrı ve depresyonun giderilmesinde tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak yararlı olduğu saptanmıştır (Guetin 2004). Müzik terapisi'nin hastalıklar ve belirtilerinin tedavisindeki etkisinin dışında, çeşitli invazif tanılama yöntemlerinde ortaya çıkabilecek ağrı, anksiyete vb. belirtilerin giderilmesinde ve işlemin güvenli şekilde uygulanmasındaki etkilerini inceleyen bazı çalışmalar da bulunmaktadır (Salmore ve ark. 2000, Lee ve ark. 2002, Ferguson 2004, Uedo ve ark. 2004). Literatürde özellikle histerosaltingografi, kolonoskopi, kardiyak kateterizasyon ve anjiyografi uygulanan hastaların rahatlatılmasında müziğin etkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmaktadır (Hamel 2001, Smolen 2002, Agvu 2005, Buffum ve ark. 2006). Agvu (2005) tarafından yapılan bir çalışmada, müzik terapisinin histerosaltingografiyi hastalar için daha kabul edilebilir hale getirdiği saptanmıştır.

Smolen (2002), kolonoskopi işleminden önce hastalara dinlettiği müziğin işlemle ilgili ağrı üzerindeki etkilerini araştırmış ve müzik dinletilen hastaların, dinlemeyen hastalara göre daha az ağrı kesiciye ihtiyaç duyduğunu saptamıştır. Hamel (2001)'in kardiyak kateterizasyon öncesi deney grubundaki bireylere müzik dinlettiği çalışmada; kontrol grubundakilere göre deney grubundaki bireylerin anksiyete düzeyi, kalp atımı, kan basıncı ve solunum sayılarında azalma saptamıştır. Gürkan ve Yıldırım (2005)'in yaptıkları bir çalışmada, müziğin kemoterapi yan etkilerine ve kaygı düzeyine etkisi araştırılmış ve müzik dinleyen grupta dinlemeyenlere göre durumluluk kaygı düzeylerinde azalma saptanmıştır.

Progresif gevşeme, anksiyeteyi azaltan ve gevşemeyi sağlayan önemli bilişsel-davranışçı tedavi tekniklerinden birisidir. Bilişsel-davranışçı terapi problem odaklıdır “burada ve şimdi” ile ilgilenir. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri okulda, evde, iş ortamında ve boş zaman aktivitesi olarak da uygulanabilir ve bireyin baş etme becerilerini genişleterek, kişisel

gelişiminde yardım edebilir. Progresif gevşeme egzersizi(PGE), insan vücudundaki elden ayaklara kadar büyük kas gruplarının istemli olarak gerilmesini ve gevşetilmesini içeren bir egzersiz türüdür. Bireylerin anksiyete düzeylerini azaltmaktadır(Hindistan ve ark.2010, Pedersen ve ark.2005). Gevşeme egzersizleri hemşirelik araştırmalarına, 1971 yılında Aiken LH ve Henrichs TF'nin açık kalp ameliyatı olacak hastalara, bir hemşirelik yaklaşımı olarak sistematik gevşeme eğitimini kullanmaları ile girmiştir. Bu araştırmayı izleyen yıllardan sonra, hemşire araştırmacıların gevşeme egzersizlerini ameliyat olacak hastalarda anksiyetenin ve ağrının azaltılması için kullandıkları görülmektedir (Akt:Seers ve Carroll 1998, Salmore ve Nelson 2000, Roykulcharoen ve Good 2004). Stresi azaltma ve psikolojik iyilik halini artırmak için kullanılan gevşeme egzersizlerinin, yaşam kalitesine olumlu etki yapmasının yanı sıra birçok avantajı olduğu düşünülmektedir. Hastaların her yerde ve her zaman bu egzersizleri, kendilerinin yapabilmesi, onların kendi kapasitelerini kullanabilme becerisini geliştirmelerini sağlamaktadır (Yung ve ark. 2004, Gürkan 2005).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan müzik eşliğinde progresif kas gevşemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

1.4. Koroner Arter Hastalığı

Kalbin kendini besleyen koroner arterlerin, beslediği bölgelere herhangi bir nedenle, yeterli kan taşıyamaması sonucu miyokarda oluşan iskemi ve nekrozun derecesine göre gelişen hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonlarının tümü koroner kalp hastalıkları olarak tanımlanmaktadır (Özcan 1997).

1.4.1.Koroner Arter Hastalığının Önemi ve Görülme Sıklığı

Tüm dünyada ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alan kardiyovasküler hastalıkların (KVH) insidansı ve bu hastalıklarla yaşamını sürdüren birey sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Doering ve ark.1998).

Koroner arter hastalıkları tüm ölümlerin %33-50'sinin, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin ise %50-75'inin nedenidir. Bu oranlar, KAH'larının bireylerin ve toplumların sağlığı için önemini, aynı zamanda sık görülen hastalık grubu olduğunu ve ölümlerin en önde gelen nedeni olduğunu yansıtmaktadır (Guyton ve Hall 1996, Özcan 1997, Onat 1999, Gök 2002, Taçoy ve Kaynak 2010).

Son 45 yılda KAH'larının tanı, tıbbi ve cerrahi tedavi ile korunma yöntemlerinde çok önemli gelişmeler olmuştur. Bu gelişmelere paralel olarak KAH'abağlı ölümler giderek azalmaktadır. Bu hızlı gelişmeye karşın, günümüzde de KAH'larının önemi yüksek morbidite ve mortalite oranlarıyla yakından ilişkilidir. KAH'larının görülme sıklığı ve buna bağlı ölüm oranları yaşa, cinsiyete, diğer risk faktörlerine, toplumlara, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve coğrafi bölgelere göre farklılık göstermektedir. Koroner arterleri daraltan temel etiyolojik neden olan aterosklerozun oluşumunda hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabetes mellitus, genetik faktörler, tütün kullanımı gibi risk faktörleri önemli rol oynamaktadır. Günümüzde oluşmuş aterosklerotik koroner arter darlığını tam olarak tedavi edecek tıbbi ve cerrahi bir yöntem henüz bulunmamaktadır. Ateroskleroz, damar duvarında lipid parçacıklarının birikimi ile oluşan ve damarların lümenini tıkayarak normal kan akımını engelleyen patolojik bir süreçtir. Bu nedenle son zamanlarda, ateroskleroz oluşumunu hızlandıran risk faktörlerinden korunma ve tedavi yöntemlerine daha fazla önem verilmektedir (Guyton ve Hall 1996, Özcan 1997, Onat 1999, Gök 2002, Taçoy ve Kaynak 2010).

Koroner arter hastalıklarının görülme sıklığı ve buna bağlı ölüm oranları yaşla da yakından ilgilidir. Yaşın ilerlemesi KAH'nın temel nedeni olan ateroskleroz oluşumunu hızlandıran önemli risk faktörlerindedir. 40 yaşından önce KAH daha az görülmektedir. 40 yaşından sonra ateroskleroz oluşumu ve buna bağlı KAH görülme sıklığı yaşın artışına paralel olarak artmaktadır. KAH'nın en sık görüldüğü yaş, erkeklerde 50-60, kadınlarda 60-70 arasındadır (Guyton ve Hall 1996, Özcan 1998, Özem ve ark. 1999, Erol ve ark. 2004, Barış ve Çelik 2010).

Yaşam süresi ortalaması yüksek olan ülkelerde KAH görülme sıklığı ve buna bağlı ölüm oranları yüksektir. Yaşam süresi ortalaması düşük olan gelişmemiş ülkelerde bireylerin çoğunluğu KAH'nın sık görüldüğü yaşlara gelemedikleri için KAH'ları istatistik rakamlarına göre daha az görülmektedir (Guyton ve Hall 1996, Özcan 1997, Erol ve ark. 2004, Güneri ve Özpelit 2010).

Koroner arter hastalıklarının görülme sıklığı ve buna bağlı ölüm oranları, coğrafi bölgelere, ırklara ve ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre de farklılıklar göstermektedir. Ülkelerin gelişmişliklerine paralel olarak, yaşam süresi ortalamaları da artmaktadır. Yaş ilerledikçe KAH'nın görülme sıklığı arttığından bu ülkelerde KAH'nın görülme sıklığının artması beklenen bir sonuçtur. Bu durumla ilgili olarak gelişmiş ülkelerde hipertansiyon, yüksek kalorili beslenmeye bağlı olarak hiperlipidemi ve diğer risk faktörleri de artmaktadır. Risk faktörlerinin artışı ise bireylerde ateroskleroz oluşumunu hızlandırmakta ve sonuçta KAH'nın görülme sıklığını arttırmaktadır (Özcan 1998, Vural 2006, Tok 2006).

1.4.2. Koroner Arter HastalığınınEpidemiyolojisi

Koroner arter hastalığı artık dünya çapında en önde gelen ölüm sebebidir ve gelecek on yılda, toplumun giderek yaşlanması, diyabet ve obezite gibi hastalıklardaki hızlı artışa bağlı olarak, KAH sıklığının da giderek artması beklenmektedir(Qiu ve ark. 2003, Pedersen ve ark.2005).

Ülkemizde yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması verilerine göre ülkemizde en sık görülen ölüm nedenleri arasında KAH ilk sırayı almaktadır(Pıçakçief 2010).

Framingham Kalp Çalışması verilerine göre 40 yaşından sonra hayat boyu semptomatik KAH gelişim riski erkeklerde %49, bayanlarda %32'dir. Yetmiş yaşına ulaşanlarda, erkeklerde bu oran %35, bayanlarda %24'dür(Onat 2005,Yağcıbulut 2011).

1.4.3Koroner Arter HastalığındaRisk Faktörleri ve Korunma

Koroner arter hastalığına bağlı ani ölümler sık olmasına karşın, KAH'ın en önemli nedeni olan ateroskleroz uzun süreli bir oluşumdur. Ateroskleroz sıklıkla çeşitli faktörlerin etkisiyle uzun yıllar sonucunda oluşmakta ve etkileri ortaya çıkmaktadır. İlerleyici bir hastalık olan aterosklerotik KAH oluşuktan sonra tamamen tedavi edebilecek tıbbi ve cerrahi yöntem henüz bulunmamaktadır. Bu nedenle son zamanlarda KAH oluşumunu hızlandıran risk faktörlerinden korunma ve tedavi yöntemlerine çok önem verilmektedir. Günümüzde ateroskleroz oluşumunu başlatan veya hızlandıran birçok risk faktörü ortaya konulmuştur.

Ateroskleroz Oluşumunu Hızlandıran Risk Faktörleri;

- Total kolesterol veya LDL-kolesterol düzeyi yüksekliği
- Düşük HDL-kolesterol düzeyleri
- Hipertansiyon
- Diabetes mellitus
- Aile öyküsü
- Tütün kullanımı
- Yaş
- Cinsiyet
- Obezite
- Menapoz, östrojen, oral kontraseptifler
- Fiziksel inaktivite
- Psikolojik, sosyal, kültürel ve yapısal faktörler
- Prostaglandinler ve endotelial faktörler
- Alkol
- Bazı eser elementler (çinko, bakır)
- Suyun sertliği
- Hiperkalsemi
- Hiperkoagülabilite
- Vazektomi
- Kafein alımı
- Hiperürisemi
- Kalp transplantasyonu(Barnason ve ark. 1995, Özcan 1997, Kumbay 2001, İldızlı ve ark. 2004, Onat 2005, Abrahamov ve ark. 2006).

Yapılan çalışmalarda özellikle ilk altı risk faktörünün ateroskleroz gelişiminde önemli olduğu vurgulanmaktadır. KAH'nın oluşumunda %99 etiyolojik neden aterosklerozise neden olduğu için aterosklerozisin risk faktörleri aynı zamanda KAH'ın risk faktörü olarak kabul edilmektedir. KAH için majör risk faktörlerinin tespit edilmesi ve uygun tedavilerin önerilmesi için Amerika Birleşik Devletlerinde 1988 ve 1993'te Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (National Cholesterol Education Program; NCEP) toplanarak yetişkinlerde tedavi panellerini yayınlamıştır. Bu tedavi panellerinde KAH için ön görülen majör risk faktörleri aşağıda yer almaktadır. Avrupa Ateroskleroz Derneği ile Avrupa Hipertansiyon Derneği tarafından da ortak bir risk faktörleri rehberi hazırlanmıştır. Avrupa Kardiyoloji Derneği de bu

rehberi benimseyerek her ülkede uygulanmasını önermiştir. Türk Kardiyoloji Derneği de bu raporlara paralel olarak “Koroner Kalp Hastalıklarından Korunma ve Tedaviye ilişkin Ulusal Rehber”i yayınlamıştır (Barnason ve ark. 1995, Özcan 1997, Kumbay 2001, İldızlı ve ark. 2004, Onat 2005, Abrahamov ve ark. 2006).

Koroner Kalp Hastalığı için Majör Risk Faktörleri;

- LDL-kolesterol ≥ 160 mg/dl
- HDL-kolesterol < 35 mg/dl
- Hipertansiyon
- Tütün kullanımı
- Diyabetes mellitus
- Aile öyküsü (ailede erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşın altında MI veya ani ölüm)
- Erkek cinsiyet
- Obezite
- Kişinin kendisinde periferik veya serebrovasküler hastalık anamnezi
- Erkeklerde 45 yaşın üzerinde olmak, Kadınlarda 55 yaşın üzerinde olmak (Barnason ve ark. 1995, Özcan 1997, Kumbay 2001, İldızlı ve ark. 2004, Onat 2005, Abrahamov ve ark. 2006).

Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda majör risk faktörlerinin KAH ile belirli oranda benzer oldukları belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmalar genellikle retrospektif niteliktedir. Fakat bu faktörlerden bazılarının uzun süreli Framingham prospektif kalp çalışmalarında bağımsız risk faktörleri oldukları kanıtlanmıştır.

Koroner Kalp Hastalığı İçin Bağımsız Risk Faktörleri;

- İleri yaş
- Erkek cinsiyet
- Düşük HDL-kolesterol düzeyleri
- Total veya LDL-kolesterol düzeyinin artması
- Sistolik kan basıncının yükselmesi
- Tütün
- Diyabetes mellitus

- EKG’de sol ventrikül hipertrofisi(Barnason ve ark. 1995, Özcan 1997, Kumbay 2001, Kreitzer ve ark. 2002, Ildızlı ve ark. 2004, Onat 2005, Abrahamov ve ark. 2006).

1.4.4. Koroner Kalp Hastalığında Tedavi

Koroner kalp hastalıklarının tedavisinde iki amaç vardır. Birincisi, miyokard infarktüsü ve ölümü engelleyerek yaşam süresini uzatmak, ikincisi ise anjina pektorisi dolayısıyla iskemi sıklığını ve şiddetini azaltarak yaşam kalitesini artırmaktır (Ildızlı ve ark.2004).

Koroner kalp hastalıklarında tıbbi tedavi dışında uygulanan girişimsel tedavi yöntemleri şunlardır:

1. Koroner Arter Bypass Cerrahisi
2. Perkütanöz Translüminal Koroner Anjioplasti
3. Koroner kalp hastalığında yeni tedavi yöntemleri
 - a. Lazer tedavisi
 - b. Aterektomi
 - c. Angioskopi
 - d. Stent Uygulaması (Özcan 1997, Abrahamov ve ark.2006).

1.5. Koroner Anjiografi

1.5.1. Tanımı

Anjiografi, damara radyopak madde verilirken, bu sırada röntgen filmi üzerinde damarları görünür hale getiren bir işlemdir. Kalp kateterizasyonu, kalbin yapısı, görevi, kapakçıkları ve dolaşım sistemi konularında detaylı bilgi veren, kardiyovasküler sistem hastalıklarının araştırılması ve değerlendirilmesinde kullanılan bir tanı ve tedavi yöntemidir(Onat 1999, Kumbay 2001).

Koroner anjiografi ise; kalp kateterizasyonu sırasında, koroner arterlerin radyopak madde ile radyolojik olarak görünür hale getirilmesi, filme veya CD’ye kaydedilerek yapılarının incelenip değerlendirilmesi işlemidir(Onat 1999, Kumbay 2001).

Koroner anjiyografi ile koroner arterdeki darlıkların yeri, ciddiyeti ve şekli anatomik olarak belirlenmekte, distal damarların özellikleri, koroner akım indeksi ve oluşmuş kollateral

damarlar gösterilmektedirKoroner ateroskleroz görüntülenmesi ve değerlendirilmesinde; yaygınlık, ağırlık, lezyon oluşumu, komplikasyon olmak üzere 4 parametre dikkate alınır. Fizyolojik anlamlı lezyonu uygun şekilde değerlendirilebilmek için tüm boyutlar (çap daralması, mutlak minimal kesit ve minimal lüminal darlık alanı) dikkate alınmalıdır. Lezyona giriş ve çıkış açıları da lezyon direncini etkiler. Lezyon uzunluğunun tüm parametreleri, mutlak çap, daralma yüzdesi, darlığın fonksiyonel ağırlık derecesinin doğru olarak anlaşılmasında gerekli olup, koroner akım rezervini tanımlar (Akt:Vural 2006).

Koroner arterin anjiyografik değerlendirilmesinde prognoz veya hemodinamik anlamlı darlığın derecesini belirlemek şarttır. Darlık derecesi komşu normal segmente göre çaptaki azalma gözle değerlendirilerek darlık yüzdesi olarak verilir. Stenoz yoğun, sert, kalsifik, yumuşak, yarı sert olabilir. Lezyon komplikasyonunununfragmentasyonu, ülserasyon, hemorajik plak veya lezyon trombozudur(Özcan 1997, Onat 2005).

Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association-AHA), koroner arter darlıklarını derecelendirmede çap metoduna göre çapta %50 oranında daralma olmasını klinik olarak anlamlı kabul eder ancak AHA %80 lüminal çap daralmasını anlamlı lezyon olarak kabulünü önermektedir. Çapta %50 daralma tepe koroner kan akımında çok az, %70 darlık tepe akımında ileri derecede azalmaya neden olur. Çapta %50 darlık kesitsel alanda %75'lik, %75 darlık ise kesitsel alanda %90'lık bir azalmaya eşittir. Cerrahide, anlamlı darlıklar açısından, çapta %40, kesitsel alanda %75 üzerinde azalmaya neden olan darlıkların myokardiyal iskemi yaratabileceği gösterilmiştir(Onat 1999).

Koroner anjiyografide uygulanan iki yöntem vardır. Bunlar; brakial arter yöntemi (Sones yöntemi) ve femoral arter (Judkins yöntemi) yöntemleridir. Anjiyografide brakial ya da femoral arterden girilen bir katater aracılığı ile koroner arterlere gidilerek verilen radyoopak madde ile görüntüleme işlemi yapılmaktadır (Mott 1993, Gök 2002, Çelikve ark. 2010, Güneri ve Özpelit 2010).

1.5.2. Koroner Anjiografi Tarihçesi

Kalp kateterizasyonunun tarihçesi eski Mısır'a kadar dayanmaktadır. Arkeolojik kazılarda, milattan önce 400 yıllarında Mısırlıların kadavra kalplerinde ilkel metal kateterler yardımıyla kalp kapaklarının fonksiyonlarını araştırdıkları ortaya konmuştur. Eski Çin, Hindistan ve Roma imparatorluklarında üriner ve intestinal sistem kateterizasyonunun başarıyla gerçekleştirildiği bilinmektedir. Dolaşım sisteminde kateter kullanıldığına yönelik bilinen ilk işlem, 1667 yılında Londra'da gerçekleştirilen kan tranfüzyonudur. İlk kalp kateterizasyonu ise 1711 yılında Hales tarafından bir atta gerçekleştirilmiştir (Akt: Grossman ve Baim 1991).

Kalp kateter çalışmaları ilk kez, 1844 yılında Claude Bernard tarafından atlarda jugular ven yolu ile sağ kalp kateterizasyonu ile başlatılmıştır. İnsanda ilk kalp kateterizasyonu 1929 yılında Werner Forssmann tarafından kendi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Birçok yazar bu tarihi, girişimsel uygulamayı kardiyolojinin başlangıcı olarak kabul etmektedir. Forssmann, aslında kalp hastalıkları için bir tanı yöntemi aramıyordu; onun amacı ilaçları doğrudan sağ atriyum içine enjekte etmektir. Kendi üzerinde kalp kateterizasyonu uygulamaya karar verdiğinde bir masaya uzanır, cerrahi hemşiresi Gerta'nın yardımıyla cilt dezenfeksiyonu ve lokal anestezi uyguladıktan sonra antekubital veni açığa çıkararak bir insizyon yapar ve bir üretral kateteri ven yoluyla ilerletir. Daha sonra bir göğüs röntgeni çektiler ve kateterin kalp içinde olduğunu gösterir. Takip eden yıllarda kalp kateterizasyonunda çok fazla ilerleme olmamıştır. Klein kateter yardımıyla kalp debisi ölçümünü gerçekleştirmiştir. Cournana ve arkadaşları fizyolojik ölçümlerin çeşit ve yöntemlerini daha da geliştirmişlerdir. Tanı amacıyla kalp kateterizasyonu II. Dünya Savaşından sonra gerçekleştirilebilmiştir. Brannan, Weens, Warren 1945 yılında sağ kalp kateterizasyonu ile atriyal septal defekt tanısı koymuştur. İlk sol kalp kateterizasyonu ise Henry Zimmerman tarafından aort yetmezliği bulunan bir hastada, zeytinyağı ile kayganlaştırılmış bir kateterin radyal arterden sol ventriküle ulaştırılmasıyla yapılmıştır (Akt: Oto ve ark.2007).

Oto ve ark.(2007) bildirdiğine göre ilk selektif koroner anjiyografi ise 1958 yılında Mason Sones tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu tarihe kadar koroner arterlerin selektif olarak gösterilemeyecek kadar küçük ve hassas oldukları kabul ediliyor, koroner arter içerisine opak madde verilmesinin hasta ölümüne neden olacağı düşünülüyordu. Koroner arterleri gösterebilmek için oklüzyon aortografi, hipotansiyon oluşturarak aortografi yapılması gibi

dolaylı yöntemler kullanılıyordu. Sones ve arkadaşları bir hastaya aortgrafi yaparlarken kateterin ucu kayar ve sağ koroner artere girer. Böylece sağ koroner arter içine yaklaşık 30 cc opak madde verilmiş olur. Tüm ekip hastanın ventriküler fibrilasyona girmesini bekliyor ve defibrilatörü hazırlarken hastada ventriküler fibrilasyon yerine asistoli gelişir. Birkaç kez öksürdükten sonrada önce sinüs bradikardisi sonra normal sinüs ritmi ortaya çıkar. Hastada önemli bir komplikasyon gelişmemiştir. Bir rastlantı sonucu gerçekleşen ilk koroner anjiyografi girişimsel kardiyooloji ve koroner arter cerrahisinin hızla gelişmesini sağlamıştır.

Ülkemizde ise ilk sağ kalp kateterizasyonunu 1948 yılında Ankara'da Celal Ertuğrul tarafından gerçekleştirilmiştir. Sonraki yıllarda bu işlem birçok hekim tarafından sürdürülmüştür(Akt: Oto ve ark. 2007).

1.5.3. Koroner Anjiyografi Uygulaması

Günümüzde koroner anjiyografide Seldinger'in 1953 yılında tarif ettiği teknik kullanılmaktadır. Bu yöntemle femoral ağırlıklı olmak üzere, brakiyal, radyal ve aksillar arter yoluyla koroner anjiyografi yapılabilmektedir. Lokal anestezi sonrası, artere 45 derecelik açı ile girilir ve iğnenin içinden kılavuz bir tel geçirilir. Tele karşı direnç oluşması iğnenin arter yolundan saptığını gösterir. Kılavuz tel rahat ilerledikten sonra üzerinden kılıf yerleştirilir. Bu teknikle kontrast maddeler aracılığıyla koroner arterin darlıkları görüntülenmektedir. Darlıkların derecelendirilmesi için anjiyografik görüntüler kullanılmaktadır. Her lezyon sineanjiyografik dijital ölçüm sistemi ile kantitatif(niceliksel)olarak darlık yüzdesi ile değerlendirilir. Bu işlem, normal çaplı komşu referans segmentle karşılaştırılarak yapılmaktadır. İşlem sonunda eğer ileri bir işleme gerek yoksa yani darlık dereceleri ciddi değilse işlem sonlandırılır. Koroner anjiyografi sonrası, arteriyel kılıf çekimi, monitörize bir şekilde, tansiyon kontrolü altında yapılmalıdır. Çekim esnasında vagal reaksiyonlar için atropin hazırda bulundurulmalıdır (Akt: Özem ve ark. 1999, Oto ve ark.2007).

Arteriyel kılıf çekildikten sonra arter üzerine kanama durana kadar elle baskı uygulanmalıdır. Kanama durduktan sonra 4-6 saat hasta yatak istirahatine alınmalı ve girişim yerine bir kum torbası konulmalıdır. Bu süre içinde hastadan girişim uygulanan bacağına hareket ettirmemesi istenir. Tamamen düz yatması gerekmez, başı 30-45derece yükseltilebilir. Ambülasyon sırasında ortostatik hipotansiyon riski nedeniyle hasta uyarılmalıdır. Hastaneden

çıkış öncesi girişim yeri hematoma açısından gözden geçirilmeli ve distal nabızlar kontrol edilmelidir (Özdemir ve Demir 2002, Oto ve ark. 2007).

1.5.4. Koroner Anjiyografi Öncesi Hasta Hazırlığı

İşlemin gerekçesi, işlem öncesi hastaya basit bir dille anlatılır. İşlemin yapılışı, sağlayacağı yararları ve olası risk ve komplikasyonlar anlatılarak, hasta bilgilendirilir. Hastanın veya vasisinin yazılı onayı alınmalıdır. İşlem öncesi temel vital bulgular, temel laboratuvar bilgileri incelenir. Hastanın öyküsü alınır ve eski raporlarına bakılır, herhangi bir maddeye allerjisi olup olmadığı öğrenilir. İşlem öncesi, 2 gün önce anti koagülanlara ara verilmiş olmalıdır. Hasta işlem öncesi en az 6 saat aç bırakılmalıdır. Antikoagülan ilaçları en son ne zaman aldığı kontrol edilir. Eğer diyabet hastası ise diyabet ilaçlarının günlük dozunun yarı dozunu almalıdır. Hastanın kullanmakta olduğu diğer ilaçlarını az su ile almasında sakınca yoktur. Steril koşullarda yapılan koroner anjiyografi işlemlerinde endokardit profilaksisine gerek yoktur. Hastanın durumuna göre hastaya alprazolam ve türevi ilaçlar yatıştırıcı amacı ile verilebilir. Böbrek sorunu olan hastalarda, opak maddenin böbrekleri zorlaması yönünden 2 gün önceden intravenöz hidrasyon sağlanmalıdır. Tüm bu noktalar gözden geçirildikten sonra hastanın sol koluna damar yolu açılır ve anjiyografi ünitesine gönderilir(Oto ve ark.2007, Özdilli 2009).

1.5.5. Koroner Anjiyografi Endikasyonları

Koroner anjiyografi aşağıdaki durumlarda endikedir;

- Asemptomatik veya kararlı angina pektoris,
- Asemptomatik veya kararsız angina pektoris,
- Asemptomatik veya stabil angina pektoris,
- Noninvaziv tanı yöntemlerinde stres elektrokardiyografi,
- Stres ekokardiyografi,
- Nükleer testler gibi yüksek risk kriterleri saptanan hastalar,
- Anjinal yakınması olan hastalar,
- Anjina pektoris özellikleri bulunmayan göğüs ağrısı olanlar,
- Subakut myokard enfarktüsü geçirenler,
- Cerrahi tedavi planlanan kapak hastaları,

- Kongenital kalp hastalıkları,
- Cerrahi tedavi gerektiren aort hastalıkları (diseksiyon, anevrizma gibi),
- Anjinal yakınması olan, cerrahi tedavi planlanan hipertrofik kardiyomyopati,olgularıdır (Onat 1999, Türkoğlu 2004, Ekiz ve Göz 2005,Gökgündüz 2005).

1.6. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti

1.6.1.Tanımı

Koroner anjiyografi ile damarlarda tespit edilen problemler tedavi sürecinin şekillendirilmesini sağlamaktadır. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti (PTKA) stent, medikal tedavi ya da cerrahi olarak planlanabilmektedir. PTKA; myokard perfüzyonunu bozacak derecede olan koroner damarlardaki darlıkların balonla açılması işlemidir. Koroner anjioplasti; myokard perfüzyonun da azalmaya neden olan tüm damar darlıklarına yapılabilir. Koroner anjioplasti yöntemi ile koroner arter içine yerleştirilen tel kafes şeklindeki proteze stent işlemi denir.Gelişmiş ülkelerde, koroner anjiyografi yapılan vakaların %40'ına PTKA, %39'una bypass ameliyatı ve %21'ine medikal tedavi kararı alındığı görülmektedir(Özem ve ark. 1999,Akdemir ve Birol 2004).

Koroner anjiyografi ve anjioplastinin her geçen gün artan sayıda uygulanmasında koroner arter hastalıkları sıklığında artış ve tanı yöntemleri ile ilgili teknolojideki hızlı gelişmeler, hastanın sağlık kuruluşlarına başvurma bilincinin yükselmesi önemli rol oynamaktadır (Mott 1999).

1.6.2. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Tarihçesi

Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti ilk kez, 1977 de Andreas Gruentzig tarafından Zürihte uygulandıktan sonra, koroner revaskülarizasyon amacı ile en sık kullanılan major tedavi yöntemi olmuştur(Gruentzig ve ark.1997,Türkoğlu 2000).

Tedavi amaçlı perkütan (ciltten yapılan, cerrahi olmayan) koroner arter girişimler dünyada ilk kez 1980'li yıllarda; ülkemizde de 1986-1987 yıllarından itibaren uygulanmaya

başlanmış ve özellikle 1995 yılından bu yana giderek artan sayılarda uygulamalar devam etmektedir(Erol 2005).

1.6.3. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Uygulaması

Perükutan transluminal koroner anjiyoplasti ateromatöz plakların oluşturduğu koroner arter stenozunun mekanik olarak açılmasını sağlayan bir yöntemdir. Bu uygulama, bir balon kateterin arteryel yolla lezyon bölgesine ilerletilip, belli sürede, plak üzerine basınç yapacak şekilde değiştirilmesi işlemidir. Böylece aterosklerotik plağın damar çeperine yapışması sağlanarak tıkanıklık açılır ve damar lümeni genişletilir.

Koroner anjiyoplasti son yıllarda artan deneyim ve teknolojik ilerlemeler sayesinde KAH'ın tedavisinde mortalite ve morbidite oranının az olduğu, oldukça yüksek başarı oranlarına sahip, cerrahi dışı bir revaskülarizasyon işlemi olmuştur(Özdemir ve ark.2002, www.tkd.org.tr/kilavuz/, Golman ve Bennett 2003).

1.6.4. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Öncesi Hasta Hazırlığı

Koroner anjiyoplasti öncesinde hazırlık olarak hastanın 4-12 saat aç kalması, girişim yapılacak arterin/venin enfeksiyon, ödem ve dolaşım açısından değerlendirilmesi, tüm vücudun ve kateter giriş yerinin temizliğinin sağlanması gerekir. Hastayı rahatlatmak için hastaya, hastalığı ve işlem hakkında anlayabileceği düzeyde bilgi verilmeli, gerekiyorsa sedasyon/premedikasyon yapılmalı, hasta korku ve endişeleriyle baş etmesinde desteklenmelidir. Ayrıca kan ve idrar tetkikleri için örnek alınmalı, elektrokardiyografi ve akciğer filmi çektilirilmeli, hayati bulgular izlenmeli, tetkik sonuçları dosyaya kayıt edilmeli ve hastaya açıklanmalıdır. Kontrast allerjisi olan hastaya uygulama sırasında verilecek olan kontrast maddeye karşı allerji gelişimini önlemek için hekim istemine göre ilaç tedavisi uygulanmalıdır. Hasta kateter laboratuvarına alınmadan önce hayati bulguları alınmalı, dosyaya kaydedilmeli ve hasta klinik hemşiresi tarafından kateter laboratuvarındaki hemşireye teslim edilmelidir (Heper 2002, Akdemir ve Birol 2004).

1.6.5. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Endikasyonları

- Tıkanma tehdidi gösteren lezyonlar,
- Koroner anjiyoplasti işlemi sırasında yeterli başarı sağlanamayan tıkanıklıklar,
- Koroner Arter Bypass Greftcerrahisi sonrası safen vende oluşan lezyonlar,
- Koroner anjiyoplasti işlemi sonrası yeniden daralan ya da tıkanma açısından yüksek risk taşıyan damarlar,
- Akut miyokard infarktüsünde uygulanmaktadır (Akt: Gökgündüz 2005).

1.7. Anksiyete

1.7.1. Tanımı

Anksiyete sözcüğü; “kaygı” ve “endişe” kelimelerinin karşılığı olarak kullanılmaktadır. Anksiyete korkuya benzeyen bir duygudur. Kişi anksiyeteyi sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve tanımlar. İnsanoğlunun varoluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin genel bir amacı bulunmaktadır. Bu amaç ilkel insanı çevresinden gelebilecek tehlikelere karşı korumaya yönelik iken; çağımızda kendine yönelik tehditler, grup ve toplum dışına itilme, rekabet gücünden yoksun bırakma gibi tehditlerle ortaya çıkmaktadır (Baltaş ve Baltaş 1986, Martel 2001, Ferrer 2007, Öztürk ve Uluşahin 2008, Bradtve ark. 2009).

Anksiyete; bireyin kendi varlığına veya özdeşimlerine yönelik tahripkâr durumlara karşı bir tepkisidir. Bu yaklaşıma göre anksiyete “bireyin birey olarak varlığı için esas kabul ettiği bazı değerlerine yönelik belirsiz ve baş edemeyeceği tehditlerin algılanması ve hissedilmesidir”. Diğer bir deyişle anksiyete “bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum” olarak tanımlanmaktadır (Cimilli 2001, Harp 2008, Ferrer 2010).

Anksiyete kavramı gerek yaşamın temel belki de en önemli duygularından biri olması, gerekse ruhsal bozukluklara neden olması açısından çok önemli bir özellik taşır. Öyle ki 20. yüzyılın ikinci yarısında çok sözü edilen anksiyete kavramı bu döneme ismini vermiş ve bu

dönemin “Anksiyete Çağı” olarak anılmasına neden olmuştur (Karakula 1999, Ackerman ve Turkoski2000, Gürsoy 2001).

Anksiyete kavramı değişik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağrıştırır. Örneğin, Almanca “angst” sözcüğü, İngilizce “dread” (önceden korkma) veya “foreboding” (kötü bir şey olacağını hissetme) anlamında kullanılır. İngilizce konuşan ülkelerde “anxiety” sözcüğü yaygın olarak kullanıldığı gibi dünya literatürüne de bu şekliyle girmiştir. Türkçe’de “bun”, “bunaltı”, “can sıkıntısı” veya “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” olarak tanımlanabilir (Çorum 1995, Cheung ve ark.2001, Ekiz ve Göz2005, Canlı ve ark. 2009).

Anksiyete Latince “tıkanma, boğulma” anlamına gelen “angere” kökünden türetilmiştir. Hoşa gitmeyen çeşitli bedensel duyuların eşlik ettiği, yaygın ve çoğu kez belirsiz bir kaygı duygusudur (Kuğu ve ark. 2001, Bahar ve Taşdemir 2008, Demir ve ark. 2010).

Türk Dil Kurumu’nun sözlüğüne göre anksiyete, “canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonevrotik bozukluk” olarak tanımlanmıştır. (<http://tdkterim.gov.tr>).

