

**Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların
Bakımında Bilgilendirmenin ve Müziğin Anksiyete
ve Yaşamsal Bulgular Üzerine Etkisinin
Karşılaştırılması**

Nurdan YILDIZ

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Temmuz 2019
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Nimet Ovayolu

2. Prof. Dr. Sevinç Taştan

3. Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin

ÖZ

Bu araştırma; koroner anjiyografi uygulanacak hastalara yapılan bilgilendirme ve dinletilen müziğin anksiyete düzeyine ve yaşamsal bulgulara etkisini karşılaştırmak amacıyla randomize ön test-son test kontrol gruplu deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, KKTC, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi'ne elektif koroner anjiyografi işlemi amacıyla yatırılan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, belirlenen evren içinden Cohen kullanılarak üç grup varsayımıyla yapılan power analizi sonucu 184 kişi olarak belirlenmiştir. Örneklemini; müzik 63, bilgilendirme 61, kontrol grubunda 60 olmak üzere üç grup hasta oluşturmuştur. Veriler; Tanıtıcı Özellikler Formu, Yaşamsal Bulgu Takip Formu, Durumluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri ile toplanmıştır. Hastalara anjiyografi öncesi Görsel Bilgilendirme Kataloğu verilmiş, MP3 Çalar ve kulaklıkla yatağında müzik dinletilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde; frekans, yüzde, ortalama ki kare, t testi, ANOVA kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada katılımcıların yaş ortalaması $60,4\pm 10,3$ bunlardan, %63'nün erkek, %37'sinin kadın olduğu görülmüştür. Gruplar arasında sigara içme dışında diğer tanıtıcı özellikler benzer bulunmuştur ($p>0.05$). Hastalara koroner anjiyografiye alınacakları haberi verildiğinde, kontrol grubunun; sistolik kan basıncı, nabız ve solunum sayısı değerleri, müzik ve bilgilendirme grubundakilerden daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Müzik ve bilgilendirme grubundaki hastaların durumluluk anksiyete ön test puanları, kontrol grubundakilere göre daha yüksek bulunurken, son testte kontrol grubu hastalarının anksiyete puanları, müzik ve bilgilendirme grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur

($p<0.05$). Benzer fark müzik ve bilgilendirme grupları arasında görülmemiştir ($p>0.05$).

Araştırmamızda koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların durumluk anksiyete ön test (kliniğe geldiklerinde) sonuçlarına bakıldığında müzik, bilgilendirme, kontrol gruplarının sırasıyla 36.22 ± 3.18 , 37.61 ± 4.05 , 34.85 ± 3.83 puan aldıkları ve kontrol grubunun durumluk anksiyete puanının müzik ve bilgilendirme gruplarına göre daha düşük olduğu grlmştir ($p<0.05$). Son testte ise durumluk anksiyete envanterinden aldıkları puanlar sırasıyla 36.44 ± 5.58 , 35.74 ± 6.39 , 41.55 ± 5.62 olduğu ve kontrol grubunun puanlarının diğer iki gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin koroner anjiyografi hakkında bilgi alma gereksinimleri incelendiğinde 103 kişinin gereksinim duyduğu grlmştir. Bunun sadece %6.6'sı bilgilendirme gruba aittir.

Sonuç olarak; anksiyetenin önlenmesi ve azaltılmasında koroner anjiyografi planlanan hastaları bilgilendirmenin ve/veya müzik dinletmenin fizyolojik parametreleri olumlu yönde etkilediği ve anksiyete düzeyini azalttığı belirlenmiştir. Hastanın anksiyetesinin azaltılması ve sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi için görsel bilgilendirme ve nonfarmakolojik yöntemlerden olan müzik müdahalesinin yatan hastalara uygulanmasını neriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Koroner Anjiyografi, Anksiyete, Hemşirelik Girişimleri, Görsel Bilgilendirme, Mzik

ABSTRACT

This study was planned as randomised quasi-experimental and pretest-posttest control grouping to investigate the effects of information given and music on the care of patients and on vital finding who will undergo coronary angiography. Study group consisted of patients who will undergo coronary angiography (CAG) at Dr. Burhan Nalbantoğlu State Hospital Cardiology Service in Nicosia, Turkish Republic of Northern Cyprus. This study's sample is determined as 184 patients from the results of power analysis by using Cohen in the selected population. Three different groups created from the samples who fits in the sample criteria, accept the study voluntarily as 63 patients in music group, 61 patients in informing group and 60 patients in control group. Data is collected by using; ; informative Form, vital sign pursuit form, State Anxiety Inventory. Visual Informative Form is delivered to the patients before undergoing angiography surgery and make patients listen music on their bed with headphones. In the statistical analysis of study; patients' Frequency, percentage, average, chi square, t test, ANOVA. Statistically significant difference accepted as $p < 0.05$.

According to the data received from this study; the average age is $60.4 \pm 10.3\%$, female 37% and percentage of male patients are 63%. Other introductory specifications except smoking found similar ($p > 0.05$). It is estimated that; systolic blood Pressure, pulse, Respiration rates of the patients of control group is higher than the patients in music and informing group when the information transferred of "undergoing to the operation of coronary angiography" to the patients. . Trait Anxiety Inventory pre-test scores of music and informing groups found as higher then control group, meanwhile in post-test anxiety scores of control group found as higher then

music and informing groups ($p < 0.05$). Similar result weren't determined amongs the music and informing groups. ($p > 0.05$)

In this study, coroner angiography applied patients' state anxiety pretest scores of music, informing, control groups in the order of 36.22 ± 3.18 , 37.61 ± 4.05 , 34.85 ± 3.83 and , the patients in control group found as lower then music and informing groups ($p < 0.05$). In the results that comes from trait anxiety Inventory post test scores are in the order of 36.44 ± 5.58 , 35.74 ± 6.39 , $41,55 \pm 5,62$ and scores of control group is higher then the other two groups. Considering the informing of about coronary angiography needs, 103 patients were determined. Only 6.6% belongs to informing group.

As a consequence; It is determined that informing patients and/or make patients listen to music preventing and decreasing anxiety on patients planned coronary angiography and affecting physiological Parameters positively and decreased anxiety level. It is suggested that interference of music In order to decreasing patient anxiety and improve the quality of medical service, we recommend that music from visual information and non-pharmacological methods to be applied to inpatients.

Keywords: Coronary Angiography, Anxiety, Nursery Initiatives, Visual Information Informing, Listening to music.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde yardım ve desteklerini esirgemeyen tez danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin'e, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanı Prof. Dr. Refia Selma Görgülü'ye, Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren hocam Prof. Dr. Gülümser Kublay ve değerli jüri üyeleri Prof. Dr. Nimet Ovayolu ve Prof. Dr. Sevinç Taştan'a,

Bilgilendirme katalogunun hazırlanıp çoğaltılmasında fikirlerini ve desteğini aldığım Prof. Dr. Nuray Enç, Uzm. Dr. Kardiyolog Gülgün Göktuna Vaiz, Uzm. Dr. Kardiyolog Ümit Yüksek, Hemşire Fatma Gençtürk ve Hemşire Özlem Yorgancı'ya, tez çalışmamın her aşamasında bana destek olan Kardiyoloji Anabilim Dalı ekibine ve Anjiyo Ünitesi ekibine, çalışmama katılım göstererek değerli zamanlarını benimle paylaşan anjiyo uygulanan bireylere,

Çalışmamın tez süreci boyunca sabırla bana destek veren arkadaşım Zeynep Demirezen'e, yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen çok sevgili aileme tüm kalbimle teşekkür ederim.

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	Adrenocortikotropik Hormon (Adrenokortikotropik Hormon)
ACC	American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Koleji)
ADH	Antidiüretik Hormon
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Cemiyeti)
ALT	Alanin Aminotransferaz
AST	Aspartat Aminotransferaz
aPTT	Aktive Parsiyel Protromboplastin Zamanı
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
BUN	Blood Urea Nitrogen (Kan Üre-Nitrojen)
CxA	Circumflex (Sirkumfleks Arter)
CBC	Complete Blood Count (Tam Kan Sayımı)
CK-MB	Kreatin Kinaz-MB
CRP	C-Reaktif Protein
DKB	Diyastolik Kan Basıncı
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBCT	Electron Beam Computed Tomography (Elektron Işınlı Bilgisayar Tomografi)
EKG	Elektrokardiyografi
EKO	Ekokardiyografi
ESC	European Society Of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
HDL	High Density Lipoprotein (Yüksek Dansiteli Lipoprotein)

IDL	İntermediate-Density Lipoprotein (Orta Yoğunluklu Lipoprotein)
IV	İntravenöz
KABG	Koroner Anjiyografi Bypass Grefti
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KAG	Koroner Anjiyografi
KDH	Koroner Damar Hastalığı
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
LAD	Left Anterior Descending Artery (Sol Ön İnen Arter)
LDL	Low Density Lipoprotein (Düşük Dansiteli Lipoprotein)
LDH	Laktat Dehidrojenaz
LMCA	Left Main Coronary Artery (Sol Ana Koroner Arter)
MI	Miyokard İnfarktüs
PCI	Percutan Coronary Interventions (Perkütan Koroner Girişim)
PLT	Platelet (Trombositler)
PTCA	Percutan Transluminal Coronary Angioplasty (Perkütan Translüminal Koroner Anjiyografi)
PTZ	Protrombin Zamanı
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TEE	Transözefagal Ekokardiyografi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
RCA	Right Coronary Artery (Sağ Koroner Arter)
RDW	Red Cell Distribution Width (Kırmızı Kan Hücresi Hacmi)
Tn	Troponin

TÜMATA	Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu
SCAI	Society for Cardiovascular Angiography and Interventions (Kardiyovasküler Anjiyografi ve Müdahaleler Derneği)
SKB	Sistolik Kan Basıncı
WBC	White Blood Cell (Beyaz Kan Hücreleri)

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİL LİSTESİ.....	xv
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	4
1.3 Araştırma Hipotezleri.....	4
2 GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Kalbin Anatomi ve Fizyolojisi	5
2.1.1 Koroner Arterler	6
2.2 Koroner Arter Hastalığı (KAH)	7
2.2.1 Koroner Arter Hastalığı (KAH) Tanımı	7
2.2.2 Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi	7
2.2.3 Koroner Arter Hastalığının Patofizyolojisi.....	11
2.2.4 Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri.....	12
2.2.5 Koroner Arter Hastalıklarında Tanı Yöntemleri	14
2.3 Kalp Kateterizasyonu ve Koroner Anjiyografi	17
2.3.1 Kalp Kateterizasyonu ve Koroner Anjiyografi Endikasyonları	19
2.3.2 Kalp Kateterizasyonu ve Koroner Anjiyografi Kontrendikasyonları.....	20
2.3.3 Kalp Kateterizasyonu ve Koroner Anjiyografi Komplikasyonları.....	21

2.3.4 Koroner Anjiyografi İşlemi Nasıl Yapılır?.....	21
2.4 Anksiyete.....	24
2.4.1 Anksiyeteye Bedenin Yanıtı.....	24
2.4.2 Anksiyetenin Belirtileri	26
2.4.3 Koroner Anjiyografi ve Anksiyete	26
2.5 Müzik Terapi	28
2.5.1 Müzik Terapinin Tarihçesi	28
2.5.2 Müzikle Terapi Yöntemleri	29
2.5.3 Müzik Terapi Çeşitleri.....	31
2.5.4 Müzik Terapinin Anksiyete ve Yaşamsal Bulgulara Etkisi.....	31
2.5.4.1 Müzik Terapinin Hastane Ortamında Kullanımı.....	32
2.5.4.2 Müzik Terapi ve Hemşirelik	34
2.6 Hasta Eğitimi ve Hemşirelerin Eğitici Rolü.....	35
2.6.1 Hasta Eğitim Tipleri	35
2.6.2 Eğitimde Kullanılan İletişim Kanalına Göre Eğitim Tipleri	36
2.6.3 Eğitimi Tamamlayıcı Yardımcı Uygun Görsel İşitsel Materyaller	37
3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1 Çalışmanın Tipi	38
3.2 Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	38
3.3 Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.3.1 Örneklemeye Dahil Olma / Dışlama Kriterleri	40
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	41
3.5 Veri Toplama Araçları	41
3.5.1 Tanıtıcı Özellikler Formu	41
3.5.2 Yaşamsal Bulgu Takip Formu	41

3.5.3 Durumluluk – Süreklilik Anksiyete / Anksiyete Envanteri (State Anxiety Inventory)	42
3.5.4 Görsel Bilgilendirme Bilgilendirmeu	44
3.5.5 MP3 Çalar ve Kulaklık	44
3.6 Veri Toplama Süreci Akış Şeması	46
3.7 Araştırma Zaman Çizelgesi	47
3.8 Araştırmanın Etik Yönü	48
3.9 Verilerin Değerlendirilmesi.....	48
4 BULGULAR	50
5 TARTIŞMA.....	67
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
6.1 Sonuç	78
6.2 Öneriler.....	80
KAYNAKLAR	81
EKLER.....	106
Ek 1: Randomizasyon Şeması	107
Ek 2: Tanıtıcı Özellikler Formu	108
Ek 3: Yaşamsal Bulgu Takip Formu	113
Ek 4: Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri	114
Ek 5: Görsel Bilgilendirme Kataloğu.....	118
Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	123
Ek 7: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni.....	129
Ek 8: Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurul İzni	130
Ek 9: Uzman Görüşü Yazısı.....	131

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri.....	15
Tablo 2: Avrupa Kalp Birliği (ESC) Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	16
Tablo 3: Amerikan Kalp Birliği (AHA) Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	17
Tablo 4: ACC / AHA' Ya Göre Koroner Anjiyografi Endikasyonları	22
Tablo 5: Anksiyete Belirtileri.....	31
Tablo 6: Müzik Türleri.....	35
Tablo 7: Eğitim Türleri	44
Tablo 8: Hastaların Gruplarına Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:184).....	58
Tablo 9: Hastaların Gruplarına Göre Sigara-Alkol Kullanma, Spor Yapma ve Hastalık Öykülerine Göre Dağılımları (n:184).....	61
Tablo 10: Hastaların Gruplarına Göre Koroner Anjiyografi Hakkında Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (n:184).....	64
Tablo 11: Hastaların Gruplarına Göre Yaşamsal Bulgularına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	67
Tablo 12: Hastaların Gruplarına Göre Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması	71
Tablo 13: Müzik Türlerine Göre Durumluk Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması	73
Tablo 14: Hastaların Son Test- Ön Test Durumluk Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması	73

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Koroner Damarların Yerleşimi.....	7
Şekil 2: Koroner Mortalite Yüksek Olan Seçilmiş Bazı Ülkeler (45-74 yaş).....	9
Şekil 3: TEKHARF'e Göre Ölüm Sebebi Dağılımı (1999-2016).....	10
Şekil 4: Avrupa'da Erkeklerde En Sık Görülen Ölüm Nedenleri	11
Şekil 5: Avrupa'da Kadınlarda En Sık Görülen Ölüm Nedenleri.....	22
Şekil 6: Kalp Kateterizasyonu ve Koroner Artelerin Görüntülenmesi.....	17
Şekil 7: Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi 2017 Yıllık Verilerine Göre Koroner Anjiyografi Uygulanan Hasta Sayısı	46
Şekil 8: Örneklem Seçim Şeması.....	47
Şekil 9: Görsel Bilgilendirme Kataloğunu Faydalı Bulma Durumu.....	73

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Koroner arter hastalığı (KAH), toplumda görülme oranı ve yaygınlığı gittikçe artan, dünya genelinde morbidite ve mortaliteye sebep olan nedenlerin başında gelmektedir (1, 2, 3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2016 yılı verilerine bakıldığında 17,9 milyon insanın kardiyovasküler hastalıklar yüzünden öldüğünü ve bunun 7,4 milyonunun KAH nedeniyle olduğu düşünülmektedir (3). T.C. Sağlık Bakanlığı 2015 yılı istatistiklerine göre, 70 yaşın altında gerçekleşen ölümlerin %37'sinin kalp ve damar hastalıklarından kaynaklandığı belirtilmiştir (4).

Koroner arter hastalıklarında en önemli tanı yöntemi olan koroner anjiyografi, bireyin hayatını tehdit eden kardiyovasküler hastalıkların tanısı için son yıllarda sıklıkla uygulanmaktadır. Koroner anjiyografi işlemi invaziv bir girişimdir. Basit ya da ciddi invaziv girişimler, bireylerde anksiyete yaşanmasına sebep olur. Hastaneye yatmak ve yapılacak invaziv girişim için beklemek, işlem öncesi, sırası ve sonrası süreçler ile ilgili hastanın yanıt aradığı soruların olması, anksiyete düzeylerinin yükselmesinin, ilk nedenleri arasında gösterilmektedir (5). Koroner anjiyografi uygulanacak bireylerde, işlem süreçleri hakkında bilgilendirme anksiyete düzeyini ve analjezi kullanımını azaltmakta, memnuniyet düzeyini arttırmaktadır (6). Koroner anjiyografi öncesi bilgilendirmenin etkinliğinin incelenmesi, sağlık profesyonelleri olan hemşirelerin hastalara daha etkili bakım hizmeti sunabilmeleri açısından önemlidir (7).

Appleyared ve arkadaşları, yeterli oranda bilgi verilmediğinde hasta ve ailesinin anksiyete yaşadıklarını saptamışlardır (8). Yılmaz ve ark'ları koroner anjiyografi (KAG) yapılacak 355 hastanın işlem öncesi anksiyete ve bilgi düzeylerinin orta derecede bulunduğu, işlem hakkında bilgi alanların, almayanlara göre anksiyete düzeyinin de daha düşük olduğunu ($p<0.001$), hastaların çoğunluğunun işlem öncesi ve sonrası yapılan girişimleri ve dikkat etmesi gerekenleri bilmek istediklerini saptamışlardır (9). Taşçı ve Gökgündüz'ün ilk kez KAG olacak 100 kişi üzerinde yaptığı çalışmada, hastalara işlem öncesi verilen KAG'nin amacı, işlemin yapılış şekli, işlem sonrası hastanın takibi ve tedavisi konularını içeren görsel eğitimin işlem sonrası anksiyeteyi azalttığı belirtilmektedir (10).

Le Scouranec ve ark'larının yaptıkları çalışmada anksiyeteyi azaltmada bir başka yöntem olan ve profesyonel hemşireliğin bağımsız fonksiyonları arasında bulunan müzik dinletme uygulamasının, 18. yüzyılın başlarında Paragiter ve 1830'da Dogiel tarafından uygulanmaya başlamış, 1990'lı yıllardan itibaren yapılan çalışmalarda daha da öne çıktığını vurgulamışlardır (11).

Literatürde son yıllarda yapılan çalışmalarda da sıkça bahsedilen müzik terapi uygulamalarının hemşireler tarafından kullanılabilmesi bildirilmiştir (12). 2010 yılında Wakim ve ark.'nın da yaptığı çalışmada müzik terapisini "müziğin kontrollü kullanımı yani müziğin bir hastalık ve tanı işlemi sırasında bireyin, fizyolojik ve psikolojik bütünlüğüne yardımcı olacak şekilde kullanılması" olarak tanımlamaktadır (13).

Son yıllarda araştırmacılar, müzik ile bakım süreci arasında yakın bir ilişki bulunduğunu, sağlığın her alanında uygulanabileceğini, ağrısız, güvenli, ucuz ve yan etkisi olmayan bir tedavi yöntemi olduğunu belirtmişlerdir (12,14). Literatürde aynı zamanda müziğin fizyolojik yanıtları etkilediği ileri sürülmüştür. Müzik terapi, beynin

endorfin salınımını etkileyerek, vücutta morfin gibi hareket ettirmekte adrenalin seviyesini azaltmakta, bununla beraber solunum ve nabız hızını yavaşlatarak, kan basıncını düşürmektedir (14,15). Sevban ve ark.'nın yaptıkları araştırmada, hastalarda preoperatif anksiyeteyi yönetmek için müziği bağımsız bir hemşirelik müdahalesi olarak kullanmasını desteklemektedir. (16).

Müzik terapi; yoğun bakım ünitesi, mekanik ventilasyon sağlanan hastalar, invaziv girişim öncesi ve sonrası, psikiyatri servisi, ağrı ve anksiyete kontrolü, onkoloji, koroner yoğun bakım, pediatri, palyatif bakım, radyasyon ve kemoterapi tedavisi gibi değişik alan ve kliniklerde kullanılmaktadır (17,18). Elliott (1994)'un müzik terapinin koroner yoğun bakım servisinde yatan hastaların anksiyete düzeylerine ve kas gevşemesine olan etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada; 30 dk dinletilen klasik müziğin anksiyete üzerinde pozitif etkisinin olduğunu belirtmiştir (19). Evans (2002)'in yapmış olduğu sistematik derlemede, müzik terapinin, anksiyete algısını, ağrıyı ve tedavinin yan etkilerini azaltmada, bakım ile ilgili memnuniyetin artırılmasında etkili olduğu saptanmıştır (20). Lai ve ark. çalışmalarında, kulaklık kullanılarak dinletilen sakinleştirici müziğin, hastalarda anksiyeteyi azalttığı sonucuna varmışlardır (21). Yapılan araştırmalarda kalp atışına yakın 6 çeşit yatıştırıcı müzik türü olduğu belirtilmiştir. Bunların; doğa, piyano, arp, orkestra, caz, ve sentez müzik türleri arasında kalp ritmiyle uyumlu olan 60-100 dakikada kalp atışı arasında olan müziklerin fizyolojik parametreler ve anksiyete seviyeleri üzerindeki olumlu etkileri vurgulanmıştır (22).

Anksiyetenin önlenmesi ve azaltılmasında bütüncül yaklaşımla bakım veren hemşireler hastada anksiyete yaratan nedenleri tespit etme, anksiyete düzeyini belirlemenin yanı sıra anksiyetenin azaltılması amacıyla bilgilendirme ve kanıta dayalı farklı anksiyete azaltma yöntemlerini de kullanmalıdır. Bu doğrultuda, bu çalışma

Kuzey Kıbrıs'ta koroner anjiyografi ünitesinde hastalarda müziğin ve bilgilendirmenin anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacak ilk araştırma olacaktır. Araştırma sonuçları bu alanda yapılacak çalışmalara bir veri tabanı oluşturacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma koroner anjiyografi uygulanacak hastaları bilgilendirmenin ve dinletilen müziğin anksiyete düzeyi üzerine etkisini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

H0.1: Koroner anjiyografiye yönelik bilgilendirme yapılması hastanın anksiyetesini azaltmada etkisizdir.

H0.2: Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara müzik dinletmek hastanın anksiyetesini azaltmada etkisizdir.

H1.1: Koroner anjiyografiye yönelik bilgilendirme yapılması hastanın anksiyetesini azaltmada etkilidir.

H1.2: Koroner anjiyografi uygulamada hastalara müzik dinletmek hastanın anksiyetesini azaltmada etkilidir.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Kalbin Anatomi ve Fizyolojisi

Kalp, torasik boşluğun orta hattında yer alan kaslı yapıda bir organdır. Kalp yetişkinlerde ortalama 250-350 gr ağırlığındadır (23). Kalp duvarı, üç tabakadan meydana gelmektedir. En dış tabakası perikard, orta tabakası miyokard ve en içteki tabakası endokard olarak adlandırılmaktadır (24).

Kalp üç tip kastan meydana gelir. Bunlar; iskelet kasına benzeyen ve kasılma sürelerinin uzun olmasını sağlayan atriyum ve ventrikül kaslarıdır. Diğer bir kas ise yapısında az miktarda fibril bulundurduğundan, belirsiz bir şekilde kasılan özelleşmiş uyarıcı ve iletici kas lifleridir (25).

Kalp dört bölmeden oluşmaktadır. Kalbin üst ve alt kısmı iki bölmelidir. İki atriyum interatriyal septum, iki ventrikül interventriküler septum ile bölünmüştür. Valfler; atriyum ve ventrikül arasında bulunur, kanın tek yönde akmasına izin vererek geri dönüşünü engeller. Kalbe kan; üst ekstremitelerden vena kava superior; alt ekstremitelerden ve iç organlardan ise vena kava inferior ile sağ atriyuma gelir.

Vena kava superior ve inferiorından gelen kan sağ atriyuma, daha sonra triküspid kapak aracılığıyla sağ ventriküle akar (23). Sağ ventrikül, pulmoner artere pulmoner kapak yoluyla kanı pompalar. Pulmoner arterler yoluyla kan oksijenizasyon için akciğerlere taşınır. Yeni oksijenlenmiş kan pulmoner ven yoluyla akciğerlerden sol atriyuma, sol atriyumdan mitral kapak yoluyla sol ventriküle pompalanır. Kan sol ventrikülden aortik kapak aracılığıyla aortaya, aorttan tüm vücuda dağıtılır (26).

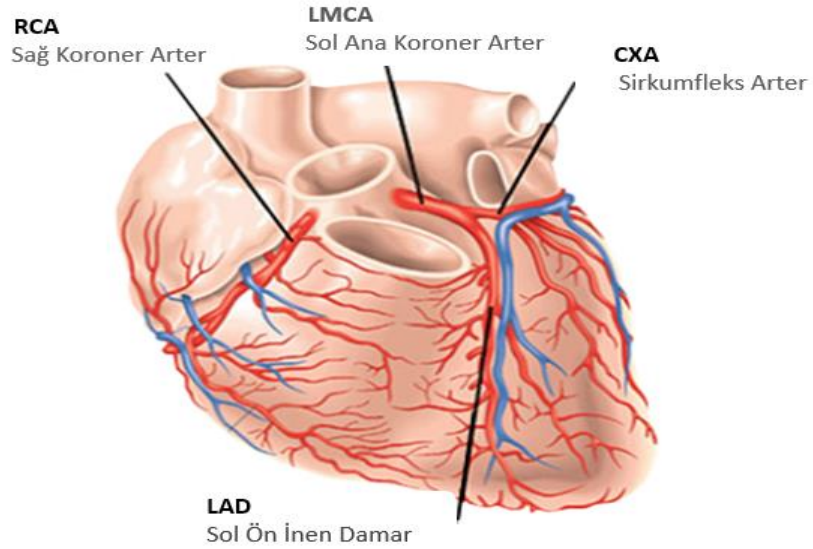
2.1.1 Koroner Arterler

Kalp kası, kalbin içinde bulunan oksijenlenmiş kandan doğrudan yararlanamaz. Aorttan dallanan koroner arterlerle gelen kanla kalp kası beslenir. Başlangıçta iki ana dal halindedir: Sağ Koroner Arter (RCA) ve Sol Ana Koroner Arter (LMCA).

RCA, aortadan köken aldıktan sonra, pulmoner arter sağ posterior kısmına geçer. Buradan sağ atriyal apendiks altından geçerek sağ atriyoventriküler kanal boyunca ilerleyen, sağ atriyum, sağ ventrikül ve sıklıkla sol ventrikül arka duvarını besleyen arterdir (27). LMCA, miyokardın %75'ini besler. Sol Ön İnen Arter (LAD) ile Circumflex (CxA) arterlere ayrılır;

Sol Ön İnen Arter (LAD): sol ventrikülün ön-alt bölümlerini ve interventriküler septumun 2/3 anterior kısmını besler (27,28).

Circumflex arter (CxA): sol ventrikülün yan duvarına, arkasına ve sol atriyuma kanı iletir (29). Koroner damarların yerleşimi şekil 1'de gösterilmektedir.



Şekil 1: Koroner Damarların Yerleşimi (30)

Koroner Kollateral Dolaşım: KAH (Koroner Arter Hastalığı) durumunda iskemik miyokardın canlılığını ve perfüzyonunu koruyan vasküler kanallardan oluşur. Arteriyel obstrüksiyon oluştuğunda iki uç arasında basınç farkı gelişirse, kollateral damarlar dilate olarak kan akımının devam etmesini sağlar (31,32).

2.2 Koroner Arter Hastalığı (KAH)

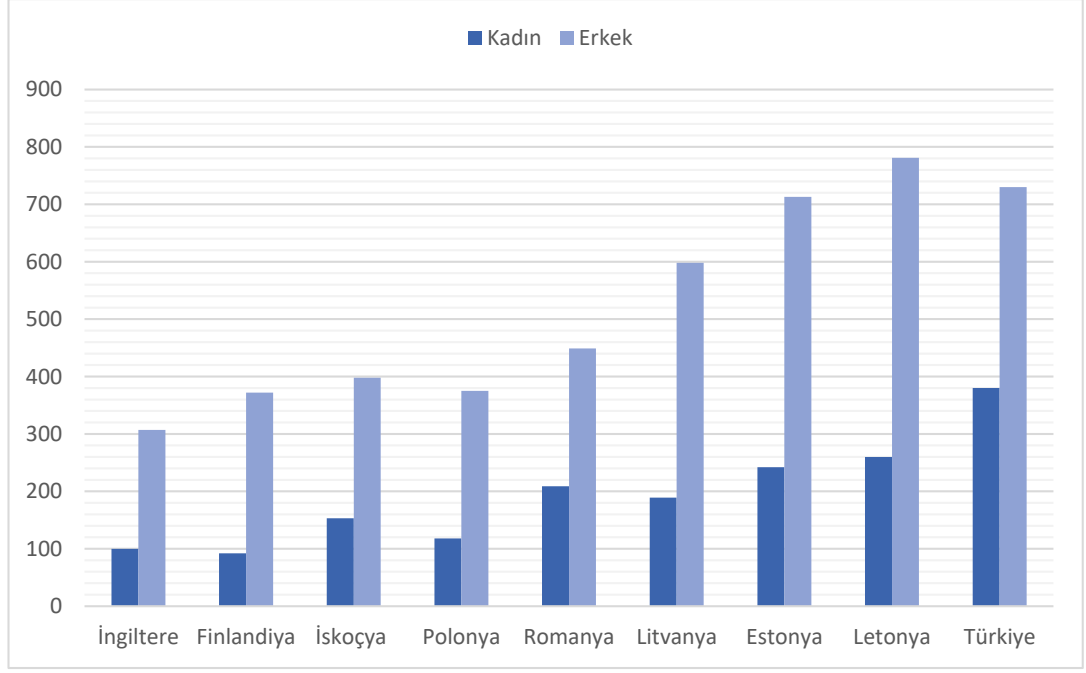
2.2.1 Tanım

Kalbin atardamarlarında miyokard infarktüsüne yol açabilecek plak birikimiyle atardamarların daralması veya tıkanması ile kan akımının kısmi ya da tam kesilmesine bağlı olarak kalbin miyokard tabakasının yeterli beslenemediği durumlarda ortaya çıkan hastalıklara koroner arter hastalığı denir (33).

