

**T.C
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTA ZİYARETLERİNİN AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ OLAN
HASTALARDA ANKSİYETE, KAN BASINCI VE KALP HIZI ÜZERİNE ETKİSİ**

Zeynep KAYHAN

**Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmenliğinin İç Hastalıkları Hemşireliği
Programı İçin Öngördüğü BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

**KOCAELİ
2006**

**T.C
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTA ZİYARETLERİNİN AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ OLAN
HASTALARDA ANKSİYETE, KAN BASINCI VE KALP HIZI ÜZERİNE ETKİSİ**

Zeynep KAYHAN

**Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmenliğinin İç Hastalıkları Hemşireliği
Programı İçin Öngördüğü BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

Danışman:Yrd.Doç. Dr. Fügen GÖZ

**KOCAELİ
2006**

ÖZET

AMAÇ: Ziyaretlerin hastalarda kan basıncı, anksiyete ve kalp hızı üzerinde etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN TÜRÜ: Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır.

YÖNTEM: Araştırmanın verileri hasta Gözlem Formu ve Durumluk- Sürekli Anksiyet Envanteri kullanılarak hastalar ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Örneklem kapsamını 30.08.2004 – 20.12.2004 tarihleri arasında İzmit Sosyal Sigortalar Bölge Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesine AMİ tanısıyla yatan, bilinci açık olan, iletişim kurabilen, araştırmayı kabul eden, 30 erkek hasta oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayarda yapılmıştır. Verilerin analizinde Varyans Analizi, Paired t testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

BULGULAR VE SONUÇLAR: Bu araştırmada hastaların diastolik kan basıncı açısından ziyaret öncesi, esnası ve sonrasında ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.037$) ($p>0.05$). Ziyaret öncesi durumluk anksiyete envanteri puanı ziyaret sonrası istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükselmiştir ($p=0.002$) ($p<0.05$). Sürekli anksiyete envanteri puanının ziyaret öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$)

Kısacası çalışmada elde edilen sonuçlara göre ziyaretçilerin yakınlık durumlarının hastaların dolaşım sistemi bulgularının (kalp hızı ve kan basınçları) ve anksiyete puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmalarında etkili olmadığı saptanmakla beraber bazı artışların istatistiksel olarak anlamlı bulunmalarında yaşın, hastalığın getirmiş olduğu etkiler, hastane ortamında bulunma, ziyaret saatinin vermiş olduğu huzursuzluktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: Kan basıncı, kalp hızı , anksiyete, akut miyokard infarktüsü

ABSTRACT

AIM: The aim of this study, is to evaluate the effect of the visitings on to the patient according to blood pressure, anxiety and speed of heart.

THE TYPE OF RESEARCH: This research is definetive study.

METHOD: The datas of the research was collected using with patient doservation form and state- continous anxiety test, and also meeting with the patient face to face. The includings of the sample is formed by the people who stay in İzmit Social Insurance Local Hospital, who has open conscious, who can communicate white the people and who accepted the research. The evaulation of the data was done in computer. In analyzing of the datas Varyans Analyze, Paired t testi, Kruskal Wallis Varyans Analyze, Pearson Correlation Analyze were used.

DIAGNOSIS AND RESULTS: In this research, accarding to blood pressure, there was no meaningful difference befor visiting, during visiting and after visiting ($p=0.037$) ($p>0.05$). Before visiting, the state anxiety points increase after visitings. But there was no meaningful difference .

In shortly, according to our results, it was determined that, claseness of the visitors didn't effect the circulation systems of the patients (heart speed, blood pressure) but some increasas were found meaningful accarding to statistical, because of age, the effects of illnesses, the sarroundings of the hospital, and anxiety because of the time of the visiting.

KEY WORDS: Blood pressure, speed of heart, anxiety, acute myocardial infarction

TEŞEKKÜR

Araştırmamda maddi , manevi destek sağlayan ve gösterdikleri anlayıştan dolayı Bayram ve İkbal KAYHAN çiftine , Osman KAYHAN' a

Bu araştırmayı yapmamda bana yardımcı olan Kardiyoloji uzmanı Doç.Dr.Yurdan ALİOĞLUN' na

Araştırmayı gerçekleştirmemde yol gösterici eleştirilerini esirgemeyen Yrd.Doç.Dr. Nesrin NURAL ve Prof Dr. Süreyya KARAÖZ' e

Araştırmayı yapmamda bana bilimsel destek sağlayan tez danışmanım Yrd.Doç.Dr. Fügen GÖZ' e

İstatistiksel analiz yöntemini belirlemede katkı sağlayan Karadeniz Teknik Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkan Yardımcısı Yrd. Doç.Dr. Murat TOPBAŞ 'a.

Sorularımı cevapladığı için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ahmet ALPMAN ' a

Tezimi Edebi yönden inceleyen ve gerekli düzeltmeleri yapan Edebiyat Öğretmeni Sebahattin KÖROĞLU ve İhsan GÜVERCİN' e teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMİ	: Akut Miyokard İnfarktüsü
KYBÜ	: Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
EKG	: Elektrokardiyogram
CPK	: Kreatin Fosfokinaz
CK	: Keratin Kinaz
SGOT	: Serum Glutomic Oxaloacetic Transaminase
AST	: Aspartat Aminotransferaz
LDH	: Laktik asit
mmHg	: Milimetre civa
DAE	: Durumluk anksiyete envanteri
SAE	: Sürekli anksiyete envanteri
İV	: İntravenöz

İÇİNDEKİLER

ÖZET	İV
ABSTRACT	V
TEŞEKKÜR	VI
İÇİNDEKİLER	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	XI
ÇİZELGELER DİZİNİ	XII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİ VE İLGİLİ ÇALIŞMALAR	5
2.1. Hastalık ve Hastaneye Yatış	5
2.2. İnsan Kalbinin Anatomisi	6
2.3. Akut Miyokard İnfarktüsünün Tanımı	8
2.4. Akut Miyokard İnfarktüsünün Nedenleri	9
2.5. Akut Miyokard İnfarktüsünde Tanı	10
2.6. Akut Miyokard İnfarktüsünde Laboratuvar Tanısı	11
2.6.1. Kreatin Fosfokinaz veya Kreatin Kinaz	11
2.6.2. Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase	11
2.6.3. Laktik Asit	11
2.7. Akut Miyokard İnfarktüsünde EKG Belirtileri	12
2.8. Akut Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri	12
2.8.1. Sigara Kullanımı	12
2.8.2. Kan Kolesterolünün Yüksek Olması	13
2.8.3. Şişmanlık	13
2.8.4. Kalıtım	14
2.8.5. Hareketsizlik	14
2.8.6. Diyabetes Mellitus	14
2.8.7. Kişilik Yapısı	14
2.8.8. Alkol Kullanımı	15
2.8.9. Yaş ve Cinsiyet	15
2.9. Akut Miyokard İnfarktüsünde Tedavi	15
2.9.1. Akut Dönem Tedavisi	16
2.9.2. Komplikasyonların ve Diğer Bir Atağın Önlenmesi	16
2.9.3. Hasta Rehabilitasyonu	18
2.10. Akut Miyokard İnfarktüsünün Kalp Hızı ve Kan basıncı Üzerinde Etkisi	18
2.11. Akut Miyokard İnfarktüsüne Anksiyetenin Etkisi	19
2.12. Akut Miyokard İnfarktüslü Hastada Anksiyete ve Hemşirelik Yaklaşımları	19
2.12.1. Anksiyete Nedenleri	20
2.12.2. Anksiyete Düzeyleri	21
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	23
3.1. Araştırmanın Türü	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	23
3.3. Araştırmanın Evreni	23
3.4. Araştırmanın Örnekleme	24
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.6. Veri Toplama Yöntemi	25
3.7. Verilerin Toplanması	26
	vii

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizleri	27
4. BULGULAR	
4.1. Hastaların Sosyo- Demografik Özellikleri ve Ziyaretçilerin Yakınlık Durumlarına Göre Dağılımları	28
4.2. Hastaların Ziyaret Öncesi, Esnası ve Sonrasında Dolaşım Sistemi Bulgularının İlişkisi	29
4.3. Hastaların Ziyaret Öncesi ve Sonrası Durumluk , Sürekli Anksiyete Envanteri Bulgularının İlişkisi	30
4.4. Hastalardan Elde Edilen Dolaşım sistemi Bulguları ve Anksiyete Bulgularının Eğitim Düzeyi ile İlişkisi	31
4.5. Hastalardan Elde Edilen Dolaşım Sistemi Bulguları ve Anksiyete Bulgularının Meslekle Düzeyi ile İlişkisi	32
4.6. Hastalardan Elde Edilen Dolaşım Sistemi Bulguları ve Anksiyete Bulgularının Ziyarete Gelen Yakınlarla İlişkisi	33
4.7. Hastaların Ziyaret Öncesinde ve Sonrasında Dolaşım sistemi Bulguları ile Anksiyete Durumları Arasındaki ilişkisi	34
4.8. Hastaların Ziyaret Öncesi ve Sonrasında Dolaşım Sistemi Bulguları ile Yaş Arasındaki İlişkisi	35
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	41
7. KAYNAKLAR DİZİNİ	43
8. EKLER	48
EK.1. Hasta Gözlem Formu	48
EK.2.A. Stai Formu TX-1	49
EK.2.B. Stai Formu TX-2	50
9. İZİN BELGESİ	51
10. ÖZGEÇMİŞ	52

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Kalbin göğüs kafesi içindeki pozisyonu	6
Şekil 2.2. Kalbin ön taraftan görünümü.....	7
Şekil 2.3. Kalbin normal miyokard tabakasının görünümü.....	8
Şekil 2.4. Akut miyokard infarktüsünün gelişimi.....	10

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1. Araştırmaya katılmayan hastaların katılmama nedenlerine göre dağılımı.....	23
------------------------------------------------------------------------------------------------	----

GİRİŞ

Bir hastalığın toplumsal önemi, görülme sıklığı ile ilgilidir. Bir hastalık toplumda ne kadar sık görülüyorsa, ne kadar çok ölüme, iş ve güç kaybına yol açıyorsa toplumsal açıdan o ölçüde önemli sağlık sorunudur. Koroner kalp hastalıkları kronik bir hastalık olarak erişkin yaş grubundakiler için önemli bir sağlık sorunudur (Işık, 1995 b.; Gök, 2002).

20- 64 yaş arası erkeklerde bir yıllık sürede akut miyokard infarktüsü geçirme olasılığı binde 1.7- 7.3 arasında değişmektedir. Bu oran, kadınlarda 0.2- 1.6 arasında dır (Demiroğlu, 2000). Koroner kalp hastalıklarının görülme sıklığı çeşitli ülkelerde farklılıklar göstermektedir. Bu farklılık, toplumların sosyo- kültürel ve ekonomik gelişmelerine paralel olarak gelişmiş ülkelerde (İngiltere, İsveç...) daha fazladır. Bu ülkelerde ölümlerin yaklaşık yarısının nedeni (% 48) kalp hastalıklarıdır (Toplumsal yaşamın getirdiği güçlükler, bu hızlı artışa neden olan durumlar arasında önemli yer tutar). Bu oran, gelişmekte olan ülkelerde (Pakistan, Venezuela...) %19 civarındadır (Bilir,1998; Sonel, 2000).

Amerika Birleşik Devletleri' nde 1989 yılında ölümlerin yaklaşık 734.000 kadarı kalp hastalıklarından meydana gelmiştir (bu, toplam ölümlerin %35' ini oluşturmaktadır). Ülkemizdeki durum da sanayileşmiş birçok ülkeden farklı değildir. Türkiye'deki ölümlerin seçilmiş elli nedene göre dağılımlarına bakıldığında, 1993 yılında her üç ölümden birinin kalp hastalığına bağlı olduğu söylenebilir. Türk Kardiyoloji Derneği' nin verilerine göre ülkemizde 1.2 milyon koroner kalp hastası olduğu, yılda 130.000 kişinin kalp hastalıkları nedeniyle öldüğü ve her yıl 230.000 yeni koroner kalp hastalığının görüldüğü, bu hastalıklarında 70.000' inin ölüm ile sonuçlandığı bilinmektedir. Akut miyokard infarktüsü nedeniyle gerçekleşen ölümler % 50' dir (Akdemir ve Birol, 2003).

Ülkemizde 1962 yılından beri Koroner Yoğun Bakım Üniteleri akut miyokard infarktüsü tanısı almış hastaların tedavisinde, ideal bir ortam olarak hastanelerde hizmete girmiş, ayrıca hastaların yaşam kalitesi yükseldikçe bu hastalıktan ötürü ölüm oranı azalmıştır. Bu ünitelerde; hastalarda gelişebilecek kardiyojenik şok, kalp yetmezliği, aritmi ve kalp durması gibi acil müdahale gerektiren durumlar, kolayca takip edilerek gerekli önlemler alınabilmektedir. Tedavi ve yaklaşımlarındaki gelişmeler, trombolitiklerin uygulanmasıyla kalp hastalıkları nedeniyle hastanede ölüm oranları % 30- 35' den % 15- 20' ye inmiştir (Demiroğlu, 2000). Ancak, miyokard infarktüsü geçiren bireyleri sosyal ve psikolojik güçlükler beklemektedir. Bu hastaların % 13' ü eski yaşantı ve işlevlerine dönmemektedir (Işık, 1995 a.).

Koroner yoğun bakım ünitesinde, hastalar genellikle 4- 6 gün, komplikasyonlu hastalar ise daha uzun süre kalmaktadır (Işık, 1995 a.). Tedavi ve bakım için koroner yoğun bakım ünitesine yatırılmış hastalarda; ölüm korkusu, hastane ortamının yabancılığı, tedaviler, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar ve ilişkiler, aile bireylerinden ayrı kalma ve ekonomik sorunlar hastada anksiyeteye neden olmaktadır (Carlisle et al. 2002; Fuller and Foster, 2000). Yoğun bakım ünitesinde hasta bu nedenlerden dolayı sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu desteği sıklıkla ailelerinden ve arkadaş çevrelerinden beklemektedirler. Hastanede bu beklentiler ancak ziyaret saatlerinde karşılanabilmektedir. Ancak hastaların ve yakınlarının çok önemsedikleri hasta ziyaretleri de hastada sorun yaratabilmektedir. Çünkü, hastada strese neden olabilecek her türlü durum kardiyovasküler sistemi olumsuz etkilemekte ve kan basıncı, kalp hızında değişikliklere neden olmaktadır (Brown, 1998). Akut miyokard infarktüsülü hastalarda emosyonel reaksiyonlar, elektrokardiyogram ve serum enzim değerlerindeki değişiklikler kadar karakteristiktir (Lloyd and Cawley, 1998).