Websters sözlüğüne göre, “Olması yakın olan ya da umulan bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluktur. Herhangi bilinmeyen ani bir tehlike karşısında uyanıklık halidir” (Akt: Pıçakçıefe 2010). Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı hissi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir (Marakoğlu ve ark. 2003).

Anksiyete, farklı zaman dilimlerinde farklı kuramcılar tarafından tarif edilmeye çalışılmıştır. Bunlardan bazılarını şöyle sıralayabiliriz:

Anksiyete, ilk olarak Çiçero tarafından “kalıcı, sürekli bir endişe eğilimi ve yatkınlığı” anlamında kullanılmıştır (Akt: Kaygusuz 1993).

Kierkegaard (1849) tarafından ölüme dek süren hastalık diye tanımlanmış ve yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak görülmüştür (Akt: Karakula 1999).

1869’da Beard anksiyeteyi, nevrasteni içinde ikinci derecede bir belirti olarak ele almıştır (Akt: Ekiz ve Göz 2005).

1895 yılında ruhbilim alanında anksiyete sözcüğünü ilk kullanan ve bunu bir kavram olarak tanımlayarak nedenlerini araştıran bilim adamı Sigmund Freud olmuştur (Akt: Kaygusuz 1993).

Freud, anksiyete nevrozu adı altında nevrasteniden farklı bir sendrom tanımlamış ve anksiyeteyi birincil derece bir belirti olarak bu sendrom içine sokmuştur. Böylece, o tarihe kadar nevrasteni içinde yer almış olan anksiyete, Freud’la birlikte diğer belirtilerin etrafında toplandığı psikolojik bir durum olarak tanımlanmaya başlanmıştır (Akt: Çorum 1995, Ekiz ve Göz 2005).

Freud (1924), anksiyeteyi üçe ayırmıştır:

1. Objektif ve gerçek (gerçeklik) anksiyete: Tehlikenin kaynağı bireyin dışındadır (fobiler, korkular...)(Kaygusuz 1993, Karakula 1999, Endler ve Kocovski 1999, Akt: Dolu 2000).
2. Nörotik (nevrotik) anksiyete: Kaynağı kişinin içindedir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırgan duygularından oluşur (Kaygusuz 1993, Karakula 1999, Endler ve Kocovski 1999, Akt: Dolu 2000).
3. Moral (suçluluk, törel) anksiyete: Kişinin duyduğu suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı manevi sıkıntı durumudur (Akt: Kaygusuz 1993, Karakula 1999, Endler ve Kocovski 1999, Dolu 2000).

1939’da Freud, anksiyetenin duygusal ve psikolojik bozuklukları anlamada temel bir sorun olduğuna dikkati çeken ilk bilim adamı olmuştur (Akt: Karakula 1999, Kaygusuz 1993). Freud’un nevrotik anksiyeteyi, içgüdüsel kökenli olarak açıklamasına karşılık, Freud’dan sonraki kuramcılar toplumsal ve kültürel etmenlere daha fazla önem vermişlerdir. Goldstein, “anksiyetenin ortak ögesi kişinin yeteneği ile ondan beklenenler arasındaki uyumsuzluktur; bu durum ise kişinin kendisini gerçekleştirmesini imkânsız kılar” görüşünü savunur(Akt: Karakula 1999).

Horney'e göre, anksiyete, küçük çocuğun potansiyel olarak düşman bir dünyada yalnız ve yardımsız kaldığında ortaya çıkar. Horney, bu anksiyeteye "Temel Anksiyete" demiştir (Akt: Ekiz ve Göz 2005).

İnsanlar çocukluktan itibaren bu temel anksiyete duygusu ile başa çıkabilmek, potansiyel olarak düşmanca olan dünyada emniyetlerini sağlayabilmek için çalışırlar (Karakula 1999).

Janet'e göre ise anksiyete, zihin fonksiyonları ile orantılı olarak ortaya çıkan psikolojik bir gerginliktir (Akt: Ekiz ve Göz 2005).

1946'da, Harry Stack Sullivan, insanı kültürün bütünleyici bir parçası olarak ele aldığından, anksiyetenin de kişinin, insan ilişkisini devreye sokan durumlardan kaynaklandığını savunmuş ve anne-çocuk ilişkisinin niteliği ve annenin anksiyetesinin çocuğa aktarılmasının önemi üzerinde durmuştur (Akt: Karakula 1999).

Rank, her çeşit anksiyetenin başlangıcını doğum travmasına bağlar. Esası "Anneden Ayrılma" olan doğum travması, insanın ilerideki yaşamında karşılaştığı bütün ayrılmalarda tekrarlanır. Bu da anksiyeteye evrensel bir nitelik kazandırır (Akt: Kaygusuz 1993, Karakula 1999).

Jung'a göre anksiyete, kolektif bilinçaltından gelen güçlerin ve imajların insanın bilincini kaplamasına karşılık kişinin gösterdiği tepkidir (Kaygusuz 1993, Çorum 1995, Karakula 1999).

Bireysel Psikolojinin temsilcisi Alfred Adler, anksiyetenin nedeni olarak "aşağılık duygusu" üzerinde durur. Kişinin kendini kanıtlama dürtüsü engellendiği zaman anksiyete ortaya çıkar (Akt: Karakula 1999). Adler anksiyeteyi toplum duygusunun kaybına bağlar ve kişinin toplumdan uzak kalması durumunda anksiyetenin görüldüğünü ileri sürer (Akt: Kaygusuz 1993).

McDougall'a göre, anksiyete bilinmeyen geleceğin yarattığı bir duygulanım durumudur (Akt:Karakula 1999).

Rollo May'e göre anksiyete, tehlikeyle karşılaşan insanın beceriksizlik ve çaresizlik duygusudur (Akt:Karakula 1999, Gök 2002).

Binswanger'e göre; kişinin dünyası güvensiz olunca veya yıkılma tehlikesi söz konusu olduğunda, her zaman anksiyete ortaya çıkar.1970'li yıllarda Lewis anksiyeteyi, korku ve benzeri duyguların subjektif yaşantılanması, bir duygusal durum olarak tanımlamıştır. Lewis'e göre anksiyete, hoş gitmeyen bir duygudur, geleceğe yöneliktir ve tehdit edicidir, üstelik bedensel bozukluklar (taşikardi, terleme...) ortaya çıkarır (Akt: Kaygusuz 1993, Karakula 1999, Endler ve Kocovski 1999,Gök 2002).

Sims ve Snaith tarafından anksiyete, bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum olarak tanımlanmaktadır (Akt: Gök 2002).

Anksiyetenin birçok bakımdan ayrımlara uğradığını söyleyebiliriz; normal ve patolojik anksiyete, akut ve kronik anksiyete gibi (Başa 1998,Karakula 1999, Ekiz ve Göz 2005).

Normal ve patolojik anksiyete arasında sınırlar kesin değildir. Genel yaklaşım, kişinin verimini düşüren, kişiler arası ilişkilerde kopukluklara neden olan, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği anksiyete durumlarının patolojik olarak değerlendirilmesi yönündedir. Çok hafif gerginlik ve tedirginlikten panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilir. Anksiyetenin patolojik özelliklerinin yanı sıra uyuma dönük işlevi de vardır. Bu yönüyle anksiyete, iç ve dış tehlikelere karşı koruyucu, uyarıcı, önlem alınmasını sağlayıcı bir rol üstlenir. Algılanan bu tehlikelere karşı benlik (ego) savunma düzeneklerini kullanarak baş etmeye, önlem almaya, kendini korumaya çalışır. Eğer benlik gücü yerindeyse sorun çözülür. Bu nedenle her zaman patolojik ve normal anksiyete arasında ayırım yapmak kolay olmayabilir (Ekiz ve Göz 2005).

1.7.2. Anksiyete Kavramı ve Tarihçesi

Anksiyete ile birlikte sıkça anılan bir diğer terim ise korkudur. Korku (fear) Almancadan gelen bir terimdir. Bu dilde, köken aldığı kelime beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelmektedir(Berksun 2003, Öztürk ve Uluşahin 2008).

Anksiyeteye ilişkin betimlemelere çok eski dönemlere ait metinlerde bile rastlanmaktadır. Hipokrat'ın, psikiyatrik bozukluklarla ilgili eserlerinde korkudan ve “amaçsız anksiyete” (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir. Psikiyatrinin rüştünü ilan ettiği 18. yüzyıldan sonra da anksiyete, tıbbi metinlerde sıkça rastlanan kavramlardan biri olagelmıştır. 18. yüzyıldan sonra anksiyeteye ilişkin oldukça ciddi tanımlamalara ve açıklamalara rastlanmaktadır. Örneğin 1800'lü yılların ortalarında Heinrich Neumann'ın anksiyetenin özellikle cinsel dürtülerin doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamalarını andırmaktadır. Bu görüşü, aynı dönemde, Karl Wilhelm Ideler de, doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda tekrarlamıştır. 1800'lerin ortalarında, Otto Domrich, tıbbi psikoloji alanında ilk kez “anksiyete nöbetleri”nden söz etmiştir. Daha sonra bu kavram nörosirkülatuar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanılarının yerine geçmiştir (Akt: Berksun2003, Öztürk ve Uluşahin 2008).

Anksiyete bozukluklarını kapsamlı bir biçimde ilk ele alan Sigmund Freud'dur. Freud yaklaşık 100 yıl evvel ilk kez anksiyete nevrozunu ayrı bir sendrom olarak tanımlamış ve 1894 yılında nevrasteniden ayırmıştır. Freud'un Anksiyete nevrozu kavramı oldukça kapsamlı bir kavramdır. Domrich'in tanımladığı “anksiyete nöbetleri” de bu kavram içinde yer almaktadır. Freud'un bu betimleyici çalışmaları anksiyete bozukluklarının sınıflamasının bugünkü temellerini oluşturmuştur. Freud'un bu alandaki rolü Kreapelin'in şizofreni ve sınıflamasındaki tarihsel rolüne benzetilebilir (Akt: Berksun2003, Öztürk ve Uluşahin 2008).

Freud'a göre anksiyete nevrozu 4 büyük sendromu içermektedir: Genel irritabilite, kronik anksiyöz beklenti, anksiyete nöbetleri ve sekonder fobik kaçınma. Freud anksiyöz beklentinin anksiyete nevrozunun çekirdek belirtisi olduğuna, sinirlilik, kaygı-endişe ve yüzer-gezer anksiyeteyi kapsadığına inanırdı. “Aşırı kaygı” durumu “anksiyöz beklenti” (anxious expectation) terimi ilk kez onun tarafından tanımlanmıştır. Freud, anksiyeteyi, kronik veya bazen yalın bir halde bazen de aniden ölme korkusu ile birlikte birden bire bilinç düzeyine çıkan akut şekliyle, büyük olasılıkla Domrich'in tanımladığı biçimiyle ele almıştır (Akt: Berksun2003, Öztürk ve Uluşahin 2008).

Freud anksiyete belirtilerini, öncelikle somatik belirtiler olarak, ya yüzer-gezer anksiyeteye (free-floating anxiety) ya da ani anksiyete nöbetleri ile birlikte tarif eder. Her iki anksiyete durumunda da ortaya çıkabilen bedensel (somatik) belirtiler ürperme, aritmi, dispne,

terleme, bulantı, midede ağırlık hissi, tremor, sık idrara çıkma, artmış iştah, ishal, baş dönmesi (vertigo), dengesizlik, pareteziler, uyku bozuklukları, kâbuslar, ağrıya karşı aşırı duyarlılık, cinsel ilgide azalmadır. Freud kronik kaygı-endişenin basit fobiye, vertigo ve anksiyete nöbetlerinin ise agorafobiye yol açtığına inanmaktadır. Ayrıca Freud anksiyete nevrozunun sıklıkla diğer nevrozlarla bir arada oluşunu fark etmiştir. Bu tablolara “karışık nevroz” (mixed neurosis) ismini vermiştir. Nevrasteni ve histeri belirtilerinin, ayrıca obsesyonların anksiyete nevrozuna en çok eşlik eden belirtiler olduğunu gözlemlemiştir. Freud yüzer-gezer anksiyeteyi ve kronik endişe halini anksiyete nöbetlerinden ayırmamıştır(Akt: Berksun2003, Öztürk ve Uluşahin 2008).

Günümüzde psikiyatri alanında iki büyük tanısal sınıflama sistemi vardır. Bunlardan ilki Amerikan Psikiyatri Birliğine ait DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) diğeri ise Dünya Sağlık Örgütüne ait ICD (International Classification of Diseases) sistemleridir. Bugün her iki sistem birbirine hem tanı kategorileri hem de tanı ölçütleri açısından çok yakınlaşmışlardır. Ancak DSM'nin psikiyatrik hastalıkların sınıflamasında, özellikle araştırma alanında öncü ve ağırlıklı rolü hala sürmektedir(Akt: Berksun2003, Öztürk ve Uluşahin 2008).

Anksiyete bozukluklarının bu iki tanısal sınıflama sistemi içerisinde yer alış biçimleri son elli yıl içerisindeki anksiyete ve anksiyete bozuklukları kavramının gelişimine de ışık tutmaktadır. Gerek 1952 yılında yayımlanan DSM-I ve gerekse 1968 yılında yayımlanan DSM-II, nevroz kavramını anksiyete bozukluklarının yapılandırılmasında organize edici temel kavram olarak ele almıştır. DSM-I ve DSM-II psikiyatrik bozuklukların sınıflamasında psikoanalitik kuram ve pratiğinden oldukça etkilenmişlerdir. 1960 ve 1970'li yıllarda özellikle klinik araştırmalarla meşgul olan psikiyatristler DSM-I ve DSM-II'nin sağladığı tanı sistematiğinden giderek uzaklaşmaya ve bilimsel temeli olmadığını düşündükleri özellikle Freud'cu gelenekten etkilenerek üretilen tanıları kullanmamaya başlamışlardır. Bu tanıların yerine başlangıç yaşı, belirtikalıpları gibi daha anlaşılır parametreleri içeren, ortak bir dil oluşturmaya daha elverişli, güvenilirlikleri yüksek, betimlemelere dayanan tanıları denemeye başlamışlardır. 1972 yılında “Psikiyatrik Araştırmalarda Kullanım için Tanı Ölçütleri” başlığı ile yeni ufuklar açan makale yayınlanmıştır. Bu makalenin hemen ardından Araştırma Tanı Ölçütleri (Research Diagnostic Criteria-RDC) geliştirilmiştir. 1980 yılı sınıflama sistemi üzerinde çalışan iki karşıt grup arasındaki büyük tartışmalar sonrası DSM-III'ün yayınlandığı yıl olmuştur. DSM-III'de Viyana, yani Freud etkisini yitirmiş entellektüel anlamda

Kreapelin'den esinlenen St. Louis grubu DSM'ye ağırlığını koymuştur. Anksiyete bozukluklarını içeren “nevrotik reaksiyonlar” kategorisi veya nevroz kavramını anımsatan son tortular nihayet DSM-IV'de tamamen ortadan kaldırılmıştır (Akt: Berksun 2003, Öztürk ve Uluşahin 2008).

Diğer bir tanısal sınıflama sistemi olan Dünya Sağlık Örgütüne ait ICD'de anksiyete bozuklukları, nevroz kavramı ile tümleşik bir şekilde 8. Basımından (ICD-8) itibaren yer alan bir tanıdır ve bu kategori DSM sınıflamasında olandan çok da farklı bir temele dayanmamaktadır. Nevroz kavramı ile tümleşik bir biçimde yer alan bu tanı ICD-10'da da yerini “anksiyete bozuklukları”na bırakmıştır. Bugün için anksiyete bozuklukları kategorisinde Generalize Anksiyete Bozukluğu (Generalized Anxiety Disorder) veya daha Türkçeleştirilmiş adıyla Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Fobik Bozukluklar (Özgül Fobiler), Obsessif-Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Reaksiyonu yer almaktadır. Fobik bozukluklar içerisinde yer alan Sosyal Fobi son yıllarda kendine has bir bozukluk olarak ayrıca incelenmeye başlamıştır (Berksun 2003, Öztürk ve Uluşahin 2008).

1.7.3. Etiyoloji

Anksiyetenin psikolojik yönleri üzerinde yıllardır çalışılmaktadır. Anksiyete bozukluklarının biyolojik modelleri ise, henüz oldukça yeni ve çok kesin tanımlanmamış olmakla birlikte kuvvetli bulgular ileri sürmektedir (Başa 1998).

1.7.3.1. Psikolojik Varsayımlar

- Psikanalitik varsayım:

Bu görüşe göre anksiyete temelde bir iç çatışmanın (intrapsişik) ürünüdür. Buradaki çatışma benlik ile alt benlik ya da benlik ile üst benlik arasında oluşabilir. Alt benlikten haz ilkesi doğrultusunda doyum arayan dürtüler üst benliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik bunlar arasındaki çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa sorun çözülür. Benlik çatışmayı çözemezse, bastıramazsa bunu tehlike olarak algılar. Bütün bu süreç bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise ortaya anksiyete çıkar. Buna “serbest yüzen anksiyete” denir. Bastırma işe yaramadığında bu çatışmayla baş etmek için diğer savunma düzenekleri kullanılırsa,

kullanılan savunma düzeneğine göre diğer anksiyete bozukluklarının klinik tabloları gelişir(Akt: Plozza ve Pöldinger 1976, Öget1981, Başa 1998).

- Davranışçı varsayım:

Davranışçı görüşe göre anksiyete öğrenilmiş bir süreçtir. Koşullu uyanlar koşulsuz tepkilere neden olur. Ayrıca sosyal öğrenme ile ailenin tepkileri de model olarak alınır(Akt: Öget 1981, Başa 1998).

- Bilişsel (kognitif) varsayım:

Bu varsayımına göre anksiyetenin nedeni olayın kendisi değil, bu olayın kişi tarafından nasıl yorumlandığı, nasıl algılandığıdır. Olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleriyle algılanması sonucunda anksiyete ortaya çıkar (Akt: Öget 1981, Başa 1998).

1.7.3.2. Biyolojik Varsayımlar

Anksiyete bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin arttığı, buna bağlı olarak fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak yapılan çalışmalarda nörotransmitterler üzerinde durulmakta, noradrenalin ve serotonin düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Ayrıca bazı nörokimyasal maddelerin (sodyum laktat gibi) verilmesiyle yapay olarak panik nöbetleri ortaya çıkarılabilmektedir. Bunların dışında kalıtsal bir yatkınlığın olduğundan da söz edilmektedir (Gülseren 1997, Başa 1998).

1.7.4. Anksiyeteyi Tetikleyen Etkenler

Kaynağı bilinmeyen ya da algılanan bir tehdit sonucunda ortaya çıkantedirginlik, huzursuzluk, korku duygusu olarak ortaya çıkmasını tetikleyen faktörleri şöylesıralayabiliriz:

- Benlik kavramının tehdit edilmesi,
- Birey için önem taşıyan bir kişi tarafındangerçek ya da gerçek olmayan reddedilme,
- Bireyin gerçekleşmeyen beklentileri,bireye değer verilmemesi,
- Karşılanmamış gereksinimler,
- Durumluluk ve gelişimsel krizler,
- Sağlıkdurumundaki bir değişiklik ya da sağlığın tehdit edilmesi,
- Etkileşim şeklinde değişiklik olması ya da etkileşim şeklinin tehdit edilmesi,

- Aileden, arkadaşlardan, işten, evden ya da fiziksel ortamdan fiziksel ya da duygusal olarak ayrılma,
- Çevresel değişiklikler ya da tehditler; yerleşim yeri değişiklikleri, doğal afetler, çevre kirliliği, nükleer tehdit,
- Sosyo ekonomik değişiklikler; çalışma yaşamındaki değişiklikler, sürekli bakım gerektiren sağlık sorunları, aşırı ekonomik sorumluluk taşıma,
- Anksiyetenin bulaşıcı olma özelliği; anksiyetesi olan anne ve babaların anksiyeteyi çocuklarına geçirebilmeleri, grup üyelerinden birinin anksiyetesinin grubun diğer üyelerine geçirmesi gibi (Karakula 1999).

1.7.5. Anksiyetenin Belirtileri

Temel olarak anksiyete bozukluklarında belirtiler benzerdir. Ancak kullanılan savunma düzeneklerine göre farklı belirtiler eşlik ederek farklı klinik tablolar oluşur. Genel anlamda anksiyetenin dört temel klinik özelliği vardır (Kaygusuz 1993, Başa 1998, Karakula 1999, Dolu 2000, Ekiz ve Göz 2005).

1.7.5.1. Bilişsel Belirtiler

Gerçeklik duygusunda değişme, çevrenin değişiyor gibi algılanması, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, öğrenme ve sorun çözme yeteneğinde azalma, düşüncelerde ertelenme, unutkanlık, kontrolünü yitirme kaygısı, fiziksel zarar göreceği endişesi, konfüzyon (Akt: Işık 1994, Qasimi 2007).

1.7.5.2. Affektif (Duygusal) Belirtiler

Korku, huzursuzluk, ürkeklik, kesin olmayan sonuçlardan korkma, sinirlilik, endişe, çaresizlik, göz teması kurmama, yetersizlik duyguları, fazla konuşma, hiç konuşmama, aşırı temkinli olma, alarm duygusu, panik (Işık 1994, Akt: Qasimi 2007).

1.7.5.3. Davranışsal Belirtiler

Anksiyete yaratan durumlardan kaçınma davranışı, dona kalma(Işık 1994, Akt: Qasimi 2007).

1.7.5.4. Fizyolojik Belirtiler

- Kardiovasküler sistem: Çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, soluk renk ya da yüzdekızarma,
- Solunum sistemi: Nefes darlığı, hava açlığı, boğazda düğümlenme, boğulma hissi,
- Gastrointestinal sistem: Yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı,
- Genitoüriner sistem: Sık idrara çıkma, empotans, cinsel isteksizlik,
- Cilt belirtileri: Terleme, kızarma, sıcak basması,
- Nörolojik belirtiler: Tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk (Işık 1994, Barroclough 1996, Akt: Qasimi 2007).

1.7.6. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyete düzeyi günlük yaşamın koşullarına ve bireysel özelliklere bağlı olarak değişim göstermektedir. Anksiyete seviyeleri hafif, orta, şiddetli ve panik düzey olmak üzere 4'e ayrılmaktadır. Bunlar;

Hafif Düzeyde Anksiyete: Günlük yaşamın normal süreci içinde yaşanır. Birey uyumlu, yapıcı ve yaratıcı eylemler için hazırlanır. Kişi kendi davranışını daha iyi gözleyebilir, duyuların kullanımı artmıştır. Kişiler arası ilişkileri sınırlayarak kendini koruyabilir. Anksiyete küçük bir çaba ile kontrol edilebilir(Gök 2002, Ekiz ve Göz 2005, Pedersen ve ark.2008).

Orta Düzeyde Anksiyete: Bireyin algısal alanı daralır. İletişim ve kavrama yeteneğinde azalma vardır. Bireyin görme ve duyma yetisi azalır. Kendisi ile ilgili olmayan konuları dışarıda bırakabilir. Bu düzeyde sorunun küçük bir ayrıntısına odaklanma ve geriye kalanları göz ardı etme davranışı gözlenebilir. Kişide kas gerginliği, tansiyon, nabız ve solunum sayısında artma, hafif terleme ve baş ağrısı, mide şikâyetleri gibi hafif somatik belirtiler

görülebilmektedir. Birey endişeli, ürkek, hassas, sabırsız, heyecanlı olabilir. Birey sorunlarını ancak uzun zamanda çözebilir(Gök 2002, Ekiz ve Göz 2005, Pedersen ve ark.2008).

Şiddetli Düzeyde Anksiyete: Düşünce, duygu ve hareketler arasında uyumsuzluk vardır. Bireyin algılama alanı fazlasıyla daralmıştır. Birey yaşadığı küçük bir ayrıntı ya da ayrıntılar üzerine yoğunlaşır. Birey uykusuzluk, baş ağrısı, bulantı, titreme, iştahsızlık, korku, ürperme ve çarpıntının fazlalığından şikâyet edebilir. Rahatsızlık ve hassasiyet duyguları artmıştır. Bunun yanı sıra ölümün yakın olduğu duygusu yaşanabilir(Gök 2002, Ekiz 2005, Pedersen ve ark.2008).

Panik Düzeyde Anksiyete: Anksiyetenin en yoğun olduğu düzeydir. Üzerinde odaklanılan konular çarpık ve abartılıdır. Bu düzeyde yaşanan duygular bireye çok acı verir. Kontrolü kaybetme, aşırı derecede öfke, ümitsizlik, çaresizlik, tükenmişlik, korku, endişe, dehşet hisleri yaygındır. Uyum bozukluğu vardır. Hallüsinasyonlar görülebilir. Birey paniği önlemek için özellikle kendine yönelmiş olayları görmezden gelir. Eğer panik uzamış periyotta devam ediyorsa yorgunluk ve hatta ölüm meydana gelir(Gök 2002, Ekiz 2005, Pedersen ve ark.2008).

Anksiyete değişik ölçeklerle de ölçülebilmektedir. Bunlardan; Spielberg ve arkadaşları (1985) iki faktörlü kaygı kuramının özünü oluşturup durumluluk (A State) ve süreklilik (A Trait) anksiyeteyi tanımlamışlardır.

- **Durumluluk Anksiyetesi:**

Bireyin benliğine ve çıkarlarına gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan tedirginlik, gerginlik, korku, mutsuzluk ve bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin olduğu bir durumdur(Akt: Gökgündüz 2005).

Birçok durumda bu anksiyete normal, hatta mücadele gücü vermesi bakımından yararlıdır. Durumluluk anksiyetesinin şiddeti ve süresi, algılanan tehdidin miktarı ve kişinin içinde bulunduğu durumu yorumlaması ile ilgilidir. Kişinin güvenlik duygusu tehlikede olduğu zaman artar. Genellikle ameliyat hazırlığı içindeki hastalar durumluluk anksiyetesi yaşarlar. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluluk anksiyetesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur(Akt: Gökgündüz 2005).

- **Süreklilik Anksiyetesi:**

Çevresel koşullardan bağımsız olarak bireyin huzursuzluk, endişe duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlılık ve yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi göstermesidir. Buna kişinin içinde bulunduğu durumu genellikle stresli olarak algılama ya da yorumlama eğilimi de denilebilir. Bu tip anksiyetenin şiddeti ve süresi kişilik yapısına göre değişir. Hastaların yaşadıkları anksiyeteye ilişkin yapılan araştırmalarda, hastaların her türlü tıbbi tanı ve tedavi yöntemi, bakım ve girişimlerde yoğun anksiyete yaşadıkları ortak bir sorun olarak belirlenmiştir(Akt: Gökgündüz 2005).

Kişinin beden bütünlüğü ya da güvenliğine yönelik tehlikeli bir tehdit olarak algılanan ve yorumlanan, bir iç ya da dış uyarının harekete geçmesi ile ortaya çıkan bir durumdur. Anksiyete sağlığı tehdit edilen her normal insanın göstereceği en doğal tepkilerindendir. Kişi alışageldiği yaşamı içinde, ne olduğunu tam bilemediği yeni bir durum, farklı bir durum ya da bilinmeyen bir durumla karşılaştığı zaman anksiyete deneyimler. Hastanın anksiyete deneyimi hastaneye girmesi ile başlar. Hastaneye yatma kişilerin fiziksel ve emosyonel durumlarına bir tehdittir (Ekiz ve Göz 2005).

1.7.7. Cerrahi Girişime Bağlı Anksiyete

Korku, anksiyete, belirsizlik, kontrol kaybı ve öz bakımın azalması, hastaneye yatarak cerrahi girişimle karşı karşıya kalan hastanın deneyimlediği olası emosyonel problemlerdir(Ekiz ve Göz 2005).

Cerrahi girişimler her ne kadar kontrollü travma olarak tanımlansa da hastalarda değişik derecelerde anksiyete ve ağrıya neden olurlar. Cerrahi girişim geçirmek üzere hastaneye gelen hastanın kendisi için yabancı ve değişik bir çevre içine girmesi orta derecede bir anksiyete yaratabilmektedir. Cerrahi girişimi beklemek, bu dönemde nöro endokrin tepkinin gelişmesine neden olabilmekte ve bu durum da hastada fizyolojik değişikliklere ve anksiyeteye yol açmaktadır(Gürsoy 2001).

Cerrahi girişim hasta için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında değişim anlamlarını taşımaktadır(Gürsoy 2001). Birey, bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen bu tehdit karşısında anksiyete hisseder. Yapılan çalışmalarda, cerrahi girişim geçirmek üzere hastaneye yatan hastaların anksiyete düzeylerinin diğer hastalardan daha yüksek olduğu ve yine bu

hastaların orta düzeyden panik derecesine kadar değişebilen anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (Gürsoy 2001).

Cerrahi girişim öncesi hastalarda anksiyeteye neden olan durumlar hastadan hastaya değişiklik göstermekle birlikte; cerrahi girişim gerektiren fiziksel hastalığın oluşturduğu engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı, vücut organı ve bölümlerinin zedeleneceği endişesi, beden imajında bozulma, ölüm korkusu, hastalığa yüklenen anlam ve önem, anestezi şekli, cerrahi girişim sonrası ağrı, bilinmeyen korkusu, yakınlarının sevgisinin azalması, cinselliğin tehdit edilmesi, kontrolünü kaybetme, başkalarına bağımlı olma, işini kaybetme, gelirinin azalması, ailesinin gereksinimlerini karşılayamama endişesinin tüm cerrahi hastalarında anksiyeteye neden olabileceği belirtilmektedir. Tüm bu nedenlerin yanı sıra uygulanacak cerrahi girişim türünün de hastanın anksiyetesini etkilediği belirtilmektedir(Akt:Vural 2006).

1.7.8. Anksiyeteli Hastada Hemşirelik Yaklaşımı

Günümüzde, hemşirelerden iyi niyetli, ilgili, sevecen, şefkatli yaklaşım yerine, planlı,amaçlı, terapötik yaklaşım beklenmektedir.

Terapötik iletişim becerisi; bireysel özelliklerden, iletişimi kolaylaştıran yöntemlerikullanabilmeden, tepkiye hazır oluşumuzdan, hasta ile ilişkide karşılaşılan sorunlardan,iletişimi başlatma - sürdürme - sonlandırma şeklinden etkilenir. Bu nedenle terapötik iletişimkurabilmek için; bireyin kendi değerlerini, duygularını, sorumluluklarını tanıması, iletişimkolaylaştıran teknikleri ve sorun çözme yöntemlerini bilmesi, güven oluşturabilmesi, empatikurabilmesi, iletişimi başlatma, sürdürme, sonlandırmadaki sorumluluklarını bilmesi, ilişkidekisonuçları değerlendirebilmesi gerekmektedir (Terakye 1994, Karakula 1999, Ekiz ve Göz 2005).

Eğer hemşire, hastayla kurduğu bu ilişkiyi bilinçli olarak kullanırsa, en önemli terapötikaracı elde etmiş demektir. Terapötik hemşirelik yaklaşımı; gelişigüzel bir ilişki olmayıp,hemşirenin kendini, hastayı tanıması yanında, hastanın gereksindiği yardımı verebilecekşekilde hemşirelik faaliyetlerini planlaması ve insan davranışları konusunda doyurucu bilgiye sahip olmasını gerektiren bilimsel bir hemşirelik yaklaşımı modelidir (Gökdoğan 1989, Pektekin 1990, Terakye 1994, Mete 1998).

Endoskopi öncesi hastada gözlemediğimiz anksiyete ve korkuyu gidermek ve terapötik hemşirelik yaklaşımını gerçekleştirmek amacıyla yapılabilecek hemşirelik girişimlerini; hastaya rutin yaklaşım biçiminden kaçınıp, bireysel yaklaşımda bulunmak, iyi gözlem yapmak, hastayı tanımaya çalışmak, hasta ile ilişkiyi olumlu yönde başlatmak, endoskopi işlemi öncesi ortaya çıkan anksiyete ve korkunun nedenlerini araştırmak, hastanın anksiyetesini azaltmak için kullandığı yöntemleri öğrenmek, hastaya soru sorma ortamı ve olanağı yaratmak, aynı deneyimi yaşayan ve başarı ile geçiren hastalarla tanıştırmak, söz konusu işlem hakkında bilgilendirirken hastanın anlayacağı dilden konuşmak, açık ve anlaşılır ifade kullanırken hastayı rahatlatıcı içerikler seçmeye özen göstermek, önyargılı davranmamak, endoskopi öncesi, sırasında ve sonrasında yanında bulunmak, hastaya destek olmak şeklinde sıralayabiliriz (Karanisoğlu 1983, Gökdoğan 1989).

Ülkemizde hemşirelikle ilgili literatürde, hastaların tıbbi tanı ve tedavi işlemleri ile ilgili çeşitli düzeyde anksiyete yaşadıkları ve yaşanan anksiyetenin giderilmesinde hemşirelik girişimlerinin büyük yararı olduğu ortak bir sonuç olarak vurgulanmıştır (Metel 1998).

1.8. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, biyopsikososyal anlayışı hayata geçirmeye, fiziksel bakım ve tedavi ile ruhsal tedavi ve bakımı bütünleştirmeye dönük olup, genel hastane uygulamasında bireylere psikiyatrik tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulmasını sağlar. Temel amacı, tıbbi bölümlerde hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını önlemek; tanımlamak; tedavi etmek; hastalıkların ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavisinde ve bakımında psikososyal etkenlerin rolünü inceleyerek, hizmetleri bütüncül kılmaktır (Kocaman 2005).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi; gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastalara ve ailelere yönelik hizmette birincil korumadan, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan süreçte yer alır. KLP hemşireliği, hastaların/ailelerin emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen, hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanıdır (Kocaman 2005).

KLP hemşiresinin klinik, araştırma, eğitim ve yönetim rolleri bulunmaktadır;

Klinik rolü; genel hastanede yatan hastalara konsültasyon ve liyezon, ayaktan hastalara da poliklinik ve liyezon hizmetini içerir. KLP’de konsültasyon hizmeti diğer kliniklerden istenen konsültasyondan farklıdır. Hizmetin multidipliner ve interdisipliner sunulması anlayışı hakimdir. KLP konsültasyonu psikiyatri asistanı tarafından değerlendirilir, haftanın üç günü KLP’de yürütülen vizitlerde özellikle danışılmak istenen ve psikolojik desteğe ihtiyacı olan hastalar sunulur. Bu noktada KLP hemşiresi psikolojik desteğe ihtiyacı olan hastaların psikolojik bakımını yattığı serviste sürdürmede rol alır. Liyezon çalışma modelinin uygulandığı servislerde ise haftada bir konsültasyon istenmeden, düzenli olarak, ihtiyacı olan, riskli olan hastalar değerlendirilir, psikolojik bakım direkt veya indirekt olarak verilir. Liyezon işbirliği, bağlantı, öğretim anlamına gelen bir kelimedir ve bu modelde çalışma genel hastane ile psikiyatri arasında tam bir köprü sağlamakta, psikopatolojinin erken saptanması fırsatını sunmaktadır. Konsültasyon ve liyezon hizmeti birbirini tamamlar. Klinikte KLP hemşiresinin, hemşirelerin psikososyal problemlerin varlığını gösteren davranışları tanıyabilmelerine, psikopatolojiyi ayırt edebilmelerine ve onları etkin olarak yönetebilme becerisini geliştirmelerine yardım, hemşire-hasta arasındaki terapötik ilişkiyi kuvvetlendirme, eğitim, destek, danışmanlık, rol modeli olma sorumlulukları vardır. Ayrıca tedavi ekibinin yaşadığı iş stresi, tükenme ile baş etmelerine de yardım eder. Ayaktan KLP polikliniğinde tedavisi ve takibi yürütülen gerekli olan hastalara psikolojik bakım ve psikoterapi hizmeti sunmakta klinik rolleri içerisinde (Yıldırım 2012, www.acibademhemsirelik.com).