2.2.2 Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi

Dünyada 2012 yılında Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH)'a bağlı ölümlerin yüzde 46,2'sinin (17,5 milyon) kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle olduğu belirtilmektedir. Bu ölümlerin 7,4 milyonu kalp krizine (iskemik kalp hastalığı) 6,7 milyonu inmeye bağlıdır. BOH'lara bağlı 70 yaş altı ölümlerin yüzde 37'sinden kardiyovasküler hastalıklar sorumludur. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin 2012 yılındaki 17,5 milyon seviyesinden 2030 yılında 22,2 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (34, 35, 36).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 yılının 'Dünyada İlk 10 Ölüm Nedeni Raporu'na göre; koroner arter hastalığı yüksek ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde ölüm nedeni olarak ilk sıradadır. Düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde ise üçüncü sırada yer almaktadır. Koroner arter hastalıkları orta ve ileri yaş grubunda en önemli mortalite nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde tüm ölümlerin %43,8'ini koroner arter hastalıkları oluşturmaktadır (37).

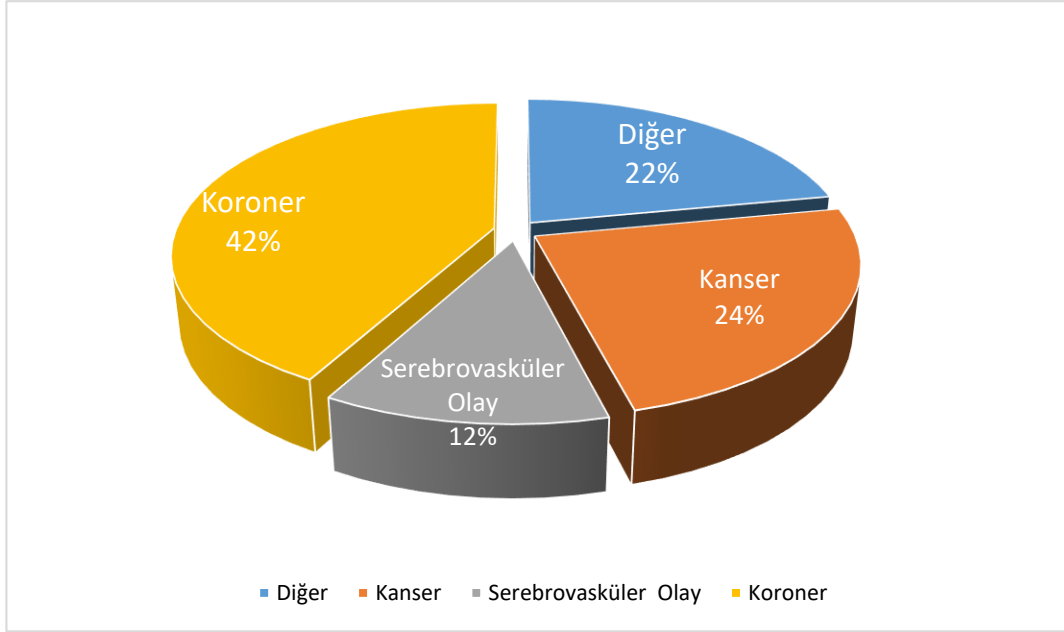


Şekil 2: Koroner Mortalite Yüksek Olan Seçilmiş Bazı Ülkeler (45-74 Yaş) (38)

Amerikan Kalp Derneği (AHA)'nin 2018 yılında yayınladığı 'Kalp Hastalıkları ve İnme İstatistikleri' altta yatan ölüm nedeni olarak listelenen kardiyovasküler hastalıkların yılda yaklaşık 836.546 kişinin ölümüne neden olduğu belirtilmektedir. Yani ABD'de her üç ölümden biri kalp hastalıkları kaynaklıdır (39). Avrupa'da KAH'dan ölüm oranı ise %19.5'dir (38). Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) 2016 yılında Kardiyovasküler Hastalıklar Epidemiyolojik Güncellemesinde; kardiyovasküler hastalıkların Avrupa çapında her yıl 4 milyondan fazla ölüme sebep olduğunu ve tüm ölümlerin %45'ini oluşturduğunu bildirmiştir.

Tüm dünya ülkelerinde (şekil 2) olduğu gibi KAH, ülkemizde de mortalitenin önde gelen nedenlerindedir (40). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) ölüm verileri, toplam ölümlerin içinde kalp hastalıklarının payının gittikçe artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Kalp hastalıkları 2013'te % 39.6, 2014 yılında %40.4 ve en son 2018 yılında yapılan çalışmada ise %38.4 ile tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır (34, 41).

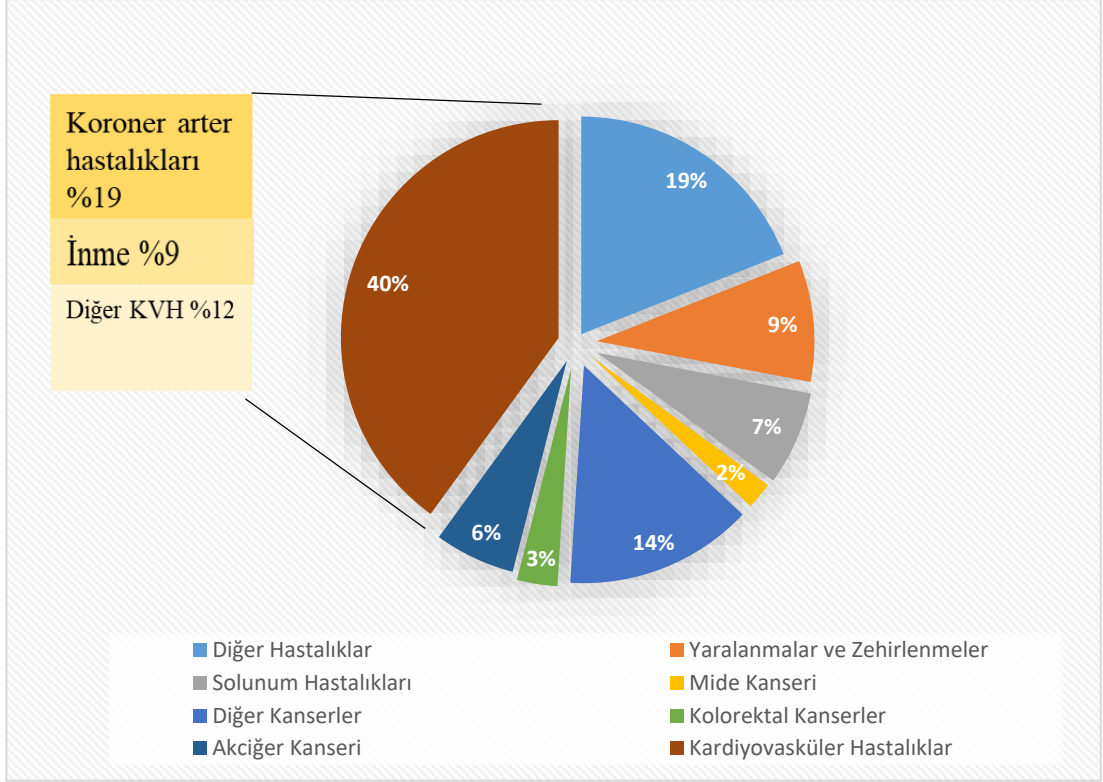
Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması kohortunun bütününde 26 yılda kaydedilen toplam 906 ölümün, belli başlı nedenlere göre dağılımı Şekil 3’de görülmektedir.



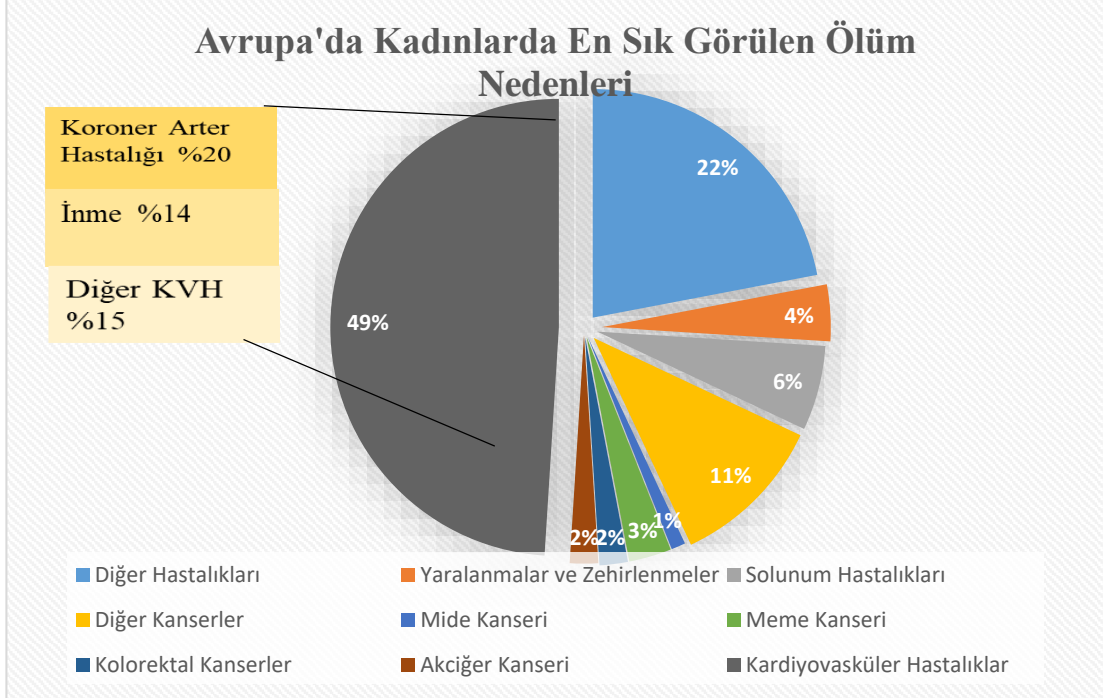
Şekil 3: TEKHARF'e Göre Ölüm Sebebi Dağılımı (1999-2016)

Kalp hastalıkları, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'de de önde gelen mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. KKTC verilerine bakıldığında 2014'de 547, 2015'de 615, 2016'de 644, 2017 yılında da 734 kişinin kalp hastalıkları nedeniyle hayatını kaybettiği görülmektedir (42).

Koroner Kalp Hastalığı (KKH) ve serebrovasküler hastalık, sırasıyla 1,8 milyon ve 1 milyon ölüme sebep olmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin sayısı kadınlarda (2,2 milyon) erkeklerden (1,8 milyon) yüksektir. Erkeklerde %40 (Şekil 4) 'ını kadınlarda tüm ölümlerin %49 (Şekil 5)'unu oluşturmaktadır (43).



Şekil 4: Avrupa'da Erkeklerde En Sık Görülen Ölüm Nedenleri (43)



Şekil 5: Avrupa'da Kadınlarda En Sık Görülen Ölüm Nedenleri (43)

Ülkemizde kalp sağlığını inceleyen TEKHARF çalışmasında Koroner Damar Hastalığı (KDH) sıklığı her iki cinsiyet için beklenenden yüksek olarak görülmüştür. TEKHARF 2017 verilerine göre; ülkemizde KDH sıklığı genellikle yılda %3 oranında artarak devam etmektedir (44).

2.2.3 Koroner Arter Hastalığının Patofizyolojisi

KAH, genellikle koroner arterlerin ateroskleroz nedeniyle daralması veya tıkanmasıyla meydana gelir. Ateroskleroz, atar damar duvarlarının kalınlaşması ve sertleşmesi ile kendini belli eder. Miyokard infarktüsü ve inmenin en önemli nedenleri arasındadır (45).

Aterosklerotik plak, trombüs adı verilen ve arteri tıkayan bölgesel bir kan pıhtısı oluşumuna yol açabilir. Trombüs genellikle aterosklerotik plağın endoteli boyunca kırıldığı yerde oluşarak kanla doğrudan temasa geçer. Plağın yüzeyi düzgün olmadığı için bu yüzeye trombositler yapışmaya başlar. Fibrin depolanır ve damarı tıkayacak kadar büyüyen bir pıhtı oluşturmak üzere eritrositler toplanır (25).

Etkilenen kan damarlarında elastik yapının kaybedilmesi sonucunda sertlik meydana gelir, arterlerde tıkanıklıklar oluşur. Daralmış kan damarlarının içerisinde kanın itilebilmesi için daha büyük bir kan basıncı gerekir, buda hipertansiyona yol açar.

Ateroskleroz her organ veya dokuyu etkileyebilmesine rağmen beyin, kalp, böbrekler ve alt ekstremiteleri besleyen arterleri daha fazla etkiler (46). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, pek çok genetik ve çevresel faktör arasında, artmış serum kolesterol düzeylerinin, diğer bilinen risk faktörlerinin yokluğunda bile ateroskleroz gelişiminde tek başına risk faktörü olduğunu göstermektedir (45).

2.2.4 Koroner Kalp Hastalığının Risk Faktörleri

KAH'a bağlı gelişen olayları bireyde öngörmeye yönelik yapılan ilk risk tanımlama çalışması 'Framingham Kalp Araştırması'dır (47). Bu çalışmada, KKH gelişiminde ilişkili olduğu düşünülen majör üç özellik ele alınmaktadır; artmış serum kolesterol düzeyi, hipertansiyon ve sol ventrikül hipertrofisidir (48).

Dünya çapında yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında koroner arter hastalığının önde gelen nedenlerinin; büyük ölçüde fiziksel aktivite yetersizliği, yağ ve tuz bakımından yüksek beslenme biçimi, kan basıncı yüksekliği, kan kolesterol seviyesinin artması, tütün kullanımı, obezite gibi değiştirilebilir risk faktörleri olarak da tanımlanan, yaşam biçimine dayalı nedenler olduğu görülmektedir (49,50,51). Bunların yanı sıra yaş, cinsiyet ve aile öyküsü ise değiştirilemeyen önemli risk faktörleri olarak belirtilmektedir (48, 52). Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı 2015-2020 klavuzu (Tablo 1) ESC (Tablo 2) ve AHA (Tablo 3)'ya göre koroner arter hastalığı risk faktörleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 1: Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri (34)

Yaşam Tarzı Değişiklikleri ile Modifiye Edilebilen Risk Faktörleri	Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve/veya İlaçlarla Modifiye Edilebilen Risk Faktörleri	Modifiye Edilemeyen Risk Faktörler	Diğer Potansiyel Risk Faktörleri
Sigara	Lipid Bozuklukları	Yaş	Lipoprotein (a)
Obezite	Hipertansiyon	Cinsiyet	Homosistein Yüksekliği
Fiziksel İnaktivite	Diyabet	Aile öyküsü	Trombotik Faktörler (fibrinojen, vb.)
Stres	İnsülin Rezistansı		Enflamatuvar belirteçler (hs-CRP, vb.)

Modern tıpta tedavi öncesinde yapılması gereken ilk işlem basamağı kardiyovasküler risk analizidir. Bu değerlendirme ile risk faktörlerinin tanımlanması ve bunların tedavisi, asemptomatik kişilerde hastalık oluşmasının önüne geçilmesini (birincil korunma) ve hastalığı olan kişilerde tekrarlayan olayların önlenmesini (ikincil korunma) sağlamak için kilit rol oynamaktadır (53).

Tablo 2: ESC Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri (54)

Yaşam Tarzı (Değiştirilebilir Risk Faktörleri)	Biyokimyasal veya Klinik Özellikler (Değiştirilebilir Risk Faktörleri)	Kişisel Özellikler (Değiştirilemez Risk Faktörleri)
Doymuş yağ ve zengin kalorili beslenme	Total ve Low Density Lipoprotein (LDL) kolesterol düzeylerinde yükselme	Ailede erken yaşta KAH öyküsü
Sigara	High Density Lipoprotein (HDL) kolesterolünün düşük olması	Erkek cinsiyet
Alkol kullanımının yüksek olması	Trigliserid düzeyinde yükselme	Erken yaşta KAH ya da aterosklerotik hastalık
Fiziksel aktivite yetersizliği	Kan basıncının artması	Yaş
	Hiperglisemi, DM (diyabet), obezite	
	Trombojenik faktörler	

Tablo 3: Amerikan Kalp Birliği (AHA) Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri (55)

Majör Bağımsız Risk Faktörleri	Öngördürücü risk faktörleri	Olası risk faktörleri
Sigara	Fiziksel hareketsizlik	Fibrinojen
Hipertansiyon	Obezite	CRP (C-Reaktif Protein)
Total kolesterol ve LDL kolesterol yükselmesi	Erken KAH olan aile öyküsü	Homosistein düzeyinde artma
HDL kolesterol düşük olması	Etnik köken	Lipoprotein (a) düzeyinde yükseklik
DM	Psikososyal faktörler	
İleri yaş		

2.2.5 Koroner Arter Hastalıklarında Tanı Yöntemleri

Laboratuvar Testleri

Tam Kan Sayımı (CBC- Complete Blood Count): Oksijen düzeyinin azaldığı ve doku nekrozu meydana gelen durumlarda, bireylerin tam kan sayımı sonuçlarında değişiklikler özellikle trombositler (PLT-Platelet), lökositler (WBC- White blood cell) ve eritrosit (RDW-Red Cell Distribution Width)'de yükselme olduğu görülebilir (56, 57, 58, 59).

Kardiyak Enzim Çalışmaları: Laktat Dehidrojenaz (LDH), Alanin Aminotransferaz (ALT), Aspartat Aminotransferaz (AST), kreatin kinaz-MB (CK-MB), Troponin (Tn) gibi enzimler kimyasal reaksiyonlarda rol oynayarak metabolik aktiviteleri düzenleyen özel yapıdaki proteinlerdir. Bu enzimler kalp kasının durumu hakkında önemli bilgiler vermektedir (60).

Serum Lipidleri ve Serum Elektrolit Düzeyleri: Aterosklerotik plak oluşumuna yol açan kolesterol ve lipoproteinler (LDL, IDL, HDL) lipid profili

içerisinde değerlendirilmelidir. Laboratuvar testlerinin anlamlı sonuç vermesi açısından bireylerin işlemden önce en az 12 saat aç kalması ve kan lipidlerini etkileyen oral kontraseptif ve steroid ilaç kullanımından kaçınması gerektiği anlatılmalıdır. Vücut dengesini etkileyen elektrolit düzeyi, kalbin pompa gücü ve damarlarla doğrudan etkilidir. Hayati önem taşıyan sodyum (Na), potasyum (K), kalsiyum (Ca) ve magnezyum (Mg) gibi elektrolitlerin düzeylerinin ölçülmesi koroner kalp hastalıklarında oldukça önemlidir (56,57,61).

Kan Üre-Nitrojen (BUN-Blood Urea Nitrogen): Protein metabolizmasında son ürün olan üre, kalp debisindeki azalma üzerine böbreğin kanlanmasının yavaşladığı durumlarda glomerül filtrasyon hızının düşmesine bağlı olarak artış gösterir. Koroner kalp hastalığı olan kişilerde bu laboratuvar değeri çok önemlidir (56,57).

Koagülasyon Testleri: Bu test antikoagülan tedavinin takibi için kullanılır. Koagülasyon testleri nedeni bilinmeyen kanama durumlarında, koagülasyonda rol alan plazma proteinlerinin fonksiyonlarının değerlendirilmesinde genellikle protrombin zamanı (PTZ) ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) kullanılır (62).

Grafiksel Yöntemler

Akciğer Filmi: Koroner arter hastalığı olan bireylerde pulmoner konjesyon bulgusu kontrolü için akciğer filmi çektirilebilir (56,57).

Elektrokardiyografi (EKG): Kalp damar hastalıklarının teşhisinde kullanılan laboratuvar yöntemlerinin başında EKG gelir. EKG, kalbin elektriksel aktivitesinin (kalbin ritmini, frekansını, kalp atışlarının ritmini, yayılmasını ve reaksiyonun tekrar yok olması) kaydedilmesi ile yapılan bir tanı yöntemidir (63,64).

Holter Monitörü: EKG cihazında muayene sırasında görülmeyen, ancak gün içerisinde kısa süreli de olsa kendini farklı şekillerde belli eden ritim bozukluklarının

tespiti için kullanılır. Cihaz 24-48 saat süreyle EKG kaydı yapar ve hasta üzerinde taşınır. Alınan kayıt bir flash diske kaydedilir. Cihaz hastanın üzerinde bulunduğu süre zarfında ritm veya tansiyon kaydı yapar. Daha sonra bu kayıtlar doktor tarafından değerlendirilir (64,65).

Ekokardiyografi (EKO): Ekokardiyografi doğuştan gelen ve doğumdan sonra ortaya çıkabilen kalp hastalıklarının tanısında ve izleminde kullanılan, kardiyak yapı ve işlevlerin değerlendirildiği bir tanı yöntemidir. EKO kardiyovasküler sistemin görüntülerini yansıtmak için ultrason kullanılmasıdır. EKO kalp boşluklarının boyutu, duvar kalınlığı, total ve bölgesel sistolik fonksiyonu, kalp kapakçıkları ve damar yapıları, kalp boşluklarının çapları, duvar kalınlıklarının ölçümü, özellikle belirli kardiyak yapıların hareket anormalliklerini incelemek için sık kullanılır (66).

Transözefagal Ekokardiyografi (TEE): Özofagusa yerleştirilen, ucunda ince bir ultrason probu bulunan cihaz aracılığıyla yapılan endoskopik bir işlemdir (67). Kapak işlevlerini değerlendirme, yabancı cisim saptama, aort diseksiyonu, anevrizması, aterosklerozun değerlendirilmesinde kullanılır. Hasta testten önce 6 saat boyunca herhangi bir şey tüketmemelidir (68).

Egzersiz Stres Testi (Eforlu EKG): Egzersiz stres testi sıklıkla kalp ve damar hastalıklarının tanısında, egzersiz kapasitesini, bazı hastalıklarının gidişatı ve tedavi etkinliğinin belirlenmesinde kullanılan kolay uygulanabilir bir yöntemdir. Özellikle KAH tanısında ve prognozun belirlenmesinde uygulanan non-invaziv bir testtir (68,69).

Nükleer Görüntüleme Yöntemleri

Talyum Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi: Egzersiz stres testi ile karşılaştırıldığında daha pahalı ve karmaşık bir yöntemdir. En sık kullanılan yöntem intravenöz olarak talyum-201 verilerek gamma kamera ile görüntü elde edilmesidir.

Canlı miyokard hücreleri tarafından talyum hızlıca tutulurken nekrotik hücreler tarafından tutulamaz. İskemik hücreler tarafından ise yavaş tutulur. Alınan görüntüde, talyum 201 'i yavaş tutan ya da hiç tutamayan hücrelerin bulunduğu alanlar belirlenir. Madde tutulumunun az miktarda olması bu bölgedeki kan akımının az olduğunu gösterir (68,70).

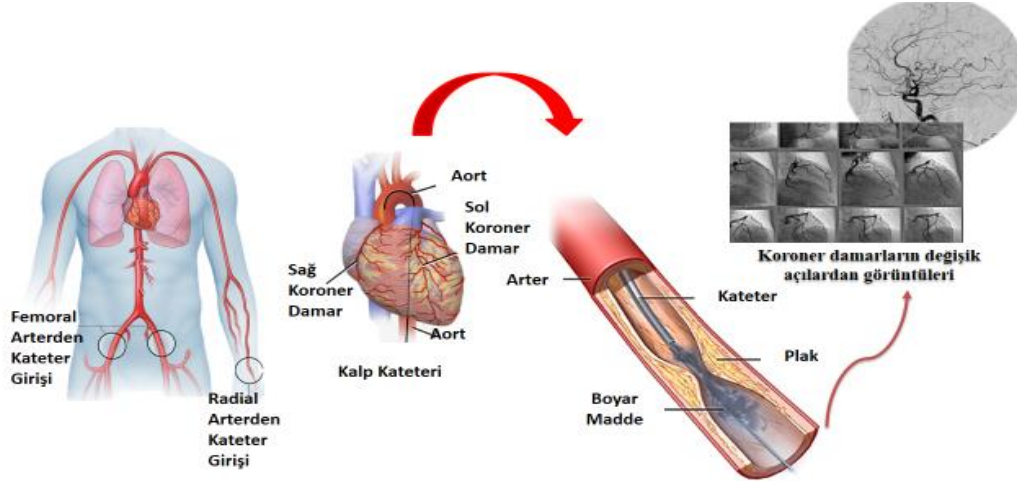
2.3 Kalp Kateterizasyonu ve Koroner Anjiyografi

Femoral, brakial, radyal arter veya venden küçük kateterlerle (2 mm) lokal anestezi altında girilerek kateterin kalbe gönderilmesiyle kan örnekleri ve basınç ölçümü yapılmasına kalp kateterizasyonu denir. Kateterin içerisinden radyo-opak (bir çeşit tıbbi boya maddesi) madde verilerek damar ve kalp boşluklarından görüntü alınmasına ise anjiyografi denir (71,72,73).

Koroner anjiyografi çalışmaları ilk olarak, Claude Bernard ve ekibi tarafından 1844'de hayvanlar üzerinde başlatılmıştır. 1929'da ise Almanya'da Eberswalde'de cerrah olan Werner Forssman, ayna kullanarak kendi kendine yaptığı sol ön kol damar kesisinden, sağ atriyumuna bir kateter yerleştirmesi insanlar üzerinde koroner anjiyografinin başlangıcı kabul edilmiştir (74). İlk defa 1959 yılında F. Mason Sones ve arkadaşları tarafından, brakial arter yoluyla koroner anjiyografi işlemi gerçekleştirilmiştir. 1967 yılında da Judkins, koroner anjiyografi işlemi uygulamıştır (32,74,75).

Günümüzde kalp kateterizasyonunda; özel olarak hazırlanmış kateterler sağ ve sol koroner arterlerin içerisine floroskopi ile yerleştirilir. Radyo-opak maddenin enjekte edilmesiyle bu damarların lümenleri opak hale getirilir. Bu esnada saniyede 15 kare hızında radyografik görüntüler kayıt altına alınır. Her koroner arterden sıklıkla, darlığın şiddetini değerlendirmek ve komşu 'normal' koroner arter bölümleri ile karşılaştırmak için farklı pozisyonlarda görüntü alınabilir. Koroner anjiyografi,

koroner arterlerde meydana gelen darlıkların yanı sıra koroner dolaşımın hızını, tıkalı damarlar tarafından beslenmesi gereken bölgelere giden kollateral damarları, doğumsal anomalileri ve daha önce yapılmış koroner arter by-pass greftlerin açıklığını değerlendirmek amacıyla da kullanılmaktadır (76).



Şekil 6: Kalp Kateterizasyonu ve Koroner Arterlerin Görüntülenmesi

2.3.1 Kalp Kateterizasyonu ve Koroner Anjiyografi Endikasyonları

Tablo 4: Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) / Amerikan Kalp Cemiyeti (AHA)'ne göre; Koroner Anjiyografi Endikasyonları (77, 78)

Sınıf I: Koroner Anjiyografinin Gerekli ve Etkili Olduğu Durumlar;	1.Tıbbi desteğe rağmen Kanada sınıf III-IV anjinası olanlar,
	2.Non-invaziv tetkikler ile yüksek risk tespit edilenler,
	3.Ani kardiyak ölümden sonra yeniden canlandırma uygulananlar,
	4.Devamlı ventriküler taşikardi ya da kısa süreli ventriküler taşikardisi olanlar,
Sınıf II a: Herkes Tarafından Kabul Görmeyen Ancak Koroner Anjiyografinin Yapılmasının Faydalı Olduğu Durumlar;	1.Hastalığı ya da halsizliği nedeniyle non-invaziv testler ile riski değerlendirilemeyen hastalar,
	2.Medikal tedaviye cevap vermeyen sınıf I-II hastalar,
	3.Klinik riski yüksek ya da stres testleri pozitif olan bazı meslek grubu çalışanları,
Sınıf II b: Herkes tarafından kabul görmeyen koroner anjiyografinin yapılmasının daha az gerekli olduğu durumlar;	1.Sınıf I-II olup noninvaziv testler ile riski düşük tespit edilen hastalar,
	2. Non invaziv testler ile düşük risk tespit edilen ikiden fazla riski faktörü taşıyan asemptomatik erkekler ile menopoz sonrası kadın hastalar
	3.Önceden miyokard infarktüsü (MI) geçirmiş ve sol ventrikülü normal olan, non invaziv testler ile düşük risk grubunda olduğu tespit edilen hastalar,
Sınıf III: Koroner anjiyografinin yapılmaması gereken durumlar;	1.Anjinası olan ancak revaskülarizasyon istemeyen hastalar,
	2.Revaskülarizasyondan fayda görmeyecek ve bu işlem için aday olmayan hastalar,
	3.By-pass sonrası uygulanan stress testlerinde iskemi bulguları olmayan hastalar,
	4. Electron Işınli Bilgisayar Tomografi (EBCT)'de koroner kalsifikasyonu olanlar.

2.3.2 Kalp Kateterizasyonu ve Koroner Anjiyografi Kontrendikasyonları

- ✓ Akut inme,
- ✓ Şiddetli anemi,
- ✓ Açıklanamayan ateş,
- ✓ Şiddetli koagülopati,
- ✓ Aort kapak endokardit
- ✓ Dijital zehirlenmesi,
- ✓ Akut böbrek yetmezliği,
- ✓ Aktif gastrointestinal kanama,
- ✓ Şiddetli kontrolsüz hipertansiyon,
- ✓ Tedavi edilmeyen aktif enfeksiyon,
- ✓ Şiddetli semptomatik elektrolit dengesizliği,
- ✓ Diyabete sekonder kronik böbrek yetmezliği,
- ✓ Vasküler erişimi sınırlayan ciddi periferik vasküler hastalık,
- ✓ Dekompanse konjestif kalp yetmezliği veya akut akciğer ödemi,
- ✓ Anjiyografik kontrast maddeye karşı reaksiyon,
- ✓ Psikolojik veya ağır sistemik hastalık nedeniyle hastanın ciddi işbirliği eksikliği,
- ✓ Yaşam beklentisini önemli ölçüde kısaltan veya terapötik müdahale riskini artıran ciddi eş zamanlı hastalıklar,
- ✓ Hastanın Perkütan Translüminal Koroner Anjiyografi (PTCA), Koroner Anjiyografi Bypass Grefti (KABG) veya kapak replasmanı gibi kesin tedaviyi değerlendirmeyi reddetmesi (78).

2.3.3 Kalp Kateterizasyonu ve Koroner Anjiyografi Komplikasyonları

- ✓ Nefropati
- ✓ Disekdiyion
- ✓ Enfeksiyon
- ✓ Trombositopeni
- ✓ Psödoanevrizma
- ✓ Kolesterol embolisi
- ✓ Lokal vasküler hasar
- ✓ Hematom ve retroperitoneal kanama
- ✓ Arterovenöz fistül
- ✓ Tromboz ve emboli
- ✓ Bradikardi
- ✓ Ölüm
- ✓ Taşikardi
- ✓ Büyük damarların diseksiyonu ve delinmesi
- ✓ Hipotansiyon
- ✓ Hipoglisemi
- ✓ Solumun yetmezliği (79).

