

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KORONER ANJİYOĞRAFI PLANLANAN
HASTALARDA REFLEKSOLOJİNİN ANKSİYETE
ÜZERİNE ETKİSİ**

Yusuf KIZIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç.Dr. Selma KAHRAMAN

ŞANLIURFA

2016

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KORONER ANJİYOĞRAFI PLANLANAN
HASTALARDA REFLEKSOLOJİNİN ANKSİYETE
ÜZERİNE ETKİSİ**

Yusuf KIZIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN

ŞANLIURFA

2016

T.C.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yusuf KİZİR' in hazırladığı "Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalarda Refleksolojinin Anksiyete Üzerine Etkisi". konulu çalışma 28.06.2016 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN

Harran Üniversitesi,

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Anabilim Dalı



Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

Gaziantep Üniversitesi,

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Anabilim Dalı



Yrd. Doç. Dr. Feyzullah BEŞLİ

Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Kardiyoloji Anabilim Dalı



TEŐEKKÖR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, çalışmamın her aşamasında bana yol gösteren, yardımını ve desteğini esirgemeyen, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımı ile beni her zaman cesaretlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN'a

Yüksek lisans öğrenimim boyunca, her sevinci ve zorluğu birlikte paylaştığımız çok sevdiğim yüksek lisans arkadaşlarıma ve beni destekleyen çalışma arkadaşlarıma, hayatımın her döneminde ve her konuda bana her türlü desteği sağlayan ve sevgilerini hiç esirgemeyen sevgili Aileme, sabır ve hoşgörü timsali sevgili eşim Mesude KIZIR'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Yusuf KIZIR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

| | |
|--|-----|
| TABLOLAR DİZİNİ..... | i |
| ŞEKİLLER DİZİNİ..... | ii |
| KISALTMALAR..... | iii |
| ÖZET..... | iv |
| ABSTRACT..... | vi |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1.Koroner Arter Hastalığı..... | 4 |
| 2.1.1Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri..... | 4 |
| 2.1.1.1. Değiştirilebilir Risk Faktörleri..... | 4 |
| 2.1.1.2.Değiştirilemeyen Risk Faktörleri..... | 5 |
| 2.1.1.3. Koroner Arter Hastalığında Yeni Risk Faktörleri..... | 6 |
| 2.1.1.4. Koroner Arter Hastalıklarında Tanı ve Tedavi..... | 6 |
| 2.2.Koroner Anjiyografi..... | 6 |
| 2.2.1.Koroner Anjiyografinin Endikasyonları..... | 7 |
| 2.2.2.Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları..... | 8 |
| 2.2.3.Koroner Anjiyografi Ve Hemşirelik..... | 9 |
| 2.3. Anksiyete..... | 10 |
| 2.3..1.Anksiyete Düzeyleri..... | 11 |
| 2.3.2. Anksiyete belirtileri..... | 12 |
| 2.4.Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp..... | 13 |
| 2.4.1.Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp Yöntemleri..... | 14 |
| 2.4.2. Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp Yöntemleri ve Hemşirelik..... | 15 |
| 2.5.Refleksoloji..... | 16 |
| 2.5.1. Refleksolojinin Tarihçesi..... | 16 |
| 2.5.2.Refleksolojinin etki mekanizması..... | 17 |
| 2.5.3.Refleksolojinin Kullanım Alanları..... | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 2.5.3.1.Refleksolojinin yaygın olarak kullanıldığı alanlar..... | 19 |
| 2.5.3.2.Refleksolojinin Sakıncalı Olduğu Durumlar..... | 19 |
| 2.5.4.Refleksolojinin Uygulanması..... | 20 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 23 |
| 3.1.Araştırmanın Şekli..... | 23 |
| 3.2Araştırmanın Yapıldığı Yer..... | 23 |
| 3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 23 |
| 3.4.Örneklem Kriterleri..... | 24 |
| 3.5.Veriler Toplama Yöntemi..... | 24 |
| 3.6.Araştırmanın Uygulanması..... | 25 |
| 3.7.Refleksoloji Uygulama Prosedürü..... | 26 |
| 3.8. Araştırmanın Etik Yönü..... | 28 |
| 3.9.Verilerin Değerlendirilmesi..... | 28 |
| 4. BULGULAR..... | 29 |
| 5. TARTIŞMA..... | 39 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 43 |
| 8. KAYNAKLAR..... | 44 |
| 7. EKLER..... | 52 |
| EK-1 Hasta Değerlendirme Formu..... | 52 |
| EK-2 STAI FORM TX-1 (Durumluk Kaygı Ölçeği)..... | 54 |
| EK-3 STAI FORM TX-2 (Sürekli Kaygı Ölçeği)..... | 55 |
| EK-4 Sertifika..... | 56 |
| EK-5 Refleksoloji Bilgilendirme Formu..... | 57 |
| EK-6 Kurum İzni..... | 59 |
| EK-7 Hasta Onam Formu..... | 60 |
| EK-8 Etik Kurul Onay Formu..... | 63 |

| TABLÖLAR DİZİNİ | Sayfa No |
|--|-----------------|
| Tablo 1. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri..... | 29 |
| Tablo 2. Hastaların Koroner Arter Hastalığına İlişkin Aile Öyküsü ve Koroner Anjiyografiye İlişkin Kaygı Durumu..... | 30 |
| Tablo 3. Hastaların uygulama öncesi ve uygulama sonrası durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları..... | 32 |
| Tablo 4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları..... | 33 |
| Tablo 5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları | 36 |

RESİMLER VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

| | |
|--|----|
| Resim 1. Ayak tabanında kalp-akciğer ve göğüs bölgesi..... | 20 |
| Resim 2. Ayakta solar pleksus noktası..... | 21 |
| Resim 3. Ayak Refleksoloji masajından Kesitsel Fotoğraflar..... | 27 |
| Şekil 1. Vücut organlarının ayak tabanındaki iz düşümü..... | 21 |



KISALTMALAR

| | |
|-----------------|--|
| TDT: | Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp |
| DKP: | Durumluk Kaygı Puanı |
| SKP: | Sürekli Kaygı Puanı |
| KAG: | Koroner anjiyografi |
| KAH: | Koroner Arter Hastalığı |
| TEKHARF: | Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri |
| NCCAM: | The National Center for Complementary and Alternative medicine (Ulusal Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp merkezi) |
| DSÖ: | Dünya Sağlık Örgütü |

ÖZET

KORONER ANJİYOGRAFI PLANLANAN HASTALARDA REFLEKSOLOJİNİN ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Yusuf KIZIR

Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Amaç: Bu araştırma; koroner anjiyografi yapılması planlanan hastalarda tamamlayıcı ve destekleyici yöntem olan refleksolojinin hastanın yaşadığı anksiyete üzerine etkisini belirlemek, bu konuda literatürü arttırmak, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve hemşirelik bakım planına katkı sağlamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Deneysel olarak yapılan araştırmanın örneklemini; 4 Mart – 12 Ağustos 2015 tarihleri arasında, Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma hastanesi koroner anjiyografi gözlem ünitesinde 50 müdahale 50 kontrol grubu olmak üzere toplam 100 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında “Hasta değerlendirme formu” “Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (durumluk/sürekli kaygı ölçeği)” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmesi SPSS 16 paket programında, tanımlayıcı istatistik, wilcoxon ve anova testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Refleksoloji uygulanan hastaların % 56 sının erkek, kontrol grubundaki hastaların ise % 52 sinin kadın olduğu görülmüştür. Hem müdahale grubunda hem de kontrol grubundaki hastaların çoğunluğu evlidir (%88, %86). Hastaların yaşa ait verileri incelendiğinde; müdahale grubunun % 68’ i 60 yaş altında iken, bu oran kontrol grubunda % 48 dir. Okur-yazar olmayan hastaların % 50’i refleksoloji uygulanan grupta, % 78’i kontrol grubundadır.

Müdahale grubunda uygulama öncesi durumluk kaygı puanı (DKP) ortalaması $42,9 \pm 11.1$ iken uygulama sonrası 34.4 ± 9.3 olarak düştüğü saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda uygulama öncesi DKP ortalaması $43,02 \pm 7.9$ iken uygulama sonrası bu değer 46.34 ± 6.8 olarak arttığı belirlenmiştir. ($p < 0.05$).

Sürekli kaygı puan (SKP) ortalaması hem müdahale grubunda ($p > 0.05$) hem de kontrol grubunda ($p > 0.05$) azalmıştır.

Refleksoloji uygulaması, erkeklerde, ilkokul mezunu olanlarda sürekli kaygıyı düşürmede daha fazla etkili iken, durumluk kaygı puanı, hastaların sosyo-demografik değişkenlerinden bağımsız olarak tüm hastalarda azalmıştır.

Sonuç; Refleksolojinin hastaların yaşadıkları kaygıyı azaltmada etkili olduğu, özellikle anlık kaygıya etkisinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu konuda daha çok araştırma yapılması ve araştırma sonuçlarının hasta bakımına yansıtılması önerilebilir

Anahtar kelimeler: Refleksoloji, Anksiyete, Koroner Anjiyografi, Hemşirelik, Tamamlayıcı Tıp



ABSTRACT

DEFINITION OF THE EFFECT OF REFLEXOLOGY ON ANXIETY IN PATIENTS PLANNED TO UNDERGO CORONARY ANGIOGRAPHY

Yusuf KIZIR

Department of Nursing, Master's Thesis

Aim: The aim of this research is to define the effect of reflexology, a supplementary and supportive method on anxiety in patients who are planned to undergo coronary angiography and to contribute to the literature on this subject, to improve the quality of life of the patients and to contribute nursing care planning.

Method: Sampling of this experimental research was composed of a total of 100 patients including 50 in the intervention group and 50 in the control group who were admitted to the coronary observation room of the Sanliurfa Mehmet Akif Inan Education and Research Hospital between March 4, 2015 and August 12, 2015. "Patient evaluation form" and "Spielberger State-Trait Anxiety Inventory" were used in collection of the data. Analysis of the data was performed using SPSS 16 package program and descriptive statistics, wilcoxon and Anova test.

Findings: Males composed 56% of the patients who were applied reflexology and females composed 52% of patients in the control group. Most of the patients in both the intervention and control groups were married (88% and 86%, respectively). As per the data related with age, 68% of the intervention group and 48% of the control group was less than 60 years old. Among the illiterate patients, 50% was in the reflexology group and 78% was in the control group.

Mean State Anxiety Score (SAS) prior to the application in the intervention group was $42,9 \pm 11,1$, while it was found to be decreased to $34,4 \pm 9,3$ after the intervention ($p < 0,05$). Mean STAS was $43,02 \pm 7,9$ prior to the application in the control group, while it was found to be increased to $46,34 \pm 6,8$ following the application ($p < 0,05$).

Mean Trait Anxiety Score (TAS) was decreased in both the intervention ($p>0.05$) and control groups ($p>0.05$).

Reflexology application was more effective in decreasing trait anxiety in men and in primary school graduates, while state anxiety points decreased in all patients independent from the sociodemographic variables of the patients.

Conclusion: Reflexology was found to be effective in decreasing the anxiety of the patients, and especially instant anxiety. It can be recommended that more research should be performed on this subject and the results of the researches should be reflected to patient care.

Key Words: Reflexology, Anxiety, Coronary Angiography, Nursing, Complementary Medicine



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yirminci yüzyılda dünyada, eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Yaşam süresinin uzaması istenilen bir şey olmakla birlikte, paralelinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların görülme sıklığında artış meydana gelmiştir (1,2). Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) 2010 yılında yayınladığı bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin küresel durum raporuna göre 2008 yılında dünya çapında meydana gelen 57 milyon ölümün 36 milyonundan kronik hastalıklar sorumludur (3). Kronik hastalıklar deyince ilk akla gelen kalp ve damar hastalıklarıdır (4,5).

Küresel ölçekte tüm ölümlerin %31'inden kardiyovasküler hastalıklar sorumludur. 2012 yılında kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklı 17 milyon ölümün 7,4 milyonundan koroner arter hastalığı (KAH) sorumlu tutulmuştur. Türkiye'de ise kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm oranı, % 39 dur ve bu ölümlerin en büyük payını KAH oluşturmaktadır. Kalp hastalıkları ile ilgili ilk araştırma olan Türk erişkinlerinde kalp hastalığı ve risk faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre, koroner arter hastalıklarının kesin tanısı Koroner anjiyografi (KAG) ile konulmaktadır (6,7).

KAG, koroner damar anatomisinin görüntülenmesi, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi ve prognozun kestirilmesi amacıyla yapılır. KAG ayrıca anjina etkisi yapan koroner arter spazmı, kalbi besleyen damarlardaki anomaliler ve daha birçok KAH'ın tanısı için en güvenilir ve kesin yöntemdir. Ancak KAG her ne kadar güvenli bir yöntem olsa da hastanın anksiyetesini artırıcı etkisi bulunmaktadır. Anksiyete semptomatik kalp hastalıklarının (Anjina pectoris, akut kalp yetmezliği gibi) ortaya çıkmasında güçlü bir provokatördür (8).

Anksiyete kişinin kendini tehlikede hissetme durumudur. “Sims ve Snaith anksiyeteyi; bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum” olarak tanımlamıştır” (9,10). Anksiyete her bireyin yaşadığı, iç ve dış tehditlerle bireyin

kendini güvende hissetmediği durumlar sonucu artan evrensel bir duygudur (11). Anksiyete sempatik sinir sistemini harekete geçirir, epinefrin ve nonepinefrin salınımını artırır ve hastanın fizyolojik ve biyokimyasal parametrelerini etkileyebilir. Sempatik yanıtın uyarılması ile taşipne, hipertansiyon, hipotermi, arteriyel vazokonstriksiyon artmış veya azalmış doku perfüzyonuna neden olabilir (12,13). Fakat hastada anksiyetenin gerekenden yüksek olması başta kalp olmak üzere birçok organı fizyolojik olarak olumsuz yönde etkiler. Anksiyetenin kardiyovasküler olaylar için bir risk faktörü olduğu ve koroner dolaşımı bozduğu, anksiyete bozuklukları ile ani ölüm riskinin daha da arttığı belirtilmiştir. Yaşanan bu olumsuzluğu en aza indirmede hemşirelere önemli görevler düşmektedir (14-17).

Hemşireler, KAG işlemi öncesi hasta ve hasta yakınının anlayacağı bir dille, entellektüel seviyelerine uygun bir şekilde, işlemi detaylı olarak anlatmalı ve gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi vermelidir. Yapılan çalışmalar invaziv girişim öncesi verilen eğitimin hastanın kaygı düzeyini azalttığını göstermiştir. KAG olmak için bekleyen hastaların kaygı düzeyleri genellikle yüksektir. Mikosch ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada KAG'nin kaygı, korku ve strese neden olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada da KAG için bekleyen hastaların % 82 sinin kaygı düzeyi yüksek belirlenmiştir (18).

KAG öncesi anksiyeteyi azaltmanın bir yolu da refleksolojidir. Refleksoloji çeşitli klinik durumlarda kullanılan girişimsel olmayan tamamlayıcı ve destekleyici tıp (TDT) yöntemlerinden biridir. Refleksoloji, Ulusal Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp merkezi (The National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM) tarafından belirlenen 4 yöntemden biri olan manipulatif ve vücut temelli uygulamalar sınıfına girmektedir (19).