Türk Tabipler Birliği Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği' nin 95.maddesine göre; **yataklı tedavi yapılan kurumlarda, hastaların yakınları tarafından ziyaret edilmelerine bazı durumlar göz önüne alınarak izin verilir. Bunlar; bölgesel koşullar ve tedaviyi yapan kurumun durumudur, her gün yada haftada birkaç gün olmak üzere, öğleden sonraları baştabibin belirlediği saatlerde ziyaretlere izin verilir. Ziyaret saatleri dışında hasta yakını tarafından istenen görüşmelerde ise baştabibin yada nöbetçi tabibin izni gerekmektedir. Bir hasta için aynı anda fazla ziyaretçi kabul edilmez ve ziyaret süresi 15 dakika ile sınırlıdır** (Resmi Gazete, 2005)

Hasta kişinin ziyaret edilmesinde toplumsal olarak, belirtilen kuralların genellikle göz ardı edildiği bilinmektedir. Hasta ziyaretlerine toplu halde gidilir, ziyaret süresince gereksiz konulardan bahsedilir, süresini aşan ziyaretler yapılır, hatta, hastanın yanında bir müddet daha kalabilmek için sağlık personeli ikna edilmeye çalışır...

Brown (1998)' de yapmış olduğu çalışmasında; hastaların koroner yoğun bakım ünitesine alınmasından sonra yapılan ilk 2- 10 dakikalık hasta ziyaretleri, esnasında ve sonrasında ölçülen sistolik, diastolik kan basıncı ve kalp hızı değerlerinde önemli derecede artma olduğunu ve bu artmaya yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara yapılan ziyaretlerin hasta üzerinde yarattığı stresin neden olduğunu belirtmiştir.

Jennifer ve arkadaşları (2001)'nın, koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara ziyaret öncesi ve sonrası uygulamış oldukları Spielberger Anksiyete Envanteri sonucunda, anksiyete bulgularının ziyaretler sonrasında yüksek olmasında ziyaretlerin etkisinin olduğu sonucuna varmışlardır.

Simpson (2003)' ın, koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara yapılan ziyaretlerin kardiyovasküler sistem üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında, ziyaretlerin hastalarda psikolojik stres yarattığını ve bunun sonucunda hastaların sistolik, diastolik kan basınçlarında ve kalp hızlarında önemli artış olduğunu belirtmiştir.

Hasta ziyaretlerinin hasta üzerindeki bu istenmedik etkileri nedeni ile hastaların yaşamları tehdit altında olduğu gibi iyileşme süreçleri de uzamaktadır.

AMAÇ VE KAPSAM

Hasta ziyaretlerinin Akut miyokard infarktüsü geçirmiş olan hastalarda kan basıncı , anksiyete ve kalp hızı üzerinde etkinlik derecesini belirlemek, hasta yakınlarına ve bu ünite de çalışanlara, hasta ziyaretlerinin önemi konusunda rehberlik edebilecek çalışmalarını başlatmak amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİ VE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

2.1. Hastalık ve Hastaneye Yatış

Bireyin hastalanması ve hastaneye yatması, yaşamını etkileyen, kaygı ve endişelerini arttıran, yaşam dengesini bozan bir deneyimdir (Berkow et al. 1990).

Kimi yazarlar “hastalık” durumunu, yaşamın krizlerinden biri olarak nitelemektedir. G. Caplan’ ın kriz 9 kuralına göre hastalık, kaza, ameliyat gibi durumlar, bireyin beden bütünlüğünü ve yaşamını tehdit eden olaylardır. Bu olaylar, bireyde iç gerilimin artmasına, mevcut dengesinin görece olarak altüst olmasına yol açar, kaygı ve huzursuzluk belirtileri ortaya çıkar. Bu durum, bazen günlerce bazen daha da uzun sürebilir (Moynihan, 1990; Özcan, 1995).

Bazı otoritelere göre “hasta” terimi ise, “tıbbi veya cerrahi tedavide olan kişi, yada sağlık hizmeti veren kurumlardan birinin gözetimi, denetimi veya bakımı altında olan kişiler” olarak tanımlanır (Yurt, 1983).

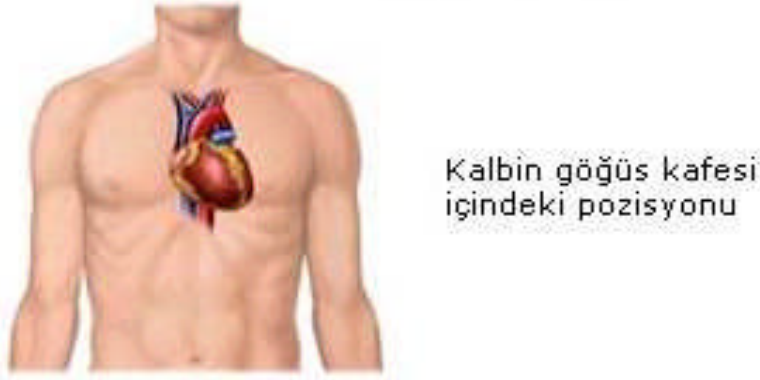
Hastalık, bireyin yaşam dengesini, benlik imgesini değiştirebilir. Kişi bu dönemi, bedensel, duygusal bazı uyum mekanizmalarının yardımı ile kişiliğini ve organizmasını hastalığın kalıcı etkilerinden koruyarak atlatabilir. Uyum mekanizmasının bozulduğu, kriz durumlarında birey, krizi giderecek sağlıklı bir çözüm bulmaya uğraşır yada sağlıksız biçimde durumuna uyum sağlar (Özcan, 1985).

Aslında sağlıktan hastalığa geçiş birey için tatsız bir yaşamdır. Bazı kişiler, hastalıktan korkar ve endişelenirken, bazıları da hasta olmaktan suçluluk ve utanma hissi duyarlar. Çoğu hastalar karamsar ve üzüntülü olurlar. Erkekler, hastalandıkları zaman aşağılık duygusuna kapılabildikleri halde kadınlarda bu tür duygulara fazla sık rastlanmaz. Kadın ve erkek, ailenin geçimini sağlayan kişi olup gelirleri zarar görmüşse hastalığı genellikle endişe ile karşılar. Genelde kadın hastalar, hastalığın ailelerinin ve evlerinin bakımını etkilemesinden üzürlüdürler. Ayrıca kadın hastalar çoğu kez vücutlarını göstermekten çekindikleri için, fizik muayene esnasında utanç, korku ve endişe duyabilirler (Brunner, 1990).

Hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının ana uğraşı, şüphesiz, hastadır. Birçok hastalık semptomları ile hastaneye başvuran hasta, hastane de bir birey, bir aile üyesi ve toplumun bir ferdi olarak kabul edilir. Buna rağmen hastalığı ile birlikte artan kişisel sorunlar hastanın tek başına çözümleyemeyeceği bir hale gelebilir ve çözümü güç ve acil olan sorunlar karşısında

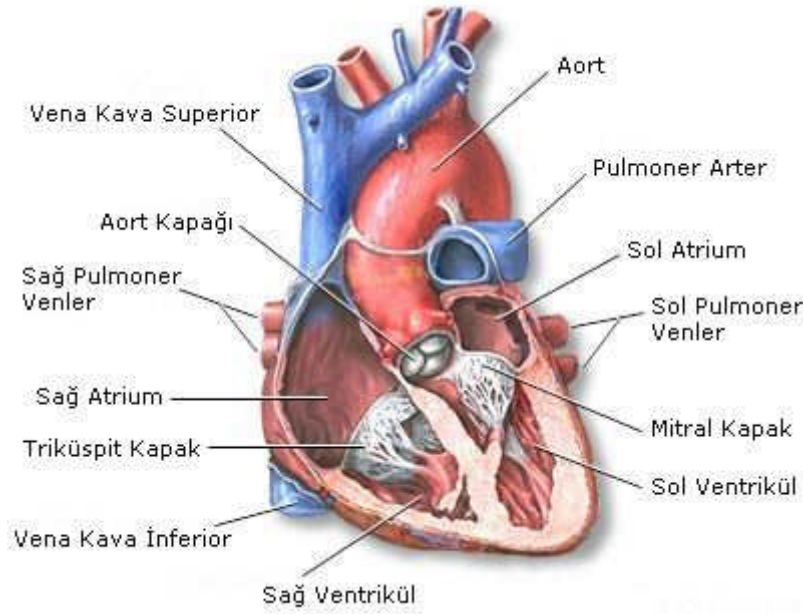
hasta kendini güçsüz ve çaresiz hissedebilir. Buna rağmen hasta, sorunlarını başkalarıyla paylaşmada isteksiz olabilir, kendi sorunlarının çözümünden sadece kendisini sorumlu tutabilir. Bazı durumlarda hasta önemsiz sorunlarının içine dalarak gerçekten hastalığı ile ilgili önemli sorunları göz ardı edebilir. Hastalığının tekrarlanması, komplikasyonların önlenememesi ve mesleki rehabilitasyonun başlanması hastada anksiyete kaynağı oluşturarak iyileşmeyi önler. Böylesi bir durumda doğal olarak hemşirenin hastaya yardımcı olması gerekir (Foster et al. 1992).

2.2. İnsan Kalbinin Anatomisi



Şekil 2.1: Kalbin Göğüs kafesi içindeki pozisyonu

Kalp, göğüs ön duvarı arkasında, orta kısımda iki akciğer arasında yer alır. Normal kalp yumruğumuzdan biraz büyük kas dokusundan oluşmuştur. Temel işi kanı pompalamak olan hayati bir organdır. Ortalama her gün 100.000 kez atar ve 7 ton kanı vücuda dağıtır (Özcan, 2001) (Şekil 1).



Şekil 2.2: Kalbin ön taraftan görünümü; sol ventrikül (karıncık), sağ ventrikül ve sağ atriumun (kulakçık) ön kısımları çıkarıldıktan sonraki görünümü

Sağda ve solda birer kulakçık (atrium) ve karıncık (ventrikül) olmak üzere dört boşluktan oluşur. Sağdaki kulakçık ve karıncığı triküspit kapak; soldaki kulakçık ve karıncığı ise mitral kapak ayırır. Kalbin sol karıncığının bitimi ile kalpten çıkan ve insanın en büyük atardamarı olan aort damarının başlangıcı arasında aort kapağı vardır. Benzer olarak pulmoner kapak sağ karıncık ile pulmoner damar arasındadır. Kalbin sağ sistemine tüm vücuttan gelen kanı toplayan damarlar (vena cava inferior ve vena cava superior) açılır. Bu kan akciğer atardamarı (pulmoner arter) ile sağ sistemden ayrılır. Akciğer toplar damarları (pulmoner venler) ile dönem kan, sol kulakçık ve sol karıncığı dolaşarak aort damarları ile tüm vücuda pompalanır (Özcan,2000) (Şekil 2).

Kalbin tabakaları; perikard, miyokard, endokard

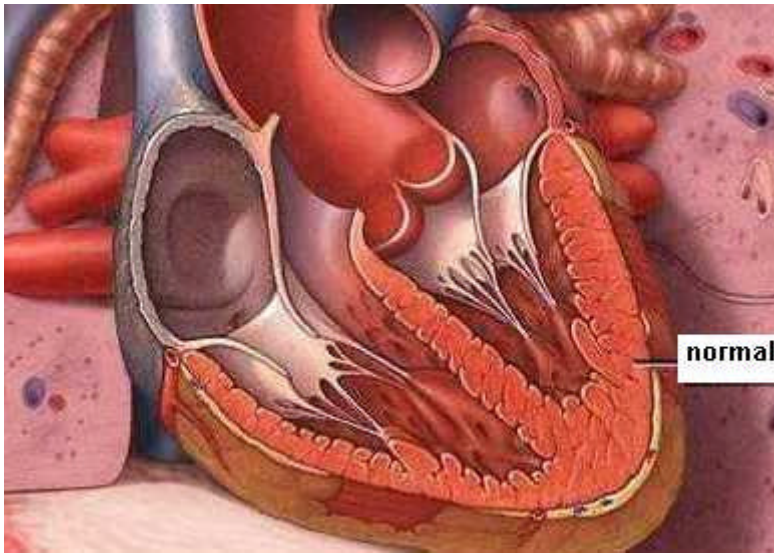
1-) **Perikard:** Kalbin dış yüzünü çevreleyen zardır.

a-) **Pariyetal perikard:** Perikarda çevre dokulardan gelebilecek enfeksiyonlara engel oluşturur.

b-) **Visseral perikard:** İte kalbe yaklaşık olan tabakadır. Bu iki perikard yaprağı arasında “perikardial boşluk” bulunur. Bu boşluk perikardiyal sıvı ile doludur. Bu sıvı kalp atımları sırasında perikard yapraklarının sürtünmelerini önler.

2-) **Miyokard:** Kalbin orta tabakasıdır. İnce kaslardan oluşur, kalbin kasılmasına neden olur (şekil 3).

3-) **Endokard:** Kalbin ic yüzünü örten endotel ve bağ dokularından oluşmuş ince tabakadır (Braunwald,2001; Gök, 2002)



şekil 2. 3: Kalbin normal miyokard tabakasının görünümü

2.3. Akut Miyokard İnfarktüsünün Tanımı

“ Modern ağın hastalığı” da denebilecek kardiyovasküler hastalıklar şehir yaşamı ile beraber görülmektedir. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde kalp hastalığına bağlı ölümlerde bir azalma gözlenmektedir. Bu azalma nedeninin kalp hastalıklarının teşhis ve tedavisinde sağlanan ilerleme ve yaşam tarzında yapılan değişikliklere bağlı olabildiği düşünülmektedir (Boogoard, 2000; Braunwald, 2001).

Miyokard infarktüsü, koroner arter veya dallarından birinin tıkanmasını takiben tıkanıklık olan bölgede doku ölümü (nekroze) gerçekleşir (Gök, 2002; zcan, 2000).

İlk olarak 1912' de Herrick ve 1929' da Levin tarafından açıklanmış olan miyokard infarktüsü deyimi, koroner tromboz deyimi ile eş anlamda kullanılmıştır. Fakat son yıllardaki araştırmalarda, Sandra J. ve arkadaşlarının yaşlı hastalarda akut miyokard infarktüsü ve ateroskleroz oranını belirlediği çalışmalarında, tüm vakaların %99' unda, koroner arterlerin, aterosklerotik değişiklikler nedeniyle daralmış ve tıkanmış olduğunu göstermiştir (Özcan, 2001; Işık, 1995 b.).