2.3.4 Koroner Anjiyografi İşlemi Nasıl Yapılır?

Koroner anjiyografi, kateter laboratuvarı denilen özel donanımlı bir laboratuvarında uygulanır. Hastalar monitörize edilirler ve işlem esnasında uyanık olur. Özel bir iğne ile atardamara girilerek giriş yerine “sheat” denen bir kılıf yerleştirilir. Bu kılıf üzerinden “kateter” adı verilen plastik yapıda yumuşak özel borucuklarla kalbin ana damarlarına kadar ilerlenir. Görüntüyü sağlayan radyo-opak madde verilerek kalpteki damarların görüntüleri kaydedilir. Her işlem için gereken süre

değişiklik gösterebilir. İşlem ortalama 15-20 dakika sürer. İşlem bittiğinde kılıf çıkartılarak, kanamayı önlemek için işlem bölgesine 15-20 dakika kadar baskı uygulanır. Uygulama alanı femoral arter ise, bu bölgeye kanamayı önlemek için kum torbası veya anjiyo ped uygulanır. İşlem sonrasında balon anjiyoplasti ve koroner stent uygulanmazsa veya herhangi bir komplikasyon oluşmazsa hasta 6 saat sonra taburcu edilir. Eğer işlem brakial veya radial arterden yapıldıysa bölgeye anjiyo ped uygulanarak hastada herhangi bir komplikasyon gelişmezse çoğunlukla işlemden 3 saat sonra taburcu edilir ve 24 saat içinde bireyler normal günlük yaşamına dönebilir (80).

Koroner Anjiyografi Öncesinde Hemşirelik Uygulamaları;

Hastaların büyük bir kısmında kalp hastalıkları tanısı ile karşılaştıktan sonra uygulanacak ilk invaziv girişim olduğu için hasta gergin, endişeli ve korku içerisinde olabilir. Hasta ilk defa anjiyografi oluyorsa anjiyo laboratuvarında karşılaşılabileceği ortam anlatılmalı, işlemin yaklaşık olarak ne kadar süreceği, işlem bölgesinin lokal anestezisi ile uyandırılacağı, radyo-opak madde verildiğinde hafif bir ısı artışı hissedileceği konusunda bilgi verilmelidir. Warfarin kullanan hastalarda ilacı işlemden en az iki-üç gün önce kesmesi gerekir. Hastaların işleme gitmeden önce gözlük, protez, işitme cihazı, takma dişleri varsa çıkarmaları gerektiği söylenir. Kadın hastalarda varsa ojelemlerini silmeleri istenir.

Hastalara işlemin yapılacağı gün sabah hafif bir kahvaltı yapabilecekleri söylenir. Hastaneye geldiklerinde, EKG'leri çekilir, vital bulguları (kan basıncı, nabız, solunum) ve laboratuvar bulguları değerlendirilir. İşlem sırasında radyo-opak madde verileceği için iyot içeren maddelere karşı alerjisi olup olmadığı sorulur ve kayıt edilir. Damar yolu açılır. İşlem öncesinde ve sırasında genellikle antikoagülan ilaç verilir. Hastaya uygulama esnasında göğüs ağrısı, solunum güçlüğü ya da normalden farklı

herhangi bir durum hissettiğinde mutlaka söylemesi gerektiğinin önemi anlatılmalıdır (68, 81, 82).

Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Uygulamaları ;

İşlem sırasında; hemşire tarafından hastanın kalp hızı, kan basıncı, oksijen saturasyonu, bilinç düzeyi ve monitörden aritmileri izlenerek işlemi gerçekleştiren doktora anlık bilgi verilmelidir. İşlemin yapıldığı odada ileri yaşam desteği arabası bulundurulmalıdır. Sağlık çalışanları bu konuda özel bir eğitim almalıdır. Bazı hastalarda işlem sırasında göğüs ağrısı olabilir bunu önlemek için hastaya nitrogliserin verilebilir. Nitrogliserine bağlı olarak bradikardi veya kan basıncında düşme ihtimali olduğu için hastanın yaşam bulguları sık takip edilmelidir. Verilen radyo-opak maddenin vagus sinirine yaptığı etki nedeniyle kalp hızı ve kan basıncındaki düşmeyi önlemek için en kısa zamanda vücuttan atılmasını sağlamak gerekir. İşlem esnasında böyle bir durumla karşılaşırsa hasta öksürtülerek radyo-opak maddenin çökmesi önlenmeye çalışılır (68).

Koroner Anjiyografi Sonrasında Hemşirelik Uygulamaları;

Koroner anjiyografi işlemi sonrası; oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve erken tanı konması bu dönem için temel hedeftir. Hastanın kateteri çıkartıldıktan sonra işlem bölgesine kanama durana kadar bası uygulanır. İşlem sonrası işlemin yapıldığı bölgeye göre izlem ve takip yapılmalıdır. İşlem yapılan tarafın immobilize olması sağlanarak bölge oluşabilecek kanama ve hematoma yönünden sık sık takip edilmelidir. Arter tıkanıklığını erken saptayabilmek adına işlem yapılan tarafta renk, sıcaklık ve his kayıpları açısından 15 dakikada bir kontrol edilir. Hasta verilen radyo-opak maddenin vücuttan atılmasını sağlamak amacıyla bol miktarda sıvı tüketmesi için desteklenir (68, 83, 84).

2.4 Anksiyete

Bireyde zorlanma sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı gelişen psikolojik tepkiye anksiyete (anksiyete) denir. Benlik bütünlüğüne karşı beklenen bir tehdide tepki olarak hissedilen bir gerilimdir. Anksiyete kişilerde görülme süresine ve ortaya çıkma düzeylerine göre şu şekilde sınıflandırılmaktadır: Durumluk anksiyete, bireyin içinde bulunduğu durumu tehdit ve tehlike yaratan biçimde algılamasından kaynaklanan öznel gerilim ve korku duygularıyla karakterize olan geçici duygusal bir durumdur. Sürekli aksiyete göreceli olarak bireyde varolan anksiyete eğilimini gösteren, durumluk anksiyetenin yoğunlaşması ve süreklilik kazanması halidir (85, 86).

Anksiyete; korkuya benzer bir duygu olmakla beraber, anksiyeteyi tetikleyen, korkuyu ortaya çıkaran gibi net olarak belirlenmemiştir. Kişi huzursuzdur, kötü bir şey olacağından endişe etmektedir. Ancak bu durumu açıklayacak nesnel bir tehlike ya da tehdit kaynağı tanımlanamamaktadır. Anksiyete yaklaşan tehlikeler için bireyi uyarmakta, bireyin tetikte olmasını ve önlem almasını sağlamaktadır. Bireyin oluşan, oluşmakta olan ve sonucunu bilmediği her durumda tetikte olmasını sağlayan bu durum tehlike karşısında kaçınmasını sağlayan biyolojik bir savunma sistemidir (87).

2.4.1 Anksiyeteye Bedenin Yanıtı

Beden stres kaynağıyla karşılaştığında homeostazisi korumak için nörolojik ve endokrin sistemi devreye sokar. Kişinin stres kaynağı ile karşılaşmasıyla beraber hipotalamus uyarılır. Sempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla adrenal medulladan epinefrin ve norepinefrin hormonları salgılanmaya başlar. Norepinefrinin artmasıyla periferik damarlarda vazokonstrüksiyon gelişir ve kan basıncı yükselir. Meydana gelen periferik vazokonstrüksiyon sebebiyle böbreklere giden kan miktarındaki azalma sonucu böbreklerden renin salgılanır. Renin plazmada anjiotensinojeni etkileyerek anjiotensin 1 ve anjiotensin 2 salınır. Anjiotensin 2, aldosteron

hormonunun salınımını sağlar. Hipotalamusun hipofiz bezi üzerine etkisiyle, ön hipofiz bezinden Adrenokortikotropik Hormon (ACTH) ve arka hipofizden Antidiüretik Hormon (ADH) salgılanır. ADH böbreklerden suyun geri emilimini artırarak, kan basıncını yükseltir. ACTH, adrenal bezlerin korteksini etkileyerek aldosteron ve kortizol hormonun salgılamasına neden olur.

Kortizol; protein ve yağların glikoza dönüşmesine neden olarak kan glikoz düzeyini yükseltir, kan şekeri artar böylece kortizon vücudun strese karşı direncini arttırırken, bu sırada aldosteron böbreklerden sodyumun ve buna bağlı olarak suyun geri emilmesini sağlayarak kan hacminin artmasına, idrar miktarının azalmasına yol açar. Epinefrin hormonunun yükselmesiyle nabız ve kalbin kasılma gücü artar. Ayrıca karaciğer glikojenin, glikoza dönüşmesini sağlayarak kan glikoz düzeyini arttırır, kan şekerini yükseltir (88,89).

Anksiyete seviyesinin yüksek olduğu durumlarda katekolamin ve kortikosteroid salgısı daha da artar. Bu artış başlangıçta normal bir savunma mekanizması olsa da magnezyum yetersizliğine neden olmaktadır. Bu durum uzun süre devam ettiğinde magnezyum eksikliğinin hipertansiyon, beyin ve kalp damarlarında vazokonstrüksiyon tıkanma, aritmi ve ani kardiyak ölüm gibi kardiyovasküler hasarlara neden olabileceği belirtilmektedir (90).

2.4.2 Anksiyete Belirtileri

Tablo 5: Anksiyete Belirtileri (91)

Fiziksel Belirtileri	Psikolojik Belirtiler
Titreme, ürperme	Korku hissi
Yutkunma güçlüğü	Yoğunlaşma güçlüğü
Sırt ve baş ağrısı	Uykusuzluk veya uykuya eğilim
Kas gerginliği	Libido azalması
Hiperventilasyon	Boğazda düğümlenme hissi
Yorgunluk	Midede kasılma hissi
Sıcak basması	
Siyanoz	
Taşikardi, çarpıntı	
Ellerde soğuma	
Diyare	
Ağız kuruluğu	
Sık idrara çıkma	

2.4.3 Koroner Anjiyografi ve Anksiyete

Hastalarda çoğunlukla preoperatif dönemde farklı seviyelerde anksiyete ve korku gözlemlenebilir. İnvaziv girişim uygulanacak hastaların %60-%80'inde ameliyat öncesi anksiyete olduğu saptanmıştır. Gözlemlenen anksiyete ve korku, anestezi çeşidi, kişilik özellikleri, daha önce deneyimlenen cerrahi girişime ait endişeler, ameliyat sonrası dönemdeki ağrılar, hastaneye geliş şekli, cinsiyet, yaş ve geçirilecek ameliyatın tipi gibi birçok faktörden etkilenir (6, 92). Özellikle koroner anjiyografinin invaziv bir tanılama yöntemi olması, kalp gibi yaşamsal önemi yüksek

olan bir organın tanımlanmasında kullanılması, işlemle ilgili bilinmezliklerin çok olması nedeniyle bireylerde ölüm korkusu ve buna bağlı yüksek derecelerde endişe hissetmesine ve anksiyeteye sebep olur (93, 94, 95, 96, 97).

Okanlı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, cerrahi servisindeki hastaların %49,2'sinin depresyon, %36'sının ise anksiyete bozukluğu açısından riskli olduğu belirlenmiştir (98). Demir ve Arslantaş'ın yapmış olduğu çalışmada; KAG olacak hastaların anksiyete düzeyleri incelenmiş; hastaneye fiziksel/tıbbi yakınmalar ile başvuran hastaların ve ailelerinin, sağlığını geliştiren, primer korumadan rehabilitasyona kadar uzanan bölümde bilişsel, psikolojik, davranışsal tepkilerini ve psikososyal sorunlarını tanımlayan hemşirelere ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir (99). Özer ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada; kardiyoloji kliniğinde yatan 506 MI'lı hastaların tümünde ciddi düzeylerde anksiyete görülmüş ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve kardiyak rehabilitasyon programlarının uygulanmasının gerekliliğini önermişlerdir (95). De Jager ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; perkütan koroner girişim (PCI) öncesinde yaşanan anksiyete ve depresyonun işlem sonrası mortalite oranıyla doğrudan ilişkisinin olduğunu bildirmişlerdir. Artan anksiyete düzeyinin sempatik aktivite ve trombositlerin yapışmasına neden olarak kardiyak olay riskini yükselttiği saptanmıştır (100).

Anksiyete koroner anjiyografi işlemi sırasında ortaya çıktığında olumsuz etkilere neden olabilir. Bu nedenle KAG işlemi öncesinde hastanın anksiyete düzeyini en alt seviyelere düşürmek gerekir. Aksi takdirde hastada komplikasyon riski artmaktadır. En sık vasküler komplikasyonlarla (kanama, trombus, diseksiyon, psödoanevrizma, arteriovenöz fistül) karşılaşılmaktadır. Bunların yanında MI,

Serebrovasküler Olay (SVO), aritmi, taşikardi, hipotansiyon, taşikardi vb. komplikasyonlarda oluşabilmektedir (82).

Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar tıbbi hastalığa karşı oluşan bir cevaptır. Akut dönem geçtikten sonra bu tür tabloların kendiliğinden azalacağına ya da iyileşeceğine dair bir tutum olduğundan, özellikle akut koroner sendrom sonrası ortaya çıkan duygusal bozukluklar gözden kaçabilmektedir. Hastaların büyük bir kısmında aylar sonra bile devam etmekte olduğu halde tedavisiz kalabilmektedir (101). Anksiyetenin giderilmesinde hasta eğitimi hemşirelik girişimlerinden biridir. Kardiyoloji hastalarının tekrar yatış olasılığı yüksek olduğu için, yasal ve deontolojik gerekliliklere uygun olarak rutin, açık ve ayrıntılı bilgi vermek önemlidir (96,102). İşlem öncesi dönemde hastaları bilgilendirmenin anksiyete ve analjezik kullanımını azaltıp, memnuniyet düzeyini yükselttiği ve hastaya, her aşamada yapılan işlemin basamakları açıklandığında anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir (103).

2.5 Müzik Terapi

Terapi, Yunanca hizmette bulunmak, hastayla ilgilenmek, çare bulmak anlamına gelir. İnsan müzikle yalnızca iletişim kurmakla kalmamış, müziği zorlu psikolojik süreci atlatmak için de bir yardımcı araç olarak kullanmıştır. Böylece, müzikle terapi ortaya çıkmıştır (104).

Müzik terapisi; müziğin, hümanist ve kişiler arası yaklaşımların kullanıldığı, bir müzik terapisti tarafından birey ya da gruplara uygulanmasıdır (105). Dünya Müzik Terapi Federasyonu, müzikle tedaviyi “Bir kişi, aile veya grubun yaşam kalitesini optimize etmek ve geliştirmek için müziğin ve/veya müzikal unsurların (ses, ritm, melodi ve harmoni) eğitilmiş bir müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması” olarak tanımlamaktadır (106).

2.5.1 Müzik Terapinin Tarihçesi

Müzik terapi tıp tarihi kadar eskilere dayanır. Homera, ameliyatlarda müziği kullanmış ve telkin edici etkisini gözlemlemiştir. Aesculape ise sağırlığı tedavi ederken trampet kullanmıştır. M.Ö. 400 yıllarında Platon da müziğin ahenk ve ritmiyle insan ruhunun derinliklerine işleyerek ona hoşgörü kazandırdığı ve rahatlık verdiğini belirtmiştir. Eski Roma'da ise Celsus ve Areteu'a göre müziğin ruhu sakinleştirdiği ve ruh hastalıklarına iyi geldiği görüşü hakimdir. Mısırlılar da doğum sırasında müziği kullanmışlardır. Büyük Çin filozofu Konfüçyus; "müzik yapıldığı zaman kanın hareketi ve dolanımı sakinleşir" diyerek müziğin insan üzerindeki etkilerini tarif etmiştir. Türkler, Anadolu öncesi dönemde Orta Asya'da Baksı adı verilen şaman müzisyenler ile çeşitli hastalıkların tedavisinde müziği kullanmışlardır. Zekeriya er-Razi (854-932), Farabi (870-970), İbn-i Sina (980-1037) gibi islam alimlerinin hem hekim hem de müzikolog oldukları görülmektedir (107).

2.5.2 Müzikle Terapi Yöntemleri

1999 yılında Washington'da düzenlenen 9. Dünya Müzik Terapi Kongresi'nde uluslararası düzeyde en bilinen müzik terapi modelleri sunulmuştur. Söz konusu kongrede beş farklı model, bu modelleri geliştirenler tarafından detaylı biçimde anlatılmıştır (108).

Tablo 6: Müzik Türleri

<p>1. Paul Nordoff ve Clive Robbins tarafından geliştirilen <i>Yaratıcı Müzik Terapi,</i></p>	<p>Yaratıcı müzik terapi hastanın tedavi sürecinde müzik aktivitesine aktif olarak katılmasını gerektiren yöntemdir. Çalınan müzik parçası doğaçlama ya da önceden bestelenmiş bir eser olabilir. Bu yöntemin bazı modellerinde hastanın bestesi de olabilir.</p>
<p>2. Mary Priestley tarafından geliştirilen <i>Analitik Müzik Terapi,</i></p>	<p>Hastalar müzik etkinliklerinde aktif olarak yer alırlar. Müzik performansının bu modelde de en çok uygulanan şekli tonal ya da atonal doğaçlamalardır. Tonal müzik belli bir ton temelinde şekillenir. Belli bir tona bağlı kalmadan müzik yapılırsa atonal olur. Doğaçlama müzik, hastanın kendini en iyi ifade etme yoludur.</p>
<p>3. Clifford K. Madsen ve Vance Cutter tarafından geliştirilen <i>Davranışsal Müzik Terapi,</i></p>	<p>Bireyin içinde yaşadığı toplum ve doğal ortama uygun davranışlarını arttırmak, uyumsuz davranışlarını ortadan kaldırmak için müziğin koşullu pekiştirme veya uyarıcı işaret olarak kullanılmasına davranışsal müzik terapi denir. Davranışsal müzik terapide istenilen davranış değişikliği için pozitif pekiştirme ya da ödül olarak müzik kullanılır.</p>
<p>4. Helen Bonny tarafından geliştirilen <i>Güdümlü İmgelem ve Müzik Terapi,</i></p>	<p>İmgelem, hastanın iç dünyasına açılan bir kapı gibi düşünülebilir. İç dünyada oluşturulan hayal ses, koku, tat, hareket ve görüntü algılarını uyandırır, yeniden yaratır.</p>
<p>5. Rolanda Benenzon tarafından geliştirilen <i>Benenzon Müzik Terapi.</i></p>	<p>Bu model, beşeri bilimlerin psikoloji, müzik, müzik eğitimi, felsefe, edebiyat gibi çeşitli teorilerden faydalanılarak kurulmuş bir yaklaşımdır. Terapi modelinin amacı, danışanların kendi yaratıcı enerjilerini insanlarla iletişim kanallarını açmaya teşvik etmektir.</p>

(108)

2.5.3 Müzik Terapi Çeşitleri

Aktif Müzik Terapi

Orta Asya hekimleri, kam ve baksı adı verilen müzik ve dansı hasta tedavisi için kullanmışlardır. Bu seanslarda genel olarak pentatonik müzik tonları tercih edilmiştir. Günümüzde pentatonik müzik kişilerde kendine güven ve kararlılık oluşturduğu bulgusu ile, otistik çocukların tedavisi ve eğitiminde kullanılmaktadır. Baksı dansı ile birlikte çeşitli sufi danslarını (semah ve sema) inceleyen Türk musikisini araştırma ve tanıtma grubu (TÜMATA), oluşturulan aktif müzik terapi anlayışı ile bu eski teknikler, modern tıp içinde, otizm, geriatri, onkoloji, immünoloji, nöroloji, kardiyoloji, depresyon ve anksiyete vb. konularında tedavi amacı ile uygulanmaktadır.

Pasif (Receptive) Müzik Terapi

Horasan kaynaklı gelişen pasif (receptiv) müzik terapi esnasında hastalar rahat bir şekilde oturarak veya uzanarak dinlenme halindedir. Bu tedavide amaç; hastaların emosyonel durumlarını değiştirerek onları rahatlatmak ve kendilerine güven duygusu kazanmalarına yardımcı olabilmektir. Günümüzde, TÜMATA tarafından uygulanan teknikte bu esaslara sadık kalınmıştır. Seans süresince geniş ve rahatlatıcı bir ritim ve su sesi eşliğinde, Ney, Rebab, Çeng, Ud, Dombra ve Rübab ile doğaçlama bir ritim oluşturulur. Seans sırasında, otizm'den ve psikolojik çocuk hastalıklarından geriatri'ye kadar çeşitli psikolojik ve fiziksel hastalıklarda olumlu değişimler ve iyileşmeler gözlenmektedir (109).

2.5.4 Müzik Terapinin Aksiyete ve Yaşamsal Bulgulara Etkisi

Müzik terapi, hastanın sinir ve endokrin sistemi üzerinde olumlu etkiler oluşturur. Duygu ve düşüncelerde anlamlı tepkiler ortaya çıkmasını sağlar. Yapılan araştırmalarda, müziğin ruhsal hastalıkların oluşumunda etkisi olan ve insanın duygusal durumunu düzenleyen serotonin, dopamin, adrenalin ve testosteron gibi

hormonları olumlu etkilediği saptanmıştır. Aynı zamanda kan basıncı, solunum ritmi gibi fizyolojik işlevleri düzenlediği, beyindeki oksijen ve kanlanmanın dengesini sağladığı tespit edilmiştir. AHA'ya göre 18 yaş ve üstü yetişkinlerde normal istirahat kalp atış hızı (bpm) kişinin fiziksel durumuna ve yaşına bağlı olarak dakikada 60-100 bpm arasındadır Müzik beynin dalga hızını etkileyerek anksiyolitik etki oluşturur, kas gerilimi ve kas hareketlerini koordine etmeye yardımcı olur (107, 110, 111).

1918 yılından bu yana, müziğin kalp hızı ve kardiyovasküler sistem üzerindeki etkilerini araştırmak için bazı çalışmalar yapılmıştır (112). Ko ve Lin (2012) tarafından gevşetici müzik dinlemenin; kalp atım hızı, sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncını azalttığı rapor edilmiştir (113). Güney Caroline Üniversitesi'ne bağlı olan bir hastanede, 1990 yılında 20 kalp hastasıyla yapılan bir araştırmada, müzik dinletmenin kan basıncını azalttığı bildirilmiştir (107).

2.5.4.1 Müzik Terapinin Hastane Ortamında Kullanımı

Müzik, 20. yüzyılın ilk yarısında hastane ortamında kullanılmaya başlanmıştır. Hastanede yapılan ilk uygulamalarda müziğin anestezi ve analjeziye yardımcı olarak kullanıldığı bildirilmiştir. Bir müzisyen olan Linda Rodgers hastaların bilinçsiz oldukları zamanlarda bile duymaya devam ettiklerini gösteren pek çok araştırmayı ortaya çıkarmıştır. Seçilen müziklerin ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve ameliyattan sonra hastaya kulaklıkla dinletilmesi önerilmektedir.

Bonry tarafından 2002 yılında müzik terapi ilk kez koroner yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların deneyimlediği ağrı ve anksiyeteyi azaltmak, hastaların konforunu arttırmak amacıyla kullanılmıştır (114). Bolwerk (1990) tarafından MI geçirmiş yoğun bakım hastalarında yapılan çalışmada; müziğin hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı saptanmıştır (115).

Sullivan (1991) tarafından koroner ve cerrahi yoğun bakım ünitelerindeki hastalarla yapılan çalışmada; klasik müzik dinletilen hastaların ağrı ve anksiyetesinin terapiden sonra azaldığı belirtilmektedir (116). Elliot (1994) tarafından yapılan çalışmada; iskemik kalp hastalığı tanısı ile koroner yoğun bakımda yatmakta olan hastaların anksiyetesine, ağrı ve kas gevşemelerine müzik terapinin etkisi gözlemlenmiş, hastaların anksiyete seviyelerinin düştüğü ve analjezi kullanımının azaldığı görülmüştür (19). Twiss ve arkadaşları (2006), kardiyovasküler cerrahi geçirmiş yoğun bakım hastalarında müzik terapinin hastaların anksiyetesine, ağrı şiddetine ve entübasyona bağlı kalma süresine etkisini değerlendirmek için hastalara kendi seçtikleri müzik dinlettirilmiştir. Çalışma sonucunda hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (117).

Heart Lung (Kalp Akciğer) Dergisinde yayınlanan 1987'de yapılan bir çalışmada iki araştırmacı ileri düzeyde koroner kalp hastalığı olan hastaların kalp ritimlerinin dinletilen klasik müziğe verdiği tepkiler üzerinde durmuşlardır. Bu çalışmada; hiçbir ritim bozukluğu olmayan hastaların, kalp atışlarının büyük ölçüde azaldığı ve daha mutlu bir ruh hali içine girdiklerini belirtmişlerdir (118).

Çalışmada hastalara dinletilecek müziğin belirlenmesinde literatür taraması yapılmış ve altı tür yatıştırıcı müzik (kalp atışına yakın) olduğu görülmüştür. Bu altı tür yatıştırıcı müzik: doğa, piyano, arp, orkestra, caz, ve sentez müzik türlerinden oluşmaktadır. Ayrıca literatürde, müzik seçerken hastaların kişisel tercihlerinin de göz önünde bulundurulması gerektiği bilgisi yer almaktadır (22, 119, 120). Çürük ve ark'nın2017 yılında yaptıkları araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, müzik anksiyetenin azaltılmasında etkili bir yöntem olabilir, ancak müziğin hangi yolla ve ne zaman dinletileceğinin de önemli olabileceği vurgulanmaktadır (119). Weeks ve Nilsson tarafından 2011 yılında, koroner anjiyografi uygulanacak 98 hasta ile müziğin

anksiyete üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada; hasta odaklı müzik terapi grubunun anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Anksiyete üzerinde daha etkili olduğu ileri sürülen, müzik türünün hasta tarafından seçilmesi, literatürde özellikle vurgulanmaktadır(121).

2.5.4.2 Müzik Terapi ve Hemşirelik

Son yıllarda yapılan çalışmalarla, hemşireliğin bağımsız fonksiyonları arasında kullanılan müzik terapinin önemi vurgulanmaktadır (6). Hemşirelik uygulamalarının içinde yer alan müzik terapi, bir rahatlama tekniği olmakla birlikte, hastaların bakımlarına katılmalarına kendi düşünceleri doğrultusunda olanak sağlayarak, estetik yaklaşımlı bir terapi yöntemi oluşturur (122).

Flornce Nightingale, hasta çevresinin kontrol edilmesinin hemşirenin sorumlulukları arasında olduğunu söylemiştir. Hemşirelerin bağımsız rollerinden olan müzik dinletme uygulaması, koroner anjiyografi sırasında hastanın çevresini olumlu etkileyerek hastanın anksiyete seviyesini azalttığı çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (117,119,121).

Yapılan araştırmalarda hemşirelerin anjiyografi uygulamasında bireylerin; duygusal olarak rahatlamlarını sağlama, KAG ve PTKA işleminin tüm aşamalarına eşlik ederek işleme ilgili bilgilendirme, gevşeme ve solunum egzersizleri yaptırma, müzik dinletme gibi yöntemlerle bireylerin anksiyete düzeylerini azaltabilecekleri saptanmıştır (120, 123, 124). 2006 yılında Argstatter ve ark.'nın yaptıkları çalışmada sağlık çalışanı ile hasta arasında etkili bir iletişimin olduğunu, müzik dinletmenin bu iletişimi kesintiye uğratacağından hasta için rahatsızlık veren bir uygulama olabileceken, aksine, etkili bir iletişimin olmadığı durumlarda müzik dinletmenin dikkati dağıtarak anksiyetenin azalmasına yol açabileceği görülmüştür (125).

2.6 Hasta Eğitimi ve Hemşirelerin Eğitici Rolü

Hemşireler farklı koşullarda farklı roller üstlenen, bilgi, pratik beceri ve değerler bütününe çok iyi kullanarak bugünün yanı sıra geleceğin ihtiyaçlarını da karşılayan özellikli bir gruptur (126). Hasta eğitimi, ailenin ve toplumun sağlıkla ilgili sorunlarının giderilip sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini sağlayan dinamik bir süreçtir. Bu nedenle hemşireler sağlık eğitiminde önemli role sahiptir (127, 128,129).

Hasta eğitiminde kullanılacak yöntem ve tekniklerin seçiminde hastanın öğrenme gereksinimleri, hasta ve hemşirelerin özellikleri, seçimleri, eğitimin içeriği, eğitim ortamı, eğitimin süresi ile kaynaklar dikkate alınmalıdır. Eğitimde yeterlilik kazanmış olan hemşire, hasta ve ailesinin tepkilerini ve davranışlarını dikkate alarak kullanacağı yöntemde esneklik yapabilir. Ancak, bu yeterliliğe ulaşmak için hemşirenin bilgi kadar, zamana ve deneyime de gereksinimi vardır (91).

Kardiyovasküler risk faktörlerinin önlenmesi ve kontrol altına alınmasında verilecek eğitimin olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir. Sağlık profesyonelleri olarak hemşirelere, kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrol altına alınması konusunda, bireysel veya grup danışmanlığı sağlanmasında önemli görevler düşmektedir (127, 130).

2.6.1 Hasta Eğitim Tipleri

1-Sözel Eğitim: Hasta eğitiminde en sık kullanılan yol, rutin hasta/sağlık çalışanı görüşmeleri kapsamında hastalarla yüz yüze konuşmadır.

2-Basılı materyal ile eğitim: Sözlü anlatımdan sonra en sık kullanılan hasta eğitim şekli basılı materyallerdir. Bunlar sıklıkla tek başına, öncesinde etkin bir sözlü anlatım yapılmaksızın kullanılabilirler. Diğer eğitim tipleri ile birlikte kullanıldıklarında basılı materyaller hastalara hatırlatıcı olarak verilebilmektedir.

3-Orijinal basılı materyal ile eğitim: Uygulamada her hastaya özgü bir takım basılı materyal geliştirilmesi istenebilir. Bu şekilde bir uygulamanın avantajı, şekil ve içeriğin istenildiği gibi kontrol edilebilmesidir. Burada en sık yapılan hata gereğinden fazla bilginin verilmesidir. Temel eğitim mesajları belirlenmeli ve materyal 3-4 eğitim mesajı ile sınırlı tutulmalıdır. Tıbbi dil, aşırı istatistik kullanma ve korkutucu mesajlardan kaçınılmalıdır. Kısa kelimeler ve kısa cümleler kullanılmalıdır.

