

T. C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. NECMİYE SABUNCU

İLK KEZ MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN  
HASTALARDA VE HASTALARIN EŞLERİNDE  
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN  
SAPTANMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

111737

Aysel (BADIR) DURADEMİR

İstanbul — 1993

## İÇİNDEKİLER

|                        | Sayfa No |
|------------------------|----------|
| GİRİŞ.....             | 1        |
| GENEL BİLGİLER.....    | 4        |
| GEREÇ ve YÖNTEM.....   | 17       |
| BULGULAR.....          | 19       |
| TARTIŞMA.....          | 28       |
| SONUÇ ve ÖNERİLER..... | 34       |
| ÖZET.....              | 36       |
| SUMMARY.....           | 38       |
| KAYNAKLAR.....         | 40       |
| ÖZGEÇMİŞ.....          | 47       |
| EKLER.....             | 48       |

111737

## GİRİŞ

Biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel özellikleri ile "Biopsikososyal" bir varlık olarak kabul edilen insanın sağlığı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden en üst düzeyde olma durumu olarak tanımlanır. Hastalık ise, normal fizyolojik ya da ruhsal yapıyı, işlevi, dengeyi değiştiren ya da engelleyen ve çeşitli belirtilerle kendini gösteren bozukluk olarak tanımlanabilir (9,15,35,44,50).

Hastalığı deneyimleyen bireylerde geçici ya da sürekli uyum bozuklukları gözlenebilir. Ayrıca bu bireylerin hastalığa karşı tepkileri ve uyumları değişik olabilir. Hastalığın birey üzerindeki etkisi, onun kişilik yapısına, fiziksel ve psikolojik gücüne, aile bireylerinden aldığı desteğe, hastalığın veya kaybın türüne, tedavi ekibinin hastaya yaklaşım biçimine bağlı olarak değişiklikler gösterebilir (2,4,9,15,31).

Akut miyokard infarktüsü (AMI) gibi ölüm ve beden imajına karşı tehdit oluşturabilen bir hastalığı ilk kez deneyimleyen bireylerde ciddi fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik sorunlar da ortaya çıkabilir. Yapılan çeşitli

araştırmalarda, AMI'de anksiyetenin en yaygın olarak görülen ve diğerk psikolojik sorunlara da zemin hazırlayabilen bir sorun olduğu belirtilmiştir (4,9,31,37,38,39,42,45).

AMI'lı hastalarda anksiyete düzeyinin; koroner yoğun bakım ünitesine kabulde, yoğun bakımda kaldığı süre içinde ve hastaneden ayrıldıktan sonra yüksek olduğu çeşitli araştırmalarda vurgulanmıştır (4,9,11,16,23,37,38,39,42).

AMI geçirmekte olan hastalarda anksiyetenin primer nedenleri; ölüm ya da sürekli güçsüz kalma korkusu, hastalığın nedeni ve prognozundan emin olamama, yabancı ve karmaşık yoğun bakım ortamında bulunmadır. Ayrıca yeterli açıklama yapılmadan ve onay alınmadan çeşitli uygulamaların yapılması, kendisinde ve diğerk hastalarda komplikasyon gelişmesi, beden imajına yönelik tehditler, ve geçirilmiş yaşam deneyimleri de anksiyeteye neden olmaktadır (4,9,23,26,37,38,39,42).

Günümüze kadar tedavi ve bakımda odak noktayı hep hasta ve hastalık oluşturmuştur. AMI'nn bir hasta için oluşturacağı tehditin onun eşini de etkileyebileceği gözardı edilmiştir. Oysa, AMI geçiren hastaların eşleri de en az onlar kadar hatta hastalardan daha fazla anksiyete yaşamaktadırlar. AMI'de eşlerdeki anksiyetenin primer nedenleri; eşi kaybetme korkusu, yabancı bir hastane ortamı, aile içindeki yeni roller, ekonomik durumdaki değişiklikler, tedavi ekibinden yeterli ilgi ve desteği görememe, hastalıkla ilgili kendini suçlama ve çaresizlik duygusudur (4,9,19,36, 37,38,40,41).

Tedavi ekibinin etkin bir üyesi olan hemşireler, AMİ'li hastanın ve eşinin yaşayabileceği anksiyete ve anksiyete nedenlerini ortaya çıkarmada, etkili girişimlerin uygulanmasında önemli bir rol ve sorumluluk üstlenmelidirler. Bu süreç içinde hasta bir bütün olarak ele alınmalı ve hastanın iyileşme süresi ve derecesinde önemli bir etkiye sahip olan eşine de aynı ilgi ve destek gösterilmelidir.

Bu araştırma; ilk kez akut miyokard infarktüsü geçirmekte olan hastalar ve eşlerinin anksiyete düzeylerini saptamak, bu hastalar ve eşlerinde anksiyetenin önemli bir sorun olarak ele alınmasını vurgulamak amacıyla planlanmıştır.

## GENEL BİLGİLER

Akut miyokard infarktüsü; koroner kan akımının aniden kesilmesi ya da azalması sonucu miyokardın bir bölümünde nekroz oluşması olarak bilinir (13,20). Diğer bir tanıma göre de; koroner arterlerde tıkanma, kan akımının aniden azalması ya da kesilmesine bağlı olarak miyokard dokusunda değişik derecede nekrozla sonuçlanan, karakteristik semptomlar, elektrokardiyografik değişiklikler ve serum enzim düzeylerinde yükselmeye ortaya çıkan bir sendrom olarak tanımlanır (21).

Son yıllarda yapılan istatistikler, dünyadaki ölümlerin, % 50'den fazlasının kalp ve damar hastalıkları nedeniyle olduğunu göstermektedir (6,14). Koroner kalp hastalığının kişi sağlığı yönünden önemi, hastalığın yüksek öldürücü özelliği ile ilgilidir. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların % 50-60'ı infarktüsün ilk saatlerinde, sağ kalanların da % 2-55'i hastaneden çıktıktan sonraki ilk yıl içinde yaşamlarını yitirmektedir (6,21).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan istatistiklerde, her yıl 500.000 kişinin koroner arter hastalığı nedeniyle yaşamını yitirdiği belirtilmektedir. Bunun yanı sıra bu hastalık yaklaşık olarak 1.500.000 miyokard infarktüsünden sorumlu tutulmaktadır (4,12,17).

Ülkemizde kalp hastalıkları yönünden sağlıklı rakamlar elde etmek güç olmakla birlikte, 1985 yılında il ve ilçelerde ölümlerin % 34'ünde neden kalp hastalığı olarak belirtilmiştir (6). 1989 yılında ülkemizdeki hastanelerde ölümlerin yaklaşık olarak % 16'sından iskemik kalp hastalığı sorumlu tutulmuştur (50).