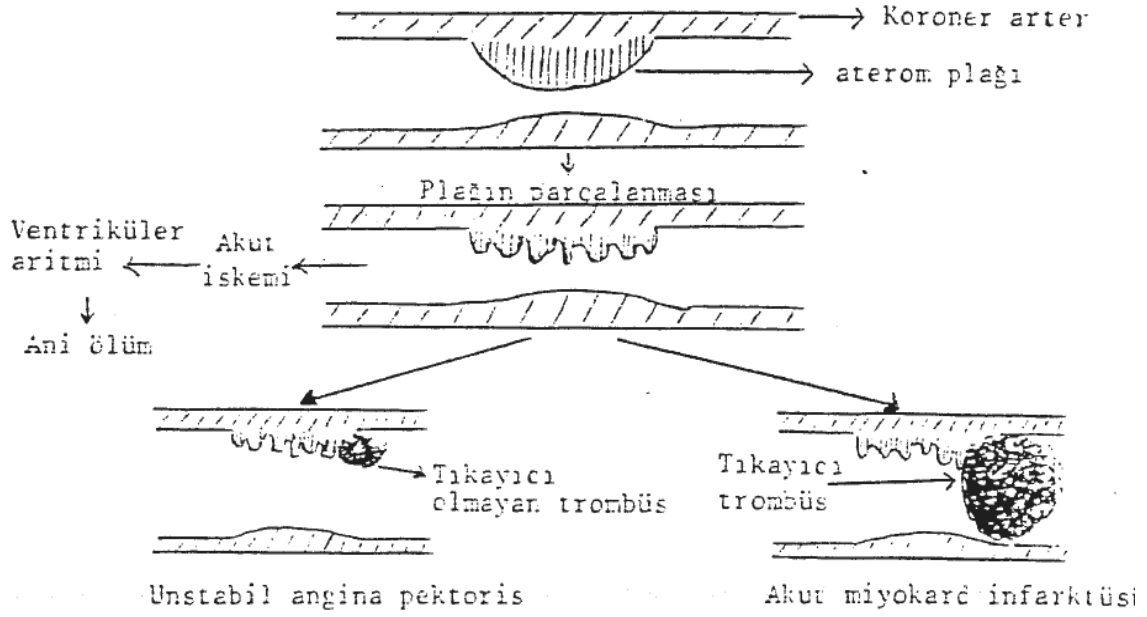
Miyokard infarktüsü, öldürücü özelliği yüksek bir hastalıktır. Hastalar için ölüm tehlikesinin en fazla olduğu dönemler infarktüsü takiben ilk 24- 48 saat ile iki haftadır (Goldberger, 2002). İlk saatlerde görülen ölüm nedenlerinin aritmiler (özellikle ventriküler fibrilasyon, ciddi miyokard hasarına bağlı şok, konjestif kalp yetmezliği, kalp rüptürü ve tekrarlayıcı miyokard infarktüsünden olduğu gözlenmektedir) (Işık, 2000; Gök,2002).

2.4. Akut Miyokard İnfarktüsünün Nedenleri

Bu infarktüsün nedeni genellikle **Ateroskleroz** dur. Ateroskleroz; damar cidarında aterom plağı çökeltisinin yerleşmesi ve lümen daralmasıdır. Aterom plağı üzerinde pıhtı trombüs) oluşması veya aterom plağından herhangi bir nedenle kanamanın olması sonucunda trombüsten kopan parça damarı tıkar, böylece miyokarda kan akımı azalır ve miyokard iskemisi uzun süreli olduğu zaman miyokard hücrelerinde infarktüs meydana gelir (Cheitlin et al.2003; Chatterjee et al.2003; Califf and Bengtson, 1994) (Şekil 4).

Ateroskleroza bağlı olmayan akut miyokard infarktüsün diğer nedenleri ;

- Koroner arter embolileri,
- Mekanik olarak tıkanma,
- Aort stenozu (darlık),
- Vazomotor tonüste artma vb. sayılabilir (Hochman et al. 2000).



Şekil 2.4: Akut miyokard infarktüsünün gelişimi

2.5. Akut Miyokard İnfarktüsünde Tanı

Genellikle AMİ' nin tanısı, sıkıştırıcı tarzda, şiddetli uzun süren göğüs ağrısı hikayesi, EKG değişiklikleri ve serum enzim seviyelerinin yükselmesi ile konulmaktadır (Braunwald, 2000).

Klinik Belirtiler

Ağrı, sternum altında, prekordiumu tutan, şiddetli, uzun süren istirahatle geçmeyen ve baskı hissine benzer olan bir nitelik taşır. Sık olarak sol kola, omuza, boyuna, sırtta, bazen de epigastriuma yayılabilir. Çoğu kez hastalar hazımsızlık, şişkinlik ve gaz ağrıları gibi şikayetleri ile kalp ağrısını karıştırabilir (Gök, 2002; Işık, 2000).

AMİ' de görülen diğer klinik belirtiler ritm bozuklukları, kusma , bulantı, ölüm korkusu, huzursuzluk ve lokal olan aşırı terlemedir (Demiroğlu, 2000).

2.6. Akut Miyokard infarktüsünde Laboratuvar Tanısı

Miyokard hücrelerinde membran hasarı sonucunda, dolaşıma belirli miyokard enzimleri salınır ve bunlar infarktüsün laboratuvar desteğini oluştururlar. Bu enzimlerin plazmada konsantrasyonlarındaki yükselme, miyokard nekrozunun yaygınlığına ve bu enzimlerin dolaşıma karışmasına bağlıdır (Demiroğlu, 2000).

2.6.1. CPK (Kreatin fosfokinaz) veya CK (Kreatin kinaz)

Bu enzim kalp kası hücrelerinde fazla miktarda bulunmaktadır. Kalp kasında bir hasar olduğu zaman 6 saat sonra kanda CPK değeri yükselmeye başlar, 18 saat sonra en üst düzeye ulaşır ve 2- 3 gün içinde normale iner CPK tek başına kalp kası hasarı tanısı için yeterli değildir. Çünkü iskelet kasında da bulunan bu enzimin değeri ağır egzersizlerde ve intramusküler (İM) enjeksiyonlarda da artabilmektedir. Normal değeri 5- 75mU/ml' dir (Gök, 2002; Işık, 2000).

2.6.2 SGOT (Serum glutomic oxaloacetic transaminase) veya AST (Aspartat aminotransferaz)

Bu enzim kalp ve karaciğer hücrelerinde yüksek oranda bulunur; iskelet kası, böbrek ve pankreas hücrelerinde ise daha az bulunmaktadır. Miyokard hücresi harabiyetini izleyen 6- 10 saat içinde kanda değeri yükselmeye başlar, 12- 48 saat içinde en yüksek değerine ulaşır, 3- 4 gün içinde ise normal değerine iner. Normal değeri 12- 36mU/ml yada 5-40 U/L' dir (Gök, 2002; Özcan, 2001).

2.6.3 LDH (Laktik asit veya Laktat dehidrogenaz)

Kalp, karaciğer, böbrek, iskelet kası, beyin, akciğer gibi organizmanın birçok dokusunda bulunur. Miyokard infarktüsünü izleyen 24- 72 saat içinde kanda LDH düzeyi yükselmeye başlar, 3- 4 gün içinde en yüksek değerine ulaşır ve yaklaşık olarak 14 günde normal değerine

iner. Bu durumda LDH, miyokard infarktüsünün erken tanısı için kullanılabilir bir tetkik değildir (Mahley, 2002; Keys, 2000).

2.7. Akut Miyokard İnfarktüsünde EKG Belirtileri

AMİ' nin tanısında EKG değerli bilgiler vermektedir. ST segmentinin yükselmesi T dalgalarının tersine dönmesi, AMİ' nin EKG değişikliklerini göstermektedir. İnfarktüs tanısının konması, değişik zamanlarda EKG alınması ve elde edilen tüm verilerdeki değişikliklerin değerlendirilmesi ile sağlanabilir (Keys,2000).

2.8. Akut Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri

Hipertansiyon, sigara, şeker (diabet), şişmanlık (obesite) ve stres gibi kontrol altına alınabilir risk faktörler AMİ neden olabilir. Kontrol altına alınabilir risk faktörlerin yanında kalıtım, yaş ve cinsiyet gibi kontrol altına alınamayan çeşitli risk faktörlerinin AMİ insidansını normal popülasyona göre önemli ölçüde artırdığı bilinmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların kontrol altına alınabilen risk faktörleri bilinir ve yaşam tarzında değişiklikler yapılarak azaltmak hatta önlemek mümkündür (Simpson and Shaver, 2003; Danchin and Benedettin, 2004).

Risk faktörlerinin incelenmesi

2.8.1. Sigara Kullanımı

Sigaranın insan sağlığı üzerine olumsuz etkileri vardır. Sigara içenlerde Mİ' ü geçirme riski içmeyenlere göre 3- 4 kat daha fazladır (Gök, 2002). Sigara sağlığa zararlı yüzlerce kimyasal madde vardır. Bunlardan en önemli iki tanesi nikotin ve karbonmonoksittir. Nikotinin kalp üzerindeki direkt fizyolojik etkisi sempatik cevapla ilgilidir. Kalp hızında artma, kan basıncında yükselme, periferal vazokonstriksiyon ile kalbin oksijen gereksinimini artırır. Ayrıca katekolaminlerin salınımını artırarak kolestrol ve trigliseridlerin artmasına neden olur (Mahley, 2002; Keys, 2000). Karbonmonoksit ise, hemoglobinin karbonmonoksit ile birleşme kabiliyeti oksijen ile birleşme kabiliyetinden fazla olduğundan kanda oksijen

taşınmasını zorlaştırır (Özcan, 2000). Sigara alışkanlığının terk edilmesi konusunda günümüzde oldukça yaygın çaba ve uygulamalar görülmektedir. Sigara içme alışkanlığının toplumsal düzeyde azaltılması için bir yandan çocukların ve gençlerin sigara içme alışkanlığını kazanmamaları için çaba gösterilirken, diğer yandan sigara içmekte olan yetişkinlerin bu alışkanlıklarının terk etmelerine, yardımcı olunmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarınca sigara içmemenin normal bir sosyal davranış benimsenmesinin bu çalışmalarda temel bir nokta olduğu ifade edilmektedir (Işık a., 1995).

2.8.2. Kan Kolesterolünün Yüksek Olması

Kan kolesterolünün yüksek olmasının koroner kalp hastalığı riskini dört kat artırdığı saptanmıştır. Kolesterol ve diğer vücut yağları, dolaşımda fazla oldukları zaman arter duvarında daha kolaylıkla depo edilebilirler. Bu durum ise, ateroskleroz oluşumuna öncülük ederek miyokard infarktüsünün oluşmasını kolaylaştırır (Simpson and Shaver, 2003).

Yüksek kolesterolin (hiperkolesteroleni) düzeltilmesinde, diyet düzenlemesi önemli yer tutar. Diyette yağ miktarı az olmalı, hayvansal yağlar yerine bitkisel sıvı yağlar tüketilmelidir. Karbonhidratlı yiyecekler az tüketilmeli, bol sebze ve meyve yenilmelidir. Kolesterol içeriği az olan balık, kümes hayvanları ve yağsız etler tercih edilmelidir. Mineraller ve vitaminler ile posa bırakan yiyecekler diyette yer almalıdır. Diyette alkolden kaçınılmalıdır, Bu beslenme yaşam tarzına dönüştürülmelidir.

2.8.3. Şişmanlık

Şişmanlarda kalp pompalama görevini daha zor yapmakta ve kalp zor çalıştığında daha fazla oksijene gereksinimi olmaktadır (Özcan, 2001). Fazla kilolu kişide hipertansiyon ve şeker hastalığının da sık görülmesi bu kişilerde koroner kalp hastalığı görülme olasılığının artmasına neden olmaktadır (Gök, 2002).

Şişmanlığın önlenmesinde diyet ayarlamaları ve egzersiz oldukça etkilidir. Kişinin ideal kilosunu belirleyip o kiloya ulaşmayı amaçlaması, önlem olarak en başta yapılması gereken uygulanmalıdır.

2.8.4. Kalıtım

Ailede kalp hastalığının olması diğer aile üyelerinde de bu hastalığın görülmesi için hazırlayıcı bir faktör olabilir. Bunun nedeni tam olarak açıklanamamakla beraber yaşam biçimi, diyet alışkanlıkları, kişilik yapısı gibi benzer faktörlere sahip olmanın etkin olduğu söylenebilir (Sonel, 2000).

Ailede böyle bir durumun varlığında bireyin yaşamındaki diğer risk faktörlerini saptayıp onlardan kaçınması gerekir. Ayrıca böyle faktörlerin varlığında ebeveynlerin çocukları için risk faktörlerini kontrol altına almaya yönelik girişimler almaları yerinde olacaktır (Özcan, 2001).

2.8.5. Hareketsizlik

Günlük yaşamlarında az hareket eden ve oturarak iş yapanlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Hareketsizlik dolaşımında durgunluğa neden olarak infarktüs oluşmasını kolaylaştırır.

Bireyin iyileşme döneminde ve ömür boyu yapacağı egzersizler ile kaslarının kuvvetlendirilmesi, kilo vermesi, kendisini iyi hissetmesi, kan kolesterolünün düşmesi ve vücudun genel olarak gevşemesi sağlanır. Düzenli egzersiz doktora danışılarak planlanmalı ve günde ortalama 20 – 30 dakika veya haftada 3- 4 kez yapılmalıdır (Akdemir ve Birol; 2003).

2.8.6. Şeker (Diabet)

Şeker hastalığında, makrovasküler komplikasyonlar orta ve büyük damarlardaki değişiklikler sonucu gelişir. Bu değişiklikler nedeniyle diyabetiklerde koroner arter hastalığı daha yaygın görülmektedir (Özcan, 2001).

2.8.7. Kişilik Yapısı

Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin çoğunlukla “ A tipi davranış” olarak tanımlanan heyecanlı, gerilimli, hırslı kişiler olduğu bilinmektedir (Işık b., 1995). Kişilik yapısını

değiştirmek mümkün değildir ancak, kişi bazı rahatlatma yöntemleri ile bu olumsuz durumu azaltabilir.