Basit çizimler ve şekiller konunun anlaşılmasına yardımcı olur; genellikle karmaşık resimleri kullanmaktan daha etkilidir. Alt başlıklar okuyucunun aradığı bilgiye kolay ulaşmasını sağlar ve gerektiğinde koyu renk ya da italik yazı kullanılarak dikkat çekilebilir, bu şekilde terimlerin vurgulanması sağlanır. Dil olarak aktif zaman kullanılmalı, olumsuz dil kullanmaktan kaçınılmalıdır.

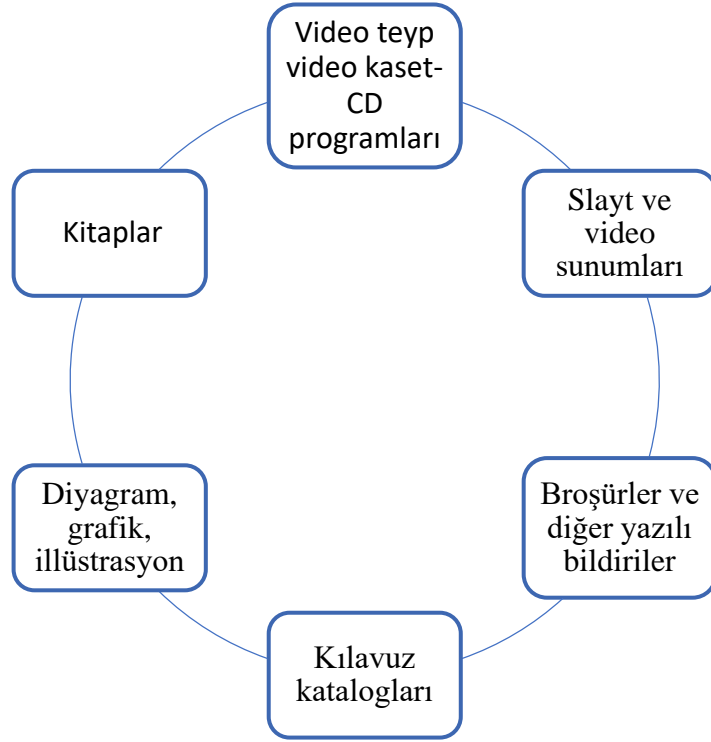
4-Diğer materyaller ve seçenekler ile eğitim: Modeller, maketler, çeşitli afişler ve diğer görsel materyaller, sözel ya da yazılı gereçlere yardımcı olmak üzere kullanılabilir. Özellikle hastanın belli bir beceriyi kazanması hedefleniyorsa becerinin eğitim ilkelerine uygun olarak yapılması istenir (9,131).

2.6.2 Eğitimde Kullanılan İletişim Kanalına Göre Eğitim Türleri

Tablo 7: Eğitim Türleri (131, 132, 133)

Görsel Eğitim	İşitsel Eğitim	Görsel-İşitsel Eğitim
Görselliğin kullanılması sözcükleri desteklediği gibi tek başına bir görüntü sözcüklerin yerini tutabilir. Görüntülerin kullanılması öğrenme zamanını kısaltır, anımsamaya yardımcı olur.	Kullanımı için gereken araçların (teyp) küçük, taşınabilir ve kullanışlı olması yaygın olarak kullanılmalarını sağlamıştır.	Eğitimde en yüksek etkinlik sağlayan yöntemdir. Katılımcılarda görsel etki bırakması yanında işitsel etki ile desteklenmesi eğitimin etkinliğini artırır. Anımsamanın en kolay olduğu, kolay kolay unutulmayan, öğrenim süresinin en kısa olduğu eğitim yöntemidir.

2.6.3 Eğitimi Tamamlayıcı Yardımcı Uygun Görsel İşitsel Materyaller



Şekil 7: Eğitimi Tamamlayıcı Yardımcı Uygun Görsel İşitsel Materyaller (131)

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışmanın Tipi

Bu araştırma, koroner anjiyografi uygulanacak hastalara yapılacak bilgilendirme ve müziğin hastaların anksiyete düzeyine ve yaşamsal bulgularına etkisini karşılaştırmak amacıyla randomize ön test-son test kontrol gruplu deneysel olarak yapılmıştır.

3.2 Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC), Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde yapılmıştır. Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji kliniği; 41 yatak kapasiteli olup, 20 hemşire ve 7 hekim görev yapmaktadır. Hemşirelik hizmeti 24 saat boyunca üç vardiya (07.00-14.00/ 14.00-21.00/ 21.00-07.00) şeklinde verilmektedir.

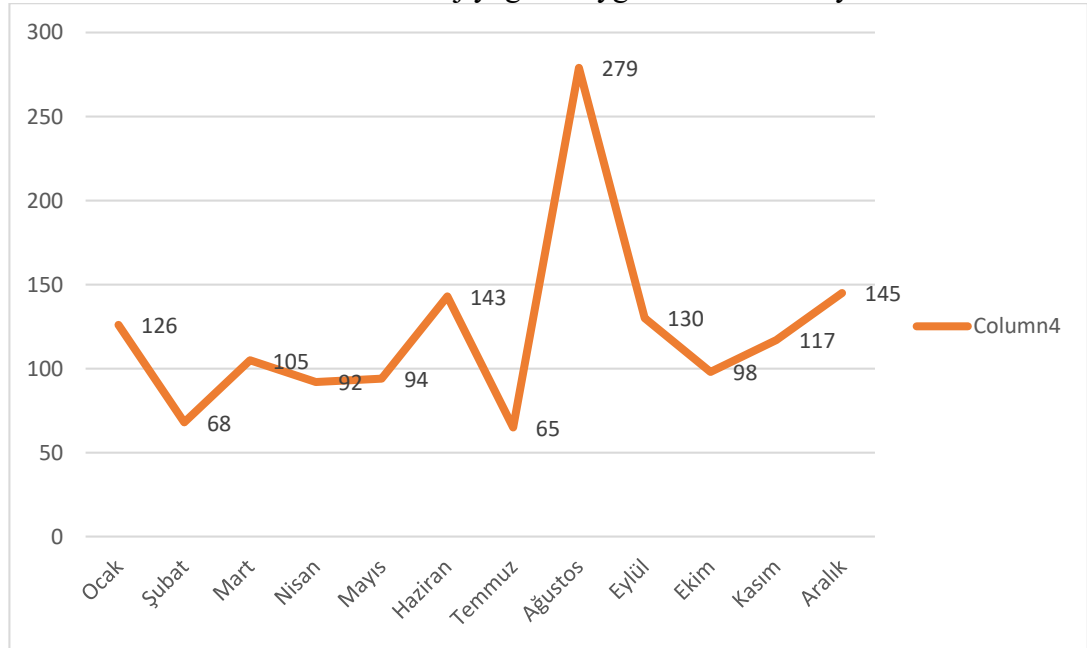
Kardiyoloji kliniğinde; daha çok kalp yetmezliği, pulmoner ödem, anjina pektoris, aortik valf replasmanı, mitral valf replasmanı, ritim bozuklukları, internal pace uygulaması, endokardit, perikardit, miyokardit, hipertansiyon tanısı ile izlenen ve koroner anjiyografi yapılacak hastalar yatmaktadır.

Koroner anjiyografi laboratuvarında (12 doktor, 3 hemşire, 3 ameliyatane teknikeri, 1 anestezi teknisyeni 2’de teknik personel bulunmaktadır. Randevulu ve acil hastaların angiografi işlemleri haftanın her günü yapılmaktadır.

3.3 Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; KKTC, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi'ne elektif koroner angiografi işlemi amacıyla yatırılan hastalar oluşturmuştur. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi 2017 yılı verilerine göre koroner angiografi uygulanan yıllık hasta sayısı 1462'dir.

Şekil 7: Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi 2017 Yıllık Verilerine Göre Koroner Anjiyografi Uygulanan Hasta Sayısı



Evrenden Örneklem Seçimi;

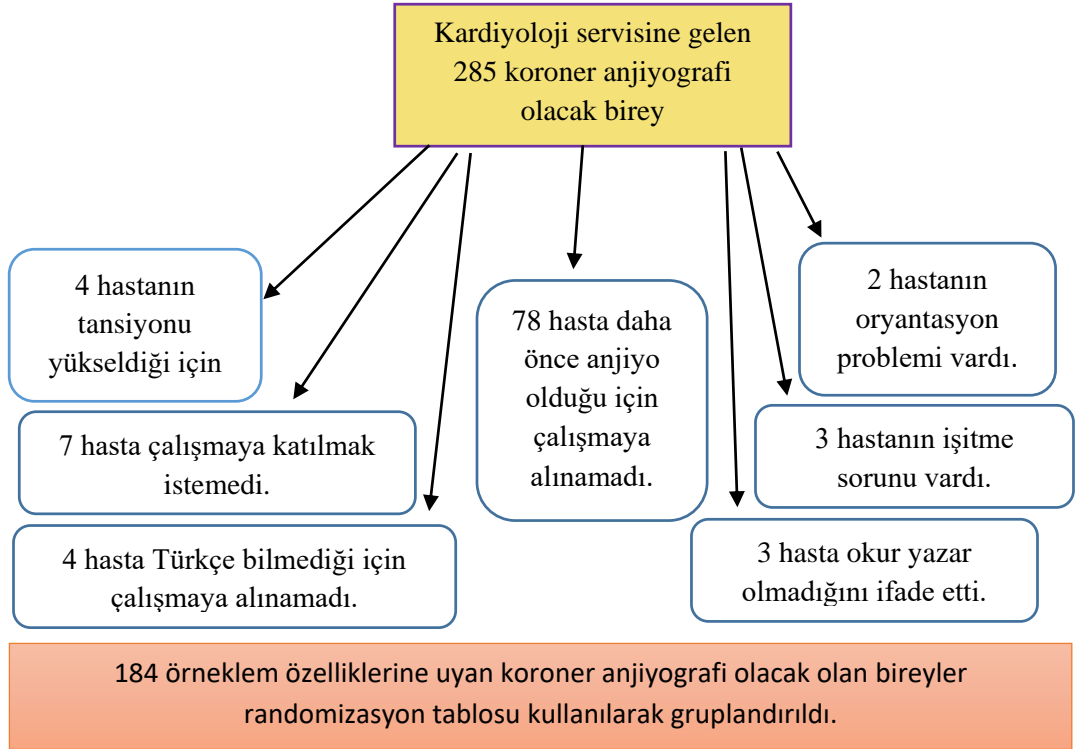
Araştırmanın örneklemini, belirlenen evren içinden Cohen kullanılarak (134, 135, 136) üç grup varsayımıyla power analizi yapıldı. Örneklemdaki birim sayısı Cohen (Cohen 1988) tarafından önerilen etki büyüklüğü $f = 0.25$ alınarak ve güç %80 olmak üzere örneklem sayısı 159 olarak bulundu. Her grup 53 kişi olarak hesaplandı. Tip bir hata=%15 kayıp düşünülerek final örneklem sayısı 184 kişi olarak hesaplandı. Seçilen örnekleme kriterlere uyan, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden

müzik grubunda 63, bilgilendirme grubunda 61, kontrol grubunda 60 olmak üzere üç grup hasta oluşturdu, randomizasyon; one block, Random Allocation Software version 1.0.0 kullanılarak belirlendi. Araştırmacı bu randomizasyon listesine göre örneklem kriterlerine uyan hastaların hangi grupta olduğunu belirleyip uygulama yaptı (Ek-1).

3.3.1 Örneklem dahil olma kriterleri:

- İlk defa koroner anjiyografi uygulanan,
- Araştırma yönergesini anlayıp uygulayabilme yetisi olan (duyma, görme, anlama sorunu yaşamayan bireyler),
- Okuryazar olan,
- Türkçe konuşan hastalar oluşturmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenler örneklemi oluşturmuştur (Şekil 8).



Şekil 8: Örneklem Seçimi Seması

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Bilgilendirme, müzik dinletme, tanıtıcı özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu vs.) ve yaşamsal bulgular.

Bağımlı Değişkenler: Anksiyete düzeyi, durumluk-sürekli anksiyete envanteri puanları.

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-2)

Konu ile ilgili literatür incelenerek araştırmacı tarafından hazırlanan form tanıtıcı özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, alkol sigara kullanımı..) ve hastalık ile ilgili özellikleri sorgulayan (hastanın geçmiş hastane/ hastalık deneyimleri, ailesinde koroner kalp hastalığı olma durumu) toplam 23 sorudan oluşmaktadır (6, 13, 120, 122, 137, 138, 139).

Tanıtıcı özellikler formuna bilgilendirme grubu için Görsel Bilgi Kataloğu ile ilgili olarak ekstra iki, müzik grubu için ise bir soru eklenmiştir (13 ve 14. Sorular).

3.5.2 Yaşamsal Bulgu Takip Formu (Ek-3)

Bu form; hastaların işlem öncesi ve işlemden hemen sonra ölçülen yaşam bulgularından nabız, kan basıncı ve solunum değerleri hasta kliniğe ilk geldiğinde, koroner anjiyografiye alınacağı haberi verildiği zaman ve koroner anjiyografiden çıktığında, 30. dk, 60. dk daha sonra 120. dakikalarda yapılan ölçüm sonuçlarını kayıt etmek amacı ile hazırlanmıştır (15, 17, 119, 122).

Yaşamsal bulgular araştırmacı tarafından ölçülüp kaydedilmiştir. Hastaya, fowler veya semi fowler pozisyonu verildi. Pozisyonu verilen hastanın, nabız ölçümü yapılacak kolu, göğüs hizasına getirildi. Nabız ölçümü yapacak araştırmacının işaret, orta ve yüzük parmak uçları hastanın radial arteri üzerine yerleştirilerek, nabız ritmi ve dolgunluğu saatin saniye göstergesi ile bir dk. süresince sayılarak kayıt edildi.

Solunum kısmen istemli olarak kontrol edilebildiğinden, hastanın solunumunun sayıldığıının farkında olmaması gerekmektedir. Bu nedenle araştırmacı, bir dakikalık nabız ölçümünü bitirdikten sonra, hasta aynı pozisyonda iken, her soluk alıp verme bir solunum olacak şekilde bir dakika boyunca hastanın göğüs hareketleri sayılarak kayıt edildi.

Kan basıncı ölçümleri için kliniğe ait Endostall Perfect Civalı Yetişkin sifingomanometre (manuel tansiyon aleti) kullanıldı. Hastaya fawler pozisyon verildi. Tansiyon ölçülecek kol çıplak kalacak şekilde sıvandı. Ölçüm sırasında konuşmaması gerektiği söylendi. Kol kalp seviyesinde avuç içi yukarı bakacak şekilde alttan desteklendi. Steteskop dirsek çukuruna yerleştirildi ve sabit kalması sağlandı. Ölçüm için manşon kesesi brakial arter üzerine yerleştirildi. Oskültasyon yöntemiyle ölçüm yapıldığında manşonun basıncı azaltılmaya başlandıktan sonra sesin ilk duyulduğu anda okunan değer sistolik basınç, sesin artık işitilmez anda okunan değer ise diyastolik kan basıncı olarak kabul edilerek kayıt edildi (140).

3.5.3 Durumluk–Süreklilik Anksiyete Envanteri (State Anxiety Inventory) (Ek-4)

Durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger ve ark. tarafından (1970) geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından (1985) Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek, toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı bölümden oluşur. Bunlardan ilk 20'si duruma bağlı anksiyete düzeyini, 21'den 40'a kadar olan maddeler ise hastanın sürekli anksiyete düzeyini ölçer.

1-Durumluk Anksiyete Ölçeği: Hastanın belirli bir anda, belirli koşullar altında kendisini nasıl hissettiğini belirler.

2-Sürekli Anksiyete Ölçeği: Hastanın içinde bulunduğu durum, koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendilerini nasıl hissettiklerini belirler.

Uygulama Şekli: Hastalar ölçeği kendi kendilerine uygulanabilirler. Önce durumluk anksiyete ölçeği, daha sonra sürekli anksiyete ölçeği uygulanmalıdır. Çünkü, durumluk anksiyete ölçeği, duyuşsal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olduğundan, hastanın başlangıçtaki olumsuz algılamalarına ifade olanağı verir. Bu suretle anlık anksiyete güvenilir bir düzeyde ölçülmüş olur.

Yanıtlanma: Durumluk anksiyete ölçeğinin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla seçeneklerinden birinin seçilmesi; sürekli anksiyete ölçeğinin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman seçeneklerinden birini seçerek işaretlenmesi istenir.

Puanlama: Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler yer almaktadır. Olumlu duyguları dile getiren ‘ters’ ifadelerin puanlaması yapılırken bir ağırlık değerinde olanlar dörde, dört ağırlık değerinde olanlar ise bire çevrilir. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde dört değerindeki yanıtlar anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise dört değerindeki yanıtlar düşük, bir değerindeki yanıtlar yüksek anksiyeteyi ifade eder. Durumluk anksiyete ölçeğinde on adet (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler), sürekli anksiyete ölçeğinde ise yedi adet (21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır.

Puanların Yorumlanması: Her iki ölçekten elde edilen puanlar 20 ila 80 arasında değişmektedir. Anksiyete aralıkları şu şekilde tanımlanmaktadır: 0–19 “anksiyete yok”, 20–39 “küçük anksiyete”, 40-59 “ılımlı anksiyete”, 60–79 “yüksek anksiyete” ve 80'den fazla panik (1).

Öner ve Le Compte'nin Türkçe'ye uyarlanıp yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik katsayısı sürekli anksiyete ölçeğinde 0.83- 0.87, durumluk anksiyete ölçeğinde ise 0.94-0.96 arasında değişmektedir (141).

Çalışmamızda da ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.90 olarak hesaplanmıştır.

3.5.4 Görsel Bilgilendirme Kataloğu (Ek-5)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür (142, 143, 144, 145, 146, 147, 148) taranarak hazırlanan görsel bilgilendirme kataloğu, hastalara kliniğe randevu almaya geldiklerinde verilerek okumaları istenmiştir. Ayrıca soruları olursa araştırmacının telefon numarası verilerek belirtilen saatler arasında ulaşabilecekleri söylenmiştir. Bilgilendirmede bilgilendirme yazıdan daha çok görsellik ön planda tutularak bol resimli ve renkli olarak aşağıda verilen içerikte hazırlanmıştır.

- ✓ Koroner arterlerin yapısı,
- ✓ Koroner arter hastalığı tanısında kullanılan testler,
- ✓ Koroner anjiyografinin ne olduğu,
- ✓ İşlem öncesi hazırlığı,
- ✓ Koroner anjiyografi laboratuvarının tanıtılması
- ✓ İşlemin nasıl uygulanacağı ve ne kadar süreceği,
- ✓ İşlem sırasında gerekirse yapılabilecek girişimler,
- ✓ İşlem sonrasında dikkat edilmesi gereken durumlar,
- ✓ Anjiyo sonrası evde bakım ve dikkat edilmesi gerekenler

gibi konular yer almıştır. Hazırlanan bu görsel bilgilendirme kataloğu ile ilgili 5 uzman görüşü alınmıştır (Ek-9).

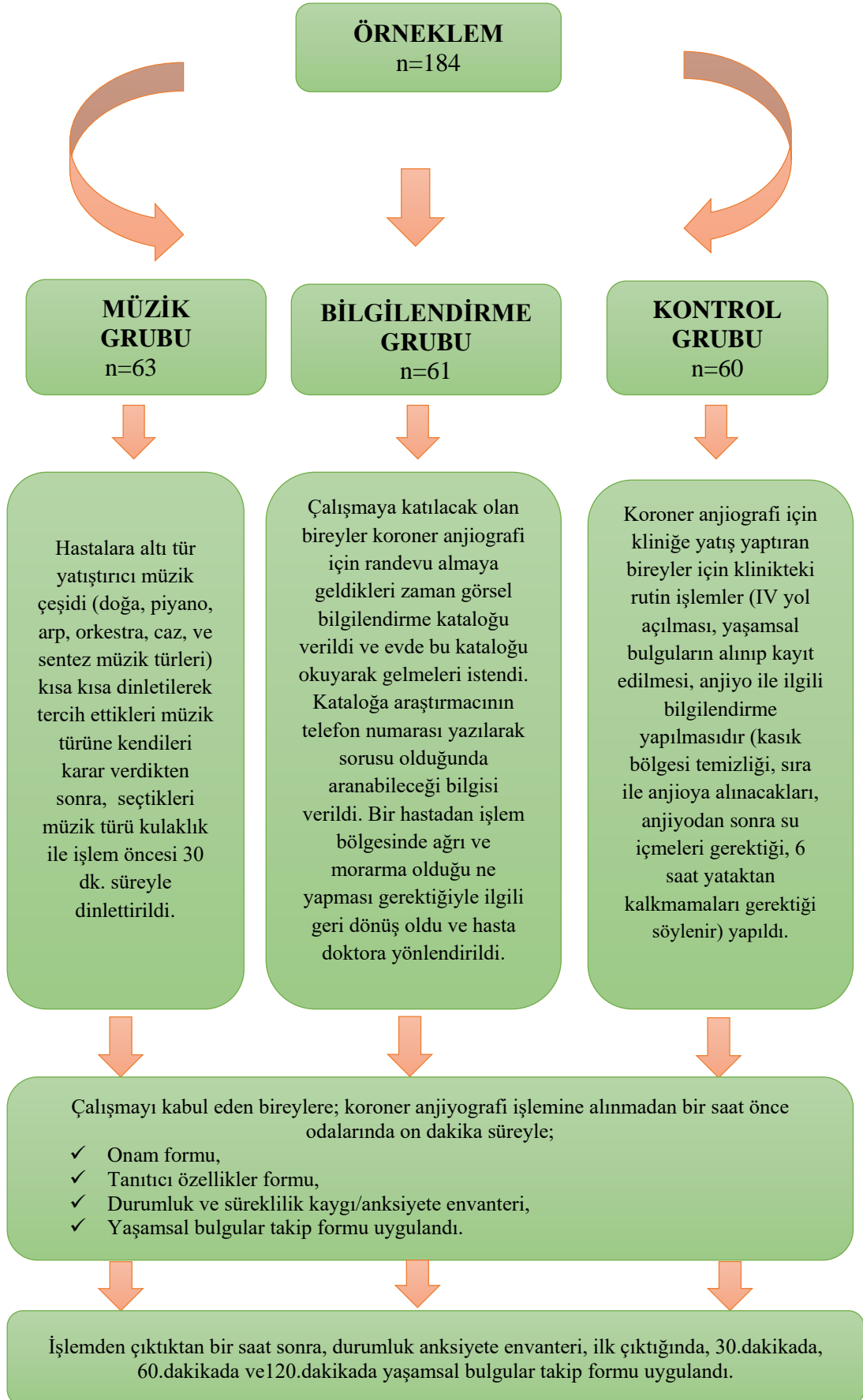
3.5.5 MP3 Çalar ve Kulaklık

Hastalara dinletilecek müzik türü literatür (18, 19, 22, 99, 139) doğrultusunda belirlenmiştir. Araştırmacı doğa, keman, piyano, arp, piyano ve ney tarzı yatıştırıcı

müzik türlerinden kalp hızına uygun beş çeşit eser seçilerek MP3'e kaydedildi. Yine literatürde hastalara dinletilecek müziği seçerken anksiyete üzerinde olumlu etkisi olması nedeniyle kişisel tercihlerin göz önünde bulundurulması bilgisi yer almaktadır. Bu nedenle hastalara daha önce MP3'e kaydedilen bu altı tür müziği kendileri değiştirerek 5 saniye süreyle hepsini dinleyip tercih ettikleri müzik türüne kendilerinin karar vermesi sağlandı (22). Hastadan hastaya enfeksiyon geçişine engel olmak amacıyla; her hastaya disposable tek kullanımlık kulaklık kılıfı kullanıldı.

Hastalar sabah 7.30'da kliniğe giriş yaptıktan sonra odalarına alındı. Yaşamsal bulguları alınarak kayıt edildi, intravenöz katater takıldı. Hastalara odalarında çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan gönüllü bilgilendirilmiş onam formu yazılı olarak alındıktan sonra tanımlayıcı özellikler formu ve durumluk süreklilik anksiyete ölçeğini doldurulması istendi. Hastalara altı farklı çeşit müzik içeren MP3 eline verilerek hepsini dinlemesi ve sonra tercih ettiği müziği dinlemesi istendi. Tercih edilen müzik türü kulaklık ile işlem öncesi 30 dk. süreyle dinletirildi.

3.6 Veri Toplama Süreci Akış Şeması



3.7 Araştırma Zaman Çizelgesi

	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs
Tez önerisi ve ölçek izinlerinin alınması	*											
Literatür tarama		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Kurum ve kurul izinlerinin alınması						*	*					
Araştırma anketinin uygulaması								*	*	*	*	
Araştırmanın istatistiksel analizi											*	
Araştırma sonuçlarının raporlanması											*	*
Araştırma raporunun yazılması	*											
Araştırmanın sunulması		*										

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Uygulamaya başlamadan önce;

- Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sağlık Etik Alt Kurul onayı, (Ek-7)
- Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nden kurum onayı (Ek-8)
- Her hastadan bilgilendirilmiş onam formu yazılı olarak (Ek-6) alındıktan sonra araştırmaya başlandı.

3.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastalarından toplanan verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 yazılımında yapıldı.

Hastaların gruplarına göre tanımlayıcı özellikleri, sigara-alkol tüketimi, fiziksel aktivite yapma durumlarının, hastalık öykülerinin ve koroner anjiyografi bilgi durumlarının dağılımı çapraz tablolarla gösterildi ve gruplar arası karşılaştırmalarda ki kare testi kullanıldı.

Katılımcıların gruplarına göre vital bulgularının karşılaştırılmasında veri seti normal dağılıma uymadığından dolayı nonparametrik hipotez testleri kullanılmış olup, müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastaların vital bulgularının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Kruskal-Wallis testi sonucunda gruplar arasında fark çıkması durumunda, farkın hangi kategorilerden kaynaklandığı Mann-Whitney U testi ile saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların yaşamsal bulguların ve Durumluk-Süreklilik Anksiyete Envanterinden aldıkları puanlar tanımlayıcı istatistikler ile verildi. Katılımcıların Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanterinden aldıkları puanların karşılaştırılması için uygulanacak testleri belirlemek adına; puanların normal dağılıma

uyuma durumu Shapiro-Wilk testi, QQ plot grafiği ve basıklık&çarpıklık değerleri ile belirlendi. Hastaların Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanterinden aldıkları puanlar normal dağılıma uyduğu için müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastalarının durumluk anksiyete envanterinden aldıkları son test ve ön test puanlarının karşılaştırılmasında eşleştirilmiş örneklem t testi (paired sample t test) kullanıldı. Hastaların gruplarına göre Durumluk-Sürekli Anksiyete envanterinden aldıkları puanların karşılaştırılmasında ise varyans analizi (ANOVA) kullanılmış ve ileri analiz olarak post-hoc bir test olan Tukey testi uygulandı.

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 8: Hastaların Gruplarına Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=184)

	Müzik (n=63)		Bilgilendirme (n=61)		Kontrol (n=60)		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Yaş grubu								
50 yaş ve altı	13	20,6	12	19,7	8	13,3		
51-60 yaş	15	23,8	22	36,1	22	36,7	3,897	0,420
61 yaş ve üzeri	35	55,6	27	44,3	30	50,0		
Yaş Ortalaması	60,4±10,3		58,9±9,8		61,0±11,0			
Cinsiyet								
Kadın	22	34,9	22	36,1	24	40,0	0,371	0,831
Erkek	41	65,1	39	63,9	36	60,0		
Eğitim düzeyi								
İlkokul ve altı	21	33,3	20	32,8	28	46,7	4,100	0,663
Ortaokul	13	20,6	12	19,7	7	11,7		
Lise	21	33,3	21	34,4	17	28,3		
Üniversite	8	12,7	8	13,1	8	13,3		
Medeni durum								
Evli	56	88,9	52	85,2	50	83,3	0,811	0,667
Bekar	7	11,1	9	14,8	10	16,7		
Çalışma durumu								
Çalışan	22	34,9	20	32,8	19	31,7	1,206	0,877
Çalışmayan	11	17,5	10	16,4	14	23,3		
Emekli	30	47,6	31	50,8	27	45,0		
Gelir								
Gelir az	11	17,5	16	26,2	23	38,3	8,767	0,067
Gelir gidere eşit	49	77,8	43	70,5	37	61,7		
Gelir fazla	3	4,8	2	3,3	0	0,0		
Yaşanılan kişiler								
Eş ile	32	50,8	23	37,7	27	45,0	9,190	0,163
Yalnız	4	6,3	11	18,0	6	10,0		
Çocuklar ile	6	9,5	1	1,6	5	8,3		
Eş ve çocuklar ile	21	33,3	26	42,6	22	36,7		

* $p < 0,05$, X² : Ki Kare

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımına ait bulgular tablo 8’de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan müzik grubu hastalarının %20,6’sının 50 yaş ve altı, %23,8’inin 51-60 yaş, %55,6’sının 61 ve üzeri yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamasının $60,4\pm 10,3$ olduğu görülmüştür. Hastaların %34,9’unun kadın, %65,1’inin erkek, %33,3’ünün ilkokul ve altı, %20,6’sının ortaokul, %33,3’ünün lise ve %12,7’sinin üniversite mezunu, %88,9’unun evli ve %11,1’inin bekar olduğu saptanmıştır. Yine bu gruptaki hastaların %34,9’unun çalıştığı, %17,5’inin çalışmadığı ve %47,6’sının emekli olduğu, %77,8’inin gelirinin giderine eşit, %50,8’inin eşiyile, %33,3’ünün eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı tespit edilmiştir.