Koroner kalp hastalığı, genellikle 40-65 yaşları arasında ve erkeklerde kadınlara oranla daha sık (7/1) olarak görülür(6,16,20,21). Koroner kalp hastalıklarında risk faktörleri iki gruba ele alınabilir. Yaş, kalıtım, cinsiyet değiştirilemeyen faktörlerdir. Stres, hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara, hareketsiz bir yaşam şekli, kadınların oral kontraseptif ilaç kullanımı, değiştirilebilen risk faktörleri arasında yer alır (1,6,12,20,34,45). Koroner kalp hastalıklarının çoğunlukla nedeninin (%92) ateroskleroz olduğu kabul edilmektedir(20 ).

Aterosklerozun etyolojisi ve patogenezi ne olursa olsun, koroner arterlerin lümeninde aterom plağı ile daralma sonucunda miyokarda gelen kan akımı azaldığı için iske mi meydana gelmekte ve bu iskemik süreç uzun süre devam ettiğinde, miyokard hücrelerinde nekroz oluşmaktadır. AMI'lı hastaların çoğunluğunda başlangıçta görülmeyen

trombüs, infarkt sten sonraki 1-6 saat içinde oluşabilir. Aterosklerotik plak, trombosit birikimi ve/veya yapışması ile koroner arter spazmından oluşan       n infarktüs meydana gelmesinde değişik derecelerde etkili olduğu bilinmektedir. Koroner arterlerin intima tabakasındaki hasar, koroner arter spazmına, bu spazm, intimada hasara, intima hasarı, trombosit birikmesine ve/veya yap şmasına bununda, koroner arter spazmına neden olabildiği farklı araştırmacılar tarafından bildirilmiştir (20,21).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, AMI'den günler veya haftalar önce bazı hastalarda halsizlik, bitkinlik, göğüs ağrıları, dispne, uykusuzluk, gibi belirtilerin olabildi inden söz edilmektedir (20,21). AMI geçiren hastaların % 30-40'ının belirtiler başladıktan sonraki ilk bir kaç saatte ventriküler fibrilasyon nedeni ile yitirilebilece i göz önünde bulundurulursa hastaneye yatana dek geçen süre mortalite yönünden oldukça önemlidir (16,20,21,46).

Son 20 yıl içinde AMI'nde mortalite oranı önemli bir azalma göstermiştir. Hastaların koroner yoğun bakım ünitelerinde izlenmeleri, bu ünitelerde e itilmi  personelin görev alması, hastalara tıbbi ve hemşirelik girişimlerinin hemen uygulanması bu azalmayı etkileyen faktörlerden bazılarıdır (20,21).

Ezici, sıkıştırıcı, baskılayıcı veya künt bir şekilde olan , 30 dakikadan fazla süren, istirahat ve nitrogliserine yanıt vermeyen göğüs ağrısı, AMI'n n en

yaygın belirtisidir. Ağrı genellikle sol kola, bazen her iki kola, boyun ve çeneye, epigastrik bölgeye, sırtta yayılabileceği gibi, bazı hastalarda herhangi bir ağrı şikayeti olmayabilir (14,20,21). Hastalarda göğüs ağrısına, infarktüs alanındaki iskemik bölgede biriken metabolitlerin neden olduğu düşünülmektedir. Göğüs ağrısının yanısıra soğuk terleme, bulantı, kusma, soluk ve soğuk bir cilt, huzursuzluk, ölüm korkusu, anksiyete gibi belirtiler de görülebilir (8,13,20,21,45,47,49,50).

AMI'de supraventriküler aritmilerin görülme insidansı % 15 dolayındadır. Ventriküler erken atımların dakikada 5-6'dan fazla, multiform, multifokal olması, "R on T" yapması hastanın prognozunu olumsuz yönde etkileyebilir. Bu erken vurular, ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrillasyona neden olduğundan, monitörden sürekli olarak izlenmeleri oldukça önemlidir. Hastalarda ritm bozukluklarının yanısıra ileti bozuklukları da görülebilir (14,20,21).

AMI'nde tanı yönünden oldukça önem taşıyan bazı enzimlerin kandaki düzeylerinde artış olmaktadır. Aspartat amino transferaz(AST), laktik dehidrogenaz(LDH), kreatin fosfokinaz(CPK) en çok bakılan enzimlerdir. Özellikle CPK-MB erken dönemde yükselmeye başlaması ve kalp kası için daha spesifik olması nedeni ile önemlidir. Ayrıca, kan şekeri, lökositler ve sedimentasyon hızında artma, beden ısısının 37-38.5 derece santigrata yükselmesi de tanı yönünden destekleyici veriler olarak ele alınır (14,20,21,25,33, 45,49,50).

Hastanın ağrısını gidermek için, sistolik kan basıncı 100 mmHg'nın üzerinde ise nitrogliserin tablet dilatı olarak veya sprey şeklinde kullanılabilir. Uzun süre devam eden ağrılarda nitrogliserin intravenöz olarak <sup>d</sup>la uygulanabilir. Ayrıca yine ağrının kontrolünü sağlamak amacı ile morfin sülfat ve mepheridin çok sık olarak kullanılır. Miyokardın oksijen tüketimini azaltmak amacıyla hastalar yatak istirahatine alınarak fiziksel aktiviteleri kısıtlanır. AMI'de hastada hipoksi belirtisi olmasa da oksijen tedavisi dakikada 4-6 litre maske veya kateter ile uygulanabilir. Hastalara ilk 24 saat içinde düşük kalorili ve kolay sindirilebilen yiyeceklerin verilmesi, bulantı, kusma, konstipasyon ve acil girişimlerde aspirasyonu önlemek amacıyla tercih edilir (8,20,21,25,33,34,47,49,50).

Hiperakut dönem olarak kabul edilen AMI belirtilerinin başladığı ilk 6 saatlik dönemde hastalara medikal tedavinin yanısıra, son yıllarda infarktüs alanını küçültmek, reperfüzyonu sağlamak amacıyla trombolitik tedavi de uygulanmaktadır (20,21).

AMI'lı hastaların bakımında, yoğun fiziksel sorunların yanısıra psikolojik sorunlarının da olabileceği kabul edilmelidir. Bu dönemde hastaların yoğun olarak yaşadıkları ölüm korkusu, huzursuzluk ve anksiyeteye yönelik olarak <sup>d</sup>la çeşitli tedavi ve bakım yöntemleri ele alınmalıdır (4,9,19,23,27,31,36,40,45).