2.8.8. Alkol Kullanımı

Alkolün neden olduğu sosyal ve kültürel olumsuzlukların yanı sıra, nabız sayısının 100' ün üzerine çıkmasına (taşikardiye) neden olarak miyokardın oksijen gereksinimini ve koroner damar direncini artırıcı etkisi sonucu miyokardın beslenmesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Gök, 2002).

Alkolün tamamıyla bırakılması en uygun davranıştır, ancak bu mümkün olmadığında doktorun önerdiği miktarda içmeye özen gösterme yapılabilecek en iyi davranış olacaktır.

2.8.9. Yaş ve Cinsiyet

Koroner arter hastalığı görülme sıklığı, yaş ilerledikçe kalp – damar sistemindeki değişikliklere bağlı olarak artmaktadır (Gök, 2002; Işık b., 1995).

Koroner kalp hastalığının gelişmesinde rol oynayan bir diğer faktör cinsiyettir. Erkek cinsiyet hormonlarından androjenler kan kolesterolünü artırdığından, erkeklerde koroner kalp hastalığı gelişme riski daha fazladır. Kadınlarda ise östrojenler kan kolesterolünü düşürdüğünden, koroner kalp hastalığı daha az görülür. Ancak adet bitiminden (menapoz) sonra kadınlarda da koroner kalp hastalığı görülme oranı artar ve erkeklerle aynı duruma gelir (Işık b.,1995).

2.9. Akut Miyokard İnfarktüsünde Tedavi

Miyokard infarktüsünde tedavi üç ana başlıkta incelenir (Boogoard, 2000)

- 1-) Akut dönem tedavisi
- 2-) Komplikasyonların ve diğer bir atağın önlenmesi
- 3-) Hastaların rehabilitasyonu

2.9.1. Akut Dönem Tedavisi

AMİ' ü tanısıyla hastaneye yatan birey acilen tedaviye alınmalıdır. Atağı takiben ilk 48 saat bu açıdan oldukça önemlidir. Akut dönem tedavisinde şunlar yapılır (Sonel, 2000; Işık, 1995).

- Hasta monitörize edilir, yaşam belirtileri sık takip edilir,
- Hastaların bulgularına özel ilaç uygulaması yapılır (antiaritmik, antikoagülan, digital, diüretik vb.),
- Hasta yatak istirahatine alınır, yarı oturur pozisyon verilir,
- Hastanın 48 saat sıvı diyet alımı sağlanır,
- Analjezikler verilebilir,
- Santral venöz basınç ölçülür,
- Hastanın aldığı- çıkardığı sıvı izlenir (Işık, 1995 a.; Sonel, 2000).

2.9.2. Komplikasyonların ve Diğer Bir Atağın Önlenmesi

AMİ' ü geçiren hastaların çoğunun infarktüs sonucu gelişen komplikasyonlar nedeniyle öldüğü bilinmektedir (Işık a., 1995; Gök, 2002).

AMİ' ü sonucunda sıklıkla görülen komplikasyonlar şunlardır .

- Ani ölüm,
- Ritm ve ileti bozuklukları,
- Kardiyojenik şok,
- Konjestif kalp yetmezliği
- Tekrarlayan miyokard infarktüsüdür (Sonel, 2000; Işık a., 1995).

Klinik bakım ve tedavinin ana amaçlarından biri de yaşamı tehdit eden komplikasyonların önlenmesidir. Önlemede hastaların dikkatli izlenmesi ve belirtilere yönelik tedavi önemlidir (Işık a., 1995).

Ani ölüm: Ağrının ilk başlangıcından sonraki 2- 5 saat içinde ventriküler fibrilasyon insidansının yüksek olması nedeni ile mortalite yüksektir (Herlitz et al.2002).

Ritm ve ileti bozuklukları: AMİ' lü hastaların büyük bir kısmında ventriküler erken atımlar ve çeşitli aritmi şekilleri ile bazı iletim bozuklukları görülmektedir (Alter et al. 2002).

Kardiojenik şok: AMİ' den ölümlerin % 9' undan şok sorumludur. Şok gelişen hastalarda, mortalite oranı % 70' dir (Işık b., 1995).

Konjestif kalp yetmezliği: AMİ' lü hastaların 2/3' sinde meydana gelmekte olup, ciddiyeti infark alanının genişliğine bağlıdır. Konjestif kalp yetmezliğinde mortalite oranı % 40' dır (Sonel, 2000; Işık b., 1995).

Akut miyokard infarktüsünde acilen yapılması gerekenler;

- 1- Oksijen Tedavisi;** Akut miyokard infarktüsünde, akciğer konjesyonu hipoksinin gelişmesine neden olur. Hipoksi, inatçı göğüs ağrılarına, ventriküler aritmilere, şoka ve sol kalp yetmezliğinin artmasına neden olur. Fakat akut iskemik ağrı sırasında, arteriyel hipoksi olmasa da, maske veya burun kanülü ile, dakikada 4-6/ lit. oksijen verilmelidir. Bazı araştırmacılara göre, yüksek arteriyel oksijen gerilimi, infarktüs alanının küçülmesine yardımcı olur. Oksijen tedavisi, 24-48 saat yapılmalıdır (Roberts,1990; Dressler, 1992).
- 2- Hastanın İstirahat Ettirilmesi, Ritm ve İleti Bozukluklarının İzlenmesi;** Miyokard infarktüsü şüphe edilen veya kesin miyokard infarktüsü tanısı konulan hastalar, mutlak yatak istirahatı yapılmalıdır. Ritm ve ileti bozuklukları klinik veya elektrokardiyografik olarak izlenmelidir (Roberts,1990).
- 3- İntravenöz Perfüzyon;** Damar açık tutmak için, % 5 dekstroz/ su'un İV infüzyonuna başlanır. Eğer fazla sıvı kaybı varsa (kusma), ağızından sıvı alıncaya kadar, İV infüzyona devam edilir (Dressler, 1992; Roberts, 1990).

Akut miyokard infarktüsünde koroner yoğun bakım ünitesinde yapılan tedavi; İlk defa 1965' de Amerika Birleşik Devletlerinde Kansas şehrinde Dr. Day tarafından uygulanan K.Y.B.Ü' leri, bugün Amerika Birleşik Devletleri ve diğer ülkelerde kullanılmaktadır. K.Y.B.Ü.' de hemşireler, doktor gelinceye kadar, D.C. şok uygulaması ve kardiyak arest tedavisi için eğitilmelidir. Hastanın yakından izlenebilmesi için, merkezi hatta tavan ossiloskop monitörü olmalıdır. EKG monitörü, 50-60/ dak., 140-150/dak. Arasında alarm

verecek şekilde ayarlanmalıdır (Killip and Kimball, 1993). K.Y.B.Ü' nde akut miyokard infarktüsünün ve komplikasyonlarının tedavisi yapılır.

2.9.3. Hasta Rehabilitasyonu

Dünya Sağlık Örgütü kardiyak rehabilitasyonu şöyle tanımlar (Gök, 2002; Özcan, 2000): Hastanın fiziksel, mental ve sosyal durumu mümkün olan en üst düzeye çıkarılmalı. Böylece mümkün olduğunda, hastanın toplum içindeki yeri ile aktif, üretken yaşama geri dönmesine yardımcı olunmalıdır.

Rehabilitasyonda hasta eğitiminin önemi büyüktür. Rehabilitasyon programı hastanın koroner yoğun bakım ünitesine girişiyle başlamalı, hastanede yattığı sürece devam etmeli ve taburcu oluşunu takiben yaşam boyu devam ettirilmelidir (Pektekin, 1990).

2.10. Akut Miyokard İnfarktüsünün Kalp Hızı ve Kan Basıncı Üzerinde Etkisi

AMI başlangıçta nabız normal, hatta biraz nabız sayısı 60' ın altına düşmüştür (bradikardi) ve dolgundur. Daha sonra arter kan basıncının düşmesine bağlı olarak gittikçe hızlanmaktadır. Yine, başlangıçta veya daha sonraki günlerde % 90 vakada aritmi görülmektedir (Sonel, 2000; Cook,1998).

Arteriyal kan basıncı, kanın arter duvarına yaptığı basınca karşılık, arter duvarının gösterdiği direnç olarak tanımlanır (Cook, 1998 ; Özcan, 2001; Boogoard, 2000).

Yüksek kan basıncı ile koroner kalp hastalığı, arasında ilişki olduğu bilinen bir durumdur. Hipertansif kişilerde, koroner kalp hastalığı riski artmaktadır (Özcan, 2001). Yüksek kan basıncında damar tabakasında (intima) değişiklikler oluşur ve bu bölgede kolesterol ile diğer maddelerin birikmesi kolaylaşır, arter duvarındaki bu değişiklikler vücutta birçok arterde ve sıklıkla da koroner arterde de meydana gelir. Bu durum ise miyokardın oksijen gereksiniminin yeterince karşılanmasını engeller (Işık b., 1995; Akdemir ve Birol, 2003).

Yüksek kan basıncının kontrol altına alınmasında; sık izlem, sigarayı bırakma, önerilen ilaçların kullanımı, az tuzlu diyet, baskı ve stresten kaçınma ve kilo verme önemli bir yer tutmaktadır (Boogoard, 2000; Özcan, 2001).

2.11. Akut Miyokard İnfarktüsüne Anksiyetenin Etkisi

Anksiyete; kişiye tehlikeyi haber veren kişinin, bu tehlikeyle başa çıkması için kişiyi önlem almaya iten bir sinyal, şiddet bir emosyonel reaksiyon, bilinmeyen, karmaşık ve içten gelen bir tehdide verilen tepkidir (Gökalp, 2000).

Spielberger' e göre anksiyete, “gerçek bir tehlikenin bulunduğu çevresel koşullar karşısında olan bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı” şeklinde ifade edilmekte ve Durum Anksiyetesi olarak tanımlanmaktadır. Bu türde bir tepkinin çevresel stresin ortadan kalkmasıyla sona erdiği, buna karşılık “bireyin huzursuzluk, endişe duyma, karamsarlık, stres altında aşırı duyarlılık ve yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi” göstermesinin de Süreklilik Anksiyete olarak tanımladığı bilinmektedir (Gökalp, 2000).

Sullivan göre anksiyete “ bireyin güvenliğine karşı olan gerçek ya da yaşamsal tehditler sonucu oluşan bir gerginlik deneyimi” olarak tanımlamaktadır (Pınar ve Yürügen, 1994).

Anksiyete, katekolaminlerin salınımının artması hipertansiyona, miyokardın oksijen gereksiniminde artmaya, aritmilere ve kan kolesterolünün yükselmesine neden olarak infarktüs oluşumuna öncülük eder.

Simpson T. ve Shaver J. Koroner yoğun bakım ünitesine yapılan aile ziyaretlerinin kardiyovasküler sistem üzerindeki etkilerini saptadığı araştırmada ziyaretlerin hastalarda psikolojik etki yarattığı ve anksiyete düzeylerinde artma olduğunu ve bu artışın kardiyovasküler sisteme zarar verdiğini belirlemiştir (Simpson and Shaver, 2003).

2.12. Akut Miyokard İnfarktüsülü Hastada Anksiyete ve Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşirenin en önemli rol ve görevlerinden biri, hasta sorunlarının kökenine inmede, uygun bakış açıları kazandırmada, sorunları ile başa çıkabilmede ve çözüm bulabilmede hastaya yardım etmektir.

İlk kez AMİ krizi ile hastaneye yatan bir hastada yabancı bir ortamdan dolayı korku gelişebilir. Çünkü korkunç bir krizden kurtulduktan sonra hasta kendisini, kabloların, tüplerin telaşla koşuşan beyaz üniformalı insanların, tıbbi otoritenin ve kendisine yabancı gelen konuşmaların yer aldığı bir dünyada bulur. Bu dönemde, hastanın yaşamını tehdit eden komplikasyonların önlenmesini ve gelişen komplikasyonun düzelmesini sağlayan, ağrı ve ölüm korkusunu gideren, temel gereksinimleri saptayıp uygun girişimleri sağlayan, bakım ve planlamadan sorumlu olan, yardım etmek rolünü gerçekleştiren kişi hemşiredir.

Ne var ki hemşire, acil önemli olan sorunla meşgul olurken hastanın gizli kalmış, açıklanmamış gereksinimlerini fark etmeyebilir. Açığa çıkmayan bu gereksinimler hastanın davranışlarını etkileyerek, bazı semptomların değişmesine neden olabilir. Çoğu kez hasta davranışlarının değişimi, hastanın kendisine neler yapılacağını bilmediğinden ve bunu bilmek istememesinden kaynaklanabilir.

K.Y.B.Ü' nde çalışan hemşirelerin amacı; üniteye kabul edilen AMİ' lü hastada ağrının giderilmesi, oksijen tedavisi, psikolojik yaklaşım ve rehabilitasyon gibi bir dizi işlemleri gerçekleştirmektir.

Bu ünitedeki hastalarda anksiyete ve ölüm korkusu, yarım bıraktığı işlerden dolayı huzursuzluk gibi stres yaratan düşünceler oluşabilmektedir (Dellipiani et al. 1998). Molter ve Captain yaptıkları araştırmada hastaneye kabul edilen kritik hasta ve ailesinde anksiyete görüldüğünü ortaya koymuştur (Crystal and Linda, 1998). Pektekin' in (1990) yapmış olduğu araştırmasında hasta kabulünde hastaların bilinmeyene karşı endişe duyduklarını saptamış ve hastalara bilgi verildiği takdirde anksiyete duygusunun azaltılabileceğini belirtmiştir.

Dönmez (1998) çalışmasında; yetişkinlerde anksiyete yaratan nedenler arasında hastaneye yatma, cinsel arzular, yeterlilik, kendini ispatlama ihtiyacı, davranış problemleri ve toplumda yer görmeme durumlarının sayılacağını, bunların yanında fiziksel tehditler, gıda, giyinme, barınma, yoksulluk, kayıplar, hastalık, kaza anksiyeteye neden olabileceğini belirtmektedir.

2.12.1. Anksiyete Nedenleri

Anksiyeteyi oluşturan en önemli neden çatışmadır. Çatışma insanın öz yaşamı ve arzuları ile toplumsal koşulların, olanakların karşılaşmasında doğar (Tatar, 1988; Pektekin, 1996).

Bireyin kendini güvencede hissetmesi anksiyete deneyimlerini hafifletir. Bunun içinde önce temel gereksinimlerin karşılanması gerekir. Maslow' a göre bireyin kendini emniyette hissetmesi için karşılanması gereken temel ihtiyaçları sırasıyla fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik gereksinimi, sosyal gereksinimlerdir (Doğan, 1996).