Bilgilendirme grubunda yer alan hastaların yaş ortalamasının $58,9\pm 9,8$ %19,7’sinin 50 yaş ve altı, %36,1’inin 51-60 yaş, %44,3’ünün 61 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Hastaların %36,1’inin kadın, %63,9’unun erkek olduğu, %32,8’inin ilkokul ve altı, %19,7’sinin ortaokul, %34,4’ünün lise ve %13,1’inin üniversite mezunu oldukları, %85,2’inin evli ve %14,8’inin de bekar olduğu görülmüştür. Bilgilendirme grubu hastalarının %32,8’inin çalıştığı, %16,4’ünün çalışmadığı ve %50,8’inin emekli, %70,5’inin gelirinin giderine eşit, %37,7’sinin eşiyile, %42,6’sının eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kontrol grubu hastalarının %13,3’ünün 50 yaş ve altı, %36,7’sinin 51-60 yaş, %50,0’sinin 61 ve üzeri yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamasının $61,0\pm 11,0$ olduğu tespit edilmiştir. Bu grupta yer alan hastaların %40,0’ının kadın, %60,0’ının erkeklerden oluştuğu, %46,7’sinin ilkokul ve altı, %11,7’sinin ortaokul, %28,3’ünün lise ve %13,3’ünün üniversite mezun, %83,3’ünün evli ve %16,7’sinin bekar olduğu görülmüştür. Kontrol grubu hastaların %31,7’sinin çalıştığı, %23,3’ünün çalışmadığı ve %45,0’inin emekli olduğu, %38,3’ünün gelirinin

az, %61,7'sinin ise gelirinin giderine eşit olduğu, %45,0'inin eşiyle, %36,7'sinin eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı tespit edilmiştir.

Yapılan ki kare testi sonucunda araştırmaya dahil edilen müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastaların tanımlayıcı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0.05$) ve üç gruptaki hastaların tanımlayıcı özellikleri açısından benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 9: Hastaların Gruplarına Göre Sigara-Alkol Kullanma, Spor Yapma ve Hastalık Öykülerine Göre Dağılımları (n=184)

Tanımlayıcı Özellikler		Müzik Grubu (n=63)		Bilgilendirme Grubu (n=61)		Kontrol Grubu (n=60)	
Sigara İçme		n	%	N	%	n	%
1	İçen	24	38.1	31	50.8	17	28.3
2	İçmeyen	39	61.9	30	49.2	43	71.7
		$X^2: 6.464$ p: 0.039*					
Alkol Kullanma							
1	Kullanan	26	41.3	28	45.9	24	40.0
2	Kullanmayan	37	58.7	33	54.1	36	60.0
		$X^2: 0.481$ p: 0.786					
Egzersiz Yapma							
1	Yapan	19	30.2	17	27.9	26	43.3
2	Yapmayan	44	69.8	44	72.1	34	56.7
		$X^2: 3.774$ p: 0.152					
Daha Önce Hastanede Yatma							
1	Yatan	41	65.1	42	68.9	44	73.3
2	Yatmayan	22	34.9	19	31.1	16	26.7
		$X^2: 0.980$ p: 0.565					

* $p < 0,05$ X^2 : Ki Kare

Tablo 9: (Devamı)

Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumu							
1	Geçiren	39	61.9	42	68.9	36	60.0
2	Geçirmeyen	24	38.1	19	31.1	24	40.0
		$X^2: 1.141$ $p: 0.565$					
Ailede Koroner Kalp Hastalığı							
1	Var	31	49.2	39	63.9	32	53.3
2	Yok	32	50.8	22	36.1	28	46.7
		$X^2: 2.880$ $p: 0.237$					
Ailede Koroner Anjiyografi Uygulanan Birey							
1	Var	24	38.1	29	47.5	24	40.0
2	Yok	39	61.9	32	52.5	36	60.0
		$X^2: 1.261$ $p: 0.532$					

* $p < 0,05$ X^2 : Ki Kare

Araştırmaya dahil edilen hastaların sigara-alkol kullanımı, spor yapma durumları ve hastalık öykülerinin dağılımına ilişkin bulgular tablo 9'da gösterilmiştir. Müzik grubunda yer alan hastaların %38,1'inin sigara içtiği, %41,3'ünün alkol tükettiği, %30,2'sinin egzersiz yaptığı, %65,1'inin daha önce hastanede yattığı, %61,9'unun ameliyat geçirdiği, %49,2'sinin ailesinde koroner kalp hastalığı bulunduğu, %38,1'inin ailesinde koroner anjiyografi uygulanan birey olduğu görülmüştür. Bilgilendirme grubu hastalarının %50,8'inin sigara içtiği, %45,9'unun alkol tükettiği ve %27,9'unun egzersiz yaptığı, %68,9'unun daha önce hastanede yattığı ve %68,9'unun ameliyat geçirdiği, %63,9'unun ailesinde koroner kalp hastalığı olan birey bulunduğu ve %47,5'inin ailesinde koroner anjiyografi uygulanan birinin olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda yer alan hastaların %28,3'ünün sigara içtiği, %40,0'mın alkol tükettiği, %43,3'ünün egzersiz yaptığı, %73,3'ünün daha önce hastanede yattığı, %60,0'mın daha önce ameliyat geçirdiği, %53,3'ünün ailesinde koroner kalp hastalığı olan birey bulunduğu, %40,0'mın ailesinde koroner anjiyografi uygulanan birinin olduğu saptanmıştır.

Hastaların gruplarına göre sigara-alkol tüketimi, spor yapma durumları kendilerinde ve ailelerinde sağlık öyküsü ki kare testiyle karşılaştırılmış olup, alkol kullanma, spor yapma daha önce hastanede yatma, ameliyat geçirme, ailesinde koroner kalp hastalığı bulunan birey olması ve ailesinde koroner anjiyografi uygulanan birey olması durumları arasında fark bulunmazken ($p>0,05$), sigara içme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bilgilendirme grubunda yer alan hastaların sigara içme oranının diğer hastalara göre yüksek olduğu ve gruplara göre sağlık öykülerinin benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Tablo 10: Hastaların Gruplarına Göre Koroner Anjiyografi Hakkında Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (n=184)

	Müzik (n=63)		Bilgilendirme (n=61)		Kontrol (n=60)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Kor. Anj. hakkında bilgi								
Alan	25	39,7	22	36,1	29	48,3	1,982	0,371
Almayan	38	60,3	39	63,9	31	51,7		
**Bilgi kaynağı (n₁=25,n₂=22,n₃=29)								
İnternet	6	24,0	5	22,7	8	27,6		
Gazete/Dergi	0	0,0	0	0,0	2	6,9		
Tv	0	0,0	0	0,0	1	3,4		
Hemşire	0	0,0	0	0,0	2	6,9		
Doktor	15	60,0	9	40,9	13	44,8		
Yakın çevre	13	52,0	11	50,0	17	58,6		
Kor. Anj. hakkında bilgi alma gereksinimi								
Duyan	49	77,8	4	6,6	50	83,3	90,828	0,000*
Duymayan	14	22,2	57	93,4	10	16,7		
Bilgi alma ihtiyacı istenen konular								
1.Yapılması gereken hazırlıklar								
Bilgi isteyen	13	20,6	0	0,0	15	25,0	16,832	0,001*
Bilgi istemeyen	50	79,4	61	100,0	45	75,0		
2. Ekip ve anjiyografi ortamı								
Bilgi isteyen	14	22,2	2	3,3	17	28,3	14,097	0,000*
Bilgi istemeyen	49	77,8	59	96,7	43	71,7		
3. İşlemin nasıl uygulanacağı								
Bilgi isteyen	44	69,8	1	1,6	44	73,3	79,942	0,000*
Bilgi istemeyen	19	30,2	60	98,4	16	26,7		
4. İşlem öncesi, esnası ve sonrasına yönelik açıklamalar								
Bilgi isteyen	49	77,8	1	1,6	43	71,7	87,765	0,000*
Bilgi istemeyen	14	22,2	60	98,4	17	28,3		

* $p < 0,05$ **Çoklu işaretleme yapılmıştır X² : Ki Kare

Hastaların koroner anjiyografi hakkında bilgi durumlarının dağılımı tablo 10'da verilmiştir. Araştırmaya katılan müzik grubu hastalarının %39,7'sinin koroner anjiyografi hakkında bilgi aldığı ve bilgi alanların %24,0'ünün internetten, %60,0'mın

doktordan ve %52,0'sinin yakın çevresinden bilgi edindiği tespit edilmiştir. Müzik grubu hastalarının %77,8'inin koroner anjiyografi hakkında bilgi alma gereksinimi duyduğu, % 20,6'sının koroner anjiyografi için yapılması gereken hazırlıklar, %22,2'sinin koroner işlemi yapacak ekip ve anjiyografi ortamı, %69,1'inin koroner anjiyografinin nasıl uygulanacağı, %77,8'inin ise işlem öncesi, esnası ve sonrasına yönelik açıklamalar hakkında bilgi almak istediği belirlenmiştir.

Bilgilendirme grubunda yer alan hastaların %36,1'inin koroner anjiyografi hakkında bilgi aldığı ve hastaların bilgiyi %22,7'sinin internetten, %40,9'unun doktordan ve %50,0'sinin yakın çevresinden edindiği saptanmıştır. Bilgilendirme grubu hastalarının %93,4'ünün ise koroner anjiyografi hakkında bilgi alma gereksinimi duymadığı saptanmıştır. Bilgilendirme grubu hastalarının hiçbirinin koroner anjiyografi için yapılması gereken hazırlıklar hakkında bilgi almak istemediği, sadece %3,3'ünün işlemi yapacak ekip ve anjiyografi ortamı hakkında, %1,6'sının koroner anjiyografinin nasıl uygulanacağı ve %1,6'sının işlem öncesi, esnası ve sonrasına yönelik açıklamalar hakkında bilgi almak istediği tespit edilmiştir.

Kontrol grubunda yer alan hastaların %48,3'ünün koroner anjiyografi hakkında bilgi aldığı ve bilgiyi %27,6'sının internetten, %44,8'inin doktordan ve %58,6'sının ise yakın çevresinden aldığı tespit edilmiştir. Kontrol grubu hastalarının %83,3'ünün koroner anjiyografi hakkında bilgi alma gereksinimi duyduğu, % 25,0'inin koroner anjiyografi için yapılması gereken hazırlıklar, %28,3'ünün koroner anjiyografi yapacak ekip ve anjiyografi ortamı, %73,3'ünün koroner anjiyografinin nasıl uygulanacağı, %71,7'sinin koroner anjiyografi öncesi, esnası ve sonrasına yönelik açıklamalar hakkında bilgi almak istediği görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların gruplarına göre koroner anjiyografi hakkında bilgi alma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı

görülmüştür ($p>0,05$). Bilgilendirme grubu hastalarının koroner anjiyografi hakkında bilgi alma gereksinimi duyma oranı müzik grubu ve kontrol grubu hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca bilgilendirme grubunda yer alan hastaların koroner anjiyografi için yapılması gereken hazırlıklar, işlemi yapacak ekip, anjiyografi ortamı, işlemin nasıl uygulanacağı, koroner anjiyografi öncesi, esnası ve sonrasına yönelik açıklamalar hakkında bilgi almayı isteme oranı diğer hastalara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

Tablo 11: Hastaların Gruplarına Göre Yaşamsal Bulgularına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n=184)

Vital Bul.		n	I. Ölçüm (Kliniğe ilk geldiğinde)			II. Ölçüm (Koronar anjiyografiye alınacağı haberi gelince)			Fark	III. Ölçüm (İlk Çıktığında)		
			$\bar{x} \pm s$	χ^2	p	$\bar{x} \pm s$	χ^2	p		$\bar{x} \pm s$	χ^2	p
Nabız (dk)	Müzik	63	79,63±14,68	0,676	0,713	79,02±12,34	19,142	0,000*	¹⁻³ p=0,002 (Z:-3,135)	71,11±10,26	4,484	0,106
	Bilgilendirme	61	77,44±14,37			76,38±12,42				²⁻³ p=0,000 (Z:-4,15)	71,56±11,51	
	Kontrol	60	79,12±14,51			87,62±15,69				75,50±12,51		
SKB (mmHg)	Müzik	63	129,21±14,06	1,714	0,424	124,44±11,88	23,646	0,000*	¹⁻³ p=0,002 (Z:-3,049)	116,51±12,85	0,017	0,991
	Bilgilendirme	61	127,21±14,39			116,23±23,03				²⁻³ p=0,000 (Z:-4,635)	113,79±22,07	
	Kontrol	60	125,83±23,24			131,50±15,27				114,00±22,56		
DKB (mmHg)	Müzik	63	76,35±8,09	1,694	0,429	70,95±12,01	3,954	0,138		65,24±10,30	0,604	0,739
	Bilgilendirme	61	75,90±9,38			70,16±8,46				66,89±8,67		
	Kontrol	60	74,83±13,47			75,33±17,22				65,50±10,80		
Solunum sayısı (dk)	Müzik	63	18,86±2,4	0,325	0,850	18,97±2,25	26,655	0,000*	¹⁻³ p=0,001 (Z:-3,397)	17,73±2,17	5,140	0,077
	Bilgilendirme	61	18,59±1,84			18,18±1,98				²⁻³ p=0,000 (Z:-5,028)	17,33±1,90	
	Kontrol	60	18,55±2,37			20,38±2,37				18,08±1,77		

* $p < 0,05$ X^2 : Kruskal-Wallis, Z: Mann-Whitney U test

Tablo 11: (Devamı);

Vital Bul.		IV. Ölçüm (30. Dakikada)				V. Ölçüm (60. Dakikada)			VI. Ölçüm (120. Dakikada)			Fark	
		n	$\bar{x} \pm s$	χ^2	P	$\bar{x} \pm s$	χ^2	p	$\bar{x} \pm s$	χ^2	p		
Nabız (dk)	Müzik	63	75,19±12,5	6,448	0,040*	2-3 p=0,012 (z:-2,506)	75,13±7,98	4,960	0,084	75,44±8,64	8,672	0,013*	2-3 p=0,003 (Z:-2,924)
	Bilgilendirme	61	73,79±10,07				73,11±8,94			73,31±8,49			
	Kontrol	60	78,53±11,35				76,28±10,15			77,57±8,13			
SKB (mmHg)	Müzik	63	123,84±41,9	1,630	0,443		119,56±16,78	0,151	0,927	119,56±16,58	0,924	0,630	
	Bilgilendirme	61	116,10±17,81				120,33±9,83			119,84±8,85			
	Kontrol	60	114,87±26,52				121,17±11,21			121,5±9,71			
DKB (mmHg)	Müzik	63	68,41±9,87	1,104	0,576		67,08±11,61	2,308	0,315	67,08±11,04	0,242	0,886	
	Bilgilendirme	61	67,87±8,19				67,38±7,94			68,03±7,03			
	Kontrol	60	67,00±9,26				69,50±8,11			67,83±9,04			
Solunum sayısı (dk)	Müzik	63	17,81±1,93	5,104	0,082		18,00±1,74	1,892	0,388	18,11±1,85	1,706	0,426	
	Bilgilendirme	61	17,25±1,94				17,70±2,06			17,74±1,71			
	Kontrol	60	17,88±1,60				18,03±1,76			17,80±1,53			

* $p < 0,05$ X^2 : Kruskal-Wallis, Z: Mann-Whitney U test

Araştırmaya dâhil edilen hastaların gruplarına göre yaşamsal bulgularına ait tanımlayıcı istatistikler tablo 11’de gösterilmiştir. Müzik, bilgilendirme ve kontrol grubundaki hastaların nabız değerleri sırasıyla kliniğe ilk geldiklerinde 79,63±14,68 dk, 77,44±14,37 dk, 79,12±14,51 dk, koroner anjiyografiye alınacakları haberi gelince 79,02±12,34 dk, 76,38±12,42 dk, 87,62±15,69 dk, işlemden ilk çıkıldığında 71,11±10,26 dk, 71,56±11,51 dk, 75,5±12,51 dk, işlemden sonra 30. dakikada 75,19±12,5 dk, 73,79±10,07 dk, 78,53±11,35 dk, işlemden sonra 60. dakikada 75,13±7,98 dk, 71,11±8,94 dk, 76,28±10,15 dk, işlemden sonra 120. dakikada 75,44±8,64 dk, 73,31±8,49 dk, 77,57±8,13 dk olduğu görülmüştür.

Müzik, bilgilendirme ve kontrol grubundaki hastaların sistolik kan basıncı (SKB) değerleri sırasıyla kliniğe ilk geldiklerinde 129,21±14,06 mmHg, 127,21±14,39 mmHg, 125,83±23,24 mmHg koroner anjiyografiye alınacakları haberi gelince 124,44±11,88 mmHg, 116,23±23,03 mmHg, 131,5±15,27 mmHg, işlemden ilk çıkıldığında 116,51±12,85 mmHg, 113,79±22,07 mmHg, 114±22,56 mmHg, işlemden sonra 30. dakikada 123,84±41,9 mmHg, 116,1±17,81 mmHg, 114,87±26,52 mmHg, işlemden sonra 60. dakikada 119,56±16,78 mmHg, 120,33±9,83 mmHg, 121,17±11,21 mmHg işlemden sonra 120. dakikada 119,56±16,58 mmHg, 119,84±8,85 mmHg, 121,5±9,71 mmHg olduğu görülmüştür.

Müzik, bilgilendirme ve kontrol grubundaki hastaların diastolik kan basıncı (DKB) değerleri sırasıyla kliniğe ilk geldiklerinde 76,35±8,09 mmHg, 75,9±9,38 mmHg, 74,83±13,47 mmHg koroner anjiyografiye alınacakları haberi gelince 70,95±12,01 mmHg, 70,16±8,46 mmHg, 75,33±17,22 mmHg işlemden ilk çıkıldığında 65,24±10,3 mmHg, 66,89±8,67 mmHg, 65,5±10,8 mmHg işlemden sonra 30. dakikada 68,41±9,87 mmHg, 67,87±8,19 mmHg, 67,0±9,26 mmHg işlemden sonra 60. dakikada 67,08±11,61 mmHg, 67,38±7,94 mmHg, 69,5±8,11 mmHg

işlemden sonra 120. dakikada $67,08 \pm 11,04$ mmHg, $68,03 \pm 7,03$ mmHg, $67,83 \pm 9,04$ mmHg olduğu saptanmıştır.

Müzik, bilgilendirme ve kontrol grubundaki hastaların solunum sayısı değerleri sırasıyla kliniğe ilk geldiklerinde $18,86 \pm 2,4$ dk, $18,59 \pm 1,84$ dk, $18,55 \pm 2,37$ dk koroner anjiyografiye alınacakları haberi gelince $18,97 \pm 2,25$ dk, $18,18 \pm 1,98$ dk, $20,38 \pm 2,37$ dk işlemden ilk çıktığında $17,81 \pm 1,93$ dk, $17,33 \pm 1,9$ dk, $17,73 \pm 2,17$ dk, işlemden sonra 30. Dakikada $18,08 \pm 1,77$ dk, $17,25 \pm 1,94$ dk, $17,88 \pm 1,6$ dk işlemden sonra 60. dakikada $18 \pm 1,74$ dk, $17,7 \pm 2,06$ dk, $18,03 \pm 1,76$ dk işlemden sonra 120. Dakikada $18,11 \pm 1,85$ dk, $17,74 \pm 1,71$ dk, $17,8 \pm 1,53$ dk olduğu görülmüştür

Araştırmaya dahil edilen hastaların gruplarına göre kliniğe ilk geldiklerinde nabız, SKB, DKB ve Solunum sayısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Koroner anjiyografiye alınacakları haberi gelince hastaların DKB değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, nabız, SKB ve solunum sayısı değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Kontrol grubunda yer alan katılımcıların koroner anjiyografiye alınacakları haberi gelince nabız, SKB ve solunum sayısı değerleri müzik ve bilgilendirme grubunda bulunan katılımcılardan daha yüksektir.

Angiografi işleminden ilk çıktığında nabız, SKB, DKB ve solunum sayısı değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). İşlemden sonra 30. dakikada nabız değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ve müzik grubundaki hastaların nabız değerlerinin kontrol grubu hastalara göre düşük saptanırken, müzik ve bilgilendirme grupları arasında fark görülmemiştir. ($p < 0,05$). Hastaların gruplarına göre işlemden sonra 30. dakikada SKB, DKB değerleri ve solunum sayısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların gruplarına göre işlemden sonra 60. dakikada nabız, SKB, DKB ve solunum sayısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). İşlemden sonra 120. dakikada nabız değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müzik grubundaki hastaların nabız değerleri kontrol grubu hastalara göre düşüktür. Hastaların 120. dakikada SKB, DKB ve solunum sayısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 12: Hastaların Gruplarına Göre Durumluk ve Sürekli Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (n=184)

	Grup	n	$\bar{x} \pm s$	Min- Max	F	p	Fark
Durumluk Anksiyete (Ön Test)	Müzik	63	36,22±3,18	28-43	8,398	0,000*	1-3(p=0,000)
	Bilgilendirme	61	37,61±4,05	29-29			2-3(p=0,000)
	Kontrol	60	34,85±3,83	27-46			
Durumluk Anksiyete (Son Test)	Müzik	63	36,44±5,58	27-57	17,663	0,000*	1-3(p=0,000)
	Bilgilendirme	61	35,74±6,39	24-53			2-3(p=0,000)
	Kontrol	60	41,55±5,62	26-52			
Sürekli Anksiyete	Müzik	63	47,98±4,37	38-59	0,174	0,840	
	Bilgilendirme	61	48,20±4,37	36-57			
	Kontrol	60	48,48±5,28	37-64			

* $p<0,05$ F:Anova Analizi post-hoc: Tukey Testi

Hastaların gruplarına göre Durumluk ve Sürekli Anksiyete puanlarının karşılaştırılması için uygulanan ANOVA sonuçları tablo 12. gösterilmiştir. Yapılan ön test sonucunda araştırmaya katılan müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastalarının durumluk anksiyete envanterinden sırasıyla 36.22±3.18, 37.61±4.05, 34.85±3.83

puan aldıkları saptanmıştır. Hastaların gruplarına göre durumluk anksiyete envanterinden ön testte aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müzik ve bilgilendirme grubunda yer alan hastaların durumluk anksiyete envanterinden ön testte kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastalarının son testte durumluk anksiyete envanterinden aldıkları puanlar incelendiğinde sırasıyla, $36,44\pm 5,58$ $35,74\pm 6,39$ ve $41,55\pm 5,62$ puan aldıkları görülmüştür. Müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastalarının son testte durumluk anksiyete envanterinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda yer alan hastaların son testte durumluk anksiyete envanterinden aldıkları puanlar müzik ve bilgilendirme grubunda yer alan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastalarının sürekli anksiyete envanterinden sırasıyla $47,98\pm 4,37$, $48,20\pm 4,37$ ve $48,48\pm 5,28$ puan aldıkları saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastalarının sürekli anksiyete envanteri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ve gruplara göre sürekli anksiyete envanteri puanlarının benzer olduğu belirlenmiştir.

Tablo: 13 Müzik Türlerine Göre Durumluk Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

	n	\bar{x}	s	SO	X^2	p
Doğa	11	35,09	4,76	27,32	7,320	0,120
Keman	11	39,45	7,59	39,14		
Arp	22	36,00	5,26	30,18		
Piyano	11	33,91	4,50	24,95		
Ney	8	38,88	3,76	43,31		

* $p>0,05$ X^2 : Kruskal-Wallis

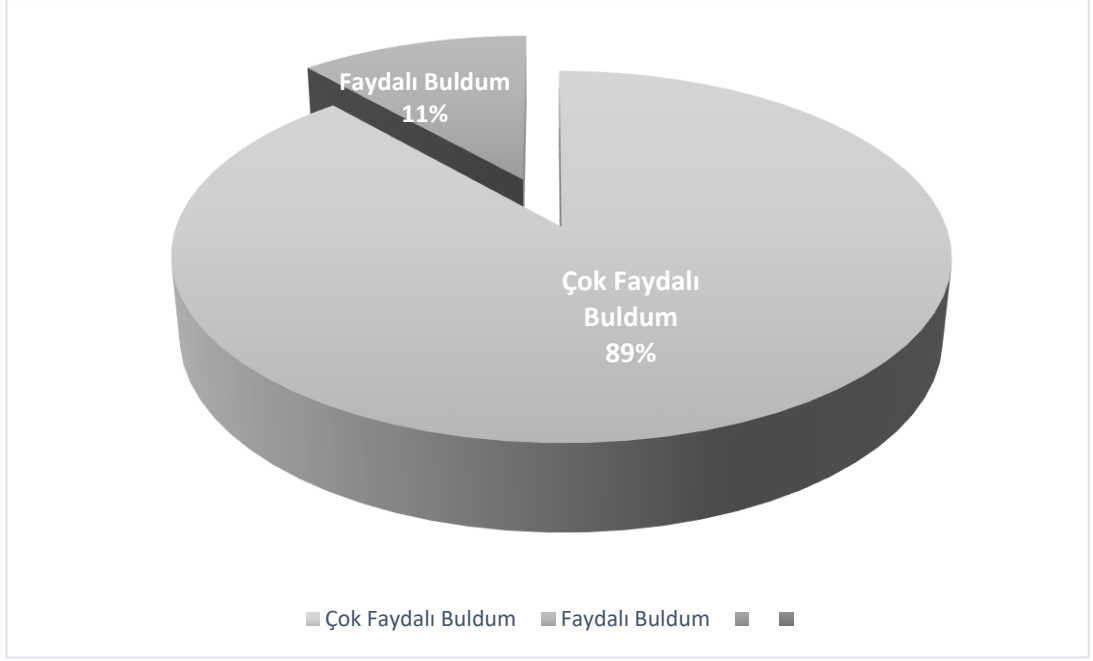
Müzik türlerine göre Durumluk Anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 14: Hastaların Ön Test- Son Test Durumluk Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması (n=184)

Durumluk Anksiyete (Son Test - Ön Test)	Grup	Ön Test	Son Test	t	p
		$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$		
	Müzik	36,22±3,18	36,44±5,58	-0,215	0,831
	Bilgilendirme	37,61±4,05	35,74±6,39	1,54	0,129
	Kontrol	34,85±3,83	41,55±5,62	-6,111	0,000*

* $p < 0,05$, t: t testi

Araştırma kapsamına alınan müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastalarının ön test- son test durumluk anksiyete puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin uygulanan eşleştirilmiş örneklem t testi (paired sample t test) sonuçları tablo 14’de gösterilmiştir. Bilgilendirme grubunun durumluk anksiyete envanteri ön test puanları son testte belirgin olarak düşmesine rağmen, ne bilgilendirme ne de müzik grubunun durumluk anksiyete envanterinden ön test ve son testinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Kontrol grubu katılımcılarının durumluk anksiyete envanterinin ön ve son testlerden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiş olup, hastaların son testte durumluk anksiyete envanterinden aldıkları puanların, ön test puanlarına göre yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).



Şekil:9 Görsel Bilgilendirme Kataloğunu Faydalı Bulma Durumu

Bilgilendirme grubunda yer alan katılımcıların %89'u görsel bilgilendirme kataloğunu çok faydalı bulduklarını %11'i faydalı bulduklarını ifade ettiler. Hastalara kataloğa farklı olarak eklenmesini istedikleri bişi olup olmadığı sorulduğunda iki hastanın koroner anjiyografinin komplikasyonlarının eklenebileceği geri bildirimini aldı.

Bölüm 5

TARTIŞMA

Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara yapılacak bilgilendirme ile bilgilendirme ve müziğin hastaların anksiyete düzeyine etkisini karşılaştırmak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulguların tartışması aşağıda başlıklar altında toplanmıştır:

5.1 Tanıtıcı Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan müzik, bilgilendirme ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerinden sigara içme oranı dışında, diğer özelliklerin benzer olduğu ve sadece bilgilendirme grubunda yer alan hastaların sigara içme oranının diğer hastalara göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 1 ve Tablo 2). Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin birbirlerine benzerlik göstermesi sonuçların güvenilirliğini artırmaktadır. Fakat cinsiyet üç (müzik, bilgilendirme, kontrol) grup arasında eşit görünse de araştırma en çok erkek hastalar (%63) üzerinde yapılmıştır (Tablo 1).

Literatüre göre; KAH gelişen hastalarda tanımlayıcı işlem olarak kabul edilen koroner anjiyografi uygulamasında, erkek hastaların oranı kadın hastalardan daha yüksektir (149, 150). Tunç'un (2019), 140 kişi ile yaptığı çalışmada katılımcıların %63,6'sı; Demir ve Arslantaş'ın (2014), Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Servisi'nde 150 hasta ile yaptıkları çalışmalarında KAG grubunun %72'sinin, PTKA grubunun ise %62 sinin erkeklerden oluştuğu belirtilmektedir. Yine Fitzsimons ve ark.'nın (2003), yapmış oldukları çalışmada KAH'nın %84'ünü erkek hastaların oluşturduğu ifade edilmektedir. Bu araştırma

sonuçları ile bizim araştırma sonuçlarımız arasında, cinsiyet açısından paralellik bulunmaktadır (99, 150,151).

Hastaların müdahale ve kontrol gruplarına göre sağlık öyküleri (Tablo 2) benzer bulunmuştur. Polat'ın (2018) İstanbul'da bulunan bir Eğitim Araştırma Hastanesi Koroner Anjiyografi Gözlem Ünitesi'nde bulunan hastalar üzerinde yapmış olduğu araştırmada; müdahale ve kontrol grubunun sigara kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki görülmediği belirlenmiştir (152). Yeşil ve Altıok (2012) ile Abacı'nın (2011) yaptıkları çalışmalarda, sigara kullanımının kalp rahatsızlıklarını önemli düzeyde arttırdığı ve önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (130).

5.2 Hastaların Koroner Anjiyografi Hakkında Bilgi Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda bireylerin koroner anjiyografi hakkında bilgi alma gereksinimleri incelendiğinde 103 kişinin bilgiye gereksinim duyduğu görülmüştür. Bunun sadece %6.6'sı bilgilendirme grubuna aittir. Bu grubun işlem öncesi yapılması gereken hazırlıklar, işlemi yapacak ekip ve anjiyografi ortamı, işlemin nasıl uygulanacağı, koroner anjiyografi öncesi, esnası ve sonrasına yönelik açıklamalar hakkında bilgi almak isteme oranı diğer hastalara göre anlamlı derecede düşüktür.

Bilgilendirme grubundaki hastalar kataloğun renkli olması, okunmasının kolay olması, görüntüsünün dikkat çekmesi ve içeriğinde her soruya yanıt alabildiklerini ifade ederek bu uygulamadan çok memnun kaldıklarını belirttiler. İki hasta kataloğa işlem sonrası gelişebilecek komplikasyonların da ilave edilmesini önerdiler.

Hastaların koroner anjiyografi hakkında daha önceden bilgi alma durumlarına bakıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, en yüksek oranda bilgi aldığını belirten grubun kontrol grubu (%48.3) olduğu aynı

zamanda en fazla bilgi alma gereksinimi duyduğunu belirten grubun yine kontrol grubu (%83.3) olduğu görülmektedir.