Hastalarda görülen psikolojik sorunlar; anksiyete, inkar, öfke, depresyon, yanlış algılama şeklinde

sıralanırken, bu hastaların eşlerindeki psikolojik sorunlar; anksiyete, suçluluk, öfke, depresyon, aşırı koruyucu davranış olarak sıralanmaktadır (4,9,16,23,27,37,39,40).

Ölkemizde hemşire araştırmacılar tarafından yapılan çeşitli araştırmalarda, hastaların tanısına bakılmaksızın her türlü tıbbi tedavi, bakım ve girişimlerde yoğun anksiyete yaşadıkları ortak bir sorun olarak belirlenmiştir (2,3,22,24,29,30,48).

Anksiyete "Genellikle bilinmeyen ve anlaşılmayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi" olarak tanımlanabilir. Anksiyete, çok hafif tedirginlik, gerginlik duygusundan panik derecesine varan değişik yoğunluklarda yaşanabilir (3,15,28,30).

Anksiyetenin fizyolojik belirtileri sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile ilgilidir. Bu belirtiler; taşikardi, terleme, göğüs ağrısı, diyare, sık sık idrara çıkma, anoreksiya, aşırı yemek yeme, çok su içme, boyun ve sırt kaslarında gerginliktir. Anksiyete davranışsal ve psikolojik olarak ortaya çıkabilir, Bunlar, endişeli bireyde aşırı uyanıklılık, reaksiyoner tutum ve algılama yeteneğinin bozulmasıdır (3,10,30,32).

Spielberger (1966), anksiyeteyi ölçmede kullanılmak üzere iki etmenli bir kuram geliştirmiştir. Bu kurama göre;

Anksiyete, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilip her bireyin tehlikeli gördüğü durumlarda bir miktar anksiyete duyacağı belirtilmiştir. Tehlikeli

durumların yarattığı bu anksiyete türü genelde her bireyin yaşadığı geçici duruma bağlı anksiyetedir ve buna "Durumluk Anksiyete" denir.

Kişinin içinde bulunduğu duruma doğrudan bağlı olmayan anksiyeteye ise "Sürekli Anksiyete" denir. Kişilik yapısının bir göstergesidir (3,28,30).

AMI geçiren hastalarda anksiyete düzeyinin; koroner yoğun bakım ünitesine kabulde ve hastaneden ayrıldıktan sonra yükseldiği çeşitli araştırmacılar tarafından vurgulanmıştır (4,9,11,16,23,37,38,39,42).

AMI'de anksiyete; sempatik sinir sistemi aktivasyonuna neden olup kan basıncı ve kalp hızını arttırarak, iskemik bir süreç geçirmekte olan miyokardın oksijen tüketiminin daha da çok artmasına, nekroz alanının genişlemesine ve dolayısıyla hastanın daha çok ağrı duymasına neden olur (4,10,11,32,47 ).

AMI'de anksiyetenin primer nedenleri; ölüm ya da sürekli güçsüz kalma korkusu, hastalığın nedenini, prognozunu bilememe, yabancı ve karmaşık bir yoğun bakım ortamında bulunmadır. Ayrıca, karar verme süresi olmadan çeşitli uygulamaların yapılması, kendisinde veya diğer hastalarda komplikasyon gelişmesi, beden imajına yönelik tehditler, geçmiş bilgi ve deneyimlerin yanlış yorumlanması, genel fiziksel yorgunluk ve bitkinliğin ciddi bir kalp rahatsızlığı olarak algılanması, seksüel yaşam, sağlık ekibi üyelerinden yeterli ilgi ve desteğin alınamaması da

hastalarda anksiyeteye neden olmaktadır (4,9,23,26,37,38, 39,42).

Thompson ve arkadaşlarının (1987) hastalardaki anksiyete düzeyleri ile ilgili yaptıkları bir çalışmada, hastaların anksiyete düzeyi, koroner yoğun bakım Ünitesine kabulde yüksek bulunmuştur. Aynı araştırmada hastalardaki anksiyetenin nedenleri olarak ise, miyokard infarktüsü ve olası komplikasyonlar, işe dönememe korkusu, seksüel sorunlar, eski aktivitelerine dönememe olarak sıralanmıştır (42).

Mayou ve arkadaşlarının (1976) yaptığı çalışmada ise, hastalar anksiyete nedeni olarak; AMI'nü, iyileşme süresini, hastalıktan sonraki aktiviteleri bilememe ve kendilerine farklı önerilerin verilmesi olarak sıralamışlardır (26).

AMI seyrinde hastalardaki anksiyete nedenlerini ortaya koyabilmek için iyi bir şekilde gözlem yapılması gerekir. Hastanın hastanede kaldığı süre içinde çeşitli aktüel ve olası sorunları olabilir. Hastanın bu sorunlar ile başa çıkmasında, hasta ile en fazla birlikte olan kişinin hemşire olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Bir sorunu ortaya koyabilmesi için hemşirenin öncelikle hastası ile yakından ilgilenmesi, iyi bir gözlemci olması, hastaya sorunlarını dile getirebilmesi için uygun bir ortam hazırlaması, soru sormasına olanak sağlaması gereklidir (4,7,9).

Hastanın normalden fazla konuşmaya eğilimli olması, algılama ve verilen bilgiyi saklama yeteneğinin azalması, istemsiz titremesi, aritmi, anginal ağrı, kan basıncı ve kalp hızının artması, uyanıklılık hali ve reaksiyoner tutum hastanın anksiyete yaşadığını gösteren belirti ve bulgulardır (4,9,10).

Hastanın anksiyete düzeyini azaltmak veya ortadan kaldırmak amacıyla uygulanacak hemşirelik girişimlerinin başarısı, hemşirenin hastasının içinde bulunduğu durumu, günlük değişimlerini gözleme, dinleme ve onu anlamaya çalışma yeteneğine bağlı olduğu unutulmamalıdır.

Ayrıca hemşire, hastasını daha iyi tanımak, gereksinimi olan bilgiyi ve yardımı yapabilmek için "Terapotik Hemşirelik Yaklaşımı" modelinden yararlanabilir. Bu model gelişigüzel sıradan bir ilişkiyi içermeyip, hemşirenin insan davranışları konusunda doyurucu bilgiye sahip olmasını gerektirir. Terapotik bir ilişkide öncelikle ilgi, güven, empati, sempati, saygı, sevgi, bağımlılık, bağımsızlık gibi kavramların dikkatlice ele alınması gereklidir (3,30,44).