2.12.2. Anksiyete Düzeyleri

Hay ve Peplau' ya göre anksiyete dört değişik düzeyde gerçekleşir. Bunlar

- **Hafif Anksiyete:** Burada bireyin gördüğü, duyduğu ve etrafında olup bitenden haberdar olduğu, öğrenme düzeyi ve yaratıcılığının arttığı gözlenir.
- **Orta Derecede Anksiyete:** İletişim ve algılamada azalma, kas gerginliği, mide şikayetleri, kalp çarpıntısı, terleme görüldüğü ve bireyin çevresinde olup bitenleri fark etmediği, sorun çözme yeteneğinin varolduğu, seçici dikkat ve konsantrasyon yeteneğinin arttığı dikkati çekmektedir.
- **Ağır Derecede Anksiyete:** Bireyin çevresindeki olup bitenleri algılama becerisi azaldığında anksiyete düzeyinin ağırlaştığı belirtilmektedir. Birey sadece ayrıntıları algılar, fiziksel ve duygusal huzursuzluk vardır. Baş ağrısı, titreme, iştahsızlık, korku ve ürperme görülür. Fiziksel ve emosyonel rahatsızlıklar artar, öğrenme ve iletişim yeteneği azalır.
- **Panik:** Bireyin tüm dikkati dağınıktır. Çevresel tehlikelere karşı yanıtızdır. Panik geçene kadar dikkatini toplayamaz. Geçmeyen panik durumu ölüme neden olabilir. Hezeyan ve halüsinasyonlar görülebilir. Bireyin profesyonel yardıma gereksinimi vardır (Basa, 1998; Doğan, 1996; Kadayıfçı ve Karaslan, 1998).

Anksiyete; hastaların gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan planlı bakım ve ekip hizmetleri ile en aza indirilebilir. Hastane ortamında hasta ile yakın birlikteliği nedeni ile bu bakımı sağlayacak en uygun kişi hemşiredir. Bunun için de hemşire, anksiyetenin fizyolojik ve davranışsal belirtilerini bilmelidir (Gas,1998; Dunkel and Ersendrath,1998).

Hastanın anksiyete ile tek başına baş edebilmesi zaman zaman güçleşebilir, bu nedenle hastanın yaşadığı anksiyeteyi azaltmak ve baş edebilme gücünü artırabilmek için hemşirenin uygun yaklaşımda bulunması gerekmektedir. Bu yaklaşımlar;

- Hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili ne düzeyde bilgiye sahip olduğunu, eksik ve yanlış olan bilgilerini de iyi belirlemeli ve hastanın hastalığı, tedavisi hakkında yeterli, doğru bilgiyi alması sağlanmalı,
- Hastanın kendini daha yeterli hissetmesi ve anksiyete düzeyini azaltabilmesi için hastanın bakımına aktif katılımı sağlanmalı bunun için ilk başta basit işlemlerden daha zor işlemlere doğru hastanın işbirliği ve hazır oluşuna göre bir planlama yapılabilir.

Ancak hasta bu işbirliğine hazır değilse ona zaman verilmeli fazla ısrarcı davranılmamalı,

- Hastanın kendine olan güven duygusunu desteklemek için zaman zaman kendi bakımı ve iyileşmesinde büyük katkısı olduğu belirtilmeli(Karadağ, 2001),
- Hastaya anksiyetenin fiziksel semptomlarını (hızlı kalp atımı, sinirlilik gibi) önleme / azaltmada kafein, nikotin ve diğer santral sinir sistemi uyarıcılarını sınırlamanın önemi hakkında bilgi verilmeli (Gürsoy, 2001).

Anksiyeteli hasta ile ona bakım veren hemşire arasında güvenli ve rahat bir ortamın oluşması tedavi için önemlidir. 1968' de Kornfield ve arkadaşları anksiyetenin kardiyak irritabiliteyi arttırdığını ve AMİ' lü hastalarda tehlikeli sonuçlar yarattığını açıklamıştır (Doier and Jones, 1998).

Bazı istatistiki bilgiler ziyaretlerin oldukça stres yarattığını göstermektedir. K.Y.B.Ü. de yatan hastaların; ziyaretler esnasında kan basıncının ve daha az olarak ta kalp hızının arttığı görülmektedir. Bu artışa ziyaretlerin hastalar üzerinde yarattığı stresin neden olduğu düşünülmektedir (Fuller and Foster, 2000).

Lauglin tarafından yapılan araştırmada da anksiyetenin kişiden kişiye emosyonel bir bulaşma şeklinde geçtiği saptanmıştır (Doier and Jones, 1998). Ziyaret esnasında ziyaretçiden hastaya emosyonel bir bulaşma söz konusu olabileceğinden K.Y.B.Ü' nde yatan AMİ' lü hastanın ziyareti hemşirenin sorumluluğunda olmalıdır. Hemşire, hastanın ziyarete hazır, uygun durumda olup olmadığına karar vermeli, ziyaret öncesi hastayı fiziksel ve psikolojik olarak hazırlamalıdır. Hasta ailesine de hastanın hastalığı hakkında bilgi vermeli ve ailenin endişelerini gidermelidir. Ziyaret süresince hastayı yakından gözlemelidir, ziyaretçi sayısı ve süresi sınırlı tutulan ziyaretlerin hastaya yararlı olacağı unutulmamalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı, tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, İzmit sosyal Sigorta Bölge Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi' nde yatan ilk kez akut miyokard infarktüsü geçiren hastalar üzerinde yapılmıştır. Bu hastanenin tercih edilmesinin sebebi; buradaki yoğun bakım ünitesine yapılan hasta ziyaretlerinin sirkülasyonunun diğer hastanelerdeki ziyaretlere göre daha fazla olmasıdır.

Yoğun bakım ünitesi 14 yataklıdır. Bu üniteye 6 monitör bulunmaktadır. Üniteye, hastalar genellikle 4 – 6 gün, komplikasyonlu hastalar ise daha uzun süre kalmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde toplam 8 hemşire görev yapmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatleri 08.00 – 17.00, 17.00 – 24.00, 24.00 – 08.00 şeklinde üç vardiya halindedir. Tüm hemşirelerin denetimi ve idaresinden baş hemşire sorumludur.

Koroner yoğun bakım ünitesinde hasta ziyaretleri her gün 13.00 – 13.30 saatleri arasında yapılmakta ve her bir hasta için ziyaret süresi maksimum 10 dakika ile sınırlı tutulmakta ve her hasta için bir ziyaretçi kabul edilmektedir. Ziyaretlere genellikle hastanın birinci derece yakınları (eşi, çocukları) iştirak etmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

İzmit Sosyal Sigorta Bölge Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi' ne 2003 yılı içerisinde yatan , ilk kez akut miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların sayısı hastane arşivinden saptanmıştır. Bu sayı 120 dir.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

- Araştırmanın amacı, verilerin kim tarafından ve hangi amaçla kullanılacağı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmak için istekli olanlar,
- Koroner yoğun bakım ünitesine ilk kez yatan hastalar,
- İlk kez akut miyokard infarktüsü geçiren hastalar,
- Şuurlu iletişim kurabilen,
- Koroner yoğun bakım ünitesinin politikasına uygun olarak 10 dakika süre içinde ziyaret edilen hastalar (ziyaret saati dışında yapılan ziyaretleri araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.)

Bu koşullar altında 30.08.2004 – 20.12.2004 tarihleri arasında koroner yoğun bakım ünitesinde yatan 35 hastadan araştırmaya katılmayı kabul eden 30 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmayı kabul etmeyen hastalardan neden belirtmeyerek reddeden 2 hasta (%40.0), meşguliyet nedeniyle reddeden 2 hasta (% 40.0), hasta olduğu için reddeden 1 hasta (% 40.0) (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1 : Araştırmaya Katılmayan Hastaların Katılmama Nedenlerine Göre

Dağılımları

ARAŞTIRMAYA KATILMAMA NEDENLERİ	SAYI N	YÜZDE %
Neden belirtmeyerek reddetme	2	40,0
Meşguliyet nedeniyle reddetme	2	40,0
Hasta olduğu için reddetme	1	20,0
Toplam	5	100,0

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda, kadınlara oranla erkeklerde daha sık rastlanması nedeniyle erkeklerle sınırlıdır (Işık b., 1995). Araştırmanın yapıldığı süre esnasında koroner yoğun bakım ünitesine bayan hasta yatmamıştır.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veriler; gözlem formu, durumluk ve sürekli anksiyete envanterleri, tansiyon aleti kullanılarak elde edilmiştir.

Gözlem Formu; Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form; araştırmaya katılan hastaların sosyo- demografik özelliklerini içeren kısım, ziyaret öncesi, esnası ve sonrası kan basıncı, kalp hızı ölçüp yazmaya yönelik kısım ve ziyaretçilerin yakınlık durumu içeren kısımlardan oluşmaktadır (EK 1). Kan basıncının ölçümünde sürekli aynı tansiyon aletinin kullanımı ölçüm için iyi olacağından araştırmacı, “Braun” ticari isimli, tam otomatik, bilekten kullanımlı, diastolik, sistolik kan basıncını ve kalp hızını ölçen, tarih ve zaman ile son 20 ölçümü veren hafıza, aktif yönlendirme ile kolun kalp seviyesinde bulunmasını sağlayan özelliklere sahip tansiyon aleti temin etmeyi uygun görmüştür. Hastaların kan basıncı ve kalp hızı ölçümleri sadece araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Durumluk – Sürekli Anksiyete Envanteri; Hastaların anksiyete düzeyini belirlemede, Amerika Birleşik Devletleri’ nde Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilen, Öner ve Lecompte tarafından dilimize uyarlanan, Türk toplumunda (1976) güvenilirliği ve (1977) geçerliliği test edilmiş olan Durumluk- Sürekli Anksiyete Envanteri kullanılmıştır. “ **Durumluk Anksiyete Envanteri (Kendini Değerlendirme Anketi Staj Formu TX – 1)**” (EK 2), bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğinin betimlenmesi için, ölçeğin maddelerini okurken o anki duygularının şiddetine göre “ Hiç”, “ Biraz”, “ Çok”, “ Tamamıyla” seçeneklerinden bir tanesini işaretlemesini gerektirir. “ **Sürekli Anksiyete Envanteri (Kendini Değerlendirme Anketi Staj Formu TX – 2)**” (EK 3) ise, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini, duygularının sıklık derecesine göre “ Hemen hiçbir zaman”, “ Bazen”, “ Çok zaman”, “ Hemen her zaman” gibi dört seçenekten bir tanesini işaretlenmesini gerektirir. Durumluk – Sürekli Anksiyete Envanteri her bir ölçekte 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmuştur (Öner ve Lecompte, 1988).

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, araştırma kapsamına alınan İzmit Sosyal Sigorta Bölge Hastanesi' nde Etik Kurulu bulunmadığından başhekimlik den izin alındıktan sonra uygulanmıştır (EK4). Servis sorumlu hekim ve hemşiresine bilgi verilerek sözlü izinleri alındıktan sonra; 30.08.2004 – 20.12.2004 tarihleri arasında İzmit Sosyal Sigorta Bölge Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi' ne araştırmacının bulunduğu süre içerisinde yatırılan, ziyaretçisi gelen 30 AMİ' lü erkek hasta alındı. Araştırmacı, hastalar ile yüz yüze görüşerek önce kendisini tanıttı, araştırmanın amacını açıklayarak izinlerini aldı , bazı hastalar araştırmaya katılmak istememişlerdir. Hastaların araştırmaya katılmama nedenleri (Çizelge 3.1) de belirtilmiştir. Gözlem formuna araştırmacı tarafından ziyaret öncesi, esnası ve sonrasında kan basıncı ve kalp hızı takipleri , ziyaret sonrasında ziyarete gelenlerin yakınlık dereceleri belirlenerek kaydedildi.

Durumluk- Sürekli Anksiyete Envanterleri ayrı ayrı ziyaret öncesinde ve sonrasında uygulandı. Hastalar soruların kendileri tarafından okunmasını istemişlerdir. Araştırmacı, hastalara anksiyete envanterlerinin sorularını vererek, ihtiyaç duydukları zaman yardımcı olabileceğini söyledi ve hastaların daha rahat cevap vermelerini sağlamak amacıyla oda içerisinde kendilerinden uzaklaştı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Durumluk – Sürekli Anksiyete Envanterinde “ doğrudan (düz)” ve “ tersine çevrilmiş” ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4' e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1' e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek anksiyeteyi gösterir. Durumluk Anksiyete Envanterinde 10 tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler), Sürekli Anksiyete Envanterinde 7 tane (21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir Durumluk – Süreklilik anksiyete envanterindeki sınır değerlerine göre hastanın

anksiyete durumu, 0 -19 arası puanda , anksiyete yok; 20 – 39 puan arasında, anksiyete hafif; 40- 59 puan arasında, anksiyete orta,; 60 – 79 puanda, anksiyete ağır; 80 ve üzeri için panik, şiddetli kriz olarak yorumlanmıştır.

3.9.Verilerin İstatistiksel Analizleri

Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu, her bir grupta Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir.

Tüm hastaların verileri normal dağılıma uyduğu için ziyaret öncesi, ziyaret sırasında ve ziyaretten sonraki dolaşım sistemi bulgularının (kalp hızı, sistolik ve diastolik kan basıncı) analizleri Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (post hoc olarak Paired t testi); ziyaret öncesi ve sonrasında Durumluk ve Sürekli Anksiyete Envanteri Ölçekleri arasındaki karşılaştırmalar paired t testi ile yapılmıştır.

Eğitim düzeyi, meslek ve ziyarete gelen kişilerin yakınlığına göre yapılan karşılaştırmalarda ise, veriler normal dağılıma uymadığı ve olgu sayısı az olduğu için Kruskal Wallis Varyans Analizi ile değerlendirilmiştir.

Dolaşım sistemi bulgularının (kalp hızı, sistolik ve diastolik kan basıncı) Durumluk Anksiyete Ölçeği, Sürekli Anksiyete Envanteri Ölçeği ve yaş arasındaki ilişkileri Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir.