Bu bulgular doğrultusunda bakıldığından kontrol grubundaki bir hastaların çevreden duyup yanlış yorumladığı için girişim sonrası tüketmesi gereken sıvı miktarını (3 lt su) girişim öncesi tüketmeye çalışması, başka bir hastanın işlem bölgesine kum torbası konmasını normal kum torbası zannedip 20 kg torba konulacağını düşündüğünü ve korktuğunu ifade etmiştir. Tüm bu sonuçlara bakıldığında kontrol grubunun yüksek oranda bilgi olsa bile bu bilgiyi yanlış yorumlaması nedeniyle bilgi gereksinimlerinin yüksek olduğu görülmüştür.

($p<0.05$). Hastaların anjiyografi ile ilgili bilgi alma kaynaklarına bakıldığında, hastaların/bireylerin çoğunlukla yakın çevre (%22,2) ve doktor (%20,1) tarafından bilgilendirildiği görülmüştür.

Şatıroğlu ve ark (2011) yaptıkları bir çalışmada Türkiye'de zayıf okuma alışkanlığının olması, yazılı olarak verilen bilgilendirilmiş onam formunun kullanımında zorluklar yaşanmasına neden olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle görsel olarak hazırlanan materyallerin hastayı bilgilendirmede büyük katkısı olduğu vurgulanmıştır (156). Jamshidi ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada, eğitimin koroner anjiyografi geçiren bireylerin psikolojik problemlerini azaltmada önemli bir rol oynadığını bulmuşlardır (157). Harkness ve arkadaşları (2003), kalp kateterizasyonunu beklerken hastalara erken eğitim vermenin anksiyeteyi azalttığını ve yaşam kalitesini arttırdığını doğrulamıştır (158).

Araştırmamıza katılan hastaların koroner anjiyografi hakkında daha önceden bilgi alma durumlarına bakıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen en yüksek oranda bilgi aldığını belirten grubun kontrol grubu olduğu görülmektedir. Vizeli'nin 2010 yılında İstanbul'da bir eğitim ve

araştırma hastanesinin kardiyoloji kliniğinde 200 hasta ile yapmış olduğu çalışma hastaların anjiyografiyle ilgili bilgilerinin olup olmadığı değerlendirilmiş ve %74'ünün anjiyografi ile ilgili anjiyo öncesinde bilgili olduğu ve %26'sının bilgisinin olmadığı görülmüştür. Çalışmamız ile kıyaslandığında bu çalışmada koroner anjiyografi hakkında bilgi alma düzeyleri oldukça yüksek bulunmuştur. Bu farklılık Vizeli'nin çalışmasında eğitim düzeyinin (%44'ü üniversite mezunu) bizim çalışmamıza (%13'ü üniversite mezunu) göre daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabileceği söylenebilir (109).

Balcı'nın (2012) İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji servisinde yaptığı çalışmada, ilk kez koroner anjiyografi uygulanacak bireylerin %100'ünün bilgi almayı istedikleri görülmüştür. Çalışmamız ile kıyaslandığında bilgi alma gereksinim oranı neredeyse iki katı (%55.97) düzeydedir. Aradaki farkın bilgilendirme grubumuzun anjiyo öncesi bilgilendirme kataloğundan bilgi almasından kaynaklanmış olabileceği söylenebilir. Ayrıca Balcı'nın çalışmasında üniversite mezunlarının (%8,3) bizim çalışmamıza (%13) göre az olması bilgiye erişimi etkileyebilir (154).

5.3 Yaşamsal Bulgular ile İlgili Verilerin Tartışılması

Araştırmamızda görsel bilgilendirme ile bilgilendirmenin ve müzik dinletmenin anksiyete düzeyine etkisinin yanı sıra yaşamsal bulgular üzerindeki etkisi de incelenmiştir (Tablo 11). Araştırmaya dahil ettiğimiz hastaların SKB ve DKB ölçümleri (1.3.4.5.ve 6. ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; sadece hastalara koroner anjiyografiye alınacakları haberi verildiğinde (2.ölçüm), kontrol grubunun SKB, nabız ve solunum değerlerinin diğer iki gruptan daha yüksek olduğu görülmüştür. ($p<0,05$). Anjiyo işleminden sonra 30 ve 120. dk'larda müzik grubundaki hastaların nabız değerlerinin kontrol grubundaki hastalara göre,

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer ölçümlerde gruplar arasında farklılıklar görülmemiştir (Tablo-4).

Müzik grubundaki hastaların birçoğu müzik dinlemenin gerçekten hissettikleri endişeyi azalttığını belirtti. Müzik dinledikten sonra kalp atış hızının düştüğünü, daha rahat soluk alıp verdiğini ifade eden hastalar oldu. Son yıllarda, yapılan çalışmalarda, ameliyat öncesi hastada korku ve rahatsızlık hissinin, kan basıncı ve kalp atışı hızı gibi ameliyat sonrası işlev bozukluklarına yol açarak iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (149,159). Wong ve ark. anksiyetenin solunum hızı ve kan basıncı gibi yaşamsal bulgularla yakından ilgili olduğunu ve bu fizyolojik tepkilerin anksiyetenin değerlendirilmesinde önemli göstergeleri oluşturduğunu vurgulamışlardır (149). Kurçer ve Özbay'ın 2014'de yapmış oldukları çalışmada ise KAH olan hastalara verilen eğitim ve danışmanlık sonrası DKB ortalaması (74.6 ± 12.4) eğitim ve danışmanlık öncesine (77.2 ± 10.9) göre anlamlı düzeyde düşerken ($p=0.036$), SKB'de anlamlı bir düzeyde değişiklik olmamıştır (eğitim öncesi 132.0 ± 18.1 eğitim sonrası 131.1 ± 24.7) (160). Bu sonuç bizim çalışmamız ile uyumlu değildir. Bu farklılığın nedeni Kurçer ve Özbay'ın çalışmasında belirtildiği üzere hipertansiyonu olan hastaların 50'sine (%61) antihipertansif ilaç başlanmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmamızda sistolik kan basıncında düşme görülürken diyastolik basınçta ise fark oluşmamıştır.

Abrahamov ve arkadaşları, invaziv girişimler öncesi anksiyeteye bağlı olarak kan basıncı yüksek olan hastaların, eğitim sonrası bu değerlerinin düştüğünü belirlemişlerdir (91). Wu ve ark. 2017'de müziğin anksiyete ve yaşamsal bulgular üzerine etkisi belirlemek için yaptıkları bir çalışmada müzik öncesinde kalp atış hızı (Müdahale: 80.11 Kontrol: 77.79) solunum hızı (Müdahale: 16.58, Kontrol: 17.53) SKB ve DKB (Müdahale: 131- 80, Kontrol: 148 - 81) açısından iki grup arasında

anlamli fark olmadığı görülmüştür (22). Müzik sonrası yaşamsal bulgulara bakıldığında, ise kalp atış hızı (Müdahale: 62.84 Kontrol:81,84) solunum hızı (Müdahale: 16.58, Kontrol: 17.53) SKB ve DKB (Müdahale: 124- 69, Kontrol: 146 - 81) açısından müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmalar incelendiğinde çalışmamıza benzer şekilde tamamında SKB'nın düştüğü ve DKB'de fark olmadığı belirtilmiştir. Nabız sayısına bakıldığında incelenen çalışmalarla çalışmamızın sonuçlarının aynı doğrultuda olduğu görülmüştür.

Başar ve arkadaşlarının 2015'de, KAG uygulanan hastalara verilen video eğitiminin anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerinde etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada; ilk kez KAG uygulanan 120 hastada işlemin hemen öncesinde müdahale grubunun nabız, (82 ± 119) SKB ve DKB (124.2 ± 12.8 78.6 ± 7.7) değerleri, kontrol grubunun değerlerine göre (nabız: 94 ± 10) (SKB: 132.2 ± 13.03 ve DK: 86.4 ± 4.8) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (161).

Hajbaghery ve arkadaşlarının 2014'de yaptıkları çalışmada, KAG olacak hastalara eğitim broşürü ve video içeren bir multimodal paket hazırlanarak yaşamsal bulguları iyileştirmede etkili olup olmayacağı araştırılmış nabız, SKB, DKB değerlerinde azalma olduğu, solunum sayısında ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da müdahale grubun da kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (162). Genel olarak, uygun hasta eğitimi ve hazırlığının, koroner anjiyografi de olduğu gibi, invaziv işlemlerden önce ve sonra hastaların yaşamsal belirtilerini iyileştirebileceği sonucuna varılabilir, bu araştırma bulguları çalışmamızı desteklemektedir.

Buffum (2006) ve arkadaşlarının 170 hastayla, müziğin koroner anjiografiden önce anksiyete düzeyini, kan basıncı, nabız ve solunum üzerine etkisini araştırdıkları

çalışmada, işlem süresince 15 dk boyunca müzik dinleyen bireylerin kan basıncı ve solunum hızı üzerinde istatistiksel olarak önemli bir etkisi olmadığını, ancak nabız sayısını (müdahale: 67.04, kontrol: 69.01) önemli ölçüde etkilediğini saptamışlardır (123). Çalışma sonuçlarımızla arasında oluşan farkın dinletilen müzik süresinin bizim çalışmamızdan (30 dk) daha kısa olmasına bağlanabilir. Bu bulguların aksine, Hamel'in kalp kateterizasyonu yapılan hastalarda müziğin etkisini incelediği çalışmada, kontrol grubunda kan basıncı ve nabız oranlarında istatistiksel olarak anlamlı artış görüldüğü belirtilmektedir. Bu sonuçlar çalışmamızı desteklemektedir (159).

Yapılan birçok çalışma, müziğin ruhsal hastalıklar üzerinde etkisi olduğunu ve insanların duygusal durumunu düzenleyen serotonin, dopamin, adrenalin, testosteron gibi hormonları olumlu etkilediğini; kan basıncı, solunum sayısı, nabız (kalp atım hızı) gibi fizyolojik işlevleri düzenlediğini vurgulamaktadır (163).

5.3 Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Kardiyolojik hastalıklar, anksiyetenin en yüksek derecelerde yaşandığı hastalıklar arasında yer almaktadır. Çalışmamızda verilen görsel bilgilendirme kataloğunun ve müziğin anksiyete düzeyini etkileyip etkilemediği tespit edilmeye çalışılmıştır (Tablo 12).

Araştırmamızda koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların durumluk anksiyete ön test (kliniğe ilk geldiklerinde) sonuçlarına bakıldığında müzik, bilgilendirme, kontrol gruplarının sırasıyla 36.22 ± 3.18 , 37.61 ± 4.05 , 34.85 ± 3.83 puan aldıkları ve kontrol grubunun durumluk anksiyete puanının müzik ve bilgilendirme gruplarına göre daha düşük olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Son testte ise durumluk anksiyete envanterinden aldıkları puanlara aynı sıra ile bakıldığında 36.44 ± 5.58 ,

35.74±6.39, 41,55±5,62 puan aldıkları ve kontrol grubunun puanlarının diğer iki gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05) Sürekli anksiyete envanterinden sırasıyla 47,98±4,37, 48,20±4,37 ve 48,48±5,28 puan aldıkları saptanmıştır. Hastaların gruplarına göre sürekli anksiyete envanteri puanlarının benzer olduğu tespit edilmiştir. (p>0,05)(Tablo 5). Grupların sürekli anksiyete puan ortalamaları bakımından benzer bulunması, çalışmanın geçerliliğini desteklemesi açısından önemlidir. Her iki ölçekten elde edilen puanlar 20 ila 80 arasında değişmektedir. Anksiyete aralıkları şu şekilde tanımlanmaktadır: 0–19 “anksiyete yok”, 20–39 “küçük anksiyete”, 40-59 “ılımlı anksiyete”, 60–79 “yüksek anksiyete” ve 80'den fazlası panik. Yukarıda tanımlanan durumluk ve süreklilik anksiyete aralıklarına göre, çalışmamıza katılan hastaların durumluk anksiyete puanlarının, küçük ve ılımlı, süreklilik anksiyete puanları ise ılımlı düzey aralığında olduğu belirlenmiştir.

Hastaların işlem öncesi durumluk anksiyete ortalaması literatürde bulunan diğer çalışmalardan daha düşük bulunmuştur (9, 94, 155). Bu fark çalışmamızda hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan hastaların ilk kez koroner anjiyografi işlemi ile karşılaşmalarından, daha önce yakın çevrelerinde veya ailelerinde (%41.8) az sayıda kişiye koroner anjiyografi uygulanmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sünbül ve ark.'ının 2013'de 116 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların durumluk anksiyete düzeylerinin orta seviyede olduğunu, anksiyetenin koroner arter hastalarında yaygın olarak görüldüğünü belirtmişlerdir (15, 64). Gökçe'nin (n:120) koroner anjiyografi yapılacak hastalar ile 2017 yılında yaptığı çalışmada, eğitim öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları; eğitim (51.57±5.84), video ile eğitim (51.13±5.95) ve kontrol gruplarında (50.47±7.98) istatistiksel bir fark olmadığı, işlem sonrası ise grupların ölçekten aldıkları puanlar arasında (eğitim 36,97±5,14, video ile eğitim 34,70±3,68 kontrol 38,60±8,15)

istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmada eğitim (43.33 ± 5.75), video ile eğitim (43.03 ± 5.24) ve kontrol gruplarının (40.43 ± 7.20) sürekli anksiyete puanlarının diğer çalışmalardan daha yüksek, çalışma sonuçlarımızla benzer olduğu görülmüştür (91).

Ankara'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2012 yılında 208 spinal anestezi uygulanacak hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılan araştırmada; görsel bilgilendirme grubunda ve kontrol grubunda anksiyete düzeyleri incelenmiştir. Preoperatif değerlendirilmede görsel gruptaki hastaların anksiyete düzeyleri (ön test 33 ± 10 , son test 27 ± 8), kontrol grubuna (ön test 28 ± 7 , son 27 ± 8) göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,001$) (165). Çalışmamızda da hem görsel bilgilendirme kataloğu ile hem de müzik dinleterek yaptığımız girişimler sonucunda müdahale guruplarının ön test anksiyete puanlarının son testte kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşmesi yukarıda yapılmış olan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. İki çalışma arasında dikkati çeken tek nokta diğer çalışmada müdahale grubunun ön test-son test sonuçları arasında yapılan girişimin bizim çalışmamıza göre daha fazla fark yaratmış olmasıdır. Bunun nedenini, araştırmacının görsel bilgilendirme materyalini yüz yüze görüşme yöntemi ile eğitiminde kullanmasına, soru ve endişe kaynaklarını böylece gidermiş olmasına bağlayabiliriz

Chia Hui Ko ve ark. tarafından 138 kişi ile Çin Memorial Hastanesi'nde kolonoskopi yapılan hastalarda müziğin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada; 81 kişiye iki farklı piyano müziği dinletilmiştir. Müzik dinleyen hastaların aksiyete düzeylerinin, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür (166). Bu çalışmada müziğin anksiyete üzerindeki olumlu etkisi çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

Çürük ve ark.'nın (2018) PKG sırasında, müziğin hastaların anksiyete ve yaşam bulgularına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; kontrol ve girişim gruplarının işlem öncesi durumluk anksiyete puanları (36.1 ± 3.4) işlem sonrasında her iki grupta beklenenin aksine daha da yüksek ($37,5 \pm 3,8$ $36,1 \pm 3,4$) olarak bulunmuştur (119). Çalışma bulgularımızla ortaya çıkan uyumsuzluğun nedeni; iki çalışma arasındaki yöntem farklılığından kaynaklanabilir. Ayrıca Çürük ve ark'larının çalışmasında hastaların kişisel müzik tercihleri yerine, araştırmacılar tarafından seçilen müziklerin dinletilmesinin çalışma sonucunu etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde perioperatif dönemde uygulanan müzik terapisinin, hasta tarafından seçilen müzik türü ile yapıldığında günlük ameliyatlara verilen nörohormonal ve immün stres yanıtını değiştirdiği vurgulanmaktadır (167). Twiss ve ark. 2006'da yoğun bakım hastaları ile yaptıkları bir çalışmada, hastalara kendi seçtikleri müziği dinletmenin anksiyete ve ağrı düzeylerini azalttığını belirtmişlerdir (117).

Müzik türünün seçimi oldukça önemlidir, özellikle katılımcıya sevmediği bir müzik türünün dinletilmesinin araştırma sonuçlarını etkileyebileceği görülmektedir. Literatür doğrultusunda müziğin anksiyeteyi etkilediğine dair çalışmalar olsa da, hasta tarafından seçilen müziğin araştırmacı tarafından seçilen müziğe göre etkisini belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Weeks ve Nilsson tarafından 2011 yılında, Amerika'da bir devlet hastanesinde koroner anjiyografi uygulanacak 98 hasta ile müziğin anksiyete üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında; hastalar, kontrol grubu (normal ses ortamı), hasta odaklı müzik grubu (kulaklık) ve hoparlör müzik grubu olmak üzere üç gruba ayrılmışlardır. Hasta odaklı müzik grubu ve hoparlör ile müzik dinletilen grubun

anksiyete düzeyi kontrol grubundan daha düşük düzeyde bulunmuş, iki çalışma grubu kendi aralarında karşılaştırıldığında ise kulaklıkla müzik dinletilen grubun hoparlörle müzik dinletilen gruba göre anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olmasada daha düşük bulunmuştur (121). Çalışmanın sonuçları bizim verilerimizle paralellik göstermektedir.

2019 yılında yayınlanan, Danimarka’da yapılan müzik dinlemenin bronkoskopi öncesi ve sırasında anksiyeteyi azaltıp azaltmayacağı ve hastanın müzik tercihinin anksiyeteyi etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla 300 hasta ile yapılan bir çalışmada müzik seçiminin (nostaljik, jazz, klasik, pop, rock türlerinde) hasta tercihine sunulduğu grupta anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre düşük düzeyde olduğu görülmüştür (168). Bu araştırmanın sonuçları, çalışmamızda hastaların tercih ettikleri müzik türünün dinletilmesi ile anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre düşük çıkmasını desteklemektedir.

Çalışmamızda müziğin anksiyeteyi azalttığı fakat müzik türleri arasında bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 13). Amerika Teksas’da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 133 hastada preoperatif anksiyeteyi azaltmak için hastalar tarafından seçilen müziğin (klasik, caz, dini, doğal sesler) süresinin anksiyete üzerine etkisi incelenmiştir. İki müdahale grubu (15 dakikalık müzik ve 30 dakikalık müzik) ve bir kontrol grubu (müziksiz) karşılaştırılmış, 15 dakika müzik dinleyen hastalar müzik dinlemeyenlere göre daha az, 30 dakika müzik dinleyen hastalar ise 15 dakika müzik dinleyen hastalara göre daha az anksiyete yaşamışlardır. Caz ve klasik müzik dinleyen katılımcılarda kalp atım hızı ve anksiyete düzeylerinin önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir (169). Çalışmamızla kıyaslandığında süre açısından elde edilen verilerle uyumlu, fakat dinlettiğimiz müzik türleri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulamadığımızdan sonuçlarımızla uyumlu değildir (Tablo 13).

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara görsel bilgilendirme ile verilen bilginin ve dinletilen müziğin hastaların anksiyete düzeyine ve yaşamsal bulgularına etkisini karşılaştırmak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler derlenmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1 Sonuç

- ✓ Araştırma kapsamına alınan müzik, bilgilendirme ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerinin sigara içme oranı dışında homojen olduğu görülmüş, bilgilendirme grubunda sigara içme oranı diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- ✓ Cinsiyet üç (müzik, bilgilendirme, kontrol) grup arasında eşit görünse de çalışmamızda erkek hasta (%63) oranının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p>0.05$).
- ✓ Hastaların müdahale ve kontrol gruplarına göre sağlık öyküleri (daha önce hastanede yatma ve ameliyat geçirme durumu, ailede koroner kalp hastalığı, ailede koroner anjiyografi uygulanan birey) benzer bulunmuştur ($p>0.05$).
- ✓ Müzik, bilgilendirme ve kontrol grubu hastalarının, koroner anjiyografi hakkında daha önceden bilgi alma durumlarının sırasıyla %39,7 %36,1 %48,3 oranında olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

- ✓ Çalışmamızda anjiyografi ile ilgili bilgi alma kaynağına bakıldığında, hastaların/bireylerin çoğunlukla yakın çevre (%22,2) ve doktor (%20,1) tarafından bilgilendirildiği belirlenmiştir.
- ✓ Bireylerin koroner anjiyografi hakkında bilgi alma gereksinimleri incelendiğinde; 103 kişinin (%55,97) gereksinim duyduğu, bilgi alma gereksinimi duyanların sadece %6,6'sının bilgilendirme grubundan olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).
- ✓ Hastaların SKB ve DKB değerleri (1.3.4.5.ve 6. Ölçüm) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; ancak 2. (anjiyo haberi geldiğinde) ve 6. (120. Dakikada) ölçümlerde kontrol grubunda yer alan katılımcıların SKB, nabız ve solunum sayısı değerlerinin müzik ve bilgilendirme grubunda bulunan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0,05).
- ✓ Müzik ve bilgilendirme grubunun durumluk anksiyete ön test puanları kontrol grubuna, göre daha yüksek bulunurken, son testte kontrol grubunda yer alan hastaların anksiyete puanları müzik ve bilgilendirme grubunda bulunanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Müzik ve bilgilendirme grupları ön test-son test anksiyete puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır (p>0.05).
- ✓ Hastaların gruplarına göre sürekli anksiyete envanteri puanlarının benzer olduğu tespit edilmiştir (p>0.05).
- ✓ Çalışmanın sonucunda H1.1 (Koroner anjiyografiye yönelik bilgilendirme yapılması hastanın anksiyetesini azaltmada etkilidir) ve H1.2 (Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara müzik dinletmek hastanın anksiyetesini azaltmada etkilidir) hipotezlerinin doğrulandığı görülmüştür.
- ✓ Çalışmanın sonuçları araştırmanın yapıldığı kardiyoloji servisi doktor ve hemşireleri ile paylaşılacaktır.

- ✓ Kataloğun klinikte rutin kullanıma sokulabilmesi için KKTC Sağlık Bakanlığı ve kardiyojoloji servisiyle iş birliği yapılması planlanmaktadır.

6.2 Öneriler

1. Kliniğe gelen hastaların yapılacak girişime uygun olarak eğitim ihtiyaçlarının önceden belirlenmesi,
2. Eğitimde konuya hakim hemşirelerin görev alması, hazırlık süresince hastanın sorularının yanıtlanması ve endişelerinin giderilmesi,
3. Hastalar için bilgilendirmede, mümkün olduğunca görsel olarak hazırlanmış eğitim materyallerinin kullanılması ve hatırlama amacıyla materyallerin hastaya verilmesi,
4. Kliniklerde hasta eğitime uygun alanların ayrılması,
5. Kliniklerde hasta anksiyetesinin azaltılması ve sağlık bakım hizmetlerinde kalitesinin artırılması için yatan hastalara bireyselleştirilmiş müzik terapisinin yapılması,
6. İşlem sırasında ve sonrasında da müzik dinlemenin mümkün hale getirilmesi,
7. Hastalara bilgilendirme ve müzik dinletme gibi birden fazla yöntemin bir arada kullanılmasının anksiyete üzerine etkisini gösterecek farklı çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- [1] Roger, V. L. Go, A. S. Lloyd-Jones, D. M. Benjamin, E. J. Berry, J. D. Borden, W. B. Fullerton, H. J. (2012), *Heart Disease and Stroke Statistics--2012 Update: A Report From the American Heart Association*, *Circulation*, 125(1), 2-220.
- [2] Gao, D. Ning, N. Guo, Y. Ning, W. Niu, X. Yang, J. (2011), *Computed Tomography for Detecting Coronary Artery Plaques: A Meta-Analysis*, *Atherosclerosis*, 219(2), 603-609.
- [3] World Health Organization-WHO (2016), *Cardiovascular Disease*, https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ (6 Temmuz 2019).
- [4] T.C. Sağlık Bakanlığı, (2015), *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020*, <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> (04 Nisan 2019)
- [5] Türkmen, C. Tokmak, H. Mudun, A. Oflaz, H. Umman, B. Cantez, S. Şanlı, Y. (2011), *Normal Koroner Anjiyografisi Bulunan Hastalarda Miyokard Perfüzyon Spect'te İzlenen Defekt Lokalizasyonları ile Koroner Arter Hastalığı İçin Risk Faktörleri Arasındaki İlişki*, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68, 97-101.

- [6] Taşdemir, A. Erakgun, A. Deniz, M. N. Çertuğ, A. (2013), *Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test İle Karşılaştırılması*, Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi, 41, 44-9.
- [7] Kalyoncuoğlu, M. Öztürk, S. Durmuş, G. Keskin, B. Can, M. M. (2017), *Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım*, Medical Bulletin of Haseki, 55(2).
- [8] Appleyard, M. E. Gavaghan, S. R. Gonzalez, C. Ananian, L. Tyrell, R. Carroll, D. L. (2000), *Nurse-Coached Intervention For the Families of Patients in Critical Care Units*, Critical Care Nurse, 20(3), 40-48.
- [9] Yılmaz, M. Sayın, Y. Tel, H. (2012), *Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgi Gereksinimleri ve Anksiyete Düzeyleri*, Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 4(2), 55-65.
- [10] Taşçı, S. ve Gökgündüz, Ö. (2005), *Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi.
- [11] Le Scouranec, R.P. Poirier, R.M. Owens, J.E. Gauthier, J. (2001), *Use of Binaural Beat Tapes for Treatment of Anxiety: A Pilot Study of Tape Preference and Outcomes*, Alternative Therapies in Health and Medicine, 7(1), 58.

- [12] Edwards, J. (2005), *Possibilities and Problems for Evidence-Based Practice in Music Therapy*, *The Arts in Psychotherapy*, 4(32), 293-301.
- [13] Wakim, J.H. Smith, S. Guinn, C. (2010), *The Efficacy of Music Therapy*, *Journal of Perianesthesia Nursing*, 25(4), 226-232.
- [14] Allen, K. Golden, L.H. Izzo, J.L. Ching, M.I. Forrest, A. Niles, C.R. Niswander, P.R. Barlow, J.C. (2001), *Normalization of Hypertensive Responses During Ambulatory Surgical Stres by Perioperative Music*, *Psychosomatic Medicine*, 63, 487-492.
- [15] Almerud, S. ve Peterson, K. (2003), *Music Therapy A Comolementary Treatment for Mechanically Ventilated Intensive Care Patients*, *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(1), 21-30.
- [16] Arslan, S. Özer, N. Özyurt, F. (2008), *Effect of Music on Preoperative Anxiety in Men Undergoing Urogenital Surgery*, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26, 2.
- [17] Cooke, M. Chaboyer, W. Hiratos, M. A. (2005), *Music and its Effect on Anxiety in Short Waiting Periods: A Critical Appraisal*. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 145-155.
- [18] Gallagher, L. M. Lagman, R. Walsh, D, Daves M. P. Legrand S. B. (2006), *The Clinical Effects of Music Therapy in Palliative Medicine*, *Support Care Cancer* 11(2), 20-24.

- [19] Elliott, D. (1994), *The Effects of Music and Muscle Relaxation on Patient Anxiety in a Coronary Care Unit*, *Heart&Lung*, 23(1), 27-35.
- [20] Evans, D. (2002), *The Effectiveness of Music As an Intervention for Hospital Patients: A Systematic Review*, *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 8-18.
- [21] Lai, H. L. Hwang, M. J. Chen, C. J. Chang, K. F. Peng, T. C. Chang, F. M. (2008), *Randomised Controlled Trial of Music on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Root Canal Treatment*, *Journal of Clinical Nursing*, 17(19), 2654-2660.
- [22] Wu, P. Y. Huang, M. L. Lee, W. P. Wang, C. Shih, W. M. (2017), *Effects of Music Listening on Anxiety and Physiological Responses in Patients Undergoing Awake Craniotomy*, *Complementary Therapies in Medicine*, 32, 56-60.
- [23] Clark, R. K. (2005), *Anatomy and Physiology*, Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- [24] Ayrar, N. *Anatomi ve Fizyoloji*, <http://kitaplar.ankara.edu.tr/dosyalar/pdf/311.pdf> (16 Mart 2019)
- [25] Guyton, A. ve Hall, J. E. (2013), *Tıbbi Fizyoloji*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- [26] Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö. (2016), *Patofizyoloji*, Adana: Ziraat Grup Matbaacılık.

- [27] Öztürk, E. ve Sivrioğlu, A. K. (2013), *Normal Koroner Anatomi ve Varyasyonlar*, <http://www.turkradyolojiseminerleri.org/sayilar/3/buyuk/36-56.pdf> (01 Mart 2019)
- [28] Özbek, Ö. (2013) *Sol Ana Koroner Arter Lezyonu: Stent veya Operasyon?*, Van Tıp Dergisi, 20(4), 274-280.
- [29] Cleveland Clinic, <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/17063-coronary-arteries> (01 Mart 2019)
- [30] Toker, M. E. (2013), *Kalbin Cerrahi Anatomisi*, <http://www.tkdcd.org/public/uploads/files/pdf/Okullar/2013/eskisehir/sunumlar/1.pdf> (01 Mart 2019)
- [31] Buturak, A. ve Duygu, E. (2014), *Koroner Kollateral Dolaşımın Değerlendirilmesi*, Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics, 7(5), 8-13.
- [32] Murphy, J. G. ve Lloyd, M. A. (2015), *Mayo Clinic Cardiology: Concise Textbook*, New York: Oxford University Press.
- [33] American Heart Association-AHA (2015), *Coronary Artery Disease-Coronary Heart Disease*, <https://www.heart.org/en/health-topics/consumer-healthcare/what-is-cardiovascular-disease/coronary-artery-disease> (26 Mart 2019)

- [34] T.C. Sağlık Bakanlığı, (2015), *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020*,
<https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> (04 Nisan 2019)
- [35] T. C Sağlık Bakanlığı (2017), *Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025*,
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Home/GetDocument/547> (04 Mayıs 2019)
- [36] T. C Sağlık Bakanlığı (2017), *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017*
https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf (06 Mayıs 2019)
- [37] Özer, S. (2019) *Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul: Tıp Kitabevi.
- [38] Onat, A.T. (2017), *TEKHARF, Tıp Dünyasında Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*, İstanbul: Logos Yayıncılık.
- [39] American Heart Association-AHA (2018), *Heart Disease and Stroke Statistics— 2018 Update*, <https://www.ahajournals.org> (29 Mart 2019)

- [40] Türkmen, E. Badır, A. Ergün, A. (2012), *Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(4), 223-231.
- [41] Türkiye İstatistik Kurumu (2018), *Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018*, Haber Bülteni, Sayı: 30626, www.tuik.gov.tr (23 Mayıs 2019)
- [42] Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2017), *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti İstatistik Yıllığı 2017*, http://www.devplan.org/Ist_yillik/IST-YILLIK-2017.pdf (29 Mayıs 2019)
- [43] Townsend, N. Wilso, L. Bhatnagar, P. Wickramasinghe, K. Rayner, M. Nichols, M (2016), *Cardiovascular Disease in Europe: Epidemiological Update*, European Heart Journal, 37(42), 3232-3245.
- [44] Onat A. ve Can G. (2017), *Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı, TEKHARF, Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*, İstanbul: Logos Yayıncılık.
- [45] Tanrıverdi, B. ve Tetik, Ş (2017), *Aterosklerozun Patofizyolojisi ve Risk Faktörleri*, Marmara Pharmaceutical Journal, 21, 1-9.
- [46] Nair, N. ve Peate, I. (2018), *Uygulamalı Patofizyolojinin Esasları*, İstanbul: Tıp Kitabevi.