Hastanın anksiyete düzeyinin yüksek olduğu dönemlerde, etkili ve sürekli hasta hemşire ilişkisinin sağlanabilmesi için, hemşirelik bakımı planlanırken, bakımı verecek personelin hasta ve ailesi ile olumlu ilişkiler kurabilecek kişilerden seçilmesinin bazı yararları olabilir. Hastaya sürekli aynı hemşire tarafından bakım verilmesi hastayı değerlendirme yönünden önemlidir. Bu kalıcı ilişki

hastada oluşan fiziksel ve psikolojik değişikliklerin saptanmasını kolaylaştırabilir. Aynı zamanda hemşire hasta ve ailesine verilen bilgileri ve onların bu bilgilerin ne kadarını anladığını, anlaşılmayan durumları daha iyi saptayabilecek ve yeniden açıklamalar yapma fırsatı bulacaktır (4,9).

Anksiyetesi olan bir hastanın sağlık ekibinden beklentilerini dikkate almak önemlidir. Hastanın beklentileri geçirilmiş deneyimlerine bağlı olabilir. Hastanın daha önceki hastalık durumu, hastaneye yatıp yatmadığı araştırılmalıdır (4,9).

Hastaya yoğun bakım ünitesinde yattığı süre içinde, ünitenin rutin işlemleri, araç gereçleri v.b. konularda sürekli olarak bilgi verilmesi rahatlamasını ve üniteye alışmasını sağlayacaktır. Hasta yoğun bakım ünitesine kabul edildiğı zaman burada yatışının geçici olduğu, bir müddet sonra servise alınacağı anlatılmalıdır. Hatta yoğun bakım ünitesinde yatarken servis elemanları ile tanıştırılması daha sonra kendini rahat hissetmesini ve onlara güven duymasını sağlayacaktır. Diğer önemli bir konu da, hastanın üniteden çıkarılmadan önce <sup>2</sup> ailesi ile grştrlmesidir. Ayrıca hastanın yoğun bakımdan servise gece çıkarılması da anksiyeteye neden olabilir. (4,9).

Günümüze kadar geleneksel olarak hemşirelik bakımının odak noktasını hasta ve özellikle akut hastalık sırasındaki bakımın oluşturduğu, hastanın psikolojik bakımının dikkate

alınmadığı pek çok araştırmacı tarafından belirtilmiştir (4,9,33,37,38).

Velioğlu, Oktay ve Karanisoğlu'nun (1986) ortaklaşa yaptıkları "Hastalara ve Hemşirelere Göre Hemşirelik Faaliyetlerinin Önem Derecesi" adlı çalışmada psikososyal gereksinimlerin karşılanmasına yönelik bazı faaliyetlere hemşirelerin hastalardan daha az önem verdiği dikkate değer bir bulgu olarak saptanmıştır (43).

Aile içindeki bir bireyin hastalığının diğerlerini de etkileyeceği unutulmaması gereken önemli bir konudur.

Skelton ve Dominian'ın (1973), yaptığı bir araştırmada, AMI geçirmiş hastaların eşlerininin genel olarak depresyon, suçluluk, kaybetme gibi duyguları yaşadıkları ve eşlerin % 87'sinin evde tekrarlayacak olası bir göğüs ağrısından korktuğu belirtilmiştir ( 36 ).

Cay'ın yaptığı bir çalışmada ise, eşlerin hastalardan daha fazla endişeli olduğu ve kendi endişelerini gizlemek için de çok fazla korumacı bir tutum içinde oldukları belirtilmiştir ( 11 ).

Bedsworth ve Mollen (1982), koroner yoğun bakım üniteleri hemşirelerinin ideal olarak hem hastaya hem de aileye yardımcı olmaları için eğitildiklerini ancak dikkatin genel olarak hasta üzerinde odaklandığını not etmişlerdir ( 5 ).

AMI'lı hastaların eşlerindeki anksiyetenin primer nedenleri; eşi yitirme ya da sürekli güçsüz kalabileceğinden korkma, hastalığın nedeni ya da prognozundan emin olamama,

suçluluk duyma, eşi ve kendisine yabancı bir ortamda bulunma, sağlık ekibinden yeterli bilgi ve desteği alamama, aile yapısına karşı oluşan tehditler ve çaresizlik duygusu olarak sıralanabilir (4,9,19,36,37,38,40,41).

Bedsworth ve Mollen (1982), hasta eşlerinin, eşi kaybetme olasılığı, kendi yaşam hedefleri, istekleri ve ekonomik durumdaki değişiklikler, ailedeki yeni roller, yabancı hastane ortamı, AMI'nın tekrarlama olasılığı gibi nedenlerle anksiyete yaşadıklarını vurgulamışlardır ( 5 ).

Aile üyelerinin ve eşin çok konuşmaları, çok soru sormaları, sık sık telefon etmeleri, aşırı uyanıklılık hali veya reaksiyoner tutumlarının anksiyete belirtisi olabileceği unutulmamalıdır (4,9,10,32).

Ailenin hastanın hastanede olduğu dönemdeki gereksinim ve beklentileri ile ilgili yapılan çeşitli araştırmalarda; hastaya yardımcı olma, sağlık ekibinden ilgi ve destek görme, eşinin durumu hakkında bilgilendirilme ve eşleri için en iyi tedavi ve bakımın yapıldığından emin olmak istediklerini sıralamışlardır.Yine bu araştırmalardaki temel görüş, hastaların iyileşme sürecinde eşlerinin önemli bir role sahip olduğudur (4,9,19,27,36,40,42).

Mayou ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (1976) AMI'nın hastayı etkilediği kadar aileyi de etkilediği, hastanın iyileşme süresi ve derecesi üzerinde aile ve eşin çok önemli rol oynadıkları, ayrıca bu dönemde hastaya olduğu kadar ailesine de gerekli ilgi ve desteğin verilmesini gerektiği üzerinde durulmuştur ( 26 ).

Hemşire, hasta ve eşin sağlık ekibi üyeleri ile iletişimini sağlayabilecek en önemli ekip üyesidir. Hastanın eşi, endişelerini ortaya koyabilmesi için cesaretlendirilmeli, sorular sormasına olanak sağlanmalıdır. Hastanın durumu hakkında günlük telefon görüşmelerine ve ziyaretlere izin verilmesi, hastanın ve eşinin rahatlamasını sağlayabilir (4,9,45).

Eş ve ailenin eğitimi ve hazırlanmasına, hasta üniteden çıkarılmadan önce, stabil hale gelir gelmez başlanmalıdır. Bu hazırlıklara çeşitli sağlık disiplini üyelerinin (hemşire, hekim, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı) katılımı sağlanmalıdır (4,9,31).