Refleksoloji, ayaklardaki refleks noktalarını uyarmaya dayanan bir yöntemdir. Ayak Refleksolojisi ayak tabanındaki belli noktaların manüel uyarılarak vücuttaki sinirlerin ve kan dolaşımının uyarılmasına yardımcı olan bir tekniktir. Yine başka bir tanıma göre refleksoloji, bedenin tüm bölgelerine, organlarına ve sistemlerine karşılık gelen ve ayaklardaki refleks noktalarına, el ve parmaklarla uygulanan bir baskı tekniğidir. Vücudun her bölgesinin, ayaklarda bulunan belirli bir noktaya karşılık geldiği ve bu noktalara uygulanan basıncın, tüm vücudu gevşetip dengeleyebileceği düşünülmektedir. Hastalar üzerinde yapılan birçok çalışmada refleksolojinin etkinliğinden ve olumlu sonuçlarından bahsedilmiştir.

Refleksolojinin gevşetici etkisi olumlu yönlerinden birisidir. Vardanjani ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada KAG öncesi erkek hastalarda refleksoloji yöntemi uygulanmış ve hastaların kaygısının azaldığını belirtmişlerdir. Ancak bu konu ile ilgili başka çalışmalara rastlanmamış ve literatürün yetersiz olduğu görülmüştür (20, 21).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada;

KAG yapılması planlanan hastalarda refleksolojinin anksiyete üzerindeki etkisini değerlendirmek

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre refleksolojinin etkisini incelemek

Refleksoloji yöntemini hemşirelik eğitiminde ve uygulamasında yaygınlaştırmak, bu yöntemin önemini pekiştirilmesi için farkındalık oluşturmak, bakım planını kalitesinin artırmak

Refleksolojinin doğru, güvenli, etkili ve akılcı şekilde yapılabilmesi ile komplikasyonları azaltmak ve böylece hastanın yaşam kalitesini artırmak,

Bu konuda literatürü artırmak ve araştırmalara teşvik etmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı

Kardiyovasküler sistemin en yaygın görülen hastalığı KAH' dır. Koroner arterlerde oluşan ateroskleroz, yavaş ilerleyen bir süreçtir, çocukluk çağından itibaren başlar ve koroner arter hastalıklarının %85'inin etiyolojisini oluşturur. KAH, endüstri toplumlarında erişkin ölümlerinin %50 sinden fazlasının nedenidir (22-24).

DSÖ' nün 2020 yılı için yapılan hesaplamalarına göre ise kalp ve damar hastalıkları nedeniyle yılda yaklaşık olarak 25 milyon kişinin yaşamını yitireceği tahmin edilmektedir. Ayrıca ateroskleroza bağlı ölümlerin tüm dünyada birinci ölüm nedeni olacağı tahmin edilmektedir (25).

2.1.1. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri

Mortalite, morbidite ve iş gücü kaybı açısından önemli bir toplum sağlığı sorunu olan ve literatüre bakıldığında uzun yıllar önemini koruması beklenen KAH için DSÖ risk faktörlerini belirlemiştir. Risk faktörlerinin belirlenmesi hem hastalığın önlenmesinde hem de bu tanıyı almış bireylerde tekrarlayan olayların önlenmesinde önemlidir (26).

KAH' da etiyolojik faktörler birçok çalışmayla ortaya konulmaya çalışılmıştır. Hastalığın gelişiminde rol oynayan, değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri şunlardır:

2.1.1.1. Değiştirilebilir risk faktörleri

Majör risk faktörleri

- Yüksek kan basıncı
- Anormal kan lipid düzeyleri

- Sigara içiciliği
- Yetersiz fiziksel aktivite
- Obezite
- Düzensiz ve yetersiz beslenme
- Diabetes mellitus

Minör risk faktörleri

- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Kötü ruh sağlığı
- Kronik stres ve anksiyete
- Alkol kullanımı
- Bazı ilaçların kullanımı (hormon replasman tedavileri, oral kontraseptifler)
- Yüksek LDL kan kolesterol düzeyi
- Sol ventrikül hipertrofisi

2.1.1.2. Değiştirilemeyen risk faktörleri:

- İleri yaş
- Aile öyküsü
- Genetik faktörler
- Etnik köken.

2.1.1.3.Koroner arter hastalığında yeni risk faktörleri

Homosistein: Yükselmesinde genetik faktörlerin ve beslenme alışkanlıklarının etkili olduğu ve vasküler trombotik olaylarla ilişkilendirilen bir aminoasittir (27).

İnflamasyon: Uzun süre yüksek seyreden C reaktif protein (CRP) gibi çeşitli inflamasyon belirtileri kardiyovasküler açıdan risk kabul edilir.

Pıhtılaşma bozuklukları (25).

2.1.1.4.Koroner arter hastalıklarında tanı ve tedavi:

Mortalite ve morbidite oranı yüksek olan KAH' ın tedavisi medikal tedaviden invaziv tedaviye doğru bir eğilim göstermektedir (28). KAH' ın tanısını koymak büyük önem arz etmektedir. Her yıl bir çok hasta KAH' ı düşündüren semptomlarla kardiyoloji polikliniklerine ya da acil servislere başvurmakta ve bunların çoğunda non invaziv yöntemlerle KAH ekarte edilmekte veya daha ileri tanılama yöntemleri için invaziv işlemlere gereksinim duyulmaktadır. KAG invaziv bir tanılama ve tedavi yöntemidir (29). KAH' ın tespitinde KAG altın standart olarak kabul edilmekte ve esas tedavinin seçiminde en değerli bilgiyi vermektedir (30,31).

2.2. Koroner Anjiyografi

KAG; radyopak kontrast maddenin damara zekredilip akabinde koroner damarların radyografik olarak görüntülenmesi işlemidir (34,35). KAG ile ilgili uygulamalar 1922 yılında başlamış ve bu güne kadar gelmesinde birçok bilim insanının katkısı olmuştur. KAG' ye yönelik araştırmalar ve iyileştirmeler hala devam etmektedir (29).

KAG, gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan birçok ülkede en önemli ölüm nedeni olan kardiyovasküler hastalıkların tanısında sıklıkla kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılında 1 milyondan fazla kişiye KAG yapılmıştır (32). Ülkemizde de KAG oldukça sık kullanılan bir yöntemdir, nitekim 2009 yılında Türkiye'de yapılan toplam anjiyografi sayısı 333.004 olarak belirtilmiştir (33).

2.2.1. Koroner Anjiyografinin Endikasyonları

KAG'nin endikasyonları ve sınıflandırılması;

Sınıf I Endikasyonlar; mutlak şekilde KAG' nin önerildiği durumlardır.

- Bilinen ya da muhtemel anjina pektoris olup ani kardiyak ölüm sonrası hayatta kalan hastalar,
- medikal tedaviye rağmen hayatı kısıtlayan kronik kararlı anjinası olan hastalar,
- Non-invaziv testte yüksek risk kriteri olan hastalar,
- Ani kardiyak ölüm sonrası hayatta kalan ya da şiddetli ventriküler aritmilere maruz kalan hastalar,
- Kalp yetmezliğinin bulguları ve semptomları olan anjinalı hastalar,
- Maksimal medikal tedaviye rağmen sıradan aktivitelerde belirgin sınırlaması olan hastalar,
- Göğüs ağrısı olan ve kalsiyum antagonistleri ve nitrogliserine yanıt veren ST yükselmeli miyokard enfarktüsü (STYME) olan hastalar,
- Düşük dereceli aktivitede istirahat sırasında anjina olması
- Yüksek troponin T yada I düzeyi
- Yeni ya da büyük ihtimalle yeni olduğuna inanılan ST depresyonu
- Non-invaziv stres testinde yüksek risk bulguları
- Deprese sol ventrikül sistolik fonksiyonu

Sınıf II Endikasyonlar; KAG' nin yapılmasının faydalı olduğu durumlar.

- Non-invazif testten sonra şüpheli KAH tanısı alan hastalar,
- Güçsüzlük, hastalık yada obesiteden dolayı non-invazif teste gönderilemeyen hastalar,

- mesleki gereklilik (pilot, otobüs şöförü, polisler) için kesin tanı gerektiren hastalar,
- Koroner arter spazmindan şüphelenilen ve provokatif testin gerekli olabileceği hastalara,
- Tedaviye rağmen akut koroner sendrom için tekrarlayan başvurusu olan hastalar,
- Koroner baypas sonrası 12 ay içinde tekrarlayan iskemi,
- Kardiyak kökenli olan ya da olmayan göğüs ağrılı hastalar,
- Daha önceden koroner anatomisi bilinmeyen, revaskülarizasyon için kontrendikasyonu olmayan ve kalp yetersizliği ile başvuran hastalar (35).

2.2.2. Koroner Anjiyografinin Komplikasyonları

Tüm invaziv yöntemlerde olduğu gibi KAG de kendi içinde çeşitli riskler barındırmaktadır. 1958 yılında başlatılan KAG günümüze kadar bilim insanlarının katkılarıyla gelişerek gelmiş ve kullanılan cihazların kalitesi, yetişmiş personel KAG' nin komplikasyonlarını azaltmış olsa da koroner arterlerde revaskülarizasyona bağlı gelişebilen ölümcül ritimler, yapılan işlemin invaziv olması kullanılan materyale yönelik allerjik reaksiyonlar ve radyopak maddenin kullanımı işlem sonrası majör veya minör komplikasyonlara sebebiyet vermektedir.

İlaç Yan Etkileri;

İşlem öncesi kullanılan genel ve lokal anestetikler, kontrast madde ve heparine bağlı reaksiyonlar görülebilir.

İnme ve Geçici İskemik Atak;

İnme tanısı KAGnin seyrek görülen önemli bir komplikasyonudur.

Akut Renal Yetmezlik;

KAG sonrası görülen renal yetmezlik daha çok kontrast maddeye bağlı kontrast madde nefropatisi olsa da renal ateroemboli ve anjiyografi sonrası komplikasyonlara bağlı bozulan hemodinami renal yetmezliğin etyolojisini oluşturmaktadır.

Miyokard enfarktüsü;

KAG esnasında iskemi sıklıkla görülür fakat mI oluşturma riski çok azdır

Lokal Vasküler Komplikasyonlar;

- Akut arter trombozu,
- Distal damar yatağına embolizasyon,
- Damar diseksiyonu,
- Kanama kontrolünün tam olmaması sonucu dışarı kanama,
- Femoral ya da retroperitoneal hematom,
- Pseudoanevrizma ve arteriyo-venöz fistül

- KAG sonrası en sık görülen vasküler komplikasyonlardır

Diğer komplikasyonlar

- Ciddi aritmi,
- Girişim bölgesindeki venöz spazmlara bağlı ağrı,
- Enfeksiyon,
- Kardiyak perforasyon,

- Hipotansiyon,

- Görme Bozuklukları ve geçici körlük (8,36,30).

2.2.3. Koroner Anjiyografi Ve Hemşirelik

Koroner anjiyografi işleminin etkin yapılabilmesi ve oluşabilecek komplikasyonları önlenmesi hemşirelerin sorumluluğundadır. Anjiyo işlemi öncesinde, sırasında ve sonrasında yapılacak hemşirelik girişimleri ve komplikasyonların erken tanınması ve müdahalesi büyük önem taşımaktadır.

Bu doğrultuda; hastanın anksiyetesini düşürecek girişimlerde bulunmak; hastayı bilgilendirmek, soru sormasına fırsat tanımak, psikolojik olarak kendisini hazır hissettirmek yine hemşirenin sorumlulukları arasındadır.

Hastanın hemodinamik takibi, işlem öncesi ve sonrası yatak istirahati, komplikasyonların takibi ve erken tanınması, kontrast madde nefropatisini önlemek amacıyla hastanın işlem sonrası yeterli hidrasyonunu sağlamak, KAG’ de hemşirelik bakımının hedeflerindedir (37).

Tüm invaziv girişimler ağrı hissi yaşama korkusu, bilinmezlik, vücuduna zarar verilme korkusu v.b. nedenlerden ötürü anksiyete oluşumu için güçlü bir nedendir. KAG’ de bu manada anksiyeteyi arttıran bir uygulamadır. Sinir sistemini endokrin bezlerini ve bağışıklık sistemini etkileyen anksiyete, yaraların iyileşmesinde gecikmeye, ritim bozukluklarına, miyokard iskemisine, kalp yetmezliğine, deliryuma neden olabilir. Ayrıca hastanede kalış süresini artırabilir, yaşam ve uyku kalitesini düşürür (12,24.40). Kişinin psikolojik yükünü hafifletmek için rutin hemşirelik bakımının yanı sıra hastanın anksiyetesini düşürecek uygulamalar da hemşirelik planında yer almalıdır.

2.3. Anksiyete

Anksiyete sözcüğü, sıkışma ve darlık anlamına gelen “angh” kökünden türemiştir. Değişik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağırıştırır. Türkçe’de “bun”, “bunaltı”, “can sıkıntısı” veya “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” olarak tanımlanabilir (38).

Korku ve anksiyete aslında yaşamın bir parçasıdır. Bireyi dış tehditlere karşı uyanık tutar ve tehdit unsuru ortadan kalktığıında kaygı ve korku durumu da ortadan kalkar. “Sims ve Snaith anksiyeteyi “bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum ” olarak tanımlamıştır” (10).

Janet “Anksiyete zihin fonksiyonları ile orantılı olarak ortaya çıkan psikolojik bir gerginliktir” tanımını yapmıştır. Websters sözlüğü ie anksiyeteyi “olması yakın olan ya da umulan bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluk ” olarak tanımlamıştır.

Spielberger'in kuramına göre gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı durumluluk anksiyete olarak tanımlanır ve bu durum stresin ortadan kalkmasıyla biter.

Buna karşı bireyin huzursuzluk endişe, karamsarlık duyguları, aşırı duyarlılık ve yaygın coşkulu tepkilerde bulunma eğilimi göstermesine de sürekli anksiyete denmektedir ve durumluk anksiyetenin aksine bu durum zamanla değişmez.

Anksiyete aynı zamanda herhangi olağan üstü bir durum karşısında uyanıklığın artması ve buna bağlı kalp hızının artması kan basıncının ve kan şekerinin yükselmesi panik tablosunun oluşması göğüste sıkışma, nefes alıp vermede zorlanma, terleme, tuvalete gitme gereksinimi duyma gibi semptomların tümünü tarif eder (39), huzursuzluk, dolanıp durma da anksiyetenin belirtileri arasında yer alır.

Bireyin anksiyete düzeyi normal sınırlarda ise destek sistemleri devreye girer ve bu da bireyin kendini geliştirmesine olanak sağlar.

Normal anksiyete ile patolojik anksiyete arasındaki çizgi net değildir. Genellikle beklenmedik olaylar ve hayati tehlikenin söz konusu olduğu durumlarda karşılaştığımız anksiyetenin, ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir - anksiyete bozukluğu- patolojik anksiyete olduğunu düşündürür (11).

Anksiyetenin KAG olmayı bekleyen hastalar arasında en sık rastlanan olumsuz duygulardan biri olduğu belirtilmiştir (41).

2.3.1. Anksiyete Düzeyleri

Hemşirelik teorisyenlerinden HALL ve PAPLEU anksiyeteyi yaşanan düzeylere göre sınıflandırmışlardır.

Hafif Düzey Anksiyete; bu düzeyde kişi uyanıktır. İşitir, görür, ve birey bu aşamada daha iyi anlamaya odaklanmıştır.