- [47] Tekkeşin, N. (2011), *Investigation of Framingham Risk Factors in Turkish adults*, Journal of Clinical and Experimental Investigations 2(1), 42-49.
- [48] Kannel, W.B. Dawber, T.R. Kagan, A. Revotskie, N. Stokes, J. (2011), *Factors of Risk in the Development of Coronary Heart Disease—Six-Year Follow-Up Experience: The Framingham Study*, Annals of Internal Medicine, 55(1), 33-50.
- [49] Zipes, D. P. Libby, P. Bonow, R. O. Mann, D. L. Tomaselli, G. F. (2018), *Braunwald's Heart Disease E-Book: A Textbook of Cardiovascular Medicine*, Elsevier Health Sciences.
- [50] European Society of Cardiology (2013), Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu,
<https://www.tkd.org.tr/menu/43/esc-kilavuzlari> (16 Mayıs 2019)
- [51] Camm, A. J. Lip, G. Y. De Caterina, R. Savelieva, I. Atar, D, Bax, J. J. (2012), *2012 Focused Update of the ESC Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation: An Update of the 2010 ESC Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation Developed With The Special Contribution of the European Heart Rhythm Association*, European Heart Journal, 33(21), 2719-2747.
- [52] Ekici, B. ve Ekici, G. (2015), *The Relation Between Coronary Heart Disease Risk and Quality of Life in Asymptomatic Sedentary Individuals*, Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 3(3), 117-122.

- [53] Buğan, B. ve Çelik, T. (2014), *Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörler*, Journal of Clinical and Analytical Medicine, 5(2), 159-63.
- [54] European Society of Cardiology (2013), *ST-Segment Yükselmeli Akut Miyokart Enfarktüsü ile Başvuran Hastaların Tedavisine İlişkin ESC Kılavuzu*, <https://www.tkd.org.tr/menu/43/esc-kilavuzlari> (27 Mayıs 2019)
- [55] Amsterdam, E. A. Wenger, N. K. Brindis, R. G. Casey, D. E. Ganiats, T. G. Holmes, D. R. Levine, G. N. (2014), *2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*, Journal of the American College of Cardiology, 64(24), 139-228.
- [56] Akdemir, N. ve Birol, L. (2011), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Ankara: Nobel Kitabevi.
- [57] Erdil, F. ve Elbaş, N. Ö (2001), *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, Aydoğdu Ofset, 4. baskı, Ankara: 343-344.
- [58] Tanrıkulu, C. Ş. Karaman, S. Demirelli, S. Acar, E. Şahin, H. Poyraz, E. (2014), *Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Eritrosit Dağılım Aralığının (RDW) Değerlendirilmesi*, Kocatepe Medical Journal, 15(2), 99-10.

- [59] Sayın, M. R. Çetiner, M. A. Karabağ, T. Doğan, S. M. Aydın, M. Yavuz, N. (2012), *The Relationship Between the Gensini Score and Complete Blood Count Parameters in Coronary Artery Disease*, Koşuyolu Kalp Dergisi, 15(2), 51-54.
- [60] Yöntem, M. (2017), *Akut Miyokard İnfarktüsü Tanısında Kardiyak Markörlerin Önemi*, Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(4), 11-17.
- [61] Baytak, M. ve Top, C. (2012), *Lipoprotein Metabolizması*, Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics, 5(1), 1-6.
- [62] İfran, A. (2007), *Koagülasyon Testleri ve Klinik Kullanımı*, http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/2007thtk_03.pdf (01 Mayıs 2019)
- [63] T. C. Sağlık Bakanlığı (2019), *Elektrokardiyografi*, <https://siyamiersekeah.saglik.gov.tr/TR,83044/elektrokardiyografi.html> (01 Mayıs 2019)
- [64] Bıyık, İ. (2008), *Pratik Kardiyoloji Temel Bilgiler*, İzmir: Güven Kitabevi.
- [65] İlhan, İ. (2017), *Mobil Cihaz Kontrollü EKG Holteri*, Dicle Üniversitesi Mühendislik Dergisi, 8(1), 101-110.
- [66] Yalcın, S. Türker, Y. Özhan, H. Aslantaş, Y. Türker, Y. Tibilli, H. Karabacak, A. (2015), *Türk Erişkinlerde Patolojik Ekokardiyografi Bulguları: Epidemiyolojik Gözlemsel Çalışma*, Konuralp Tıp Dergisi, 7(3).

- [67] T. C. Sağlık Bakanlığı (2019), *Transözofageal Ekokardiyografi*, <https://ordudh.saglik.gov.tr/TR,167644/transozofageal-ekokardiyografi-tee.html> (02 Mayıs 2019)
- [68] Karadakovan, A. ve Eti A. F. (2017), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Ankara: Öz Yurt Matbacılık.
- [69] Türker, Y. Özaydın, M. Acar, G. İçli, A. (2011), *Egzersiz Testi Normal Olan Bir Olguda Ciddi Ana Koroner Arter Darlığının İzlenmesi*, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 18(2), 64-66.
- [70] Oto, A. (2004), *Kalp Hastalıklarında Nükleer Kardiyoloji Yöntemleri Uygulama Kılavuzu*, Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol, 32(1).
- [71] Türk Kardiyoloji Derneği (2004), *Perkütan ve Valvüler Girişimler Hemşirelik Bakım Klavuzu*, www.tkfd.org.tr (16 Ocak 2019)
- [72] Çelik, Ş. ve Özen, A. (2010), *Koroner Anjiyoplasti ve İntra Koroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.
- [73] Türk Kardiyol Derneği (2005), *Türk Kardiyoloji Derneği Girişimsel Kardiyolojide Yetkinlik Klavuzu* https://www.tkd.org.tr/kilavuz/girisimsel_kilavuz.htm (19 Ocak 2019)

- [74] Fuster, V. Alexander, R. W. (2017), *Hurst's The Heart*, İstanbul: AND Yayıncılık.
- [75] Thomson P. D. ve Topol E. (2005), *Textbook of Cardiovascular Medicine*, İstanbul: Düzey Matbaa.
- [76] Biberöglü. K. (2013), *Harrison's Internal Medicine Principles of*, İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- [77] Yalçın, R. Cemri, M. Boyacı, B. Timurkaynak, T. Akata, D. Ünlü, M. (2006), *Koroner Arter Hastalığı*, Gazi Tıp Dergisi, 17(1), 1-33.
- [78] ACC / AHA (1999), *Guidelines for Coronary Angiography*, <http://www.onlinejacc.org/content/33/6/1756/T4> (14 Mart 2019)
- [79] Tavakol, M. Ashraf, S. Brener, S. J. (2012), *Risks and Complications of Coronary Angiography: A Comprehensive Review*, Global Journal of Health Science, 4(1), 65.
- [80] Türk Kardiyoloji Derneği (2015), *Kalp Krizi ve Perkütan Koroner Girişim Sonrası Hasta Bilgilendirme Kitapçığı*.
- [81] Topol J. (2008), *Textbook of Cardiovascular Medicine*, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

- [82] Türk Kardiyoloji Derneği (2007), *Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Klavuzu*.
- [83] American Heart Association (2015), *Cardiac Catheterization*, <https://www.heart.org> (16 Mart 2019)
- [84] Bakan, G. (2016), *Perkütan Koroner Girişimlerde Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları*, Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 7, 26-34.
- [85] Arabacı, L. B. Korhan, E. A. Tokem, Y. Torun, R. (2015), *Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi-Sırası ve Sonrası Anksiyete ve Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler*, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1–16.
- [86] Nekouei, Z. K. Yousef, A. Mansheea, G. Nikneshan, S. (2011), *Comparing Anxiety in Cardiac Patients Candidate for Angiography With Normal Population*, Arya Atherosclerosis Journal, 7(3), 93-96.
- [87] Doğan, A. (2018), *Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalara İşlem Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi.
- [88] Türkiş, N. A. (2019), *Ameliyat Öncesi Uygulanan Gevşeme Egzersizlerinin Anksiyete Düzeyine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi.

- [89] Ghayee, H. K. ve Auchus, R. J. (2007), *Basic Concepts and Recent Developments in Human Steroid Hormone Biosynthesis*, *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 8(4), 289-300.
- [90] Vural, M. ve Başar, E. (2007), *Anksiyete Bozukluğunun Ani Ölüm Yapma Potansiyeli*, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 7(2).
- [91] Gökçe, E. (2017), *Video ve Yazılı Eğitimin Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaların Anksiyeteleri Üzerine Etkisi*, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- [92] Jjala H. A, French J. L, Foxall G. L, Hardman J. G, Bedfordth N. M. (2010), *Effect of Preoperative Multimedia Information on Perioperative Anxiety in Patients Undergoing Procedures Under Regional Anaesthesiology*, *Br J Anaesth* 104, 369-74.
- [93] Gallagher, R. Trotter, R. Donoghue, J. (2010), *Preprocedural Concerns and Anxiety Assessment in Patients Undergoing Coronary Angiography and Percutaneous Coronary Interventions*, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 38-44.
- [94] Ekiz, S. ve Göz, F. (2005), *Koroner Anjiyografi Öncesi Hastaları Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 20-30.

- [95] Özer, Z. C. Şenuzun, F. Tokem, Y. (2009), *Miyokart Enfarktüsli Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi*, Türk Kardiyol Dern Arş, 37(8), 557-562.
- [96] Ruffinengo, C. Versino, E. Renga, G. (2009), *Effectiveness of an Informative Video on Reducing Anxiety Levels in Patients Undergoing Elective Coronarography: an RCT*, European Journal of Cardiovascular Nursing, 8(1), 57-61.
- [97] Canlı, Ö. Z. ve Demir, Ş. (2012), *Akut Koroner Sendromlarda Hemşirelik Bakımı*, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 3(3), 19-32.
- [98] Okanlı, A. Özer, N. Akyıl, R. Ç. Koçkar, Ç. (2016), *Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(4), 38-44.
- [99] Demir, Ö ve Arslantaş, H. (2014), *Koroner Anjiyografi ve Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Müzik Eşliğinde Progresif Kas Gevşeme Egzersizinin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 5(3), 113-121.
- [100] De Jager, T. A. J. Dulfer, K. Radhoe, S. Bergmann, M. J. Daemen, J. Domburg, R. T. Lenzen, M. J. Utens, E. M. W. J. (2018), *Predictive Value of Depression and Anxiety for Long-Term Mortality: Differences in Outcome Between Acute Coronary Syndrome And Stable Angina Pectoris*, International Journal of Cardiology, 250, 43-48.

- [101] Akkaya, S. Polat, C. Hüseyin, E. D. E. Öztürk, Ö. (2018), *Koroner Anjiyografi Laboratuvarına Sevki Yapılan Hastalarda; Depresyon, Anksiyete ve Koroner Arter Hastalığı Ciddiyeti İlişkisi*, Bozok Medical Journal, 8(3), 40.
- [102] Taşocak, G. (2013), *Hasta Eğitimi*, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, İstanbul: 18-24.
- [103] Haugen, A. S. Eide, G. E. Olsen, M. V. Haukeland, B. Remme, Å. R. Wahl, A. K. (2009), *Anxiety in the Operating Theatre: a Study of Frequency and Environmental Impact in Patients Having Local, Plexus or Regional Anaesthesia*, Journal of Clinical Nursing, 18(16), 2301-2310.
- [104] Ciğerci, Y. Kurt, H. Çelebi, Ş. (2016), *Tamamlayıcı Bakım ve Alternatif Tedavi Yöntemi Olan Müzik Terapiye İlişkin Sağlık Profesyonellerinin Görüşleri*, VII. Uluslararası Hisarlı Ahmet Sempozyumu, amader.aku.edu.tr (09 Mayıs 2019)
- [105] Sezer, B. T. (2015), *Müzikoterapi Hakkında Ne Biliyoruz?*, Konuralp Tıp Dergisi, 7(3), 167-171.
- [106] World Federation of Music Therapy (2016), <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/> (09 Mayıs 2019)
- [107] Karamızrak, N. (2014), *Ses ve Müziğin Organları İyileştirici Etkisi*, Koşuyolu Kalp Dergisi, 17(1), 54-57.

- [108] Öztürk, L. Erseven, H. Atik, F. M. (2017), *Makamdan Şifaya*, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- [109] Vizeli, M. (2010), *Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin Anksiyete Düzeyine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.
- [110] Koç E. M, Başer A. D, Kahveci. R, Özkara, A. (2016), *Ruhun ve Bedenin Gıdası: Geçmişten Günümüze Müzik ve Tıp*, Konuralp Tıp Dergisi, 8(1), 51-55.
- [111] Uyar, M. Akın, K. E. (2011), *The Effect of Music Therapy on Pain and Anxiety in Intensive Care Patients*, The Journal of The Turkish Society of Algology, 23(4), 139-147.
- [112] Mofredi, A. Alaya, S. Tassaïoust, K. Bahloul, H. Mrabet, A. (2016), *Music Therapy, A Review of the Potential Therapeutic Benefits for the Critically Ill*, J Crit Care, 35, 195-199.
- [113] Ko, Y. L. ve Lin, P. C. (2012), *The Effect of Using A Relaxation Tape on Pulse, Respiration, Blood Pressure and Anxiety Levels of Surgical Patients*, Journal of Clinical Nursing, 21(5-6), 689–697.
- [114] Chlan, L. (2002), *Integrating Non Pharmacological, Adjunctive Interventions Into Critical Care Practice: A Means to Humanize Care?*, Am J Crit Care, 11, 14-6.

- [115] Bolwerk, C. A. (2017), *Effects of Relaxing Music on State Anxiety in Myocardial Infarction Patients*, Crit Care Nurs Q, 13, 63-72.
- [116] O'Sullivan, R. J. (1991), *A Musical Road To Recovery: Music in Intensive Care*, Intensive Care Nursing, 7(3), 160-163.
- [117] Twiss, E. Seaver, J. McCaffrey, R. (2006), *The Effect of Music Listening on Older Adults Undergoing Cardiovascular Surgery*, Nurs Crit Care, 11, 224-231.
- [118] Campell, D. (2002), *Mozart Etkisi*, İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.
- [119] Çürük, G. N. Görüş, S. Bayındır, S. K. ve Doğan, Z. (2018), *Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Bulgularına Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 130-136.
- [120] Bradt, J. ve Dileo, C. (2009), *Music for Stress and Anxiety Reduction in Coronary Heart Disease Patients*, Cochrane Database Syst Rev, 2(1).
- [121] Weeks, B. P. ve Nilsson, U. (2011), *Music Interventions in Patients During Coronary Angiographic Procedures: A Randomized Controlled Study of the Effect on Patients' Anxiety and Well-Being*, European Journal of Cardiovascular Nursing, 10(2), 88-93.

- [122] Lee, K. C. Chao, Y. H. Yiin, J. J. Hsieh, H. Y. Dai, W. J. Chao, Y. F. (2012), *Evidence That Music Listening Reduces Preoperative Patients Anxiety*, *Biological Research For Nursing*, 14(1), 78-84.
- [123] Buffum, M. D. Sasso, C. Sands, L. P. Lanier, E. Yellen, M. ve Hayes, A. (2006), *A Music Intervention to Reduce Anxiety Before Vascular Angiography Procedures*, *Journal of Vascular Nursing*, 24(3), 68-73.
- [124] Hindistan, S. ve Nural, N. (2010), *Miyokard Enfarktüsünde Kadın ve Erkek Arasındaki Farklılıklar*, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, (3)1.
- [125] Argstatter, H. Haberbosch, W. Bolay, H.V. (2006), *Study of the Effectiveness of Musical Stimulation During Intracardiac Catheterization*, *Clinical Research in Cardiology*, 95(10), 514-522.
- [126] APPG on Global Health (2016), *Triple Impact - How Investing, in Nursing Will Improve Health, Improve Gender Equality and Support Economic Growth*, <http://www.appg-globalhealth.org.uk> (04 Nisan 2019)
- [127] Taylan, S. Alan, S. Kadioğlu, S. (2012), *Hemşirelik Roller ve Özerklik*, *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 14(3).
- [128] Demircan, E. ve Yiğit, F. (2014), *Epidural Sezaryende Standart ve Planlanmış Ameliyat Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi.

- [129] Yıldız T. (2015), *Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(2).
- [130] Yeşil, P. ve Altıok, M. (2012), *Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Fiziksel Aktivitenin Önemi*, Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 3, 39-48.
- [131] Tezel, A. (2019), *Sağlık Eğitimi*, <https://acikders.ankara.edu.tr> (06 Nisan 2019)
- [132] Redman, B. K. (2004), *Advances in Patient Education*, Springer Publishing Company.
- [133] Marshall, L. C. (2015), *Patient and Family Education*, Theta Tau International.
- [134] Kılıç, S. (2014), *Etki Büyüklüğü*, Journal of Mood Disorders 4(1), 44-46.
- [135] Özsoy, S. ve Özsoy, G. (2013), *Effect Size Reporting in Educational Research*, İlköğretim Online, 12(2).
- [136] Cohen, J. (1994), *The Earth is Round* (p<. 05), American Psychologist, 12, 997-1003.
- [137] Sidar, A. Dedeli, Ö. İşkesen, A. İ. (2013), *Açık Kalp Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Kaygı ve Ağrı Distresi: Ağrı Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi*, Yoğun Bakım Dergisi, 4, 1-8.

- [138] Fındık, Ü. Y. ve Yıldızeli Topçu, S. (2012), *Cerrahi Girişime Alınışı Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi*, Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal, 19(2).
- [139] Demir, A, Akyurt, D. Ergün, B. Haytural, C. Yiğit, T. Taşoğlu, İ. Elhan, A. Erdemli, Ö. (2010), *Kalp Cerrahisi Geçirecek Olgularda Anksiyete Sağaltımı*, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi, 18(3),177-182.
- [140] T. C. Millî Eğitim Bakanlığı (2012), *Hemşirelik Yaşam (Vital) Bulguları Ankara*, <http://hastane.ksu.edu.tr> (19 Şubat 2019)
- [141] Öner, N. ve Le Compte, A. (1985), *Durumluk -Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı* İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayını.
- [142] Cleveland Clinic (2009), *Koroner Arter Hastalık Tedavisi Rehberi*, www.clevelandclinic.org/heart (21 Şubat 2019)
- [143] Türk Kardiyoloji Derneği (2015), *Kalp Krizi ve Perkütan Koroner Girişim Sonrası Hasta Bilgilendirme Kitapçığı*, https://www.tkd.org.tr/kardiyobil/html/file/KalptenDestek_Kitap.pdf (16 Şubat 2019)
- [144] T. C. Sağlık Bakanlığı (2014), *Anjiyo Rehberi*, <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/121,anjiyo-rehberipdf.pdf?0> (11 Ocak 2019)

- [145] Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi (2013), *Kardiyak Kataterizasyon ve Koroner Anjiyografi İçin Aydınlatılmış Hasta Onam Formu*, <http://jci.med.neu.edu.tr> (17 Ocak 2019)
- [146] Robinson, S. A. (2011), *Cardiac Catheterization Via Femoral Artery*, <https://www.youtube.com/watch?v=aMjZRx1ILhc> (21 Ocak 2019)
- [147] Özen, A. T. Çelik, S. Ş. (2010), *Koroner Anjiyoplasti ve İntra Koroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı*, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 60-67.
- [148] Bakan, G. (2016), *Perkütan Koroner Girişimlerde Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları*, *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 26-34.
- [149] Wong, H. L. C. Lopez, N. V. Molassiotis, A. (2001), *Effects of Music Therapy on Anxiety in Ventilator-Dependent Patients*, *Heart & Lung: the Journal of Acute and Critical Care*, 30(5), 376-387.
- [150] Fitzsimons, D. Parahoo, K. Richardson, S. G. Stringer, M. (2003), *Patient Anxiety While on A Waiting List For Coronary Artery Bypass Surgery: A Qualitative and Quantitative Analysis*, *Heart Lung* 32.23-31
- [151] Tunç, E. (2019), *Koroner Anjiyografiye Girecek Hastaların İşlem İle İlgili Bilgili Olma Durumlarına Göre Algılanan Stres ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi.

- [152] Polat, N. (2018), *Koroner Anjiyografi Öncesi Bilgilendirmenin Hastaların Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi.
- [153] Abacı, A. (2011), *Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Ülkemizdeki Durumu*, Türk Kardiyoloji Derneği Arş, 39, 1-5.
- [154] Balcı, A. ve Enç, N. (2013), *Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel-İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi*, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 4(5), 41-50.
- [155] Cakmak, M. Köse, I. Zinzircioglu, C. Karaman, Y. Tekgul, Z. T. Pektas, S. Bozkurt, P. S. (2018), *Effect of Video-Based Education on Anxiety and Satisfaction of Patients Undergoing Spinal Anesthesia*, Revista Brasileira de Anesthesiologia, 68(3), 274-279.
- [156] Şatiroğlu, Ö. Vural, M. Bostan, M. Bozkurt, E. (2011), *Patient's Knowledge Level and Expectations About Coronary Angiography*, Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi, 38(3).
- [157] Jamshidi, N. Abbaszadeh, A. Kalyani, M. N. (2009), *Effects of Video Information on Anxiety, Stress and Depression of Patients Undergoing Coronary Angiography*, Pakistan Journal of Medical Sciences, 901-905.

- [158] Harkness, K. Morrow, L. Smith, K. Kiczula, M. Arthur, H. M. (2003), *The Effect of Early Education on Patient Anxiety While Waiting for Elective Cardiac Catheterization*, European Journal of Cardiovascular Nursing, 2(2), 113-121.
- [159] Hamel, W. J. (2011), *The Effects of Music Intervention on Anxiety in the Patient Waiting for Cardiac Catheterization*, Intensive and Critical Care Nursing, 17(5), 279-285.
- [160] Kurçer, M. A. ve Özbay, A. (2011), *Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi*, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11(2).
- [161] Basar, C. Beşli, F. Keçebaş, M. Kayapınar, O. Turker, Y. (2015), *The Effect of Audio-Visual Education Prior to Coronary Angiography on the State Anxiety*, Anxiety, 13(14).
- [162] Hajbaghery, M. A. Moradi, T. Mohseni, R. (2014), *Effects of a Multimodal Preparation Package on Vital Signs of Patients Waiting for Coronary Angiography*, Nursing and Midwifery Studies, 3(1).
- [163] Boşnak, M. Kurt, A. H. Yaman, S. (2017), *Beynimizin Müzik Fizyolojisi*, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(1), 35-44.

- [164] Sünbül, M. Zincir, S. B. Durmus, E. Sunbul, E. A. Cengiz, F. F. Kivrak, T. Sari, I. (2013), *Anxiety and Depression in Patients With Coronary Artery Disease*, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(4), 345-352.
- [165] Sağır, G. Kaya, M. Eskiçırak, H. E. Kapusuz, Ö. Kadioğulları, A. N. (2012), *Spinal Anestezi Planlanan Hastalarda Görsel Bilgilendirmenin Preoperatif Anksiyete Üzerine Etkisi*, *Turk J Anesth Reanim*, 40(5), 274-278.
- [166] Ko, C. H. Chen, Y. Y. Wu, K. T. Wang, S. C. Yang, J. F. Lin, Y. Y. Hsieh, M. H. (2017), *Effect of Music on Level of Anxiety in Patients Undergoing Colonoscopy Without Sedation*, *Journal of the Chinese Medical Association*, 80(3), 154-160.
- [167] Leardi, S. Pietroletti, R. Angeloni, G. Necozone, S. Ranalletta, G. Del Gusto, B. (2007), *Randomized Clinical Trial Examining the Effect of Music Therapy in Stress Response to Day Surgery*, *British Journal of Surgery: Incorporating European Journal of Surgery and Swiss Surgery*, 94(8), 943-947.
- [168] Jeppesen, E. Pedersen, C. M. Larsen, K. R. Walsted, E. S. Rehl, A. Ehrenreich, J. Backer, V. (2019), *Listening to Music Prior to Bronchoscopy Reduces Anxiety—A Randomised Controlled Trial*, *European Clinical Respiratory Journal*, 6(1), 1583517.
- [169] McClurkin, S. L. ve Smith, C. D. (2016), *The Duration of Self-Selected Music Needed to Reduce Preoperative Anxiety*, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(3), 196-208.

EKLER

Ek 1: Randomizasyon Şeması

0001: MUZİK	0032: MUZİK	0063: KATALOG	0094: MUZİK	0125: KONTROL	0156: MUZİK
0002: MUZİK	0033: KATALOG	0064: KATALOG	0095: KONTROL	0126: KONTROL	0157: MUZİK
0003: KATALOG	0034: KATALOG	0065: KATALOG	0096: KATALOG	0127: MUZİK	0158: KONTROL
0004: KATALOG	0035: KONTROL	0066: KATALOG	0097: KATALOG	0128: MUZİK	0159: MUZİK
0005: KATALOG	0036: MUZİK	0067: KATALOG	0098: KONTROL	0129: KONTROL	0160: KONTROL
0006: KATALOG	0037: KONTROL	0068: KATALOG	0099: MUZİK	0130: KONTROL	0161: MUZİK
0007: MUZİK	0038: KATALOG	0069: MUZİK	0100: KATALOG	0131: KATALOG	0162: KATALOG
0008: MUZİK	0039: KATALOG	0070: KONTROL	0101: KONTROL	0132: MUZİK	0163: KONTROL
0009: MUZİK	0040: KONTROL	0071: KONTROL	0102: KATALOG	0133: MUZİK	0164: MUZİK
0010: KONTROL	0041: KONTROL	0072: KONTROL	0103: MUZİK	0134: KONTROL	0165: KATALOG
0011: KONTROL	0042: KONTROL	0073: KATALOG	0104: MUZİK	0135: KONTROL	0166: KONTROL
0012: KONTROL	0043: MUZİK	0074: MUZİK	0105: KONTROL	0136: KATALOG	0167: KATALOG
0013: KONTROL	0044: MUZİK	0075: KATALOG	0106: MUZİK	0137: MUZİK	0168: KONTROL
0014: MUZİK	0045: KONTROL	0076: KONTROL	0107: KONTROL	0138: KATALOG	0169: MUZİK
0015: KONTROL	0046: MUZİK	0077: KATALOG	0108: KATALOG	0139: KATALOG	0170: KONTROL
0016: KONTROL	0047: MUZİK	0078: KATALOG	0109: MUZİK	0140: MUZİK	0171: MUZİK
0017: KATALOG	0048: MUZİK	0079: KONTROL	0110: KONTROL	0141: KONTROL	0172: KONTROL
0018: KONTROL	0049: MUZİK	0080: KONTROL	0111: KATALOG	0142: MUZİK	0173: KONTROL
0019: KONTROL	0050: KATALOG	0081: KATALOG	0112: KONTROL	0143: MUZİK	0174: KATALOG
0020: KONTROL	0051: KATALOG	0082: KONTROL	0113: MUZİK	0144: MUZİK	0175: KONTROL
0021: MUZİK	0052: KATALOG	0083: MUZİK	0114: MUZİK	0145: KATALOG	0176: MUZİK
0022: KATALOG	0053: KONTROL	0084: MUZİK	0115: KATALOG	0146: MUZİK	0177: KATALOG
0023: MUZİK	0054: KATALOG	0085: KATALOG	0116: KONTROL	0147: KONTROL	0178: KATALOG
0024: MUZİK	0055: KONTROL	0086: KONTROL	0117: KATALOG	0148: MUZİK	0179: MUZİK
0025: MUZİK	0056: KATALOG	0087: KONTROL	0118: KATALOG	0149: KONTROL	0180: KATALOG
0026: KATALOG	0057: KATALOG	0088: MUZİK	0119: MUZİK	0150: MUZİK	0181: KATALOG
0027: KONTROL	0058: MUZİK	0089: MUZİK	0120: MUZİK	0151: KONTROL	0182: MUZİK
0028: KATALOG	0059: KATALOG	0090: KATALOG	0121: KONTROL	0152: KATALOG	0183: MUZİK
0029: MUZİK	0060: KONTROL	0091: KATALOG	0122: KONTROL	0153: KATALOG	0184: MUZİK
0030: KATALOG	0061: KONTROL	0092: KATALOG	0123: KATALOG	0154: MUZİK	
0031: KATALOG	0062: KONTROL	0093: KONTROL	0124: MUZİK	0155: KONTROL	

Ek 2: Tanıtıcı Özellikler Formu

Sayın katılımcı;

Bu çalışmada “**Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bakımında Bilgilendirmenin ve Müziğin Anksiyete Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması**”nin incelenmesi planlanmıştır. Anket sorularına vereceğiniz yanıtlar hiçbir kişi ya da kuruma verilmeyecek, yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Soruları eksiksiz yanıtlamanızı bekler, katkılarımız için teşekkür ederim.

Nurdan Yıldız

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

1.BÖLÜM: BİREYSEL TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Protokol No :

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz nedir?

Kadın () Erkek ()

3. Eğitim durumunuz nedir?

Okur-yazar ()

İlkokul mezunu ()

Ortaokul mezunu ()

Lise mezunu ()

Yüksekokul/Fakülte mezunu ()

Y.Lisans/ Doktora ()

4. Medeni durumunuz nedir?

Evli () Bekar ()

5. Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyorum ()

Çalışmıyorum ()

Emekliyim ()

6. Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

Gelirim Giderimden Az ()

Gelirim Giderime Eşit ()

Gelirim Giderimden Fazla ()

7. Nerede yaşıyorsunuz?

Evde Eşimle ()

Evde Yalnız ()

Evde Çocuklarla ()

Evde-Eşim ve Çocuklarla ()

Diğer

8. Sigara içiyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Miktar:.....adet Günde () Haftada () Ara sıra ()

9. Alkol tüketiyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Miktar:..... Günde () Haftada () Ayda () Ara sıra ()

10. Egzersiz yapıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Günde.....dk, Haftada.....dk, Ara sıra.....dk

11.Koroner anjiyografi laboratuvardaki sesler size nasıl etkiledi?