Ölçümle elde edilen veriler “ aritmetik ortalama \pm standart sapma” (Ort \pm SD) ile gösterilmiştir.Anlamlılık düzeyi $p>0.05$ olarak alınmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Çizelge 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Ziyaretçilerin Yakınlık

Durumlarına Göre Dağılımları

Özellik		Sayı (n=30)	%
Eğitim			
	İlkokul	19	63.4
	Ortaokul	7	23.3
	Üniversite	4	13.3
Meslek			
	Memur	4	13.3
	Serbest	12	40.1
	İşçi	7	23.3
	Emekli	7	23.3
Ziyaret eden kişinin yakınlığı			
	Eş	11	36.7
	Çocuklar	8	26.7
	Kardeşler	5	16.7
	Akrabalar	6	20.0
Yaş			
	40 -50	5	16.7
	51 - 60	17	56.6
	61 – 65	8	26.7
Medeni Durumları			
	Evli	18	60.0
	Dul	10	33.3
	Bekar	2	6.7
Yaşadığı Yer			
	Şehir	25	83.3
	İlçe	3	10.0
	Köy	2	6.7

Araştırma kapsamına alınan 30 hastanın sosyo-demografik özellikleri ve ziyaretçilerin yakınlık durumları incelendiğinde; çalışmaya katılanların hepsi erkek olup, yaş ortalamaları 55.1 ± 7.4 yıldır, hastaların %63.4' ünü ilkokul mezunu, %40.1' ini serbest meslek sahibi oluşturmaktadır. Ziyaretçilerin % 36.7' si hastaların eşleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Medeni durumlarına bakıldığında, çoğunluğu %60 ile evli hastalardır ve %83.3' ü şehirde yaşamaktadır.

Tablo 4.2 : Hastaların Ziyaret Öncesi, Esnasında ve Sonrasında Dolaşım Sistemi Bulgularının İlişkisi

	Ziyaret öncesinde n=30	Ziyaret esnasında n=30	Ziyaret sonrasında n=30	p
Kalp hızı /dakika	88.9 ± 14.2	91.6 ± 14.7	90.4 ± 12.1	0.065
Sistolik kan basıncı (mmHg)	110.3 ± 17.8	115.2 ± 19.3	115.7 ± 18.2	0.090
Diastolik kan basıncı (mmHg)	73.3 ± 15.4	76.8 ± 13.4	72.5 ± 12.7	0.037

Hastaların kalp hızı ziyaret öncesi 88.9± 14.2 dak. iken , ziyaret esnasında bu artış 91.6 ± 14.7 dak. olduğu saptanmıştır, (p =0.065) sistolik kan basıncı değerlerinin ziyaret öncesi 110.3 ± 17.8 mmHg , ziyaret esnasında 115.2 ± 19.3 mmHg , ziyaret sonrasında 115.7± 18.2 mmHg olduğu saptanmıştır (p=0.090) .Kalp hızı ve sistolik kan basıncı bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.2).

Ancak diastolik kan basıncı açısından ziyaret öncesi 73.3± 15.4 mmHg olan değerinde, ziyaret esnasında artış olduğu saptanmıştır 76.8± 13.4 mmHg (p=0.037). Ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3 : Hastaların Ziyaret Öncesi ve Sonrası Durumluk Anksiyete Envanteri ve Sürekli Anksiyete Envanterinin İlişkisi

	Ziyaret öncesinde n=30	Ziyaretten sonra n=30	p
Durum Anksiyete Envanteri	36.5 ± 9.2	40.1 ± 9.4	0.022
Sürekli Anksiyete Envanteri	39.5 ± 9.2	40.5 ± 10.1	0.434

Hastaların ziyaret öncesi Durumluk Anksiyete Envanteri puanı 36.5 ± 9.2 iken, ziyaret sonrası bu değerde artış olduğu saptanmıştır 40.1 ± 9.4 . Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.022$) ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Sürekli Anksiyete Envanteri açısından ziyaret öncesi 39.5 ± 9.2 ve sonrasında 40.5 ± 10.1 istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.434$) ($p>0.05$)(Tablo 4.3)

Tablo 4.4: Hastalardan Elde Edilen Dolaşım Sistemi Bulguları ve Anksiyete Bulgularının Eğitim Düzeyi ile İlişkisi

		İlkokul n=19	Ortaokul n=7	Üniversite n=4	p
Kalp hızı					
	Ziyaret Öncesi	87.6 ± 13.8	96.1 ± 13.8	82.0 ± 15.5	0.205
	Ziyaret Esnası	90.6 ± 13.5	99.7 ± 15.4	81.8 ± 14.8	0.308
	Ziyaret Sonrası	88.4 ± 11.8	98.4 ± 11.3	85.6 ± 11.4	0.185
Sistolik Kan Basıncı					
	Ziyaret Öncesi	111.1 ± 18.6	104.3 ± 17.2	117.5 ± 15.0	0.312
	Ziyaret Esnası	119.7 ± 21.7	106.4 ± 13.1	108.8 ± 8.5	0.256
	Ziyaret Sonrası	121.6 ± 18.5	104.3 ± 13.2	107.5 ± 5.0	0.097
Diastolik kan basıncı					
	Ziyaret Öncesi	72.9 ± 15.5	66.4 ± 13.1	87.5 ± 11.9	0.083
	Ziyaret Esnası	77.1 ± 13.9	72.1 ± 14.7	83.8 ± 4.8	0.138
	Ziyaret Sonrası	73.7 ± 11.8	65.0 ± 15.5	80.0 ± 4.1	0.082
Durum Anksiyete Envanteri	Ziyaret Öncesi	38.6 ± 10.2	35.1 ± 5.4	28.8 ± 4.5	0.146
	Ziyaret Sonrası	40.8 ± 10.0	36.9 ± 9.2	42.5 ± 8.2	0.620
Sürekli Anksiyete Envanteri					
	Ziyaret Öncesi	40.9 ± 9.4	36.9 ± 9.2	37.5 ± 8.9	0.846
	Ziyaret Sonrası	40.0 ± 10.3	42.1 ± 11.6	40.0 ± 8.8	0.620

Hem dolaşım sistemi (kalp hızı, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı) bulgularının, hem de anksiyete bulgularının eğitim düzeyi ile ilişkisi saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Hastalardan Elde Edilen Dolaşım Sistemi Bulguları ve Anksiyete Bulgularının Meslekle İlişkisi

		Memur n=4	İşçi n=7	Serbest n=12	Emekli n=7	p
Kalp hızı						
	Ziyaret Öncesi	82.0±15.4	96.3±13.2	87.5±13.5	87.7±15.6	0.492
	Ziyaret Esnası	81.7±14.8	99.1±10.8	91.5±15.4	89.7±15.51	0.392
	Ziyaret Sonrası	85.7±11.4	93.5±6.3	91.3±14.4	88.1±13.8	0.736
Sistolik Kan Basıncı						
	Ziyaret Öncesi	117.5±15.0	99.2±11.7	111.6±20.3	115.0±17.5	0.190
	Ziyaret Esnası	108.7±8.5	112.1±16.5	115.4±24.3	121.4±17.9	0.558
	Ziyaret Sonrası	107.5±5.0	112.8±22.1	113.7±12.8	126.4±24.6	0.424
Diastolik kan basıncı						
	Ziyaret Öncesi	87.5±11.9	68.5±15.7	70.4±14.0	75.0±17.0	0.222
	Ziyaret Esnası	83.7 ± 4.7	71.4±11.8	76.6±14.5	78.5±16.0	0.258
	Ziyaret Sonrası	80.0±4.0	70.7±6.0	71.2±10.6	72.1±21.9	0.329
Durum Anksiyete Envanteri	Ziyaret Öncesi	28.7±4.5	40.4±10.0	36.5±10.2	37.0±6.8	0.229
	Ziyaret Sonrası	42.5±8.1	42.1±8.6	38.4±10.6	39.7±10.0	0.763
Sürekli Anksiyete Envanteri						
	Ziyaret Öncesi	37.5±8.8	39.2±6.0	39.5±11.7	40.8±8.7	0.847
	Ziyaret Sonrası	40.0±8.8	38.1±7.6	40.0±9.7	44.0±14.3	0.965

Hem dolaşım sistemi (kalp hızı, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı) bulgularının, hem de anksiyete bulgularının meslek ile ilişkisi saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Hastaların gerek dolaşım sistemi (kalp hızı, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı bulgularının, gerekse anksiyete durumlarının ziyarete gelenlerle ilişkisi saptanmamıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Hastalardan Elde Edilen Dolaşım Sistemi Bulguları ile Anksiyete Bulgularının Ziyarete Gelen Yakınlarla İlişkisi

		Eş n=11	Çocuklar n=8	Kardeşler n=5	Akrabalar n=6	p
Kalp hızı						
	Ziyaret Öncesi	91.0±15.3	89.5±12.2	81.6±15.6	90.1±15.0	0.693
	Ziyaret Esnası	93.1±17.0	91.2±14.2	85.2±16.1	94.3±10.8	0.723
	Ziyaret Sonrası	93.8±12.5	88.5±12.1	83.2±14.4	92.5±8.8	0.481
Sistolik Kan Basıncı						
	Ziyaret Öncesi	109.0±17.0	115.0±19.4	101.0±13.0	114.1±21.0	0.505
	Ziyaret Esnası	107.2±11.2	125.6±23.3	104.0±18.5	125.0±17.8	0.079
	Ziyaret Sonrası	105.4±13.0	118.1±9.2	117.0±22.8	130.0±23.8	0.125
Diastolik kan basıncı						
	Ziyaret Öncesi	74.0±16.1	74.3±11.7	65.0±17.3	77.5±18.3	0.699
	Ziyaret Esnası	76.3±13.0	79.3±13.0	68.0±14.4	81.6±13.2	0.601
	Ziyaret Sonrası	70.4±14.4	71.2±10.2	72.0±5.7	78.3±17.2	0.922
Durum Anksiyete Envanteri	Ziyaret Öncesi	32.8±5.8	40.7±11.6	37.2±10.0	37.0±9.7	0.444
	Ziyaret Sonrası	38.9±8.8	41.7±11.5	43.6±10.7	37.3±7.3	0.788
Sürekli Anksiyete Envanteri						
	Ziyaret Öncesi	37.0±8.6	39.0±8.6	43.8±12.7	41.0±8.4	0.653
	Ziyaret Sonrası	41.3±10.2	38.6±10.9	43.8±12.2	38.5±8.5	0.827

Hastaların gerek dolaşım sistemi bulgularının, gerekse anksiyete durumlarının ziyarete gelenlerle ilişkisi saptanmamıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7 : Hastaların Ziyaret Öncesinde ve Ziyaret Sonrasında Dolaşım Sistemi Bulguları ile Anksiyete Durumları Arasındaki İlişkisi

	Durum Anksiyete Envanteri (n=30)		Sürekli Anksiyete Envanteri (n=30)	
	r	p	r	p
Ziyaret Öncesi				
Kalp Hızı	0.02	0.913	-0.22	0.247
Sistolik kan basıncı	-0.10	0.959	-0.15	0.419
Diastolik Kan basıncı	-0.21	0.261	-0.32	0.090
Ziyaret Sonrası				
Kalp Hızı	-0.33	0.073	-0.06	0.758
Sistolik kan basıncı	-0.24	0.209	-0.19	0.326
Diastolik Kan basıncı	0.15	0.441	-0.24	0.235

Ziyaret öncesinde ve sonrasında dolaşım sistemi bulguları ile anksiyete bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar (ilişki) saptanmamıştır (Tablo 4.7) . Ancak, ziyaret öncesinde diastolik kan basıncı ile sürekli anksiyete bulguları, ziyaret sonrasında da kalp hızı ile durum anksiyete bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4.8: Hastaların Ziyaret Öncesinde ve Ziyaret Sonrasında Dolaşım Sistemi Bulguları ile Yaş Arasındaki İlişkisi

	Yaş (n=30)	
	r	p
Ziyaret Öncesi		
Kalp Hızı	-0.04	0.841
Sistolik kan basıncı	0.12	0.529
Diastolik Kan basıncı	-0.03	0.887
Ziyaret Sırasında		
Kalp Hızı	-0.05	0.804
Sistolik kan basıncı	0.20	0.301
Diastolik Kan basıncı	0.06	0.751
Ziyaret Sonrası		
Kalp Hızı	-0.15	0.427
Sistolik kan basıncı	0.33	0.072
Diastolik Kan basıncı	-0.06	0.763

Ziyaret öncesinde ve sonrasında dolaşım sistemi bulguları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar (ilişki) saptanmamıştır (Tablo 4.8). Ancak, ziyaret sonrasında sistolik kan basıncı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Günümüzde önemli bir sağlık sorunu olan kardiyovasküler hastalıklara bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sıklıkla rastlanmaktadır. Bunlardan biri olan AMİ' nün toplumumuzda önemli bir yeri vardır.

Çalışmamızda, hasta ziyaretlerinin AMİ' ü geçirmiş hastalarda anksiyete, kan basıncı ve kalp hızının etkisi incelenmiş, bulgular literatür bilgilerinin ışığı altında tartışılmıştır.

Araştırma klinik olarak kesin AMİ tanısı konulmuş olan 30 erkek hasta üzerinde yapılmıştır. Bunun nedeni, AMİ' ü genel olarak erkeklerde kadınlara kıyasla daha sık görülmesi menopozdan önce kadınlarda daha az görülmesinin nedeni kesin olarak bilinmiyor Famer ve Gotto' ya göre östrojenin ateroskleroza karşı koruyucu etkisinin olduğu düşünülmektedir (Famer and Gotto; 1992).

Aterosklerotik koroner kalp hastalığının gelişmesi ve klinik semptomların ortaya çıkması 30 yıl gibi uzun süre gerektirdiğinden orta ve ileri yaşlarda görülür, (40 yaşından sonra artmaya başlar ve 60 yaşlarında doruğa ulaşır). Aterosklerotik koroner kalp hastalığı bu dönemlerde görülmesinden dolayı yaşlılığın doğal bir sonucu olarak düşünülmüştür. Fakat seyrek de olsa aterosklerotik koroner kalp hastalığı genç yaşlarda da görülebilir bunun nedenleri ateroskleroz dışı diğer sebepler etkili olabilir (koroner emboli, koroner arterde travma, kan viskozitesindeki artış...) (Braunwald et al. 1997).

Araştırmaya katılanların çoğunun % 63.4' ü İlkokul mezunu olması ve % 83.3' ünün şehirde yaşaması, büyük ve kozmopolit şehirlerin getirdiği fiziksel ve ruhsal güçlüklerin, gerilimli yaşamın kişide AMİ gibi hastalıkların oluşmasındaki önemini düşündürmektedir. Ayrıca sanayileşmiş bölgelerde sosyo- ekonomik gelişmelere paralel olarak toplumsal yaşama getirdiği değişiklikler sonucunda yağ, kalori içeriği fazla olan besinlerin, fast food (hazır yiyecek) türü gıdaların aşırı tüketilmesi sonucu koroner kalp hastalığının insidansı yükselmektedir (Tablo 4.1) (Danchin et al. 2004).