Hastaneden ayrıldıktan sonra hastanın yaşayabileceği psikolojik sorunların normal olduğu, aşırı koruyucu bir davranış şekline gerek olmadığı aileye anlatılmalıdır. Ayrıca aileye en yakın tıp merkezlerinin adres ve telefonları da verilmelidir (4,9,31).

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Bakanlığı İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi, Sağlık Bakanlığı Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi, Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde 1.6.1992-15.11.1992 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmamızda; ilk kez miyokard infarktüsü tanısı koyulmuş, 20-79 yaşları arasında, evli ve iletişim sorunu olmayan hastalar ve eşler ele alınmıştır. Çalışma 50 hasta, 50 eş üzerinde yapılmıştır.

Araştırmamızda; vakaların tanımlayıcı özellikleriyle ilgili bulgular, 6 sorudan oluşan görüşme formu ile toplanmıştır (Ek 1).

Vakaların anksiyete düzeylerine ilişkin bulgular ise, Öner tarafından Türk toplumunda klinik uygulama ve tedavide, anksiyete düzeyini ölçebilme olanağı sağlayan, Spielberger ve arkadaşlarının "Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri(State-Trait Anxiety Inventory)" kullanılarak toplanmıştır. (Ek 2,Ek 3).

Durumluk - Sürekli Anksiyete Envanteri (DSAE), geçici ve sürekli anksiyete düzeyini yansıtmakta kullanılır. "Kendini Değerlendirme Anketi, Staı Formu TX-1 ve Staı Formu TX-2" başlığı ile 2 ayrı sayfa halinde 20'ser maddeden oluşan bir kağıt kalem leğidir ( 28 ).

Görüşme formu ve ölçekler bireysel görüşmelerle doldurulmuştur. Araştırma kapsamına alınan bireylerle sessiz sakin bir ortamda görüşülmüş ve yalnızca istekli olanlar araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmamızın sonucunda elde edilen bulgular; "Yüzdelik" ve "Student T Testi" kullanılarak, istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Araştırmamızdaki bulgular; Sağlık Bakanlığı İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi, Sağlık Bakanlığı Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde ilk kez akut miyokard infarktüsü tanısı ile yatan, 50 hasta ve eşlerinden elde edilmiştir.

Elde edilen bulgular 2 bölümde incelenerek istatistiksel değerlendirilmeleri yapılmıştır.

### VAKALARLA İLGİLİ TANIMLAYICI BULGULAR

Tablo 1. Vakaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| YAŞ<br>GRUPLARI | HASTALAR |     | EŞLER |     |
|-----------------|----------|-----|-------|-----|
|                 | N        | %   | N     | %   |
| 20-39           | 1        | 2   | 6     | 12  |
| 40-59           | 31       | 62  | 34    | 68  |
| 60-79           | 18       | 36  | 10    | 20  |
| TOPLAM          | 50       | 100 | 50    | 100 |

Tablo 1'de görüldüğü gibi hastaların % 62'si (n=31) 40-59 yaş grubunda, %36'sı (n=18) 60-79 yaş grubundadır. Hastaların eşlerinin ise, % 68'i (n=34) 40-59, % 20'si (n=10) 60-79 yaş grubunu oluşturmuştur.

Tablo 2. Vakaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

| CİNSİYET | HASTALAR |     | EŞLER |     |
|----------|----------|-----|-------|-----|
|          | N        | %   | N     | %   |
| KADIN    | 8        | 16  | 42    | 84  |
| ERKEK    | 42       | 84  | 8     | 16  |
| TOPLAM   | 50       | 100 | 50    | 100 |

Tablo 2'de görüldüğü gibi, hastaların % 84'ünü (n=42) erkek, % 16'sını kadın hastalar oluşturmuştur. Eşlerin ise % 84'ü (n=42) kadın, % 16'sı (n=8) erkektir.

Tablo 3. Vakaların Mesleklerine Göre Dağılımı

| MESLEK  | HASTALAR |     | EŞLER |     |
|---------|----------|-----|-------|-----|
|         | N        | %   | N     | %   |
| İŞÇİ    | 4        | 8   | -     | -   |
| MEMUR   | 2        | 4   | 5     | 10  |
| EMEKLİ  | 22       | 44  | 6     | 12  |
| SERBEST | 12       | 24  | 4     | 8   |
| DİĞER   | 10       | 20  | 35    | 70  |
| TOPLAM  | 50       | 100 | 50    | 100 |

Tablo 3 incelendiğinde, hastaların % 44'ünün emekli (n=22), % 24'ünün serbest meslek sahibi (n=12) olduğu saptanmıştır. Hastaların eşlerinin ise, % 12'si emekli (n=6), % 10'u (n=5) memur, % 70'i (n=35) ise ev hanımıdır.

Tablo 4. Vakaların Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı

| YAŞADIKLARI<br>YER | HASTALAR |     | EŞLER |     |
|--------------------|----------|-----|-------|-----|
|                    | N        | %   | N     | %   |
| İSTANBUL           | 46       | 92  | 46    | 92  |
| İSTANBUL DIŞI      | 4        | 8   | 4     | 8   |
| TOPLAM             | 50       | 100 | 50    | 100 |

Tablo 4'te görüldüğü gibi vakaların %92'si (n=46) İstanbul'da, %16'sı (n=8) ise İstanbul dışında yaşamaktadır.

Tablo 5. Vakaların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

| ÖĞRENİM DURUMU   | HASTALAR |     | EŞLER |     |
|------------------|----------|-----|-------|-----|
|                  | N        | %   | N     | %   |
| OKUR-YAZAR DEĞİL | 1        | 2   | 7     | 14  |
| OKUR-YAZAR       | 6        | 12  | 8     | 16  |
| İLKÖĞRETİM       | 19       | 38  | 16    | 32  |
| ORTAÖĞRETİM      | 19       | 38  | 13    | 26  |
| YÜKSEKÖĞRETİM    | 5        | 10  | 6     | 12  |
| TOPLAM           | 50       | 100 | 50    | 100 |

Tablo 5'te görüldüğü gibi, hastaların %12'si (n=6) okur-yazar, %38'i (n=19) ilkokul, %38'i (n=19) ortaokul, %10'u (n=5) yüksekokul mezunudur. Hastaların eşlerinin ise, %14'ü (n=7) okur-yazar olmadığı, %16'sının (n=8) okur-yazar, %32'sinin (n=16) ilkokul, %26'sının (n=13) ortaokul, %12'sinin (n=6) ise yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. Vakaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

| SOSYAL GÜVENCE | HASTALAR |     | EŞLER |     |
|----------------|----------|-----|-------|-----|
|                | N        | %   | N     | %   |
| VAR            | 44       | 88  | 44    | 88  |
| YOK            | 6        | 12  | 6     | 12  |
| TOPLAM         | 50       | 100 | 50    | 100 |

Tablo 6 incelendiğinde, vakaların % 88'inin (n=44) sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir.