Çok pozitif () Pozitif () Doğal () Negatif () Bilmiyorum ()

II. BÖLÜM: HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

1. Daha önce hastaneye yattınız mı? (Cevabınız hayır ise 3. soruya geçiniz)

Evet () Hayır ()

2. Cevabınız evet ise neden yattınız?

3. Daha önce ameliyat geçirdiniz mi? (Cevabınız hayır ise 5. soruya geçiniz)

Evet () Hayır ()

4. Cevabınız evet ise ne ameliyatı geçirdiniz?

5. Ailenizde koroner kalp hastalığı olan var mı?(Cevabınız hayır ise 7. soruya geçiniz)

Evet () Hayır ()

6. Cevabınız evet ise kimde koroner kalp hastalığı var?.....

7. Ailenizde koroner anjiyografi uygulanan var mı? (Cevabınız hayır ise 9. soruya geçiniz)

Evet () Hayır ()

8. Cevabınız evet ise kime koroner anjiyografi uygulandı?.....

9. Koroner anjiyografi hakkında herhangi bir bilgi aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 11. soruya geçiniz)

Evet () Hayır ()

10. Bilgiyi kimden/nereden aldınız?

İnternet ()

Gazete/Dergi ()

Televizyon Sağlık Programları ()

Hemşire ()

Doktor ()

Yakınçevre/ Arkadaş ()

11.Koroner anjiyografi hakkında açıklama/bilgi edinme gereksinimi duyuyor musunuz?

Evet () Hayır ()

12.Onbirinci sorunuzun cevabı 'evet' ise hangi konuda açıklama/bilgi verilmesini istersiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Koroner anjiyografi için yapılması gereken hazırlıklar ()

Koroner anjiyografi yapacak ekip ve anjiyografi ortamı ()

Koroner anjiyografinin nasıl uygulanacağı ()

Koroner anjiyografi öncesi, esnası ve sonrasına yönelik açıklamalar ()

Diğer.....

Not; Görsel Bilgilendirme Kataloğu kullanılacak grup için ilave sorular (13,14)

13. Size verilen Görsel Bilgilendirme Kataloğunu incelediniz mi? (Cevabınız evet ise

14. soruya geçiniz)

Evet () Hayır ()

14. Görsel bilgilendirme kataloğunu faydalı buldunuz mu? Cetvel üzerine işaretleyiniz.



Hiç faydalı

Çok Faydalı

Bulmadım

Buldum

Müzik Grubu İçin İlave Soru (15.soru)

15. Hastanın tercih ettiği müzik türü nedir ?

Doğa ()

Keman ()

Arp ()

Piyano ()

Ney ()

Ek 3: YAŞAMSAL BULGU TAKİP FORMU

Kliniğe ilk geldiğinde;

Kalp hızı:...../dk
Kan basıncı:.....mm/Hg
Solunum sayısı:...../dk

Koroner anjiyografiye alınacağı haberi gelince;

Kalp hızı:...../dk
Kan basıncı:.....mm/Hg
Solunum sayısı:...../dk

İlk Çıktığında ;

Kalp hızı:...../dk
Kan basıncı:.....mm/Hg
Solunum sayısı:...../dk

30. Dakikada ;

Kalp hızı:...../dk
Kan basıncı:.....mm/Hg
Solunum sayısı:...../dk

60. Dakikada ;

Kalp hızı:...../dk
Kan basıncı:.....mm/Hg
Solunum sayısı:...../dk

120. Dakikada ;

Kalp hızı:...../dk
Kan basıncı:.....mm/Hg
Solunum sayısı:...../dk

Ek 4: Durumluk –Süreklilik Anksiyete Envanteri (State Anxiety Inventory)

Durumluk Anksiyete Envanteri:

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

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1.	Şu anda sakinim				
2.	Kendimi emniyette hissediyorum				
3.	Su anda sinirlerim gergin				
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim				
5.	Şu anda huzur içindeyim				
6.	Şu anda hiç keyfim yok				
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9.	Şu anda anksiyeteliyim				
10.	Kendimi rahat hissediyorum				
11.	Kendime güvenim var				
12.	Şu anda asabım bozuk				
13.	Çok sinirliyim				

14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16.	Şu anda halimden memnunum				
17.	Şu anda endişeliyim				
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19.	Şu anda sevinçliyim				
20.	Şu anda keyfim yerinde				

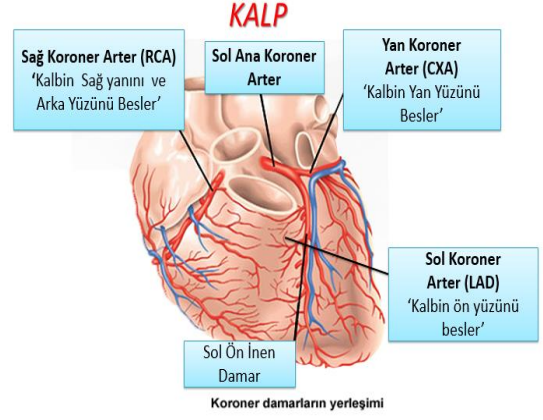
Sürekli Anksiyete Envanteri:

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

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her Zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir				
22.	Kendimi emniyette hissediyorum				
23.	Genellikle kolay ağlarım				
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım				
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
30.	Genellikle mutluyum				
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur				

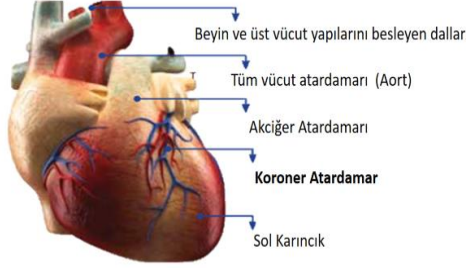
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim				
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim				
36.	Genellikle hayatımdan memnunum				
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

Ek 5: Görsel Bilgilendirme Bilgilendirme Kataloğu

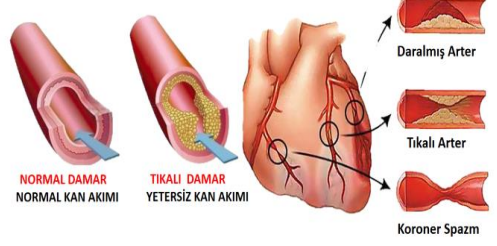


Koroner Arter Hastalığı

Kalbin kendisini besleyen damarlara "koroner arter (atardamar)" adı verilmektedir.



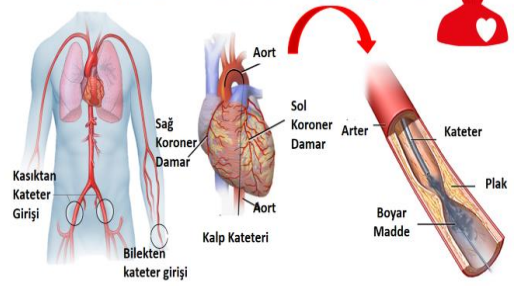
Koroner arter hastalığı (KAH), koroner arterlerde daralma veya tıkanma sonucunda kan akımının kısmi veya tam olarak kesilmesi ile ortaya çıkan hastalıklardır.



Koroner Arter Hastalığı Tanısında Kullanılan Testler

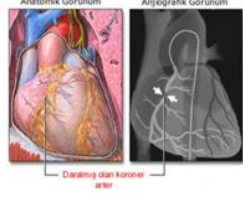





Koroner arterlerin yapısını en iyi gösteren tanı yöntemi koroner anjiyografidir.






KORONER ANJİYOĞRAFI

- ❖ Koroner anjiyografi, kalp damarlarının (koroner arter) içine kontrast madde (bir tür tıbbi boya maddesi) verilerek koroner arterlerin radyografik olarak görüntülenmesi işlemidir.
- ❖ Koroner anjiyografi bir tedavi yöntemi değil, teşhis yöntemidir.
- ❖ Koroner anjiyografi ile koroner arterler görüntülenir, koroner arterlerin hangi bölgesinin ne kadar daraldığı ve tedavisinin nasıl yapılabileceği tespit edilir.

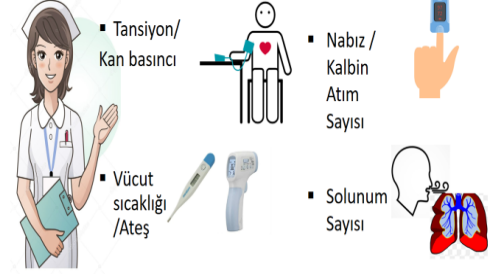


4.  Anjiyo için hangi alanın kullanılacağına bağlı olarak kasıktan yapılacaksa kasık tıraşı bilekten yapılacaksa bilek tıraşı olmanız daha iyi bir sterilizasyon sağlanabilmesi için gereklidir.
5.  Yanınızda 3 litre içme suyu getirin.
6.  Kalp ile ilgili yapılmış tüm tahlil sonuçları ve raporlarınızı getirin.

Koroner Anjiyografi Öncesi Hazırlık Nasıl Olmalıdır ?

1.  Sabah saat 07:30'de Lefkoşa kardiyoloji servisinde olunuz.
2.  Doktorunuz aksini söylemedikçe hafif kahvaltı yapılarak gelinmelidir. Aç kalmanız gerekli ise doktorunuz sizi uyacaktır.
3.  Doktorunuz, sürekli kullandığınız ilaçlar ile ilgili herhangi bir kısıtlama yapmadıysa, az miktarda su ile ilaçlarınızı alabilirsiniz.

Hemşire Kliniğe Geldiğinizde Sizin Yaşamsal Bulgularınızı Kontrol Edecek..



Koroner Anjiyografi İşlemi Nasıl Yapılır?

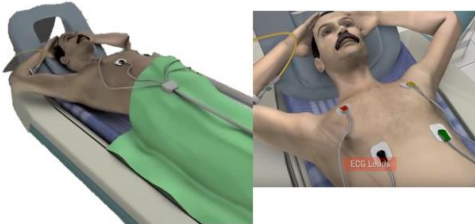
- Koroner anjiyografi kateter laboratuvarı denilen özel donanımlı bir laboratuvarda uygulanır.



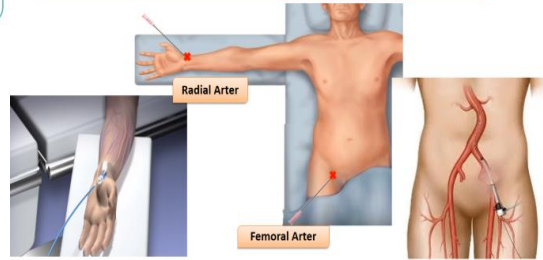
- Hastalar işlem öncesi hasta önlüğü giydirilerek koroner anjiyografi laboratuvarına alınırlar.



- Anjiyo masasına yatırılarak, monitörizasyon (kalp ritmini izleyen makinelere bağlama işlemi) için cilt üzerine belli yerlere yapıştırılan kablolar bağlanır.

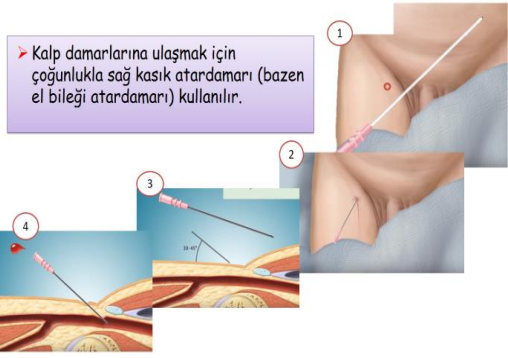
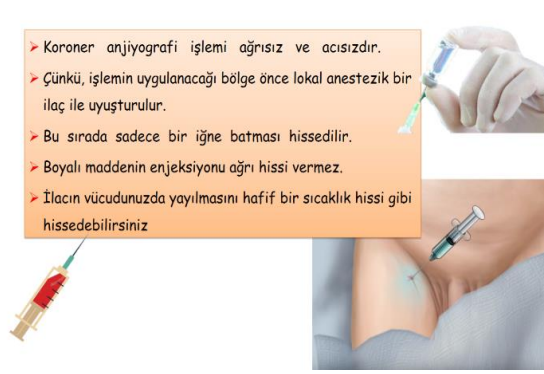


- Anjiyo görüntüleme işlemi el bileği ya da kasık atardamarından girilerek gerçekleştirilebilir.

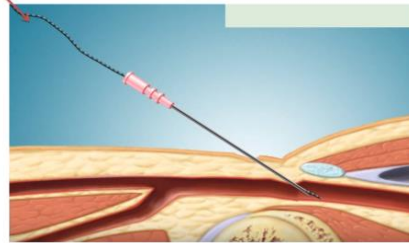




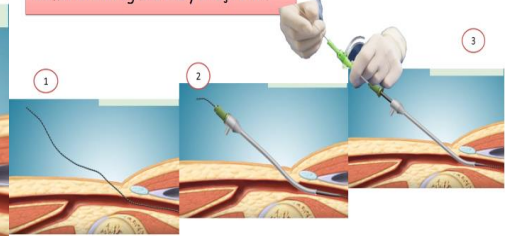
➤ Filmler çekilirken derin nefes alıp, iğinizde tutmanız veya öksürmeniz istenebilir.



➤ Kasık/bilek bölgesi iğne ile uyuşturulduktan sonra çıkarılmak üzere bir **plastik kılıf** yerleştirilir.



Daha sonra, kateter denilen yaklaşık 2 mm çapında içi boş borucuklar, kalbin damarlarının ağzlarına yerleştirilir.



Yerleştirilen bu borucuklardan damarları röntgen altında görünür hale getiren özel boya maddesi verilerek koroner damarların değişik açılardan görüntüleri alınır.



➤ İşlem ortalama 15-20 dakika sürer.

➤ İşlem bittiğinde kasığa yerleştirilen borucuklar çıkarılır (stent takıldıysa borucuk 6 saat kalır daha sonra çekilir)

➤ İşlem sonrasında kasık bölgesinde hassasiyet ve rahatsızlık hissi duyulabilir.

➤ Uygulama alanında morluk ve hafif şişlik hissederseniz paniğe kapılmayın.

➤ Bu renk değişikliği genişlese veya başka bir rahatsızlık hissederseniz bu durumu mutlaka doktorunuza haber verin.



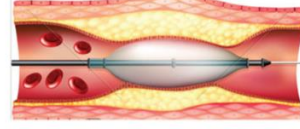
KORONER ANJİYO SİRASINDA GEREKİRSE YAPILAN GİRİŞİMLER



1. BALON ANJİYOPLASTİ

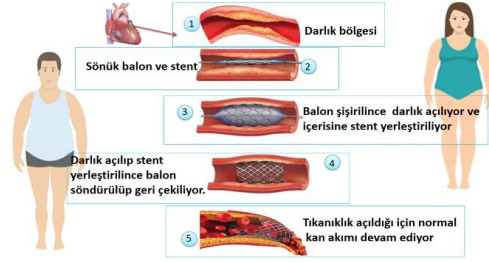
Hasta uyanırken tıkalı damar içerisindeki darlık bölgesini açmak için yapılan tedavi girişimidir.

İşlem genellikle 30-60 dakika sürer ve uzun süreli ilaç verilmesi gerekmeyen hastalar genellikle ertesi gün taburcu edilir.



2. KORONER STENT YERLEŞTİRİLMESİ

- Koroner Stent (çelik tel kafes), koroner damarlarında balon tedavisi ile yeterli açıklık sağlanamayan hastalarda kullanılan bir yöntemdir.
- Daralmış bölgenin uzunluğuna göre bir veya daha fazla stent uygulaması gerekebilir
- İlaçlı veya ilaçsız stent olarak takılabilir.



KORONER ANJİYO İŞLEMİ SONRASINDA NELERE DİKKAT ETMELİYİM?

1. İşlemden geldikten hemen sonra başlanarak, işlem sırasında kullanılan boyar madde böbreklerinize zararlı etki yapabileceğinden ilacın atılabilmesi için 2-3 lt. su tüketmeniz gerekmektedir.

2. Kasık bölgenizden işlem yapıldıysa 2 saat, bileğinizden işlem yapıldıysa 1 saat sonra hekiminizin bilgisi dâhilinde diyetinize uygun olarak beslenebilirsiniz.

3. İşlem kasıktan yapılır ise, 2,5-3 kg ağırlığında kum torbası veya angio pad kasiğinizde 6 saat süreyle kalmalıdır, kateter uygulanan bacağı mümkün olduğu kadar hareket ettirmeyiniz. İşlem bölgeniz bileğiniz ise kol bandınız 2 saat sonra çıkarılır.



4. Kasıktan girişim uygulanmışsa tuvalet ihtiyacınızı ayağa kalkmadan yatağa ördek/sürgü ile karşılayabilirsiniz. Bileğinizden girişim uygulanmışsa normal WC kullanabilirsiniz.



5. İşlem bölgesi bilekteyse (radial arter), bileğinizi oynatmamanız ve o bölgeye masaj yapmamamız gerekmektedir.

6. Eğer kasıta/bilekte ani ağrı, sıcaklık veya ani şişlik hissederseniz elinizle pansuman yerine sıkıca basınız ve hemşirenizi çağırınız.



7. Kum torbanız/kol bandınız alındıktan sonra probleminiz yok ise aynı gün taburcu olabilirsiniz.





- Hastaneden ayrıldıktan sonra 24 saat süre ile işlemin yapıldığı bölgeyi zorlamamanız önerilir. İşlem bölgesini bileğinize ise ağır poşet taşımayınız.
- 24 saat sonra işlem yerindeki bandı çıkarabilir, banyo yapabilirsiniz.
- İlk birkaç gün merdiven kullanmaktan kaçınınız, eğer gerekiyor ise önce işlem yapılmayan bacağınızı atınız sonra diğerini yanına getiriniz.
- İşlem bölgesini kasığınızda ise 2-3 gün araba kullanmayınız. Arabada otururken bacağınızı bükmeyiniz.

- Öksürme, hapşırma gibi durumlarda kasığınızı destekleyiniz.
- Alaturka tuvalet kullanmayınız. Kabızlık ve şiddetli ikinmadan kaçınınız. İşlem yapılan bacak/ kolda itme ve çekme hareketi yapmayınız.
- İlk 2 gün mümkün olduğunca cinsel aktiviteden kaçınınız.

Girişim yerinde, bazen kanın deri altına sızmasıyla morluk ve sertlik olabilir. Bunlar önemli değildir. Morlukların tamamen geçmesi bir kaç hafta alabilir. Ancak işlem yerinde kanama, şiddetli ağrı, ani şişlik olursa hemen hastaneye gidilmelidir.

Normal

Hastaneye Gidilmeli

Sağlıklı Yaşam için Öneriler

Kilonuzu düzenli takip ediniz gerektiğinde doktorunuza başvurunuz.	Sigara içmekten kaçınınız.	Şeker ve tuzdan uzak durunuz.	Dişizi çok sebzeyi, bakliyat ve tahılları tüketiniz.	Düzenli olarak spor yapınız.	Stres yönetimini yapabilmek için uzmanlardan destek alabilirsiniz.	Aileniz ve arkadaşlarınızla kuracağınız olumlu ilişkiler sağlığınıza olumlu yansıtacaktır. İsmal etmeyiniz.
--	----------------------------	-------------------------------	--	------------------------------	--	---

SAĞLIK ANCAK İYİ YAŞAM ALIŞKANLIKLARIYLA SÜRDÜRÜLEBİLİR



Katalog Danışma Kurulu

Danışman
Yardı. Doç. Dr. Handan SEZGİN
(Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıklar Hemşireliği Bölümü Öğretim Üyesi)

Arş.Gör. Nurdan YILDIZ
(Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıklar Hemşireliği Bölümü Araştırma Görevlisi)
nurdanyildiz01@gmail.com
İletişim Numarası: 05338463527

Prof. Dr. Nuray ENÇ
(İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı)

Uzm. Dr. Kardiyolog Gülgün GÖKTUNA VAİZ
(Etiloza Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi Klinik Şefi)

Uzm. Dr. Kardiyolog Ümit YÜKSEK
(Yakın Doğu Hastanesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniği Doktoru)

Hemşire Özlem YORGANCI
(Etiloza Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi Sorumlu Hemşiresi)

Hemşire Fatma GENÇTÜRK
(Yakın Doğu Hastanesi Kardiyoloji Servisi Sorumlu Hemşiresi)

Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Yalın ve anlaşılır bir dil kullanılarak hazırlanmalıdır. Formda yer alan bilgiler başvuru dosyasındaki diğer belgelerdeki bilgilerle uyumlu olmalıdır.)

ARAŞTIRMANIN ADI:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu form ile “**Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bakımında Bilgilendirmenin ve Müziğin Anksiyete Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması**” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Anksiyete, tüm insanların zaman zaman yaşadığı günlük yaşamı etkileyen, genellikle bilinmeyen ve anlaşılmayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak tanımlanmaktadır.

Anksiyeteye sebep olan birçok stresör kaynağı arasında hasta olmak, hastaneye yatmak ve cerrahi girişim geçirecek olmak geçici bir stres kaynağı olarak kabul edilebilir. Özellikle hasta için bunların ilk kez yaşanacak olması hastada oluşacak anksiyeteyi artırır. Koroner anjiyografi uygulaması da hastada stresi arttıran ancak kalp damar hastalıklarının teşhisi için son yıllarda giderek artan sıklıkta uygulanmaya başlanan girişimsel bir tanı yöntemidir.

Bu çalışmanın amacı; koroner anjiyografi girişimi uygulanan bireylerdeki işlem öncesi ve işlem sonrası anksiyete düzeyini belirlemektir.

Araştırmanın Yöntemi:

Araştırmanın, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC), Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin Kardiyoloji kliniğinde ilk kez koroner anjiyografi planlanmış hastalarla yapılacaktır. Yaklaşık 15 dakika da cevaplandırılabilmesi düşünülen, 40 sorudan oluşan Durumluk –Süreklilik Anksiyete Envanteri/ölçeği ve 23 sorudan oluşan tanıtıcı özellikler formu kullanılacaktır. Araştırmacı

tarafından; kan basıncı, nabız, solunum gibi yaşamsal bulgular alınarak, kullanılmışsa ilaç bilgileri takip formuna kayıt edilecektir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Nurdan Yıldız
Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi
Telefon : 05338463527

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Nurdan Yıldız ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Nurdan Yıldız
Adres: Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi C blok birinci kat asistan odası /Güney Kampüs
Tel: 05338463527
İmza:
Tarih:



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Yalın ve anlaşılır bir dil kullanılarak hazırlanmalıdır. Formda yer alan bilgiler başvuru dosyasındaki diğer belgelerdeki bilgilerle uyumlu olmalıdır.)

ARAŞTIRMANIN ADI:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu form ile “**Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bakımında Bilgilendirmenin ve Müziğin Anksiyete Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması**” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Anksiyete, tüm insanların zaman zaman yaşadığı günlük yaşamı etkileyen, genellikle bilinmeyen ve anlaşılmayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak tanımlanmaktadır.

Ameliyat/girişim öncesi dönemde ve her aşamada hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete ve ağrı kesici kullanımını azalttığı, memnuniyeti arttırdığı, anksiyete düzeylerini azalttığı gösterilmiştir. Bu araştırmanın amacı; ilk kez koroner anjiyografi işlemi uygulanacak hastalara Görsel Bilgilendirme Kataloğu ile yapılacak bilgilendirmenin anksiyete üzerindeki etkisini incelemektir.

Araştırmanın Yöntemi:

Araştırmanın, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC), Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin Kardiyoloji kliniğinde ilk kez koroner anjiyografi planlanmış hastalarla yapılması planlanmaktadır. Kliniğe randevu almaya geldiği zaman verilmek üzere Görsel Bilgilendirme Kataloğu hazırlanmıştır. Kataloğun içeriğinde; kalbin yapısı, koroner anjiyografinin ne olduğu, işlem öncesi bölgenin temizliği işlemin ne kadar süreceği, koroner anjiyografi sonucunda ne gibi komplikasyon gelişebileceği, koroner anjiyografi laboratuvarının tanıtılması gibi konular yer almaktadır. Yaklaşık 15 dakika da cevaplandırılabilmesi düşünülen, 40 sorudan oluşan Durumluk –Süreklilik Anksiyete Envanteri/ölçeği ve 25 sorudan oluşan tanıtıcı özellikler formu kullanılacaktır. Araştırmacı tarafından; kan basıncı, nabız, solunum gibi yaşamsal bulgular alınarak, kullanılmışsa ilaç bilgileri takip formuna kayıt edilecektir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Nurdan Yıldız

Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi
Telefon : 05338463527

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağıım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Nurdan Yıldız ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Nurdan Yıldız

Adres: Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi C blok birinci kat asistan odası /Güney Kampüs

Tel: 05338463527

İmza:

Tarih:



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Yalın ve anlaşılır bir dil kullanılarak hazırlanmalıdır. Formda yer alan bilgiler başvuru dosyasındaki diğer belgelerdeki bilgilerle uyumlu olmalıdır.)

ARAŞTIRMANIN ADI:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu form ile “**Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bakımında Bilgilendirmenin ve Müziğin Anksiyete Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması**” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarımızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarmanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Anksiyete, tüm insanların zaman zaman yaşadığı günlük yaşamı etkileyen, genellikle bilinmeyen ve anlaşılmayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak tanımlanmaktadır. Müzik terapi müziğin kontrollü kullanımı yani müziğin bir hastalık ve tanı işlemi sırasında hastanın, fizyolojik ve psikolojik bütünlüğüne yardımcı olacak şekilde kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Müzik terapinin fizyolojik etkileri incelendiğinde; beyin tarafından mutluluk hormonlarının salınımına etki etmektedir. Müzik terapi ile kas gerginliği azalır ve bunların sonucunda ise nabız, solunum hızı azalır ve düzene girerken, kan basıncı düşerek anksiyetenin azaltılmasında yardımcı olur. Bu araştırmanın amacı ilk kez koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda dinletilecek müziğin anksiyete üzerindeki etkisini incelemektir.

Araştırmanın Yöntemi:

Araştırmanın, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC), Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin Kardiyoloji kliniğinde ilk kez koroner anjiyografi planlanmış hastalarla yapılması planlanmaktadır. dinletilecek müziğin belirlenmesinde literatür taraması yapılmış ve altı tür yatıştırıcı müzik (kalp atışına yakın) olduğu görülmüştür. Bu altı tür yatıştırıcı müzik: doğa, piyano, arp, orkestra, caz, ve sentez müzik türlerinden oluşmaktadır. Ayrıca literatürde, müzik seçerken hastaların kişisel tercihlerine göre seçilmiş müzikler arasından seçim yapılması gerektiği bilgisi yer almaktadır. Bu nedenle size kalp ritminiz ile uyumlu bu altı tür müzik kısa kısa dinletilerek tercih edeceğiniz müzik türüne kendiniz karar vereceksiniz. Seçtiğiniz müzik türü size kulaklık ile koroner anjiyografi işlemi

öncesi 30 dk. süreyle dinlettirilecektir. Yaklaşık 15 dakika da cevaplandırılabilmesi düşünülen, 40 sorudan oluşan Durumluk –Süreklilik Anksiyete Envanteri/ölçeği ve 23 sorudan oluşan tanıtıcı özellikler formu kullanılacaktır. Araştırmacı tarafından; kan basıncı, nabız, solunum gibi yaşamsal bulgular alınarak, kullanılmışsa ilaç bilgileri takip formuna kayıt edilecektir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Nurdan Yıldız
Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi
Telefon : 05338463527

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Nurdan Yıldız ile iletişim kurabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Nurdan Yıldız
Adres: Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi C blok birinci kat asistan odası /Güney Kampüs
Tel: 05338463527
İmza:
Tarih:

Ek 7: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Uluslararası Kariyer İçin"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "For Your International Career"</p>	<p>P.K.: 99628 Gazimağusa, KUZZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 bayek@emu.edu.tr</p>
---	--	--

Etik Kurulu / Ethics Committee

Sayı: ETK00-2018-0241
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

14.09.2018

Zeynep Demirezen,

Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **21.05.2018** tarih ve **2018/59-56** sayılı kararı doğrultusunda, "**Yeme İçme Sektöründe Çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyometabolik Risklerinin Belirlenmesi**" adlı araştırmanızı, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin'in danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.

Doç. Dr. Şükrü TÜZMEN
Etik Kurulu Başkanı



ŞT/ba.

www.emu.edu.tr

Ek 8: Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurul İzni



K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ



K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ



Tarih: 28.12.2018

Sayı: YTK.1.

Tarih: 28.12.2018

Sayı: YTK.1.01

Sn. Nurdan Yıldız

Sn. Nurdan Yıldız

Etik Kurulumuzun yapmış olduğu toplantıda "Koroner Anjiyografi uygulanacak hastaların bakımında bilgilendirmenin ve müziğin anksiyete üzerine etkisinin karşılaştırılması" başlıklı 038-18 protokol numaralı araştırmanızı değerlendirmiş çalışmamız uygun görülmüştür.

Etik Kurulumuzun yapmış olduğu toplantıda "Koroner Anjiyografi uygulanacak hastaların bakımında bilgilendirmenin ve müziğin anksiyete üzerine etkisinin karşılaştırılması" başlıklı 038-18 protokol numaralı araştırmanızı değerlendirmiş çalışmamız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygularımızla sunulur.

Bilgilerinize saygularımızla sunulur.

Dr. Sonuç Büyükc
Etik Kurulu (a)
Etik Kurulu Üyesi ve
Başhekim Yardımcısı

Dr. Sonuç Büyükc
Etik Kurulu (a)
Etik Kurulu Üyesi ve
Başhekim Yardımcısı

SB/hg

SB/hg

İLETİŞİM

Tel +90 392 22 85441
Fax: +90 392 2231899
Email: ldn@tanitim@gmail.com

İLETİŞİM

Tel +90 392 22 85441
Fax: +90 392 2231899
Email: ldn@tanitim@gmail.com

Ek 9: Uzman Görüşü Yazısı

Sayın;

Yüksek Lisans tez çalışmam kapsamında araştırmayı gerçekleştireceğim "**Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Bakımında Bilgilendirmenin ve Müziğin Anksiyete ve Yaşamsal Bulgular Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması**" konulu çalışmam için '**Müdahale grubunda kullanılacak olan Görsel Bilgilendirme Kataloğu**' hazırlanmıştır. Kataloğun etkinliğinin değerlendirmesinde uzman görüşlerine gereksinim duymaktayız.

Ek- 1'de "**Görsel Bilgilendirme Kataloğu**" yer almaktadır. Sayfaların her biri Uygun değil, Uygun ancak bazı değişiklik gerekiyor, Çok uygun olarak değerlendirilmesi beklenmektedir. Kataloğun içeriği ile ilgili görüşlerinizi ve önerilerinizi almak çalışmanın geçerliliği için büyük önem taşımaktadır

Sayın hocalarım, çalışmama vereceğiniz değerli önerileriniz için şimdiden teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Nurdan YILDIZ

DAÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi