

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

**ANJİYOĞRAFİ YAPILAN KORONER ARTER  
HASTALARINDA BİTKİSEL KÖKENLİ  
TAMAMLAYICI BESİN ÖĞELERİN KULLANIMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Serdar ZENGİN**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr Selma KAHRAMAN**

**ŞANLIURFA**

**2016**

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

**ANJİYOĞRAFİ YAPILAN KORONER ARTER  
HASTALARINDA BİTKİSEL KÖKENLİ  
TAMAMLAYICI BESİN ÖĞELERİNİN KULLANIMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**Serdar ZENGİN**

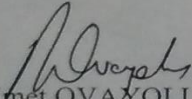
**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN**

**ŞANLIURFA**  
**2016**

T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Serdar ZENGİN' in hazırladığı "Anjiyografi Yapılan Koroner Arter Hastalarında Bitkisel Kökenli Tamamlayıcı Besin Öğelerinin Kullanımı", konulu çalışma 28/06/2016 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN  
Harran Üniversitesi Hemşirelik Anabilim dalı

  
Prof. Dr. Nimet OVAAYOLU  
Gaziantep Üniversitesi  
Hemşirelik Anabilim dalı

Yrd. Doç. Dr. Feyzullah BEŞLİ  
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kardiyoloji Anabilim dalı



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın ilk girişimlerinde değerli bilgilerini benimle paylaşan, yol gösteren, desteklerini hep hissettiğim; pek kıymetli hocam sayın Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN ‘ a;

Tezimin konusunun belirlenmesinde, araştırma aşamasında, yön tayininde ve tamamlanmasında destek olan değerli tez danışmanı Sayın Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN’a bana ayırdıkları değerli zamanları ve sağladıkları destek için;

Yüksek lisans süresince bana inanan, yardımlarını esirgemeyen, her zaman yanımda hissettiğim, bildiklerini paylaşan ve bildiklerimizi paylaşmamızı öğreten Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ, Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA, Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN, Yrd. Doç. Dr. Arzu Timuçin ve adını yazamadığım diğer hocalarıma;

Veri toplama anketimin hazırlanmasında görüş ve önerileri ile destek sunan Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN, Prof. Dr. Hasan AKAN, Yrd. Doç. Dr. Erkan BAYSAL ‘ a

Varlığıyla yanımda olmasından sonsuz güven duyduğum, bu süreçte ve her zaman beni destekleyen eşim; Özlem KAYA ZENGİN’ e

Aileme, iş arkadaşlarıma yardımları ve destekleri için;

Teşekkürlerimi sunarım.

**Serdar ZENGİN**

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>i</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>1.GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Koroner Arter Hastalığının Tanımı ve Prevelansı .....	4
2.2. Koroner Arter Hastalığın da Kullanılan Tanı Yöntemleri Ve Tedaviler.....	4
2.2.1. Tıbbi Tedavi .....	5
2.2.2 Koroner Anjiyografi.....	5
2.3. Koroner Anjiyografi Planlanan hastada İşlem Öncesi Hemşirelik Tanıları .....	6
2.3.1.İşleme Güvenli hazırlık .....	7
2.3.2 Anksiyete ve Korku.....	8
2.4. Bitkisel Tedavinin Tarihçesi .....	9
2.4.1. Fitoterapi.....	10
2.4.2. Günümüzde Tıbbi Bitkiler.....	11
2.5. İlaç Etkileşimleri .....	11
2.5.1.Fitoterapide Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar.....	12
2.6.Tedavi Amaçlı Sık Kullanılan Bitkiler.....	12
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>15</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları.....	16
3.5.Araştırmanın Uygulanması .....	16
3.6.Araştırmanın Etik Yönü .....	17
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	17
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	17

<b>4-BULGULAR</b> .....	18
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	25
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	30
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	32
<b>8. EKLER</b> .....	35
Ek-1 Veri Toplama Formu.....	35
Ek-2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	39
Ek-3 Etik Kurul Onay Formu.....	41
Ek-4 Öz Geçmiş Formu.....	42



## TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

<b>Tablo 1.</b> Hastaların sosyo-demografik özellikleri.....	14
<b>Tablo 2.</b> Hastaların sağlık durumu.....	32
<b>Tablo 3.</b> Hastaların TAT kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları.....	38
<b>Tablo 4.</b> Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre TAT kullanım durumları.....	40
<b>Tablo 4.(Devam)</b> Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre TAT kullanım durumları.....	41

## KISALTMALAR

<b>TDT:</b>	Tamamlayıcı ve Destekleyici tedavi
<b>WHO:</b>	(World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü
<b>KAG:</b>	Koroner anjiyografi
<b>KKH :</b>	Koroner kalp hastalığı
<b>TÜİK:</b>	Türkiye istatistik kurumu
<b>ACC :</b>	Amerikan Kalp Derneği
<b>PTCA :</b>	Perkütan Balon Koroner Anjiyoplasti
<b>ABD :</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>TEKHARF:</b>	Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri
<b>EKG:</b>	Elektro kardiyografi



## ÖZET

# ANJİYOĞRAFİ YAPILAN KORONER ARTER HASTALARINDA BİTKİSEL KÖKENLİ TAMAMLAYICI BESİN ÖĞELERİNİN KULLANIMI

Serdar ZENGİN

### Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

**Amaç:** Bu araştırma; anjiyografi yapılan koroner arter hastalarında bitkisel kökenli tamamlayıcı tedavileri belirlemek, sonrasında yapılacak araştırmalara katkı sunmak ve hasta bakım planlarına katkı vermek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini 399KAHtanılı kişi oluşturmuştur. Veriler hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve kullanılan TDT yöntemini sorgulayan anket ile toplanmıştır. Veriler SPSS 20,0 paket programı ile tanımlayıcı istatistik ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların %48,4 (193) ünün kadın , % 60,4' ünün (241) 65 yaş altı, % 58,9 (235)' unun okuryazar olmadığı saptandı. Hastaların % 72,9 (291)' unun ise KAH ile beraber ikiden fazla kronik hastalığı olduğunu ifade ettiği belirlendi. Bu hastalıkların çoğunluğunu ise hipertansiyonun oluşturduğu görüldü. (% 42,9(171)). Hastaların TDT kullanım oranı % 29,3 olarak belirlendi. TDT olarak en çok kullanılan bitkinin sırasıyla; meyan kökü(% 5,5), ginseng ve sarımsak(% 3,5) ile zencefil(% 3,3) olduğu saptandı.

TAT kullanma oranının okuryazar olmayanlarda ( $p>0,05$ ), 65 yaşından küçük ( $p>0,05$ ) ve erkek olan hastalarda, ( $p>0,05$ ), sigara( $p>0,05$ ) ve alkol( $p<0,05$ ) kullanmayanlarda ( $p>0,05$ ), BKI normal olanlarda( $p>0,05$ ) daha fazla olduğu tespit edildi.

**Sonuç ve öneriler:** KAH olan hastalarda TDT kullanma oranı yüksek bulunmuştur. TDT kullanma durumu, kişilerin sosyo-demografik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir.

Bir sağlık profesyoneli olan hemşirelerin TDT eğitimi almaları; gerekli eğitim sağlandıktan sonra; TDT merkezli hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, sağlıklı/hasta bireyleri

tamamlayıcı ve destekleyici tedavileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirilmeleri,

Gerek koroner anjiyo öncesi gerekse medikal tedavi planı yapıldığında; TDT kullanım durumu hemşireler tarafından muhakkak sorgulanmalı olası komplikasyonlar önlenmeye çalışılmalıdır

**Anahtar Kelime:** Hemşirelik, TDT kullanımı, Koroner Arter Hastalığı, Koroner Anjiyografi,



## ABSTRACT

### THE USE OF PLANT-BASED SUPPLEMENTARY NUTRIENTS IN CORONARY ARTERY PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE ANGIOGRAPHY

Serdar ZENGİN

Nursing Department Master Thesis

**Objective:** This research was conducted with the purpose of identifying plant based supplementary therapies in coronary artery patients who have undergone angiography, contributing to further research and making a contribution to patient care plans.

**Method:** The sample of this descriptive study consisted of 399 people diagnosed with CAD. The data were collected using a questionnaire about the patients' socio-demographic characteristics and the SST method used. The data were evaluated with descriptive statistics and the chi-square test using the SPSS 20.0 software package.

**Findings:** 48.4% (193) of the patients were found to be females, 60.4% (241) were found to be below 65 years of age and 58.9% (235) were found to be non-literate. It was determined that 72.9% (291) of the patients expressed that they had more than two chronic illnesses along with CAD. Hypertension was seen to constitute the majority of these illnesses (42.9% (171)). The rate of SST use of the patients was found to be 29.3%. The plants most commonly used for SST were determined as being licorice root (5.5%), ginseng and garlic (3.5%) and ginger (3.3%).

The rate of SST use was found to be higher among those who were illiterate ( $p>0.05$ ), those who were below 65 years of age ( $p>0.05$ ), those who were male ( $p>0.05$ ), those who did not smoke ( $p>0.05$ ) or consume alcohol ( $p>0.05$ ) and those who had a normal BMI ( $p>0.05$ ).

**Conclusion and recommendations:** The rate of SST use was found to be high among CAD patients. The state of SST use varies according to the socio-demographic characteristics of individuals.

It is necessary for nurses, who are health professionals, to receive SST training, to develop SST centered nursing practices after the necessary training has been provided and to encourage healthy/sick individuals to effectively and correctly use supplementary and supportive treatments.

The state of SST use should certainly be questioned by nurses whether prior to coronary angiography or when the medical treatment plan is being made, and efforts should be made to prevent possible complications.

**Keywords:** Nursing, SST use, Coronary Artery Disease, Coronary Angiography



# 1.GİRİŞ ve AMAÇ

## 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Son yüzyılda insanlardaki yaşam süresinin uzaması ile birlikte; dünya nüfusu hızla yaşlanmakta ve bunun paralelinde kronik hastalıklarda bir artış olmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kronik hastalıkların giderek arttığı belirlenmiştir. “Türkiye’de ölüm ve koroner hastalık insidansının bölgesel dağılımları: TEKHARF 2010 sonuçları son 12 yılda ülkemizin 37 yaş ve üzerindeki nüfusun 26 milyon olması varsayımıyla, yılda 410 bin erişkinin KAH nedeniyle hayatını kaybettiği ve 480 bin yeni KAH tanısı konulduğu bildirilmiştir(1).Koroner kalp hastalıklarının bakımının zor olması, tedavisinin uzun sürmesi, maliyetinin yüksek olması ve takip gerektirmesi, modern tedavi yöntemlerine olan güvensizlik gibi birçok nedenle insanların TDT’ye olan ilgisini artırmaktadır. Ulusal sağlık enstitüsüne bağlı Ulusal tamamlayıcı ve alternatif tedavi merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine) beş sınıfta topladığı 200 den fazla tamamlayıcı tedavi tanımlanmıştır.

Destekleyici ve tamamlayıcı tedaviler geleneksel tıbbi tedavinin parçası olarak kabul edilmeyen yöntemlerdir. Amerika Birleşik Devletlerin de 2013 verilerine göre bu yöntemlerin kullanım oranı %38 gibi yüksek bir orandır. Amerika’da reçeteli ilaç kullanan her beş yetişkinden birinin bitkisel ilaç, multivitamin veya her ikisini de kullandığı saptanmıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü’nün araştırma sonuçlarına göre; dünyada bitkisel ilaçların sayısı 2.000 civarında iken tedavi amacıyla kullanılan bitkilerin sayısı 20.000’i bulmaktadır. Türkiye de yetiştirmekte olan 9.000 tür bitkiden sadece 500 kadarı tedavide kullanılmaktadır. Ülkemiz de yapılan bir çalışmada, cerrahi girişim planlanan olgularda, bitkisel ilaç kullanım oranını %10-22 olarak saptanmıştır (3,5).