## II. VAKALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 7.Vakaların Durumluk Anksiyete Düzeylerinin Dağılımı

| DURUMLUK ANK.<br>DÜZEYİ | HASTALAR |     | EŞLER |     |
|-------------------------|----------|-----|-------|-----|
|                         | N        | %   | N     | %   |
| 0-19 (ANK. YOK)         |          |     |       |     |
| 20-39(ANK.HAFİF)        | 4        | 8   | 2     | 4   |
| 40-59(ANK.ORTA)         | 30       | 60  | 20    | 40  |
| 60-79(ANK.AĞIR)         | 16       | 32  | 28    | 56  |
| 80 ve üstü(PANİK)       |          |     |       |     |
| TOPLAM                  | 50       | 100 | 50    | 100 |

Spielberger, Durumluk-Sürekli Anksiyete Skalasına göre, 0-19 arası puan "Anksiyete Yok", 20-39 arası puan "Hafif Anksiyete", 40-59 arası puan "Orta Düzeyde Anksiyete", 60-79 arası "Ağır Düzeyde Anksiyete", 80 ve üstü "Panik" olarak değerlendirilir. Tablo 7'de görüldüğü gibi, hastaların % 8'inin(n=4) hafif düzeyde, %60'ının (n=30) orta düzeyde, %

32'sinin (n=16) ağır düzeyde anksiyete yaşadığı saptanmıştır. Eşlerin ise, %4'ünün (n=2) hafif, % 40'ının (n=20) orta, % 56'sının (n=28) ağır düzeyde anksiyete yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 8. Hastalar ve Eşlerindeki Sürekli Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

|          | N  | X     | SD   | T DEĞERİ | P DEĞERİ |
|----------|----|-------|------|----------|----------|
| HASTALAR | 50 | 37.76 | 7.61 | 1.68     | P>0.05   |
| EŞLER    | 50 | 35.06 | 8.42 |          |          |

Tablo 8'de görüldüğü gibi, hastaların ve eşlerinin sürekli anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel yönden anlamlılık bulunamamıştır (P>0.05).

Tablo 9. Hastalarda Sürekli Anksiyete-Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

|           | N  | X     | SD   | T DEĞERİ | P DEĞERİ |
|-----------|----|-------|------|----------|----------|
| SÜR. ANK. | 50 | 37.76 | 7.61 | 9.55     | P<0.001  |
| DUR. ANK. | 50 | 54.32 | 9.61 |          |          |

Tablo 9'da görüldüğü gibi, hastaların sürekli ve durumluk anksiyeteleri karşılaştırıldığında çok ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (P<0.001).

Tablo 10.Eşlerdeki Sürekli Anksiyete - Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

|           | N  | X     | SD    | T DEĞERİ | P DEĞERİ |
|-----------|----|-------|-------|----------|----------|
| SÖR. ANK. | 50 | 35.06 | 8.42  | 12.52    | P<0.001  |
| DUR. ANK. | 50 | 59.38 | 10.84 |          |          |

Tablo 10'da görüldüğü gibi, eşlerin sürekli ve durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel yönden çok ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P<0.001$ ).

Tablo 11. Hastalar ve Eşlerindeki Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

|          | N  | X     | SD    | T DEĞERİ | P DEĞERİ    |
|----------|----|-------|-------|----------|-------------|
| HASTALAR | 50 | 54.32 | 9.61  | 2.47     | 0.01<P<0.05 |
| EŞLER    | 50 | 59.38 | 10.84 |          |             |

Tablo 11'de görüldüğü gibi, hastalar ve eşlerinin durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $0.01<P<0.05$ ).

Tablo 12.Hastaların Cinsiyetlerine Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| CİNSİYET | N  | X     | SD   | T DEĞERİ | P DEĞERİ     |
|----------|----|-------|------|----------|--------------|
| KADIN    | 8  | 62.37 | 5.80 | 2.75     | 0.001<P<0.01 |
| ERKEK    | 42 | 52.78 | 9.46 |          |              |

Tablo 12'de görüldüğü gibi, hastaların cinsiyetlerine göre, durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadın hastaların erkek hastalara oranla durumluk anksiyeteleri yüksek bulunmuştur ( $0.001 < P < 0.01$ ).

Tablo 13. Eşlerin Cinsiyetlerine Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| CİNSİYET | N  | X     | SD   | T DEĞERİ | P DEĞERİ |
|----------|----|-------|------|----------|----------|
| KADIN    | 42 | 62.33 | 8.53 | 5.62     | P<0.001  |
| ERKEK    | 8  | 43.87 | 8.37 |          |          |

Tablo 13'de görüldüğü gibi, eşlerin cinsiyetlerine göre, durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadın eşlerin (n=42), erkek eşlere (n=8) oranla durumluk anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel yönden aradaki fark çok ileri derecede anlamlıdır ( $P < 0.001$ ).

Tablo 14. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| YAŞ GRUPLARI | N  | X     | SD   | T DEĞERİ | P DEĞERİ |
|--------------|----|-------|------|----------|----------|
| 40-59        | 31 | 53.87 | 9.61 | 0.24     | P>0.05   |
| 60-79        | 18 | 54.55 | 9.87 |          |          |

Tablo 14'te görüldüğü gibi, hastaların yaş gruplarına göre, durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 40-59 yaş grubu (n=31) ile, 60-79 yaş

grubu (n=18) arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 15. Eşlerin Yaş Gruplarına Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| YAŞ GRUPLARI | N  | X     | SD    | T DEĞERİ | P DEĞERİ |
|--------------|----|-------|-------|----------|----------|
| 40-59        | 34 | 60.47 | 9.59  | 1.26     | $P>0.05$ |
| 60-79        | 10 | 55.5  | 15.05 |          |          |

Tablo 15'te görüldüğü gibi, 40-59 yaş grubundaki (n=34) eşlerle, 60-79 yaş grubundaki (n=10) eşlerin karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 16. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| ÖĞRENİM DURUMU   | N  | X     | SD    | T DEĞERİ | P DEĞERİ |
|------------------|----|-------|-------|----------|----------|
| OKUR-YAZAR DEĞİL |    |       |       |          |          |
| OKUR-YAZAR       | 26 | 52.34 | 10.72 | 1.53     | $P>0.05$ |
| İLKOKUL          |    |       |       |          |          |
| ORTAÖĞRETİM      |    |       |       |          |          |
| YÜKSEKÖĞRETİM    | 24 | 56.45 | 7.92  |          |          |