Eğitim rolü de geniş bir yer tutar. Hemşirelere yönelik eğitimlerin dışında hemşire öğrencilerin eğitimi, hastaların ve ailelerinin psikoeğitimi de KLP hemşiresinin rolleri arasındadır(www.acibademhemsirelik.com).

Araştırma rolü, hemşirelik için çok önemlidir. Kanıta dayalı uygulamalarımızı geliştirebilmemiz için özellikle kliniklerde çalışan meslektaşlarımızın araştırmacı gözüyle bakmasına, araştırmalar yapmasına, deneyimlerini yazılı olarak paylaşmasına, vaka tartışmalarına ve sonuçları uygulamaya yansıtmasına ihtiyaç vardır. Bilimsel, profesyonel çalışma ve etkin sonuçlar elde etme buna bağlıdır (Yıldırım 2012, www.acibademhemsirelik.com).

Yönetim/idari rolü, örgüt ve bölüm düzeyinde politika saptanması, komitelere üyelik, yasal ve etik problemlerdeki sorumlulukları içerir. Sistem ve sistem içindeki problemlere de odaklanmak gereklidir. KLP hemşiresi bir değişim ajanı olarak rol alır (Yıldırım 2012, www.acibademhemsirelik.com).

1.9. Gevşeme Yöntemleri

En yaygın kullanılan gevşeme yöntemleri arasında progresif kas gevşemesi, pasif progresif kas gevşemesi, otojenik gevşeme, düşleme, müzik dinleme, hipnoz, biyolojik geribildirim, meditasyon, yoga, thai chi, ritmik egzersiz, ilgiyi başka yöne çekme, görselleştirme meditasyonu ve solunum egzersizi sayılabilir.

Çizelge 1.1. En Çok Kullanılan Gevşeme Teknikleri

| Teknik | Tanımı | Açıklama |
|-------------------------|---|--|
| Meditasyon | Kişinin sakin bir durumda bir ses, bir düşünce, bir obje ya da kokuya odaklanmasıyla oluşan mental konsantrasyondur. | Sessiz ve rahat bir ortamda gözler kapatılarak solunuma odaklanılır ve kişi nefes alıp vermesine dikkat eder. |
| Biyolojik Geri Bildirim | Fizyolojik bir işlevi kontrol etmeye ya da gevşemeye yardım amacıyla hastanın bilgilendirilmesi temeline dayanan bir uygulamadır. | Kan basıncı gibi biyolojik fonksiyonlar hakkında verilen bilgi hastadan geri alınır. Böylece hasta beden yanıtını daha sağlıklı bir yolla değiştirir. |
| Hipnoz | Hastanın telkinleri daha kolay aldığı, bilişsel farkındalığın azaldığı derin bir gevşeme durumudur. | Hasta rahat ve gevşemiş bir pozisyonda oturur ve birkaç derin ve yavaş nefes alır. Hoş bir fikir, duygu, nesne ya da gevşemeye odaklanarak bilişsel olarak farkındalık değiştirilir ve çevreyle olan ilgi azaltılır. Hipnoz ağrı, anksiyete ve gerilimi azaltır. |
| Otojenik Eğitim | Meditasyona benzeyen, gevşemiş bir beden durumu ve pasif kabullenici bir tutuma bağlı olan gevşeme durumudur. | Pasif konsantrasyon altında olan bir kişiyi sıcaklık, ağırlık ve diğer fiziksel gevşeme aşamaları hakkında telkinde bulunulur. |
| Teknik | Tanımı | Açıklama |
| Progresif Kas Gevşemesi | Sempatik sinir sistemi aktivitesinde azalma, parasempatik sinir sistemi aktivitesinde artışla sonuçlanan, istemli olarak büyük kas gruplarının sırayla aktif olarak kasılıp, pasif şekilde gevşetilmesidir. | Yavaş ve derin birkaç nefes alınarak uygulamaya başlanır. Baştan ayağa yaklaşımı kullanılarak vücut kasları 5'e kadar sayılarak gerilir ve gevşetilir. Yavaş yavaş nefes alırken, baştan başlayarak boyun, omuzlar ve aşağıya doğru devam edilir. |

Biyofeedback: Gevşeme yanıtının öğrenilmesini son derece kolaylaştıran yöntemlerden biri biofeedback'tir. "Biofeedback" insan vücudunda normal halde olan ya da anormal hale gelmiş olan irade dışı veya hissedilmeyen, bazı fizyolojik olayların, genellikle elektronik cihazlar kullanılarak oluşturulan görsel, işitsel uyarılar şeklinde ortaya konarak, kontrol edilmesini öğreten tekniktir. Sinir sisteminin somatik, motor ve otonom kısımlarının istemli nöral kontrolü esasına dayanır(Akt:Arıoğlu 2012). "Biofeedback" uygulamasında, fark edilmeyen fizyolojik olaylara kişinin bilinçli müdahale etmesi amaçlanmaktadır. Görüntü ya da ses sağlayıcı sistemler, kayıt ve yetişmiş personelin gerekli olduğu özel bir tekniktir(Akt:Arıoğlu 2012). Biofeedback aracına bağlı küçük elektrotlar hastanın alnına yapıştırılır. Beyin dalgaları, kas gerilmesi, deri sıcaklığı, kalp hızı ve kalp basıncındaki fizyolojik değişiklikler monitörde izlenebilir. Bu değişiklikler görsel ya da işitsel anlamlarla ilişkilendirilir. Hasta ne kadar çok gevşerse, o kadar çok hoşnutluk veren ses ya da görüntü olur. Bu hoşnutluk verici ses ya da görüntü, hasta gevşemeyi durdurduğunda durur ve hasta gevşeme durumunu başardığında yeniden canlanır. Gevşeme becerisi geliştikten sonra, tekniği stres verici durumlarda uygulaması için birey desteklenir(Demiralpve Oflaz 2007). Biofeedback tekniği, teşhise, tedaviye ve korunmaya yönelik amaçlarla Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da kullanılmaktadır. Biofeedback tekniği, düşünceler, duygular ve beden arasındaki ilişkiyi somut bir biçimde ortaya koyar(Yıldırım ve Şahin 2003). Bu yöntemle kişi kendisine yansıtılan bedensel faaliyetlerini kontrol edebilmekte ve bunları kendi isteği doğrultusunda kullanmak alışkanlığını kazanabilmekte ve gevşeme için ne yapması gerektiğini öğrenebilmektedir (Esen 2006).

Otojenik gevşeme (kendi kendine gevşeme): Gevşeme yanıtının kazanılmasında kullanılan önemli tekniklerden bir tanesi otojenik gevşemedir. Schulz ve Luthe adlarında iki Alman hekimin geliştirdikleri bu teknik, birçok hastalıkta denenmiş ve elde edilen olumlu sonuçlar yayınlanmıştır. Otojenik metot, zihnin istirahat halinde bir vücut imajı üzerine konsantre olmasıyla, kaslarda tam bir gevşeme elde edilmesidir(Akt: Arıoğlu 2012).

Meditasyon; tam odaklanarak derin nefes alıp vererek yaptığımız nefes temizliği basit ama güçlü bir gevşeme tekniğidir. Bunu öğrenmek çok kolay olup hemen hemen her yerde yapılabilir ve kaygı seviyenizi kontrol altına tutmanızda hızlı yol almanızı sağlar. Derin nefes alma, diğer pek çok rahatlama uygulamalarının temel taşıdır. Aromaterapi ve müzik gibi diğer rahatlatıcı uygulamalarile kombine edilebilir (Demir 2012, <http://www.bilisseldavranisci.org>).

Vücut tarama meditasyonu; progresif kas gevşemesi tekniğine benzer ancak, kasmak ve gevşetmek yerine vücudun her bir bölgesinde hissedilen duyuumlara odaklanmayı içerir(<http://www.bilisseldavranisci.org>).

Yoga; derin nefesle birlikte bir dizi hareketli ve sabit pozisyonu içerir. Anksiyete ve stresi azalttığı kadar, esneklik, güç, denge ve dayanıklılığı da artırır. Düzenli uygulandığında, ayrıca günlük yaşantınızdaki gevşeme tepkinizi güçlendirir. Hatalı uygulandığında yaralanmanıza yol açabilir. Öğrenmenin en iyi yolu bir gruba katılmak, özel bir öğretmen tutmak ya da en azından video komutlarını takip etmektir(<http://www.bilisseldavranisci.org>).

Tai chi; yavaş ve ahenkli vücut hareketlerini içerir. Bu hareketler konsantrasyon, gevşeme ve vücuttaki hayat enerjisinin bilincine varmayı vurgular. Her ne kadar tai chi köklerini dövüş sporlarından alsın da bugün zihni rahatlatmanın, vücudu forma sokmanın ve stresi azaltmanın bir yolu olarak kullanılmaktadır. Tıpkı meditasyonda olduğu gibi tai chi yapanlar da nefesleri üzerine odaklanmakta ve dikkatlerini şimdiki zamana odaklamaktadırlar (<http://www.bilisseldavranisci.org>).

Tai chi her yaşta insan için güvenli bir seçenek olup, yoga gibi bir kere “tai chi”nin temelleri öğrenildiğinde, bireyler kendilerine göre setleri ayarlayıp tek başlarına veya başkalarıyla yapabilirler (<http://www.bilisseldavranisci.org>).

Ritmik egzersiz; (yürümek, koşmak, kürek çekmek, bisiklete binmek gibi) stresi azaltmada ve zihni gevşetme de çok yararlıdır. Bu hareketleri yaparken vücut hareketlerine ve nefesinizin nasıl hareketlerle bütünleştiğine odaklanılmalıdır. Eğer zihin başka düşüncelere kayarsa yavaşça tekrar nefes ve hareketlere odaklanmaya çalışılmalıdır. Örneğin yürürken veya koşarken her bir adıma odaklanılmalı, ayaklarınızın yere dokunurkenki hissine, hareket ederken nefesinizin ritmine ve yüzünüze değan rüzgârın bıraktığı hisse odaklanılmalıdır(<http://www.bilisseldavranisci.org>).

Görselleştirme meditasyonu; görselleştirme ya da yönlendirilmiş imgelem geleneksel meditasyonun bir varyantıdır, sadece görsel duyuularınızı değil, aynı zamanda tat, dokunma, koku ve ses duyuularının da çalıştırılması gerekir. Bir gevşeme tekniği olarak kullanıldığında, görselleştirme; huzurlu hissettiğiniz, tüm kaygı ve gerginliklerinizden uzak olduğunuz bir görüntüyü hayal etmenize dayanır. Sizi rahatlatan herhangi bir ortamı seçin,

tropikal bir kumsal, en sevdiğiniz çocukluk anısı veya sessiz ormanlık bir vadi olabilir. Bu görselleştirme egzersizini kendi kendinize sessizlik içinde rahatlatıcı bir müzik dinleyerek ya da bir terapist eşliğinde (veya terapistin ses kaydı) yapabilirsiniz. İşitsel duyularınızı çalıştırmanıza yardımcı olmak için ses makinesi veya seçtiğiniz mekânın sesi- mesela sahil seçmişseniz okyanus dalgaları gibi kullanabilirsiniz (<http://www.bilisseldavranisci.org>).

Gevşemeyi sağlamada solunum yöntemleri tek başına kullanılabildiği gibi herhangi bir gevşeme yöntemiyle birlikte de kullanılabilmektedir.

Gevşemenin etkinliğinin artırılması için genellikle yavaş ve ritmik solunum önerilmektedir. Yavaş ve ritmik solunum, gevşemenin başlaması ve devamı için solunumun hız, derinlik ve ritminin hasta tarafından ayarlandığı bilinçli bir uygulamadır (Chan ve City 1998, Good ve ark. 2004).

1.9.1. Progresif Kas Gevşeme Egzersizi

Oxford İngilizce Sözlüğü 'ne göre gevşeme; gerginlik ve anksiyetenin giderilmesi, gerginlik sonrası dengenin sağlanması olarak tanımlanırken; hemşirelik literatüründe anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesi veya fiziksel ve zihinsel gerginliğin olmaması olarak tanımlanmaktadır(Kocaman 1994, Akt: Gürkan 2005).

Gevşeme; anksiyete ve kas gerginliğinde kademeli olarak kasları germe ve gevşetme durumudur (Kocaman 1994, Good 1996, Seers ve Carroll1998, Roykulcharoen ve Good 2004, Akçalı ve ark. 2006, Willens2006).Gevşeme McCaffery ve Beebe tarafından 1989'da "Anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesi durumudur." şeklinde tanımlanmıştır (Kocaman 1994, İgnatavicius ve Polomano 1995, Seers ve Carroll1998). Progresif kas gevşemesi, müzik dinleme, biyolojik geri bildirim, hipnoz, meditasyon ve yoga kullanılan gevşeme yöntemleridir ve tüm bu yöntemlerin bulunduğu dört ortak nokta; sessiz bir çevre, rahat bir pozisyon, pasif bir tutum ve mental bir odaklanmadır (Özbayır 2002, Copel 2006).

Gevşeme teknikleri, stresin etkileri ve anksiyetenin azaltılması, dikkati ağrıdan uzaklaştırma, iskelet kaslarındaki gerginlik ya da kontraksiyonların azaltılması, yorgunlukla

mücadele, uyumayı kolaylaştırma ve diğer ağrı giderme yöntemlerinin etkinliğini artırmayı içeren olumlu etkilere sahip uygulamalardır(Cheung ve ark. 2001, Agvu ve Okoyeb 2006).

Gevşeme tekniklerinde diğer önemli nokta da hastanın gevşeme ile ilgilendiğini ifade etmesi ve uygulamaya katılımıdır(Aksu 2007).

Gevşeme teknikleri; ilk olarak Jacobson tarafından tanımlanan gevşeme teknikleri ağrı, doğum, anksiyete, uykusuzluk ve kızgınlık gibi birçok durumda kullanılan, kademeli olarak kasların gerilmesi ve gevşetilmesi şeklinde tanımlanan bir yöntemdir. Anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesini sağlayan gevşeme teknikleri vücutta sempatik sinir sisteminin uyarılması, kas gerginliği ve santral sinir sisteminin aktivasyonunu sağlayarak etki eder (Berends ve ark. 1998, Munafı 2004, Eti ve ark. 2006).

Gevşeme egzersizleri hemşirelik araştırmalarına 1971 yılında Aiken ve Henrichs'in açık kalp ameliyatı olacak hastalara bir hemşirelik yaklaşımı olarak sistematik gevşeme eğitimi kullanmaları ile girmiştir. Bu araştırmayı izleyen yıllardan günümüze kadar, hemşire araştırmacıların gevşeme egzersizlerini ameliyat olacak hastalarda anksiyete ve ağrının azaltılması için kullandıkları görülmektedir (Akt: Yücel 2000).

Gevşeme egzersizlerinin yaşam kalitesinin öğeleri olan fiziksel ve psikolojik iyilik hali ile yaşam doyumu üzerine olumlu etkilerinin olduğu değişik hasta grupları üzerinde gösterilmiştir(Knox 1980, Khanna ve ark. 1982, Yavuz ve ark. 2002, Silva 2004, Aksu ve Şirin 2007).

Müzikise, ilk olarak 2. Dünya Savaşın'dan sonra bir tedavi şekli olarak tanınmış olup bugün çeşitli sağlık hizmetleri; psikiyatri, ilaç ve alkol kötü kullanımının rehabilitasyonu, mental retardasyon, geriatrik tedavi, palyatif bakım, genel cerrahi ve onkoloji programlarını kapsayan alanlarda kullanılmaktadır. Randomize kontrollü çalışmalar, cerrahi girişimler ve kemoterapi tedavilerinin öncesi ve/veya sonrası dönemlerinde müzik dinlemenin anksiyeteyi azalttığını göstermiştir (Iconomou ve ark. 2001).

1.9.2. Progresif (İlerleyen) Gevşeme

Cambridge İngilizce sözlüğüne göre gevşeme; “gevşemiş olma durumu, gerginliğin giderilmesi, memnuniyet verici ve dinlendirici zaman aralığı” olarak tanımlanırken, hemşirelik literatüründe iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesi veya fiziksel ve zihinsel gerginliğin olmaması olarak tanımlanmaktadır(<http://dictionary.cambridge.org>, Seers ve Carroll 1998, Fleet 2000, Molassiotis 2000, Cheung ve ark. 2001, Yung 2004).

Progresif gevşeme, anksiyeteyi azaltan ve gevşemeyi sağlayan önemli bilişsel-davranışçı tedavi tekniklerinden birisidir. Gevşeme eğitimi terapötik bir araç olarak gerilme ve anksiyeteyi etkili bir şekilde azaltır. Tek başına kullanılabilirdiği gibi diğer bilişsel-davranışsal tekniklerle kombinasyon şeklinde ya da destekleyici veya iç görü tedavisine ilave olarak kullanılabilir. Bireysel ya da grup olarak çalışılabilir. Temel dayanak noktası anksiyete ile ilgili kas gerginliğidir. Eğer kasların gerginliği gevşetilebilirse anksiyete azalacaktır. Gevşeme egzersizleri ile anksiyete anında sempatik sinir sisteminin uyarıldığı göz önüne alınarak, gevşeme sağlandığında parasempatik sinir sistemi aktivitesinin arttığı bir durumun yaratılabildiği ve sempatik sinir sistemi aktivitelerinde de bir gerilemeye yol açılabildiği düşünülmektedir. Progresif gevşeme, bedenin tümünde gevşeme oluncaya kadar, kasların istemli, düzenli ve birbirini izleyen bir şekilde germe ve gevşemesini içerir. Edmund Jacobsen tarafından 1929’da isimlendirilmiş ve geliştirilmiş olup, Herbert Benson tarafından 1975’te herkesçe anlaşılabilir hale getirilmiştir. Bu teknik için hastanın rahat bir koltukta oturması gereklidir. Hafif bir müzik ya da hoşnutluk verici görsel işaretlerin olması önemlidir(Lovejoy ve ark. 2000, Lee ve ark. 2005, Demiralp 2006) .

Egzersizlere başlamadan önce, gevşeme prosedürleri açıklanmalıdır. Hasta derin bir nefes alarak ve yavaşça vererek eğitime başlar. Bunu germe egzersizleri takip eder. Hasta her bir kas grubunu yaklaşık 10 sn. gergin tutar, bu arada hemşire “Şimdi ellerinizdeki sıcaklığı fark edin,” “Şimdi gerginliğin omuzlarınızdan aşağı süzülüp kaybolduğunu hissedin,” gibi yönlendirmelerle gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı hissetmesine yardımcı olur. Hasta ellerden başlayarak sırasıyla kollarını, omuz, göğüs ve ayağına kadar olan kas gruplarını çalıştırır (Moore ve Schmais 2001, Stuart 2001, Kneisl 2004) .Tüm gevşeme işlemleri ritmik solunum, azalmış kas gerginliği ve bilinçlilik durumundaki değişikliği içerir. Klinik

deneyimler, gevşeme deneyiminde bireysel farklılıkların var olduğunu ileri sürmektedir (Stuart 2001).

Gevşemenin fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtileri:

- Fizyolojik belirtiler; nabzın yavaşlaması, kan basıncının azalması, solunumun azalması, O₂ tüketiminin azalması, metabolik hızın yavaşlaması, pupil daralması, periferal dilatasyon, periferal ısıda artıştır.

- Bilişsel belirtiler; bilinçlilik durumunun değişmesi, sadece bir zihinsel görüntü üzerine konsantrasyon artması, pozitif öneriler için alıcılığın artmasıdır.

- Davranışsal belirtiler; çevresel uyaranlar için ilgi ve dikkatin azalması, sözel etkileşimin olmaması, istemli pozisyon değişikliğinin olmayışı, pasif hareketlerin var olmasıdır (Demiralp ve Oflaz 2007).

Gevşeme teknikleri bireyin maladaptif davranışlarını değiştirmek ve sağlıklı baş etme yanıtlarını artırmak için, sağlık bakım ortamlarında hemşireler tarafından uygulanabilir. Hemşire kuramcılardan Peplau, kuramını geliştirirken davranış bilimlerinden yararlanmıştır. Burada olayların, duyguların ve davranışların psikolojik anlamlarını hemşirelik girişimleri içinde açıklamış, ilişkilendirmiş ve böylece hastayı hastalıklardan kurtarmada hemşireye sorumluluk vermiştir (Marrier 1996, Velioğlu 1999).

1.9.3. Gevşeme Eğitimi ve Hemşirelik

Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri, psikiyatri hemşireleri tarafından klinik, poliklinik ve psikososyal rehabilitasyon tedavi programlarında kullanılmaktadır. Bilişsel-davranışçı terapiler hemşirelik süreci ile benzer bazı aşamalara sahiptir. Her iki yaklaşım da hasta merkezlidir ve güçlü bir işbirliği gerektirir. Bilişsel-davranışçı terapiler de araştırma kanıtlarına dayalı tedavi stratejileri, standardize edilmiş ölçme araçları ve hasta gelişiminin değerlendirilmesinde devam eden değerleri kullanır. Bu özellikleriyle bilişsel-davranışçı terapiler, hemşirelik bakımının terapötik etkinliğine önemli katkı yapabilmektedir (Stuart 2001).

Progresif gevşeme, bilişsel gevşeme, otojenik eğitim ve biyofeedback gibi gevşeme egzersizleri psikologlar gibi, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri arasında da popüler olmuştur (Yung ve ark. 2004). Gevşeme egzersizleri hemşirelik araştırmalarına, 1971 yılında Aiken ve Henrichs açık kalp ameliyatı olacak hastalara, bir hemşirelik yaklaşımı olarak sistematik gevşeme eğitimini kullanmaları ile girmiştir. Bu araştırmayı izleyen yıllardan günümüze kadar, hemşire araştırmacıların gevşeme egzersizlerini ameliyat olacak hastalarda anksiyetenin ve ağrının azaltılması için kullandıkları görülmektedir (Seers ve Carroll 1998). Stresi azaltma ve psikolojik iyilik halini artırmak için kullanılan gevşeme egzersizlerinin, yaşam kalitesine olumlu etki yapmasının yanı sıra birçok avantajı olduğu düşünülmektedir (Demiralp 2006).

Progresif gevşeme egzersizleri (PGE) ilk defa 1920'li yıllarda Amerikalı Dr. E. Jacobson tarafından keşfedilmiştir. 1938 yılında ise Jacobson, "Progressive Relaxation" isimli kitabında ayak, bacak, kalça, arka omuz, ense ve yüz kaslarını gevşeterek zihinsel ve bedensel gerginliğin azaltılabileceğini anlatmıştır. 1973 yılında Bernestein ve Borkovec tarafından geliştirilip, kısaltılarak bilim alanına bir teknik olarak sunulmuştur (Alarcon ve ark. 1982, Demiralp 2006, Aksu ve Şirin 2007).

Gevşeme bedeninin oksijen tüketiminin azalması, karbondioksit atımının artması, kas tonüsünün, kalp ve solunum hızının, kan basıncının düşmesi, bazal metabolizmanın azalması, deri direncinin artması gibi fiziksel, bilincin düzelmesi, konsantrasyonun artması, anksiyetenin azalması gibi zihinsel, çevredeki uyarılara dikkat ve ilginin azalarak konsantrasyon ve performansın, sözsüz iletişimin artması gibi davranışsal süreçlerin düzenlenmesinde olumlu etkilere sahiptir. Ayrıca immun sistem üzerinde pozitif etkisi de bulunmakta olup, semptom tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Akt:Vural 2008).

Hastaların bu egzersizleri her yerde ve her zaman kendi kontrollerinde yapabilmeleri, onların ayrıca kendi kapasitelerini kullanabilme becerisini geliştirmelerini de sağlamaktadır (Yung 2004, Gürkan 2005).

Gevşeme yöntemleri, tedavi edici olumlu etkilerinin yanı sıra baş dönmesi, sıcaklık hissinden hoşlanmama, kontrolünü kaybetme korkusu, anksiyete, kan basıncının düşmesi/yükselmesi, ağlama gibi fizyolojik ve psikolojik yan etkilere de sahiptir. Bu belirtiler oluştuğunda herhangi bir tedavi gerektirmemekle birlikte hastanın gevşemeden

hoşlanmamasına ve terapiyi bırakmasına yol açabilmektedir. Literatürde bu yan etkilere ilişkin olumsuz bir veri bulunmamakla birlikte bradikardi, kalp bloğu gibi kardiyak, amfizem gibi solunum sorunu olan ve psikoz öyküsü bulunan hastalarda hekimlerinin önerisi alındıktan sonra uygulanması; ciddi depresyon, intihar girişimi öyküsü, psikotik ilaç tedavisi, organik mental bozukluğu, konuşma ve duyma bozukluğu, kas ve bağ dokusu hasarı olanlarda ise kullanılmaması önerilmektedir. Bu nedenle hemşirenin dikkatli bir tanılama sonrası girişimde bulunması gerekmektedir.

Gevşemeyi sağlamak için hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, olası fizyolojik ve psikolojik yan etkileri izlemek ve gevşemenin etkinliğini değerlendirmek için aşağıdaki kriterlere dikkat edilmelidir.

- Gevşeme öğretilerinden önce ve sonra hastanın nabız ve kan basıncının ölçülmesi,
- Gevşemeden önce ve sonra ölçülecek parametreye uygun ölçek kullanımı,
- Gevşemeden önce ve sonra hastanın vücut parçalarını hafifçe hareket ettirerek gerginliğin kontrol etme, bu da gerginlikle ilgili geri bildirim sağlar (Gürkan 2005, Lehrer ve ark. 2007).

1.9.4. Gevşeme Yöntemlerinin Uygulanması

Stresten korunma ve strese bağlı gelişen hastalıkların tedavisinde doğru bakım önemlidir. Bireyin hastalığının oluşumunda stresin rolü, yeni duruma uyum ve stresle başa çıkabilme, terapötik bakım becerilerinin geliştirilmesine yardımcı hemşirenin destekleyici ve eğitici rolü bulunmaktadır. Bu yönüyle gevşeme öğretisi hemşirenin eğitici ve destekleyici rolünü ortaya koyarken, hem Orem'in Öz Bakım Kuramına hem de Roy'un Adaptasyon modeline uyumludur (Gürkan 2005).

Noninvaziv davranışsal terapötik bir girişim olan gevşeme yöntemlerinin genellikle yan etkisinin bulunmaması, kolay öğrenilmesi, hasta katılımı sağlandığı için kendini kontrol etme duygusunun artırılması ve maliyet gerektirmemesi ya da düşük maliyetli olması gibi avantajları bu yöntemlerin semptom kontrolünde bağımsız bir hemşirelik girişimi olarak kullanılmasını sağlamaktadır (Good ve ark. 2004, Gürkan 2005).

Gevşeme yöntemlerinin çoğundan genel olarak bazı yararlar sağlanmakla birlikte yöntem, hastanın bireysel yeteneği ve gereksinimlerine uygun olduğunda hasta bu uygulamadan daha fazla yarar sağlamaktadır. Uygun gevşeme yönteminin seçiminden önce spesifik gereksinim veya semptomlar kaynağı, hastanın ilgi düzeyi, motivasyonu, enerjisi ve yaşam kalitesine etkisi göz önüne alınmalıdır. Seçilen yöntem hastanın kültürü, inançları, fiziksel sınırlılıkları ile uyumlu olmalıdır. Ayrıca hastanın tıbbi ve ruhsal durumu, mevcut tedavi yöntemi de seçilecek yöntemin kullanımına temel oluşturmaktadır (Akt: Qaşimi 2007).

Anksiyete ve gevşeme alanında ki çalışmalar zihin ve vücut arasındaki ilişkininkimyasal özelliklerini ortaya çıkarmıştır. Anksiyete durumunda vücutta bir alarmreaksiyonu ve bunun sonucunda nöro-endokrin tepki gelişir. Bu tepki sonucu ortayaçıkan aldesteron ve antidiüretik hormon salınımına bağlı sodyum ve su tutulumu, potasyum kaybı,epinefrin salınımıyla kardiyak debi artışı, kan glikoz düzeyinde yükselme, bronşlarda dilatasyon, norepinefrinin etkisiyle periferik damarların vazokonstrüksiyonuna bağlıkan hacminin artması, soğuk ve soluk cilt gibi fizyolojik değişiklikler ortaya çıkar ve buetkinin uzaması iyileşmeyi geciktirir (www.alternativemedicine.com). Gevşeme,fizyolojik olarak oksijen tüketimini, arteriyel kan basıncını, kalp atım hızını, serumlaktik asit düzeyini ve kas tonüsünü azaltarak, solunum ve terlemeyi yavaşlatarakvücudun strese karşı geliştirdiği tepkiyi azaltır (Akt: Qaşimi 2007).

Cerrahi girişim geçirecek hastaya uygulanacak gevşeme yöntemininseçilmesinde; hastanın bakımına katılmasını destekleyecek, bağımsızlığını ve kendinegüvenini sürdürmesini sağlayacak, rahat ve umut verici, aynı zamanda maliyetininidüşük olması kriterlerinin göz önünde bulundurulması önemlidir(Akt: Qaşimi 2007).

1.10. Müzik Dinleme

Müzik birinci anlamda, işitme yoluyla (kulakla) algılanan düzenli ve uyumluseslerden oluşan estetik bütünü, süreci ya da ürünü ifade etmektedir.Global bir bakış açısıyla ele alındığında, tüm toplumların bir şekildemüziğe sahip olmaları oldukça önemlidir. Müziğe yönelik bu düşünceler birey ve toplumun esasve temel ifadesini oluşturmaktadır. Müziğin multifonksiyonel yapısı ilkeltoplumlardan günümüze kadar geleneklerin ve alışkanlıkların bir yansımasıdır. Aynızamanda güçlü bir sosyal ve duygusal yapıya sahiptir(Örter 2005,Aldridge 2005).

Aynı zamanda müzik “Universal-evrensel” bir dil olarak tanımlanmakla birlikte aslında bir iletişim dili değildir. Ancak iletişim dillerinin bazı özelliklerini yansıtmaktadır. Bazı yazarlar müziğin, özellikle ses perdesi ve boğumlanma olarak ele alındığında konuşmanın yayılmasını sağladığı konusunda hem fikirdirler. Müzik sınırların ötesinde bir yapıya sahiptir, aynı zamanda içerisinde hareket, ritm ve dans barındıran güçlü bir yapıya sahiptir. Annenin bebeğini söylediği ninniler çoğu kültürde yaygındır. Müzik aynı zamanda duyguların ifade edilmesine olanak sağlar. Müziğin sosyal fonksiyonu değişik kültürlerde evlilik ve ölüm gibi durumların seremoni ve dinsel törenlerinde görülmektedir (Örter 2005).

Müzik, bireysel ve sosyal yaşam içinde temel bir role sahiptir. Müziğin kullanımı her zaman heyecan verici olmakla birlikte bazı zamanlarda yeterince anlaşılmasa veya tahmin edilemese de klinik durumlar içerisinde bireylerin gereksinimlerini karşılayan bir yol gösterici role de sahiptir (Vural 2006).

Müziğin tedavi alanlarındaki kullanımına ilgi gün geçtikçe artmaktadır. Müzik dinleme relaksasyonu sağlar ve başka yerde görülmeyen yanıtların ortaya çıkmasını sağlayabilmekte ve böylece sağlık bakım çalışmalarına başkadeğerli bir yön katmaktadır. Bu nedenle müzik dinleme, hemşirelik uygulamalarının içinde yer alan noninvaziv bir relaksasyon tekniği olarak birlikte hastaların bakımlarına katılmalarına, kendi düşüncelerini doğru şekilde ifade etmeyi sağlayan estetik yaklaşım bir uygulama yöntemi olarak kabul edilmektedir (Augustin 1996, Aldridge 2005, Agvü ve Okoyeb 2006).

Fizyoloji, fizik, nöroloji, psikoloji gibi profesyonel bilim dalları müziğin anestezi ve sembolik bir araç gibi anksiyete, korku ve ağrıların giderilmesinde etkili olduğu konusunda hem fikirdirler (Good 1996).

Eski zamanlardan beri müzik, birey üzerinde bir etkiye sahipken sonradan sağlık bakımında da önemli bir role sahip olmuştur (Short 2003).

Müzik ile tedavi, mesleki tedavi ve fiziksel tedavi ile eşdeğerde olan bir sağlık hizmetidir. Müziğin terapötik kullanımını içermektedir. Fiziksel, psikolojik, algısal ve sosyal fonksiyonlara hitap etmektedir. Müzik ile tedavi güçlüdür, tehdit edici bir durum değildir ve sonuca ulaşmak mümkündür. Bununla birlikte müzik dinleme her yaş grubunda ve engellilerde başarı ile kullanılmaktadır. Müzik dinleme, bireyin ilgisini başka yöne çekerek ve bu sayede

dikkatinidağıtarakgevşemesine yardımcı olan noninvaziv bir gevşeme yöntemi olarakanımlanmaktadır (Eti ve ark. 2006).Diğer bir tanımla müzik dinleme, sağlığa ve iyilik halineulaşmak ve bunu sürdürmek için müziğin planlı ve yaratıcı olarak kullanılmasıdır. Müzikdinleme aynı zamanda, hastanın fiziksel, psikolojik, duyuşsal,bilişsel ve sosyal gereksinimlerinin tamamını ya da bir kısmını terapötik bir ilişki içerisinde müziğin kullanılmasıyla karşılanmasıdır(Short 2003).

Müzik duyularımızı, özellikle de duyuşsal ve görsel duyularımızı etkiler. Birkonserde ya da Compact Disk (CD)'den müzik dinlerken, sadece seslere değil, aynızamanda CD'nin rengi, başlığı, hareketleri ve uygulamalarının görsel etkilerine de yanıtveririz. Eğer birey aktüel olarak müzik yapıyorsa, müziğınoluşumunun ve işitsel farkındalığınerektirdiğı hareketlere temellenen kinestetik duyu olarak dokunmaduyusu yoğun olarak ortaya çıkar. Müzik dinlerken, tüm duyular görsel bir süreç yoluyla hareketlenir ve bu da işitme, görme ve dokunma duyularınıyanı sıra koku ve tat alma duyularını da harekete geçirir (Short 2003).

Müzik eski zamanlardan beri hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Modernzamanlarda müzik sadece kültürel değil aynı zamanda sağlık ve klinik alanlar içerisinde deentegreolmuştur. Tıp ve medikal anlamdaki ilerlemelere paralel olarak müzik terapiyeolan ilgi özellikle majör olarak ikinci dünya savaşının ardından araştırma ve profesyoneluygulamaların yapılmasıyla, 20. yy'da büyük oranda artmıştır. Müzik terapi,profesyonel olarak Avusturalya da dâhil olmak üzere birçok ülkede gelişimini sürdürerek dünya çapında bir fenomen haline gelmiştir. Avusturalya'da müzik terapiSydney ve Melbourne'da 50'lerin ortalarında ortaya çıkmıştır.Birçok kültürde fizyolojik veya psikolojik hastalıklarda müziğın hafifleticietkileri görülürken, bu konuya ilişkinçalışmalar 19. yüzyıl sonlarında başlamıştır(Short 2003).

İlk olarak 1880'de Fransa'dan Dogiel, 1899'da Amerika'da Corning ve 1903'teRusya'dan Tarchanoff müziğın kardiyak out put,(kalbin sol ventrikülünden 1 dakikada dolaşıma pompalanan kan miktarıdır) solunum, nabız, kan basıncı üzerineolan özel fizyolojik etkilerinden söz etmişlerdir (Akt: Cundiff 2002).