Bitkisel ilaca yönelme nedeni multifaktöryeldir. Bu faktörlerin en önemlileri; tıbbi tedavide hayal kırıklığı, doktor hasta ilişkisinde güvensizlik, tıbbi tedavi ücretlerinin yüksek oluşu ve yan etkisiz doğal ürünler adı altında kampanyalar yapan pazarlamacıların etkisinde kalmak sayılabilir (2). Ayrıca çalışmalarda kullanıcıların bu ürünlerin yan etkilerinden habersiz olduğu, kullanılan bitkisel ilaçları cerrahi ekibe bildirmediği saptanmış ve birçok hasta da kendilerine bu ilaçları alıp almadıklarının sorulmadığını ifade etmiştir (5). Bitkisel tedavilerin

özellikle cerrahi işlem uygulanacak hastalarda daha tehlikeli boyutlarda olacağı; ilaç etkileşimleri nedeniyle birçok komplikasyon gelişebileceği düşünülmektedir. Stent trombozu gelişen vakalarda yapılan araştırmalarda hastaların bitkisel karışımlar kullandıkları ve trombozun nedeninin bitkisel karışımlar olabileceği sonucuna varılmıştır (6-8).

Koroner arter hastalarının en çok karşılaştığı cerrahi operasyon anjiyografidir. Anjiyografi sonrası hastada yaşanacak komplikasyonların önüne geçilmesinde, yanlış uygulamaları hakkında hastanın bilgilendirilmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler, koroner anjiyografi işlemi öncesi hastadan alacağı bilgiler arasında TDT kullanımını da eklemelidir. Çünkü TDT'nin toplumda yaygın biçimde kabul edilmesi, tıp eğitim programlarına alınması ve devletin resmi makamlarında geçerlilik kazanması karşısında, hemşirelik eğitimi de TDT'yi ve giderek artan yaygınlığıyla ilintili olan sorun ve eğilimleri destekleyen unsurları içermelidir. Hemşirelere sürekli eğitim veya seçmeli dersler aracılığıyla bir veya birkaç TDT tedavisinin öğretilmesine fırsat verilmeli, aynı zamanda TAT'nin güvenliği ve etkinliği konusunda araştırma yapma olanağı da tanınmalıdır (9).

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bütün bu nedenlerden ötürü bu çalışmada amacımız; endikasyon dâhilinde KAG olmuş koroner arter hastalığı olan hastalarda bitkisel kökenli tamamlayıcı besin ürünlerinin kullanımını, eşlik eden hastalıkları ve hastalıkları ile ilgili ilaç kullanma oranlarını belirlemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Koroner Arter Hastalığının Tanımı ve Prevalansı

KAH; koroner ateroskleroza bağlı miyokardın perfüzyonunun bozulması sonucu gelişir. Ateroskleroz damar duvar esnekliğinin kaybolması ile karakterize bir damar hastalığı olup; büyük ve orta boyuttaki arterlerin, temel olarak intima tabakasına yerleşen, kesintisiz bir süreçtir(10,11). Ateroskleroz Avrupa ülkelerinde en sık görülen ölüm nedenidir. DSÖ verilerine göre aterosklerozun kısa bir sürede tüm dünyada da ölüm nedenlerinin ilk sırasına yerleşeceği öngörülmektedir (10). ACC araştırmalarına göre günümüzde ABD’de 13,2 milyon civarında KAH vakası olduğu bildirilmiştir (12).

1900’lı yıllarda enfeksiyöz hastalıklar ve beslenme bozukluğu toplumda görülen en sık ölüm nedeni iken, bu tarihten sonra başlayan endüstrileşme olgusuyla beraber tütün ürünlerinin kullanımında artma, fiziksel aktivitede azalma, yüksek yağ ve kalori içeren dengesiz beslenmenin sonucunda KAH’da artış göstermiştir. Bu eğilim sürdükçe 2020 yılına gelindiğinde kardiyovasküler hastalıkların; tüm dünyada bir numaralı ölüm nedeni ve her 3 ölüm olayından birinin sebebi olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu sorun daha fazla önem kazanmaktadır.

Ülkemizde Aterosklerotik hastalıklar konusunda yeterli veri olmamakla birlikte KAH’ın Türkiye’deki durumunu gösteren TEKHARF çalışması 2010 yılı verilerine göre KAH prevalansı yetişkin nüfusta % 3,8’dir. 60- 69 yaş grubunda, prevalansın % 14 oranında olduğu bildirilmiştir. TEKHARF çalışmasının 1990-2014yıllarını kapsayan takip sonuçlarına göre, 45-74 yaş kesiminde koroner kalp hastalığı kökenli ölümler erkeklerde 1000 kişi-yılında 7.64, kadınlarda 3.84 düzeyindedir. Koroner mortalite oranımız, erkeklerde Kuzey Avrupa ülkeleri içinde 4. Sırada iken kadınlarda ise birinci sıradadır (13,15). Ülkemizde ölüm nedenleri arasında KAH bağlı ölümler birinci sırada gelmektedir (14,15).

KAH tanısında klinik muayene ve EKG en fazla kullanılan tanı yöntemleridir (16,17). Bu yöntemlerin yanın da 1960’dan beri kullanılan KAG ve 1990’ların başlarından beri önemli

oranda gelişmiş olan intravasküler ultrasonografi gibi invazif girişimler başvuru alan diğer yöntemlerdir (16,18).

## **2.2.Koroner Arter Hastalığında Kullanılan Tedaviler**

### **2.2.1.Tıbbi Tedavi**

Tıbbi tedavinin temel amacı, miyokardın oksijen gereksinimini azaltmak ve oksijenlenmesini arttırmaktır. Bu amaca yönelik olarak; beta-adrenerjik blokaj yapan ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri, antikoagülanlar, ACE inhibitörleri kullanılmaktadır (16,19).

### **2.2.2.Koroner Anjiyografi**

KAG; Aterosklerotik KAH'na bağlı arter daralmalarının varlığı veya yokluğunu tanımlamada standart tanı yöntemidir. Kalp kateter çalışmaları ilk kez, 1844 yılında Claude Bernard ve ekibi tarafından yapılan hayvan deneyleriyle başlamıştır. İlk selektif koroner anjiyografi günümüzde de Sones yöntemi olarak bilinen brakial arter yolu ile 1959 yılında F. Mason Sones ve arkadaşlarınca yapılmıştır. 1967 yılında da Judkins tarafından femoral arter yolu ile koroner arter anjiyografisi yapılmıştır. Daha çok yapılması ve lokal enfeksiyon riskinin daha az olması nedeniyle çoğunlukla Judkins yöntemi günümüzde tercih edilmektedir. İlk kez 1959 yılında F. Mason Sones tarafından yapılan KAG daha sonra Kardiyovasküler tıpta en yaygın kullanılan invaziv tanı yöntemi olmuştur (16,18,20). 2007 yılında ABD de 2 milyon civarında hastaya koroner anjiyografi yapılmıştır. Ülkemizde 2004 yılında yaklaşık 170.000 koroner anjiyografi ve 30.000 perkütan girişim yapılmıştır. Sağlık Uygulama Tebliği tanısal işlem kodları kullanılarak yapılan taramada 2009 yılında 260.995 adet koroner anjiyografi gerçekleştirilmiştir. Yine 2013 yılının ilk 6 ayında bu sayı 335.113'tür (21).

Nüfus artışı, bunun içinde yaşlı nüfusun artması, tanı ve tedavi imkânlarına kolaylıkla ulaşılabilir olması ve yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi nedeniyle bu rakamların hızla artacağı düşünülmektedir. Koroner anjiyografi işleminin amacı; hem doğal hem de cerrahi bypass greftleri olmak üzere tüm koroner damarları incelemek ve koroner anatomiye ortaya koymaktır.



Anjiyografi 'de brakial ya da femoral arterden girilen bir katater aracılığı ile koroner arterlere gidilerek verilen radyopak madde ile görüntüleme işlemi yapılmaktadır. Yüksek çözünürlüklü X ışını kullanarak seri intrakoroner kontrast enjeksiyonu ile uygun açılardan görüntü alınır. 0.3 mm'ye kadar olan tüm koroner arter dallarını, herhangi bir görüntü bozulması oluşmadan görüntüleme yapılır (22,23). KAG; Koroner Arter Anatomisinin ortaya çıkarılması gerektiğinde endikedir. Koroner anjiyografi bir tanı yöntemi olmasının yanında aynı zamanda bir tedavi yöntemidir. İlk anda tespit edilen damar lezyonları mekanik müdahale ile genişletilerek ortadan kaldırılabilir. PTCA ile brakial yada femoral arterden girilerek kateterin ucuna yerleştirilmiş bir balon tıkanmayı açmak üzere şişirilir. Bu işlem sadece balonla yapılabildiği gibi bir koroner stent yerleştirme işlemi de içerebilmektedir. Stentler, bir damarın içine yerleştirilerek damar duvarının ebatına, şekline ve kıvrımına uyacak şekilde genişletilen ve daha başka tıkanmaları önlemek için küçük yuvarlak metal yapıdır (23).

### **2.3.Koroner Anjiyografi Planlanan Hastada Hemşirelik Girişimleri**

Girişimsel tedavi uygulanan hastanın bakımında hemşirenin sorumlulukları;

- Olası komplikasyonları önleme, erken tanıma,
- Hasta/aile eğitimi ve
- Rehabilitasyonudur.

Olası komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması, bireyselleştirilmiş ve yapılandırılmış bakım ve hasta/aile eğitimi, risk faktörlerinin modifikasyonu ile gerekli yaşam biçimi değişiklikleri kardiyojide girişimci tedavilerde prognozu etkileyen önemli faktörlerdir.

Bireyselleştirilmiş ve yapılandırılmış bakım ve hasta/aile eğitimi için hemşirenin son gelişmeleri ve literatürleri takip etmesi önemlidir. Bakım, hemşirelik süreci doğrultusunda verilir. Hastanın tıbbi ve hemşirelik öyküleri, fiziksel muayene, Hemodinami izlem ve tanı koyucu testleri içeren verilerin analizi ve yorumu yapılarak temelde çoğu ortak olan hemşirelik tanıları konur ve bakım planlanarak uygulanır, değerlendirilir (47,48).

## 2.3.1. Koroner Anjiyografide Hemşirelik Tanıları- Girişimleri

### 2.3.1.1. Hemşirelik Tanısı – 1

#### Hastanın KAG” ye güvenli hazırlığı.

##### Amaç

Hastanın KAG ‘ye güvenli bir şekilde hazırlanmasını sağlamak.

##### Girişimler

- Hastanın 6 saat öncesinden oral beslenmemesi sağlanır. Ancak işlem saatinin uzaması durumunda hastanın kan glikoz seviyesi kontrol edilerek durumu kontrol altında tutulur. Günümüzde özellikle diyagnostik girişimlerden önce sıvı alımı kısıtlanmamaktadır.
- KAG için gerekli işlemlerin tamamlanması sağlanır: Tam kan sayımı, koagülasyon analizleri, elektrolitler, BUN, kreatinin, kan grubu ve crossmatch, göğüs grafisi tetkiklerinden gerekli olanlar yapılır.
- Bitkisel ilaçların kan değerleri ve sistemler üzerindeki etkisi düşünülerek hastanın herhangi bir TDT yöntemi kullanıp kullanmadığı sorgulanır.
- Bitkisel ilaç kullanan hastaların kullandığı bitki detaylı incelenerek; invaziv ve noninvaziv olası komplikasyonlar belirlenir. Örneğin sarımsak kullanan bir hastada sarımsağın antiagregan etkisi ile kanama zamanının uzun olabileceği bilgisini hekimle paylaşır ve gerekli önlemleri alır.
- Hekim tarafından hastaya onay formu imzalatılır,
- Her iki kasık bölgesinin traş edilmesi sağlanır,
- Vital bulgular kontrol edilir,
- 12 derivasyonlu EKG çekilir,
- Boşaltım gereksiniminin giderilmesi sağlanır,
- Takma diş, takılar ve varsa tırnaklarındaki ojeler çıkartılır,
- Nabızlar belirlenir ve işaretlenir,
- Damar yolu açılır,
- Gerekli görüldüğün de hekim istemine uygun sedatif verilir.
- Hekim istemine uygun ilaçlar verilir,

- Bone, önlük giydirilir ve kimlik bandı takılır (47,48).