Tablo 16'da görüldüğü gibi, okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilkokul mezunu (n=26) hastalarla, ortaokul mezunu ve yüksekokul mezunu (n=24) hastaların durumluk anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında, aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Tablo 17. Eşlerin Öğrenim Durumlarına Göre Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| ÖĞRENİM DURUMU   | N  | X     | SD    | T DEĞERİ | P DEĞERİ |
|------------------|----|-------|-------|----------|----------|
| OKUR-YAZAR DEĞİL |    |       |       |          |          |
| OKUR-YAZAR       | 31 | 61.32 | 9.70  |          |          |
| İLKOKUL          |    |       |       | 1.65     | P>0.05   |
| ORTAOKUL         |    |       |       |          |          |
| YÜKSEKOKUL       | 19 | 56.21 | 12.09 |          |          |

Tablo 17'de görüldüğü gibi, okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilkököl mezunu olan hastalarla (n=31), ortaokul ve yüksekokul mezunu hastaların oluşturduğu grubun anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır (P>0.05).

Tablo 18. Vakaların Sosyal Güvencelerine Göre Durumluk Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| SOSYAL GÜVENCE | N  | X     | SD   | T DEĞERİ | P DEĞERİ |
|----------------|----|-------|------|----------|----------|
| VAR            | 44 | 54.70 | 9.78 |          |          |
| YOK            | 6  | 51.50 | 8.50 | 0.76     | P>0.05   |

Tablo 18'de görüldüğü gibi, sosyal güvencesi olan hastalarla (n=44), sosyal güvencesi olmayan hastaların durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (P>0.05).

## TARTIŞMA

Akut miyokard infarktüsü, ölüm tehditi oluşturabilen bir hastalıktır. Bu hastalığı ilk kez deneyimleyen bireylerde, ciddi fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik sorunlar da ortaya çıkabilir. Gelecekte korkan, telaşlı ve normal aktif yaşama geçmekte çok az özgüveni olan bu hastaların eşleri de, en az onlar kadar telaş ve endişe içinde olabilir.

Bu çalışmada; ilk kez akut miyokard infarktüsü tanısı ile koroner yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastalar ve eşlerindeki ilk 24 saat içindeki anksiyete düzeyini saptamak amacıyla, skala uygulanmış ve sonuçlar literatür bilgisi ışığı altında tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 62'si (n=31) 40-59 yaş grubunda, % 36'sı (n=18) ise, 60-79 yaş grubundadır (Tablo 1). Bulgularımız; konu ile ilgili literatürle paralelik sağlamaktadır (6,16,20,21).

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde; % 84'ünü (n=42) erkek hastaların oluşturduğu görülmektedir (Tablo 2). Literatürde AMI'nün erkeklerde, kadınlara oranla

(7/1) daha sık görüldüğü belirtilmektedir (6,16,20,21). Bulgularımız; literatürle paralellik sağlamaktadır.

Hastaların mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde; % 44'ünün (n=22) emekli olduğu görülmektedir (Tablo 3). Bu durum araştırmamızı yaptığımız yoğun bakım ünitelerinin, devlet hastanelerinde olması ve burada emeklilerinin tedavi olma şansının yüksek olmasına bağlanabilir. Meslek grupları arasında bir karşılaştırma yaptığımız da serbest meslek grubunda olanların, diğer gruplardan fazla olması, literatür bilgisi ile paralellik sağlamaktadır (6,20,21).

Vakaların yaşadıkları yere göre dağılımına bakıldığında, %92(n=46) gibi büyük bir çoğunluğun İstanbul'da yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4). Bu durum; çalışmanın İstanbul'daki hastanelerde yapılmış olması ve AMI'nın acil girişim gerektiren bir hastalık oluşuna bağlanabilir.

Literatürde, bireylerin hastalığa karşı tepki ve uyumlarının değişiklikler gösterdiği belirtilmektedir (2,4,9,15,31,38,41). Bu durum vakalarımızda incelendiğinde, hastaların % 60'ının (n=30) orta düzeyde, % 32'sinin (n=16) ağır düzeyde anksiyete yaşadığı saptanmıştır. Eşlerin ise % 40'ının (n=20) orta, % 56'sının ağır düzeyde anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (Tablo 7). Hastalarda orta düzeyde anksiyete düzeyinin fazla görülmesi, koroner yoğun bakım ünitesinde kendilerini güvencede hissetmelerine bağlanabilir. Eşlerde ağır düzeyde anksiyetenin görülmesi ise, eşlerinden uzak olmaları ve her an eşleri ile ilgili bilgi alamamalarına bağlanabilir.

Literatürde; sürekli anksiyete, bireyin içinde bulunduğu duruma doğrudan bağlı olmayan anksiyete olarak tanımlanmakta ve bu durum kişilik yapısı ile açıklanmaktadır (28). Hastalar ve eşlerindeki sürekli anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $P>0.05$ ) (Tablo 8).

Hastalardaki sürekli anksiyete ve durumluk anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, istatistiksel yönden çok ileri derecede anlamlılık saptanmıştır ( $P<0.001$ ) (Tablo 9). Bu bulgu; ilk kez akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların, ilk 24 saatte durumluk anksiyete düzeylerinin yükseldiğini göstermektedir. Literatürde; hastaların koroner yoğun bakım ünitesinde anksiyete düzeylerinin yükseldiği belirtilmektedir (4,9,20,25,33,45, 47,50). Bulgularımız D.Thompson'un ve E.Cay'ın bulguları ile de paralellik sağlamaktadır (11,38).

Ölkemizde hemşire araştırmacılar tarafından yapılan bir çok çalışmada, hastaların tanısına bakılmaksızın her türlü tıbbi tedavi, bakım ve girişimlerde yoğun olarak anksiyete yaşadıkları ortak bir sorun olarak saptanmıştır (2,3,18,22,24,29,30,48). Bulgularımız bu araştırmalarla paralellik göstermektedir.