Literatürde hangi meslek grubundan olanların koroner kalp hastalıkları yönünden yüksek risk altında olduklarına değinilmemekle birlikte karmaşık, yoğun insan ilişkilerinin ve stresli iş ilişkilerinin “A tipi” insanın ortaya çıkmasında büyük rol oynadığı vurgulanmaktadır. “ A tipi insan davranışı”; telaşlı, hırslı, mücadeleci, kaygılı ve aşırı kuruntulu kişilerde görülür. Bu kişiler genellikle serbest meslek sahibi (çiftçi, esnaf, tüccar) kişilerdir (Tablo 4.1). Stresli iş ilişkileri bilindiği gibi, sağlığı ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Yoğun ve karmaşık ilişkilerin özellikle ruh, kalp ve damar sağlığımız üzerine sayısız olumsuz etkisi vardır (Işık, 1995; Braunwald et al. 1997).

Hastaların çoğunluğunun % 60.0 evli olması stresli iş ilişkilerinin yanı sıra evliliğin getirdiği iş yükünün artması, maddi sıkıntı, çocuk yetiştirme, eşlerin birbirine ve ailelerine uyum sağlamaması gibi evlilik sorunlarının yaşanması ile açıklanabilir. Bu sorunlar koroner kalp hastalığına yakalanma sıklığını artırmaktadır (Tablo 4.1) (Jennifer et al. 2001; Varcarolis,1998).

Ziyarete gelenlerin yakınlık derecesi incelendiğinde çoğunluğu % 36.7 ile eşlerin oluşturması (Tablo 4.1) eşlerin birbirine yalnız olmadığını hissettirmek istemesiyle açıklanabilir (Jones, 1992). Buna karşılık 18 hastanın evli olması bunların 11' inin eşinin ziyarete gelmesine rağmen 7' sinin ziyarete gelmemesinde ziyaret süresinin ve ziyaretçi sayısının kısıtlı oluşu, hastanenin şehir merkezinde olmayışı, uzaklık nedeniyle gelip gitmekte zorluk çekilmesi, maddiyat gibi durumlar etkili olabilir. Hastaların kalp hızı değerlerine bakıldığında; ziyaret öncesi 88.9 ± 14.2 dak. , ziyaret esnasında bunun arttığı 91.6 ± 14.7 dak. olduğu saptanmıştır, ($p = 0.065$) sistolik kan basıncı değerlerinin ziyaret öncesi 110.3 ± 17.8 mmHg , ziyaret esnasında 115.2 ± 19.3 mmHg , ziyaret sonrasında 115.7 ± 18.2 mmHg olduğu saptanmıştır ($p=0.090$). Kalp hızı ve sistolik kan basıncı bulgularında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.2) ($p>0.05$).

Brown ve Stewart, hasta ziyaretlerinin sistolik, diastolik kan basınçlarında ve kalp hızlarındaki artışa, ziyaretlerin etkili olduğunu saptamıştır. Ziyaretçilerin yakınlık durumlarıyla karşılaştırıldığında bu artışlarda en fazla eşlerin ziyaretlerinin etkili olduğunu, hastanın eşinin kendisinin bu durumda görmek istememesinden doğan huzursuzluktan kaynaklandığını saptamıştır (Brown, 1998; Stewart, 1997). Bizim çalışmamızda ziyaret öncesine göre ziyaret esnasında görülen diastolik kan basıncındaki artışa, ziyaretçilerin yakınlık derecesinin etkili olacağı düşünülmüş; fakat bu artışın ziyarete gelenlerle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.601$) ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Bu artışın hastanın bulunduğu ortamda ziyaretçi yoğunluğundan kaynaklandığı düşünülebilir. Bu bulgular doğrultusunda Brown' un yaptığı çalışma ile bizim çalışmamız paralellik göstermemektedir.

Zetterlung' un yaptığı çalışmada belli bir ziyaret politikası (hasta ziyaretlerinin max. 10 dakika ile sınırlandırılması, her hasta için bir ziyaretçinin kabul edilmesi,...) olan KYBÜ' sinde hastalara yapılan ziyaretler esnasında kalp hızının anlamlı derecede yükseldiğini, kalp hızında ziyaret süresince % 7' lik bir artışın olduğunu saptamıştır. Aynı şekilde Simpson ve Shaverj KYBÜ' sinde yatan kardiyovasküler hastalık tanısı konmuş hastalarla yaptıkları çalışmada hasta ziyaretlerinin devam ettiği süresince hastaların dolaşım sistemi bulgularında

istatistiksel olarak anlamlı bir artışın olduğunu bu artışın ziyaretçilerin yakınlık durumunun etkili olduğunu saptamıştır (Simpson and Shaverj, 2003; Kirchoff, 1998).

Bizim çalışmamızda, hastalarda ziyaret esnasında meydana gelen kalp hızındaki 91.6 ± 14.7 dakika ve kan basıncındaki 115.2 ± 19.3 mmHg artışlara ziyarete gelenlerin yakınlık durumlarıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

($p > 0.05$) (Tablo 4.6). Hastaların kalp hızı ve kan basıncındaki artmaya, ziyarete gelen yakınların hastalara soru sormaları, ailesi ve çevresi hakkında bilgi getirmeleri hastalarda stres yaratmaktadır, oluşan bu stres hastaların kalp hızında ve kan basınçlarında artmaya neden olmaktadır (Theorell and Wester, 1997). Hastaların diastolik kan basıncı açısından ziyaret öncesi 73.3 ± 15.4 mmHg , ziyaret sırasında bunun arttığı 76.8 ± 13.4 mmHg olduğu saptanmıştır. ($p = 0.037$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.2).

Hastaların ziyaret öncesi “durumluk anksiyete” bulguları 36.5 ± 9.2 iken, ziyaret sonrası bunun arttığı 40.1 ± 9.4 arttığı ve orta dereceli anksiyete saptanmıştır. Bu bulgulardaki artış istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p = 0.022$) ($P < 0.05$) (Tablo 4.3). Hastalar “süreklilik anksiyete” bulguları açısından ziyaret öncesi 39.5 ± 9.2 ve ziyaret sonrasında bunun arttığı 40.5 ± 10.1 arttığı ve orta dereceli anksiyete saptanmıştır. Bu bulgulardaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.434$) ($p > 0.05$) (Tablo 4.3).

Hastaların ziyaret sonrasındaki “durumluk anksiyete” envanterindeki 40.1 ± 9.4 yükseliş, ziyaret sonrasında uygulanan tedaviler, anlaşılmayan teknik dil, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar ve ilişkiler, bireyselliğin geri planda kalması durumluk anksiyete envanteri puanlarının yükselmesinde etkili olabilir. Özetle “Durumluk Kaygı” , tehlikeli koşulların yarattığı bir kaygı türüdür. Bu kaygı geçicidir ve kaygıyı yaratan faktör ortadan kalktığında azalır ve yok olur (Öner and Lecompte, 1988).

Süreklilik anksiyete envanterinin ziyaret sonrasında 40.5 ± 10.1 yükselmesinde, Laughlin’ in anksiyetenin bir kişiden diğer kişiye emosyonel bir bulaşma şeklinde geçtiğini saptayan araştırmasını bize hatırlatmaktadır (Doeir, 1998). Ayrıca bireyin öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi yada içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Bu da süreklilik anksiyete puanında artmaya neden olabilir.

Lynch ve arkadaşları çalışmalarında KYBÜ’ sinde yatan hastalarda kişiler arası ilişkilerin etkisini araştırmış ve bu ilişkiler esnasında meydana gelen dolaşım sistemi değişikliklerini kaydetmişlerdir, bunun sonunda sosyo- emosyonel faktörlerin kardiyovasküler fonksiyonlar, üzerine büyük etkisi olduğu vurgulanmıştır (Brown, 1998).

Kornfield ve arkadaşlarının tanımlarına göre anksiyete; kardiyak irritabiliteyi artırmakta, depresyon nedeniyle içe dönüklüğe neden olmakta ve genel durumda yorgunluk

yaratmaktadır. Anksiyetenin bütün bu belirtileri KYBÜ hastaları için tehlikeli sonuçlar yaratabilir. Hastalarda anksiyete seviyesinin azaltılması ile kalp üzerine stersin daha az etken olacağı ve hastaların daha uzun yaşam sürecine sahip olabileceği belirtilmiştir (Doeir, 1998).

Literatürde de hastaların hastanede ziyaret edilmekten mutlu oldukları ve anksiyetelerinin azaldığı, ziyaretlerin hastalarla yakınlarının etkileşimlerinin sürmesi açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (Giffith, 1988; Jones, 1992; Salman et al.1988; Sourlg, 1988).

Kol ve Doğan' ın “ psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ve yakınlarının hasta ziyaretine ilişkin görüşleri ve ziyaretlerin hastaların anksiyete düzeyine etkisini” belirlediği çalışmalarında hastaların ziyaret öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri değerlendirildiğinde, ziyaret sonrasında öncesine göre anksiyete düzeylerinin düşmesi, aile desteğinin önemli olduğunu ve ziyaret edilmenin hastaları rahatlattığını göstermiştir (Kol ve Doğan, 1997).

Araştırmaya katılan hastaların dolaşım sistemi bulguları (kalp hızı, sistolik ve diastolik kan basınçları) ile anksiyete ölçekleri puanlarının eğitim düzeyi ile karşılaştırılmasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.4) ($p>0.05$). Spielberger'e göre; eğitim düzeyi iyi olan bireyler stres ile başa çıkmada etkin beceriler geliştirirler, buna bağlı olarak da yeni çevrelerin ve olayların yarattığı baskılar tehdit edici olarak algılamaz. Böylece durumluk kaygı seviyesinde yükselme olmaz (Pınar ve Yürügen, 1994).

Hastaların dolaşım sistemi bulgularının ve anksiyete puanlarının meslek ile anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Koroner kalp hastalıkları yönünden yüksek risk altında olanlar genellikle serbest meslek sahipleridir (Işık, 1995). Bu kişilerin iş yaşantısındaki stres, kalp damar sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu durum da kalp hızı ve kan basınçlarını etkilemektedir (Brown, 1998).

Yürügen ve Pınar' ın “ hemodializ tedavisine giren hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete düzeylerini belirlediği” çalışmalarında durumluk anksiyete puanı ile meslek grupları arasında ilişki bulunmuştur. Serbest ve işsizlerde durumluk anksiyete puanının işçi ve emeklilere göre daha yüksek olduğunu ve sürekli anksiyete puanında fark olmadığını belirtmiştir (Yürügen ve Pınar, 1994). Çalışmamızda anksiyete puanları, dolaşım sistemi bulgularıyla meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5)

Yürügen ve Pınar' ın yaptıkları araştırmanın sonuçları çalışmamızla paralellik göstermektedir. Her iki çalışmada da hastaların durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.8) (Yürügen ve Pınar, 1994).

Ziyaret öncesinde ve sonrasında dolaşım sistemi bulguları (Kalp hızı, sistolik ve diastolik kan basınçları) ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($P>0.05$) (Tablo 4.7). Ancak, ziyaret öncesinde diastolik kan basıncı ile sürekli anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan zayıf ilişki, bireyin ,içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması ve ziyaret saatinin yaklaşması sonucu bireyin kaygı duyması sonucu diastolik kan basıncını etkilemesiyle açıklanabilir. Ziyaret sonrasında kalp hızı ile durum anksiyete puanları arasında anlamlı olmayan ($p>0.05$) (Tablo 4.7) ilişki tedavilerin uygulanmaya başlaması ve klinik ortamda yaşanan günlük olaylar bu artışta etkili olmuş olabilir .

Sonuç olarak çalışmada elde ettiğimiz sonuçlara göre ziyaretçilerin yakınlık durumlarının hastaların dolaşım sistemi bulgularının (kalp hızı ve kan basınçları) ve anksiyete puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmalarında etkili olmadığı saptanmakla beraber bazı artışların istatistiksel olarak anlamlı bulunmalarında yaşın, hastalığın getirmiş olduğu etkiler, hastane ortamında bulunma, ziyaret saatinin vermiş olduğu huzursuzluktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmayı, KYBÜ' nde yatan AMİ geçirmiş 40 – 65 yaş grubu rasındaki 30 erkek hasta oluşturmaktadır.

Hasta ziyaretlerinin, hastalardaki kan basıncı, kalp hızı ve anksiyete üzerine etkisi incelenmiştir.

Kalp hızı ve sistolik kan basıncı değerlerinde ziyaret öncesi, ziyaret esnası ve ziyaret sonrasındaki ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Ancak diastolik kan basıncı değerlerinde ziyaret öncesi, ziyaret esnası ve ziyaret sonrası ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.037$) ($p<0.05$).

Hastaların ziyaret öncesi durum anksiyete envanteri puanı, ziyaret sonrası istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükselmiştir ($p=0.002$) ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Sürekli anksiyete envanteri puanı açısından ziyaret öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.434$) ($p>0.05$).

KYBÜ' de çalışan hemşire, AMİ' ü tanısı olan hastaya stres yapabilecek her türlü etkiyi ortadan kaldırmaya veya en aza indirmeye çalışmak üzere bir bakım planı yapmalıdır.

- Hasta ziyaretçilerine koroner yoğun bakım ünitesinin ziyaret politikasını belirten ve bu üniteyi tanıtan broşür verilmelidir,
- Ziyaretçilere bizzat hasta ziyaretinden önce eğitim yapılmalıdır,
- Hastalar ziyaretçilerinden haberdar olmalıdır ve ziyaretin kabulü için hastadan izin alınmalıdır,
- Hasta yakınlarının ve hastanın ziyaret saatindeki beklentilerinin sözelleştirilmesine yardım edilerek ziyaret saatlerinin hasta yararına kullanılmasının ve ailenin hastanın bakımına ve tedavisine daha aktif olarak katılmalarının sağlanması,
- Ailelerin hastalara kendi ortamları ile ilgili bilgi vererek dış dünya ile bağlantıyı sürdürme, yalnızlık hissetmeyi önleme rolleri konusunda bilinçlendirilmeleri, hastayı ziyaret etmenin hastanın tedavisine katılım anlamında önemini kavramaları ve hastayı sıkıntıya sokan sorular konusunda bilgilenererek bu sorular sağlık personeline yöneltmelerinin öğretilmesi önerilebilir,
- Hemşire hastayı fiziksel ve ruhsal olarak ziyarete hazırlamalıdır,

Bundan sonraki yapılacak çalışmada; koroner yoğun bakım ünitesinde akut miyokard infarktüsü teşhisi ile yatan, ziyaretçisi gelmeyen ve seyrek gelen hastalarda kan basıncı ,kalp hızı ve anksiyete değerlerinin karşılaştırılması önerilir.