### 2.3.1.2.Hemşirelik Tanısı – 2

Anksiyete / korku

#### **Belirti ve Bulgular:**

- Kan basıncında kalp hızında ve solunum sayısında artış.
- Gerginlik, huzursuzluk, sinirlilik ağlama
- Baş ağrısı, baş dönmesi
- Avuç içinde terleme dikkatte azalma
- Pupildilatasyonu,
- Dispne,
- Palpitasyon,
- Ağızda kuruma,
- Sık idrara çıkma,
- Ellerde ve ayaklarda karıncalanma

#### **Neden:**

Girişimsel tedavi süreci, sonucu ve olası komplikasyonlara ilişkin yeterli bilgilendirilmeme veya yanlış bilgilendirilme.

#### **Amaç:**

Hastanın anksiyete ve korkusunu azaltmak, etkili başa çıkma yöntemlerini anlatmak/ geliştirmek.

#### **Girişimler:**

- Hastanın anksiyete/korku düzeyi değerlendirilir. (Vücut postürü, uykuya dalmada zorlanma, huzursuzluk, gerginlik, yorgunluk hissi),
- Hastanın kullandığı başa çıkma yöntemleri belirlenir.
- Anksiyete/korkuya neden olan durumlar araştırılır.(uygulama hakkında endişe, yetersiz bilgi, kliniğe alışma, gürültü vb.),
- Hastanın korku ve kaygılarının farkında olduğu anlatılır.

- Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanır,
- İşlemin anlatıldığı eğitimin sade bir dille ve anlaşılır bir şekilde olması sağlanır
- İşlem yapılacak laboratuvar ve ekip elemanları tanıtılır.
- Terapötik iletişim teknikleri kullanılır (hastanın sorsormasına izin verilir.),
- Gerekğinde KAG olmuş diğer hastalarla iletişim sağlanır,
- Hastaya anksiyete azaltıcı yöntemler anlatılır ve uygularken yardımcı olunur (Relaksasyon, derin soluk alıp verme,pozitif düşünme ve kendini açıklamaya teşvik etme),
- Hekim istemine göre işlem öncesi gece sedatifler verilir.

### **Değerlendirme**

- Hastanın korkusunun ve anksiyetesinin geçtiğini ifade etmesi/ gözlenmesi.
- Hastanın relaksasyon yöntemlerini etkin olarak kullanması
- Hastada psikomotor ajitasyon belirtilerinin azalması (47,48).

### **2.4. Bitkisel Tedavinin Tarihçesi**

Dünya üzerinde ki 750.000-1.000.000 arasındaki bitki türünden yaklaşık 20.000'inin tıbbi amaç için kullanıldığı bilinmektedir. Bu sayının gerçeği yansıtmaktan uzak olup asıl sayının 100.000'ne kadar çıkabileceği ileri sürülmektedir. Türkiye'de yetişmekte olan 9.000 kadar türden ise ancak 500 kadarı tedavi amacıyla kullanılmaktadır (24).

Antik çağdan beri tedavi maksadıyla kullanılan bitkilerin sayısı devamlı bir artış göstermektedir (24). Fosil kayıtlara göre insanlar antik çağdan bu yana 60 bin yıl önceden günümüze kadar bitkileri tedavi amacıyla kullanmaktadırlar. Tarih öncesi dönemden başlayarak Mezopotamya'da eski uygarlıklardan Mısır, Hitit, Asur, Yunan ve Roma'da, İslam coğrafyasına baktığımızda ise Anadolu Selçukluları ve Osmanlı döneminde bitkisel ilaçların kullanıldığını görüyoruz. Cumhuriyet döneminde de bu konu ilgi çekmeye devam etmiş, tıbbi (tıbbi folklor) araştırmalar yapılmıştır (24,25).

Yaklaşık 50.000 yıldan beri Anadolu insanının yabani bitkilerden çeşitli amaçlarla yararlandığı bilinmektedir. Bu kadar uzun bir süreden beri yabani bitkilerden yararlandığı bilinmesine karşılık Anadolu'da kullanılan bu bitkiler hakkında etraflı bir bilimsel araştırma

şimdiye kadar yapılmamış ve bu bitkilerin farmako-toksikolojik etkilerinin bir listesi oluşturulmamıştır. Türkiye gibi geniş bitki florası bulunan, ekonomik kaynakları kısıtlı ve sentez suretiyle ilaç yapım olanakları yeterli düzeye gelmemiş ülkelerde, doğal ürünlerden elde edilen ilaçların geliştirilmesi ve bu tür etkin ilaçların kullanılmasının teşvik edilmesi, yeterli ve ucuz ilaç sağlanması bakımından faydalı bir yaklaşım olabilir (26).

Kimya ve biyokimya alanındaki gelişmeler ilaç sanayisine büyük bir ivme kazandırmış; bu sayede etkinlik, zararsızlık ve kalite prensipleri benimsenerek analitik, toksikolojik, farmakolojik ve klinik çalışmalar sonucu, laboratuvarlarda tıbbın ihtiyaçlarına cevap veren pek çok ilaç geliştirilmiştir (27).

Buna rağmen özellikle geçen yüzyılda üretilen ilaçların birçoğu bitkisel kökenli olmuştur. Örneğin; haşhaştan elde edilen morfin, söğüt kabuğundan üretilen aspirin, yüksükotundan elde edilen digoksin, kınakına bitkisinden çıkarılan kinin, gibi ilaçlar bu duruma en iyi örneklerdir (27,28). Günümüzde mevcut ilaçların %27'si bitkisel kökenlidir ve bitkiden elde edilmek istenen etken madde, laboratuvar ortamında sentez edilmektedir (27,29).

#### **2.4.1. Fitoterapi**

Kısaca “Tıbbi bitkilerle tedavi” anlamına gelen Fitoterapi, terim olarak ilk kez Fransız hekim Henri Leclerc (1870-1955) tarafından kullanılmıştır. Hastalıkların, tedavi edici değere sahip taze veya kurutulmuş bitki kısımları (drog) ya da bunlardan elde edilen ekstraksiyon ürünleri kullanılarak üretilen çay, damla, draje, kapsül, şurup, tablet ile tedavi edilmesi “Fitoterapi” olarak değerlendirilmektedir. Fitoterapi, farmakognozi bilim dalının modern tedaviye uygulaması olarak tanımlanır.

Fitoterapi, günümüzde destekleyici tıp konuları arasında değerlendirilmekte ise de aslında birikimi, gelişimi ve uygulaması ile birçok tıp bilimine öncülük etmiştir. Kronolojik olarak da klasik tıp yöntemleri ve tıp kurallarına karşı bir alternatif değil, tam tersi diğer tedavi yöntemleri Fitoterapi'ye bir alternatif olarak gelişmişlerdir (30).

Fitoterapi' de kullanılan bitkilerin; botanik açıdan tayini yapılmış, mikrobiyolojik ve kimyasal kontrollü, etken madde miktarı belli, standardize edilmiş ve hijyenik şartlarda ambalajlanmış olarak hastaya sunulması gerekir. Artık bitkisel ürünler de diğer ilaçlarla aynı

çizgiye yerleşmektedir. Bu, her ilacın etki-güvenirlilik-stabilite ve farmasötik kalitesini korumak için gösterilmesi gereken özenin bitkisel ürünlere de gösterilmesi anlamına gelmektedir.

Bitkisel ürünleri ve bunların tedaviye yönelik uygulamalarını iyi anlayabilmek için onların botanığının, kimyasının, farmakolojisinin, toksikolojisinin ve klinik etkilerinin bilinmesi gerekir (24).

Avrupa Topluluğu'nda bitkisel preparatlar ancak kanunen ruhsatlandırma sonrasında satılabilmektedir. Almanya, Fransa, İsviçre gibi ülkelerde özellikle Almanya'da bitkisel ilaçları modern tıpla birleştirmek için güçlü bir eğilim vardır.

Almanya'da her tıp öğrencisi Fitoterapi dersleri almak zorundadır. Hekimlerin %80'i bitkisel ilaçları düzenli olarak reçetelerine yazmaktadır. Almanya'da bitkisel ilaçların %80'i eczaneler tarafından hazırlanmakta ve %42'si reçeteli ilaçlar sınıfına girmektedir (30).

#### **2.4.2 Günümüzde Tıbbi Bitkiler**

Son yıllarda sentetik ilaçların kullanımı sonucu meydana gelen ciddi yan etkiler ve bunların yol açtığı medikal ve ekonomik sorunlar, ekolojik dengeyi koruyucu yaklaşımlar, doğal olan doğadan gelen iyidir düşüncesi gibi faktörler bitkilerle tedaviyi tekrar popüler hâle getirmiştir (31). TDT kullanımını geliştirmiş ülkelere Amerika'da % 42.1, Avustralya'da % 48.2, Fransa'da % 49.3, Kanada'da % 70.4 iken, gelişmekte olan ülkeler arasında Şili'de % 71, Çin'de % 70, Kolombiya'da % 40 ve Afrika ülkelerinde % 80 oranında kullanılmaktadır (32). İngiltere'de yıllık 40 milyon sterlin harcanması yine bu popüleritenin ulaştığı seviyeyi yansıtmaktadır (33,34). Diğer yandan, konvansiyonel sentetik ilaç üretimi kalitesinde ve standartlarında bitkisel ilaç üreten firmaların sayısı da giderek artmaktadır.

#### **2.5. İlaç etkileşimleri**

Bitkisel tedavi uzmanları (Herbalistler) bitkisel tedavide, yalnızca etken maddenin verilmesini amaçlayan konvansiyonel tedavinin aksine, maksimum etkinin bir bütünsellik içinde ortaya çıktığını, bitkinin tüm bileşenlerinin olumlu etki üzerinde bir payı olduğunu savunmaktadırlar. Onlara göre saflaştırılmamış bitkinin kullanımı, bitkiyi oluşturan maddelerin birbirini nötralize etmesi sebebiyle yan etki olasılığını azaltmaktadır. Buna rağmen unutulmamalıdır ki, doğal olan her ürün güvenli değildir. Birçok çalışmada bazı bitkilerin yüksek derecede

toksik olduğu, diğer tedavi yöntemleri içinde Fitoterap'inin yan etki ve toksisite yönünden çok daha fazla risk taşıyabileceği de bildirilmiştir (28). Kuzey Amerika'da yapılan bir araştırmada bitkilerden zehirlenenlerin sayısı hayvanlar tarafından yaralananların sayısından daha fazladır (35). Aynı zamanda bitkisel ilaç uygulaması sonucu zaman zaman ölümle sonuçlanan vakalar bildirilmiştir. Fitoterapi uygulamasının direkt toksik etkilerinden ziyade diğer ilaçlarla da toksikolojik etkileşmelerin de olabileceği gösterilmiştir (28).

Çeşitli kuruluşlar, piyasada çok kullanılan şifalı bitkilere belirli standartlar getirmeye çalışmaktadırlar. Bu çalışmanın en yoğun yapıldığı ülkelerden biride İngiltere'dir. Exeter Üniversitesi ve Ulusal Medikal Herbalist Enstitüsü, Fitoterapi uygulayıcıları tarafından bildirilen yan etkilerin kaydedildiği bir veri bankası olan "yeşil kart" sistemini oluşturmuşlardır. Yine aynı enstitü ve diğer bazı merkezler patoloji, biyokimya, farmakoloji, farmakognozi, fizyoloji, botanik, beslenme ve klinik tanı gibi alanları da içeren dört senelik bir kurs düzenlemekte ve mezunlarına tüm ülkede geçerli herbalist diploması vermektedirler. Benzer çalışmalar Amerika ve diğer bazı Avrupa ülkelerinde de yapılmaktadır (27).

### **2.5.1. Bitkilerle Tedavide Dikkat Edilmesi Gereken hususlar**

Bitkilerle tedavi dikkatle kullanılması gereken bir TDT yöntemidir. Ciddi yan etkileri ve ölüm vakaları düşünöldüğünde kullanırken aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır. TDT yöntemi; Ciddi kronik hastalıklarda, Hamilelikte veya hamile kalmayı düşünenlerde, Laktasyon döneminde, bebeklerde ve çocuklarda, kronik ve akut organ yetmezliklerinde kullanılmamalıdır.

Tıbbi amaçla kullanılacak bitkiler; Güvenilir yerlerden alınmalıdır. Etiketsiz veya etiketinde içerdđi maddeler belirtilmemiş bitki paketleri, piyasada karışım ve macun kıvamında olan ürünler alınmamalıdır. Tıbbi bitkiler uzun süre, düzenli bir şekilde kullanılmamalıdır(36).

## **2.6. Sık kullanılan bitkiler**

### **2.6.1. Sarımsak (Alliumsativum)**

**Genel özellikleri:** Alliaceae familyasına dâhil olan, Allium cinsinden bir soğanlı bitki türüdür. Soğan, yabani soğan, zambak ve pırasa ile akraba olan sarımsak doğada yabani

ortamda yetişmez. Sarımsak başı %84.09 su, %13.38 organik madde, %1.53 inorganik madde içerir. İçeriğinde ayrıca, 33 çeşit kükürt bileşiği, 17 çeşit aminoasit (bunlara vücut tarafından doğrudan sentezlenmeyip, gıdalarla alınması gereken aminoasitlerin tümü dahildir), germanyum, çinko, A, B ve C vitaminleri bulunmaktadır (27,30,37).

**Etki ve kullanım:** Sarımsağın, çiğ olarak veya işlenmiş halinin, mikroorganizmalar üzerine antibiyotik etkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda antiviral, antifungal, antiprotozoon, antiparazitik ve antibakteriyal özellikleri üzerinde durulmaktadır. Terletici etkisi nedeniyle antipiretik olarak kullanılabilir. . Vücudun bağışıklık sistemini güçlendirici etkisini destekleyen bazı bilimsel bulgular mevcuttur. Bu etkinin HIV virüsü ve menenjit ile mücadeleye yansıtıldığı deneyimler gerçekleştirilmiştir. Serum kolesterol ve trigliserit seviyelerini düşürücü etkisi vardır. Antiagregan etkilidir, kanama zamanını uzatır. İntraoperatif dönemde kanamalara ve hemodinamik stabilitenin bozulmasına neden olabilir. Hipotansiyona neden olur. Kan glukoz düzeyini stabilize eder. Sarımsağın yapısında yüksek oranda kükürt bileşikleri bulunması bir takım alerjik reaksiyonlara neden olabilir. Aşırı miktarlarda çiğ sarımsak tüketimi, sindirim sırasında barsak gazlarına ve barsak mukozasındaki normal floranın zarar görmesine de neden olabilir (27,30,37).

### 2.6.2. Kediotu (Valerian) (*Valerianaofficinalis*)

**Genel özellikleri:** Kediotugiller familyasının örnek bitkisidir. Tıbbi kediotu bitkisinin rizom ve kök saçaklarında nişasta, şeker ve reçine, valeryanik asit ve izovaleryanik asit, borneol, pinen ile kampen içeren uçucu yağ ile uçucu alkaloidler bulunur. Bu kökler bazı yerlerde çorba, güveç yemekleri ve dolma içlerine, bitkinin çeşitli mineraller yönünden zengin yaprakları da, çürütülüp kompozit gübre yapılan bitkilerin arasına katılır (27,30).

**Etki ve kullanım:** Sedatiftir, antidepresan etkisi vardır. Spazm çözücüdür. Bağırsaklardaki spazmı ve dismenoreyi azaltır. Gerilim tipi baş ağrılarına ve migrene iyi gelir. Görme bozukluklarında oluşan baş ağrılarına karşı da etkilidir. Uyku getiricidir. Özellikle strese bağlı uykusuzluğu giderir. Gaz gidericidir. Nezleye karşı iyileştirici etkisi vardır. Romatizma ağrılarını da hafifletir. Kediotu cilt temizliğinde, akne ve isilik tedavisinde kullanılır (27,30,37).



### 2.6.3. Ekinezya (Echinacea purpurea)

**Genel özellikleri:** Ekinezya, Asteraceae familyasından soğuk algınlığı, grip, enfeksiyon, zayıf bağışıklık sistemi ve kanserden korunma gibi durumlarda dünyanın en önemli şifalı bitkilerinden olup; kuru toprak ve ovalar ile seyrek ormanlık arazilerde doğal olarak yetişen çok yıllık bir bitkidir (27,30,37).

**Etki ve kullanım:** Ekinezya'nın lökosit sayısını yükselttiği, enfeksiyon bölgesine hareketlerini hızlandırdığı ve böylece bakteri, virüs ve diğer yabancı mikro-organizmaların yok edilmesine yardımcı olduğu gösterilmiştir. Romatizma ve artrit olgularında uygulanan tedaviye destek verir, hastalığa neden olan mikroorganizmaların insan vücudunda çoğalmasını engeller. Alerjik reaksiyonları önler, böcek ısırıkları, apse, sedef, akne ve egzema gibi cilt rahatsızlıklarında fayda sağlamaktadır. Antiinflamatuvar etkisi ise; artrit ve lenfödem durumlarında faydalı olabilir. İnterferon üretimine de yardımcı olmaktadır. Uygulanan kanser tedavilerinde hastanın bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ve yaşam standardının yükseltilmesi için Ekinezya preparatları kullanılabilir. Barbitüratlarla etkileşerek toksisitesini arttırabilir (27,30,37).

### 2.6.4. Ginseng (Panax ginseng)

**Genel özellikleri:** Sarmaşıkgiller (Aralyagiller) familyasındandır. Ülkemizde ginseng bitkisi yetişmez. Bitkinin iğ biçiminde, etli ve sarıdan açık kahverengine kadar değişen renkte kökleri olur. Çinliler tarafından en az 2000 yıldan beri sağlığa yararlı özellikleri bilinen ginseng bitkisi, panaksosit adı verilen glikositleri, saponin ile B ve D grubu vitaminleri içerir (27,30,37).

**Etki ve kullanım:** Afrodisyak etkili olduğu için cinsel yetersizliğe karşı kullanılır. Yorgunluk, güçsüzlük ve strese karşı dirençsizlik sorununu ortadan kaldırır. Hipoglisemiye, hipertansiyona. Bulantı kusmaya, kanama zamanında uzamaya ve baş ağrısına neden olur. İntraoperatif dönemde hemodinamik stabiliteyi bozabilir (7,28,29). Genel özellikleri: Çuhaçiçeğigiller familyasının örnek bitkisidir. Çuhaçiçeği %10'a kadar varan oranda saponin ile ayrıca glikozitler, uçucu yağ ve flavonitleri içerir. Bazı yerlerde çiçekleri reçel ve şarap yapımında kullanılır. Yaprakları salatalara katılarak ya da et yemeklerinde dolma içi olarak tüketilir (27,30,37).

### 2.6.5. Çuhaçiçeği

**Etki ve kullanım:** Sedatif etkili, spazmolitiktir. Migren tedavisinde etkindir, Diüretik özelliğindedir. Ekspektorandır, bronşit ve öksürüğe karşı iyileştiricidir. Dışkıyı yumuşatır, gaz giderici özelliği vardır (27,30).

### 2.6.6. Isırgan Otu (Urticadioica)

**Genel özellikleri:** Isırgan giller familyasının örnek bitkisidir. Isırgan bitkisinin tüm yüzeyini saran ve dokunulduğunda insan tenini yakan ısıracı tüylerinde formik asit ile tüm bitkide histamin, klorofil, asetilkolin, demir ve C vitamini bulunur. Bazı yerlerde pazarlarda satılan ısırgan, suda kaynatıldığında yakıcı etkisini yitirir, yararlı ve güçlü bir besin olduğu için haşlanarak ıspanak gibi pişirilip yenir. Kurutulduğunda iyi bir hayvan yemi olur (27,37).

**Etki ve kullanım:** İmmunstimulandır. Burun kanamaları ve kadınlarda uterus kanamalarında vazokonstrüktör etkisiyle kanamayı kesici etkisi vardır. Diüretiktir. Fazla kullanımı premedikasyon uygulananlar da ve uzun süren operasyonlarda dehidratasyona neden olabilir. Romatizma ağrılarında karşı etkilidir. Saç ve tırnakların ana maddesi olan keratini güçlendirerek saç dökülmelerini ve tırnak kırılmalarını önler. Egzama gibi cilt rahatsızlıklarında etkilidir (27,30,37).

### 2.6.7. Meyan Kökü (Glycyrrhizaglabra)

**Genel özellikleri:** Meyanın rizom kökü, normal şekere göre elli kat daha tatlı olan glisirizin ile flavon, saponin ve kumarin adı verilen maddeleri içerir. Bu kökler ilaç ve bira endüstrilerinde, kolalı içeceklerin yapımında kullanılır. Anadolu'da bu kökten şerbet yapılarak içilir. Köklerinden elde edilen şeker mevcuttur (27,30,37).

**Etki ve kullanım:** Ekspektoran etkilidir. Solunum yollarında mukozayı korur, boğaz ağrılarını azaltır. Sedatif etkilidir. hafif müshil etkisi vardır. Gastrit ve mide ülserinde etkilidir. Spazmolitiktir. Diüretiktir. Fazla kullanımı premedikasyon uygulananlarda ve uzun süren operasyonlarda dehidratasyona neden olabilir (30,37).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMİ**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma KAH tanısı konmuş bireylerin; bitkisel ve tamamlayıcı tedavi yöntem kullanımı ve bu kullanımı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih**

Araştırma Diyarbakır il merkezinde bulunan Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Anjiyo ve Hemodinami laboratuvarına başvuran hastalar ile yapılmıştır. Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisi ve Anjiyo ünitesi ile il geneline 7/24 PTCA hizmeti veren bir hastanedir. Hastane Toplam 273 odada 546 yatakla hizmet vermektedir. Koroner Anjiyo ve Hemodinami laboratuvarında toplam 2 adet anjiyo cihazı bulunmaktadır. Bu laboratuvar da 2014 yılı verilerine göre 3250 hastaya invaziv girişimde bulunulmuştur. Bu hastane araştırmanın planlandığı 2015 yılında Diyarbakır ilinde 7/24 koroner anjiyo hizmeti veren tek hastaneydi.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırma Evrenini Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Anjiyo ve Hemodinami Laboratuvarına başvuran KAH tanısı alan hastalar oluşturmuştur. 2014 yılında başvuran 17 yaş üstü hastaların sayısının 3250 olduğu saptanmıştır. Araştırmanın örnekleme ise, herhangi bir örneklem belirleme tekniği kullanılmadan, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Anjiyo ve Hemodinami Laboratuvarında hasta yoğunluğunun en fazla olduğu 2015 yılı 15 Şubat - 15 Mayıs tarihlerinde girişim kararı alınan 17 yaş üstü KAH tanısı alan 399 hasta oluşturmuştur.