Orta Düzey Anksiyete; terleme çarpıntı kas ağrısı gibi semptomlar bu düzeyde görülür ve birey çevresinde olan bitenin farkında değildir. Fakat farklı bir uyararla tekrar odaklanma düzeyi artar.

Şiddetli Düzeyde Anksiyete; bu düzeyde birey problem çözemez, odaklanamaz ve somatik belirtiler, baş ağrısı, bulantı, huzursuzluk, baş dönmesi, titreme, görülür.

Panik Düzeyinde Anksiyete; anksiyete arttıkça tablo ağırlaşır ve birey panik haldedir. Dışarıdan uyarılar ile de kendine gelemez. Bireyin kendi kendine sakinleşmesi beklenilmelidir (42).

2.3.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete kişiden kişiye farklı semptomlar gösterir;

Kardiyovasküler ve solunumsal semptomlar;

- Çarpıntı,
- Terleme,
- Hava Açlığı,
- Hiperventilasyon,
- Yüzeysel Solunum.

Gastrointestinal semptomlar;

- Bulantı,
- Kusma,
- Boşluk Duygusu
- midede 'Kelebekler Uçuştuğu', İçinde Bir Şeylerin 'Pır Pır Ettiği' duygusu,
- Gaz Ağrıları,
- Diyare

Diğer semptomlar;

- Sık İdrara Çıkma,
- Göğüste Sıkışma,
- Kas Gerginliği,
- Baş Ağrısı
- Boyun Tutukluğu,

- Ejakülasyon Bozuklukları,
- Uykusuzluk,
- Huzursuzluk (42,43)

Anksiyete bireyde yaşanılma zamanına göre ikiye ayrılır.

Durumluk Anksiyete; Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği sübjektif korkudur. stresin yoğun olduğu zamanlarda yükselir, stres kaynağı ortadan kalktığında düşer veya ortadan kalkar.

Sürekli Anksiyete: Bireyin kaygı yaşantısına yatkınlığıdır. Birey içerisinde bulunduğu durumu stresli olarak algılar veya stresli yorumlama eğilimindedir. Sürekli kaygı durumu gözlenen bireylerde durumluk kaygı da yoğun olarak yaşanır..

2.4. Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp

Sağlık profesyonelleri arasında popülerliğini koruyan destekleyici tıp tıbbi tedavilerin yerine geçen, modern tıp tarafından kabul edilmeyen her türlü sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı tıp ise modern tıp tedavisi ile birlikte, modern tıp tedavisine ek olarak uygulanan tedavi ve bakım sistemidir. İnsanoğlunun tarihi kadar eski olan TDT, 20. Yüzyılın ortalarından itibaren modern tıbbın ilerleyişi kadar hızlı olmasa da büyük bir ivme yakalamıştır. TDT başlığı altında buluşan uygulamalar refleksoloji gibi yoğun odaklı terapilerden geleneksel Çin tıbbı gibi bütünleşmiş sistemlere uzanan bir çeşitlilik göstermektedir (45).

Amerikan Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp Ulusal merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine) TDT'yi şöyle tanımlamaktadır; "...geleneksel tıbbın ayrılmaz bir parçası olmayan sağlık hizmetleri uygulamalarıdır. Dünyadaki insanların çeşitliliği ve sayıları kadar çok olan bu uygulamalar Destekleyici tıp sistemleri, akıl-beden girişimleri, biyolojik temelli tedaviler, manipülatif ve bedensel yöntemler, enerji terapileri olmak üzere beş ana başlıkta sınıflandırılabilir."

modern bilime ve tıp uygulamalarına karşın TDT uygulamalarının bu denli yaygınlaşmasının nedeni; yaşlı nüfusun artması ile beraber kronik hastalıkların görülme sıklığı ve modern bilimin kronik hastalıklara getireceği çözüme olan inancın azalmasıdır.

Buna karşın tarihte birçok tıp okulu ve üniversite TDT uygulamalarına karşı çıkmış ve bu konuda sağlık politikalarını da etkileyip geleneksel TDT kullanımını ve bu yönde geliştirilebilecek sosyal destek sistemlerinin oluşmasına da engel olmuşlardır (45).

Birçok ülkenin kendine has geleneksel tıp uygulamaları vardır ve o ülkenin kültür ve geleneklerine dayanır. Bunların bazıları tüm dünyada kullanılır, örneğin Ayurveda, refleksoloji, homeopati gibi (46).

TDT yöntemlerinin birçoğunun yapılan çalışmalarla etkili olduğuna dair bir takım bilimsel kanıtlar bulunsa da bilimsel olarak hala yanıt arayan önemli sorular vardır. Nitekim DSÖ tamamlayıcı terapilerin doğru, güvenli, etkili, akılcı ve yasalara uygun şekilde kullanımı ile ilgili bir bildiri yayınlamıştır (47,48).

Gelişmiş ülkelerde TDT kullanımı yaygındır, birçok ülkede bu oran % 70 -80' leri bulmaktadır; Amerika'da %42, Avustralya'da %48, Fransa'da %49, Kanada'da %70 iken, gelişmekte olan ülkelere Şili'de %71, Çin'de %70, 16 Kolombiya'da %40 ve Afrika ülkelerinde %80 oranındadır (49,50).

2.4.1 Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp Yöntemleri

Geçmişten günümüze gelen TDT yöntemleri, yeni yüzyılda da sağlık bakım sisteminin önemli bir parçası olmaya devam etmektedir.

Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp Ulusal merkezine (NCCAM) göre 200'den fazla TDT yöntemi tanımlanmıştır ve bunlar birbiri içine geçebilen 4 büyük kategoriye ayrılmıştır.

- 1) Enerji tıbbi: Biyoenerji, Akupunktur, Reiki, Terapötik Dokunma, Biyoelektromanyetik Bazlı Tedaviler
- 2) Zihin- Beden Tıbbi: Biyofeedback, Hipnoz, Gevşeme/meditasyon, müzik, Hayal Kurma, Yoga, Vizualizasyon, Dans Gibi Uygulamalar
- 3) Manipulatif ve Vücut Temelli Uygulamalar: Kriyopraktik manipulasyon, masaj, Refleksoloji, Hidroterapi Gibi Yöntemler
- 4) Biyolojik temelli uygulamalar: Bitkisel tedaviler, yüksek doz vitaminler, diyet destekleri şeklinde sıralanabilir (51-53).

2.4.2. Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp Uygulamaları ve Hemşirelik.

Tüm dünyada TDT kullanımı oldukça yaygındır (49,50). TDT yöntemleri büyük bir çeşitlilik göstermektedir. Her yörenin veya bölgenin kendisine has TDT yöntemleri olabileceği gibi akupunktur, thai masajı gibi bir bölgeden çıkıp tüm dünyaya mal olmuş TDT kullanımları da vardır (46). Bunda artan göç hareketlerinin de payı vardır (45). Bu kadar geniş bir uygulama yelpazesine sahip TDT yöntemlerini uygulayacak tüm sağlık meslek gruplarının ve hemşirelerin bu uygulamaların hemşirelik bakımı ile etkileşimini iyi anlamaları gerekmektedir (45).

Popüleritesi giderek artan ve DSÖ' nün de yakın gündemine alarak 2014 - 2023 stratejilerini belirlediği TDT uygulamaları ehil olmayan kimselerce uygulanmaya ve toplumun bu yönde ki gereksinimleri eğitim almamış kişi veya kuruluşlarca karşılanmaya çalışılmıştır (48). Hemşirelik ise 1970' lerden beri dokunma tekniklerini profesyonel olarak uygulamasına entegre etmiştir (54). Teknolojik gelişmelerin artması ve beraberinde bilimsel bilginin artması tüm bilimlerde olduğu gibi hemşirelik biliminde de rol ve sorumluluklarda değişimler meydana getirmiştir. Hemşirelerden beklenen, TDT yöntemlerine ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmek ve bu yönde stratejiler belirlemektir (55).

Hemşireler, TDT uygulamalarını doğrudan uygulamaya dahil oldukları, kısmen dahil oldukları ve hemşirelerin dahil edilmedikleri sadece öneride bulunabilecekleri uygulamalar olmak üzere üçe ayrılır.

1. Doğrudan dâhil oldukları TDT uygulamaları; masaj, Shiatsu, Refleksoloji, Aromaterapi ve Terapötik dokunma.
2. Kısmen dahil oldukları TDT uygulamaları; Homeopati, Bitkisel terapiler, Beslenme terapileri ve Hipnoterapi.
3. Öneride bulunabildikleri TDT uygulamaları; Akupunktur, Siropraksi ve Osteopatya (56).

2.5. Refleksoloji

Refleksoloji; bedenin tüm bölgelerine, organlarına ve sistemlerine karşılık gelen el ve ayaklardaki refleks noktalarına, el ve parmaklarla uygulanan bir baskı tekniğidir. Bu yöntemle bedenin kendi kendini tedavi etme mekanizması harekete geçirilir ve bedende fizyolojik bir rahatlama sağlanır (58).

Refleksoloji, NCCAM tarafından belirlenen 4 yöntemden biri olan manipulatif ve vücut temelli uygulamalar sınıfına girmektedir. Refleksoloji, karışık vücut fonksiyonlarını düzenleyen bir masaj şeklidir ve böylece rahatlatma ve gevşetme etkilerine sahiptir (59).

Refleksoloji, Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü tarafından “tüm salgı bezleri, organlar ve vücut bölümleri ile ilişkili olan ellerde, ayaklarda ve kulaklardaki refleks noktalarına elle uygulanan, vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardım eden bir teknik” olarak tanımlanmıştır. Refleksoloji eller, ayaklar ve kulaklara uygulanabildiği halde çalışma alanı geniş olduğundan en yaygın tercih edilen bölge ayaklardır (60-62).

Başka bir tanımlamaya göre ise refleksoloji, iyileşmeyi sağlamak için, refleks noktalarına ovma, sıvazlama ve sıkma hareketleri ile basınç uygulanarak gerçekleştirilen özel bir basınç tekniği ve enerji dengeleme sistemidir. Refleksoloji, tamamlayıcı tıbbın en çok kullanılan yöntemlerinden biridir (63,64). Gerek kullanım sahasının genişliği, gerekse uyarı noktalarının cilt yüzeyine yakınlığı nedeniyle refleksolojinin en etkin yapılaşma şekli ayak refleksolojisidir (20).

2.5.1. Refleksolojinin tarihçesi

Milattan önce 12 bin yıllık bir geçmişi olan refleksolojiye rastlanılan ilk kaynak, İnkalardan kalma mağaralarda mağara duvarlarına yapılan resimler ve İsadan Önce 2350 yıllarında altıncı hanedanlığın başlangıcında Sakkarad doktor mezarı olarak bilinen Ankmahor mezarı üzerindeki duvar resmidir. Günümüze kadar İnkalar ve Kızılderililer aracılığıyla gelmiş olabileceği tahmin edilmektedir. Refleksolojinin doğuşunun ilk insanların maymunların davranışlarını gözlemleyerek gerçekleştirdiği tahmin edilmektedir. Günümüzde hala maymunları kendilerinin hem diğer maymunların el ve ayaklarını ovuşturup kaşıdıkları bilinen bir gerçektir (20,57,58,61).

Buduzimin kurucusu Buda'nın ayak tabanının izinde kalp ve iç organlarını gösteren refleksoloji noktaları mevcuttur. Çin kültüründe Buda'nın refleksoloji yaptırdığına dair hikâyeler de vardır (20).

Günümüzde uygulanan refleksoloji 20.yy'ın başlarında Amerikalı Doktor William Fitzgerald tarafından yeniden keşfedilmiştir. Fitzgerald ellerde ki refleks noktaları ile ilgilenmiş ve bu konuda 1917 yılında bir kitap yayınlamıştır. Fitzgerald'ın çalışmalarını takip eden Dr. Joe Shelby Riley refleksolojiyi geliştirmiştir. Batıda Refleksolojiye tekrar hayat verenler Fitzgerald ve Riley olmuştur. Refleksolojinin anası kabul edilen terapist Eunice Ingham Dr. Riley ile beraber çalışmış ve Fitzgerald'ın yöntemini kullanarak refleksolojinin ayaklarda da uygulanabilirliğini kanıtlamıştır. Ingham, Dr. Rileyin de desteği ile birçok seminer vermiş ve refleksoloji ilgili deneyimlerini, kanaatlerini 1938 de 'stories the Feet Can Tell' isimli kitabında toplamıştır. Avrupanın refleksoloji ile tanışması bir hemşire olan Doren Bayley'in ABD'de Ingham ile tanışması ve Avrupada okul ve kursların açılmasıyla olmuştur (20,50,65).

Türkiye'de de refleksolojiye yönelik önemli adımlar atılmıştır. 2010 yılında Psikoakademi Refleksoloji merkezi ile Fatih Üniversitesi arasında bir protokol imzalanmış ve anlaşmaya göre Fatih Üniversitesi'nde akademik anlamda refleksoloji eğitimleri verilmeye başlanacağı duyurulmuştur. Eğitim, iki yıl teorik ve pratik bir yıl ise staj programı olmak üzere üç modülden oluşan bir eğitim programını içermektedir. Program sonunda uluslararası geçerliliği olan eğitim belgesi verilmesi planlanmıştır (66).

Ve birçok üniversite refleksoloji ile ilgilenmiş ve bu konuda üniversite bazında refleksoloji kursları açmışlardır. Bu birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de refleksolojinin akademik bir boyut kazanacağı izlenimini vermektedir.

Şubat 2014'te yıldırım Beyazıt üniversitesi Nihat AYÇEMAN ile refleksoloji kursu düzenlemiştir. Ayrıca Nişantaşı üniversitesi, Kahramanoğlu Mehmet Bey Üniversitesinde akademik bazda refleksoloji kursları düzenlenmiştir (67-69).

2.5.2. Refleksolojinin etki mekanizması

Refleksolojinin fizyolojik bir etki gösterdiği kesindir ama nasıl etki gösterdiği tam olarak bilinmemektedir, bu konuda çeşitli teoriler mevcuttur. Bunlar: Enerji teorisi, Laktik asit

teorisi, Sinir reseptörlerini algılama, Sinir uyarı teorisi veya otonomik-somatik birleşme teorisi.

1. Enerji teorisi; refleksoloji bedeni uzunlamasına 10 ve enlemesine 3 enerji bölgesine ayırır ve bu bölgeler üzerinde çalışır. Belirli bir bölgedeki enerji akışını engelleyen herhangi bir bozukluğun, aynı bölgede bulunan diğer vücut kısımlarının sağlıklı işleyişine müdahale edeceği görüşüne inanılır (57,58).
2. Laktik asit teorisi; laktik asit'in ayaklarda mikrokristaller olarak depolandığı ve bu nedenle enerji kanallarının tıklandığı, refleksolojinin bu kristalleri eriterek enerjinin serbest akımına izin verdiği görüşüne inanır.
3. Sinir reseptörlerini algılama teorisi; her bir ayakta beyne ileti gönderen ve ondan ileti alan 7200 sinir ucu yer alır. Refleksoloji ile ayaktaki sinir noktaları özel tekniklerle uyarılarak elektrokimyasal mesajlar ortaya çıkar ve nöronlar yardımıyla ilgili organlar uyarılır. Fiziksel problemlerle ilgili gerginlik ve stresi rahatlatarak gevşemeyi sağladığı savunulur (58,65).
4. Sinir uyarı teorisi veya otonomik-somatik birleşme teorisi; Refleksoloji, ayaklar, eller ve kulaklardaki basınç reseptörleri ile otonomik ve algısal - motor sinir sistemleri arasında iletişimi sağlar. Bu reseptörler santral sinir sisteminde cevaplara yol açar. Refleksolojinin sinir noktalarını belirli tekniklerle uyarmasının ortaya elektrokimyasal mesajlar çıkardığını, bunun da nöronların yardımıyla ilgili organları uyardığını, fiziksel problemlerle ilgili gerginlik ve stresi rahatlatarak onların gevşemesini sağladığını savunur. Bu gevşemeyi otonom yanıtı etkiler, ki bu da, sırasıyla, endokrin, immün ve nöropeptit sistemi etkiler (70).

2.5.3. Refleksolojinin Kullanım Alanları

Refleksoloji ile ilgili bir çok araştırma yapılmıştır. Kanseri hastalarında serebral palsili hastalarda, astımlı hastalarda anksiyete depresyon ve birçok hastalığın semptom yönetiminde refleksolojinin kullanıldığı görülmektedir.

2.5.3.1. Refleksolojinin Yaygın Olarak Kullanıldığı Alanlar

Onkoloji hastalarında kanser ağrısını azaltmak tedavinin yan etkilerini hafifletmek ve hastaların yaşam kalitesini arttırmada,

- Sempatik ve parasempatik etkileri düzenlemede,
- Bağımsızlık sistemini güçlendirmede
- KOAH hastalarında semptomların yönetiminde,
- Dolaşımı düzenlemede,
- Stres, anksiyete, ajitasyon, gerginlik, depresyon, yorgunluk ve uykusuzluğu azaltmada
- Konstipasyonu gidermede
- Böbrek taşı, baş ağrısı, sırt ağrısı, bel ağrısı, kas ağrıları ve migren ağrısında, sinüzit, astımda,
- Romatizma, kas ağrıları ve spazm, eklem iltihaplanmalarında,
- Egzama, bazı allerjiler gibi dermatolojik sorunlarda,
- Bulantı ve kusmayı rahatlatmada,
- Menopoz, premenstrüel distres sendromu, dismenore, doğumda, postpartum dönemde uterus involüsyonuna yardım ve süt salınımını kolaylaştırmada kullanılmaktadır (4,65,71-79).

2.5.3.2. Refleksolojinin Sakıncalı Olduğu Durumlar

- Miyokard enfarktüsü
- Akut enfeksiyon ve yüksek ateş
- Cerrahi veya açık yara
- Travma
- Gebeliğin ilk üç ayı, düşük veya erken doğum tehtidi, plasenta previa,

- Derin ven trombozu (57,58,80).

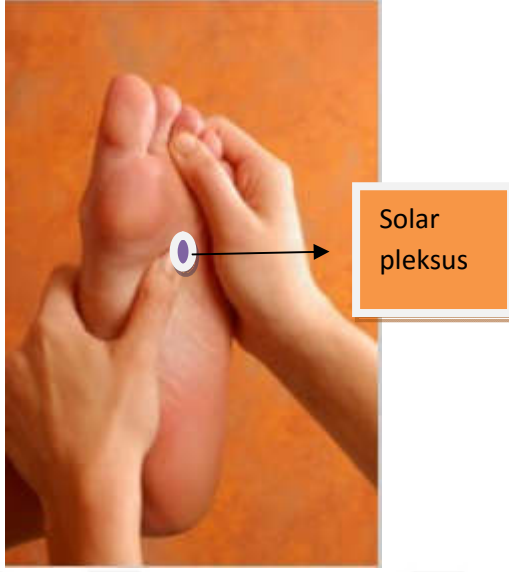
2.5.4. Refleksolojinin Uygulanması

Refleksoloji uygulayacak kişi kendisini zihinsel olarak hazır ve rahat hissetmelidir. Refleksoloji uygulanan kişinin boyun, bel ve dizleri desteklenecek şekilde yarı oturur pozisyonda ve ayaklara yapılacaksa ayaklar uygulayıcının göğüs hizasında olmalıdır (58).

Refleksolojinin uygulama süresi hastalığa ve semptomu göre değişir ve bu süre 10 dakikadan 45 dakikaya kadar sürebilir (60). Refleksoloji uzmanını uygulama için ellerini ve parmaklarını kullanır. Refleks bölgelerine masajın uygulanması için, öncesinde ayağa ısıtma hareketleri yapılır, Ayak ısıtma hareketleri rotasyon, aşil tendonu germe, iki taraflı bilek gevşetme, elin başparmaklarının ayağın altında yürütülmesi, çamaşır sıkma, hızlı ve seri ayak yuvarlama, çapraz parmak kaydırma, çapraz sıkma-burgu yöntemlerinin biri ya da birkaçı kullanılarak yapılır. Refleksolojide kullanılan teknikler ise 4 tanedir. Bunlar; baş parmak yürüme-sürünme tekniği, pres-sürküler pres tekniği, kanca tekniği ve baskılı kaydırma tekniğidir (82).



Resim 1. Ayak tabanında kalp-akciğer ve göğüs bölgesi (83).



Resim 2. Ayakta solar pleksus noktası (84).



Şekil 1. Vücut organlarının ayak tabanındaki iz düşümü (65).

Refleksoloji uygulayıcısı; uygulama sonlandırıldıktan sonra sağlıklı/hasta birey mutlaka gözlemlenmelidir. Refleksoloji sonrası hastalarda iyileşme krizi olarak adlandırılan vücudun refleksolojiye verdiği tepkiler olabilir. Refleksoloji uygulaması sonrası bireyde; lokal ya da genel bir ağrı, kalp hızında değişiklikler, terleme, titreme, ishal, idrara sıkışma, bulantı hissi gibi vücudun temizlik süreci olarak da algılanan belirtiler görülebilir. Uygulayıcı bu belirtiler hakkında bilgi sahibi olmalıdır (76).

Basınç şiddeti kişinin fiziki yapısı, yaşı ve o andaki sağlık durumu göz önünde bulundurulacak şekilde ayarlanır. Örneğin iri yapılı bir insana daha kuvvetli, zayıf, yaşlı ve çocuklara ise normal şekilde bastırarak masaj yapılır. Tedavi, başparmak veya başka bir parmağın kenarıyla basınç uygulanarak saat yönünde döndürülmesinden oluşur. Bu basınç genellikle oldukça derindir, ama acı verici olmak zorunda değildir (20).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, KAG olacak hastalarda refleksolojinin anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla müdahalesel olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer:

Bu araştırma Şanlıurfa ili Haliliye merkez ilçesinde bulunan Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Bu hastane yatak, poliklinik sayısı ve tıbbi donanım açısından ilin en büyük hastanesi konumundadır. Bir adet 14 yataklı koroner yoğun bakım bir adet 8 yataklı anjiyo gözlem odası ve bir adet 15 yataklı kardiyoloji servisi mevcuttur, Anjiyo gözlem odası erkek ve kadın olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır, her bölümde 4, toplamda 8 hasta yatağı, bir hemşire odası, bir hasta yakını bekleme odası mevcuttur. Hastalar için özel giyinme odası olmayıp her yatağa ait ve yatağı çevreleyen perdeler mevcuttur. Hastanenin toplam yatak sayısı 628 dir. Yılda ortalama 3000-4000 anjiyo yapılan hastanenin iki adet anjiyografi cihazı mevcuttur. 2015 yılında yapılan toplam anjiyo sayısı 3682 dir

Anjiyografi gözlem odasına yatış kabulü yapılan hasta serviste nöbetçi hemşire tarafından karşılanır ve yatağına alınır, hastanın yatış onamları alındıktan sonra hastaya servis hakkında bilgi verilir ve yaşamsal bulguları ölçülüp kaydedilir. IV damar yolu açılır varsa order edilmiş laboratuvar tetkikleri alınır ve ilaç tedavisi yapılır. Hastaya anjiyo önlüğü verilir ve hasta yakınına nasıl giyileceği konusunda bilgi verilir bu şekilde hastanın anjiyo hazırlığı tamamlanmış olur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi;

Araştırmanın evrenini Şanlıurfa ili Haliliye ilçesinde bulunan mehmet Akif İNAN Eğitim ve Araştırma Hastanesine 4 Mart- 12 Ağustos 2015 tarihleri arasında koroner yoğun bakım, kardiyoloji servisi ve anjiyo gözlem ünitesine anjiyo olmak üzere başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem grubunu ise bu konuya benzer olan İran Keşan üniversitesinde sadece erkekler üzerinde yapılan çalışmanın örneklem sayısı baz alınmıştır. Buna göre 50 kişi müdahale 50 kişi kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

Araştırma tamamlandıktan sonra elde edilen verilerden müdahale öncesi ve sonrası değerleri dikkate alınarak yapılan güç analizinde $\alpha=0,05$ için testin gücü 0,95 olarak hesaplanmıştır. Buna göre araştırmanın örnekleme için belirlen 100 hasta yeterli bulunmuştur.

3.4. Örneklem Kriterleri

- Antipsikotik ilaç kullanmayan
- Miyokard enfarktüsü tanısı almamış
- Gebe olmayan
- Bilinci açık hastalar oluşturmuştur.

Diğer örneklem kriterleri;

- 1- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 2- Araştırma verilerini elde edebilmek için iletişim problemi yaşamıyor ve kendini ifade edebiliyor olmak
- 3- Akut bir enfeksiyonu olmamak
- 4- Cerrahi veya açık yarası olmamak
- 5- Yüksek ateşin olmaması
- 6- Daha önce anjiyografi müdahaleimi olmaması

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından oluşturulan vebastalarla yüz yüze görüşme yoluyla uygulanan“ **Hasta Bilgi Formu**” ve “**Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği**” kullanılarak elde edildi.

Hasta Bilgi Formu; hastanın adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti gibi demografik bilgilerin yanı sıra yatış tanısı, KAG öyküsü, hastanın kaygı durumu ve uygulamanın yapıldığı tarihe ilişkin sorular yer almaktaydı.

Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği;Speilberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği (StateTraitAnxiety Inventory I-II) bireyin içinde bulunduğu stresli durumla ilgili sübjektif duyguların betimlemesini gerektiren 20' şer maddeden oluşmaktadır. Yaşantıların şiddet derecesine göre maddelerde ifade edilen duygu ve davranışlar durumluk kaygı ölçeği için (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamen, sürekli kaygı ölçeği için (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zamangibi şıklardan bir tanesinin işaretlenmesiyle cevaplandırıldı. Ölçekten elde edilen puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puan kaygı düzeyinin yüksekliğini belirtmektedir. Ölçeğin, Türkçe 'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, Öner ve Le Comte tarafından gerçekleştirilmiştir. Öner'in belirttiğine göre, Spielberg'in durumluk ve sürekli anksiyete ölçeğinde;

0-19 puan: Anksiyete yok

20-39 puan: Hafif anksiyete

40-59 puan: Orta düzeyde anksiyete

60-79 puan: Ağır düzeyde anksiyete

80 puan: Şiddetli anksiyete (Panik) olarak değerlendirilmektedir.

Durumluk anksiyete ölçeği için alfa güvenilirliği 94 ile 96 arasında, sürekli kaygı ölçeği için .83 ile .87 arasındadır (44) .

3.6.Araştırmanın Uygulanması:

Araştırmacı Ocak 2015 tarihinde Antalya'da Milli Eğitim Bakanlığı onaylı Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği (ACADEMİCANA) Refleksoloji Kursu'ndan 40 saatlik teorik ve uygulamalı olarak sertifikalı refleksoloji eğitimi aldı (Ek-4).

Araştırmacı tarafından, anjiyo hazırlığı yapılmış hastanın örneklem kriterlerine uygunluğu değerlendirildikten sonra, hastalara araştırmanın konusu, amacı, süresi ve uygulanacak veri toplama metodu anlayacakları şekilde açıklanarak sözlü ve yazılı onam alındı (Ek-7).

Hastalara sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgileri içeren hasta değerlendirme formu (Ek-1) ve Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-2, Ek-3) araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme tekniği ile dolduruldu, soruların anlaşılabilirliği açısından anlaşılmayan sorular iki defa okundu. Müdahale grubuna dâhil edilecek hastalara araştırmacı tarafından oluşturulan refleksoloji bilgilendirme broşürü (Ek-5) verilip okumaları sağlandı.

Hasta değerlendirme formu ve Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği doldurulduktan sonra müdahale grubuna 30 dakika ayak refleksolojisi uygulandı ve 15 dakika beklendikten sonra tekrar Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği doldurulup işlem sonlandırıldı.

Kontrol grubuna ise ön test uygulandıktan sonra herhangi bir uygulama yapılmadan 30 dakika beklenilmiş ve akabinde tekrar son test uygulanmıştır.

Araştırmada, ilk belirlenen hasta müdahale grubu ikinci hasta kontrol grubu ve daha sonraki hastalar bu sıralamayı takip edecek şekilde müdahale ve kontrol grupları oluşturulmuştur.

3.7. Refleksoloji Uygulama Prosedürü;

1. Hastaya açıklama yapılır.
2. Uygulayıcı kişi ellerini yıkar ve vücut sıcaklığına getirir.
3. Hasta ve uygulayıcı sırtlarını koltuğa yaslayabilecekleri şekilde oturur.
4. Uygulayıcı hastanın sol ayağını diz üzerinden bacaklarının üzerine alır.
5. Uygulayıcı bir miktar zeytinyağını avucuna döker ve her iki eline iyice yayar.
6. Beş dakika ayağı ısıtma hareketleri yapılır. Ayak ısıtma hareketleri rotasyon, asil tendonu germe, iki taraflı bilek gevşetme, elin başparmaklarının ayağın altında yürütülmesi ve çamaşır sıkma yöntemlerinin biri ya da birkaçı kullanılarak yapılır
7. Bir dakika solar pleksusa bası yapılır.
8. Refleksolojinin uygulanması yukarıdan aşağıya doğru yapılır.
9. Üç dakika beyin bölgesi masajı yapılır. Beyin bölgesinde; başparmakta hipofiz bezi,

hipotalamus, beyin ve epifiz bezi noktalarına, ayağın iç tarafında başparmaktan topuğun ortasına kadar uzanan bölgede medullasipinalise masaj yapılır.

10.Beş dakika diğer ayağı ısıtma hareketleri yapılır. Ayak ısıtma hareketleri rotasyon, aşıl tendonu germe, iki taraflı bilek gevşetme, elin başparmaklarının ayağın altında yürütülmesi ve çamaşır sıkma yöntemlerinin biri ya da birkaçı kullanılarak yapılır ve solar pleksusa bası uygulanarak masaj bitirilir

Uygulama tek araştırmacı tarafından hafta içi mesai saatleri içerisinde araştırmacının müsait olduğu günlerde yapılmıştır.



Resim 3. Ayak Refleksoloji masajından Kesitsel Fotoğraflar (65).

3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın hayata geçirilebilmesi için Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinden ve (Ek-6) araştırmanın etiksel uygunluğu açısından Harran Üniversitesi Etik Kurul Komisyonundan izin alınmıştır (Ek-8). Veri toplama aşamasında ise hastalara yine araştırmanın konusu, amacı, süresi ve uygulanacak veri toplama metodu anlayacakları şekilde açıklanarak ‘‘Aydınlatılmış Onam’’ ilkesi, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek ‘‘Özerklik’’ ilkesi, verdikleri bilgilerin kimseyle paylaşılmayacağı ve korunacağını söyleyerek ‘‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması’’ ilkesi, kimliklerin gizli tutulacağı belirtilerek ‘‘Kimliksizlik ve Güvenlik’’ ilkesi yerine getirilmiştir (Ek-7). Bu ilkeler sağlandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan veriler elde edilmiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadaki elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler ve yüzdeler kullanılmıştır. Ölçek puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro ve Kolmogorov-Smirnov testleri uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri Wilcoxon ve one-way ANOVA testleri kullanılarak yapılmıştır. Hastaların sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişken ölçek puanları ise bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerin = 100

| Değişkenler | | Müdahale Grubu | | Kontrol Grubu | |
|----------------|---------------------|----------------|-----|---------------|-----|
| | | n | (%) | n | (%) |
| Cinsiyet | Erkek | 28 | 56 | 24 | 48 |
| | Kadın | 22 | 44 | 26 | 52 |
| Yaş | 60 Yaş altı | 34 | 68 | 24 | 48 |
| | 60 Yaş üstü | 16 | 32 | 26 | 52 |
| Öğrenim durumu | Okuryazar değil | 25 | 50 | 39 | 78 |
| | İlkokul | 18 | 36 | 8 | 16 |
| | Ortaokul ve sonrası | 7 | 14 | 3 | 6 |
| meslek | Çalışmıyor | 15 | 30 | 24 | 48 |
| | İşçi | 13 | 26 | 1 | 2 |
| | Çiftçi | 13 | 26 | 22 | 44 |
| | memur ve diğerleri | 9 | 18 | 3 | 6 |
| medeni durum | Evli | 44 | 88 | 43 | 86 |
| | Bekâr | 6 | 12 | 7 | 14 |
| Sigara | Evet | 29 | 58 | 26 | 52 |
| | Hayır | 21 | 42 | 24 | 48 |

Tablo 1’de hastalara ait sosyo demografik özelliklere yer verilmiştir. Veriler incelendiğinde refleksoloji uygulanan hastaların % 56 sının erkek, kontrol grubundaki hastaların ise % 52 sinin kadın olduğu görülmüştür. Hem müdahale grubunda hem de kontrol grubundaki hastaların çoğunluğu evlidir (% 88, %86).

Araştırmaya dahil edilen hastaların yaşa ait verileri incelendiğinde müdahale grubundakilerin % 68’i 60 yaş altında iken, bu oran kontrol grubunda % 48 dir. Okur-yazar olamayan hastaların % 50’i refleksoloji, % 78’i kontrol grubundadır.

Hastaların mesleki durumlarının dağılımına bakıldığında çalışmayanların oranı müdahale grubunda % 30, kontrol grubunda % 48 olarak belirlenmiştir.

müdahale grubundaki hastaların %58'inin kontrol grubundaki hastaların %52'sinin sigara içtikleri belirlenmiştir.

Tablo 2. Hastaların Koroner Arter Hastalığına İlişkin Aile Öyküsü ve Koroner Anjiyografiye İlişkin Kaygı Durumu.

n:100

| Değişkenler | | Müdahale grubu | | Kontrol grubu | |
|---|-----------------------------------|----------------|-----|---------------|-----|
| | | n | (%) | n | (%) |
| Ailede kalp hastalığı öyküsü | Evet | 34 | 68 | 37 | 74 |
| | Hayır | 16 | 32 | 13 | 26 |
| Ailede daha önce anjio olma durumu | Evet | 30 | 60 | 30 | 60 |
| | Hayır | 20 | 40 | 20 | 40 |
| Ailede daha önce kalp hastalığı nedeniyle kayıp yaşama durumu | Evet | 22 | 44 | 20 | 40 |
| | Hayır | 28 | 56 | 30 | 60 |
| KAG 'ye karşı kaygı durumu | Evet | 42 | 84 | 43 | 86 |
| | Hayır | 8 | 16 | 7 | 14 |
| KAG' ye karşı kaygı duyma nedeni | Hastalık bulunması | 20 | 40 | 14 | 28 |
| | Ağrı ve acı duyma | 7 | 14 | 7 | 14 |
| | Kalbine ve vücuduna zarar gelmesi | 3 | 6 | 4 | 8 |
| | Ölüm korkusu | 12 | 24 | 18 | 36 |
| Refleksolojiye ilişkin bilgi durumu | Evet | 1 | 2 | 0 | 0 |
| | Hayır | 49 | 98 | 50 | 100 |

Tablo 2'de Hastaların KAH'na ilişkin aile öyküsü ve KAG'ye ilişkin kaygı durumları gösterilmiştir. Veriler incelendiğinde müdahale grubunun % 68'inde kontrol grubunun % 74'ünde ailede kalp hastalığı öyküsü vardır.

Hastaların anjiyografi öykülerine bakıldığında; müdahale grubunda ve kontrol grubunda hastaların % 60'ının ailesinde daha önce anjiyo öyküsü vardır.Hastalar kalp hastalığı nedeniyle kayıp yaşama durumları incelendiğinde ise, müdahale grubunun % 44'ünün kontrol grubunun % 40'ının ailede kalp hastalığı nedeniyle kayıp yaşadıkları gözlenmiştir.

Refleksoloji uygulanan hastaların % 84'ü kontrol grubundaki hastaların % 86'sı anjiyo işlemi öncesi kaygı duyduklarını belirtirken müdahale grubundaki hastaların % 40 kontrol grubundaki hastaların % 28'i anjiyografi işlemi sonrası hastalık bulunmasından korktuklarını belirtmişlerdir. Ölüm korkusu müdahale grubunda % 24 olarak gözlenirken kontrol grubunda %36 olarak belirtilmiştir.

Hastaların refleksolojiye ilişkin bilgi sahibi olmadıkları sadece müdahale grubunda iki hastanın refleksolojiyi duydukları belirlenmiştir.

Tablo 3. Hastaların Uygulama Öncesi Ve Uygulama Sonrası Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları n:100

| DEĞİŞKENLER | MÜDAHALE GRUBU | | | KONTROL GRUBU | | |
|----------------------|----------------|--------------|-------|---------------|--------------|-------|
| | X±SD | | | X±SD | | |
| | Uyg. öncesi | Uyg. Sonrası | p | Uyg. öncesi | Uyg. sonrası | p |
| Durumluk Kaygı Puanı | 42,9±11.1 | 34.4 ±9.3 | 0,00 | 43,02±7.9 | 46.34±6.8 | 0,00 |
| Sürekli Kaygı Puanı | 47,3±7,8 | 46,2±8,3 | 0,061 | 43,8±6,0 | 44,1±5,7 | 0,261 |

Tablo 3'te hastaların uygulama öncesi ve uygulama sonrası durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları yer almaktadır.

Müdahale grubunda uygulama öncesi DKP ortalaması 42,9±11.1 iken uygulama sonrası 34.4 ±9.3 olarak düştüğü saptanmıştır. Müdahale grubunda uygulama öncesi ve uygulama sonrası DKP ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Kontrol grubunda uygulama öncesi DKP ortalaması 43,02±7.9 iken uygulama sonrası bu değer 46.34±6.8 olarak arttığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda uygulama öncesi ve uygulama sonrası DKP ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Müdahale grubunda uygulama öncesi SKP ortalaması 47,3±7,8 iken uygulama sonrası 46,2±8,3 olarak azaldığı gözlenmiştir. Müdahale grubunda uygulama öncesi ve uygulama sonrası SKP ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Kontrol grubunda uygulama öncesi SKP ortalaması 43,8±6,0 iken uygulama sonrası bu değer 44,1±5,7 olarak azaldığı hesaplanmıştır. Kontrol grubunda uygulama öncesi ve uygulama sonrası SKP ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Tablo 4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

| DEĞİŞKENLER | MÜDAHALE GRUBU | | | | KONTROL GRUBU | | | |
|----------------------------|----------------|-------------|--------|--------------|---------------|------------|--------|--------------|
| | X±SD | | w | p | X±SD | | w | p |
| Uyg. öncesi | Uyg. Sonrası | Uyg. öncesi | | | Uyg. sonrası | | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 44.60±8.08 | 43.20±8.61 | 3.28 | 0.002 | 41.54±4.35 | 42.25±4.08 | -2.366 | 0.023 |
| Kadın | 50.72±6.20 | 50.18±6.37 | | | 45.92±6.66 | 45.84±6.47 | | |
| Yaş | | | | | | | | |
| 60 Yaş Altı | 47.26±8,43 | 46,35±8,30 | ,089 | ,930 | 44,79±5,60 | 44,95±5,36 | 1,003 | 321 |
| 60 Yaş Üstü | 47,37±6,77 | 46,12±8,86 | | | 42,92±6,39 | 43,34±5,99 | | |
| medeni Durum | | | | | | | | |
| Evli | 47,02±7,60 | 46,09±8,58 | -483 | .644 | 43.86±6.24 | 44.04±5.82 | -239 | .817 |
| Bekâr | 49,33±10,19 | 47,66±7,33 | | | 43.57±4.96 | 44.57±5.3 | | |
| Sigara | | | | | | | | |
| Evet | 45.17±7.75 | 44.31±8.62 | -2.058 | 0.045 | 42.69±6.05 | 43.11±5.68 | -1.306 | .198 |
| Hayır | 50.23±7.20 | 49.00±7.42 | | | 45.04±5.90 | 45.20±5.64 | | |
| Ailede Anjio Öyküsü | | | | | | | | |
| Var | 45.13±7.97 | 44.36±7.63 | -2.036 | 0.047 | 44.56±6.93 | 44.83±6.49 | 1.180 | .244 |
| Yok | 50.55±6.63 | 49.15±8.85 | | | 42.70±4.30 | 43.05±4.18 | | |
| KAG kaygı durumu | | | | | | | | |
| Evet | 48.16±7.99 | 47.21±8.56 | 2.467 | 0.027 | 43.65±5.79 | 43.97±5.48 | -436 | .665 |
| Hayır | 42.75±5.57 | 41.37±5.55 | | | 44.85±7.81 | 45.00±7.37 | | |
| meslek durumu | | | | | | | | |
| Çalışıyor | 46.17±8.41 | 44.82±9.22 | 2.442 | .018 | 41.86±4.40 | 42.59±4.10 | 1.806 | .077 |
| Çalışmıyor | 49.93±5.83 | 49.66±4.73 | | | 45.35±6.75 | 45.32±6.52 | | |
| Öğr. Durumu | | | | | | | | |
| Okuryazar değil | 51.72±4.83 | 51.36±4.59 | 21.50 | .000* | 44.56±6.31 | 45.07±5.89 | 2.44 | .097 |
| İlkokul | 41.55±6.80 | 38.83±7.22 | | | 40.25±4.02 | 39.62±2.50 | | |
| Ortaokul ve sonrası | 46.28±9.97 | 47.28±8.28 | | | 43.66±4.04 | 43.66±4.04 | | |

*One-way ANOVA testi

Tablo 3'te hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre uygulama öncesi ve sonrası sürekli kaygı puan ortalamaları yer almaktadır.

Müdahale grubundaki erkek hastalarda uygulama öncesi SKP ortalaması 44.60 ± 8.08 iken uygulama sonrası 43.20 ± 8.61 olarak düştüğü görülmüştür. Cinsiyet ile SKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Kontrol grubundaki erkek hastalarda uygulama öncesi SKP ortalaması 41.54 ± 4.35 iken, uygulama sonrası 42.25 ± 4.08 olarak arttığı saptanmıştır ($p < 0.05$).

Müdahale grubunda 60 yaş altı ($47.26 \pm 8,4 - 46,35 \pm 8,3$) ve 60 yaş üstü ($47,37 \pm 6,7 - 46,12 \pm 8,8$) hastalarda uygulama sonrası kaygı puanları azalmıştır. Yaş gurubu ile SKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$). Kontrol grubunda 60 yaş altı ($44,79 \pm 5,6 - 44,95 \pm 5,3$) ve 60 yaş üstü ($42,92 \pm 6,3 - 43,34 \pm 5,9$) hastalarda uygulama sonrası kaygı puanları artmıştır ($p > 0.05$).

Müdahale grubunda hastaların medeni durumları incelendiğinde uygulama sonrası evli ($47,02 \pm 7,60 - 46,09 \pm 8,58$) ve bekârlarda ($49,33 \pm 10,19 - 47,66 \pm 7,33$) SKP ortalamaları azalmış fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Kontrol grubunda uygulama sonrası evli ve bekarlarda SKP ortalamalarının arttığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Müdahale grubunda sigara içen hastalarda uygulama öncesi SKP ortalaması 45.17 ± 7.75 iken uygulama sonrası 44.31 ± 8.62 olarak düştüğü belirlenmiştir. Sigara içimi ile SKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda sigara içen hastalarda uygulama öncesi SKP ortalaması 42.69 ± 6.05 uygulama sonrası 43.11 ± 5.68 olarak ölçülerek arttığı hesaplanmıştır ($p < 0.05$).

Ailede daha önce anjiyo öyküsü olan hastaların kaygı puan ortalamaları incelendiğinde müdahale grubundaki hastalarda daha önce anjiyo olma öyküsü olan hastaların uygulama öncesi SKP ortalaması 45.13 ± 7.97 iken uygulama sonrası 44.36 ± 7.63 olarak düştüğü görülmüştür ($p < 0.05$).

Kontrol grubunda, ailede anjiyo öyküsü olan ve ailede anjiyo öyküsü olmayan hastaların puan ortalamalarında uygulama sonrası artış olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).

KAG' ye karşı kaygı durumu incelendiğinde müdahale grubundaki KAG'ye karşı kaygı duyan hastalarda uygulama öncesi SKP ortalaması 48.16 ± 7.99 iken uygulama

sonrası 47.21 ± 8.56 olarak düştüğü görülmüştür ($p < 0.054$). Kontrol grubundaki hastalarda kaygı duyan ve duymayan hastaların uygulama sonrası SKP ortalamalarının arttığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Hastaların öğrenim durumu incelendiğinde okuryazar olmayanların uygulama öncesi SKP ortalaması 51.72 ± 4.83 refleksoloji sonrası 51.36 ± 4.59 olarak düştüğü görülmüştür. İlkokul mezunlarının SKP ortalamaları düşmüş. Ortaokul ve sonrası eğitim gören hastaların ortalamaları artmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise okuryazar olmayan hastaların uygulama öncesi SKP ortalaması 43.65 ± 5.79 iken uygulama sonrası SKP ortalaması 43.97 ± 5.48 olarak arttığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Hastaların mesleki durumlarına ilişkin veriler incelendiğinde müdahale grubunda çalışan hastaların uygulama öncesi SKP ortalaması 46.17 ± 8.41 uygulama sonrası 44.82 ± 9.22 olarak düştüğü saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubundaki çalışan bireylerin SKP ortalama puanları arasında uygulama öncesi–uygulama sonrası anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).



Tablo 5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluluk Kaygı Puan Ortalamaları

| DEĞİŞKENLER | MÜDAHALE GRUBU | | | | KONTROL GRUBU | | | |
|---------------------|---------------------|--------------|--------|--------------|---------------------|--------------|--------|--------------|
| | X±SD Uyg. öncesi | Uyg. Sonrası | w | p | X±SD Uyg. öncesi | Uyg. sonrası | w | p |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 40.17±10.8 | 33.35±9.10 | -2.015 | .050 | 40.12±6.38 | 44.29±5.87 | -2.647 | .011 |
| Kadın | 46.36±10.7 | 35.72±9.67 | | | 45.69±8.42 | 48.23±7.19 | | |
| Yaş | | | | | | | | |
| 60 Yaş Altı | 41.36±10.5 | 34.43±9.6 | -1.199 | .236 | 44.79±7.54 | 48.04±6.45 | 1.733 | .090 |
| 60 Yaş Üstü | 45.20±11.8 | 34.35±9.1 | | | 41.38±8.10 | 44.76±6.89 | | |
| medeni Durum | | | | | | | | |
| Evli | 41.72±10.8 | 33.11±9.04 | -1.124 | .267 | 42.51±7.79 | 46.02±6.81 | -4.085 | .003 |
| Bekâr | 51.50±10.2 | 43.83±5.49 | | | 46.14±8.83 | 48.28±7.06 | | |
| Sigara | | | | | | | | |
| Evet | 41.27±10.1 | 33.06±9.74 | -.874 | .386 | 42.07±8.33 | 45.84±7.40 | -1.213 | .231 |
| Hayır | 45.14±12.2 | 36.23±8.63 | | | 44.04±7.55 | 46.87±6.25 | | |
| Ailede Anjio Öyküsü | | | | | | | | |
| Var | 41.40±10. | 33.26±10.2 | -1.110 | .273 | 43.40±7.50 | 46.53±6.53 | .243 | .809 |
| Yok | 45.15±12.4 | 36.10±7.79 | | | 42.45±8.73 | 46.05±7.39 | | |
| KAG kaygı durumu | | | | | | | | |
| Evet | 44.59±11.1 | 35.61±9.38 | 4.200 | .000 | 43.46±8.3 | 46.97±7.00 | 2.476 | .028 |
| Hayır | 34.00±5.2 | 28.00±6.21 | | | 40.28±4.7 | 42.42±3.95 | | |
| meslek durumu | | | | | | | | |
| Çalışıyor | 45.33±8.26 | 36.6±9.14 | 1.105 | 0.27 | 44.89±8.62 | 47.57±7.38 | 1.498 | .141 |
| Çalışmıyor | 41.85±12.1 | 33.45±9.39 | | | 40.63±6.41 | 44.77±5.83 | | |
| Öğr. Durumu | | | | | | | | |
| Okuryazar değil | 46.52±8.10 | 37.72±9.16 | 5.635 | .006* | 43.87±8.07 | 47.51±6.18 | 5.261 | .009* |
| İlkokul | 36.44±10.25 | 30.50±9.08 | | | 38.50±5.70 | 39.75±5.54 | | |
| Ortaokul ve sonrası | 46.57±15.94 | 32.57±6.85 | | | 44.00±9.84 | 48.66±9.86 | | |

*One-way ANOVA testi

Tablo 4’te müdahale grubu ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi ve uygulama sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları yer almaktadır.

Müdahale grubundaki erkek hastaların DKP ortalamaları uygulama öncesi 40.17 ± 10.85 ve uygulama sonrası 33.35 ± 9.10 olarak düştüğü gözlemlenmiştir. Kadın hastalarında kaygı puanı uygulama sonrası düşmüştür. Cinsiyet ile DKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Kontrol grubundaki hem kadın hem de erkek hastaların DKP ortalamaları uygulama sonrası puanları artmıştır ($p < 0.05$).

Altmış yaş altı yaş grubundaki refleksoloji uygulanan hastalarda DKP ortalamaları uygulama öncesi 41.36 ± 10.52 ve uygulama sonrası 34.43 ± 9.61 olarak ölçülerek düştüğü gözlemlenmiştir. Yaş ile DKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Kontrol grubunda 60 yaş altı hastaların DKP ortalamaları uygulama öncesi 44.79 ± 7.54 uygulama sonrası 48.04 ± 6.45 olarak arttığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Hastaların medeni durumları incelendiğinde müdahale grubundaki evli hastaların DKP ortalamalarının uygulama öncesi 41.72 ± 10.8 ve uygulama sonrası 33.11 ± 9.04 olarak azaldığı. Bekar hastaların ise DKP ortalamalarının uygulama öncesi 51.50 ± 10.23 ve uygulama sonrası 43.83 ± 5.49 olarak azaldığı gözlemlenmiştir. Medeni durum ile DKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Kontrol grubundaki evli hastaların DKP ortalamalarının uygulama öncesi 42.51 ± 7.79 ve uygulama sonrası 46.02 ± 6.81 olarak ölçülerek arttığı, kontrol grubundaki bekar hastaların DKP ortalamalarının uygulama öncesi 46.14 ± 8.83 ve uygulama sonrası 48.28 ± 7.06 olarak ölçülerek arttığı saptanmıştır. Kontrol grubunda medeni durum ile DKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Hastaların sigara içme durumları incelendiğinde müdahale grubundaki sigara içen ($41.27 \pm 10.1 - 33.06 \pm 9.74$) ve içmeyen ($45.14 \pm 12.2 - 36.23 \pm 8.63$) hastaların uygulama sonrası DKP ortalamalarında 8 puanlık bir düşüş olduğu görülmüştür. Sigara içimi ile DKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Kontrol grubunda sigara içen ve içmeyen hastalarda uygulama sonrası DKP ortalamalarının arttığı gözlemlenmiştir ($p > 0.05$).

Hastaların ailede KAG olma durumları incelendiğinde müdahale grubunda ailesinde daha önce KAG olan hastalarda DKP ortalaması uygulama öncesi 41.40 ± 10 iken uygulama sonrası 33.26 ± 10.2 olarak azaldığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Kontrol grubunda ailesinde daha önce KAG olan hastalarda DKP ortalaması uygulama öncesi 43.40 ± 7.50 iken uygulama sonrası 46.53 ± 6.53 olarak arttığı görülmüştür. KAG olma durumu ile DKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p < 0.05$).

KAG'ye karşı kaygı durumu incelendiğinde müdahale grubunda kaygı duyduğunu belirten hastalarda DKP ortalaması uygulama öncesi 44.59 ± 11.17 iken uygulama sonrası 35.61 ± 9.38 olarak azaldığı belirlenmiştir. Anjiyoya karşı kaygı durumu ile DKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Kontrol grubunda kaygı duyduğunu belirten hastalarda DKP ortalaması uygulama öncesi 43.46 ± 8.3 ve uygulama sonrası 46.97 ± 7.00 olarak arttığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda KAG'ye karşı kaygı durumu ile DKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Hastaların mesleki durumları incelendiğinde müdahale grubundaki çalışan ($45.33 \pm 8.26 - 36.6 \pm 9.14$) ve çalışmayan ($41.85 \pm 12.1 - 33.45 \pm 9.39$) hastaların uygulama sonrası DKP ortalamalarının azaldığı ($p < 0.05$). Kontrol grubunda ise çalışan ($44.89 \pm 8.62 - 47.57 \pm 7.38$) ve çalışmayan ($40.63 \pm 6.41 - 44.77 \pm 5.83$) hastaların DKP ortalamalarının arttığı gözlemlenmiştir. ($p > 0.05$).

Hastaların öğrenim durumları incelendiğinde; müdahale grubunda okuryazar olmayan ($46.52 \pm 8.10 - 37.72 \pm 9.16$) ilkokul mezunu olan ($36.44 \pm 10.25 - 30.50 \pm 9.08$) ve ortaokul ve sonrası mezuniyet durumuna sahip hastaların ($46.57 \pm 15.94 - 32.57 \pm 6.85$) uygulama sonrası DKP ortalamalarının azaldığı gözlemlenmiştir. müdahale grubunda öğrenim durumu ile DKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Kontrol grubunda okuryazar olmayan ($43.87 \pm 8.07 - 47.51 \pm 6.18$) ilkokul mezunu hastaların ($38.50 \pm 5.70 - 39.75 \pm 5.5$) ve ortaokul ve sonrası mezuniyet durumuna sahip hastaların ($44.00 \pm 9.84 - 48.66 \pm 9.86$) uygulama sonrası DKP ortalamalarının arttığı gözlenmiştir. Kontrol grubunda öğrenim durumu ile DKP arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

5.TARTIŞMA

Son yıllarda dünyada sağlığın korunması ve sağlık problemlerinin çözümünde modern tıp dışındaki TDT olarak adlandırılan yöntemlerin kullanılmasında bir artış gözlemlenmektedir. Refleksoloji de, bu yöntemlerden biri olarak, yaygın bir şekilde kullanılan eski, ağrıyı, anksiyeteyi ve ajitasyonu azaltmada, gevşemeyi ve konforu sağlamada ve uyku kalitesini arttırmada, yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir destekleyici, farmakolojik olmayan ve non-invazif bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (85).

Refleksoloji ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Kanser hastalarında serebral palsili hastalarda, astımlı hastalarda anksiyete depresyon ve birçok hastalığın semptom yönetiminde refleksolojinin kullanıldığı görülmektedir

KAG işlemi öncesi refleksoloji etkinliğini araştırdığımız çalışmada refleksolojinin kaygı düzeyini düşürücü etkisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 3), uygulama sonrası hem durumluk hem de süreklilik kaygı puan ortalamalarında azalma görülmüştür ($p < 0.05$, Tablo 3). Kontrol grubunda ise hastaların uygulama sonrası durumluk ve sürekli kaygı puanları artmıştır ($p < 0.05$ tablo 3).

Vardanjani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da refleksoloji sonrası kaygı puanlarının azaldığı görülmüştür (19). Kaygı çeşitleri açısından incelendiğinde sürekli kaygı puanını azaltmada etkili olan refleksolojinin durumluluk kaygı üzerinde daha etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Durumluluk-süreklilik kaygı kuramında ileri sürülen görüşlerde de; durumluluk kaygının anjiyografi gibi stresli bir yaşam olayında değişebileceği, buna karşın bir kişilik özelliği olarak kabul edilen sürekli kaygının değişmeyeceği vurgulanmaktadır. Bu bilgiler bize refleksoloji yönteminin hastalara sürekli kaygının azaltılmasında olumlu etki yaptığı söylenebilir. McVicar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da refleksoloji sonrası durumluk kaygı puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı, sürekli kaygı puanlarında anlamlı bir düşüşün olmadığı belirtilmiştir (82).

Anksiyete bozuklukları ile beraber sigara kullanımının sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu durum sigara kullanımı ile anksiyete arasında bir ilişki olduğunu

doğrulamaktadır. Fakat bu ilişkinin nasıl olduğu halen anlaşılamamıştır. Sigara içmek mi anksiyeteyi artırır, anksiyete mi sigara içimine sebebiyet verir ve bağımlılık yapar ya da her iki durum birbirini tetikler mi henüz bilinmemekle beraber (86), psikiyatri hastalığı olanlarda sigara kullanımı ve nikotin bağımlılığının genel nüfusa oranla daha çok görüldüğü bilinmektedir (87).

Çalışmamızda sigara içmeyenlerin sürekli kaygı düzeyleri hem müdahale grubunda (50.23 ± 7.20) hem de kontrol grubunda (45.04 ± 5.9) sigara içenlere oranla yüksek çıkmıştır. Erdenin çalışmasında benzer bir sonuç olarak sigara içmeyenlerin kaygı puanları ($48,13 \pm 5,15$) içenlerden ($46,12 \pm 4,91$) daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar sigara içiminin SKP ile bir ilişkisi olduğunu düşündürmektedir (86).

Bu çalışmada hastaların medeni durumları incelendiğinde müdahale grubundaki bekâr hastaların DKP ortalamaları (51.50 ± 10.2) evlilere (41.72 ± 10.8) oranla daha yüksek çıkmıştır ($p > 0.05$, tablo 5). Erdenin çalışmasında da benzer sonuç olarak bekar hastaların DKP ortalamaları evlilere oranla daha yüksek çıkmıştır. Bu durum bize eşlerin birbirine olan desteğinin bireyin anksiyetesini azaltmada etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada; hastaların %85'i KAG' ye karşı kaygı duyduklarını belirtmişlerdir. Mikosch ve arkadaşlarının KAG olacak hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %80'i anjiyo öncesi kaygı duyduklarını belirtmişlerdir (18). Türkiye'de anjiyografi öncesi verilen eğitimin anksiyete üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada ise bu oran %69,6 olarak belirlenmiştir. Kaygı nedenlerine bakıldığında, hastaların %34'ü kendisinde hastalık bulunmasından %30'u ölüm korkusu olarak belirtmişlerdir. İşkey, çalışmasında hastaların %37'si hastalık bulunmasından, %19'u ölüm kokusundan dolayı kaygı duyduklarını belirtmişlerdir. Diğer çalışmalarda bu sonuçlara paralel sonuç çıkarmışlardır. Bu sonuçlar bize hastaların en çok kendilerine ne olacağını bilemediklerinden dolayı kaygı yaşadığını düşündürebilir. Hasta bireyin anksiyetesini azaltmak, aileye, çevreye ve önemli ölçüde de onun tedavi ve bakımını üstlenen hemşireye bağlıdır. Hastaların yaşadıkları kaygıyı azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak bakım verici rolü gereği hemşirelerin başlıca sorumlulukları arasında yer alır (88,90,91,92). Refleksolojinin KAG öncesi hastaların kaygı

düzeyini düşürdüğü ve refleksolojinin, benzer çalışmalarla desteklendiği takdirde, rutin hemşirelik uygulamaları arasında yer alabileceğini düşünülmektedir.

Hastaların yaş durumuna bakıldığında %58'i 60 yaş altındadır. Hastaların durumluk kaygı puanı müdahale grubunda 60 yaş üstünde daha yüksek iken kontrol grubunda 60 yaş altı hastalarda daha yüksek görüldü. Refleksoloji sonrası durumluk kaygınının 60 yaş üstü hastalarda 11 puan ve 60 yaş altı hastalarda 7 puan azaldığı görülmüştür. Bu sonuç, refleksolojinin yaşlılarda gençlere oranla kaygıyı daha çok azalttığını düşündürmektedir. Çalışmamızda yaş grupları ile anksiyete düzeyleri arasında farklılık mevcuttur. Nitekim aynı farklılık literatür tarandığında da karşımıza çıkmaktadır. Krannich ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ve Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlı hastalarda kaygı düzeyi yüksek bulunurken, Büyükaşık' ın ve Türker' in yaptığı çalışmada genç hastalarda kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (92,94,95).

KAH'na erkeklerde kadınlara oranla daha sık karşılaşılmaktadır (93), oysa bu araştırmadaki kadın oranının hastaların hemen hemen yarısını oluşturması bu hastalığın kadınlarda da giderek arttığını gösterebilir (Tablo1). Vardanjani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sadece erkekler alınmıştır. Çalışmamızda kadınların da çalışmaya dâhil edilmesi çalışmayı önemli kılan faktörlerden birisidir. Çalışmamızda kadınların sürekli ve durumluk kaygı puanları erkeklerden daha yüksek çıkmıştır (Tablo 3 ve 4). Ayrıca refleksoloji kadınlarda sürekli kaygıyı artırırken durumluluk kaygıyı önemli ölçüde azaltmıştır ($p<0.05$. Tablo 3 ve 4). Kadınların erkeklerden daha fazla kaygı yaşaması toplumsal cinsiyetin etkili olduğunu, kadınlara yüklenen rol ve sorumluluklarının daha fazla olduğunu ve kadın hastaların bu nedenlerle daha çok kaygı yaşadığını düşündürebilir. Refleksoloji uygulamasının anlık olarak kadınları rahatlattığı ve bu nedenle durumluk kaygıyı azaltmada kadınlarda daha etkili olduğu söylenebilir.

Hastaların eğitim durumuna göre kaygı düzeylerine uygulamaların etkinliğine bakıldığında refleksolojinin hastaların eğitim seviyesi ne olursa olsun durumluluk kaygıya olumlu etki yaptığı, süreklilik kaygıda ise okuryazar olmayan hastalarda etkili olmadığı, ortaokul ve üstü eğitim durumuna sahip olanlarda uygulama sonrası kaygının arttığı söylenebilir (Tablo 3, $p <0,05$). Kontrol grubunda ise tüm eğitim

seviyelerinde hastaların durumluluk kaygı düzeyinin arttığı sadece ilkokul mezunlarında sürekli kaygının azaldığı görülmüştür ($p>0.05$ tablo 5). Refleksolojinin durumluk kaygı üzerine daha etkili olduğu, eğitim durumundan etkilenmediği ve her eğitim seviyesinde etkili olabileceği söylenebilir.

Bireyin çalışmıyor olması, gelir düzeyinin düşük olması ve ekonomik sorunlar bireyin hastalığa uyumunu ve hastalıkla baş etme yöntemi geliştirmesini güçleştirmektedir(89). Nitekim araştırmamızda çalışmayan hastaların sürekli kaygı puanları çalışanlara oranla yüksek bulunmuştur. Çalışan hastaların refleksolojisi sonrası sürekli kaygı puanları azalırken çalışmayanlarda bir değişiklik olmamıştır ($p<0.05$, Tablo 4).

Çalışmayan hastaların sürekli kaygı puanları çalışan hastaların sürekli kaygı puanlarından yüksek iken çalışan hastaların durumluk kaygı puanlarının çalışmayanlardan yüksek olması çalışmanın ilginç bulgularındandır (Tablo 4 ve 5). Çalışan hastaların durumluk kaygılarının yüksek olmasının nedeni hastaların çalışamayacaklarının, sosyal çevrelerinden uzaklaşacaklarının, üretkenliklerini kaybedeceklerinin ve maddi açıdan sorunlar yaşayacaklarının endişesini yaşıyor olabileceklerinden kaynaklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KAG olacak hastalarda refleksolojinin anksiyete üzerine etkisinin değerlendirildiği deneysel çalışmada 50 müdahale 50 kontrol toplam 100 hastaya ulaşılmış ve araştırmanın sonunda şu sonuçlara ulaşılmıştır.

KAG hastaların kaygı düzeyini yükselten girişimsel bir işlemdir. Bu çalışmada; hastaların %85'i KAG' ye karşı kaygı duyduklarını belirtmişlerdir.

müdahale grubunun %56' sı erkek ve kontrol grubunun %52 si kadındır.

müdahale grubunda 60 yaş üstü ve kontrol grubunda da 60 yaş altı hastalarda kaygı düzeyi yüksek bulunmuştur.

Refleksolojinin durumluk anksiyeteyi azaltmada sürekli anksiyeteye göre daha etkili olduğu,

Kadınların durumluk ve sürekli kaygı durumlarının erkeklerden 6 puan daha fazla olduğu,

Çalışan hasta grubunun çalışmayanlara oranla daha fazla kaygı yaşadıkları ve refleksolojinin durumluk kaygıyı azaltmada çalışanlarda çalışmayanlara oranla daha etkili olduğu ve

Bekâr hastaların durumluk kaygı puanları evlilere oranla yüksek olduğu ve bu değerlerin ortalamasının çok üzerinde olduğu saptanmıştır.

Öneriler

Koroner anjiyografi uygulanan hastaların kaygı düzeyleri yüksektir. Bu nedenle durumluk ve sürekli kaygının azaltılmasında refleksolojinin bir hemşirelik girişimi olarak kullanılması,

Refleksolojinin anksiyete üzerine etkisinin hastanın kaygı düzeyini yükselten diğer invaziv –noninvaziv girişimler öncesi değerlendirilmesi,

Refleksoloji ile ilgili geniş popülasyonları kapsayan araştırmaların yapılması ve araştırma sonuçlarının hasta bakımına yansıtılması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Erkoç Y, Yardım N. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Risk Faktörleri İle Mücadele Politikaları. Ankara, Anıl matbaası,2011;18.
2. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2008
3. DSÖ, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010
4. Güven ŞD, Karataş N. Hipertansiyonlu hastalara uygulanan ayak refleksolojisinin kan basıncı, kolesterol düzeyleri ve yaşam kalitesine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013; 15(2): 56–67
5. World Health Organization. Cardiovascular diseases, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/inex.html> Erişim Tarihi 14.04.2015
6. Akgüllü Ç, Sırıken F, Eryılmaz U, Akdeniz M, Kurt Ömürlü İ, Pekcan G, Güngör H, Kurtoğlu T. Akdeniz diyetine uyum ile koroner arter hastalığının yaygınlığı arasındaki ilişki, Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2015;43(4):340–349 doi: 10.5543/tkda.2015.49321
7. Onat A, Çakır H, Karadeniz Y, Dönmez İ, Karagöz A, Yüksel M, Can G, TEKHARF 2013 taraması ve diyabet prevalansında hızlı artış, Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2014;42(6):511-516 doi: 10.5543/tkda.2014.27543
8. Karadağ B. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri kardiyoloji gündemi sempozyum dizisi kararlı angina pektoriste girişimsel yaklaşım; Koroner anjiyografi ve revaskülarizasyon stratejileri No: 64. Nisan 2008; s. 89-102
9. Ekiz S, Göz F. Koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Atatürk Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı 1: 1, 20
10. Akkaş Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. Hemşirelikte araştırma dergisi 2001-1 (23-29)
11. Yazar M, Açık kalp cerrahisi olacak hastalara ameliyat öncesi yapılan eğitimin anksiyete düzeyine etkisi, HALIÇ Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, İstanbul 2011.
12. Hajbaghery MA, Moradi T, and Mohseni R. Effects of a multimodal preparation package on vital signs of patients waiting for coronary angiography Nurs Midwifery Stud. 2014; 3(1).

13. Barker R, Kober A, Hoerauf K, Latzke D, Adel S, Kain Z. Out-of-hospital auricular acupressure in elder patients with hip fracture: A randomized double-blinded trial. *Acad Emerg med.* 2006;13:19–23
14. Asilioglu K, Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Educ Couns.* 2004;53(1):65–70
15. Jamshidi N, Abaszade A, Najafi-Kaliani M. Stress, anxiety and depression of patients before coronary angiography. *Zahedan J Res medSci.* 2012;13(10):29.
16. Heikkila J, Paunonen M, Laippala P, Virtanen V. Nurses' ability to perceive patients' fears related to coronary arteriography. *J Adv Nurs.* 1998;28(6):1225–35
17. Uzun S, Vural H, Uzun M, Yokusoglu M. State and trait anxiety levels before coronary angiography. *J Clin Nurs.* 2008;17(5):602–7
18. Mikosch P, Hadrawa T, Laubreiter K, Brandl J, Pilz J, Stettner H, et al. Effectiveness of respiratory-sinus-arrhythmia biofeedback on state-anxiety in patients undergoing coronary angiography. *J Adv Nurs.* 2010;66(5):1101–10.
19. Vardanjani MM, Alavi NM, Razavi NS, Aghajani M, Esmail Azizi-Fini and Seied Morteza Vaghefi; A randomized-controlled trial examining the effects of reflexology on anxiety of patients undergoing coronary angiography, *Nurs Midwifery Stud.* 2013 Sep; 2(3): 3–9.
20. Tabur H, Başaran EBZ. *Refleksolojiye Giriş.* 2. Baskı. İstanbul, Kitap Dostu Yayınları, Ezgi matbaacılık, 2009: 11-159.
21. Öztürk R, Sevil Ü. Refleksolojinin kadın sağlığı üzerine etkisi, *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi* 2013 Sayı: 08
22. Badır A, Demir Korkmaz F. *Koroner Arter Hastalıkları İçinde; Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (3.baskı), Eds. Karadakovan A, Eti Aslan F. s.431 Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014, Ankara
23. Yalçın R, Cemri M, Boyacı B. Koroner arter hastalığı 1, *Gazi Tıp Dergisi*, 2006; 17: 1:1-33.
24. Music interventions for preoperative anxiety Joke Bradt , Cheryl dileo and minjung shim June 2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search> Erişim Tarihi : Haziran 5, 2016
25. World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke, <http://www.who.int/en/>. Erişim tarihi: Temmuz 28, 2015.

26. Kültürsay H. Koroner kalp hastalarında yüksek risk kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı. Ana Kar Der, İzmir, 2002, 2: 61-64.
27. Temel İ, zerol E. Homosistein metabolizma bozuklukları ve vasküler hastalıklarla ilişkisi İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002, 9(2) 149-157
28. Karadağ B, Babalık E. Kararlı ve Kararsız angina pektoriste girişimsel yaklaşım; Koroner anjiyografi ve revaskülarizasyon stratejileri Turkiye Klinikleri J Int med Sci 2007;3(15):87-94
29. Grlertop H.Y. Koroner anjiyografiye giriş Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2014;7(2):1-5
30. Tavakol M, Ashraf S. and Brenner S.J. Risks and complications of coronary angiography: A comprehensive review Glob J Health Sci. 2012 Jan; 4(1): 65–93.
31. Akın M. Yüksek Riskli Hastalarda Koroner Anjiyografi Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2014;7(2):51-6
32. Okkesim ř, Kara S, Kaya MG, Asyali MH. Analysis of coronary angiography related psychophysiological responses. Biomedical Engineering Online. 2011;10:71. doi:10.1186/1475-925X-10-71.
33. Kervan , Paç M, şener M, zatic MA, Yekeler İ, Çağlı K ve ark. Kalp ve Damar Hastalıkları. Türkiye’de zellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023. Akdağ R, editör. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 836; Ankara 2011. p.113-43)
34. Grossman WB, Baim DS,. Cardiac Catheterization, Angiography and Intervention Philadelphia, Pa: Lea & Febiger, 1991
35. Börekçi A. Koroner anjiyografi endikasyonlar Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2014;7(2):6-10
36. Bayata MS, Saraç S. Koroner anjiyografide komplikasyon ve riskler, Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2014;7(2):85-9
37. Balcı A. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi, İSTANBUL . Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi İstanbul-2012
38. Sürmeli A. Anksiyete Kavramı Ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, içinde: Psikiyatri Temel Kitabı. Eds: Güleç G, Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997 s: 499-458.

39. Gündöndü D. Ameliyat sonrası yoğun bakıma alınan hastalarda ağrı yönetimiyle anksiyete düzeyi arasında ki ilişki HALIÇ Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, İstanbul, 2014.
40. Chen W, Liu G, Yeh S, Chiang M, Fu M, Hsieh Y. Effect of back massage intervention on anxiety, comfort, and physiologic responses in patients with congestive heart failure. *J Altern Complement Med.* 2013;19:464–70.
41. Mei L, Miao X, Chen H, Huang X, Zheng G. Effectiveness of chinese hand massage on anxiety among patients awaiting coronary angiography: A randomized controlled trial. *J Cardiovasc Nurs.* 2015 Dec 7.
42. Ekiz S. Koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi KOCAELİ Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi Kayseri, 2003.
43. Kocabaşoğlu N. Stres ve anksiyete Cerrahpaşa Tıp Fak. Psikiyatri ABD 2009
44. Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985, 333:1-26
45. Herdman EA, Tamamlayıcı ve destekleyici tıp ile hemşirelik, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2007; 4 (2): 2-3
46. WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023.
http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_3/en/ erişim tarihi; Mayıs 15, 2016
47. Erin N. Complementary and alternative medicine. *Holistic Nursing Practice* September/October, 2006; 242-246.
48. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010,Cilt:3,Sayı:1.
49. Bodeker G, Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary and alternative medicine. *American Journal of Public Health* 2002;(92)10:1582-1591
50. Özdemir G. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan refleksolojinin yorgunluk, ağrı ve krampa etkisi, Gaziantep Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, Gaziantep, 2011
51. Özçelik H, Fadiloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve destekleyici tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2009; 24(1):48-52

52. Uğurluel G, Karahan A, Edirne T, Şahin HA. Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve destekleyici tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. Van Tıp Dergisi 2007;14(3):68-73.
53. Arslan Özkan İ, Kulakaç Ö. Jinekolojik kanserlerde tamamlayıcı ve destekleyici tıp kullanımı: Bir literatür incelemesi. Türkiye Klinikleri J med Sci. 2009;29(6):1695-1704
54. Şenel N. Reiki ve hemşirelik: Aynı alandan gelen iki dokunuşta bağlanma müdahaleimi, Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi. Kayseri,2015
55. Karagöz G. Sırt, boyun, bel ağrıları olan ve ameliyat programına alınan nöroşürürürci hastalarının ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2006
56. Khorshid L, Yapıcı Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. Atatürk Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8(2):124-130.)
57. Çakıroğlu G. Refleksoloji. Kayhan matbaacılık; 1. Baskı. İstanbul: 2013;16
58. Soutar, G. Eller ve Ayaklar İçin Refleksoloji. Çev: Evyapan T. Arkadas Yayınevi 3. Baskı. Ankara: 2012; 6
59. Çevik K. Hemşirelikte tamamlayıcı ve destekleyici tedavi: Refleksoloji, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 29 (2): 71-82, 2013
60. Tabur H, Basaran EBZ. Refleksoloji'ye Giriş, 1. Baskı. İzmir, Kitapdostu Yayınları 2009;11-140.
61. Vennells DF. Refleksoloji. Çeviren: Soner S. 2.Baskı. İzmir: Ege Meta Yayınları, 2004.
62. Stephenson, NL. N, Dalton, JA. Using reflexology for pain management: A review J Holistnurs 2003;21:179.
63. Doğan HD. Ellerin iyileştirme sanatı: Refleksoloji, European Journal of Basic medical Science 2014;4(4): 89-94
64. Öztürk R, Sevil Ü. Refleksolojinin kadın sağlığı üzerine etkisi, Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi Temmuz-Ağustos-Eylül 2013 Sayı: 08 Cilt: 3
65. Bolsoy N. Perimenstrüel distresin hafifletilmesinde refleksolojinin etkinliğinin incelenmesi. Ege Ü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 136 sayfa, İzmir, 2008.