KAYNAKLAR

AKDEMİR, N., ve BİROL, L., (2003). İÇ HASTALIKLARI ve HEMŞİRELİK BAKIMI.

1. Baskı *Vehbi Koç Vakfı Yayın No:2 İstanbul*, 433-438.

ALTER, D. A., NAYLOR, C.D., AUSTİN, P.C., (2002). Patterns and long- term out comes for men myocardial infarction. *J.AM.Coll. Cardiol.* 39: 1909- 1921.

BASA, S., (1998). Yetişkin Hastalarda Preoperatif Anksiyete. *T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul*, 34- 45.

BERKOW, R., TALBOTT, H. L., TRAVELBEE, J.,(1990). The merck manuel of dragnosis and therapy. *Merck Co., Inc...Philadelphia, 13 th. Ed.*, 33: 71- 87.

BİLİR, N., (1998). HALK SAĞLIĞI YÖNÜNDE KRONER KALP HASTALIKLARI *Kısa Dizi, No: 7, Ankara Hacettepe Üniversitesi Tıp Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını.*

BOOGOARD, A. K., (2000). MYOCARDİAL INFARCTION NURSİNG CLİNİCS, of *North America Vol: 19, No:3 May.*, 459- 460.

BRAUNWALD, E., NAİNA, C., MAUREEN, M., LİSA, C., (2001). ATHEROSCLEROSİS RISK FACTORS AND TREATMENT, *Wolfe, Developed by Current Medicine, Inc., Philadelphia , PA 19106 Vol: X.*, 1- 7.

BROWN, A.J., (1998) Effect of Family Visits on The Blood Pressure and Heart Rate of Patients in The Coronary Care Unit. *Heart and Lung Mar- Apr; 5 (2)*: 291- 6.

BRUNNER, S., (1990). THE PATİENT AND HİS PROBLEMS. TEXT- BOOK OF MEDİCAL SURGİCAL NURSİNG, *J. B. Lippincott Company. Philadelphia, 3 rd., Ed.*, 307- 320.

CALİFF, R.M., BENGTON, J.R., (1994). CARDİOGENİC SHOCK, *N Engl. J. Med.* 330: 1724-1730.

CARLİSLE, C., HUNT, D., SLOMAN, G., (2002). CORONARY CARE WORKBOOK. *The Royal Melbourne Hospital, Fourth Edition*, 1251-1256.

CHATTERJEE, K., JOEL, K.A., ELLIOT, D. (2003). CARDİOLOGY AN ILIUSTRATED TEXT / PERERENCE, *Voluse; 2, J.B. Lippincatt company Philadelphia New York.*, London, 112-115

CHEİTLİN, M.D., UNDERWOOD, S.D., ANAGNOSTOPOULOS, S., (2003). CLİNICAL CARDİOLOGY. *Sixth edition Longe Med. Book*, 585- 590.

COOK, İ.,(1998). Myocardial İnfarction, *Nursing Mirror, Vol: 156, No:11*, 20- 30.

CRYSTAL, W.C., LİNDA, F., COHN, P.F., (1998). Effect of on education- orientation program on family members who visit their significant other in the intensive care unit,

Heart and Lung, Apr. 16(1), 38.

DANCHIN, N., EDOARDO, D.B., SİNTEK, C.F., (2004). Acute myocardial Infarction.

Heart and Lung, May. 20 (8), 417.

DELLİPIANİ, A.W., CAY, E.L., PHİLİP, A.E., (1998). Anxiety after a heart attack,

British Hearth Journal, 38- 752.

DEMİROĞLU, C., (2000). KALB HASTALIKLARI TIBBİ TEDAVİSİ, *Genişletilmiş 4.*

baskı Florence Nightingale Hastanesi İstanbul, 48-66.

DOEİR, B.J., JONES, J.W., (1998). Effect of family preparation on the state Anxiety level

of the CCU patient. *Nursing Research*, 28-5.

DOĞAN, S. (1996). ANKSİYETE, SOMATOFORM ve DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR,

Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı Ed: N. KUM. 1. Baskı İstanbul, Birlik Ofset Ltd. şti.,

137- 142.

DÖNMEZ, Z., (1999). Ameliyat Olmak Üzere Yatan Hastaların Hastaneye Yatıştaki

Anksiyeteleri ve Anksiyeteyi Gidermede Hemşirelik Yaklaşımlarının Etkisinin *VII.*

İncelenmesi, *Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Erzurum*, 181- 184.

DUNKEL, J., ERSENDROTH, S., (1998).Families in the intensive care unit. *Heart and*

Lung, May, 12 (3), 2- 30.

DRESSLER W., (1992). Acute myocardial infarction syndrome: Report of 44 cases *Arch.*

Intern Med. 103:28,

FAMER, J.A., GOTTO, A.J., (1992). RİSK FACTORS FOR CORONARY ARTERY.

Heart Disease Vol: 2 Philadelphia; W.B. Saunders Company, ed. 37, 1125- 1160.

FOSTER, S., CHEATLY, B.N., JULIUS, D.W., (1992). Behavior following acute

myocardial infarction. *A.J.N.*, 1-70.

FULLER, B., FOSTER, G. M., (2000). The effect of family/ friend visits vs.staff interaction

on stress of surgical intensive care patients. *Heart and Lung, May*, 3 (21), 18-30.

GAS, D., (1998). Introduction to patient in the intensive care unit. *Heart and Lung, Apr*,

28 (3), 3- 12.

GİFFİTH, D.N., (1988). Hospital visiting hours. *Time for İmprovement Br. Med. J.* 296-

1303-1304.

GOLDBERGER, E., (2002). CLİNİCAL CARDİOLOGY. *J.B. Lippincott Company*,

Philadelphia New York, London, 405- 678.

GÖKALP, P.G., (2000). ANKSİYETE BOZUKLUKLARI. *Çizgi Tıp Yayın evi Ankara*,

30-55.

- GÖK, H., (2002). KLİNİK KARDİYOLOJİ. *Genişletilmiş 2. Baskı Nobel Tıp Kitabevleri LTD. ŞTİ.*, 273- 285.
- GÜRSOY, A.A., (2001). Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi, cilt:1*, 23-29.
- HERLİTZ, J., CHAVES, C.W., FABER, L., (2002). Prognosis after myocardial infarction continues to improve in the community *Göteborg Am. Heart J.* 144: 89-94.
- HOCHMAN, J.S., SLEEPER, L.A., WEBB, J.G., (2000). For the Shock Investigators early revascularization in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. *N. Eng. J. Med.*, 341: 34- 625.
- IŞIK, K., (1995a). AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ, ACİL KALB HASTALIKLARINDA TEŞHİS ve TEDAVİ. *Beta Basım, İstanbul*, 54- 67.
- IŞIK, K., (1995b). KORONER KALP HASTALIKLARINDA TEŞHİS ve TEDAVİ *Beta Basım, İstanbul*, 12- 20.
- JENNİFER, L., DEBRA, K., BARBARA, R.A., (2001). COMPARİSON OF ANXIETY ASSESSMENTS BETWEEN CLİNİCIANS AND PATİENTS WITH ACUTE MYOCARDİAL İNFARCTİON İN CARDİAC CRİTİCAL CARE UNİTS. *J.B. Lippincott Company, Philadelphia New York, London*, 433- 786.
- JONES, S.L., (1992). The family as an advocate for the mentally ill. *Arch Psychiatry Nursing*, May, 6(3), 145- 147.
- KADAYIFÇI, A., KARASLAN, A., (1998). İÇ HASTALIKLARI EL KİTABI *Ajans Mat. Ankara*, 15- 58.
- KARADAĞ, M., AKSOY, G.,(2001). Lomber disk herni ameliyatı öncesi ve sonrasında sorunlarla baş etmede hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi, Cilt: 1*, 49- 58.
- KEYS, A., (2000). Coronary heart disease, *The Global Picture*, 3 (22), 149- 192.
- KİRCHOFF, K.T., (1998). Visiting policies for patients with myocardial infarction. *Heart and Lung, May*, 5 (7), 23- 76.
- KİLLİP T., KİMBALL J.T., (1993). Treatment of myocardial infarction in a coronary care units. At two yearsexperience with 50 patients *Amer.J. cardiol.* 20:457.
- KOL, U.E., DOĞAN, S., (1997). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ve yakınlarının hasta ziyaretine ilişkin görüşleri ve ziyaretlerin hastaların anksiyete düzeyine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1 (1), 31-40.

- LLOYD, G.G., COWLAY, R.H., (1998). PSYCHIATRIC MORBIDITY IN MEN ONE WEEK AFTER FIRST ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION. *British Medical Journal*, 40- 60.
- MAHLEY, R.W., (2002). DEVELOPMENT OF ACCELERATED ATHEROSCLEROSIS CONCEPTS DERIVED FROM CELL BIOLOGY MODEL STUDIES, *Arch. Pathol., Lab. Med.*, 107, 393- 398.
- MOYNIHAN, M., (1990). Assessing the educational needs of post- myocardial Infarction patients. *Clinics of North America* , 3-9.
- ÖNER, N., LECOMPTE, A., (1988). SÜREKSİZ DURUMLULUK, SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ EL KİTABI. *İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları , Boğaziçi üniversitesi Matb.*
- ÖZCAN, R., (2001). AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ KALP HASTALIKLARI, *Sanal Matb. İstanbul*, 1- 80.
- ÖZCAN, N., (2000). KORONER KALP HASTALIKLARI. *Genişletilmiş 2. Baskı Nobel Tıp Kitabevi LTD. ŞTİ.* 397- 407.
- ÖZCAN, A., (1985). Hemşirelerin hasta ile ilişkide yaşadıkları sorunlar, *THD.,Ankara*, 4-35.
- ÖZCAN, S., (1995). AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜNÜN İLK SAATLERİNDE TEDAVİ. *Kalp ve Damar Hastalıklarının Tedavisinde Yeni Gelişmeler, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sanal Matb.*, 2-20.
- PEKTEKİN, Ç.,(1990). Hastaneye kabulde hastaların anksiyetelerinin değerlendirilmesi, *Hemşirelik Bülteni*, 1-2.
- PINAR, R., YÜRÜGEN, B., (1994). Hemodializ tedavisine giren hastaların Durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri . *Marmara Üniversitesi Hemşirelik dergisi cilt: 1, sayı: 2*, 46- 49.
- RESMİ GAZETE ,(2005). Türk Tabipler Birliği Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, *Madde. 95, 25806 , Mayıs*,
- ROBERTS W.C.,(1990). Acute myocardial infarction and angiographically normal coronary arteries. *Circulation* 53:395.
- SALAMAN, P., BARETTE, N., SCHWARTZ, M., (1988). Family members perspectives on psychiatric hospitalization and discharge . *Ment Health J.*, 24 (2); 61-64.
- SIMPSON, T., SHAVER J., (2003).Cardiovascular responses to family visits in coronary care unit patients. *Heart and Lung, Jul*, 19 (4), 51- 344.
- SIMPSON, T., (2003). Critical care patients perceptions of visits, *Heart and Lung, Dec*, 12 (3), 16-30.

- SONEL, A., (2000). KARDİYOLOJİ. *Türk Tarih Kurumu Basım evi Ankara*, 30-16
- STEWART, B.H. (1997). Nursing responsibilities in changing visiting restrictions In the intensive care unit. *Heart and Lung, May*, 2(10), 73- 85.
- SOURLG, L., (1988). Visiting time. *Nursing Times*, 7 (Jan), 46- 70.
- TATAR, Ü., (1988). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Yüksek lisans Tezi)*.
- THEORELL, T., WESTER, Q., (1997). The significance of psychological events in a coronary care unit. *Acta. Med. Scand.* 193- 207.
- VARCAROLIS, E.M., (1998). Foundations of psychiatric mental health nursing. *London, W. B. Saunders Company., p: 343- 347.*
- YURT, V., (1983). Hemşirelik hastalarda problem olarak gördükleri özellikler ve problemleri çözümleme yolları, *THD, Ankara*, 2-10.

EK 1.A

GÖZLEM FORMU

HASTANIN ADI SOYADI :

ANKET TARİHİ :

YAŞI :

MESLEĞİ :

ÖĞRENİM DURUMU :

MEDENİ DURUMU :

YAŞADIĞI YER :

Diastolik Kan Basıncı

Sistolik Kan Basıncı

Kalp Hızı

Ziyaret Öncesi

Ziyaret Esnası

Ziyaret Sonrası

Ziyaretçinin Yakınlık Durumu :

EK 2.A**STAI FORM TX-1****SAYIN KATILIMCI ;**

Bu çalışma ; Hasta ziyaretlerinin akut miyokard infarktüsü geçirmiş olan hastalarda anksiyete , kalp hızı ve kan basıncı üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılmaktadır. Bu nedenle bu konu ile ilgili aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun , sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin . Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Şuanda nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin soruları içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim .	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.Huzursuzum.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. İçimde bir sıkıntı hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. İçimde bir huzursuzluk var.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Çok gergin olduğumu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Durumluk Kaygı Puanı :

EK 2.B**STAI FORM TX-2****SAYIN KATILIMCI ;**

Bu çalışma ; Hasta ziyaretlerinin akut miyokard infarktüsü geçirmiş olan hastalarda anksiyete , kalp hızı ve kan basıncı üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılmaktadır. Bu nedenle bu konu ile ilgili aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun , sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin . Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin soruları içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

	Hemen Hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
	-----	-----	-----	-----
21. Keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Çabuk yoruluyorum .	(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 vermediğim için fırsatları kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi zinde hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Sakin , kendime hakim ve soğuk soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28. güçlüklerin yenemeyeceğim kadar bitkin olduğumu hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi kötü tarafından alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Kendime güvenim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Kendimi güvende hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Kendimi hüznü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Tutarlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Kaygı Puanı :

ÖZGEÇMİŞ

Zeynep KAYHAN 1976 yılında Giresun ili Keőap İlçesinde doğdu. Trabzon İskender Paőa İlkokulu, Cumhuriyet Ortaokulu, Trabzon Lisesi' nin ardından Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Muő Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde Lisans eğitimini tamamlamıőtır. Kocaeli Üniversitesi sağlık Bilimleri enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapmaktadır.