Bu sayı bir yıl önceki verilerin (3250) % 12 sini oluşturmaktadır. (  $\pm 0,05$  örneklem hatası (d) ve  $p=0,5$ ,  $q=0,5$  parametrelerinde ortalama evren sayısı 4000 olarak hesaplandığında ortaya çıkan örneklem büyüklüğü = 370 ) Araştırmaya katılım oranı % 100'dür.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- KAG kararı alınmış koroner arter hastalığının tanısı konulan hastalar.
- 17 yaş ve üstünde olanlar
- Araştırmaya katılmayı kabul edenler.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından 3 uzman görüşü alınarak oluşturulan bir anketle toplanmıştır.

Ankette toplam 14 kapalı uçlu soru bulunmaktadır. Anket soruları sosyo-demoğrafik özelliklerin yanında kullanılan bitkisel tedavi çeşidi ile neden kullanıldığını, kimin tavsiyesi ile başladığı gibi bilgileri de kapsamaktadır.

### **3.5. Araştırmanın Uygulanması**

Veri toplama formu 1 Şubat -15 Şubat arasında ön uygulama şeklinde 25 hastaya uygulanarak; anlaşılabilirliği sınıandı. Anketin ikinci bölümü olan hangi bitkileri kullanıyorsunuz sorusunun tablo şeklinde olan cevabı azaltılarak 21 seçeneğe indirildi.

Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı servis sorumlu hemşiresi ile görüşmüş ve araştırmanın planlaması yapılmıştır. Bu planlamaya göre araştırmacı hafta içi her gün 8- 16 arasında serviste bulunarak örneklem kriterlerine uygun hastaları tespit etmiştir.

Klinik işleyişine göre hastalar anjiyo dönüşü ara koroner yoğun bakıma alınarak ve 24 saat sonra durumları stabil hale geldiğinde servis odalarına gönderilmektedir. Araştırmacı anjiyografi işleminden bir gün sonra iki hastanın bulunduğu oda da gerekli mahremiyet önlemlerini alarak, hastalarla yüz yüze görüşerek anket formunu doldurmuştur. Görüşme süresi en az 10 dakika, en fazla 25 dakika sürmüştür.

### **3.6. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırmanın etik kurallar uygunluğu açısından hastane idaresinden ve Dicle üniversitesi girişimsel olmayan Etik Kurul komisyonundan onam alınmıştır. Veri toplama aşamasından önce hastane idaresine ve koroner anjiyo ekibine yoğun bakım ve servis ekiplerine araştırmanın yapılış amacı, konusu, süresi ve uygulanacak işlemler ile ilgili açıklama yapılmış, veri toplama aracı incelenmiştir.

### **3.7. Araştırmanın sınırlılıkları**

Araştırmanın evren ve örneklemi hastanenin istatistik kayıtları dikkate alınarak belirlenmiştir. Hastaneye başvuran hastaların tanı bilgileri müracaat esnasında girilen hastalık kodlarıyla kaydedilmiştir. Araştırmaya dahil edilen hastaların tamamı KAH olarak tanılanmışlardır. Araştırmaya yalnızca Diyarbakır il merkezindeki Gazi Yařaręil Eğitim ve Araştırma hastanesine başvuran hastalar ile yapıldığından veriler burayla sınırlıdır. Ayrıca araştırmada veriler anket formu ile toplandığından sonuçların doğruluğu hastaların anket sorularına verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS 20. 0 paket programı kullanılmıştır. Çalışma verilerini değerlendirmek için tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde), Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 90 ve % 99 güven aralığında, anlamlılık ise 0,05 ve 0,01 düzeyinde değerlendirmeye alınmıştır.

## 4.BULGULAR

**Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri**

<b>DEĞİŞKENLER</b>	<b>n: 399</b>	<b>SAYI</b>	<b>YÜZDE</b>
<b>Yaşı</b>	65 Yaş Altı	241	60,4
	65 Yaş Üstü	158	39,6
<b>Cinsiyeti</b>	Kadın	193	48,4
	Erkek	206	51,6
<b>Beden Kitle İndeksi</b>	(0 - 24,99) Normal	144	36,1
	(25-29,99) Toplu- Hafif Şişman	152	38,1
	30 ve Üstü Obez	103	25,8
<b>Eğitim durumu</b>	Okur Yazar Değil	235	58,9
	İlkokul ve Üstü	164	41,1
<b>Fiziksel aktivite durumu</b>	Fiziksel Aktivite Var	94	23,6
	Fiziksel Aktivite Yok	305	76,4
<b>Fiziksel aktivite şekli (n: 132)</b>	Spor	35	26,5
	Egzersiz	31	23,4
	Tempolu Yürüyüş	66	50,1

Tablo 1’de hastaların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan Hastaların %48,4’ü(193) kadın , % 60,4’ ü (241) 65 yaş altı , % 58,9 (235) “nün okuryazar olmadığı saptanmıştır. Hastaların % 23,6’sı (94) bir fiziksel aktivite yaptığını söylerken; yapan hastaların çoğunluğu tempolu yürüyüş yapmaktadır (% 50,1 ) .

**Tablo 2. Hastaların Sağlık durumu**

<b>DEĞİŞKENLER n:399</b>		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Sigara kullanma durumu</b>	Kullanıyor	123	30,8
	Kullanmıyor	276	69,2
<b>Alkol kullanma durumu</b>	Kullanıyor	22	5,5
	Kullanmıyor	377	94,5
<b>Eşlik eden Hastalık durumu*</b>	Hipertansiyon	171	42,9
	Diyabet	124	31,1
	Kalp Yetmezliği	123	30,8
	Kalp Kapak Hastalığı	9	2,3
	İki ve Daha Fazla Hastalık	291	72,9
	Diğer	79	19,8
<b>Hastaların İlaç Kullanma Durumu*</b>	Antihipertansif	160	40,1
	Antidiyabetik	114	28,6
	Diüretik	99	24,8
	Antiagregan	98	24,6
	Oral Antikagölan	253	63,4
	Ağrı Kesici	33	8,3
	Diğer	41	10,3

**\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Hastaların Sağlık durumları Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların bazı alışkanlıkları incelendiğinde % 30,8’nin ( 123) sigara kullandığı, alkol kullanım oranının da % 5,5 (22) olduğu saptanmıştır. Hastaların koroner hastalığı dışında sahip olduğu diğer hastalık oranlarına bakıldığında; % 42,92’inde (171) hipertansiyon ,% 31,1(124) diyabet , % 30,8’inde kalp yetmezliği, % 19,8’inde (79) diğer hastalıklar şeklinde olduğu belirlenmiştir. Hastaların% 72,9 (291)’unun ise KA Hile beraber ikiden fazla kronik hastalığı olduğunu ifade ettiği saptanmıştır.Hastaların ilaç kullanım durumu incelendiğinde en yüksek oran % 63,4 ile oral antikagölan olurken, antihipertansif % 40,1, antidiyabetik % 28,6, diüretik % 24,8(99) , antiagregan % 24,6 (98) , ağrı kesici % 8,3 ve diğer % 10,3 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 3. Hastaların TDT Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları**

<b>DEĞİŞKENLER</b>	<b>TDT Kullanım Durumu-Kullanılan Bitkisel İlaç ve Destekleyici Ürünler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>TDT Kullanım Durumları</b>	<b>TDT kullanıyor</b>	<b>117</b>	<b>29,3</b>
	TDT kullanmıyor	282	70,7
<b>Kullanılan Bitkisel İlaç ve Destekleyici Ürünler</b> <b>n:117</b>	Vitamin ( B-D grubu)	12	3,0
	Kalsiyum/Diğer Minareller	11	2,8
	Balık yağı/omega 3	7	1,8
	Zencefil	13	3,3
	<b>Sarımsak</b>	<b>14</b>	<b>3,5</b>
	Ekinezya	4	1,0
	KoenzimQ	1	0,3
	Gingkobloba	7	1,8
	<b>Ginseng</b>	<b>14</b>	<b>3,5</b>
	Valferin	5	1,3
	Çuhaçiçeği	6	1,5
	İmunoglukagon	3	0,8
	Karnitin	3	0,8
	Glukozamin/Kondraitin	1	0,3
	Isırgan otu	9	2,3
	Keten tohumu	6	1,5
	Zerdeçal	4	1
	Konala yağı	4	1
	<b>Meyan kökü</b>	<b>22</b>	<b>5,5</b>
<b>Diğer Bitkiler Ve Karışımlar</b>	<b>103</b>	<b>25,8</b>	



**Tablo 3.(Devam) Hastaların TDT Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları**

<b>DEĞİŞKENLER</b>	<b>TDT Kullanım Durumu Kullanılan Bitkisel İlaç ve Destekleyici Ürünler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Bitkisel İlaç Kullanım Amacı</b>	Besin takviyesi olarak	29	7,3
	Tansiyonu düşürmek için	40	10
	Şeker hastalığının tedavisi için	22	5,5
	Eklem ağrıları için	14	3,5
	Soğuk algınlığı için	14	3,5
	Baş ağrıları için	2	0,5
	Sıkıntı- depresyon için	5	1,3
	Kendini iyi hissetmek için	16	4
	Diğer	74	18,5
<b>Bitkisel İlaç Tavsie Eden Kaynak</b>	Doktor	5	1,3
	Eczacı	12	3,0
	Hemşire	2	0,5
	Arkadaş	32	8,0
	<b>Lokman hekim/ aktar</b>	<b>59</b>	<b>14,8</b>
	TV programı	19	4,8
	İnternet	15	3,8
	Gazete- dergi	10	2,5
	Diğer	36	9,0

Tablo 3 incelendiğinde hastaların % 29,3 (117) sinin bir tamamlayıcı tedavi yöntemi olan bitkisel tedaviyi kullandığı saptandı. Kullanım oranlarına bakıldığında meyan kökü % 5,5 (22) en yüksek orana sahipken, sarımsak ve ginseng’ in kullanım oranı % 3,5 (14)olarak belirlendi. Tüm hastaların % 25,8’nin (103) ise kategorize edilen bitikler dışında bir bitki ya da karışım kullandıkları saptandı.

TDT kullanan 117 kişinin kullanım amacı sorgulandığında; hastaların %10 (40)’unun tansiyon düşürmek amaçlı %5,5 (22) ‘nin şeker hastalığının tedavisi için ve %18,5 (74) nin diğer (başka ) amaçlarla TDT kullandıkları belirlendi.

TDT' a yöneliminde ki etkenler sorgulandığında hastaların % 14,8 i bir aktar/ lokman hekim tavsiyesi ile kullanmaya başladıklarını belirtmişlerdir. Eczacıların tavsiyesi ile başlayanlar %3 iken; hemşirelerden gelen tavsiye oranı % 0,5 olarak saptanmıştır.