Bu yüzyıl başından günümüze kadar müzik ile fizyolojik yanıtlar arasındakiilişkiyi açıklamaya yönelik birçok çalışmayapılmıştır. Bu çalışmalardamüziğın,anksiyetenin etkilerini hafiflettiğı, sedasyon sağladığı,gerginliğıazalttığı bildirilmektedir. Aynı zamanda müziğın,

anksiyete ve depresyon sonucu vücutta artankortikosteroid düzeylerini etkileyerek kan basıncı, solunum, nabız ve vücut ısısıüzerinde de olumlu etkileri olabilmektedir. Anksiyetenin azaltılmasında, müziğin ilgidağıtıcıözelliği sayesinde bireyin olumsuz düşüncelerdenuzaklaştırılabileceği belirtilmektedir (Good 1999,Güngör1999, www.healthworld.com).

Vincent ve Thompson 1929'da müziğin arteriyel kan basıncına olan etkilerikonusunda araştırmalaryapmışlardır. Kibler ve Rider 1983 yılında müzik terapiuygulamalarının parmak ısısında artışa neden olduğunusaptamışlardır. Standley 1986'daki,Jutto 1984'teki çalışmasındamüziğin fizyolojik durumu etkilediğibulmuşlardır. Sears1960'ta yaptığıçalışmada kas geriliminin müziğin tipine bağlı olarak değişkenlik gösterdiğibelirlemiştir (Akt: Güngör1999).

Paretti ve Swenson 1974'te anksiyete ölçütlerinden sayılan fizyolojik cilt ısısıölçümünün müzikle değiştiğibildirmiş ve müziğinkişide motor ve duysal yanıtlardaperformansı etkilediğibelirtmişlerdir(Barnason ve ark. 1995, Güngör 1999).

Müzik dinleme uygulamasının, Phares 1934'te galvanik (kimyasal kuvvetle gelenek elektrik akımı) deri yanıtını, Scalapino 1918'de arteriyel kan basıncını, Wilson 1957'degastrik motiliteyi arttırdığınibildirmişlerdir.Müziğin stres ve depresyon sonucu artan kortikosteroid düzeylerini etkilediği veböylece vücut kimyası üzerine olumlu etkiler yarattığı, vücut ısısında artış meydanagetirdiği; Rider, Floyd, Kirk, Patrick tarafından 1985 yılında yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (Akt: Güngör 1999).

Gaberson 1995 yılında yaptığıçalışmasında müzik dinleme ve fıkra anlatma gibidüşünceyibaşka yöne çekici aktivitelerin kullanılmasının cerrahi girişim öncesi anksiyeteüzerinde çok fazla bir etkisinin olmadığınıbelirtmiştir. Buna karşın 1996 yılındaAugustin ve Hainsin yaptıkları çalışmalarda cerrahi hastalarında cerrahi girişim öncesianksiyetenin azaltılmasında müzik terapinin vital bulgular ve anksiyetede azalmaoluşturduğunubildirmişlerdir (Augustin ve Hains 2009).

Stewens 1990 yılında cerrahi hastalarına cerrahi işlem sırasında müzik dinleme uygulamış ve anksiyetelerinin azaldığını,ağrıbaşlama düzeyinin yükseldiğini vemüziğindüşünceyibaşka yöne çektiğini belirlemiştir (Soltoski ve Youssef 2006).

Stresin etkilerini hafifletme konusunda yapılan çalışmalardan birinde müziğin konsantrasyonsağladığı, ilgiyi arttırdığı, ruh halini etkilediği ve sedasyon sağladığı Lichttarafından 1946'da rapor edilmiştir (Akt: GÜNGÖR 2006).

Rivington 1987 yılında müziğin ilgi dağıtıcı özelliği üzerinde durmuştur. Hastanın anksiyetesinin azaltılmasında müziğin ilgi dağıtıcı özelliğinin kişiyi olumsuz düşüncelerden uzaklaştırdığını belirtmiştir. Aynı zamanda hayal kurmanın yaratıcı bir yetenek olduğunu ve müzikle stimüle edilebileceğini; bu tür terapötik yaklaşımların gerginliği ve olumsuz duyguları azalttığını bildirmiştir (Akt: Lindsay 1996). Yine Wells 1989'da mutluluk verici hayal kurmanın ağrıdan uzaklaşmada katiyoğunlaşmasını sağlayacağını müziğin anksiyete düzeyini azalttığını belirtmiştir (Akt: Stevens 1990). Whittal, zihinsel canlandırma sağlayan müziğin, gergin hastalarda rahatlatıcı etkiye sahip olduğunu savunmaktadır (Akt: Gauthier 1993).

Türkiye'de Osmanlı imparatorluğu döneminde terapi amacıyla müzik kullanılmıştır. Dr. Güvenç hasta olmayan bireylerde stresi azaltan ve gevşeme hali yaratan bir müzik geliştirmiştir. Bu müziğin temeli, Türk müziğinde bin yıldan fazla geçmişi olan "rast makamı"dır. Eski metinlerde bu makamın, başa, göze, ruh haline iyigeldiği yazılmıştır. Valsin ritmine benzeyen ritimli doğaçlama yoluyla icra edilen bu müzik, arka planda hiç aralıksız "akan su" şırlıtısıyla senkronize edilen müzik aletleriyle verilmektedir. Müziğin ritmi dakikada 60 tempodur (Akt: GÜNGÖR 1999, ÖRTER 2005). Bu şekilde düşük tempolu müzikler kişide rahatlamaya ve gevşemesine yardımcıdır. Parasempatik sinir sistemini uyarak arteriyel kan basıncında düşme, nabız ve solunum sayısında azalmaya yardımcıdır. Dakikada 100-120 atım gibi yüksek tempolu müzikler ise bireyde sempatik sinir sistemini uyarak tam tersi bir etki oluşturmaktadır (Coughan 1997).

Literatürde, dinletilecek müziğin hastaların kişilik ve kültürel yapıları ile sağlık durumları göz önünde bulundurularak seçilmesi gerektiği, seçilen bir müzik parçasının her hasta üzerinde farklı etkiler yaratabileceği, hangi müziğin hastayı rahatlatacağı veya gerginleştireceğini ancak hastanın karar verebileceği belirtilmektedir. Kullanılacak müziğin hastaya uygun seçilmemesinin ağrıya duyarlılığı artırabileceği, bu nedenle müziğin etkisinden en üst düzeyde yararlanabilmek için hastanın isteklerinin dikkate alınmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Good 1995, www.healthworld.com).

Yapılan çalışmalar sonucunda müzik dinleme / dinletmenin hastalar üzerindeki etkileri aşağıdaki gibi belirlenmiştir (Good 1995, Coughan 1997, Güngör 1999).

Müzik sembolik ve anestezi bir etkiye sahiptir. Bu etki sayesinde;

- Dikkati başka yöne çekerek hastaların kendilerini ağrıdan izole etmelerini sağlamak ve anksiyete, korku gibi ağrışıdiden arttıran duyguları azaltabilmekte,
- Cerrahi girişim öncesi anksiyetenin azaltılmasını ve bu sayede ağrı ve anksiyeteyle ilgili olası komplikasyonların gelişimini önleyerek iyileşmenin hızlandırılmasına katkıda bulunabilmekte,
- Otonom sinir sistemini etkileyerek ağrının kontrol edilmesinde önemli rol oynayan endorfinlerin salgılanmasını artırarak ağrının daha az algılanmasını ve analjezik ilaç gereksinimini azaltabilmekte,
- Strese karşı vücudun verdiği nöro-endokrin yanıtın etkisini azaltabilmekte, ayrıca parasempatik sinir sistemini aktive ederek katekolamin salgılarının azalmasıyla kan basıncı, nabız, solunum gibi fizyolojik yaşam bulgularının ve yine kardiyak aritmilerin normale dönmesine yardımcı olabilmekte,
- Müzik hastanın çevresi, ailesi ve sağlık bakım ekibi üyeleriyle iletişim kurmasına destek sağlayabilmekte,
- Kronik ağrılı hastalarda, mobilitiyi arttırmak, pozitif düşünce ve anlam kazandırma amacıyla kullanılabilir,
- Hastanın iyi olma duygusunu destekleyerek hastane ortamının daha olumlu görülmesini sağlayabilmekte,
- Duyusal ve entelektüel uyarımı sağlayabilmekte,
- Derin düzeyde gevşeme oluşturmayı tetiklediği sayesinde müzik, uykusuzluğu hafifletmede kullanılabilir,
- Hastaların kendi bakımlarına katılabilmelerine ve kendi kontrollerini ellerinde tutabilmelerine olanak sağladığından, hastalara otonomi kazandırabilmekte,
- Tüm hastalarda fiziksel ve emosyonel cevaplar yaratabilmesinin yanı sıra bazı hastalarda mistik duygular da oluşturabilmekte, bu durum da hastaların bilinç durumlarını etkileyerek kavramalarını kolaylaştırabilmekte,

- Özellikle yavaş ritimli müzikler kişinin rahatlamasını sağlayabilmekte, beynin sağ hemisferini ilgilendiren hissetme, imgeleme, rüyalar ve bilinçsizlik aktive edilebilmektedir (Good 1995, Güngör 1999, www.healthworld.com).

1.10.1. Müzik Dinlemenin Cerrahi Hastalarında Kullanılması

Geçmişten günümüze kadar yapılan araştırma sonuçları değerlendirildiğinde; cerrahi hemşireliğinde müzik dinleme kullanımının anksiyeteyi azaltmada destekleyici olduğu ve analjezik etkisi oluşturduğu görülmektedir. Müzik dinlemenin cerrahi hastası üzerindeki diğer terapötik etkileri şu şekilde sıralanabilir:

- Kullanılacak kimyasal anestezi /analjeziklerin miktarının daha az olmasını sağlar,
- Böylece bu ilaçların istenmeyen yan etkileri de azaltılmış olur,
- Hastanede kalış süresini kısaltır,
- Hastanın derlenmeden erken ayrılmasını sağlar,
- Müzik dinleme ameliyathanede uygulandığında çevredeki sesleri, gürültüyü baskılar,
- Cerrahi girişim sonrası dönemde kullanıldığında ağrıyı ve ağrıdan dolayı ortaya çıkan rahatsızlık ve huzursuzluk duygusunu azaltır. Bu nedenle ilk 48 saatte analjeziklerin daha az miktarda uygulanmasına olanak sağlar (Cirina 1994, Vural 2006).

1.10.2. Müzik Dinlemenin Yararları

Müzik dinleme, hastaların kendi düşüncelerinde doğru şekilde bakımların katılmalarına yardımcı olan ve bu sayede hastalara otonomi kazandıran bir gevşeme yöntemidir. Müzik dinleme, cerrahi girişim uygulanacak bireylerin anksiyetelerini azaltmada ve cerrahi girişim sonrası ağrının kontrol altına alınmasını sağlamada destekleyici olabilmektedir. Cerrahi girişim uygulanan hastalarda müzik dinleme, daha az anestezi ve analjezik ilaç kullanımına ve buna bağlı yan etkilerin azaltılmasına, cerrahi girişim sonrası ağrı ve anksiyeteye bağlı komplikasyonların önlenerek iyileşmenin hızlanmasına ve hastanede kalış süresinin kısaltılmasına katkıda bulunabilmektedir (www.healthworld.com). Müzik yüzyıllardır rahatlamayı sağlamak ve ağrıyı, anksiyeteyi azaltmak için kullanılmıştır. Müzik terapisinin de kalp hastalarındaki anksiyeteyi azaltmada ve rahatlamayı sağlamada etkili bir ilaçsız müdahale olduğu söylenebilir (Qiu ve ark. 2003).

1.11. Progresif Gevşeme Egzersizi ve Müziğin Cerrahi Hastalarında Kullanımı

Gevşemeyi sağlamada hastanın kendi bakımına katılmasını destekleyen, bağımsızlığını ve kendine güvenmesini sağlayan, rahat ve kolay uygulanabilen, aynı zamanda maliyeti düşük olan PGE ve müzik dinleme birlikte uygulanabilir. Anksiyete düzeyinin yüksek olduğu hastalarda cerrahi girişim öncesi dönemden başlayarak anksiyete düzeyi, ağrı algılama düzeyi ve analjezik kullanım miktarını azaltmak ve hastanede kalış süresini kısaltmak amacıyla gevşemenin sağlanmasında, hastanın konsantrasyonunu hızlandırarak düşünme yönteminin kolay uygulanmasını sağlamak için bu iki yöntemin birlikte kullanılmasının beklenen olumlu etkileri arttıracığı düşünülmektedir (Kreitzer ve ark. 2001).

Progresif gevşeme egzersizi; vücuttaki 16 kas grubunun (el, ön kol, üst kol, alın, yanak, burun, çene, boyun, göğüs, omuz, bel, karın, mide, kalça, baldır, ayak) önce kontraksiyonunun sonrasında ise gevşemesini sağlar. Bunun yanında PGE'nin amacı, mümkün olan en kısa zamanda, bireyin tüm bedenini gözden geçirerek bedenindeki gerginlikleri farketmesine, kaslarını kontrol edebilmesine ve bedenindeki gerginliği azaltarak gevşemiş duruma geçmesine yardımcı olmaktır. Gevşeme; anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesini sağlar. Gevşeme düşüncesi ve gerçek gevşeme, korteksi uyararak gerginliğin azalmasını sağlar (Vural 2006).

Psikiyatri hemşiresinin yer alabileceği psikoterapötik alanlardan biri de bilişsel-davranışçı terapilerdir. Bilişsel-davranışçı terapiler hastayı bilgilendirmeyi, tedaviye uyumu artırmayı, gerginliklerle baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Psikiyatri hemşiresi, hastanın yineleyen olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde, bilişsel-davranışçı terapi tekniklerini kullanabilir (Ünal 2005). Bilişsel-davranışçı terapiler hemşirelik süreci ile benzer bazı özelliklere sahiptir. Her iki yaklaşım da hasta merkezlidir, hemşire ve hasta arasında güçlü bir işbirliğini gerektirir. Bilişsel-davranışçı terapiler de hemşirelik sürecinde olduğu gibi araştırma kanıtlarına dayalı tedavi stratejilerini ve standardize edilmiş ölçme araçlarını kullanır. Bu özellikleriyle, hemşirelik bakımının terapötik etkinliğine önemli katkı yapabilir ve bireyin sağlıklı baş etme yanıtlarını artırmak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda kullanılabilir (Stuart 2001).

Gevşeme eğitimi; terapötik bir araç olarak gerilimi ve anksiyeteyi etkili bir şekilde azaltır. Tek başına kullanabildiği gibi, diğer bilişsel-davranışsal tekniklerle birlikte ya da destekleyici veya içgörü tedavisine ek olarak da kullanılabilir. Bireysel ya da grup olarak çalışılabilir. Temel dayanak noktası anksiyete ile ilgili kas gerginliğidir. Eğer kaslar gevşetilebilirse, anksiyete azalacaktır. Gevşeme egzersizleri ile parasempatik sinir sisteminin etkinliğinin arttığı bir durumun yaratılacağı ve anksiyete anında uyarılmış olan sempatik sinir sisteminin etkinliklerinde de bir gerileme sağlanabileceği düşünülmektedir. Tüm gevşeme işlemleri ritmik solunum, kas gerginliğinde azalma ve bilinçlilik durumunda değişimi içerir. Klinik deneyimler, gevşeme deneyimi ile ilgili bireysel farklılıkların olduğunu ileri sürmektedir(Stuart2001).

Gevşemenin fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtileri bulunmaktadır. Fizyolojik belirtiler; nabzın yavaşlaması, kan basıncının düşmesi, solunumun ve oksijen tüketiminin azalması, metabolik hızın yavaşlaması, pupil daralması, periferal dilatasyon, periferal sıcaklıkta artıştır. Bilişsel belirtiler; bilinçlilik durumunun değişmesi, salt bir zihinsel görüntü üzerine yoğunlaşmanın artması, pozitif öneriler için alıcılığın artmasıdır. Davranışsal belirtiler; çevresel uyaranlara ilgi ve dikkatin azalması, sözel etkileşimin olmaması, istemli pozisyon değişikliğinin olmayışı, edilgen hareketlerin olmasıdır(Stuart 2001).

Progresif gevşeme, bedenin tümünde gevşeme oluncaya kadar, kasların istemli, düzenli ve birbirini izleyen bir şekilde gerilme ve gevşemesini içerir. Bu teknik için hastanın rahat birkoltukta oturması ya da sırtüstü uzanması gereklidir. Hafif bir müzik ya da hoşnutluk verici görsel işaretlerin olması önemlidir. Egzersizlere başlamadan önce, gevşeme işlemleri açıklanmalıdır. Hasta derin bir nefes alarak ve yavaşça vererek eğitime başlar. Bunu germe egzersizleri izler. Hasta herkes grubunu yaklaşık 10 sn. gergin tutar, bu arada hemşire gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı hissetmesine yardımcı olur:

“Şimdi ellerinizdeki sıcaklığı fark edin.”

“Şimdi gerginliğin omuzlarınızdan aşağı süzülüp kaybolduğunu hissedin.”

Hasta ellerden başlayarak sırasıyla kollarını, omuz, göğüs ve ayağına kadar olan kas gruplarını çalıştırır(Stuart2001).

Bilişsel gevşeme, sözcükler yardımıyla zihinsel görüntüler oluşturarak yapılan bir gevşeme biçimidir. Huzur ve sakinlik veren manzaralardan oluşan zihinsel görüntülerle, kişinin gevşeme tepkileri artırılır(Yung ve ark.2004).

Progresif gevşeme, bilişsel gevşeme, otojenik eğitim ve biofeedback gibi teknikler sağlıkprofesyonellerinin (hemşire, psikolog gibi) uygulamalarında son 30 yıldır popüler olmuştur. (Yung ve ark. 2004).

Hemşirelerin gevşeme egzersizlerini ameliyat olacak hastalarda anksiyetenin ve ağrının azaltılması için kullandıkları görülmektedir(Barnason ve ark.1995, Black ve ark. 1993). Gevşeme egzersizleri kanser hastalarında bulantı, kusma ve yorgunluk gibi belirtilerin kontrolü için, zihinsel süreçleri ve davranışı değiştirmede kullanılan yaygın, etkili ve pahalı olmayan bir yöntem olup diyaliz hastalarında da kaygı düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir(Kim ve ark. 2004).

Hastaların her yerde ve her zaman bu egzersizleri kendilerinin yapabilmesi, onların kendi kapasitelerini kullanabilme becerisini geliştirmelerini sağlamaktadır(Yung ve ark.2002).

Kalp ve akciğer hastalıklarında anksiyete belirtileri sık görülür. Ayrıca kalbin sembolik anlamı kalbine müdahale edilecek hastalarda ölüm korkusunu, dolayısıyla preoperatif anksiyete riskini artırır (Pasnau ve ark. 1996). Preoperatif anksiyetenin derecesi tanıile tutulan organ ve sistem ile operasyonun zorluk ve risk derecesi ile hastanın buna ilişkin önyargılarıyla ilişkilidir. Hasta anksiyetesini sorulmadan söylemeyebilir. Mutlaka sorulmalıdır. Hatta endişeli olup olmadığı değil, endişelerinin ne olduğu sorulmalıdır. Bazı özgül fobiler bu şekilde ortaya çıkartılabilir. Endişenin beklenen bir duygu olduğunu söylemek, hastanın endişelerini dile getirmesini kolaylaştırır (Surman 1997). Anksiyeteli hastada en etkili yaklaşım güvence vermek ve psikolojik destek sağlamaktır. Önerilen yöntemler arasında operasyon öncesinde uygulanan gevşeme egzersizleri yer almaktadır(Cimilli 2005).

Stresin etkilerini ve kaygıyı azaltmayı, ilgiyi ağrıdan başka yöne çekmeyi, iskelet kası gerginliğini ve kasılmalarını hafifletmeyi ve uykuyukolaylaştırmayı içerdiği için son yıllarda gevşeme yöntemlerinin kullanımıkronik hastalığı olan bireylerin bakımının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Taylor ve ark. 1989, Lark 2001). Amerika Birleşik Devletleri'nde

1970 yıllarından beri bulantı/kusma, kaygı veya kemoterapinin yan etkilerini azaltmada gevşeme egzersizlerinin kullanılmakta olduğu ve olumlu etkilerinin saptandığı bildirilmektedir (Arakowa 1997). PGE Jacobson tarafından 1920'li yıllarda geliştirilmiştir (Baltaş ve Baltaş 1986, Akt: Arakowa 1997). PGE insan vücudundaki elden ayaklara kadar büyük kas gruplarının istemli olarak gerilmesini ve gevşetilmesini içeren bir egzersiz türüdür (Arakowa 1997). Gevşeme egzersizlerinin farklı hasta gruplarında kaygı düzeyini azalttığını saptayan birçok çalışma bulunmaktadır (Weber 1996, Rasid 1998, Molassiotis 2000, Lang 2000, Lark 2001, Cheung 2001, Chang 2003). Sağlık bakım profesyonelleri arasında özellikle hemşirelerin hastada var olan kaygının olası belirtilerini saptayarak ortaya çıkmasını önlemede, uygun davranışsal yöntemleri uygulayarak, gevşeme egzersizlerini ele almada ve hemşirelik bakımını uygulayarak sorunların giderilmesinde sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin, gevşeme egzersizlerini bakım planının bir parçası haline getirerek hastalara uygulamaları ve hastalar stres düzeyleri arttığı zaman bu egzersizleri uygulamaları konusunda eğitim vermeleri gerekmektedir.

Bu teknik Edmund Jacobson tarafından 1920'lerde geliştirilmiştir. Aşamalı gevşeme ile kişi kendi bedeni ile tanışır ve kaslarında gerilimin, gerginliğin nerelerde yerleştiğini görür ve kaslardaki gerginlik-gevşeme arasındaki farkı anlar (Karabulutlu 1999, Erdem 2000). Bu tekniğin en önemli özelliği kasların ayrı ayrı eğitilmesi, güç algılanan gerilim derecelerini fark ederek bunları elimine edecek gerekli kas kontrolüne hâkim olmaktır. Kasın gerginliği ne kadar yoğun olursa olsun, serbest bırakıldığında yaşanacak gevşeme de aynı ölçüde derin olacaktır. Bu teknik basittir, öğrenilmesi kolaydır ve etkilidir (McKay ve ark. 2004).

Ernst Gelhorn, çizgili kaslardaki liflerin, beynin retiküler sistemi denilen bir bölümüne büyük ölçüde sinir girdisi olduğunu, bunun da sempatik sinir sistemini uyularak stres, anksiyete, öfke gibi durumlarda ortaya çıkan fizyolojik tepkileri ürettiğini belirtir. Böylece kademeli gevşeme ile retiküler sisteme girdi sağlanabilirse sempatik sinir sisteminin aktivitesi azalacaktır. Yani savaş-kaç tepkisi yerini gevşeme-bırak tepkisine bırakacaktır. F.J. McGuigan derin kas gevşemesi esnasında tüm düşüncelerin yok olduğunu deneysel olarak göstermiştir (Lehrer ve ark. 1998).

Bu teknik ile kas gerginliği, stresin etkileri, ağrı, kaygı ve yorgunluk azalır, öfke kontrolü sağlanır, kan basıncı düşer, başışıklık artar ve uyku kolaylaşır. Bu gevşeme kişiye derin bir dinlenme, büyük bir tazelenme ve adeta yeniden doymuşluk duygusu verir ve günün bir

kısmını kendine ayırmış olmanın sağladığı yarar daözüğü artırır(Lehrer ve ark. 1998, Yıldırım 2005).

Egzersiz başarılı olabilmesi için;

- Dış çevreden gelen uyarıların mümkün olan en alt seviyede olması gerekir. Bunun içinloşışıklı, sakın, ne sıcak ne soğuk bir oda da rahat bir koltuğa oturarak veya sırt üstüyatarak yapılabilir (Karabulutlu2005).
- Bireyin kıyafetleri bol ve rahat olmalı, ayakkabı, gözlük, takı, takma diş varsa çıkartılmalıdır (Lehrer ve Carr 2007).
- Bedenin pozisyonu oturduğun da kollar yanda, baş, boyun, sırt ve ayaklardesteklenecek şekilde, uzanıldığında ise yine kollar yanda, baş ve ayaklar ince biryastıkla desteklenecek şekilde olmalıdır. Yan durulmamalı, kollar vücudun ya da başnaltında olmamalı, eller ya da parmaklar kavuşturulmamalı, bacak bacak üstüneatılmamalıdır (Erdem 2005, Yıldırım 2005).
- Genellikle çok tokken/açken ve ağır bir fiziksel egzersizden sonra uygulama yapılmasıönerilmez. Çünkü açlık ya da hazımsızlık bireyin dikkatini dağıtır. Kas yorgunluğu iseküçük gerginlikleri algılamayı önler (Lehrer ve Carr 2007).
- Uygulama sırasında uykuya dalınıyorsa, dirsekler dayanarak oturulur ve uygulama budurumda sürdürülür (Bursa 2000).

Psikolojik Hazırlık;

Hastalar cerrahi girişimin kendileri açısından gerekli / zorunlu olduğunu kabuletseler bile bu durumda da anksiyete kaçınılmaz olabilir. Bu dönemde yeterli psikolojikhazırlık yapılmaması hastanın cerrahi girişim stresine uyum gösterememesine,anksiyete düzeyinin yükselmesine, cerrahi girişim sonrası dönemde iyileşmenin gecikmesine ve komplikasyonlarınoluşmasına neden olabilmektedir. Bu nedenlerdendolayı cerrahi girişim öncesi dönemde psikolojik hazırlıkta hastanın kendini ifadeetmesine fırsat verilmeli, cerrahi girişimle ilgili gerekli açıklamalar yapılarak hastanınrahatlaması sağlanmalıdır (Güngör 1999, Mok 2003).

Planlı hazırlanmış ve yeterli düzeyde yapılacak psikolojik hazırlık;

- Anksiyeteyi gidermeye cerrahi girişim sırasında daha az anestetik, cerrahi girişim sonrasında isealgılanan ağrı şiddetininazalmasına, böylece kullanılan analjezik miktarınınazalmasına,
- Cerrahi girişim sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede normale dönmesine,

- Nöro-endokrin yanıtın kısılmasına,
- Cerrahi girişim sonrasında iyileşme süresinin hızlandırılmasına ve erken taburcu olmaya ve böylece maliyetin azaltılmasına yardımcı olacaktır(Güngör 1999, Mok 2003).

1.11.1. Hemşirelik Bakımı

Ruh sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde önemli rolü olan hemşirenin anksiyeteyi etkileyen faktörleri bilmesi ve tanınması gerekmektedir. Bunun için de anksiyete olgusu ile ilgili araştırmaların yapılmasına gereksinim vardır. Bu, özellikle kısa ve uzun vadeli bakım planı hedefinin oluşturulması için gereklidir.

Birey ve ailenin biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel yönlerinin tam ve etkili tanınması, hasta bakımının temelini oluşturur. Tanılama esnasında hemşire terapötik ilişki ve işbirliğini sağlar, tanıları belirler, sorunun şiddetini değerlendirir ve tedavi planını başlatır(Akt:Vural 2006).

1.11.2. Anksiyete ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Hemşire araştırmacılar, stresi ölçmekten çok varlığını düşünmeye, sağlıklı ve sağlıksız davranış ve anlayış ile stres arasındaki ilişkiyi ölçme yollarını aramaya çalışmışlardır(Gökdoğan 1989).

Ülkemizde yapılan hemşirelik araştırmalarında Velioğlu (1980) “Hemşirelerin Dolaysız Hemşirelik Bakımına Karşı Vaziyet Alışları” adlı araştırmasında, hemşire-hasta etkileşiminin niteliğinin, dolaysız hemşirelik bakımına karşı vaziyet alışlarının etkisinde olduğunu açıklamıştır(Akt: Gökdoğan 1989).

Pektekin (1981) “Hastaneye Kabulde Hastaların Anksiyetelerinin Ölçülüp Değerlendirilmesi” ile ilgili araştırmasında, hastalarla kurulacak iyi bir iletişim ve ilişkinin hastane yetkililerine karşı hastalarda güven duygusunu geliştireceğini ve anksiyetelerini azaltacağını vurgulamıştır (Pektekin 1981).

Kumve ark. (2000) “Yetişkin Cerrahi Hastalarında Anksiyete ve Korku” adlı araştırmasında, hastaneye ameliyat olmak için yatan hastaların anksiyete ve korkuyu temsil

eden davranış ve belirtilerini, özellikle ameliyattan önceki gecede açıkça gösterdiklerini ve hastalara ameliyata ilişkin bilgi verildiğinde, anksiyete belirtilerinde ve ifade ettikleri korkuda azalma olduğunu göstermiştir (Kum ve ark. 2000).

Gökdoğan (1989), “Endoskopi Öncesi Hastalarda Oluşan Anksiyeteye Eğitimin Etkilerinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi” adlı araştırmasında terapötik hemşirelik yaklaşımı alan hasta grubunda kontrol grubuna göre durumluluk anksiyetesinde çok ileri derecede anlamlı bir azalma olduğunu göstermiştir (Gökdoğan 1989).

Karakula'nın “Koronar By-Pass Ameliyatı Geçiren Hastalarda Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi” adlı araştırmasında, hastalara verilen bilgilendirici hemşirelik eğitiminin durumluluk süreklilik anksiyete puan ortalamasının azalmasını etkilediği saptanmıştır (Karakula 1999).

Dolu (2000), “Meme Biyopsisi Öncesi Hastaların Yaşadıkları Anksiyete ve Depresyonun Azaltılmasında Hemşirenin Rolü” başlıklı çalışmada meme biyopsisi yapılan hastalara meme hastalıkları konusunda uzmanlaşmış veya eğitim almış hemşireler tarafından hastaların işlem öncesi, esnası ve sonrasında bilgi gereksinimlerinin giderilmesinin durumluluk anksiyete düzeylerini azaltacağı vurgulanmıştır (Dolu 2000).

Agwu ve Okoye (2007), “Histerosalpingografi Uygulanan Hastaların Anksiyete Düzeyleri Üzerine Müziğin Etkisi” adlı çalışmalarında hastaların müzik dinlemenin durumluluk ve süreklilik kaygı puanlarının ve yaşam bulgularının değerlerini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Agwu ve Okoye 2006).

Buffum ve ark. (2006) “Vasküler Anjiyografi İşlemi Öncesi Anksiyete Azaltmada Müziğin Etkisi” adlı çalışmalarında hastaların müzik dinlemenin durumluluk ve süreklilik kaygı puanlarının ve yaşam bulgularının değerlerini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Buffum ve ark. 2006).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Bu çalışma, koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisinin belirlenmesi amacıyla “ön test-son test, kontrol gruplu desen” bir çalışma olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Türkiye'nin üçüncü büyük şehri olan İzmir, çağdaş, gelişmiş ve aynı zamanda bir ticaret merkezidir.

Atatürk'ün, “Bütün cihan işitsin ki efendiler, artık İzmir hiçbir kirli ayağın üzerinebasamayacağı kutsal bir topraktır.”diyerek önemini vurguladığı, İzmirli Herodot'un “Onlar kentlerini bizim yeryüzünde bildiğimiz en güzel gökyüzü ve en güzel iklimlerinde kurdular.” demekten kendini alamadığı, Aristo'nun İskender'e “Görmezsen eksik kalırsın!” diyerek uyardığı, Victor Hugo'nun onu hiç görmeden adına şiir yazıp “İzmir bir prenestir” diye övdüğü İzmir; sınır kenti ve farklı bölgelerin geçiş merkezi konumunda olan 4.005.459 kişilik nüfusu ile Türkiye'nin 3. büyük kentidir. Ege Denizi kıyısında adeta bir inci gibi salınan İzmir 8.500 yıllık geçmişi ile de büyük tarihi ve kültürel zenginliği barındırmaktadır.

İzmir; coğrafi konumu, kültürel ve tarihî zenginliği, metropol olması, farklı bölgeler arasında geçiş noktası olması dolayısıyla ulaşımın kolaylığı (hem deniz, hem kara, hem de hava ulaşımının kullanım kolaylığı ve rahatlığı), turizme uygun iklim yapısı, kültürel faaliyetlere ve sanat etkinliklerine müsait sosyal-kültürel yapısı, 629 kilometrelik kıyı uzunluğu ve bunun 101 kilometrelik bölümünün tamamen doğal plajları içermekte olması ile de farklı turizm çeşitlerine uygundur.

İzmir aynı zamanda farklı kültürlerin, yaşam tarzlarının, inançların (Müslüman, Hıristiyan, Musevi, Ermeni, Rum, vb. gibi) binlerce yıldır bir arada barış içinde yaşadığı bir hoşgörü şehri ve kavimler kapısıdır.

İzmir; Tepekule (Bayraklı), Symrna, Efes, Pergamon (Bergama), Teos (Sığacık), Lebedos (Ürkmez), Kyme (Aliağa), Allianoı (Yortanlı), Thyrea (Tire), Phokaia (Foça), Kolophon (Değirmendere), Erythrai (Çeşme), Klazomenai (Urla), Metropolis (Torbalı), Claros (Ahmetbeyli) ve Myrina (Aliağa) gibi tarihte hüküm sürmüş olan uygarlıkların yaşadığı topraklara ve gün yüzüne çıkmamış yaklaşık 36 uygarlık merkezinin miraslarına sahip binlerce yıllık yerleşim yeridir.

İzmir; tarihin her döneminde insan sağlığına hizmet etmiş dünyaca bilinen Agamemnon, Asklepion, Allianoı, Karakoç ve Çeşme-Şifne ılıca, vb. (19 Kaplıca) şifa merkezleri ile günümüzde de özellikle İskandinav ülkelerinden ve dünyanın her yerinden gelen ziyaretçilerine sağlıklı yaşam alternatiflerini sunan ve potansiyeli çok yüksek olan sağlık ve termal turizm merkezidir(<http://www.izmirkulturturizm.gov.tr>).

İzmir'de 1985 yılında 325 yatak kapasiteli olarak kurulan Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, günümüzde tescilli 1000 yatağa ulaşan kapasitesi ile bölge halkına nitelikli sağlık hizmeti vermeyi ilke edinmiştir.Kardiyoloji Ana Bilim Dalı yataklı tedavi ünitesi 18 Koroner yoğun Bakım Ünitesi ve 45 yataklı Kardiyoloji servisinden oluşmaktadır.

Kardiyoloji kliniğinde İnvaziv ve Noninvaziv olmak üzere başlıca 2 tetkik ünitesi bulunmaktadır.

İnvaziv tetkik ünitesi 2 anjiyo salonundan oluşmakta ve bu salonlarda yıllık ortalama 2500 civarında anjiyo, balon-stentleme işlemleri, 150 civarında kalp pili implantasyonu, 150 civarında EPS-Ablasyon işlemleri yapılmaktadır.2012-2013 yılları arasında anjiyografi ünitesinde 3500 anjiyo, balon-stentleme işlemleri, 120 kalp pili implantasyonu ve 200 Elektrofizyolojik çalışma-Ablasyon işlemleri yapılmıştır.

Noninvaziv tetkik ünitesinde ekokardiyografi, efor testi ve holter EKG tetkikleri yapılmaktadır(<http://hastane.deu.edu.tr>).