66. <http://www.fatih.edu.tr/?basindabiz,1088> erişim tarihi; 2 Şubat, 2016
67. http://www.ybu.edu.tr/content_detail-256-1739-refleksoloji-kursu.html erişim tarihi; 13 Ocak 2016
68. <http://www.nisantasi.edu.tr/refleksoloji>, erişim tarihi; 13 Ocak 2016
69. <http://basin.kmu.edu.tr/duyuru.aspx?ayrinti=783> erişim tarihi; 13 Ocak 2016,
70. Kulik, D. Reflexology and massage in the treatment of type II diabetic neuropathy, University of Pacific Stockton California Psychology Master of Thesis, California, 2002.
71. Oleson T, Flocco W. Randomised controlled study of premenstrual symptoms treated with ear; Hand and foot reflexology. *Obstetrics & Gynecology* 1993;82(6): 906–11.
72. Li CY, Chen SC, Li CY. et al. Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst taiwanese postpartum women. *Midwifery*, 2011;27:181–186.
73. Ashtoghiri M, Ghodsi Z. The Effects of reflexology on sleep disorder in menopausal women. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2012;31: 242-6.
74. Wilkinson Sai, Prigmore S, Rayner FC. A randomised-controlled trail examining the effects of reflexology of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2006; 12: 141–147.
75. Chumthi L, Volrathongchai K, Eungpinichpong W. Effect of foot reflexology on stres reduction among adolescent mothers during the postpartum period. *Royal Thai Air Force Medical Gazette* 2011; 57(1): 24-35.
76. Gunnarsdottir JT, Peden-mcalpine C. Effects of reflexology on fibromyalgia symptoms: A multiplecase study. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2010;16: 167–172.
77. Anderson, L. The ancient healing art of rexlexology, *Nursing & Residential Care*, 2005, 7(7): 311-313.
78. Özdelikara A. Meme kanserli hastalarda refleksolojinin kemoterapiye bağlı bulantı, kusma ve yorgunluk üzerine etkisi, Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum 2013
79. Polat H. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına uygulanan refleksolojinin dispne ve yorgunluğa etkisi Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum 2013

80. Akın Korhan E. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda refleksolojinin sedasyon düzeyi ve yaşamsal belirtiler üzerine etkisi EGE Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir 2011,
81. Ayçeman N. Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği, Refleksoloji Kurs Notları Antlaya 2014
82. McVicar AJ, Greenwood CR, Fewell F, D'Arcy V, Chandrasekharan S, Alldridge LC. Evaluation of anxiety, salivary cortisol and melatonin secretion following reflexology treatment: a pilot study in healthy individuals. *Complement Ther Clin Pract.* 2007;13(3):137–45.
83. <http://www.jessica-reflexology.com/index.html> Erişim; 12 mayıs 2016
84. <http://www.academicana.com/> Erişim; 10 mayıs 2016
85. Nakamarua T, Miurab N, Fukushima A, Kawashimab R. Somatotopical relationships between cortical activity and reflex areas in reflexology: A functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience Letters* 2008;448:6–9.
86. Erden S. Tip 2 diyabetik erkek hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve anksiyete düzeyi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015
87. Atmaca M. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde sigara bağımlılığının anksiyete ve depresyon ile ilişkisi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, uzmanlık tezi, Ankara 2015
88. Canlı Özer Z, Şenuzun F, Tokem Y. Miyokart enfarktüsülü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* 2009;37(8):557-562
89. Karacan Y, Kapucu SS. Periferik kök hücre naklinde hastalarda görülen anksiyete ve depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13(1): 77-82.
90. Bahar A, Taşdemir HS. Dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11 (2): 11-17. [Elektronik Dergi]. http://www.e_dergi.atauni.edu.tr.
91. İşkey M. Anjiyografi işlemi öncesi ve işlem sırasında müzik dinlemenin bireylerin anksiyete düzeyi ve yaşam bulgularına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008
92. Büyükaşık Ö. Koroner anjiyografi olacak hastalarda sağlık eğitiminin anksiyete düzeyi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008

93. http://www.tkd-online.org/uksp/tkd_ulusalkalpsagligipolitikasi_taslak.pdf erişim tarihi; 15 Mayıs 2016
94. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan A, H, Erdemli Ö. Kalp cerrahisi geçirecek hastalarda anksiyete sağaltımı. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 2010, **18** (3): 177-182.
95. Krannich, JH, Weyers P, Luerger S, Herzog M, Bohrer T, Elert O. Presence Of depression and anxiety before and after coroner artery bypass graft surgery and their relationship to age. BMC Psychiatry, 2007, **7** (47): 1-6.



7. EKLER

EK1

Hasta Değerlendirme Formu

Anket No:.....

Tarih:

1. Yapılan işlem
 müdahale Grubu Kontrol Grubu
2. Yaşınız:
3. Yatış Tanınız.....
4. Cinsiyetiniz
 Kadın Erkek
5. Sigara kullanıyor musunuz
 Evet Hayır
6. Öğrenim durumunuz.
 Okur yazar değil
 İlkokul
 Orta okul
 Lise
 Yüksek Öğrenim
 yüksek lisans ve doktora
7. mesleğiniz
 memur
 İşçi
 Emekli
 Ev Hanımı
 Çiftçi

Diğer

8. medeni durumunuz

Evli Bekar

9. Ailenizde kalp hastalığı olan var mı?

Evet Hayır

10. Ailenizde daha önce anjio olan var mı?

Evet Hayır

11. Ailenizde kalp hastalığı nedeniyle ölen var mı?

Evet Hayır

12. Koroner anjiyografiye karşı kaygılarınız var mı?

Evet Hayır

13. Hangi nedenle kaygı duyuyorsunuz ?

Hastalık bulunması

Ağrı ve acı duyma

Kalbime ve vücuduma zarar gelmesi

Ölüm korkusu

Diğer.....

14. Refleksolojiyi daha önce duydunuz mu?

Evet Hayır

EK-2DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

| | | | | |
|---|------------|--------------|------------|----------------|
| Hastanın Adı Soyadı Tarih: | | | | |
| DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (SPIELBERGER STDTE-TRAIT ANXIETY INVENTORY) DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ | | | | |
| Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada o anda kendinizi nasıl hissettiğinizi gösteren ifadelerden uygun olanını işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeden anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz | | | | |
| | Hiç | Biraz | Çok | Tamamen |
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 1.Su anda sakinim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 2. Kendimi emniyette hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 3. Su anda sinirlerim gergin | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 4. Pismanlık duygusu içindeyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 5. Su anda huzur içindeyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 6. Su anda hiç keyfim yok | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 7. Basıma geleceklerden endise duyuyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 9. Su anda kaygılıyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 10. Kendimi rahat hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 11. Kendime güvenim var | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 12. Su anda asabım bozuk | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 13. Çok sinirliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 15. Kendimi rahatlamış hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 16. Su anda halimden memnunum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 17. Su anda endiseliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 18. Heyecandan kendimi saskına dönmüş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 19. Su anda sevinçliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 20. Su anda keyfim yerinde | (1) | (2) | (3) | (4) |

EK-3 SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

| Hastanın Adı Soyadı Tarih: | | | | |
|---|---------------------------------|--------------|------------------|------------------------|
| DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (SPIELBERGER STDTE-TRAIT ANXIETY INVENTORY) SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ | | | | |
| Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada o anda kendinizi nasıl hissettiğinizi gösteren ifadelerden uygun olanını işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeden anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz | | | | |
| | Hemen hemen hiçbir zaman | Bazen | Çok zaman | Hemen her zaman |
| 21. Genellikle keyfim yerindedir | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 22. Genellikle çabuk yorulurum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 23. Genellikle kolay ağlarım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 27. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 30. Genellikle mutluyum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 31. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 32. Genellikle kendime güvenim yoktur | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 33. Genellikle kendimi emniyette hissederim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 36. Genellikle hayatımdan memnunum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 39. Akli başında ve kararlı bir insanım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor | (1) | (2) | (3) | (4) |

EK-4 SERTİFİKA



ACADEMICANA



Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği
Health & Natural Therapies Association

CERTIFICATION

This is to certify that

Yusuf Kizir

has successfully completed the requirements of
“ **Reflexology** ”
(HNTA Level-1)
training, thereby awarded this certificate on the
29th of January 2015

“ Refleksoloji ”
(SDTD Seviye-1)
*eğitiminin başarı koşullarını yerine getirerek
bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.
29 Ocak 2015*

ACADEMICANA
Health.Spa.Wellness.Sport.Recreation
Training-Certification-Consultancy-Application
www.academicana.com
info@academicana.com
0242 230 47 07



INTERNATIONAL CERTIFICATION
★ ★ ★
★ Accredited-Approved ★
2001201501011985

Nihat AYÇEMAN
Nihat AYÇEMAN, M.Sc.
Başkan / Eğitmen
President / Lecturer




Bu belge, mesleki etik kurallarını ihlal etmemek kaydı ile verilmiş ve onaylanmıştır. Aksi takdirde, sertifikanın geri alınacağı ve iptal edileceği sertifikaya sahibi tarafından bilinmektedir.

EK-5 REFLEKSOLOJİ BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ

Ön Yüz


→ **REFLEKSOLOJİ**

→ Refleksoloji, bir tür denge masajıdır ve kişinin kendisini fiziksel, duygusal ve ruhsal olarak iyi hissetmesini sağlar. Refleks noktalarına basınç uygulanarak vücudaki sinirler ve kan dolaşımını uyarır.



**REFLEKSOLOJİ
(AYAK MASAJI)**

→ Refleksoloji ellere, kulaklara ve ayaklara uygulanan özel bir masajdır.



Arka Yüz

REFLEKSOLOJİ NEDİR

Refleksoloji, ayaklarda ve ellerde bulunan ve iç organlarımıza ve vücudumuzun çeşitli bölgelerine karşılık gelen, belli başlı noktalara masaj uygulama tekniğidir.

Uygulanan bu masaj vücudun belli bölgelerinde bloke olmuş enerjiyi çözerek, bedenin kendi kendini iyileştirme gücünü harekete geçirir ve kişinin kendisini, fiziksel, duygusal ve ruhsal bakımdan iyi hissetmesini sağlar ve kişiye doğal dengesini kazandırır.

NASIL YAPILIR

- ▶ Öncelikle her iki ayağımız skar, yara v.b açıdan değerlendirilir.
- ▶ Daha sonra hafif bir masaj ile hasta gevşetilir
- ▶ Sağ ayak ile başlanır daha sonra sol ayağa geçilir, 25-30 dk'da bitirilir
- ▶ "İyileşme cevabı" tedaviden hemen sonra açığa çıkar. Örn; daha enerjik hissetme, terlemenin artması, ilk kalkışta baş dönmesi, ağrılarda azalma, gevşeme vb.
- ▶ Uygulama sonrası toksinlerin atılımını hızlandırmak için anjiyo işlemi sonrası bol su içilmesi önerilir

REFLEKSOLOJİNİN FAYDALARI

- ▶ Stres ve gerilimi azaltır.
- ▶ Tüm vücutta dolaşımı düzenler.
- ▶ zehirli maddelerin atılımına yardımcı olur
- ▶ İmmun sistemin optimal düzeyde çalışmasını sağlar
- ▶ Sistemin yenilenmesini sağlar ve enerji düzeyini artırır.
- ▶ Enerji akışını etkileyen faktörleri ortadan kaldırır.
- ▶ Zihin ve bedenin iyilik haline katkı sağlar.
- ▶ Organ fonksiyonlarının sağlıklı olmasını destekler.

EK-6 KURUM İZİNİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 64106871 **285**
Konu: Dilekçe Cevabı

12.01.2015

Yusuf KIZIR
Hemşire

İlgi: 07.01.2015 tarih ve 218 sayılı dilekçeniz.

'Koroner Anjiyoğrafi Uygulanacak olan hastalarda Refleksolojinin Anksiyete üzerine etkisinin belirlenmesi' Yüksek Lisans Teziniz ile ilgili çalışmalarına esas olacak verilerin toplanması hakkındaki çalışmalarınız ile ilgili dilekçeniz incelenmiş olup, Refleksoloji Sertifikası ve Etik Kurul onayı alındıktan sonra çalışma yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Kadri Barak ETHEMOĞLU
Başhekim Yardımcısı

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Personel Şubesi
63300 / Esentepe / ŞANLIURFA
Tlf : (0414) 318 6027
Fax : (0414) 3186812

Ayrıntılı bilgi için irtibat: D.BENEK
web: www.sudh.gov.tr

EK-7 HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Koroner Anjiyografi Hastalarında Refleksolojinin Anksiyete Üzerine Etkisinin Belirlenmesi

HASTA ADI: _____

Bu çalışmada KAG uygulanacak hastalarda Refleksolojinin anksiyete üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlandığı tarafıma anlatıldı.

Uygulamada KAG yapılması planlanan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki guruba ayrılacağı ve müdahale grubuna 30 dakika ayak refleksolojisi uygulanırken kontrol grubuna herhangi bir uygulamanın yapılmayacağı konusunda bilgilendirildim.

Araştırma etik kurul onayı alındıktan sonra 1 yıl içerisinde bitirilmesi planlandığı ve araştırmanın sonucunda 50 kontrol 50 müdahale olmak üzere toplam 100 hastaya ulaşılması hedeflendiği tarafıma anlatıldı

Yukarıda belirtilen KAG uygulanacak hastalarda Refleksolojinin anksiyete üzerine etkisinin belirlenmesi' adlı müdahalesel çalışmada yapılacak olan uygulama hakkında yazılı ve sözel olarak bilgilendirildim ve uygulamanın bana herhangi bir risk ve rahatsızlıkları getirmeyeceğinin bilincindeyim.

Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve diğer tıbbi bakım için benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Çalışma ilaçlarıyla uygulanan tedavi ile hastalığım kontrol altına alınabilir. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.

Eğer bu müdahalesel araştırmaya katılmayı kabul etmezsem, kabul görmüş uygulamalardan yararlanma hakkına sahip olduğumun bilincindeyim.

Bu çalışmanın yürütülmesinden sorumlu araştırmacı, almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla veya çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

Çalışmanın yürütülmesi, olası yan etkiler veya bir hasta olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Araştırmacı Yusuf KIZIR

Telefon: 0 507 580 00 22

Araştırma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gereğinde Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN'a ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler uygulamanın kullanımının onaylanması için veriye ihtiyaç duyan diğer ülke hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Bu çalışmanın sonuçları toplantılar veya bilimsel yayınlarda sunulabilir, ancak bu durumda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katıldığım için zarar görürsem, ihtiyaç duyacağım tıbbi bakım, sorumlu doktor ve bu hastane tarafından yerine getirilecektir. Masraflarım araştırmacı Yusuf KIZIR tarafından karşılanacaktır. Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim.

Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, bu çalışmadan istediğim an çıkabileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

12. Helsinki Deklarasyonuna uygunluk onayı

Bu çalışma Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

13. Çalışmaya katılma oluru

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularıma tatminkâr cevaplar aldım. Bu çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra vazgeçtiğim takdirde hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu bildirimli olur sözleşmesinin imzalı bir nüshasını aldım.

Hastanın Adı-İmzası

(Veli veya vasisinin)

Tarih

Sorumlu Araştırmacının Adı-İmzası

Tarih

Tanığın Adı-İmzası

Tarih



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 74059997.050.01.04/035
Konu : Proje

13./02/2015

Sayın Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN
Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürüttüğünüz olduğunuz "Koroner Anjiyografi Hastalarında Refleksolojinin Anksiyete Üzerine Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmaya onay verilmesine ilişkin, Kurulumuzun 13.02.2015 tarih ve 02 nolu oturum 01 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU
Etik Kurul Başkanı

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenişehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 – 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

| | |
|--|--------------|
| HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı | |
| TARİH | : 13.02.2015 |
| OTURUM | : 02 |
| SAAT | : 15:00 |

| | |
|----------|--|
| 15/02/01 | <p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Fügen ÖZCANARSLAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu "Koroner Anjiyografi Hastalarında Refleksolojinin Anksiyete Üzerine Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU Etik Kurul Başkanı</p> |
|----------|--|