**Tablo 4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TDT Kullanım Durumları**

TDT Kullanım durumu		Kullanıyor n:117		Kullanmıyor n:282		Toplam(n:399 )		p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş	65 Yaş Altı	73	62,4	168	59,6	241	60,4	0,76
	65yaş Üstü	44	37,6	114	40,4	158	39,6	
Cinsiyet	Kadın	56	47,9	137	48,6	193	48,4	,312
	Erkek	61	52,1	145	51,4	206	51,6	

**Tablo 4.(Devam): Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TDT Kullanım Durumları**

TDT Kullanım Durumu		Kullanıyor (n:117)		Kullanmıyor (n:282)		Toplam (n:399)		P
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	63	53,8	172	61	235	58,9	,187
	İlkokul ve Üstü	54	46,2	110	39	164	41,1	
Sigara	Var	39	33,3	84	29,8	123	30,8	,485
	Yok	78	66,7	198	70,2	276	69,2	
Alkol	Var	11	9,4	11	3,9	22	5,5	,028
	Yok	106	90,6	271	96,1	377	94,5	
BKİ	Normal	47	40,2	97	34,4	144	36,1	,420
	Toplu	45	38,5	107	37,9	152	38,1	
	Obez	25	21,4	78	27,7	103	25,8	
Egzersiz Durumu	Var	31	26,5	63	22,3	94	23,6	,373
	Yok	86	73,5	219	77,7	305	76,4	
Eşlik Eden Hastalık	Var	85	72,6	206	73,0	291	72,9	,135
	Yok	32	27,4	76	27	108	27,1	

Tablo 4 incelendiğinde; 65 yaş altı hastaların % 62,4'ü TDT kullanırken bu oran 65 yaş üstü hastalarda % 37,6'dır. Yaş ile TDT kullanma oranı arasında istatistiksel farka bakıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların cinsiyetlerine göre TDT kullanım oranlarına bakıldığında; Erkek hastaların TAT kullanma oranı (% 52,1) kadın hastalardan daha fazladır (%47,9).Bu iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Okuryazar olmayan hastaların % 61'ı, ilk-orta-lise mezunlarının ise %39'u TDT kullanmıştır ( $p>0,05$ ),

Sigara( $p>0,05$ ).ve alkol kullanmayan hastaların( $p<0,05$ ). TDT kullanma oranları, kullanan hastalara göre daha fazladır.

Hastaların beden kitle indeksine göre TDT kullanma durumu incelendiğinde; obez hastaların TDT kullanma oranı % 21,4, şişman hastaların % 38,5 normal olan hastaların %40,2 'dir. Bu iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Egzersiz yapmayan hastaların (% 73,5) TDT kullanma oranı, egzersiz yapan hastalara göre (% 26,5) daha fazladır. Hastaların egzersiz durumu ile TDT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

KAH dışında başka kronik hastalığa sahip olan hastaların % 72,6'sı TDT kullandığını ifade etmiştir ( $p>0,05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Koroner arter hastalarının bakımının zor olması, tedavisinin uzun sürmesi, maliyetinin yüksek olması ve takip gerektirmesi, modern tedavi yöntemlerine olan güvensizlik gibi birçok nedenle insanların TDT yöntemine olan ilgisi artırmaktadır.

Bu çalışma da TDT kullanım oranı % 29,3 olarak belirlendi. Psoriasis (sedef) hastaların da yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların % 70'nin TDT yöntemi kullandıkları (38), başka bir çalışmada ise kanser hastalarında bu oranın % 84,1 olduğu bildirilmiştir (39). Yine dermatoloji hastaları ile yapılan çalışmada bu oran % 36 olarak bulunmuştur. Kardiyoloji hastalarının bitkisel ilaç kullanımını değerlendiren bir çalışmada TDT kullanım oranı %16, epilepsili çocuklar üzerinde yapılan başka bir araştırmada TDT kullanım oranı % 46 olarak saptanmıştır. Bu çalışmadan çıkan kullanım oranının kardiyoloji ve epilepsi hastalarında yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösterdiği, ancak kanser hastalarında bu oranın oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Kanser hastalığının tedavisinin güç, prognozun kötü olması, insanların son çare olarak bitkisel ilaç kullanımına yönelttiği bu durumun koroner hastalarında tam tersi olduğu söylenebilir. KAH'nın prognozunun daha iyi olması, gelişen ve büyüyen kardiyoloji biliminin gerçekleştirdiği başarılı operasyonlar, hastaların modern tıba olan güvenini artırmış aynı ölçüde tamamlayıcı tedavilere olan yönelimi azaltmış olabilir. Diğer taraftan kalbin hayati bir organ olduğu düşünüldüğünde; insanların direkt Kardiyovasküler sistemi etkileyen güvenilir olmayan ya da güven vermeyen bitkisel tedavileri zarar görmemek için tercih etmedikleri ya da dikkatli tercih ettikleri söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda 40-60 yaş arası kadınların daha fazla bitkisel ilaç kullandıkları saptanmıştır (2,38). Graeur ve ark. yaptıkları çalışmada bitkisel ilaç kullanımının % 61,4 ile kadınlarda yaygın olduğu belirtilmiştir Yapılan başka bir çalışmada kadınlarda bu oran % 52,46 olarak bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Bu çalışma da ise erkeklerde TAT kullanım % 52,1 ile kadınlarınkinden (%47,9) daha fazla bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Bu sonuç Diyarbakır toplumunun ataerkil yapısı nedeniyle kadının ev, yakın çevre eş dost akraba dışında diğer insanlara iletişiminin çok az olması ya da olmaması etkili olabilir. Erkek egemen toplumlarda erkek dış dünya ile bağ kuran kişidir. dolayısı ile fazla iletişim de bulunabilir. Bu çalışmada erkeklerdeki kullanım oranının daha fazla olması; bu temelde değerlendirilebilir.

TDT kullanımını etkileyen bir başka değişken ise yaşıdır. Yapılan birçok çalışmada yaşınl yükselmesi ile TDT kullanımının da arttığı belirtilse de; aksi yönde bulunan bilimsel çalışmalarda mevcuttur. “Türkiye de bitkisel ilaçlara bakış adlı çalışmada 1-20 yaş gurubunda kullanım oranı % 14,81 iken; 61-70 yaş gurubunda bu oran % 4,1 olarak belirtilmiştir (41). Skinner ve Rangosomi”nin yaptıkları çalışmada bitkisel ilaç kullanımının yaş dağılımına göre orta yaşlarda daha fazla olduğu ve ilerleyen yaşlarda azaldığı görülmüştür (36). Bizim çalışmamızda 65 yaş üstü kullanım oranı % 37,6 iken; 65 yaş altında bu oran % 62,4 olarak bulunmuştur. Yaş ile TDT kullanımı arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmasa da 65 yaş altı hastaların daha fazla bitkisel ürün kullandığı saptanmıştır. Bu sonuç literatüre yaş arttıkça TDT kullanımı azalır sonuçlarına ek bir katkıdır. Bunun nedeni olarak yaş arttıkça insanların hastalıkları önleme ya da tedavi için farklı arayış içine girmedikleri, modern tedavilere olan ilgilerinin daha çok olduğu söylenebilir.

Çalışmamız da eğitim durumu sorgulanarak eğitim durumu ile TDT kullanım durumu arasında ki ilişki saptanmaya çalışıldı. Türkiye de bitkisel ilaçlara bakış adlı çalışma da (41) bitkisel ilaç tüketiminin en fazla ilkokul mezunlarında görüldüğü saptanmıştır. İpek E. ve ark. yaptığı prevelans çalışmasında eğitim seviyesi ile tat kullanım durumu arasında bir doğru orantı olduğu saptanmıştır (40). Bizim çalışmamızda okuryazar olmayanlar da ( N:235 ) TDT kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç literatüre eğitim düzeyi düştükçe TDT kullanımı artar sonuçlarına ek bir katkıdır. Eğitim insanların dış dünyayı anlamalarına yarayan en önemli değişim araçlarındanır. Okuyup, araştırabilen insan çevresindeki uyaranları ihtiyaçları doğrultusunda seçip kullanabilir. Hastalığı ile ilgi bilimsel araştırmaları takip eden, soran, okuyan bir hasta; gazete, mecmua, internet ya da bir başka sosyal iletişim aracılığı ile destekleyici tedavi yöntemlerini ve etkilerini araştırabilir. Bu bağlamda her önerilen ve etkinliği kanıtlanmamış ürünü alıp kullanmadığı söylenebilir. Öte yandan okuma yazma yetisi olmayan bir hastanın sağlık sistemine dahil olmak ve uyum sağlamakla ilgili sorun yaşayabileceği; sağlık kurumlarından aldığı hizmeti efektif kullanamayacağı, tam uyum sağlayamayacağı düşıldüğün de yaşayacağı bu eksiklik ve hastalık kaygısı onu farklı arayışlara yöneltecektir. Bu arayış neticesinde de bitkisel tedavilere yönlendiğı söylenebilir.

Türkiye dünyadaki en fazla sigara tüketilen ülkelerden biridir. ABD tarım bakanlığı çalışmasına göre, 1990-1999 yılları arasında dünyadaki toplam sigara tüketimi % 4,12 azalmasına rağmen, aynı dönemde Türkiye’de sigara tüketimi % 52,18’dir. Bu artış ile

Türkiye, Pakistan ve Bulgaristan'dan sonra üçüncü sırayı almaktadır. Yetişkin (15 yaşından büyük nüfus) başına tüketim 1990 yılında 86,92 paket iken, bu rakam 2000 yılında 134,65 pakete çıkmıştır (42). Yapılan çalışmalarda hastaların sigara ve alkol kullanımıyla TDT kullanımı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (40). Bu çalışmada alkol kullanım oranı ile bitkisel ürün kullanım arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ( $p>0,05$ ). Yine sigara kullananların bitkisel ürün kullanma oranı (%33,3); kullanmayanlara göre (%66,7) daha düşük çıkmıştır. Alkol ve sigara kullanımı negatif sağlık davranışı olarak nitelendirilmektedir. Bu ürünler bağımlılık özelliği olan vücuda zarar veren ve birçok kronik hastalığın primer sebebidir. Bu zararlı ürünleri kullanmanın bir insanın mevcut sağlığını korumak ve hastalıklarla mücadele etmek için farklı tekniklere ve arayışlara başvurmak konusunda, daha fazla dikkat gösterecekleri yadsınamaz bir gerçektir. Negatif sağlık davranışı göstermeyen bu insanların bu nedenden ötürü TDT kullanımına başvurdukları söylenebilir.

Bilim ve teknoloji alanındaki ilerlemeler ve ekonomik gelişme, yetersiz beslenme ile ilgili sağlık sorunlarının azalmasına neden olurken, aşırı beslenme ve fazla enerji alımına ilişkin sorunların da ortaya çıkmasına neden olmaktadır (43). DSÖ tarafından obezite, “yağ dokusunun, sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlara yol açacak ölçüde artması” olarak tanımlanmaktadır (43). Obezitenin nedeni multifaktoriyel olsa da yapılan çalışmalarda en büyük nedenin hareketsiz yaşam olduğu saptanmıştır. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %25'nin obez ( $BKI>30$ ) olduğu; aynı çalışmada obezite ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (40).

Bizim çalışmamızda hastalarımızın %21,4'ü obez olarak belirlenmiştir. Yine çalışmamızda BKI ile TDT kullanımı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmasa da ( $p>0,05$ ) yüzdeler diliminde obez olan hastaların BKI normal sınırlar içinde olan hastalara göre daha az TDT (% 21,4) kullandıkları saptanmıştır. Piyasada en fazla zayıflama amaçlı bitkisel karışımların satıldığı düşünüldüğünde; KAH'ı olan obez hastaların bitkisel ürün kullanımının da yüksek olması beklenmektedir. Ancak obezitenin beden imajında bir bozukluk olarak algılandığı; insanların bu duygu-durumundan kurtulmak ve psikolojik olarak rahatlamak amacıyla kullandıkları düşünüldüğünde, birden fazla kronik hastalığın varlığı; obezite durumunu baskılayıp daha önemsiz hale getirmiş olabilir. Öte yandan Türkiye'de ilk bitkisel tedavi reklamlarına baktığımızda ön plana çıkan en önemli hastalığın obezite olduğunu görmekteyiz. Yıllarca insanların bu durumu istismar edilerek bitkisel tedavinin bir sömürü

kaynağı olarak algılanmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle obez hastaların bitkisel tedaviye olan ilgisinin azaldığı ve farklı tedavi yöntemlerine yönelmiş olduklarını yordamakla beraber, obezite dışında ki diğer hastalıkların tedavisinde bitkisel ürünlere olan ilginin artmış olduğunu söyleyebiliriz.