2.3. Araştırmanın Zamanı

Bu çalışma; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatmakta olan KAG ve PTKA hastalarına Eylül 2011 ve Haziran 2013 yılları arasında yapılmıştır.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ön test-son test, kontrol gruplu düzende gerçekleştirilen araştırmanın evrenini; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji servisinde 2011-2013 yılları arasında yatmakta olan KAG ve PTKA hastaları oluşturmuştur. Örneklemi çalışmaya alınma kriterlerine uygun 150 hasta oluşturmaktadır. Örneklem sayısı G-Power istatistik programına göre belirlenmiştir. Araştırmada örneklem büyüklüğü kota örnekleme yöntemine göre her bir grup için 50 olarak belirlenmiş ve 50 deney KAG, 50 deney PTKA ve 50 kontrol grubu olmak üzere toplam 150 hasta örnekleme alınmıştır. Kura yöntemi ile ayın tek günleri kontrol grubu, çift günleri ise deney KAG ve PTKA grubu olarak belirlenmiştir. Her üç grubun seçiminde araştırma ve müdahalenin güvenilir olması açısından yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi bireysel özelliklerin benzer olmasına özen gösterilmiştir.

Örnekleme alınan bireylerin tamamı araştırmaya katılmayı kabul etmiş olup, bireylere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu doldurulmuştur. Araştırmanın uygulama öncesinde bağımsız değişkenleri; durumluluk-süreklilik anksiyete, yaş, eğitim, medeni durum, cinsiyet ve meslek iken uygulama sonrası bağımsız değişkenleri; durumluluk-süreklilik anksiyetedir.

2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

2.5.1. Bireylerin Çalışmaya Alınma Kriterleri;

- Daha önce KAG ve PTKA uygulanmamış olma,
- 18 yaşından büyük olma,
- Bilinç açık, oryante ve koopere olma,
- Anksiyete belirtilerini baskılayan herhangi bir analjezik ya da anksiyolitik ilaç kullanmaması,
- Çalışmaya katılmaya istekli olma olarak belirlenmiştir.

2.5.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri;

- İletişimi engelleyecek düzeyde görme problemi olması,
- Zihinsel işlevlerinde yetersizlik olması,
- İşitme sorunu olmasıdır.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada araştırmacının hazırladığıKişisel Bilgi Formu,Yaşam Bulgularını Değerlendirme Formu,Durumluluk Kayđı Envanteri veSreklilik Kayđı Envanteri kullanılmıştır.

2.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda durumluluk vesreklilik anksiyete puanını en çok etkileyeceğidşnlen hastaların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim ve medenidurum gibi bireysel zelliklerinikapsayan sorulardan oluşmuştur.Toplam 5 sorudan oluşmaktadır. Soruların bazıları 5’li likert tipinde, bazıları evet/hayır şeklinedir(Vural 2006, İşkey 2008, Bradt 2009).

2.6.2. Yaşam Bulgularını Değerlendirme Formu

Bireylerin uygulama öncesi ve sonrası kan basıncı, nabız ve solunum değerlerini içermektedir.

2.6.3. Durumluluk Kayđı Envanteri

Bireylerin durumluluk kayđı düzeylerini saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan Durumluluk Kayđı Envanteri 20 maddeden oluşmaktadır. 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplandırmasını gerektirmektedir. Katılımcılar, envanterde yer alan her bir ifade için ‘‘hemen hiçbir zaman’’, ‘‘bazen’’, ‘‘oğu zaman’’ ya da ‘‘hemen her

zaman” seçeneklerinden kendilerine en uygun olanı işaretlemektedir. Envanterin maddelerinde iki tip ifade vardır: 1-Doğrudan (direkt) ifadeler, 2- Tersine dönmüş ifadeler. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları yansıtmaktadır. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerindekiler 1’e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadeler ise, 1 değerindeki cevaplar yüksek anksiyeteyi, 4 değerindekiler düşük anksiyeteyi gösterir. Durumluluk Kaygı Envanteri’nde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Durumluluk Kaygı Envanter’inde, 20 maddenin değerlendirilmesi yapılırken 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler için pozitif (toplam kaygı puanını arttıran), kalan maddeler içinse negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar verilmektedir. Değerlendirmede, her madde için 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilmekte olup elde edilecek toplam puana 50 eklenmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’dir. Hesaplanan toplam kaygı puanı ne kadar yüksekse envanteri dolduran kişinin kaygı düzeyi o kadar fazladır (Öner 1985).

2.6.4. Süreklilik Kaygı Envanteri

Bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Süreklilik Anksiyete Ölçeğinin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duyuyu, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman” (1), “bazen” (2), “çok zaman” (3) ve “hemen her zaman” (4) seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenir. Toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde yedi tane tersine dönmüş ifade bulunmakta olup bunlar: 21,26,27,30,33,36,39. maddelerdir. Doğrudan ifadelerin toplam puanından, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılarak süreklilik anksiyete ölçeğinin değişmez değeri olan 35 sayısı eklendiğinde bireyin süreklilik anksiyete puanı elde edilmektedir. Sonuçlar: 0-19 puan anksiyete yok, 20-39 puan hafif anksiyete, 40-59 puan orta derecede anksiyete, 60-79 puan ağır anksiyete, 80 puan panik olarak değerlendirilmektedir(Öner 1985).

Araştırmada hastaların yaşadıkları anksiyeteyi değerlendirmek için bu ölçeklerin seçilmesinin nedeni; ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak birçok araştırmada kullanılmış olmasıdır.

2.7. Ön Uygulama

Araştırma öncesi herhangi bir ön uygulama yapılmamıştır. Araştırmada kullanılan envanterlerin uygulamalarını gerçekleştirmek amacıyla uygulama yapılmadan önce gerekli kişi (hasta) ve kurumlardan izin alınmıştır.

2.8. Verilerin Toplanması

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve daha önce belirtilen araştırma kriterlerine uygun olan KAG ve PTKA hastalarına uygulama öncesi araştırma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Kişisel Bilgi Formu uygulanarak yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu ve medeni durum alınmıştır. Bireylerin Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulup, yaşam bulguları (solunum, nabız, kan basıncı) verilerinin tarafsız olması için kardiyoloji servisinde çalışan hemşire tarafından ölçülmüş olup araştırmacı tarafından yaşam bulguları formuna kaydedilmiştir. Bu işlemlerin tamamlanmasının ardından deney KAG ve deney PTKA grubunda yer alan hastalar işlem den 30 dk. önce kardiyoloji servisinde sessiz, temiz ve iyi aydınlatılmış bir odaya alınmıştır. Progresif Gevşeme Tekniklerinin öğretilmesi için Türk Psikologlar Derneğinin hazırladığı kaset dinletilip gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından kasetteki egzersizler yaptırılmıştır. Bireyler arasındaki bireysel farklılıklar göz önüne alınarak gerektiğinde tekrarlar yapılmış, soruları yanıtlanmış ve endişelerini paylaşmaları için fırsat verilmiştir. Daha sonra uzanır pozisyonda bireylere, rahat bir pozisyon almaları, müzik eşliğinde verilen gevşeme egzersizini yapmaları, işlemin sonucunun olumlu olacağını hayal etmeleri söylenmiştir ve kulaklık yoluyla PGE CD'si dinletilmeye başlatılıp isterlerse CD'nin sesine müdahale edebilecekleri; sesi açıp kapatabilecekleri, CD'yi durdurabilecekleri ve yeniden dinlemeye başlayabilecekleri iletilmiştir. Çalışmacı, bu süre içinde bireyin yanında konuşmadan ve müdahale etmeden bulunmuştur. Uygulama tamamlandıktan sonra araştırmacı bireyin kulaklığını çıkararak ameliyat önlüğü giymesine yardım etmiş ve servis hemşiresi tarafından damar yolu açılarak anjiyo salonuna gönderilmiştir. Uygulama sonrası hasta odasında bireylere tekrar Durumluluk- Süreklilik Kaygı Envanteri yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuş, yaşam bulguları servis hemşiresi tarafından ölçülerek bulgular araştırmacı tarafından Yaşam Bulgularını Değerlendirme Formu'na kayıt edilmiştir.

Kontrol grubundaki hastalara ise; çalışmanın amacı açıklanarak sözel veyazılı onamları alınmıştır. Bireylere hasta odasında işlemden 30 dk. önce Kişisel Bilgi Formu uygulanmış ve Durumluluk- Süreklilik Kaygı Envanteri yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuş, yaşam bulguları servis hemşiresi tarafından ölçülerek bulgular araştırmacı tarafından Yaşam Bulgularını Değerlendirme Formu'na kayıt edilmiştir.

Daha sonra işlem bitene kadar araştırmacı bireye yönelik herhangi bir müdahalede bulunmamıştır. İşlem tamamlandıktan sonra, hasta odasında Durumluluk- Süreklilik Kaygı Envanteri yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuş, yaşam bulguları servis hemşiresi tarafından ölçülerek bulgular araştırmacı tarafından Yaşam Bulgularını Değerlendirme Formu'na kayıt edilmiştir. Her üç gruba da işlem sonrasında PGE CD'si ve yazılı metni verilmiştir.

2.9. Araştırmada Kullanılan Progresif Gevşeme Egzersizleri CD'sinin İçeriği;

Derin gevşeme, stresli olaylardan sonra yaşadığınız gerginliklerin, bedeninize zarar vermesini önlemek için kullanabileceğiniz, spor ve uyku gibi fizyolojik ve psikolojik rahatlamayı sağlayan yöntemlerinden birisidir.

Gevşeme egzersizlerinin amacı, gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı göstermek ve nasıl gevşeyebileceğinizi öğretmektir.

Gevşeme egzersizlerinin 2 temel anahtarı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi doğru nefes alıp-verme, diğeri kaslarınızı iyice gevşetebilmektir.

Doğru nefes, diyafram nefesi denilen bir nefes türüdür ve gevşediğimiz zamanlarda ya da uykuda kendiliğinden ortaya çıkar. Havayı burnunuzdan soluduğunuz (çiçek kokları gibi) ve ağzınızdan verdiğiniz (mum üfler gibi) derin, sakin, ritmik bir nefestir. Nefes alma ve vermesinin birbirine eşit hızda olması gerekmektedir.

Şimdi, koltuğunuza rahat bir şekilde oturun ve gözlerinizi kapatın ve gevşeyebileceğiniz kadar gevşeyin.

Gevşeme oturumu sırasında insanın aklına bir sürü düşünce gelebilir. Bunların bazıları hoş, bazıları stres yaratıcı, bazıları eğitimin ne kadar iyi ya da ne kadar kötü gittiğine ilişkin düşünceler olabilir. Düşüncelerle savaşmayın, bunun yerine hiçbir düşünceye takılmadan, bu düşüncelerin hiçbir ağırlıkları yokmuş gibi serbestçe gitmesine izin verin, yaşadığınız gevşeklik duygularına yönelin.

Dikkatinizi egzersiz sırasında yapılması gerekenlere ve derin nefes almaya verdiğinizde bu durum kendiliğinden gerçekleşecektir. Derin gevşeme uykudan farklıdır, zihniniz uyanık ancak dingin olacaktır, oturumun bitiminde enerjinizin yenilendiğini göreceksiniz.

Egzersiz sırasında rahat oturun ve sıkmayan, bol kıyafetler giyin ve oturumdan önceki 1 saat içinde bir şey yememeye çalışın.

Şimdi kollarınızı iki yana sarkıtın ve bir yandan nefes alırken el kaslarınızı yumruk yaparak gerin, yumruklarınızı sıkın, sıkın, biraz daha böyle durun. Şimdi yumruklarınızı açın ellerinizin gevşemesine izin verin. El kaslarınızın ne kadar gevşek olduğunu ve ısınmaya başladığını fark etmeye çalışın. Burnunuzdan sakın ve kolay bir şekilde nefes alıp ağzınızdan verin.

Şimdi de ellerinizdeki gevşekliği bozmayarak, nefes alırken kollarınızdaki kasları da gerin, gerin, birkaç saniye daha durun, şimdi bırakın, kol kaslarınızın çözüldüğünü hissedin. Derin ve rahat bir şekilde nefes almayı sürdürün.

Her nefes verişinizde biraz daha gevşiyorsunuz, kollarınız gittikçe gevşiyor, elleriniz ve kollarınız şimdi tümüyle gevşedi, çok ağırlaştılar, ağırlıklarını hissediyorsunuz ve hareket ettirmek istemiyorsunuz. Burnunuzdan sakın ve kolay bir şekilde, nefes alıp, ağzınızdan verin.

Şimdi ellerinizdeki ve kollarınızdaki bu gevşekliği korumaya çalışırken, bir yandan da derin bir nefes alın ve omuzlarınızı yukarı doğru kaldırarak omuz ve boyun kaslarınızı gerin, biraz daha gergin durun ve bırakın.

Gerginliğin, omuzlarınızdan ve boynunuzdan uzaklaştığını hissedin. Bu şekilde sakın, rahat ve derin derin nefes almaya devam edin.

Kollarınız ve omuzlarınız öylesine gevşek ve ağır ki oynatmak istemiyorsunuz. Dikkatinizi bu huzurlu ve rahat duyguya yoğunlaştırın, nefesinizi kolay ve düzgün, her nefes verişinizde biraz daha rahatlıyorsunuz.

Şimdi derin bir nefes alın ve göğsünüzde tutun, göğsünüzdeki kasların gerildiğini fark edin, kaslarınızı gergin tutun, tutun ve bırakın.

Derin ve rahat bir şekilde nefes alıp vermeye devam edin. Göğüs kaslarınızın gerginliklerini atıp gevşediğinizi hissedin.

Şimdi dikkatinizi karnınıza yöneltin. Burnunuzdan derin bir nefes alıp, karnınızda tutun, tutun, karın kaslarınızın iyice gerildiğini fark edin, ağızınızdan nefesinizi verirken, bu kaslarınızı da bırakın.

Karın kaslarınızın iyice gevşediğini hissedin. Her nefes alışınızda bu nefesin bütün bedeninizi doldurduğunu hissedin. Her nefes verişinizde de bedeninizin merkezinden sıcak ve rahat bir duygu yayılıyor.

Şimdi dikkatinizi kalçalarınızdaki kaslara yöneltin. Derin bir nefes alıp, bu kasları gerin. Nefesinizi tutun ve kaslardaki gerginliği birkaç saniye sürdürün. Şimdi de bırakın, kalça kaslarınız iyice gevşesin ve oturduğunuz yerde iyice yayılsın.

Şimdi de bacaklarınızdaki kasları kasın. Bu kasların gerildiğini fark edin. Şimdi nefesinizi verirken, bu kasları da bırakın ve gevşemelerine izin verin ne kadar rahatladıklarına dikkat edin.

Şimdi de bacaklarınızı gevşek tutarak, ayaklarınızı öne doğru uzatın ayaklarınızdaki bütün kasları gerin, ayak parmaklarınızı da bükün ve bırakın.

Ayak parmaklarınızı düzeltin ve tamamen gevşemelerine izin verin, ayağınızdaki gerginliğin kaybolduğunu hissedin.

Şimdi dikkatinizi bedeninizin tümüne verin. Kollarınız, bacaklarınız ve bedeniniz tamamen gevşemiş durumda, tüm kaslarınızda ağır ve sıcak bir duygu var. Kollarınızda ve ellerinizde dolaşan sıcaklığı hissedin. Omuzlarınızın ve boynunuzun ne kadar ağırlaştığını hissedebilirsiniz.

Kaslarınız öylesine rahat ve gevşek ki hareket ettirmek istemiyorsunuz. Derin ve sakin bir şekilde nefes alıp verin. Her nefes verişte biraz daha gevşeyin.

Şimdi derin bir nefes alırken, yüzünüzdeki kasları gerin. Yüzünüzü iyice buruşturun, kaşlarınızı çatın, çenenizi kasın, yüzünüzdeki bütün kaslar gergin.

Şimdi bir seferde nefesinizi vererek, yüzünüzdeki bütün kasları gevşetin. Yüzünüzdeki derinin yayıldığını ve düzeldiğini fark edin.

Gözlerinizin çevresindeki kasların gerginlikten kurtulduğunu fark edin. Gevşekliğin ve rahatlığın yanaklarınızdan aşağı, çenenize doğru süzüldüğünü hissedin. Yüzünüzdeki bu sakin ve gevşek duygudan zevk alın. Alnınız düzgün ve serin.

Şimdi de derin bir nefes alırken, bütün bedeninizi kasın. Kollarınızı, omuzlarınızı, göğsünüzü, karnınızı, kalçalarınızı, bacaklarınızı ve ayaklarınızı, hepsini kasın, kasın ve bırakın.

Tüm bedeninizdeki kasları bırakın gevşesinler. Derin derin sakin bir şekilde, nefes alıp vermeyi sürdürün. Her nefes verişte, bedeninizdeki tüm kasların biraz daha gevşediğini fark edin.

Yüzünüz, alnınız, çeneniz, boynunuz, omuzlarınız, kollarınız, göğsünüz, karnınız, kalçalarınız, bacaklarınız, ayaklarınız, bedeninizin tümü büyük bir rahatlık içinde. İyice gevşemiş durumda.

Şimdi yeniden dikkatinizi, nefes alıp verişinize yoğunlaştırın. Burnunuzdan sakin ve kolay bir şekilde nefes alıp, ağızınızdan verin. Alıp verdiğiniz her nefeste, bedeniniz ve zihniniz gittikçe sakinleşiyor.

Her nefes alıp verişte biraz daha gevşiyorsunuz. O kadar güzel bir duygu ki kıpırdamak istemiyorsunuz. Tüm kaslarınız gevşek ve rahat. Nefesiniz sakin ve düzgün. Bütün bedeninizin sakin ve ağır olduğunu hissediyorsunuz. Bedeniniz gevşemekten oldukça hoşnut.

Bedeninizdeki her kasın ne kadar gevşek bir hale geldiğini hissedin. Çok derin bir gevşeklik durumu içindediniz. Yavaş ve sakin bir şekilde nefes alıp vermeye devam edin.

Tüm dikkatinizi bedeninizin her yanındaki bu ılık duyguya ve huzurla nefes alıp verişinize yöneltin. Nefes alın ve bırakın. Tamamen sakin ve gevşeksiniz.

Düşünceleriniz başka yerlere kayıyorsa, dikkatinizi yeniden bu huzur duygusu ve nefesiniz üzerine getirin. Eğer isterseniz nefes alıp verişlerinizi 1... 2... şeklinde sayabilirsiniz.

Şimdi bir süre daha, bu gevşeklik durumunun yarattığı duygu ve doyumları gözden geçirin. Bu duyguları daha sonra da hatırlayabilmek için, belleğinize yerleştirdiğinizden emin olun.

Şimdi de yavaş yavaş eski uyanıklık durumuna dönmeye başlayın. Gözleriniz hala kapalı. El ve ayak parmaklarınızı yavaş yavaş oynatın, kollarınızı ve bacaklarınızı hafifçe oynatın. Başınızı bir yandan, diğer yana çevirin. Yavaşça bedeninizi hareket ettirin.

Şimdi hiç acele etmeden gözlerinizi açın. Yine derin bir nefes alın ve bırakın. Bu süreçten yavaş yavaş çıkın ki bedeniniz vites değiştirme şansına sahip olsun, yavaşça ayağa kalkıp gerinerek bedeninizin normal aktivite düzeyine dönmesine yardımcı olabilirsiniz.

Artık tümüyle uyanıksınız ama yine de sakin ve gevşeksiniz. Bedeniniz enerji dolu, günlük işlerinize devam etmek için hazırsınız.

2.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows15.0 programı kullanılarak analiz edildi.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Yüzdellik Hesaplamalar, Ortanca, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra tekrarlı ölçümlerde Varyans Analizi ve One Way Anova testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler

- Klinikte PGE ve müzik dinletisinin uygulanabileceği özel bir alanın bulunmaması nedeniyle yöntemin algoloji asistan odasında yapılması,
- Özellikle invaziv girişim öncesinde hasta odalarında bir ile altı hastanın olması nedeniyle hastaya işlem öncesi uygulanan formların doldurulması sırasında zamanzaman odada gürültünün olması,
- Çalışmanın yapıldığı kurumda genel olarak hasta yoğunluğunun fazla olması, KAG ve PTKA olacak bireylerle diğer kalp hastalarının bir arada olması,
- Bu araştırma yalnızca DEÜ hastanesi kardiyoloji kliniğinde yapıldığı için diğer hastanelerde aynı girişim uygulanan hastalara genellenemez,
- Araştırmacı tarafından uygulama öncesi ve sonrası uygulanan ölçeklere araştırmacının kör olmaması.

2.12. Araştırmanın Olumlu Yönleri

- Hastaların çalışmaya istekli ve iletişimlerinde açık olmaları,
- Araştırmanın yürütüldüğü birimlerde sağlık ekibi üyeleri ile olumlu iletişim kurularak işbirliğinin sağlanması,
- Araştırmacının kardiyoloji kliniğinde çalışıyor olması nedeniyle hastalar çalışmaya katılmayı kabul etmiş olabilirler,
- Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığının verilerin toplanması için gerekli izni vermiş olması ve araştırmayı desteklemesi,
- Bu araştırmanın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma birimi tarafından desteklenmesi,
- Bireylerin veri toplama aşaması bittikten sonra da PGE'yi günlük yaşantılarında da uygulayacaklarını belirtmeleri,

- Araştırmacının DEÜ hastanesi kardiyoloji kliniğinde çalışıyor olması nedeniyle kliniğin olanaklarını kullanabilmesi,
- Mzık dinleme ve PGE'nin anksiyetenin giderilmesinde ucuz, etkili ve kolay uygulanabilir olması olarak sıralanabilir.

2.13.Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırma iinDokuz Eyll Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığından gerekli izin alınmıştır.
- Hastalara açıklama yapılarak kendi istekleriyle katılımı sağlanmıştır.
- Dokuz Eyll Üniversitesi Girişimsel olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na 2011 yılı Kasım ayında başvuru yapılmıştır. Etik kurul, PGE egzersizi CD'sinin verilmesi ve yazılı metninin yazılması yönünde öneride bulunmuştur. Yöntemde nerilen değişiklik düzenlenip tekrar etik kurula başvuruda bulunulmuştur ve29.12.2011 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır.

3. BULGULAR

Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisini araştırmak amacıyla planlanan bu çalışmadan elde edilen bulgular dört bölüm halinde verilmiştir.

Bölüm I.Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (Tablo 1,2,3,4).

Bölüm II.Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımları (Tablo 5,6).

Bölüm III.Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması (Tablo 7,8)

Bölüm IV.Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Hemodinamik Parametre Puanlarının Karşılaştırılması (Tablo9,10,11).

Bölüm I. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımları.

Tablo.1. Koroner Angiografi Uygulanan Deney Grubunun Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

| Bireysel Özellikler | | Koroner Angiografi Uygulanan Deney grubu | |
|---------------------|--------------------|--|-------------|
| | | n | % |
| Cinsiyet | Kadın | 14 | 28.0 |
| | Erkek | 36 | 72.0 |
| Yaş | 18-64 | 32 | 64 |
| | 65 ve üstü | 18 | 36 |
| Medeni Durum | Bekâr | 1 | 2.0 |
| | Evli | 46 | 92.0 |
| | Dul | 3 | 6.0 |
| Eğitim | İlkokul | 18 | 36.0 |
| | Ortaokul | 7 | 14.0 |
| | Lise | 13 | 26.0 |
| | Üniversite ve üstü | 12 | 24.0 |
| Mesleği | İşçi | 2 | 4.0 |
| | Memur | 3 | 6.0 |
| | Emekli | 35 | 70.0 |
| | Çiftçi | 0 | 0.0 |
| | Diğer | 10 | 20.0 |
| Toplam | | 50 | 100 |

Deney KAG grubundaki bireylerin %72'sinin (n=36) erkek olduğu; % 64'ünün (n=32) 18-64 yaş arası olduğu; %92'sinin (n= 46) evli olduğu; %36'sının (n=18) ilkokul mezunu olduğu; %70'inin (n=35) emekli olduğu bulunmuştur.

Tablo.2. Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Uygulanan Deney Grubunun Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

| Bireysel Özellikler | | Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti Uygulanan Deney Grubu | |
|---------------------|--------------------|---|-------------|
| | | n | % |
| Cinsiyet | Kadın | 19 | 38.0 |
| | Erkek | 31 | 62.0 |
| Yaş | 18-64 | 20 | 40.0 |
| | 65 ve üstü | 30 | 60.0 |
| Medeni Durum | Bekâr | 0 | 0.0 |
| | Evli | 43 | 86.0 |
| | Dul | 7 | 14.0 |
| Eğitim | İlkokul | 23 | 46.0 |
| | Ortaokul | 7 | 14.0 |
| | Lise | 14 | 28.0 |
| | Üniversite ve üstü | 6 | 12.0 |
| Meslek | İşçi | 1 | 2.0 |
| | Memur | 2 | 4.0 |
| | Emekli | 36 | 72.0 |
| | Çiftçi | 1 | 2.0 |
| | Diğer | 10 | 20.0 |
| Toplam | | 50 | 100 |

Deney PTKA grubundaki bireylerin %62'sinin (n=31) erkek olduğu; %46,9'unun (n=30) %60'nın (n=30) 65 yaş ve üstü olduğu; %86'sının (n=43) evli olduğu; %46'sının (n=23) ilkokul mezunu olduğu; %72'sinin (n=36) emekli olduğu bulunmuştur.

Tablo.3. Kontrol Grubunun Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

| Bireysel Özellikler | | Kontrol grubu | |
|---------------------|--------------------|---------------|-------------|
| | | n | % |
| Cinsiyet | Kadın | 18 | 36.0 |
| | Erkek | 32 | 64.0 |
| Yaş | 18-64 | 34 | 68.0 |
| | 65 ve üstü | 16 | 32.0 |
| Medeni Durum | Bekâr | 1 | 2.0 |
| | Evli | 47 | 94.0 |
| | Dul | 2 | 4.0 |
| Eğitim | İlkokul | 25 | 50.0 |
| | Ortaokul | 3 | 6.0 |
| | Lise | 11 | 22.0 |
| | Üniversite ve üstü | 11 | 22.0 |
| Meslek | İşçi | 2 | 4.0 |
| | Memur | 5 | 10.0 |
| | Emekli | 31 | 62.0 |
| | Çiftçi | 5 | 10.0 |
| | Diğer | 7 | 14.0 |
| Toplam | | 50 | 100 |

Kontrol grubundaki bireylerin,%64'ünün (n=32) erkek olduğu; % 68'nin (n=34) 18-64 yaş arası olduğu; %94'ünün (n=47) evli olduğu; %50'sinin (n=25) ilkokul mezunu olduğu; %62'sinin (n=31) emekli olduğu bulunmuştur.

Tablo.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Bireysel Özellikler | | Deney KAG grubu n (50) | | Deney PTKA grubu n (50) | | Kontrol grubu n (50) | | TOPLAM N(150) | | İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME | |
|---------------------|--------------------|------------------------|------|-------------------------|------|----------------------|------|---------------|------|-----------------------------|-------|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | X ² | P |
| Cinsiyet | Kadın | 14 | 28.0 | 19 | 38.0 | 18 | 36.0 | 51 | 34.0 | 1,248 | 0,535 |
| | Erkek | 36 | 72.0 | 31 | 62.0 | 32 | 64.0 | 99 | 66.0 | | |
| Yaş | 18-64 | 32 | 64 | 20 | 40 | 34 | 68 | 86 | 57.3 | 9.37 | 0.009 |
| | 65 ve üstü | 18 | 36 | 30 | 60 | 16 | 32 | 64 | 42.7 | | |
| Medeni Durum | Bekâr | 1 | 2.0 | 0 | 0.0 | 1 | 2.0 | 2 | 1.3 | 4.69 | 0.32 |
| | Evli | 46 | 92.0 | 43 | 86.0 | 47 | 94.0 | 136 | 90.7 | | |
| | Dul | 3 | 6.0 | 7 | 14.0 | 2 | 4.0 | 12 | 8.0 | | |
| Eğitim | İlkokul | 18 | 36.0 | 23 | 46.0 | 25 | 50.0 | 66 | 44.0 | 5,57 | 0,473 |
| | Ortaokul | 7 | 14.0 | 7 | 14.0 | 3 | 6.0 | 17 | 11.3 | | |
| | Lise | 13 | 26.0 | 14 | 28.0 | 11 | 22.0 | 38 | 25.3 | | |
| | Üniversite ve üstü | 12 | 24.0 | 6 | 12.0 | 11 | 22.0 | 29 | 19.3 | | |
| Meslek | İşçi | 2 | 4.0 | 1 | 2.0 | 2 | 4.0 | 5 | 3.3 | 9.87 | 0.274 |
| | Memur | 3 | 6.0 | 2 | 4.0 | 5 | 10.0 | 10 | 6.6 | | |
| | Emekli | 35 | 70.0 | 36 | 72.0 | 31 | 62.0 | 102 | 68.0 | | |
| | Çiftçi | 0 | 0.0 | 1 | 2.0 | 5 | 10.0 | 6 | 4.0 | | |
| | Diğer | 10 | 20.0 | 10 | 20.0 | 7 | 14.0 | 27 | 18.0 | | |

Araştırmamızda;her üç grup arasındayâş bireysel özelliği dışında diğer bireysel özellikler açısından istatistiksel olarak bir anlamlılık yoktur.

Bölüm II. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve sonrası durumluluk ve süreklilik kaygı puan ortalamalarının dağılımları (Tablo 5,6).

Tablo.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluluk Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Durumluluk Kaygı | Gruplar | | | F | p |
|---|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------|--------------|
| | Deney KAG (n:50) | Deney PTKA (n:50) | Kontrol (n:50) | | |
| Uygulama Öncesi ($\bar{x} \pm SD$) | 56,54±9,10 | 57,44±7,27 | 56,50±11,96 | 0,152 | 0,859 |
| Uygulama Sonrası ($\bar{x} \pm SD$) | 33,00±6,49 | 35±8,64 | 52,86±10,00 | 79,715 | 0,000 |

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve sonrası durumluluk kaygı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 5’te verilmiştir. Bireylerin girişim öncesi durumluluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken girişim sonrası deney grubundaki bireylerin durumluluk kaygı puan ortalamalarının kontrol grubundaki bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (F=0,152; p= 0,000). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla ileri analiz için Tukey HSD yapılmıştır. İleri analiz sonucunda farkın durumluluk kaygı puan ortalaması (52,86±10,00) yüksek olan kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo.6.Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Süreklilik Kaygı | Gruplar | | | F | p |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------|--------------|
| | Deney KAG (n:50) | Deney PTKA (n:50) | Kontrol (n:50) | | |
| Uygulama Öncesi ($\bar{x} \pm SD$) | 49,86 \pm 8,38 | 53,16 \pm 6,83 | 50,76 \pm 9,39 | 2.125 | 0,123 |
| Uygulama Sonrası ($\bar{x} \pm SD$) | 50,26 \pm 8,48 | 54,20 \pm 6,30 | 52,14 \pm 8,22 | 3,24 | 0,042 |

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 6’da verilmiştir. Bireylerin girişim öncesi sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Uygulama sonrası bireylerin sürekli kaygı puan ortalamaları arasında en yüksek puanın(54,20 \pm 6,30) deney PTKA grubunda ve istatistiksel açıdanda0,05 düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuştur(F=3,24; p=0,042). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ileri analizde Tukey HSD kullanılmıştır. İleri analiz sonucunda farkın süreklilik kaygı puan ortalaması yüksek olan kontrol grubundan kaynaklandığı bulunmuştur.

Bölüm III.Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması (Tablo 7,8).

Tablo.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluluk Kaygı Puanının Karşılaştırılması

| Durumluluk Kaygı | | Gruplar | | | | | | İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME | | | |
|---------------------|--------------------|------------------------|------|-------------------------|------|----------------------|------|-----------------------------|-------|-------|-------|
| | | Deney KAG grubu n (50) | | Deney PTKA grubu n (50) | | Kontrol grubu n (50) | | F | | P | |
| Bireysel Özellikler | | n | % | n | % | n | % | UÖ | US | UÖ | US |
| Cinsiyet | Kadın | 14 | 28.0 | 19 | 38.0 | 18 | 36.0 | 1,904 | 0,233 | 0,153 | 0,792 |
| | Erkek | 36 | 72.0 | 31 | 62.0 | 32 | 64.0 | | | | |
| Yaş | 18-64 | 32 | 37.2 | 20 | 23.3 | 34 | 39.5 | 0,025 | 0,943 | 0,975 | 0,392 |
| | 65 ve üstü | 18 | 28.1 | 30 | 46.9 | 16 | 25.0 | | | | |
| Medeni Durum | Bekâr | 1 | 2.0 | 0 | 0.0 | 1 | 2.0 | 1,282 | 0,011 | 0,283 | 0,998 |
| | Evli | 46 | 92.0 | 43 | 86.0 | 47 | 94.0 | | | | |
| | Dul | 3 | 6.0 | 7 | 14.0 | 2 | 4.0 | | | | |
| Eğitim | İlkokul | 18 | 36.0 | 23 | 46.0 | 25 | 50.0 | 0,691 | 0,918 | 0,657 | 0,484 |
| | Ortaokul | 7 | 14.0 | 7 | 14.0 | 3 | 6.0 | | | | |
| | Lise | 13 | 26.0 | 14 | 28.0 | 11 | 22.0 | | | | |
| | Üniversite ve üstü | 12 | 24.0 | 6 | 12.0 | 11 | 22.0 | | | | |
| Meslek | İşçi | 2 | 4.0 | 1 | 2.0 | 2 | 4.0 | 0,364 | 1,014 | 0,922 | 0,424 |
| | Memur | 3 | 6.0 | 2 | 4.0 | 5 | 10.0 | | | | |
| | Emekli | 35 | 70.0 | 36 | 72.0 | 31 | 62.0 | | | | |
| | Çiftçi | 0 | 0.0 | 1 | 2.0 | 5 | 10.0 | | | | |
| | Diğer | 10 | 20.0 | 10 | 20.0 | 7 | 14.0 | | | | |

Araştırmamızda;her üç grup arasında bireysel özellikler açısından uygulama öncesi ve uygulama sonrası durumluluk kaygı puanlarında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır.($p>0.05$)

Tablo.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bireysel Özelliklere Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Süreklilik Kaygı Puanının Karşılaştırılması

| Süreklilik Kaygı | | Gruplar | | | | | | İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME | | | |
|---------------------|--------------------|------------------------|------|-------------------------|------|----------------------|------|-----------------------------|-------|-------|-------|
| | | Deney kag grubu n (50) | | Deney PTKA grubu n (50) | | Kontrol grubu n (50) | | F | | P | |
| Bireysel Özellikler | | n | % | n | % | n | % | UÖ | US | UÖ | US |
| Cinsiyet | Kadın | 14 | 28.0 | 19 | 38.0 | 18 | 36.0 | 0,026 | 0,214 | 0,974 | 0,808 |
| | Erkek | 36 | 72.0 | 31 | 62.0 | 32 | 64.0 | | | | |
| Yaş | 18-64 | 32 | 37.2 | 20 | 23.3 | 34 | 39.5 | 0,137 | 0,914 | 0,873 | 0,403 |
| | 65 ve üstü | 18 | 28.1 | 30 | 46.9 | 16 | 25.0 | | | | |
| Medeni Durum | Bekâr | 1 | 2.0 | 0 | 0.0 | 1 | 2.0 | 1,591 | 0,610 | 0,194 | 0,609 |
| | Evli | 46 | 92.0 | 43 | 86.0 | 47 | 94.0 | | | | |
| | Dul | 3 | 6.0 | 7 | 14.0 | 2 | 4.0 | | | | |
| Eğitim | İlkokul | 18 | 36.0 | 23 | 46.0 | 25 | 50.0 | 1,421 | 1,225 | 0,211 | 0,297 |
| | Ortaokul | 7 | 14.0 | 7 | 14.0 | 3 | 6.0 | | | | |
| | Lise | 13 | 26.0 | 14 | 28.0 | 11 | 22.0 | | | | |
| | Üniversite ve üstü | 12 | 24.0 | 6 | 12.0 | 11 | 22.0 | | | | |
| Mesleği | İşçi | 2 | 4.0 | 1 | 2.0 | 2 | 4.0 | 0,643 | 1,407 | 0,720 | 0,207 |
| | Memur | 3 | 6.0 | 2 | 4.0 | 5 | 10.0 | | | | |
| | Emekli | 35 | 70.0 | 36 | 72.0 | 31 | 62.0 | | | | |
| | Çiftçi | 0 | 0.0 | 1 | 2.0 | 5 | 10.0 | | | | |
| | Diğer | 10 | 20.0 | 10 | 20.0 | 7 | 14.0 | | | | |

Araştırmamızda; Her üç grup arasında bireysel özellikler açısından uygulama öncesi ve sonrası süreklilik kaygı puanlarında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bölüm IV.Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Uygulama Öncesi Ve Sonrası Hemodinamik Parametre Puanlarının Karşılaştırılması (Tablo 9, 10,11).

Tablo.9. Bireylerin Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası Hemodinamik Parametre Puanlarının Karşılaştırılması

| | Uygulama Öncesi ($\bar{x} \pm SD$) | Uygulama Sonrası ($\bar{x} \pm SD$) | t | p |
|----------------|--|---|----------|----------|
| KAG | | | | |
| Sistol | 144,30±15,56 | 144,30±15,56 | 16,025 | 0,00 |
| Diastol | 83,98±10,34 | 83,98±10,34 | 8,983 | 0,00 |
| Nabız | 80,48±10,38 | 73,02±8,42 | 8,650 | 0,00 |
| Solunum | 23,04±1,00 | 20,44±0,83 | 19,858 | 0,00 |
| PTCA | | | | |
| Sistol | 133,62±14,83 | 133,62±14,83 | 12,740 | 0,00 |
| Diastol | 76,40±7,91 | 76,40±7,91 | 8,929 | 0,00 |
| Nabız | 76,00±9,77 | 76,00±9,77 | 9,464 | 0,00 |
| Solunum | 20,60±1,01 | 20,60±1,01 | 14,965 | 0,00 |
| Kontrol | | | | |
| Sistol | 139,66±15,41 | 149,70±18,68 | 6,532 | 0,00 |
| Diastol | 80,78±9,85 | 85,56±9,49 | 4,127 | 0,00 |
| Nabız | 77,34±12,18 | 81,10±11,38 | 4,213 | 0,00 |
| Solunum | 22,92±1,08 | 22,68±1,25 | 4,414 | 0,00 |

Uygulama sonrası deney KAG, deney PTKA ve kontrol grupları arasında hemodinamik parametrelere göre puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur.($p<0.05$).

Deney KAG grubunun uygulama öncesi yaşam bulgusu değerleri; SKB 144,30±15,56mmHg; DKB 83,98±10,34 mmHg; nabız 80.48±10,38 dk; solunum 23,04 ± 1,00 dk iken müzik dinletilerek yapılan PGE uygulamasından sonra SKB 144,30±15,56 mmHg; DKB 83,98±10,34 mmHg; nabız 73,02±8,42 dk; solunum 20,44±0,83 dk olarak bulunmuştur.

Deney PTKA grubunun uygulama öncesi yaşam bulgusu değerleri; SKB 153,62±18,93 mmHg; DKB 84,92±10,97 mmHg; nabız 80,48±10,38 dk; solunum 22,92±1,08 dk iken müzik dinletilerek yapılan PGE uygulamasından sonra SKB 133,62±14,83 mmHg; DKB 76,40±7,91795 mmHg; nabız 76,00±9,77 dk; solunum 20,60±1,01dk olarak bulunmuştur.

Kontrol grubunun uygulama öncesi yaşam bulgusu değerleri; SKB 139,66±15,41 mmHg; DKB 80,78 ± 9,85 mmHg; nabız 77,34± 12,18 dk; solunum 21,84 ± 1,33 dk iken uygulamadan sonra SKB 149,70± 18,68 mmHg; DKB 85,56 ±9,49 mmHg; Nabız 81,10±11,38 dk; Solunum 22,68 ± 1,25 dk bulunmuştur.

Tablo.10. Bireylerin Uygulama Öncesi Hemodinamik Parametre Puanlarının Karşılaştırılması

| | Deney KAG grubu n(50) | | | | Deney PTKA grubu n(50) | | | | Kontrol grubu n(50) | | | | F | P |
|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------|-------|---------------------------|--------|--------|-------|------------------------|--------|--------|-------|-------|--------------|
| | Min | Max | Ort | SS | Min | Max | Ort | SS | Min | Max | Ort | SS | | |
| Sistolik Kan Basıncı (mmHg) | 110,00 | 180,00 | 144,30 | 15,56 | 100,00 | 200,00 | 153,62 | 18,93 | 100,00 | 170,00 | 139,66 | 15,41 | 9,04 | 0,00 |
| Diastolik Kan Basıncı (mmHg) | 60,00 | 110,00 | 83,98 | 10,34 | 60,00 | 102,00 | 84,92 | 10,97 | 60,00 | 100,00 | 80,78 | 9,85 | 2,18 | 0,117 |
| Nabız(dk) | 56,00 | 96,00 | 80,48 | 10,38 | 56,00 | 96,00 | 80,48 | 10,38 | 55,00 | 98,00 | 77,34 | 12,18 | 4,08 | 0,019 |
| Solunum(dk) | 22,00 | 24,00 | 23,04 | 1,00 | 20,00 | 24,00 | 22,92 | 1,08 | 20,00 | 24,00 | 21,84 | 1,33 | 16,52 | 0,000 |

Uygulama öncesi deney KAG, deney PTKA ve kontrol grupları arasında olguların hemodinamik parametrelere göre puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sistolik kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($F=9,04, p=0,00$; $F=4,08, p=0,019$; $F=16,522, p:0,000$) diastolik kan basıncı açısından ise anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($F=2,18$; $p=0,117$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ileri analizde Tukey HSD kullanılmıştır. İleri analiz sonucunda sistolik kan basıncı ve nabız değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı olması sistolik kan basıncı ve nabız puanları yüksek olan deney PTKA grubundan kaynaklandığı bulunmuştur. Solunum sayısının istatistiksel olarak anlamlı olması ise solunum puanları yüksek olan deney KAG ve deney PTKA gruplarından kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo.11. BireylerinUygulama Sonrası Hemodinamik Parametre Puanlarının Karşılaştırılması

| | Deney KAG grubu n(50) | | | | Deney PTKA grubu n(50) | | | | Kontrol grubu n(50) | | | | F | P |
|------------------------------------|--------------------------|--------|--------|-------|---------------------------|--------|--------|-------|------------------------|--------|--------|-------|--------|--------------|
| | Min | Max | Ort | SS | Min | Max | Ort | SS | Min | Max | Ort | SS | | |
| Sistolik Kan Basıncı(mmHg) | 110,00 | 180,00 | 144,30 | 15,56 | 90,00 | 170,00 | 133,62 | 14,83 | 100,00 | 200,00 | 149,70 | 18,68 | 34,295 | 0,000 |
| Diastolik Kan Basıncı(mmHg) | 60,00 | 110,00 | 83,98 | 10,34 | 60,00 | 90,00 | 76,40 | 7,91 | 60,00 | 100,00 | 85,56 | 9,49 | 26,644 | 0,000 |
| Nabız(dk) | 60,00 | 88,00 | 73,02 | 8,42 | 60,00 | 96,00 | 76,00 | 9,77 | 58,00 | 98,00 | 81,10 | 11,38 | 8,457 | 0,000 |
| Solunum(dk) | 20,00 | 22,00 | 20,44 | 0,83 | 20,00 | 24,00 | 20,60 | 1,01 | 20,00 | 24,00 | 22,68 | 1,25 | 71,202 | 0,000 |

Uygulama sonrası deney KAG, deney PTKA ve kontrol grupları arasında hemodinamik parametrelere göre puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. (F=34,30, p= 0,000; F=, 26,64, p= 0,000; F=8,45, p:0,000; F: 71,20, p=0,000).Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ileri analizde Tukey HSD kullanılmıştır. İleri analiz sonucunda sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, nabız ve solunum değerlerindeki bu farkın deney KAG ve deney PTKA gruplarından kaynaklandığı bulunmuştur.

4.TARTIŞMA

Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemleri öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisini araştırmak amacıyla planlanan bu çalışmadan elde edilen bulgular dört bölüm halinde tartışılmıştır.

Bölüm I. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımlarının Tartışılması

Deney KAG grubundaki bireylerin %72'sinin (n=36) erkek olduğu; %64'ünün (n=32) 18-64 yaş arası olduğu; %92'sinin (n= 46) evli olduğu; %36'sının (n=18) ilköğretim mezunu olduğu; %70'inin (n=35) emekli olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Deney PTKA grubundaki bireylerin %62'sinin (n=31) erkek olduğu; %60'nın (n=30) 65 yaş ve üstü olduğu; %86'sının (n=43) evli olduğu; %46'sının (n=23) ilköğretim mezunu olduğu; %72'sinin (n=36) emekli olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Kontrol grubundaki bireylerin %64'ünün (n=32) erkek olduğu; %68'nin (n=34) 18-64 yaş arası olduğu; %94'ünün (n=47) evli olduğu; %50'sinin (n=25) ilköğretim mezunu olduğu; %62'sinin (n=31) emekli olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Her üç gruptaki bireylerin çoğunun erkek (deney grubu %72, deney PTKA %62, kontrol %64) olduğu görülmektedir. KAH'ın en fazla erkeklerde görüldüğü belirtilmektedir (Karayurt 1998, Wong ve ark 2001, Wilson 2006). KAH ile ilgili yapılan çalışmalarda da erkek hasta sayısının yüksek olduğu bulunmuştur (Voss ve ark.2004, Wong ve ark. 2001, Wilson 2006). Fitzimon ve arkadaşları (2003) çalıştığı KAH hastalarının %84'ünü, Doering ve arkadaşları (2000) %79'unu, erkek hastaların oluşturduğunu bulmuş olup; bizim çalışma bulgumuz ile bu çalışmalar arasında cinsiyet açısından bir paralellik vardır.

Kardiyovasküler hastalıklarda birinci sırayı koroner arter hastalıkları almaktadır. Koroner Arter Hastalığı (KAH), kalbin etrafını çevreleyerek kalp kasını besleyen koroner arterlerin tıkanıklığı veya daralmasıdır. KAH mortalite ve morbidite açısından değerlendirildiğinde; en önemli hastalıklardan olup 40 yaş ve sonrası ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (Onat A.1999, Gökğündüz Ö 2005). KAH 40 yaştan önce daha az

görülmekle birlikte, yaşın ilerlemesiyle daha sık ortaya çıkan bir sağlık sorunudur. Yaşın ilerlemesi KAH'nın temel nedeni olan ateroskleroz oluşumunu hızlandıran önemli bir risk faktörüdür. Toplumumuzda 45-74 yaş arasında olan koroner kökenli ölümler karşılaştırıldığında, Avrupa ülkeleri arasında en yüksek seviyelerdedir (Özcan 1997). Araştırmamızın bulguları bu bilgilerle uyumludur.

Araştırmaya alınan bireylerin tamamına yakınının evli (deney KAG %92, deney PTKA %86, kontrol 94) olduğu görülmektedir. Literatürde tanı ve tedaviye uyumda sağlık profesyonellerinin yanı sıra aile ve özellikle eş desteğinin önemli olduğu vurgulanmakta, bireylerin kaygılarını öncelikle aileleriyle paylaştıkları, bunun da anksiyete düzeyini ve işlemin tercih edilme olasılığını etkileyebileceği belirtilmektedir (Akkas-Gürsoy 2001, Eti-Aslan 1997, Grene 2000, Kim ve ark. 1999).

Çalışmamızda her üç gruptaki bireylerin eğitim durumlarının benzerlik gösterdiği, bireylerinin çoğunluğunun ilkökul (deney KAG %36, deney PTKA %46, kontrol %50) olduğu saptanmıştır. Bu bulgular çalışmaya alınan bireylerin homojen olduğunu yansıtmaktadır. Ayrıca, bu bulgular ülkemizdeki eğitim profiline uygundur.

Bal'ın (2002) araştırmasına göre, bireylerin işlem öncesi anksiyete puan ortalamalarına bakıldığında, yüksek okul ve üniversite mezunlarının en düşük anksiyeteye sahip oldukları görülmüş ancak, eğitim düzeyine göre istatistikî açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Bal, eğitim düzeyi ve anksiyetenin ters orantılı oluşunu; yüksek eğitilmiş hastaların anksiyete ve baş etme mekanizmalarını kullanmada daha ilgili, yeni bilgilere daha açık ve uyumlu olmaları şeklinde açıklamıştır. Buna göre, bireysel özellikleri ne olursa olsun, bireyin kendisini tehdit eden herhangi bir durum karşısında anksiyete yaşadığı, dolayısıyla hemşirelerin endoskopi ünitesine gelen tüm hastaların anksiyetesini belirleyip, gerekli hemşirelik yaklaşımını göstermeleri gerektiği söylenebilir.

Bireylerin meslek durumları incelendiğinde, her üç gruptaki bireylerin çoğunun emekli (deney KAG %70, deney PTKA %72, kontrol %62) olduğu bulunmuştur. Diğer bazı çalışmalarda ise meslekle ilgili olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Koch ve ark 1998, Wang ve ark. 2002, Binek ve ark. 2003, Andrada ve ark. 2004, Ferguson ve Voll 2004.).

Araştırmamızda; Deney ve kontrol grupları arasında bireysel özellikler açısından yaş bireysel özelliği dışında diğer bireysel özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4).

Bu bulgu araştırmaya katılan bireylerin bireysel özelliklerinin birbirine benzer olması açısından önemlidir. Bu durum deney ve kontrol grubundaki bireylerin birbirlerine benzediğini ve homojen olduğunu göstermektedir. Bu da araştırma müdahalesinin yanlılığını azaltmakta ve sonuçların güvenilirliğini arttırmaktadır. Yaştaki anlamlılığın nedeni olarak ise değişen teknoloji dolayısıyla KAG ve PTKA uygulamasına artık 18 yaşından itibaren bireylerin alınmaya başlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü kliniğimizde hastalardaki kalp hastalığını atlamamak için en ufak bir göğüs ağrısında ya da KAH düşündürecek bir belirtide KAG ve PTKA işlemi uygulanmaktadır. Ülkemizde kalp hastalıklarının görülme yaşının düşmeye başlamış olması da bunda etkili olmuş olabilir.

Bölüm II. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve sonrası durumluluk ve süreklilik kaygı puan ortalamalarının dağılımlarının tartışılması (Tablo 5,6).

Bireylerin girişim öncesi durumluluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken girişim sonrası durumluluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=0,152$; $p=0,000$) (Tablo 5).

Durumluluk kaygı puanı o anki işlem ya da duruma ilişkin kaygıyı gösterir. Araştırmada deney KAG, deney PTKA ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi durumluluk anksiyete puan ortalaması, deney KAG grubunda $56,54 \pm 9,10$, deney PTKA grubunda $57,44 \pm 7,27$ ve kontrol grubunda $56,50 \pm 11,96$ olarak bulunmuştur (Tablo 5). Her üç grubun uygulama öncesi anksiyete puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Anjiyografi PTKA invazif bir tanılama yöntemi olup ağrı, bilinmezlik korkusunun yanı sıra, kalp gibi yaşamsal önemi olan bir organla ilgili olması, ölümü anımsatan bir hastalığı (KAH) araştırmaya yönelik olması bu nedenle de olumsuz bir sonuçla karşılaşma olasılığının bulunması sorunlarını içeren kaygı verici bir uygulamadır.

Bireylerin uygulama öncesi anksiyete düzeylerinin yüksek olması bu durumlarla ilişkilendirilebilir.

Koroner arter hastalarında anksiyete ve depresyonun etkilerinin incelendiği bir çalışmada; akut kardiyak sorun yaşayan hastalarda anksiyetenin yaygın olarak görüldüğü, myokard enfarktüsünden sonra mortalite riskinin üç kat fazla olduğu, beş yıldan sonra tekrar enfarktüs geçirme riskinin iki kat fazla olduğu ve ani kardiyak ölüm riskinin arttığı belirlenmiştir(White 1999).Yine bu hastalarda majör depresyon insidansının yaklaşık %25 olduğu ve myokard enfarktüsünden sonra ortaya çıkan majör depresyonun hem yaşam kalitesi hem de sürdürülen tedavi ve terapiler üzerinde olumsuz etkileri olduğu ve mortalite riskini dört kat arttırdığı belirtilmektedir(Kuğuoğlu 2006).

Bu çalışmamızın sonucu ile paralellik göstermektedir.Literatürde, invazif girişimler öncesi anksiyete düzeyleri yüksek olan hastaların girişim sırasında kan basıncı değerlerinin yüksek olduğu, daha fazla anestezi kullanılması gerektiği ve %53'ünde anksiyeteye bağlı komplikasyonların geliştiği belirtilmektedir(Karayurt 1998, Abrahamov ve ark. 2006).

Cerrahi girişim uygulanan hastaların ağrı ve anksiyete nedeniyle yaşadıkları bu sorunlar ve komplikasyonlar, onların gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan bakım planı ve uyumlu ekip çalışması ile en aza indirilebilir. Hastane ortamında sürekli olarak hastayla iletişim içinde olması nedeniyle bu bakımı sağlayacak en uygun kişihemşiredir. İnvaziv tanı işlemleri öncesi hastanın fiziksel ve psikolojik hazırlık ve bakımı ile hasta eğitimini içeren nitelikli bir bakımın girişimden sonra iyileşmeyi hızlandıracağı ve olası komplikasyonları önleyeceği düşünülmektedir (Salmon 1993).

Çalışmada, deney KAG ve deney PTKA gruplarının uygulama öncesi durumluk kaygı puanları sırasıyla (56,54±9,10; 57,44±7,27) iken müzik eşliğinde yapılan PGE uygulamasından sonra deney KAG, deney PTKA gruplarının durumluk kaygı puanlarının (33,00±6,49;35±8,64) düştüğü saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 5).

Anksiyete bireyde kalp hızını, kan basıncını, vücut ısısını ve solunum hızını yükselten, kişin ağrısını düşüren ve buna bağlı işlem sonrası analjezik gereksinimini artıran ve komplikasyon gelişme sonuçları olan bir sorundur. Budoğrultuda yapılan

çalışmalar müziğin anksiyete ve ağrı üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir (Beck 1991, Good 1995, Lark 2001, Chase 2003, Buffum 2006, Ferrer 2010).

Bu bulgular, işlemden 30 dk önce müzik eşliğinde yapılan PGE uygulamasının bireylerin anksiyete düzeyini ileri düzeyde azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Koroner anjiyografi işlemi ile ilgili olarak çalışmamıza benzer yurt dışında bir çalışmaya rastlanmıştır. Buffum (2006) ve arkadaşlarının, müziğin anjiyografiden önce bireylerin anksiyete düzeyini azaltma; ayrıca kan basıncı, nabız, solunumları üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada, yalnız işlem süresince 15 dk boyunca müzik dinleyen bireylerin durumluluk anksiyete puan ortalaması 38.57'den 35,2'e düşmüş ve nabız sayısı da azalmıştır. Müzik dinlemeyen kontrol grubundaki bireylerde ise anksiyete düzeyi ancak 36.23'den 35,1'e düşmüştür.

Chlan ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir çalışmada müzik terapisinin fleksibl sigmoidoskopi yapılan hastalardaki anksiyete, rahatsızlık ve memnuniyete olan etkisi incelenmiş, sonuçta müzik grubundaki hastaların daha az anksiyete ve rahatsızlık duydukları belirlenmiştir.

Salmore ve Nelson (2000) ayaktan gastrointestinal endoskopi için gelen hastalarda işlem öncesinde uygulanan gevşeme teknikleri ve müziğin anksiyeteye etkisini incelemiş ve deney grubundakilerin anksiyete seviyelerinin daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Uedo ve arkadaşları (2004) kolonoskopi hastalarına dinletilen müziğin kortizol seviyesine olan etkisini incelemiş ve müziğin korku, stres ve kortizol salınımındaki değişiklikleri azalttığını bildirmişlerdir.

Chan ve arkadaşlarının (2003) müziğin kolonoskopi yapılan hastaların ağrı ve anksiyete düzeyine olan etkisini inceledikleri çalışmada, müzik dinletilen grubunun ağrı ve anksiyete düzeyi, müzik dinletilmeyen gruba göre düşük bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ifade edilmiştir. Müziğin kalp hastalarında anksiyete düzeyine etkisini inceleyen bir çalışmada; Cunningham (1985), 12'si Myokard infarktüsü (MI) 12'si diğer kalp problemleri olan 24 hasta grubuna 37 dakikalık karışık klasik müzik dinletilerek bireylerin anksiyete düzeyine etkisi incelenmiştir ve sonunda müzik dinleyen

bireylerde istatistiksel olarak önemli fakat klinik olarak önemsiz değişimler olduğunu belirtmiştir (Akt: İşkey 2008).

Akut MI tanısı alan 80 hasta'nın örnekleme alındığı deneysel bir çalışmada, müzik ve gevşeme yöntemleri uygulanan deney grubundaki bireylerde anksiyete ve stresin azaldığı saptanmıştır(Kim ve ark. 1999).

Bireylerin uygulama öncesi sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Uygulama sonrası bireylerin sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan 0,05 düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3,24; p=0,042). (Tablo 6).

Süreklilik kaygı ölçeği; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsızolarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler. Spielberg ve arkadaşları(1985) süreklilik ve durumluluk anksiyete puanları arasında ilişki olduğunu, süreklilik anksiyete düzeyi yüksek bireylerin durumluluk anksiyete düzeylerinin de yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Spielberg ve ark. 1985).

Sürekli kaygı düzeyi bireyin sadece mevcut durumundan değil, yaşam şekli, kişiliközelliği gibi koşullardan da etkilenir. Durumluluk-süreklilik kaygı kuramında ileri sürülengörüşlerde de; durumluluk kaygının anjiografi ve PTKA gibi stresli bir yaşam olayındadeğişebileceği, buna karşın bir kişilik özelliği olarak kabul edilen sürekli kaygınındeğişmeyeceği vurgulanmaktadır (Spielberg ve ark. 1985).

Bu çalışma bulgularına rağmen çalışmamızda, deney KAG ve deney PTKA grubundaki bireylerin işlemden sonra süreklilik anksiyetedüzeylerinin 0,05 düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda kontrol grubundaki bireylerindurumluluk anksiyete puanlarında olduğu gibi süreklilik anksiyete puanlarının azalmasının nedeni işlem öncesi araştırmacının hastanın yanında olması, işlemle ilgili bilgi vermesinin bir sonucu olduğu düşünülebilir.Bu nedenle müzik dinleme, PGE ve destekleyici yaklaşımKAG ve PTKA işlemi olacak hastalara uygulanmalıdır.

Bölüm III. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Puanlarının Tartışılması (Tablo 7,8).

Araştırmada her üç grup arasında bireysel özellikler açısından uygulama öncesi ve uygulama sonrası durumluluk kaygı puanları açısından istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 7).

Alanyazın çalışmaları incelendiğinde bu bulgumuzu destekleyen herhangi bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Bu bulgunun nedeni daha önceki bulgularımızdan olan araştırmaya alınan örneklem grubunun bireysel özelliklerden olan yaş dışında diğerlerinin benzer nitelikte olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bulgularımızın tersine Akdağ (2001), Dereli (1992) ve Günaydın'ın (1998) yapmış oldukları çalışmalarda kadınların erkeklere oranla kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Koca'nın (1998) yapmış olduğu çalışmada ise durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri evlilerde daha yüksek bulunmuşken, bu çalışmayla benzer şekilde Güneş'in (2001) yapmış olduğu çalışmada evli bireylerin durumluluk- sürekli kaygı düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

Uzun ve arkadaşları (2008) 88 hastayla yaptıkları çalışma da süreklilik kaygı düzeyini; bayan hastalarda, ekonomik seviyesi düşük olan hastalarda, obez hastalarda, eskiden kardiyak kateterizasyon olmayan hastalarda, kronik kalp hastalığı olmayan hastalarda, ailesinde hiç kalp kateterizasyonu geçirmiş olmayan hastalarda, kalp kateterizasyonundan sonra ne olacağını bilmeyen hastalarda, kalp hastalığından dolayı ilk defa hastanede yatan hastalarda, kalple ilgili bir sıkıntısı olmayan medikasyon gören hastalarda daha yüksektir.

Qasimi (2007) 61 hastayla yaptığı çalışmada hastaların bireysel özelliklerine göre anksiyete puan ortalamaları karşılaştırdığında, sadece yaş bireysel özelliği ile durumluluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Süreklilik anksiyete puan ortalamaları ile yaş bireysel özelliği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Gökdoğan'ın (1989) “Endoskopi öncesi hastalarda oluşan anksiyeteye eğitimin etkilerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi” başlıklı çalışmasında, sürekli anksiyete puan ortalaması, okuma-yazma bilmeyen ile okuma-yazma bilen grupta, orta ile yükseköğrenim düzeyinde eğitim alan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada her üç grup arasında bireysel özellikler açısından uygulama öncesi ve sonrası süreklilik kaygı puanlarında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır(Tablo8).

Alanyazın çalışmaları incelendiğinde bu bulgumuzu destekleyen herhangi bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Bu bulgunun nedeni de daha önceki bulgularımızdan olan araştırmaya alınan örneklem grubunun bireysel özelliklerden olan yaş dışında diğerlerinin benzer nitelikte olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bölüm IV. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve sonrası hemodinamik parametre puanlarının karşılaştırılması (Tablo 9, 10,11).

Uygulama öncesi deney KAG, deney PTKA ve kontrol grupları arasında bireylerin hemodinamik parametrelere puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sistolik kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($F=9,04$, $p=0,00$; $F=4,08$, $p=0,019$ $F=16,522$; $p=0,000$), diastolik kan basıncı açısından ise anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($F=2,18$; $p=0,117$) (Tablo 11).

Alanyazın çalışmaları incelendiğinde bu bulgumuzu destekleyen herhangi bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Bunun nedeni kardiyak hastalıklarının görülme yaşının düşüklüğü, yüksek dozda antihipertansiflerin kullanılması, tetkik amacıyla bireylere yapılan invaziv girişimlerin artması olmuş olabilir.

Uygulama sonrası deney KAG, deney PTKA ve kontrol grupları arasında hemodinamik parametrelere göre puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısı açısından istatistiksel olarak

anlamli farklılık olduğu bulunmuştur. (F=34,30, p= 0,000; F=26,64, p= 0,000 ; F=8,45, p:0,000; F: 71,20, p=0,000)(Tablo 11)

Koroner anjiyografi ve PTKA uygulaması amacıyla üniteye gelen bireylerin hemodinamik parametreleri (kan basıncı, nabız, solunum) üniteye geldiği andan itibaren izlenmektedir (Watt ve ark. 2004). Çalışmanın yapıldığı DEÜ hastanesi kardiyoloji servisin de de rutin olarak kan basıncı, nabız, solunum değerleri izlenmektedir. Yaşam bulguları aynı zamanda anksiyete'nin derecesine göre de farklılık gösterebilen özelliktedir.

Çalışmada, müziğin ve PGE'nin bireylerin kaygı düzeylerinin azaltmasının yanı sıra yaşam bulgularına etkisini de ortaya koymak amaçlanmıştır.

Uygulama sonrası olguların hemodinamik parametrelere göre yapılan değerlendirmelerinde; sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısı deney kag, deney PTKA ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 9).

Çalışmada, deney KAG grubunun uygulama öncesi yaşam bulgusu değerleri; SKB 144,30±15,56mmHg; DKB 83,98±10,34mmHg; nabız 80,48±10,38 dk; solunum 23,04 ± 1,00 dk iken müzik dinletilerek yapılan PGE uygulamasından sonra SKB 144,30±15,56mmHg; DKB 83,98±10,34mmHg; nabız 73,02±8,42 dk; solunum 20,44±0,83 dk olarak bulunmuştur (Tablo 10,11) (p<0.05).

Deney PTKA grubunda uygulama öncesi yaşam bulgusu değerleri; SKB 153,62±18,93mmHg; DKB 84,92±10,97mmHg; nabız 80,48±10,38 dk; solunum 22,92±1,08 dk iken müzik dinletilerek yapılan PGE uygulamasından sonra SKB 133,62±14,83 mmHg; DKB 76,40±7,91795mmHg; nabız 76,00±9,77dk; solunum 20,60±1,01dk olarak bulunmuştur (Tablo 10,11).

Kontrol grubunda bireylerin yaşam bulguları uygulama öncesi değerleri; SKB 139,66±15,41mmHg; DKB 80,78 ± 9,85 mmHg; nabız 77,34± 12,18dk; solunum 21,84 ± 1,33 dk iken uygulamadan sonra SKB 149,70± 18,68mmHg; DKB 85,56 ± 9,49 mmHg; Nabız 81,10±11,38 dk; Solunum 22,68± 1,25 dk bulunmuştur (Tablo 10,11).

Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da büyük ölçüde benzer sonuçlar elde edilmiştir (Guzetta 1989, White 1992, Lee ve ark. 2000, Brunges 2003).

Ikonomiduo (2001)'nin Laparoskopik jinekolojik operasyon geçiren hastalarda müziğin bireylerin preop dönemdeki yaşam bulgularına etkisini incelediği çalışmada, 30 deney 30 kontrol olmak üzere 60 hasta alınmıştır. Bireylerin müzik dinleme uygulamasından sonra işlem sonrası yaşam bulgu değerlerinin azaldığını saptamıştır.

Brunges'in yapmış olduğu çalışmada (2003), hastalara ameliyat öncesi 30 dakika müzik dinletilmiş ve hastaların idrarından epinefrin düzeyini ölçmek için örnek alınmıştır. Çalışma sonucunda müzik dinlemeyen gruptaki bireylerin epinefrin düzeylerinin dinleyen bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. "Epinefrin stres durumunda salınan bir hormon olup fazla salınması durumunda kan basıncını yükselterek kalp gücünü artırır, böylece beyin ve kaslara daha fazla kan giderek solunum hızı artar" yorumunu yapmıştır (Brunges 2003).

Barnason ve arkadaşlarının (1995) postop koroner ByPass greft ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi dinletilen müziğin vital bulgulara etkisini inceledikleri çalışmada, vital bulgularda istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır. Çalışmacılar bu sonucu müzik dinletme süresinin yetersizliğine bağlamışlardır.

White (1999) yılında MI geçiren hastalarda yapılmış olduğu bir çalışmada, müzik dinleyen hastaların kalp hızı ve solunum sayısında azalma olduğunu saptamıştır.

Chlan (2000) de, mekanik ventilatöre bağlı hastalara dinletilen müzikten sonra, müzik dinleyen hastaların solunum ve kalp hızının önemli ölçüde azaldığını saptamıştır.

Miluka Kalosa (1994), ameliyat öncesi dönemde müzik dinlettiği hastaların müzik dinlemeyen bireylere oranla ameliyattan sonra vital bulguları, kardiyak output ve vücut ısılarının daha hızlı normale döndüğünü bulmuştur.

Salmore ve arkadaşları (2000) gastrointestinal endoskopi laboratuvarına ayaktan gelen hastalarla yaptıkları çalışmada, işlemle ilgili bilgi verilen deney grubundaki hastaların kan basıncının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

Lee ve arkadaşları (2004) kolonoskopi öncesi müzik dinletilen hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında, deney grubundaki hastaların kan basıncının kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

Yung ve arkadaşları (2002) transüretal rezeksiyon yapılan hastalara dinletilen müziğin, yaşambulgularına etkisini inceledikleri çalışmada, hastaların kan basıncında düşme olduğunu tespit etmişlerdir.

Smolen ve arkadaşları (2002) kolonoskopi yapılan hastalara dinletilen müziğin anksiyete, kalp hızı ve kan basıncına olan etkisini inceledikleri çalışmada da, müzik dinleyen hastaların sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin müzik dinlemeyen gruba göre daha düşük olduğunu belirlemişlerdir.

Görüldüğü gibi bu çalışmaların tümü, bizim elde ettiğimiz sonuçlarla paralellik göstermektedir. Bu da göstermektedir ki; anjiyografi ve PTKA uygulamasını yürüten sağlık ekibinin özellikle bireyleri işleme hazırlama sorumluluğu olan hemşirelerin, bireyleri yalnızca teknik olarak işleme hazırlamakla kalmayıp, bireylerin anjiyografi ve PTKA işlemi ve sonuçları ile ilgili kaygı ve korkularını azaltacak uygulamalar (müzik dinleme ve PGE gibi) yapmaları gerekir. Hemşireler bireyleri ve yakınlarını bu konuda bilgilendirmeli, korku ve endişelerini azaltarak, desteklemelidirler.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Sonuç

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji servisine KAG ve PTKA işlemi için gelen hastalara uygulamadan önce müzik eşliğinde yapılan PGE'nin bireylerin anksiyete düzeylerine etkisini ortaya çıkarmayı amaçlayan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Her üç gruptaki bireylerin çoğunluğu 18-64 yaş arası, erkek, emekli, evli ve ilköğretim düzeyindedir (Tablo 1.2.3).

2. Araştırmamızda; her üç grup arasında yaş bireysel özelliği dışında diğer bireysel özellikler açısından istatistiksel olarak bir anlamlılık yoktur (Tablo 4).

3. Deney KAG ve deney PTKA gruplarının uygulama öncesi durumluk kaygı puanları sırasıyla (56,54±9,10; 57,44±7,27) iken müzik eşliğinde yapılan PGE uygulamasından sonra deney KAG, deney PTKA gruplarının durumluk kaygı puanları sırasıyla (33,00±6,49; 35±8,64) olarak saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 5).

4. Kontrol grubuna ise herhangi bir uygulama yapılmamasına rağmen uygulama öncesi durumluk kaygı puanı 56,50±11,96 iken uygulama sonrası durumluk kaygı puanı 52,14±8,22'dir (Tablo 5).

5. Bireylerin girişim öncesi durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Girişim sonrası bireylerin durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($F=0,152$; $p=0,000$). (Tablo 5).

6. Araştırmada deney KAG, deney PTKA ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi süreklilik anksiyete puan ortalaması sırasıyla (49,86±8,38; 53,16±6,83; 50,76±9,39) olarak bulunmuştur. Her üç grubun uygulama öncesi anksiyete puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Uygulama sonrası deney KAG, deney PTKA ve kontrol grubundaki

bireylerin süreklilik anksiyete puan ortalaması sırasıyla (50,26±8,48; 54,20±6,30; 52,14±8,22) olarak bulunmuştur(Tablo6).

7.Bireylerin girişim öncesi süreklilik kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Uygulama sonrası bireylerin sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur(F=3,24; p=0,042). (Tablo6).

8.Deney ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve uygulamasonrası durumluluk anksiyete puanları; cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum ve eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında, her üç grupta dabelirtilen değişkenler arasında durumluluk anksiyete puan ortalamalarında anlamlı farkbulunmamıştır (p>0.05). (Tablo7).

9.Deney ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve uygulama sonrası süreklilik anksiyete puanları; cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum ve eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında, her üç grupta dabelirtilen değişkenler arasında süreklilik anksiyete puan ortalamalarında anlamlı farkbulunmamıştır (p>0.05). (Tablo 8).