Türkiye'nin coğrafik yapısı çok sayıda tıbbi ve aromatik bitkinin üretilmesine uygundur. Yapılan bir araştırmada Türkiye'de 8000- 9000 arasında Tıbbi ve Aromatik bitki türünün olduğu bildirilmiştir (41). Kanada da yapılan bir çalışmada en fazla tüketilen bitkisel ürünün sarımsak olduğu saptanmıştır(3). Çalışmamızda en fazla tercih edilen ürün (n:22) meyan kökü olmuştur. Meyan kökü; Diyarbakır ve çevre illerde yazın kökleri ezilerek içeceği yapılan bir bitki türüdür. Ulaşılması kolay ve ucuzdur. Bu yönüyle çok fazla tercih edildiği söylenebilir. Diğer en fazla kullanılan ürünler sarımsak ve ginseng(panax) olmuştur. Sarımsağın tercih sebebi Antihipertansif ve Antiagregan özelliklerinin olması, bu özelliklerinin uzun süredir bilinmesi ve toplumun beslenme alışkanlığına uygun olması olabilir. Araştırmamızda; Türkiye botanik florasına ait olmayan ginseng gibi uzak doğu florasına ait bitkilerin de insanlar tarafından en az yerel bitkiler kadar kullanıldığı saptanmıştır. Bu noktada aklımıza gelen ilk şeyin sosyal medya ve reklamların bitkisel ürünlerin tüketiminde ciddi bir etkisinin olduğudur.

TDT kullanım sebepleri mültifaktöriyeldir. Sentetik ilaçlara olan güvensizlik, yeterli ve ucuz sağlık hizmetinin olmaması; kronik hastalıkların varlığı, kanser gibi prognozu kötü olan hastalıklar bu sebepler arasında sayılmaktadır. Yurt dışında yapılan bir kaç çalışma da tamamlayıcı tedaviler çoğunlukla ağrı, soğuk algınlığı anksiyete ve depresyon tedavisi için tercih edilmiştir (44,45). İpek ve ark. çalışmasında ise hipertansiyon ve hiperlipidemi kaynaklı sonuçlara ulaşılmıştır(40).Bizim çalışmamızda da Hipertansiyon en çok kullanma sebebi olurken, ikinci sırayı besin takviyesi almıştır. Yurt dışı çalışmalarında TDT kullanım sebebi soğuk algınlığı gibi günlük hayatta sık karşılaştığımız; kronik hastalık semptomu olmayan nedenlerken; bizim çalışmamızda antihipertansif ve kolesterol değerini düşürmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu sonuç; ülkemizde insanların özellikle kronik hastalıklar için farklı yöntemlere başvurduğunu, diğer ülkelerde ise kronik tedavilerde modern tıptan daha fazla faydalandığı şeklinde yorumlanabilir.

İpek ve arkadaşlarının Ankara ilindeki 3 farklı hastaneye başvuran kardiyoloji hastaları üzerinde yaptıkları araştırmada TDT'ye yönelme nedeni olarak televizyon programı ilk sırayı



almıştır(38). Diyarbakır ilinde yapılan bu çalışmada ise bitkisel tedaviye yönelme kaynağının en fazla aktarlar olduğu saptanmıştır. Bitkisel ilaç tüketimi her ne kadar tavsiye üzerine başlansa da aynı zamanda kültürel bir alışkanlıktır. Bitkisel tedavi denince akla yüzyıllardır gelen ilk şey aktarlar olmuş; hatta bu iki terim eş anlamlı olarak ta kullanılmıştır. Diyarbakır ilinin halen aktif olan Tarihi Aktarlar ve Baharatçılar Çarşısı, Tarihi aktarlar caddesi ve bireysel aktar dükkânları bu ilin kültürel yapısında aktarların önemini ortaya koymaktadır. Diyarbakır da mutfak kültürü için baharatlar vazgeçilmezdir. Aktarlar aynı zamanda baharat temininin yapıldığı yerlerdir. Yine yaz aylarında aktarlardan temin edilen meyan kökünün işlenmesinden elde edilen şerbet bu ilde fazlaca tüketilmektedir. İnsanların aktarlarla olan bu ilişkisi düşünüldüğünde tavsiye kaynağının aktarlar olmasının bu kültürel davranışlardan kaynaklandığı söylenebilir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyarbakır ili Merkez Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma hastanesinde anjiyo kararı alınmış 399 koroner arter hasta üzerinde, bitkisel kökenli tamamlayıcı besin öğelerinin kullanımının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma da aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

Çalışmada TDT kullanım oranının % 29,3 olduğu,

Okuryazar olmayanlarda ( $p>0,05$ ), 65 yaşından küçük ( $p>0,05$ ) ve erkek olan hastalarda, ( $p>0,05$ ), sigara( $p>0,05$ ) ve alkol ( $p<0,05$ ) kullanmayanlarda ( $p>0,05$ ), BKİ normal olanlarda( $p>0,05$ )TDT kullanımının daha fazla olduğu,

Çalışmada en çok tercih edilen bitkinin meyan kökü, Hipertansiyonun iseen çok tercih sebebi olduğu saptanmıştır.

KAH'nın TDT kullanma oranı yüksek bulunmuştur ve TDT kullanımı kişilerin sosyo-demografik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu öneriler getirilebilir.

Bir sağlık profesyoneli olan hemşirelerin TDT eğitimi almaları; gerekli eğitim sağlandıktan sonra; TDT merkezli hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, sağlıklı/hasta bireyleri tamamlayıcı ve destekleyici tedavileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirilmeleri,

Gerek koroner anjiyo öncesi gerekse medikal tedavi planı yapıldığında; TDT kullanım durumu hemşireler tarafından muhakkak sorgulanmalı olası komplikasyonlar önlenmeye çalışılmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Onat A, Uğur M, Tuncer M, Ayhan E, Kaya Z, Küçükduymaz Z. Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri Taramasında ölüm yaşı: 56700 Kişi-yıllık izlemede dönemsel eğilim ve bölgesel dağılımı. Türk Kardiyoloji Derneği Arş.2009;37:155-60.
2. Atalay M, 'Preopratif dönemde bitkisel ilaç kullanan hastalara genel bakış' tıpta uzmanlık tezi, Edirne, 2011; 3-5
3. Larkin M. Surgerypatients at risk forherb-anaesthesiainteractions. Lancet 1999;354:
4. Lyons TR. Herbal medicines and possibleanesthesiaintractions. AANA J 2002; 70: 47-51.
5. Grauer RP, Thomas RD, Tronsom MD, Heard GC, Diacon M. Preoperativeuse o Herbal medicines and vitamin supplements. Anaesth Intensive Care 2004; 32: 173-7.
6. Tanrikulu M. Bitkisel karışım kullanan ve stent trombozu gelişen üç olgu: Bitkisel karışımlar dost mu, düşman mı? Türk KardiyolDern Arş - 2012;40(3):265-268 doi: 10.5543/tkda.2012.84565
7. Yüksel İ, Orman V.Clavispanax kullanan bir hastada gelişen akut yaygın pulmoneremboli TKD Arşivi 2013, Cilt 41, Sayı 4, sayfa: 351-353
8. Güneş H. Bitkisel ilaç tedavisi alan ve akut anterior miyokart enfarktüsüne bağlı kardiyojenik şok gelişen olgu. Türk Kardiyol. Dern. Arş - 2012;40(3):262-264 doi: 10.5543/tkda.2012.29559
9. Herdman A. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp ile Hemşirelik. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2007; 4 (2): 2-3
10. Fuster V, Alexander RW. Hurst'sTheHeart. 10.Baskı. İstanbul: ANDYayıncılık,2002; 1.cilt: p. 3- 630
11. Murphy JG, Lloyd M. (Çeviri: Erol Ç.) Mayo Klinik Kardiyoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2008
12. Zipers D, Libby P, Bonow, Braunwald E. Hastanın Muayenesi. Braunwald Kalp Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2007: 1: p.107- 457
13. Onat A, Karabulut A. Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri Çalışması 2005 Taramasına İlişkin Mortalite ve Koroner Olay Analizi. Türk Kardiyol. Dern. Ars 2006; 34 (3): p.149-153

14. Onat A. Türkiye’de ölüm ve koroner hastalık insidansının bölgesel dağılımları: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri 2010 taraması sonuçları. Türk Kardiyoloji Dern. Arş 2009;37:155-60.
15. Onat A. Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı “Türk Kardiyol. Dern. Arş - 2015;43(4):326–332 doi: 10,5543/tkda.2015.80468
16. Crawford H, Dimarco JP, et al. Crawford, Kardiyoloji. 1. Baskı. 1. Cilt 2004.
17. Zipers D, Libby P, Bonow, Braunwald E. Hastanın Muayenesi. Braunwald Kalp Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2007: 1: p.107- 457
18. Ata N. Koroner Anjiyografi Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Dâhiliye Tıp Bilimleri Kardiyoloji 2013; 3 (42).
19. Gielen S, Brutsaert D, Saner H.“Hembrecht R. Kardiyak Rehabilitasyon. in ECS Textbook” 2010; Syf 10:14
20. Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW (Ed). Kardiyovasküler Hastalıklar 1.Baskı. İstanbul: isler Matbaacılık; 2007. p.783- 805
21. Balbay Y, Koroner revaskülarizasyon (Dünya ve Türkiye örnekleri) Türk Kardiyol. Dern. Arş -2014;42(3):245-252 d
22. Thomas JD. Kardiyovasküler Görüntüleme. 1. Baskı. İstanbul: Düzey Matbaa; 2005. p.1031- 1295
23. Topol J. Texbook Of CardiovascularMedicine. Ankara: Güneş TıpKitabevi; çeviri: Kozan Ö, YIL: 2008
24. Baytop T. Türkiyede Bitkiler ile Tedavi. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1999;20.100-1.
25. Kara H. Cinsel Sorunlar ve Çözüm Yolları. Ankara: Sen Yayınları 1, 2002:102-6.
26. Kayaalp S. Klinik Farmakolojinin Esasları ve Temel Düzenlemeler. 4. Baskı. Ankara: Hacettepe-TAŞ, 2008;3:99.
27. Asımgil A. Şifalı Bitkiler. İstanbul: Timaş Yayınları, 1997:43-151.
28. Vickers A, Zollman C. ABC of complementarymedicine-herbalmedicine. BMJ 1999;319: 1050-3.
29. Cassileth BR. The Alternative Medicine Hand book. London:W.W.Norton&Company 1998: 86-99.

30. Çubukçu B, Meriçli AH, Mat A, Sarıyar G, Sütülpınar N, Meriçli F. Fitoterapi.İstanbul: İ.Ü. Eczacılık Fakültesi Yayın No: 79. 2002: 97-128.
31. Larrey D. Phytothérapie et hepatotoxicité. FMC Gastro 1998;3:75-6.
32. Özçelik H, Fadıloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif kullanım nedenleri. Türk Onkoloji Dergisi. 2009;24(1): 48-52.
33. Richmon A, Witkowski J. Herbs by numbers. WholeFoods Magazine 2007;20(2):26.
34. Johnston BA. Onethird of nation's adults use herbal remedies. Helbegram 2009; 40:49.
35. Huxtable JR. The myth of beneficent nature: the risks of herbal preparations. Ann Intern Med 1992;117(2):165-6.
36. Uzun M, Aykaç G. Bitkisel ürünlerin yanlış kullanımı ve zararları 2014;4(3):1-5  
Received: 26.02.2014; Accepted: 29.05.2014
37. Mete O. Şifalı Bitkiler Ansiklopedisi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi, 2009.11-97.
38. Güven Ş. 'Hipertansiyonlu Bireylerde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu' Balıkesir Sağlık Bil Derg Cilt:2 Sayı:3 Aralık 2013
39. Kav S, Hanoğlu Z. Türkiye'de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi Sayı/ sayı : 1 Cilt / Volume: 18 Yıl / Yıl: 2008
40. İpek E, Güray Y, Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda bitkisel kökenli alternatif tedavilerin ve tamamlayıcı besin ürünlerinin tüketim prevalansı. 'Türk Kardiyoloji Dern. Arş.2013;41(3):218-224
41. Koçtürk M, Kalafatçılar A, ' Türkiye'de Bitkisel İlaçlara Bakış- Ege Üniv. Ziraat Fak. Derg., 2009, 46 (3): 209-214
42. Önder Z, Türkiye'de Sigara Fiyatları ve Tüketim İlişkisi' Tütün Kontrol Uzmanlığı Kursu; 7 Mayıs 2003
43. Kutlutürk F, Öztürk B, Yıldırım B, Obezite Prevalansı ve Metabolik Risk Faktörleri ile İlişkisi: Tokat İli Prevalans çalışması Sayı: .2009-14563
44. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use Among adults and children: United States,2007. Natl Health Stat Report 2008;12:1-23.

45. Fox P, Coughlan B, Butler M, Kelleher C. Complementary alternativ emedicine (CAM) use in Ireland: a secondary analysis of SLAN data. Complement Ther Med 2010;18:95-103.
46. Ünal S. Epilepsi Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı Ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımının araştırılması Uzmanlık Tezi, 2014 sayfa: 30-35
47. Birol L, Akdemir N. İç hastalıkları ve Hemşirelik bakımı, 1. Baskı, SANERC Matbaacılık, İstanbul, 2003.P. 433-438
48. Linton AD and et al: Introductory Nursing Care of Adults, Second Edition,WB Saunders Company , 2000. P- 591



## 8.EKLER

### EK-1: VERİ TOPLAMA FORMU

**Değerli hastamız;**

Bu anket ‘ANJİYO KARARI ALINMIŞ KORONER ARTER HASTALARINDA BİTKİSEL KÖKENLİ ALTERNATİF TEDAVİLERİN VE TAMAMLAYICI BESİN ÖĞELERİNİN BELİRLENMESİ’ kapsamında yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplar araştırma sonuçlarını belirleyeceğinden her soruya içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği için büyük bir önem taşımaktadır. Ankette adınız istenmemektedir. Bize ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

**1) Cinsiyetiniz:**

a )kadın

b )erkek

**TARİH:**

**2) Yaşınız**

a) 65 yaş altı

b) 65 yaş üstü

**3) Kilonuz**

a)45-59 arası

b)60-79 arası

c) 80-99 arası

d) 100 ve üstü

**4) Boyunuz:**

a)150-165 cm

b)166-175 cm

c)176-185cm

d)186- 195 cm

e)195 ve üstü

**5) Eğitim durumunuz:**

a)okur-yazar değil

b)ilk-orta okul

c) lise

d) üniversite (önlisans-lisans)

e) yüksek lisans ve üstü

**6)Herhangi bir fiziksel aktiviteniz varmı ?**

a) evet

b) hayır

**6.1) Cevabınız evet ise aşağıdaki kutucuklardan size uygun olanı işaretleyiniz..**

Yaptığınız fiziksel aktivite	var	yok
Spor		
Egzersiz		
Tempolu yürüyüş		

7) Sigara içiyor musunuz?

a) hayır b) evet

8) Alkol kullanır mısınız?

a) hayır b) evet

9) Aşağıdaki hastalıklardan hangisi yada hangileri sizde mevcut? Lütfen işaretleyiniz

Hastalık	Var	Yok
1)Hipertansiyon		
2)Şeker hastalığı(diyabet)		
3)Kalp yetmezliği		
4)Kalp damar hastalığı		
5)Kalp kapak hastalığı		
6)Bilinen bir hastalığım yok		
7)Diğer		

10) Aşağıdaki ilaçlardan hangisi ya da hangilerini düzenli olarak kullanıyorsunuz?

İlaç	Kullanıyorum	Kullanmıyorum
1)Tansiyon ilacı		
2)Şeker hapı/ insülin		
3)İdrar sökücü(lasix/desal/aldactone)		
4)Coumadin(pıhtı önleyici)		
5)Aspirin/plavix(kan sulandırıcı)		
6)Ağrı kesici		
7)Diğer		
8)Düzeltilen olarak kullandığım bir ilaç yok		

11) Aşağıdakilerden hangisi yada hangilerini düzenli olarak kullanıyorsunuz? (birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

Bitkisel ilaç ve alternatif tedavi		Bitkisel ilaç ve alternatif tedavi	
1)vitamin(B/D multivitamin)		12)imunoglukagon	
2)kalsiyum/diğer minareller		13)karnitin	
3)Balık yağı/omega 3		14)glukozamin/kondroitin	
4)zencefil		15) ısırgan oto	



5)sarımsak		16)keten tohumu	
6)ekinezya		17)zerdeçal	
7)koenzimQ		18)konala yağı	
8)gingkobloba		19)meyan kökü	
9)ginseng		20)çuhaçiçeği	
10)valferin(kedi otu)		21)diğer	
11)çuhaçiçeği		22)böyle ürünler kullanmıyorum	

**12)Bu ürünleri kullanıyorsanız hangi amaçla kullanıyorsunuz?**

Hangi amaçla		Hangi amaçla	
1)besin takviyesi olarak		6)baş ağrılarım için	
2)tansiyon düşürmesi için		7)kolesterolü düşürmesi için	
3)şeker hastalığımın tedavisi için		8)sıkıntı – depresyon hissini azaltıyor	
4)eklem ağrılarım için		9)kullandığım zaman kendimi daha sağlıklı hissediyorum	
5)soğuk algınlığım için		10)diğer	

**13) Bu ürünlerden kullanıyorsanız kimin tavsiyesi ile kullanmaya başladınız?**

Kim tavsiye etti?		Kim tavsiye etti?	
1)Doktorum önerdi		6)televizyon programından aldım	
2)Eczacıım önerdi		7)internetten buldum	
3)Hemşirem önerdi		8)gazete/dergi	
4)Arkadaşım önerdi		9)diğer	
5)Lokman hekim/aktar önerdi			

Anketimiz Bitmiştir. Değerli Cevaplarınız İçin Teşekkür Eder Acil Şifalar Dileriz.

## EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI

‘Anjiyo Kararı Alınmış Koroner Arter Hastalarında Bitkisel Kökenli Alternatif Tedavilerin Ve Tamamlayıcı Besin Öğelerinin Belirlenmesi’

HASTA ADI: \_\_\_\_\_

Bu araştırma Anjiyo Kararı Alınmış Koroner Arter Hastalarında Bitkisel Kökenli Alternatif Tedavilerin Ve Tamamlayıcı Besin Öğelerinin Belirlenmesi amacıyla planlanmaktadır. Bu araştırma da size herhangi bir ilaç tedavisi uygulanmayacak olup sadece anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 10dk olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 399’dur.

Bu araştırma ile ilgili olarak herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır. Ancak sizlerden alacağımız cevaplar neticesinde elde edeceğimiz sonuçlar koroner arter hastalarının genel durumuna bir ışık tutacaktır. Direkt bir tıbbi uygulamaya maruz kalmayacağınız için herhangi bir zarara uğramayacaksınız. Ancak Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda ,bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğun da , bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun , istenmeyen etki yada diğer rahatsızlıklarınız için 05059398979 no.lu telefondan Yrd.DOÇ. Drselma KAHRAMAN‘ a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca , bu araştırma kapsamındaki bütün muayene ,tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında , uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz , çalışma programını aksatmanız veya isteğiniz dışında , uygulanan tedavi şemasının gereklerini araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın

sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda , istemediğiniz takdirde sizle ilgili tıbbi veriler çalışmada kullanılmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de isteğiniz de kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmak isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında , bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi , transfer edilmesi ve işlenmesi hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

#### **Gönüllünün ,**

Adı Soyadı:

Adresi:

Tel.- Faks:

#### **Açıklamayı yapan araştırmacının**

Adı- Soyadı: SERDAR ZENGİN

Adresi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anjio laboratuvar

Tel.- Faks: 0505\*\*\*8979

Tarih ve İmza

#### **Tanıklık eden kuruluş görevlisinin / görüşme tanığının**

Adı- Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel – Faks:

Tarih ve İmza:

## EK-3: ETİK KURUL ONAY FORMU

DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DICLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
201					
<b>KARAR</b>					
Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN, Hemşire Serdar ZENGİN isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Anjio kararı alınmış koroner arter hastalarında bitkisel kökenli alternatif tedavilerin ve tamamlayıcı besin öğelerinin belirlenmesi" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir.					
Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
<b>DECISION</b>					
The project titled as "The prevalence of alternative herbal medicine and nutritional complementary product intake in patients admitted to Angioma and hemodynamic laboratory" planned Selma KAHRAMAN, Serdar ZENGİN has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
<b>Oturum No ( Meeting number ) :</b>	Tarih (Date): 25.03.2016		Saat (Hour): 13:00-15:00		
<b>KURUL BAŞKANI (CHIEF)</b>	Prof. Dr. Aydın ECE				
<b>KURUL ÜYELERİ / MEMBERS</b>					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Aydın ECE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
2	Yrd. Doç. Dr.	İbrahim KAPLAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyokimya	
3	Prof. Dr.	Süleyman GÖREN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Adli Tıp	
4	Yrd. Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç. Dr.	A. Çetin TANRIKULU	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Göğüs Hastalıkları	
6	Doç. Dr.	Abdullah BOYUK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
7	Yrd. Doç. Dr.	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyostatistik	
8	Doç. Dr.	Uğur FIRAT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
9	Doç. Dr.	Orhan ATEŞ	Dicle Üniversitesi İlahiyat Fakültesi	Temel İslam Bilimleri	
10	Doç. Dr.	Mehmet Uğur ÇEVİK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Nöroloji	
11	Avukat	Şahhanım KAPLAN	Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimlik	Avukat	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DIYARBAKIR  
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 [kuruletikdiyar@gmail.com](mailto:kuruletikdiyar@gmail.com)

## EK-4: ÖZ GEÇMİŞ FORMU

### 1.GENEL

<b>Düzenleme Tarihi</b>	20.01.2015		
<b>T.C. Kimlik No</b>	35839269342		
<b>Ünvanı Adı Soyadı</b>	SERDAR ZENGİN		
<b>Yazışma Adresi</b>	PEYAS MAHALLESİ 553.SOK DOĞAEVLERİ F BLK NO:27 KAYAPINAR/DİYARBAKIR		
<b>Doğum Yılı</b>	027.04.1986		
<b>Tel</b>	0412 258 00 60 / 2224	<b>GSM</b>	05059398979
<b>E-Posta</b>	ser21zen@gmail.com	<b>FAX</b>	

### 2. EĞİTİM

<b>MEZUNİYET TARİHİ</b>	<b>DERECE</b>	<b>ÜNİVERSİTE-FAKÜLTE-BÖLÜM/ANABİLİM DALI</b>
21.06.2008	Lisans	Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümü
21.06.2011	Pedagojik Formasyon Eğitimi	Bursa Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Eğitimi
Halen devam ediyor	Yüksek Lisans	Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği

Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Anjiyo ve Hemodinami Laboratuvarın da çalışmaktayım. 2011- 2012 eğitim öğretim döneminden itibaren her yıl kamu okullarında hemşirelik ve radyoloji bölümlerinde haftalık 10 ders saati kadar meslek dersi öğretmeni olarak görev almaktayım Halen 2015-2016 eğitim öğretim yılında Diyarbakır Farabi Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi Radyoloji bölümün de haftalık 10 saat mesleki derslerine girmektedirim.