10. Uygulama sonrası olguların hemodinamik parametrelere göre yapılan değerlendirmelerinde; sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısı deney KAG, deney PTKA ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p<0.001). (Tablo 9)

11.Deney KAG grubunun uygulama öncesi yaşam bulgusudeğerleri; SKB 144,30±15,56mmHg; DKB 83,98±10,34 mmHg; nabız 80.48±10,38 dk; solunum 23,04 ± 1,00 dk iken müzik dinletilerek yapılan pge uygulamasından sonraSKB 144,30±15,56 mmHg; DKB83,98±10,34 mmHg; nabız73,02±8,42 dk;solunum20,44±0,83 dk olarak bulunmuştur(Tablo 10,11)(p<0.05)

12.Deney PTKA grubunda uygulama öncesi yaşam bulgusu değerleri; SKB153,62±18,93 mmHg; DKB 84,92±10,97mmHg; nabız80,48±10,38 dk; solunum22,92±1,08 dk iken müzik dinletilerek yapılan PGE uygulamasından sonra SKB 133,62±14,8mmHg; DKB76,40±7,91795mmHg; nabız76,00±9,77dk; solunum20,60±1,01dk olarak bulunmuştur(Tablo 10,11).

13.Kontrol grubunda bireylerin yaşam bulguları uygulama öncesi değerleri; SKB 139,66±15,41mmHg; DKB80,78 ± 9,85 mmHg; nabız 77,34± 12,18 dk; solunum21,84 ± 1,33 dk iken uygulamadan sonra SKB 149,70± 18,68 mmHg;DKB85,56 ±9,49 mmHg; Nabız 81,10±11,38 dk; Solunum 22,68 ± 1,25 dk bulunmuştur(Tablo 10,11)

14.Uygulama öncesi olguların hemodinamik parametrelere göre yapılan değerlendirmede; sistolik kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısı deney KAG, deney PTKA ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (F=9,04; F=4,075; F=16,522; p<0.05). Uygulama öncesi olguların hemodinamik parametrelere göre yapılan değerlendirmelerinde; diastolik kan basıncında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (F=2,176; p>0.05)(Tablo 11).

5.2 Öneriler

1.Koroner anjiyografi ve perkutan transluminal koroner anjiyoplasti işlemi öncesi kardiyoloji servisinde müzik eşliğinde uygulanan PGE'nin bireylerin yaşambulgularını ve anksiyete düzeylerini belirgin düzeyde azaltması nedeniyle müzikdinleme ve PGE uygulamasının kardiyoloji servisi rutinleri içinde yer almasının sağlanması, bu amaçla kardiyoloji servisinde primer uygulatıcılar olan hemşirelerin sorumluluk almasının teşvik edilmesi,

2.Koroner anjiyografi ve perkutan transluminal koroner anjiyoplasti işlemi sonrasında bireylere bir baş etme yöntemi olarak müzik dinleme ve PGE'nin yararları konusunda planlı eğitimler yapılması,

3.Bireylerin anksiyete düzeylerini düşürmek ve memnuniyeti daha fazla artırmak için müzik ile birlikte PGE, bilgilendirme, destekleyici yaklaşım v.b. girişimlerinin etkisini ortaya koyan daha çok sayıda çalışmaların yapılması,

4.Çalışmamız ile kardiyak tanışmalarında müzik dinleme ve PGE uygulamasının etkileri ile ilgili araştırma sonuçlarının tutarlı olmasından dolayı bualanda daha fazla deneysel çalışmanın yapılması, standart müzik dinleme ve PGE programlarının belirlenmesi ve standart ölçüm araçlarının kullanılması,

5. Müzik dinleme ve gevşeme egzersizleri içeren yaşam biçimi değişikliklerinin hersosyodemografik özellikteki KAG ve PTKA işlemleri yapılacak bireye benimsetilmesi ve bireylerin düzenli olarak uygulaması için tüm sağlık ekibinin ve özellikle hemşirelerin buna yönelik girişimlerde (eğitimin yanı sıra kuruma görsel afiş ve materyalasılanması v.b.) bulunması,

6. Hemşire tarafından, hastalara müzik dinleme ve gevşeme egzersizlerinin benimsetilmesi amacıyla taburculuk sonrası izlem yapılması ve buna yönelik bireyin ailesi ile birlikte ele alınarak evde müzik eşliğinde PGE yapılmasına devam edilmesi,

7. Hastanelerde KLP hemşireliğinin oluşturulması,

8. Dahili ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin KLP hemşirelerinden danışmanlık ve eğitim alması,

9. KLP hemşireliği tarafından hemşirelere gevşeme tekniklerinin önemi ve uygulanmasının öğretilmesi,

10. Daha büyük örneklem gruplarında, daha uzun süreli bu tür çalışmaların yapılması,

11. Gevşeme tekniklerinin etkileri ve anksiyetede rolü konusundaki hemşirelerin bilgi sahibi olmaları ve gevşeme tekniklerini kullanmaları için yönlendirilmeleri önerilmektedir.

ÖZET

Bu çalışma, koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemleri öncesi müzik eşliğinde uygulanan progresif gevşeme egzersizinin bireylerin durumluluk- süreklilik anksiyete düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmış yarı-deneysel bir araştırma olup “ön test-son test, kontrol gruplu desen” kullanılmıştır.

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Servisinde yatmakta olan KAG ve PTKA hastalarına yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji servisinde Eylül 2011 - Haziran 2013 tarihleri arasında yatmakta olan KAG ve PTKA hastaları olup, çalışmaya alınma kriterlerine uygun hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü her bir grup için 50 olarak belirlenmiş ve 50 deney KAG, 50 deney PTKA ve 50 kontrol grubu olmak üzere toplam 150 hasta örnekleme alınmıştır. Her üç grubun seçiminde araştırma ve müdahalenin güvenilir olması açısından yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi bireysel özelliklerin benzer olmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada deney ve kontrol grubuna alınan tüm hastalara işlemden önce araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden deney ve kontrol grubundaki hastalara işlem öncesi, Kişisel Bilgi Formu, Durumluluk- Süreklilik Kaygı Envanteri yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulup, yaşam bulguları verilerinin tarafsız olması için kardiyoloji servisinde çalışan hemşire tarafından ölçülmüş olup araştırmacı tarafından yaşam bulguları formuna kaydedilmiştir. Bu işlemlerin tamamlanmasının ardından deney KAG ve deney PTKA grubunda yer alan hastalara işlemden 30 dk. öncemüzik eşliğinde progresif gevşeme egzersizi uygulanmış olup, kontrol grubuna ise uygulanmamıştır. Çalışmacı, bu süre içinde bireyin yanında konuşmadan ve müdahale etmeden bulunmuştur. İşlem sonrası hastaların yaşam bulguları servis hemşiresi tarafından ölçülerek bulgular araştırmacı tarafından Yaşam Bulgularını Değerlendirme Formu'na kaydedilip tekrar Durumluluk- Süreklilik Kaygı Envanteri yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur.

Elde edilen veriler bilgisayara girildikten sonra analizi Statical Package for Social Sciences (SPSS-15) paket programında yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metodların (Yüzdelik Hesaplamalar, Ortanca, Ortalama, Standart sapma) yanı

sıra tekrarlı ölçümlerde Varyans Analizi ve One Way Anova testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda; deney koroneranjiyografi, deney perkütan transluminal koroner angioplasti ve kontrol grubundaki bireylerin uygulamadan önceki durumluluk-süreklilik kaygı puan ortalamaları değerlerinde, müzik eşliğinde yapılan progresif gevşeme egzersizi uygulaması sonrası düşüş görülmüştür.

Uygulama öncesi deney KAG, deney PTKA ve kontrol grupları arasında bireylerin yaşam bulguları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sistolik kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısı açısından fark bulunmuşken, diastolik kan basıncı açısından ise fark bulunmamıştır. Uygulama sonrası ise her üç grup arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Elde edilen bulgular doğrultusunda, bireylere koroner anjiyografi ve perkütan transluminal işlemleri öncesi müzik eşliğinde uygulanan progresif gevşeme egzersizinin yararlı bir hemşirelik uygulaması olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. Sonuçlara uygun önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Gevşeme Egzersizi, Müzik Dinleme, Koroner anjiyografi, Perkütan transluminal koroner angioplasti

SUMMARY

This study is a kind of semi-experimental investigation that includes the effects of progresif relaxation exercises that are applied with music before coronary angiography and percutan transluminal coronary angioplasti process on the State and Trait Anxiety of people and “ preliminary test, ultimate test and control group pattern” are used.

This study is applied on the KAG and PTKA patients being treated in Cardiology Service of Dokuz Eylül University Hospital between September 2011- June 2013. The suitable patients for the study are chosen. In the study, sample size is defined as 50; 50 patients for KAG experimental group, 50 patients for PTKA experimental group and 50 patients for control group, totally there are 150 patients in this study. While choosing all three groups of patients, for the realibility of the investigation and the treatment, the personal features such as sex, age and educational status are taken into consideration. The patients having similar features are taken to the study. Both control and experimental groups are informed about the aims of the study before the process and they show consent orally and in a written way.

Personal Informatin Form, State and Trait Anxiety Schedule are filled by the patients accepting to take part in the study with face to face method and for the equilibrium of the life symptoms data, they are measured by the nurse working in the Cardiology Service and registered by the researcher. After completing this process, progressive relaxation is applied on the KAG and PTKA experimental groups with music but it is not applied on the control group. During the process, the researcher is with the patient without any intervention. After the process, the life symptoms of the patients are measured by the service nurse. They are registered by the researcher to the Life Symptoms Evaluation Form, State and Trait Anxiety Schedule is filled with face to face method again.

After the data obtained is evaluated on the computer, it is analyzed on Statistical Package for Social Sciences (SPSS-15). In the data analysis, besides the descriptive statistical methods (Percentage Calculation, Median, Average, Standard Deviation) analysis of variance and One Way Anova test are used in the repeated measurements. The results are evaluated in the 95% confidence bounds and expressiveness is evaluated on the $p < 0.05$ level.

At the end of the data evaluation, there is decrease in the experimental and the control group anxiety levels before the progressive relaxation exercise application with music. Anxiety levels of the patients after the application with music is less than the anxiety levels

before the application. Although there is difference in the state anxiety points in terms of age among the three groups before the application, after the application there is difference in the state anxiety points in terms of only marital status. There are differences in the Trait Anxiety points before and after the application just in terms of sex.

When the life symptoms point averages of the patients among the experimental KAG, experimental PTKA and control groups are evaluated, there is difference in systolic blood pressure, pulse rate, respiration number but there is no difference in diastolic blood pressure. After the application, there is difference among all three groups.

According to the data obtained, progressive relaxation exercise before the coronary angiography and percutan transluminal processes is a useful nursery application. Suggestions that are suitable for the results are made.

Key words: Anxiety, Coronary Anjography, Listening to Music, Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, Relaxation Exercises.

KAYNAKLAR

Abrahamov D, Bhatnagar G, Goldman B. Cerrahi Ne Zaman Endikedir? Eds: Soltoski P.R, Karamaoukian H.L., Salerno T.A. Çev: Erentug V. Polat A. Kalp cerrahisi sırları., Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2006 .p. 82-87.

Ackerman C.J, Turkoski B. Using guided imagery to reduce pain and anxiety. Home Healthcare Nurse 2000;18(8):524-530.

Agvu KK, Okoyeb JJ. The effect of music on the anxiety levels of patients undergoing hysterosalpingography, Journal of Advantage Nursing 2006;1-4.

Alarcon RD, Jenkins CS, Heestand DE. The Effectiveness of Progressive Relaxation in Chronic Hemodialysis Patients, Journal of Chronic Disease 1982;35(10):797-802.

Aldridge D, Schmid W, Kaeder C, Schmidt C, Ostermann T, Functionality or aesthetics? A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients. Complementary Therapies in Medicine 2005;50(13): 25–33.

Akbaba S, Gözüm S. Bireyin kendisiyle olumlu diyalog kurma öğretiminin stresle başa çıkma üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;1(1):56.

Akçalı D, Badır A, Eti Z, Hacıoğlu M, Karaçay P, Olgun N. Ağrı kontrol yöntemleri. Aslan FE (Editör), Ağrı doğası ve kontrolü' de. 1. Basım. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti; 2006. p.135-190.

Akdağ A. Açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin karşılaştırmalı incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye, 2001.

Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, Genişletilmiş 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara,2004.p.415-445.

Aksit R, Hepgüler S, İstanbul Tıp Fakültesi postoperatif ağrı ekibi çalışmaları. Ed: Erdine S. Ağrıda multidisipliner yaklaşımlar. IV. Ulusal Ağrı Kongresi Kitabı, İstanbul,1993. p.93-96.

Aksu H, Şirin A, Preterm eylem tanısı konmuş gebelerde solunum ve progresif egzersizlerin gebelik süresine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal Gynecology . 2007; 17(1): 368-375.

Arakowa S. Relaxation to reduce side effects of chemotherapy. Cancer Nursing.1997;20(5):342-348.

Arıkan D, Çelebioglu A. Kanserli çocuğu olan ebeveynlerin durumluluk ve süreklilik anksiyete düzeyinin incelenmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.1999; Cilt2;Sayı:1.

- Augustin P, Hains A. Effect of music on ambulatory surgery patients preoperative anxiety .Aorn Journal 1996;63(4):750-758.
- Bally K, Campbell D, Chesnick K. Effects of patient controlled music therapy during coronary angiography Critical Care Nursing 2003;23(2):50–57.
- Baltaş A, Baltaş Z. Bedenle ilgili teknikler. Stres ve başa çıkma yolları.Cenkler Matbaacılık 1 986;p: 162- 176.
- Bahar A, Taşdemir HS. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 2.
- Bampton P, Draper B. Effect of relaxation music on patient tolerance of gastrointestinal endoscopic procedures. Journal Clinic Gastroenterology 1997;25(1): 343–5.
- Barış B, Çelik T. Koroner arter hastalığı risk faktörleri. Journal of Clinical and Analytical Medicine. Published Online:08.11.2012
- Barroclough J. “Emotional problems in cancer patients”, cancer and emotion- a practical guide to psycho-oncology, 2nd Edition, John Wiley&Sons Ltd, England, 1996;p.47-83.
- Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J.The effects of music interventions on anxiety the patient after coronary artery bypass graft. Heart& Lung,1995;(24):2, 124- 32.
- Başa S. Yetişkin hastalarda preoperatif anksiyete. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul.Türkiye.1998.
- Berends J, Borelli DJ, Bradley NL, Carlson A, Carty AM. Stres and adaptation. In: Taylor MC, Lillis C, Lemone P (Eds). Fundamentals of nursing The Art And Science Of Nuring Care. Philadelphia: J B Lippincott Company; 1989: p. 140-142.
- Berksun O. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları, Turgut Yayıncılık , 2003.
- Black J.M, Matasserin-Jacobs E.Luckman and Sorenson’s Medical surgicalnursing. Fourth Ed. p 313-358, WB Saunders Company, London, 1993.
- Bilge A. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde rehabilitasyon ve hemşirelik. Sağlık ve Toplum Dergisi2007; 12:4.
- Bradt J, Dileo C. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2).
- Brosous S.K. Music: An intervention for pain during chest tube removal after open heart surgery. American Journal of Critical Care 1999;8:6:410-415.
- Bozcuk H, Artaç M, Kara A. Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study Medicine Sciene Monitor 2006; 12(5): 200-205.

Buffum MD, Sasso C, Lanier E, Yelen M, Hayes A. A music intervention to reduce anxiety before vascularangiography procedures. *Journal of Vascular Nursing* 2006;24(3):68-73.

Bursa T. Gevseme Egzersizleri CD'si. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara. Türkiye.2010.

Canlı Ö, Şenuzun Z, Tokem Y. Miyokart enfarktüsülü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi Türk Kardiyol Derneği Arşivi- Archive Turk Social Cardioogy 2009;37(8):557-562.

Cheung YL, Molassiotis A, Chang AM. A pilot study on the effect of progressive muscle relaxation training of patients after stoma surgery. *European Journal Of Cancer Care* 2001;10, 107-14.

Cirina CL. Effects of sedative music on patient preoperative anxiety. *Today's OR Nurse*1994; (16):3:15-18.

Cimilli C. Cerrahide anksiyete .*Klinik Psikiyari* 2001;4:182-186.

Colon EA, Popkin MK Anxiety and panic, *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. JR Rundell, MG Wise (Ed), Washington DC., American Psychiatric PressPublishing 1996;p.402-425.

Cundiff DK. Coronary artery bypass grafting (CABG): Reassessing efficacy, safety, and cost. *Medscape General Medicine* 2002 4:2.

Copel LC. Homeostasis stress and adaptation. In: Smeltzer SC, Bare BG (Eds). *Brunner And Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing*. 10th Ed. Philadelphia: Lippincottwilliams&Wilkins; 2006: p. 80 98.

Coughan A. Music therapy in ICU. *Nursing Times*1997; 90:17:35.

Çelik Ş, Özen A. Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13: 2.

Çorum S. Kaygı bozukluklarının ortak ve farklılık gösterdikleri özellikleriaçısından birbirleri ile karşılaştırmalı olarak incelenmesi yöntemi ile patolojik kaygının yapısının araştırılması.İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi . Uzmanlık Tezi. İstanbul.Türkiye.1995.

Davis T. The efficacy of music therapy and the role of social interaction in elevating the mood states a among the institutionalized elderly. *Journal of Music Therapy* 2003;28.149–160.

Daykin N, Bunt L. Music and healing on cancer care, *The Arts in Psychotherapy* 2006;33(1):402-413.

Deisch P, Soukup SM, Adams P, Wild MC. Guided imagery: Replication study using coronary artery bypass graft patients. *Nursing Clinics of North America* 2000;35:2: 417-425.

Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan Aİ, n Erdemli Ö. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi* 2010;18(3):177-182.

Demir, Y. “Non-Pharmacological therapies in pain management”, <http://www.intechopen.com/download/pdf/26152>, Erişim: 25.04.2012.

Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemsireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:132-139.

De Jong-Watt WJ , Arthur HM . Anxiety and health-related quality of life in patients awaiting elective coronary angiography . *Kalp AkciğerDergisi* 2004; 33 (4) :237-48.

Dereli N. İlk kez kalıcı pacemaker yerleştirilen hastalara uygulanan programlanmış eğitimin hastanın anksiyete düzeyine olan etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir. Türkiye. 1992.

Doering LV, Imperial-Perez F, Monsein S, Esmailian F. Preoperative and postoperative predictors early and delayed extubation after coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care*1998; 7:1: 37-45.

Dokuz eylül hastanesi kardiyoloji anabilim dalı. <http://hastane.deu.edu.tr.Erişim>
Tarihi:7.10.2013.

Dolu Ş. Meme Biyopsisi öncesi hastaların yaşadıkları anksiyete ve depresyonun azalmasında hemşirenin rolü. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. Türkiye.2000.

Dossey B. Using imagery to help your patient health. *American Journal of Nursing* 1995;41-46.

Endler NS, Kocovski NL. State and trait anxiety revisited. York University, Department of Psychology, Anxiety Disorders, Toronto, Canada. 1999(201) 231–245.

Ekici Bİ, Ercan EA, Çehrelı Ş, Töre HS. Koroner arter hastalığı ciddiyeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*.
www.tkdonline.org/dergi/TKDA_36_60_91_226.pd2010.

Ekiz S, Göz F. Koroner anjiografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;(1):8.

Erdem N. Diyaliz hastalarında progresif gevseme egzersizlerinin uyku ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Erzurum.Türkiye. 2005.

Erkoç Y, Yardım N. Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadelepolitikalari.Ankara(online).www.saglikaktuel.com/file/ulke_raporu_baski_hali_tr.pdf .2011.

Erol Ç., Güzelsoy D, Nevres Koylan N., Nişancı, Y., Oktay A., Onat A., Özler A., Sanso Y V., Soydan İ., Taşdemi Or, Tokgözoğlu L., Türk kardiyoloji derneği koroner arter hastalığına yaklaşım ve tedavi kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği, , (online). www.tkd.org.tr/kilavuz .2004.

Erol S. , Kalp Kateterizasyonu, anjiyografi, perkütan translüminal koroner anjiyoplasti, üriner kateterizasyon, işlemle ilişkili nozokomiyal infeksiyonlar, genel prensipler ve uygulama önerileri 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi – 2005.

Esen E. Diz osteoartritli olgularda emg biofeedback uygulamasının etkinliğinin klinik ve sintigrafik olarak değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Edirne. Türkiye. 2006.

Eti-Aslan F.: Ağrı yönetimi. Ed: Selimen D., Acil Bakım. Yüce Yayım, İstanbul, 2001;p 83-414.

Eti Z, Gürkan A, Yavuz M, Aslan FE. Ağrı Kontrol Yöntemleri. Aslan FE (Editör), Ağrı doğası ve kontrolü’de. 1. Basım. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti.; 2006. p.103-155.

Ferrer AJ. The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. Journal Music Therapy 2007; Fall 44(3): 242–255.

Ferrer C. Ben Enerjiyim. 2001;p: 125-138, 149-166, 3. Baskı, Arion Yayınevi, İstanbul, 2001.

Ferrer M. Çalışma yaşamı ve anksiyete. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010: 9(4).

Fleet SV, Relaxation and magery for syptom management:improving patient assesment and individualizing treatment, Oncology Nursing Forum vol:27, no:3, 2000, p:50-510.

Friedmann E, Thomas SA, Inguito P, Kao CW, Metcalf M, Kelley FJ, Gottlieb SS. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology 2006 ;17(1):65-72.

Gallagher R, Trotter R, Donoghue J. Preprocedural concerns and anxiety assessment in patients undergoing coronary angiography and percutaneous coronary interventions. European Journal of Cardiovascular Nursing 2010;9: 38–44.

Gauthier PA. Music therapy. Canadian Nurse,1993; 89:2:46-48.

Gevşemeteknikleri.http://www.bilisseldavranisci.org/index.php?option=com_content&view=article&id=70:geveme-teknikleri. Erişim Tarihi:13.11.2013.

Good M. A comparison of the effects of jaw relaxation and music on postoperative pain. *Nursing Research*,1995; 44:1: 52-57.

Good M. Relaxation techniques for surgical patients. *American Journal of Nursing*, 1995; 39-43.

Good M. Effects of relaxation and music on postoperative pain A Review. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24: 905-914.

Golman L, Bennett JC. pocket companion to Cecil textbook of medicine, Güneş Kitabevi, Ertem Matbaası, 21. Basım, Ankara, 2003;p. 40-103.

Gruentzig AR. Senning A, Siengenthaler WE. Nonoperative dilatation of coronary artery stenosis: percutaneous transluminal coronary angioplasty. *The New England Journal of Medicine* 1979;301:61-68.

Gök H. Klinik kardioloji, Koroner Arter Hastalıkları Nobel tıpkıtabevi 2002;p. 57–169.

Gökdoğan F. Endoskopi öncesi hastalarda oluşan anksiyeteye eğitimin etkisinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul ,Türkiye. 1989.

Gökgündüz Ö. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilecek eğitimin kaygı düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Kayseri, Türkiye. 2005.

Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji, (Çeviren H Çavusoglu) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi 1996;p.256-263\873-875.

Gülseren Ş. Psikiyatri ve cerrahi, konsültasyon liyezon psikiyatrisi-II. A Çelikkol (Ed), İzmir, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1997;2(2), p.245-270.

Günaydın N, Oflaz F. Planlı ameliyat olacak hastaların anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Gata Bülteni*. 1998: 40 (1): 6-10.

Güner D. Gerilimler karşısında gevşemeyi biliyor muyuz?" *Ruh ve Madde*, 2001;42: 36-44.

Güneri S, Özpelit E. Kadınlarda koroner invaziv girişimler. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2010;38.

Güneş P. Açık Kalp Ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Sivas , Türkiye.2001.

Güngör S. Cerrahi girişim yapılacak vakalarda; preoperatif dönemde müzik terapi ve dokunma terapisi çeren hemsirelik uygulamalarının hasta üzerindeki etkilerinin araştırılması. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,Türkiye. 1999 .

Gürkan A, “Laporoskopik cerrahi işlem sonrası bulantı ve kusmanın azaltılmasında otojenik gevseme ile yavaş ve ritmik solunumun etkisi”, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, İstanbul, Türkiye.2005.

Gürsoy A. Ameliyet öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Dergisi.2001,1: 23-29.

Hadj A, Esmore D, Rowland M, Pepe S, Schneider L. Preoperative preparation for cardiac surgery utilising a combination of metabolic physical and mental therapy. Heart Lung and Circulation.2006; 15(3):172-181.

Harp M D. Neural path therapy. Tercüme: Gülçin Karas Duman. Adım adım tepki kontrolü. Ankara. Arkadaş Yayınevi. 2008.

Heikkila J, Paunonen M, Virtanen V, Laippala P. Fear of patients related to coronary arteriography. Journal of Advanced Nursing 1998; 28(1):54-62.

Heper C. Multidisipliner kardiyoloji, Nobel & Günes Tıp Kitabevi. Motif Matbacılık, 1. Basım, İstanbul,2002;p.223-253.

Hindistan S, Nural N. Miyokard enfarktüsünde kadın ve erkek arasındaki farklılıklar. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;Cilt:3,Sayı:1.

Iconomou G, Mega V, Koutras A. Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. Cancer, 2004; 101: 404–11.

Ildızlı M, Kayıkçıoğlu M, Yavuzgil O, Hasdemir C, Gürgün C, Kültürsay H. Koroner arter hastalığında güncel tedavi yaklaşımlarını ne düzeyde gerçekleştirebiliyoruz?, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 32, s.542-549, 2004.999: 27 (5): 281-290.

İşık E. Bedensel hastalıklarda anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. III. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu. İstanbul: Pfizer İlaçları Anonim Şirketi, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1994;p.94–95:116,117.

İgnatavicius DD, Polomano RC. Pain. in: İgnatavicius DD, Workman ML, Mishler MA (Eds), Medical Surgical Nursing: A Nursing Process Approach. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995; 8, 119-149.

İşkey M. Anjiyografi işlemi öncesi ve işlem sırasında müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeyi ve yaşam bulgularına etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Sivas,Türkiye. 2005.

İzmir genel bilgiler. (<http://www.izmirkulturturizm.gov.tr/Erişim>) Tarihi:7.10.2013.

Karabulutlu E. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan hastalık ve stresle baş etme bilinçlendirmesinin depresyon eğilimi ve anksiyete düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi Erzurum, 2005.

Karadeniz G, Altıparmak S. Koroner anjiyografi öncesi anksiyete ve depresyon, Psikofarmakoloji Dergisi.2005; 13 (1):43-47.

Karakula S. Koroner by-pass ameliyatı geçiren hastalarda bilgilendirici hemşirelikyaklaşımının ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerine etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Türkiye 1999.

Karanisoğlu H. Anksiyete ve anksiyeteli hastada hemşirelik yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni 1983; 1:3.

Kaygusuz E. Otistik ve down sendromlu çocukların annelerinde depresyon ve durumluk-sürekli anksiyete düzeylerinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Türkiye.1993.

Khanna A, Paul M, Sandhu JS. Efficacy of two relaxation techniques in reducing pulse rate among highly stressed females, Calicut Medical Journal2007;5(2);12.

Kılıç M, Öztunç G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemsirenin rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,2012; 7:p.21.

Kim SD, Kim HS. Effects of a relaxation breathing exercise on fatigue in haemopoietic stem cell transplantation patients. Journal Clinic Nursing 2005; 14:51-55.

Kneisl CR, "Complementary and alternative healing practices", contemporary psychiatric-Mental Health Nursing, (ed: Carol Ren Kneisl, Holly Skodol Wilson, Eileen Trigoboff), Pearson Education- Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey,2004 p.762-782.

Knox WJ. An exploratory study of state-trait anxiety as a function of automated relaxation training, desired changes and drinking behavior, Journal of Clinical Psychology; 1980;36(1); 332-337.

Kreitzer MJ, Sayder M. Healing the heart: Integrating complemantary threapies and healing practices into the care of cardiovascular patients. Proggresive Cardiovascular Nursing,2002; 17: 2:73-80.

Koca A. Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye. 1998.

Kocaman G. Ağrı hemşirelik yaklaşımları. 1. Baskı. İzmir : Saray Medikal Yayıncılık San ve Tic Ltd Şti, 1994, 1-20, 89-118, 175-196.

Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği.Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;9:1.

Kuğu N, Öcal B, Akyüz G, DoğanO. Ameliyat olan ve olmayan kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri.Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(4):213-221.

Kum E. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Basetme yöntemleri, Medikomat matbaacılık Ankara.2000;p:20–32.

Kumbay E. Anjio + Koroner Balon Anjioplasti + stent endikasyonları. Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Kitabı;2 Bursa 2001p. 45-53.

Kuzeyli Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Diyaliz Hastalarında progresif gevseme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2005;21(1):33-45.

Lang VE. Relaxation technique reduces patient anxiety before surgery.2000.http://www.findarticles.com/cf_dls/m325/1061/62829128/p1/article.jhtml, Erişim Tarihi: Şubat 2002

Lark MS. Relaxation techniques for relief of anxiety & stress. 2001.http://www.findarticles.com/cf_dls/m3225/10_61/62829128/p1/article.jhtml, Erişim Tarihi: Şubat 2002.

Lee DW, Chan KW, Poon CM. Relaxation music decreases the dose of patient- controlled sedation during colonoscopy: a prospective randomized controlled trial. Gastrointestinal Endoscopy 2002;55(1): 33–6.

Lee J, Dibble SL, Pickett M, Luce J. “Chemotherapy-induced nausea/vomiting and functional status in women treated for breast cancer”, Cancer Nursing 2005;vol:28, no:4, p:249-255.

Lehrer P, Carr R. Treating anxiety disorders: Progressive relaxation. Tercüme: Bengü Büyükdere. In Yalom ID, Roth WT, eds. Anksiyete Terapisi: Progresif Relaksasyon. İstanbul. Prestij Yayınları. 2007:117-153.

Lindsay S. Music in hospital. British Journal of Hospital Medicine 1996; 50:11: 660- 662.

Lovejoy NC, Tabor D, Matters M, Lillis P. “Cancer related depression: Part-I Neurologic alterations and cognitive behavioral therapy”, Oncology Nursing Forum, 2000;vol.27, no.4, p:677-678.

Mamelok AE. Psychiatry and surgery, comprehensive textbook of psychiatry. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 6. Baskı, Baltimore, Williams and Wilkins,1995, s.1680-1693.

Marakoğlu İ, Özdemir D, Demirer S, Sezer H. Periodontal tedavi öncesi durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. Cumhuriyet Üniversitesi. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2003;6: (2).

Marrier AT. “Nursing Theorists and Their Work”, Fourth Edition, Mosby, 1998.

Martel C. Ben Enerjiyim., 3. Baskı, Arion Yayınevi, İstanbul 2001;p.125-138, 149-166

Mckay M, Fanning P. Daily relaxer. Tercüme: Rıfat Karslı. Gündelik gevseme egzersizleri. İstanbul. Okyanus Yayıncılık. 1998.

Mendel JG, Khan FA. Psychological aspects of weaning from mechanical ventilation. *Psychosomatics*,1980; 6: 465-471.

Mete S. Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.1998; 2: (2).

Milano MR, Kornfield DS. Psychiatry and surgery, Review of Psychiatry. L Grinspan (Ed), 3. Cilt, Washington DC., American Psychiatric Press Inc.,1984;p. 256-277.

Mok E, Wong KI. Effect of music patient anxiety, Aorn Journal 2003;77(2):396-410.

Miluk-Kolasa B, Obminski Z, Stupnicki R, Golec L. "Effect of treatment on salivary cortisol in patients exposed to pre-surgical stres",. *Experimental and Clinical Endocrinology*, 1994;102(2): 118-20.

Molassiotis A. A pilot study of the use of progressive muscle relaxation training in the management of post-chemotherapy nausea and vomiting. *Eur J Cancer Care* 2000; 9:230-234.

Moore K, Schmais L, "Practical issues and solutions", living well with cancer, G.P. Putnam's Sons Publishers, Penguin Putnam Inc, USA, 2001;p.217-267.

Moreno JJ.İçimizdeki müzigi eylemek. müzik terapi ve psikodrama çeviri editörü.Doğaner. Atadost Matbaacılık ve yayıncılık. 2001.

Mott AM.Psychologic preparation to decrease anxiety associated with cardiac catheterization *Journal of Vascular Nursing* 1999,17(2):41-9.

Munafı M. Alternative treatments relaxation and hypnosis. ın: Munafı M, Trim J (Eds). *Chronic Pain A Handbook For Nurses*. London: Reed Educational and Professional Publishing Ltd; 2000: p. 154-160.

Onat A. Koroner Arter Hastalığı Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 1999: 27 (5): 281-290.

Onat A. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevelansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. In: Onat A. editor. *TEKHARF İstanbul* 2005;19-27.

Öget Ö. Anksiyetenin öğrenme ve hafızaya etkisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kürsüsü. Doktora Tezi. İstanbul.1981.

Öner N. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Güvenilirliği ve Geçerliliği. Doçentlik Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 1997.

Örter H.C. Müzikle terapi. Mephisto Basım Yayın, İstanbul, 2005.

Öz Alkan H. İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatör (ıcd) hastalarında psikososyal faktörler ve hemşirelik bakımı Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi-2010.

Özdemir Ö, Demir AD, Kütük E. Perkutan koroner anjioplasti sonrası gelişen restenozun ve restenozu etki eden faktörlerin tedavisi, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2002;11, p.710-718

Özbey Ç. Özel eğitimde tedavi ve terapiler, yalnızlık ülkesi. Çağdaş yayıncılık İstanbul,2008.

Özcan N. Koroner Kalp Hastalıkları. GATA yayınları, Ankara, 1997;p 1-58, 473-532.

Özem F.,Türkiye’de invaziv kardiyoloji: 1994-1997 Yılı İşlemleri. Türkiye Kardiyoloji Derneği Arşivi. 1999: 27 (2): 80-84.

Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-liyezonpsikiyatrisi. İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi Aş. 1993;p.179.

Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 11.Baskı: Tuna Matbaacılık, Ankara 2008.

Pasnau RO, Fawzy FI, Skotzko CE .Surgery and surgical subspecialties, The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. JR Rundell, MG Wise (Ed), Washington DC., American Psychiatric Press Inc.1996; s.608-639.

Pedersen SS , Smith OR , De Vries J , Appels A , Denollet J . Course of anxiety symptoms over an 18-month period in exhausted patients post percutaneous coronary intervention . Psychosom Med. 2008 Nisan, 70 (3) :349-55.

Pedersen SS, Van Domburg RT, Theuns DA, Jordaens L, Erdman RA.Concerns about the implantable cardioverter defibrillator: A determinant of anxiety and depressive symptoms independent of experienced shocks . Am Heart J. 2005 Apr;149(4):664-9.

Pektekin Ç. Stres ve başa çıkma yolları, Hemsirelik Bülteni1990; 4(15):95–105

Perry SW, Difiede J, Musngi G. Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. american journal of psychiatry 1992;149: 931-935.

Perkutan ve valvüler girişimler hemşirelik bakım klavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği(www.tkfd.org.tr. Online).2004:6.

Pıçakçiefte M. Çalışma yaşamı ve anksiyete, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010; 9 (4) : 367-374.

Plozza L. B, Pöldinger W. Genel tababette psikosomatik bozukluklar, İstanbul: Yenigün Matbaacılık.1976.

Puntillo K, Weiss SJ. Pain: it's mediators and associated morbidity in critical care cardiovascular surgical patients. *Nursing Research*, 1984;43:31-35.

Puntillo KA. Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart & Lung*, 1990; 19:5:526-533.

Rasid M Z. The effects of two types of relaxation training on students levels of anxiety. http://www.findarticles.com/cf_dls/m2248/n129_v33/20740161/p2/article.htm, Erişim Tarihi: Mart 2002.

Rawal N. Postoperatif ağrı tedavisi. Ed: Erdine S, Ağrı, Alemdar Ofset, İstanbul, 2000; p. 124-141.

Relaxation", (<http://dictionary.cambridge.org/>) Erişim tarihi: 25.10.2005

Roykulcharoen V, Good M. Systematic Relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48 (2): 140-148.

Sabo CE, Michael SR. The influence of personal message with music on anxiety and side effects associated with chemotherapy. College of Health Sciences, University of Nevada, Las Vegas 89120, USA. *Cancer Nursing*. 1996 Aug;19(4):283-9.

Salmore RG, Nelson JP. "The Effect of Preprocedure Teaching, Relaxation Instruction and Music on Anxiety as Measured by Blood Pressures in an Outpatient Gastrointestinal Endoscopy Laboratory", *Gastroenterology Nursing*, 2000;23(3): 102-10.

Seers K, Carroll. Relaxation techniques for acute pain management: A Systematic Review. *Journal Advanced Nursing* 1998; 27: 466-475.

Sertel Ö. Ağrı kontrolünde psikolojik girişimler. Ed: Erdine S, Ağrı. Alemdar Ofset, İstanbul, 2000; p. 679-686.

Short A.E. Holistic aspects of rehabilitation post-cardiac surgery in the bony method of guided imagery and music. University of Technology, Phd Thesis, Sydney, 2003.

Soltoski PR, Youssef N. Postoperatif rutin. Eds: Soltoski PR, Karamaoukian HL, Salerno TA. Çev: Erentug V. Polat A. Kalp cerrahisi sırları., Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2006, p.219-22.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. State-trait anxiety inventory, Consulting Psychologists Press, Inc. 1970.

Stevens K. Patients perceptions of music during surgery. *Journal of Advanced Nursing* 1990;15:9: 1045-1051.

Strain JJ. The surgical patient, *Psychiatry*. R Michels, JO Cazenar (Ed), 2. Cilt, Philadelphia, JB Lippincott, 1985; p.1-11.

Stuart GW. Cognitive behavioral therapy. GW Stuart, MT Laraia (eds.), Principles and Practice of Psychiatric Nursing, seventh ed., Philadelphia, Mosby, 2001, p.658-673.

Surman OS. The surgical patient, Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. TP Hackett, NH Cassem (Ed), 2. Baský, Littleton, PSG Publishing,1987;p.s.69-83.

Qasimi TB. Endoskopi işlemi uygulanacak hastaların işlem öncesi anksiyete düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler Yüksek Lisans Tezi İstanbul-2007.

Qiu YG , Zheng LR , Chen JZ , Zhu JH , Zhang FR , Xu Y , Zhao LL , Tao QM . Qiu YG , LR Zheng , Chen JZ , Zhu JH , FR Zhang , Xu Y , Zhao LL , Tao QM Psychologic status and their influencing factors in patients suspected of coronary disease before and after coronary catheterization Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2003 Mar;24(3):224-8.

Şengül C. Genç yaşta miyokard enfarktüsügeçiren hastalarda klasik ve psikososyal risk faktörlerinininkarşılaştırmalı olarak incelenmesi. Kardiyoloji Uzmanlık Tezi. Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi , İstanbul,Türkiye.2006.

Taçoy G, Kaynak T. Tanısal ve tedavi edici girişimsel koroner arter işlemlerinderadiyal arter kullanımının yeri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2010;38(1):50-56.

Taylor C, Lillis C, Lemone P. Stress and adaptation. Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care, Philadelphia, J.B. Lippincott Company.1989.

Terakye G. Hemşirelikte iletişim ve hasta hemşire ilişkileri, Aydoğdu Ofset, Ankara.19994.

Tok A. Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların taburculuk sonrası yasadıkları sorunlar Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi Ankara. Türkiye.2006.

Turhan Y. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi. Adana. 2007.

Türkoğlu C. Girişimsel kardiyoloji tarihçesi. REVIEW Kardiyoloji Dergisi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, İzmir. Year: 2000 / Volume: 13 / No: 3.

Uyar M, Korhan AE, Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. 2011;23(4):139-146.

Uyar M. Postoperatif Ağrı. Ameliyathane Hemşireleri Derneği, Ulusal Cerrahi Derneği, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı(Editörler), Ulusal Cerrahi Kongresi'de: 2002-Mayıs-15-19; Antalya, Türkiye. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 115-129.

Uzun S, Uzun M,Vural M. State and trait anxiety levels before coronary angiography .Journal of Clinical Nursing 2008; 17;602–607.

Ünal G, Çam O. Affektif bozukluklarda psikoterapötik girişimler ve psikiyatri hemşireliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21:175-187.

Van Fleet S. Relaxation and imagery for symptom management: improving patient assessment and individualizing treatment. Oncol Nurs Forum 2000; 27:501-510.

Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery. Rev Latino-am Enfermagem maio-junho 2006; 14(3):383-8.

Velioglu P, Hemsirelikte kavram ve kuramlar, Alas ofset, İstanbul, 1999.

Vural F. Koroner arter bypass greft uygulamasında düşünme ve müziğin i yileşme sürecine etkisi Doktora Tezi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul ,Türkiye 2006.

Walker LG, Walker MB, Ogston K, et al. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. British Journal of Cancer 1999; 80(1/2): 262–268.

Watkins LL, Blumenthal JA, Babyak MA,, Davidson RT, McCants CB, Christopher O'Connor MD, Sketch MH. Prospective association between phobic anxiety and cardiac mortality in individuals with coronary heart disease. Psychosomatic Medicine 2010 September ; 72(7): 664–671.

Weber S. The Effects of Relaxation Exercises on Anxiety Levels in Psychiatric Inpatients. Journal Holistic Nursing, 1996; 14(3), 196-205.

White JM. Effects of relaxing music on cardiac autonomic balance and anxiety after acute myocardial infarction. American Journal of Critical care 1999; 8:220–230.

Willens JS. Pain Management. In: Smeltzer SC, Bare BG (Eds). Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing. 10th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2006: 216-248.

Wong H.LC, Lopez-Nahas V. Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. Heart& Lung, 2001;30:5:376-87.

Yağcıbulut Ö. Göğüs ağrısı ile başvuran ve koroner anjyografi yapılan koroner by-pass ve/v eya koroner stentli hastalarda revaskülarizasyon ihtiyacı ile anksiyete – depresyon arasındaki ilişki. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Dalı Uzmanlık Tezi. Mersin. Türkiye. 2011.

Yavuz T, Karagöz A, Koşar U, Özgirgin N. lomber spinal stenozda anamnez ve klinik muayene bulgularının tanıdaki değeri, Fiziksel Tıp 2002; 5(1); 5-9

Yıldırım D. Stres ve stresle basa çıkmada gevseme teknikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1991;6:175-189.

Yıldırım G, Şahin N. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003;7 (1):8-12.

Yıldırım NK. Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı (www.acibademhemsirelik.com) Erişim Tarihi: 23.02.2012

Yung Paul MB, Fung MY, Chan Tony MF, Lau Bernard WK. Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. Int J Ment Health Nurs 2004; 13:255-261.

Yücel A. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü. Erdine S (Editör). Ağrı'da. 1. Baskı. İstanbul: Alemdar Ofset; 2000; p. 695-698.

ÖZGEÇMİŞ

| | |
|-----------------------|--|
| Adı: | Özgür |
| Soyadı: | DEMİR |
| Doğum Yeri: | Ladik |
| Doğum Tarihi: | 07.03.1982 |
| Görev Yeri: | Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kardiyoloji Servisi İZMİR |
| Yabancı Dil: | İngilizce |
| E-Posta Adresi | ozgurdemir05@hotmail.com |

| Tarih | Eğitim |
|---|--|
| 2000-2005 | Mersin Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Lisans) |
| 2010-..... | Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü(Yüksek Lisans) |
| Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler. | |
| 20 Temmuz 2007 | Ankara Etlik İhtisas Hastanesi “ Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifikası” 20 Temmuz 2007 |
| 1 Eylül 2009 | Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi “Genel Oryantasyon Eğitimi Programı” 1 Eylül 2009 İzmir |
| 1 Eylül 2009 | Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi “Hemşire Oryantasyon Eğitimi Programı” 1 Eylül 2009 İzmir |
| 3 Eylül 2009 | Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü “Temel Yaşam Desteği” 3 Eylül 2009 İzmir |
| 5-18 Nisan 2010 | 6. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi (KKVC) & 59. Uluslararası Avrupa Kalp Damar Cerrahisi Derneği Kongresi (ESCVS) 5-18 Nisan 2010 İzmir |
| 05-09 Ekim 2010 | 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi 05-09 Ekim 2010 İzmir |
| 05-09 Ekim 2010 | 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi “Adli Psikiyatri Kursu” 05-09 2010 İzmir |
| 19-21 Mayıs 2011 | V. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu “Biyoloji Kavşağında Klinik Psikoloji” 19-21 Mayıs 2011 Aydın |
| 19-21 Mayıs 2011 | V. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu “Aile Terapisi/ Kullanılan Metaforlar Çalışma Grubu” Aydın |
| 19-21 Mayıs 2011 | V. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu “Psikosomatik Hastalıklara Psikanalitik Yaklaşım Çalışma Grubu” Aydın |
| 19-21 Mayıs 2011 | V. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu “Differential Susceptibility to the Environment Çalışma Grubu” Aydın |
| 22-24 Eylül 2011 | I.Uluslararası V.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 22-24 Eylül 2011 İstanbul |
| 22-24 Eylül 2011 | I.Uluslararası V.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi “Psikodrama ve Farkındalık”Çalışma Grubu” İstanbul |

| | |
|---|---|
| 22-24 Eylül 2011 | I.Uluslararası V.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi “Yatan Hastalarda Yeni Bir Grup Terapi Tekniği; Kişilerarası İlişkilerde Rol Çözümleme Grup Terapisi(KARAT G)” İstanbul |
| 27 Eylül 2012 | DEÜ Hemşirelik Fakültesi “ İletişimde Güçlenme: Kendimizle Tanışmak” 27 Eylül 2012 İzmir |
| İş Tecrübesi | |
| 2004-2005 | Özel Beyaz Polikliniği Acil Servisi (Hemşire) |
| 2006-2007 | Özel Uzmanlar Tıp Merkezi Acil Servisi (Hemşire) |
| 2007-2008 | Amasya Özel Hemodiyaliz Merkezi Hemodiyaliz Ünitesi (Hemşire) |
| 2008-2009 | Şırnak Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi (Sorumlu Hemşire) |
| 2009-Devam Ediyor | DEÜ Hastanesi Kardiyoloji Servisi (Hemşire) |
| Varsa, Saha Görevlisi Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar | |
| 2011 | Adana F, Arslantaş H, Ergin F, Çabuk M, Çetinkaya Ş, Adıyaman Ö. Sexuality in elderly in the of a group university students. Esslingen, 11-15/07/2011. Almanya. |

TEŞEKKÜR

Bu çalışma sırasında bana son derece kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile her türlü yardım ve desteğini, danışmanlığını esirgemeyen, bana her zaman cesaret veren, beni sabırla ve anlayışla yönlendiren ve özveride bulunan, değerli hocam ve danışmanım çalışma disiplini ve derin bilimsel yaklaşımını örnek aldığım değerli hocam, tez danışmanım; Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince yetişmemde emeği geçen, Doç. Dr. Fatma DEMİRKIRAN, Yard. Doç. Dr. Filiz ADANA, Prof. Dr. Ferhan DEREBOY, Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY ve Prof. Dr. Mehmet ESKİN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın, istatistiksel olarak planlama ve değerlendirme aşamalarında yardım ve desteklerini esirgemeyen Yard. Doç. Dr. Filiz ADANA, Doç. Dr. Filiz ERGİN, Prof. Dr. Hülya ELLİDOKUZ ve Dr. Aylin DURMAZ EDEER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın başından itibaren uygulama konusunda destek ve yardımlarını esirgemeyen, içten arkadaşlıklarıyla her zaman yanımda olan başta Zuhal BATURLAR'a, bu sayfaya yazmakla isimlerini sığdıramayacağım sevgili arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bana her zaman güvenen ve güven veren, bugünlere gelmemde karşılı ödenemez emekleri bulunan, çalışmamın her anında sonsuz sevgisini hissettiğim, annem Fadime DEMİR'e, babam Murat DEMİR'e, erkek kardeşim Özcan DEMİR'e ve yaptığı çevirilerle yüksek lisans eğitimime katkıda bulunan İngilizce öğretmeni kız kardeşim Öznur DEMİR ÇAKIR'a en içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma; Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi kapsamında ASYO-12007 proje kodu ile desteklenmiştir, teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmaya, büyük özverilerle katılarak, çalışmamın bugünkü haline gelmesinde önemli katkıları olan değerli hastalarıma en içten duygularıyla şükranlarımı sunarım.

Çizelge 1.2. Araştırmanın uygulama planı takvimi

| | | |
|----------|-------------|--|
| 1. ay | Eylül | <ul style="list-style-type: none">• Kurum İzni Alınması• Literatür Tarama |
| 2. ay | Ekim | <ul style="list-style-type: none">• Kurum İzni Alınması• Literatür Tarama |
| 3. ay | Kasım | <ul style="list-style-type: none">• Kurum İzni Alınması• Literatür Tarama |
| 4. ay | Aralık | <ul style="list-style-type: none">• Literatür Tarama• Deney grubuna müzik eşliğinde progresif gevşeme egzersizi uygulanması• Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanterinin uygulanmasının yapılması |
| 5. ay | Ocak | <ul style="list-style-type: none">• Literatür Tarama• Deney grubuna müzik eşliğinde progresif gevşeme egzersizi uygulanması• Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanterinin uygulanmasının yapılması |
| 6. ay | Şubat | <ul style="list-style-type: none">• Literatür Tarama• Genel Bilgilerin ve Gereç Yöntemin Yazılması• Deney grubuna müzik eşliğinde progresif gevşeme egzersizi uygulanması• Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanterlerinin uygulanmasının yapılması |
| 7. ay | Mart | <ul style="list-style-type: none">• Literatür Tarama• Genel Bilgilerin ve Gereç Yöntemin Yazılması• Deney grubuna müzik eşliğinde progresif gevşeme egzersizi uygulanması• Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanterlerinin uygulanmasının yapılması• Veri Girişi |
| 8. 9. ay | Nisan-Mayıs | <ul style="list-style-type: none">• Veri Girişi• Literatür Tarama• Genel Bilgilerin ve Gereç Yöntemin Yazılması• Deney grubuna müzik eşliğinde progresif gevşeme egzersizi uygulanması |

| | | |
|--------|---------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanterlerinin uygulanmasının yapılması |
| 10.ay | Haziran | <ul style="list-style-type: none"> • Deneş grubuna müzik eşliğinde progresif gevşeme egzersizi uygulanması • Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanterlerinin uygulanmasının yapılması • Veri Girişİ |
| 11. ay | Temmuz | <ul style="list-style-type: none"> • Verilerin analizi • Bulguların yazımı • Danışman incelemesi |
| 12. ay | Ağustos | <ul style="list-style-type: none"> • Verilerin analizi • Bulguların yazımı • Danışman incelemesi |
| 13. ay | Eylül | <ul style="list-style-type: none"> • Verilerin analizi • Bulgular ve tartışmanın yazımı • Danışman incelemesi |
| 14. ay | Ekim | <ul style="list-style-type: none"> • Bulgular ve tartışmanın yazımı • Danışman incelemesi • Tez yazımı ve basımı, ilgili kurum-kuruluşlara sunumu |

EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Anksiyete, her insanın hayatını tehdit eden bir tehlike karşısında duyduğu sıkıntı, aşırı endişe ve ölüm korkusu karşısında gösterdiği doğal bir tepkidir. Koroner anjiyografi(KAG) ve perkütan transluminal koroner angioplasti(PTKA) hastaları kaygı, endişe ve korku yaşamaktadırlar.

Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti uygulamalarından önce bireylerin fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin karşılanması, işlem sırasında ve işlem sonrası olumsuz sonuçların azalması, sedatif ilaç kullanımının azalması, bireyin hastanede kalma süresinin kısalması, iyileşme sürecinin hızlanması, postoperatif dönemde işleme yönelik olumlu duygular yaşanarak KAG ve PTKA işlemlerinden önce ve sonraki dönemde anksiyetenin azaltılmasında önemlidir. Progresif gevşeme eğitimi(PGE) ve müzik dinletisi anksiyeteyi azaltan ve gevşemeyi sağlayan önemli bilişsel-davranışçı tedavi tekniklerinden birisidir. PGE insan vücudundaki elden ayaklara kadar büyük kas gruplarının istemli olarak gerilmesini ve gevşetilmesini içeren bir egzersiz türüdür.

Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatmakta olan KAG ve PTKA hastalarına işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisini araştırmaktır. Çalışma sonrası veriler bilimsel amaçlarla isim verilmeden yayınlanacaktır.

Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatmakta olan KAG ve PTKA hastalarında ADÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Özgür DEMİR'in Tez Çalışması olarak danışmanı Yrd.Doç.Dr.Hülya Arslantaş ile birlikte yürütülmektedir. Çalışmanın toplu sonuçlarını öğrenmek isteyen katılımcılar araştırmacının altta bildirilen e-mail adresine başvurabilirler.

Çalışmaya katılacak kişilere bilgi formu ile birlikte iki adet anket formu verilecektir. Katılımcıların kim oldukları bilinmeyecektir. Bunun için ad, soyad, adres ve telefon numaraları yazmanıza gerek yoktur. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen katılımcıların hiçbir etki altında kalmadan çalışmaya katıldıklarını bildirmek amacı ile aşağıda belirtilen yeri imzalamaları yeterli olacaktır.

Özgür DEMİR

E-mail Adresi: ozgurdemir05@hotmail.com

Hiç bir etki altında kalmadan yukarıda amacı açıklanan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih İmza

Ek-2. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı

Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner angioplasti işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme ve müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisi araştırmak amacıyla sizinle ilgili bazı sorular hazırladık. Bu sorulara vereceğiniz yanıtlar bilimsel araştırmalar dışında hiçbir şekilde yayınlanmayacaktır. Lütfen sorulardan hiçbirini atlamayınız. Sorularımıza içtenlikle yanıt verdiğiniz için şimdiden teşekkürler.

Araştırmacı

Protokol No :.....

Özgür DEMİR

Anket No :.....

İşlemin yapıldığı tarih:

İşlemin başlama saati:

İşlemin bitiş saati:

1. Cinsiyetiniz

() Kadın () Erkek

2. Kaç Yaşındasınız?.....

3. Medeni durumunuz nedir?

() Bekar () Evli () Boşanmış /ayrı yaşıyor () Dul

5. Eğitim durumunuz nedir?

() İlkokul () Orta okul () Lise () Üniversite ve üstü

6. Ne iş yapıyorsunuz?

() İşçi () Memur () Emekli () Çiftçi () Diğer
(belirtiniz.....)

Ek-3.Durumluluk Kaygı Envanteri

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin 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. Şu 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 absim bozuk. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 13. Çok sinirliyim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 15.Kendimi rahatlamış hissediyorum. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 16. Şu anda halimden memnunum. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 17. Şu anda endişeliyim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 19. Şu anda sevinçliyim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 20. Şu anda keyfim yerinde. | (1) | (2) | (3) | (4) |

Ek-4. Süreklilik Kaygı Envanteri

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

| | Hemen hiçbir zaman | Bazen | Çok zaman | Hemen her zaman |
|---|--------------------|-------|-----------|-----------------|
| 21. Genellikle keyfim yerindedir. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 22. Genellikle çabuk yorulurum. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 23. Genellikle kolay ağlarım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 24. Başkaları kadar mutlu olmak istiyorum. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 26. Kendimi dinlenmiş hissedirim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 28. Güçlülerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 30. Genellikle mutluyum. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 31. Her şeyi ciddiye alırım ve etkilenirim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 32. Genellikle kendime güvenim yoktur. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 33. Genellikle kendimi güvende hissedirim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 35. Genellikle kendimi hüznü hissedirim. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 36. Genellikle hayatımdan memnunum. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 39. Akli başında ve kararlı bir insanım. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder. | (1) | (2) | (3) | (4) |

Ek-5**Ek-5. Yaşam Bulguları Değerlendirme Formu**

| Yaşam Bulguları Değerlendirme Formu | | |
|-------------------------------------|--|---------------|
| İşlem Öncesi | | İşlem Sonrası |
| 1. Kan Basıncı | | |
| 2. Nabız | | |
| 3. Solunum | | |

Ek-6. Müzik Eşliğinde Progresif Kas Gevşeme Egzersizi

| |
|---|
| 1. Derin gevşeme, stresli olaylardan sonra yaşadığımız gerginliklerin, bedenimize zarar vermesini önlemek için kullanabileceğiniz, spor ve uyku gibi fizyolojik ve psikolojik rahatlama yöntemlerinden birisidir. |
| 2. Gevşeme egzersizlerinin amacı, gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı göstermek ve nasıl gevşeyebileceğinizi öğretmektir. |
| 3. Gevşeme egzersizlerinin 2 temel anahtarı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi doğru nefes alıp-verme, diğeri kaslarınızı iyice gevşetebilmektir. |
| 4. Doğru nefes, diyafram nefesi denilen bir nefes türüdür ve gevşediğimiz zamanlarda ya da uykuda kendiliğinden ortaya çıkar. Havayı burnunuzdan soluduğunuz (çiçek koklar gibi) ve ağzınızdan verdiğiniz (mum üfler gibi) derin, sakin, ritmik bir nefestir. Nefes alma ve verme süresinin birbirine eşit hızda olması gerekmektedir. |
| 5. Şimdi, koltuğunuza rahat bir şekilde oturun ve gözlerinizi kapatın ve gevşeyebileceğiniz kadar gevşeyin. |
| 6. Gevşeme oturumu sırasında insanın aklına bir sürü düşünce gelebilir. Bunların bazıları hoş, bazıları stres yarATICI, bazıları eğitimin ne kadar iyi ya da ne kadar kötü gittiğine ilişkin düşünceler olabilir. Düşüncelerle savaşımayın, bunun yerine hiçbir düşünceye takılmadan, bu düşüncelerin hiçbir ağırlıkları yokmuş gibi serbestçe gitmesine izin verin, yaşadığınız gevşeklik duygularına yönelin. |
| 7. Dikkatinizi egzersiz sırasında yapılması gerekenlere ve derin nefes almaya verdiğimizde bu durum kendiliğinden gerçekleşecektir. Derin gevşeme uykudan farklıdır, zihniniz uyanık ancak dingin olacaktır, oturumun bitiminde enerjinizin yenilendiğini göreceksiniz. |
| 8. Egzersiz sırasında rahat oturmak ve sıkmayan, bol kıyafetler giymek ve oturumdan önceki 1 saat içinde bir şey yememeye çalışın. |
| 9. Şimdi kollarınızı iki yana sarkıtın ve bir yandan nefes alırken el kaslarınızı yumruk yaparak gerin, yumruklarınızı sıkın, sıkın, biraz daha böyle durun. Şimdi yumruklarınızı açın ellerinizin gevşemesine izin verin. El kaslarınızın ne kadar gevsek olduğunu ve ısınmaya başladığını fark etmeye çalışın. Burnunuzdan sakin ve kolay bir şekilde nefes alıp ağzınızdan verin. |
| 10. Şimdi de ellerinizdeki gevşekliği bozmayarak, nefes alırken kollarınızdaki kasları da gerin, gerin, birkaç saniye daha durun, şimdi bırakın, kol kaslarınızın çözüldüğünü hissedin. Derin ve rahat bir şekilde nefes almayı sürdürün. |
| 11. Her nefes verişinizde biraz daha gevşiyorsunuz, kollarınız gittikçe gevşiyor, elleriniz ve kollarınız şimdi tümüyle gevşedi, çok ağırlaştılar, ağırlıklarını hissediyorsunuz ve hareket ettirmek istemiyorsunuz. Burnunuzdan sakin ve kolay bir şekilde, nefes alıp, ağzınızdan verin. |
| 12. Şimdi ellerinizdeki ve kollarınızdaki bu gevşekliği korumaya çalışırken, bir yandan da derin bir nefes alın ve omuzlarınızı yukarı doğru kaldırarak omuz ve boyun kaslarınızı gerin, biraz daha gergin durun ve bırakın. |

| |
|---|
| 13. Gerginliğin, omuzlarınızdan ve boynunuzdan uzaklaştığını hissedin. Bu şekilde sakin, rahat ve derin derin nefes almaya devam edin. |
| 14. Kollarınız ve omuzlarınız öylesine gevşek ve ağır ki oynatmak istemiyorsunuz. Dikkatinizi bu huzurlu ve rahat duyguya yoğunlaştırın, nefesleriniz kolay ve düzgün, her nefes verişinizde biraz daha rahatlıyorsunuz. |
| 15. Şimdi derin bir nefes alın ve göğsünüzde tutun, göğsünüzdeki kasların gerildiğini fark edin, kaslarınızı gergin tutun, tutun ve bırakın. |
| 16. Derin ve rahat bir şekilde nefes alıp vermeye devam edin. Göğüs kaslarınızın gerginliklerini atıp gevşediğinizi hissedin. |
| 17. Şimdi dikkatinizi karnınıza yöneltin. Burnunuzdan derin bir nefes alıp, karnınızda tutun, tutun, karın kaslarınızın iyice gerildiğini fark edin, ağızınızdan nefesinizi verirken, bu kaslarınızı da bırakın. |
| 18. Karın kaslarınızın iyice gevşediğini hissedin. Her nefes alışınızda bu nefesin bütün bedeninizi doldurduğunu hissedin. Her nefes verişinizde de bedeninizin merkezinden sıcak ve rahat bir duygu yayılıyor. |
| 19. Şimdi dikkatinizi kalçalarınızdaki kaslara yöneltin. Derin bir nefes alıp, bu kasları gerin. Nefesinizi tutun ve kaslardaki gerginliği birkaç saniye sürdürün. bırakın, Şimdi de ,kalça kaslarınız iyice gevşesin ve oturduğunuz yerde iyice yayılsın. |
| 20. Şimdi de bacaklarınızdaki kasları kasın. Bu kasların gerildiğini fark edin. Şimdi nefesinizi verirken, bu kasları da bırakın ve gevşemelerine izin verin ne kadar rahatladıklarına dikkat edin. |
| 21. Şimdi de bacaklarınızı gevşek tutarak, ayaklarınızı öne doğru uzatın ayaklarınızdaki bütün kasları gerin, ayak parmaklarınızı da bükün ve bırakın. |
| 22. Ayak parmaklarınızı düzeltin ve tamamen gevşemelerine izin verin, ayağınızdaki gerginliğin kaybolduğunu hissedin. |
| 23. Şimdi dikkatinizi bedeninizin tümüne verin. Kollarınız, bacaklarınız ve bedeniniz tamamen gevşemiş durumda, tüm kaslarınızda ağır ve sıcak bir duygu var. Kollarınızda ve ellerinizde dolaşan sıcaklığı hissedin. Omuzlarınızın ve boynunuzun ne kadar ağırlaştığını hissedebilirsiniz. |
| 24. Kaslarınız öylesine rahat ve gevşek ki hareket ettirmek istemiyorsunuz. Derin ve sakin bir şekilde nefes alıp verin. Her nefes verişte biraz daha gevşeyin. |
| 25. Şimdi derin bir nefes alırken, yüzünüzdeki kasları gerin. Yüzünüzü iyice buruşturun, kaslarınızı çatın, çenenizi kasın, yüzünüzdeki bütün kaslar gergin. |
| 26. Şimdi bir seferde nefesinizi vererek, yüzünüzdeki bütün kasları gevşetin. Yüzünüzdeki derinin yayıldığını ve düzeldiğini fark edin. |
| 27. Gözlerinizin çevresindeki kasların gerginlikten kurtulduğunu fark edin. Gevşekliğin ve rahatlığın yanaklarınızdan aşağı, çenenize doğru süzülmesini hissedin. Yüzünüzdeki bu sakin ve gevşek duygudan zevk alın. Alnınız düzgün ve serin. |

| |
|--|
| 28. Şimdi de derin bir nefes alırken, bütün bedeninizi kasın. Kollarınızı, omuzlarınızı, göğsünüzü, karnınızı, kalçalarınızı, bacaklarınızı ve ayaklarınızı, hepsini kasın, kasın ve bırakın. |
| 29. Tüm bedeninizdeki kasları bırakın gevşesinler. Derin derin sakin bir şekilde, nefes alıp vermeyi sürdürün. Her nefes verişte, bedeninizdeki tüm kasların biraz daha gevşediğini fark edin. |
| 30. Yüzünüz, alnınız, çeneniz, boynunuz, omuzlarınız, kollarınız, göğsünüz, karnınız, kalçalarınız, bacaklarınız, ayaklarınız, bedeninizin tümü büyük bir rahatlık içinde. İyice gevşemiş durumda. |
| 31. Şimdi yeniden dikkatinizi, nefes alıp verişinize yoğunlaştırın. Burnunuzdan sakin ve kolay bir şekilde nefes alıp, ağızınızdan verin. Alıp verdiğiniz her nefeste, bedeniniz ve zihniniz gittikçe sakinleşiyor. |
| 32. Her nefes alıp verişte biraz daha gevşiyorsunuz. O kadar güzel bir duygu ki kıpırdamak istemiyorsunuz. Tüm kaslarınız gevşek ve rahat. Nefesleriniz sakin ve düzgün. Bütün bedeninizin sakin ve ağır olduğunu hissediyorsunuz. Bedeniniz gevşemekten oldukça hoşnut. |
| 33. Bedeninizdeki her kasın ne kadar gevşek bir hale geldiğini hissedin. Çok derin bir gevşeklik durumu içindesiniz. Yavaş ve sakin bir şekilde nefes alıp vermeye devam edin. Tüm dikkatinizi bedeninizin her yanındaki bu ılık duyguya ve huzurla nefes alıp verişinize yöneltin. Nefes alın ve bırakın. Tamamen sakin ve gevşeksiniz. |
| 34. Düşünceleriniz başka yerlere kayıyorsa, dikkatinizi yeniden bu huzur duygusu ve nefesleriniz üzerine getirin. Eğer isterseniz nefes alıp verişlerinizi 1..., 2... şeklinde sayabilirsiniz. |
| 35. Şimdi bir süre daha, bu gevşeklik durumunun yarattığı duygu ve doyumları gözden geçirin. Bu duyguları daha sonra da hatırlayabilmek için, belleğinize yerleştirdiğinizden emin olun. |
| 36. Şimdi de yavaş yavaş eski uyanıklık durumuna dönmeye başlayın. Gözleriniz hala kapalı. El ve ayak parmaklarınızı yavaş yavaş oynatın, kollarınızı ve bacaklarınızı hafifçe oynatın. Başınızı bir yandan, diğer yana çevirin. Yavaşça bedeninizi hareket ettirin. |
| 37. Şimdi hiç acele etmeden gözlerinizi açın. Yine derin bir nefes alın ve bırakın. Bu süreçten yavaş yavaş çıkın ki bedeniniz vites değiştirme şansına sahip olsun, yavaşça ayağa kalkıp gerinerek bedeninizin normal aktivite düzeyine dönmesine yardımcı olabilirsiniz. |
| 38. Artık tümüyle uyanıksınız ama yine de sakin ve gevşeksiniz. Bedeniniz enerji dolu, günlük işlerinize devam etmek için hazırsınız. |

Ek-7: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı İzin Yazısı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 16

30.12.2011

Yrd.Doç.Dr.Hülya ARSLANTAŞ

Kurulumuz tarafından 29.12.2011 tarih ve 361-GOA protokol numaralı 2011/41-16 karar numarası ile görüşülen "Koroner Anjiyografi Ve Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

| | |
|---------------------|---|
| ETİK KOMİSYONUN ADI | DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |
| AÇIK ADRES | Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR |
| TELEFON | 0 232 412 22 54-0 232 412 22 58 |
| FAKS | 0 232 412 22 43 |
| E-POSTA | etikkurul@deu.edu.tr |

| | | |
|-------------------|---|---|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | DOSYA NO: | 361 -GOA |
| | ARAŞTIRMA | UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/> |
| | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Koroner Anjiyografi Ve Perkütan Transluminel Koroner Angioplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU | - |
| | SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI | Yrd.Doç.Dr.Hülya ARSLANTAŞ Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Y.O. Y.L.Öğr.Özgür DEMİR |
| | DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ | - |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ | - |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> |

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------|-------------------|--|---|--------------------------------|
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | Mevcut | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR | Mevcut | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input checked="" type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | Mevcut | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| | OLGU RAPOR FORMU | Mevcut | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |

| KARAR BİLGİLERİ | Karar No:2011/41-16 | Tarih: 29.12.2011 | | | | |
|---|---|---|-----------|----------------------------|---------------------------------------|------|
| | Yrd.Doç.Dr.Hülya ARSLANTAŞ'ın sorumlusu olduğu "Koroner Anjiyografi Ve Perkütan Transluminel Koroner Angioplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. | | | | | |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | | | | | | |
| ÇALIŞMA ESASI | Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu | | | | | |
| ETİK KURUL ÜYELERİ | | | | | | |
| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsi yet | Araştırma ile ilişkili mi? | | İmza |
| Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan) | Tıbbi Biyokimya | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı | Kadın | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı) | Ph.D.Yüksek Hemşire | DEU Hemşirelik Fakültesi | Kadın | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ | Fizyoloji | DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı | Erkek | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ | Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon | DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu | Kadın | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR | Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora | DEU Hemşirelik Fakültesi | Kadın | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU | Kalp Damar Cerrahisi | DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı | Erkek | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr.Adnan MENDERES | Plastik Cerrahi | DEU Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı | Erkek | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr.Ece BÖBER | Pediyatrik Endokrinoloji | DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı | Kadın | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr.Hüseyin BASKIN | Mikrobiyoloji | DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı | Erkek | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr.Servet AKAR | İç Hastalıkları (Romatoloji) | DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı | Kadın | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ | Tıbbi Farmakoloji | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı | Kadın | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK | Mikrobiyoloji | DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı | Kadın | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr.İşıl TEKMEN | Histoloji ve Embriyoloji | DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı | Kadın | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Ph.D.Meltem Kutlu GÜRSEL | Hukuk | D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı | Kadın | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| İhsan ÇELİKDEMİR | Sağlık mensubu olmayan üye | 75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd. | Erkek | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 - 480
KONU:

BALÇOVA-İZMİR
...../...../2011

11.10.2011*009881

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi:19.09.2011 tarihli 5544 sayılı yazınız;

İlgi yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özgür Demir'in Kroner Anjiyografi ve Perkütan Transluminal Kroner Angioplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyate düzeylerine Olan Etkisi konulu çalışması anketini Hastanemiz Kardiyoloji servisinde yapması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof.Dr. Mehmet Ali ÖZCAN
Başhekim V.

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İZMİR
Tel:+90(232)412 23 15 Faks:+90(232) 259 97 23
E posta:elcin.safyurek@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Hem.Hiz.Müd. Gülay EŞREFGİL
Elektronik ağ:www.deu.edu.tr

Ek 8. Etik Kurul Yazısı



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



BİRİM/BÖLÜM : KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI
SAYI : 760
KONU :

18 /10/2011
İZMİR

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

Kardiyoloji Servisimizde yürütülecek olan ve danışman araştırmacılığını Yrd. Doç. Dr. Hülya Arslantaş'ın üstlenmiş olduğu " Koroner Anjiyografi ve Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme ve Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi " başlıklı Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi Araştırma Projesini yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Özhan GÖLDELİ
Kardiyoloji A.D. Başkanı

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi / Inciraltı 35340-İZMİR Tel.: 0 232 41241 02-01- Fax: 0 232 2590541 E-posta: tip@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için Birim Sorumlusu : Prof.Dr.Özhan GÖLDELİ