Hastaların eşlerindeki sürekli anksiyete ve durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aradaki fark istatistiksel yönden çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $P<0.001$ ) (Tablo 10). Bu bulgu; ilk kez akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların eşlerinin de ilk 24

saatte anksiyete yaşadıklarını göstermektedir. Bulgularımız; D.Thompson'un ve E.Cay'ın bulguları ile paralellik sağlamaktadır (11,38). Literatürde; genellikle tıbbi tedavi, bakım ve girişimlerde hasta eşlerinin bakıma dahil edilmediği, pasif bir izleyici durumunda kaldıkları ve onlara yeterli bilgi ve desteğin verilmediği belirtilmektedir. (4,9,19,31,36,45,50).

Eşler ve hastaların durumluk anksiyete puan ortalamalarını karşılaştırdığımızda, eşlerin anksiyete düzeyleri hastalara oranla daha yüksek olarak bulunmuştur ( $0.01 < P < 0.05$ ) (Tablo 11). Bulgularımıza paralellik gösteren, Thompson & Meddis'in çalışmasında da, eşlerin anksiyete düzeylerinin, hastalara oranla yüksek olduğu belirtilmiştir (41). D. Thompson'un başka bir araştırmasında da eşlerin anksiyete düzeyi, hastalara oranla daha yüksek olarak bulunmuştur (38).

Kadın hastalarla, erkek hastaların durumluk anksiyeteleri karşılaştırıldığında; kadın hastaların, erkek hastalara oranla biraz daha fazla anksiyete yaşadığı bulunmuştur ( $0.001 < P < 0.01$ ) (Tablo 12). Bu bulgu; D.Thomson'un çalışması ile paralellik göstermektedir (38). Literatürde; kadın ve erkeklerin yaşamındaki strese neden olan faktörlerin farklı olabildiği belirtilmektedir. Erkek için bir hastalıkta en önemli endişe nedeni işe dönememe ve seksüel yaşamdır. Kadın için ise, bunların yanı sıra aile içindeki rol ve sorumlulukları yerine getirememe ve/veya çocukları

ile ilgilenemeyeceği düşüncesi daha çok suçluluk duymasına ve anksiyete yaşamasına neden olabilmektedir (4,9,31).

Kadın eşlerle, erkek eşlerin durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadın eşlerin, erkek eşlere oranla daha çok anksiyete yaşadığı saptanmıştır ( $P<0.001$ ) (Tablo 13). D.Thompson'nun, ~~ye~~ Thompson <sup>le</sup> Meddis'in araştırması bulgularımızla paralellik göstermektedir (38,41). Bu durum, kadınların genelde erkeklere oranla, hastalık durumuna daha duyarlı olmalarına da bağlanabilir.

Hastaların yaş gruplarına göre durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 40-59 yaş grubu ( $n=31$ ) ile, 60-79 yaş grubu ( $n=18$ ) arasında istatistiksel yönden bir anlamlılık bulunamamıştır ( $P>0.05$ ) (Tablo 14). Bu durum hasta sayısının az olmasına ve skalanın hastalığın çok erken bir döneminde uygulanmasına ve akut miyokard infarktüsünün her yaş grubu için ciddi bir sorun oluşuna bağlanabilir.

Eşlerin yaş gruplarına göre durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 40-59 yaş grubundaki eşlerle ( $n=34$ ), 60-79 yaş grubundaki eşler ( $n=10$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $P >0.05$ ) (Tablo 15). Bu durum vaka sayısının az olmasına bağlanabilir.

Hastaların öğrenim durumlarına göre, durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilkökul mezunu hastaların oluşturulduğu grupla ( $n=26$ ), ortaokul ve yüksek okul mezunu hastaların oluşturduğu grup arasında anlamlı bir fark

bulunamamıştır ( $P>0.05$ ) (Tablo 16). Bu durum vaka sayısının az olmasına bağlanabilir.

Eşlerin öğrenim durumlarına göre, durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilkokul mezunu eşlerin oluşturduğu grupla, ortaokul ve yüksekokul mezunu eşlerin grubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $P>0.05$ ) (Tablo 17). Bu bulgu; eğitimin anksiyeteyi etkilemediğini düşündürmenin yanı sıra vaka sayısının az olmasına da bağlanabilir.

Vakaların sosyal güvencelerine göre durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi olan grupla ( $n=44$ ), sosyal güvencesi olmayan grup ( $n=6$ ) arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $P>0.05$ ) (Tablo 18). Bu durum vaka sayısının az olmasına bağlanabilir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, Sağlık Bakanlığı İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi, Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde, ilk kez akut miyokard infarktüsü tanısı ile yatan 50 hasta ve eşinde anksiyete düzeylerinin saptanması amacıyla planlanmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların %62'si (n=31), eşlerinin ise %68'i (n=34) 40-59 yaş grubunda olup, hastaların % 84'ünü (n=42) erkek hastalar oluşturmuştur.

Hastalar ve eşlerinin sürekli anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $P>0.05$ ) (Tablo 8).

Hastaların sürekli anksiyete ve durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel yönden çok ileri derecede anlamlılık saptanmıştır ( $P<0.001$ ) (Tablo 9).

Eşlerin sürekli anksiyete ve durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P<0.001$ ) (Tablo 10).

Eşler ve hastaların durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eşlerdeki anksiyete düzeyi,

hastalardaki anksiyete düzeyine oranla daha yüksek olarak saptanmıştır ( $0.01 < P < 0.05$ ) (Tablo 11).

Kadın ve erkek hastaların durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadın hastaların anksiyete düzeyi, erkek hastalara oranla daha yüksek olarak bulunmuştur ( $0.001 < P < 0.01$ ) (Tablo 12).

Kadın eşlerle, erkek eşlerin anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadın eşlerin, erkek eşlere oranla daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadığı saptanmıştır ( $P < 0.001$ ) (Tablo 13).

Araştırmamızın sonuçlarına göre;

İlk kez akut miyokard infarktüsü geçirmekte olan hastalar ve eşlerinde anksiyete düzeyi yükselmektedir.

Bu hastalarda ve eşlerinde anksiyetenin önemli bir sorun olarak ele alınması,

Hastalarda ve eşlerindeki anksiyete düzeylerini azaltabilmek için hastaların eşleri tarafından ziyaret edilmelerine izin verilmesi,

Hastalara ve eşlerine hastalık ve yapılan girişimlerle ilgili olarak sürekli bilgi verilmesi,

Bu hastaların bakımına, eşinin de katılımının sağlanması önerilmiştir.

## ÖZET

Bu çalışma; ilk kez akut miyokard infarktüsü geçirmekte olan hastalar ve eşlerinin anksiyete düzeylerini saptamak, bu hastalar ve eşlerinde anksiyetenin önemli bir sorun olarak ele alınması gerektiğini vurgulamak amacıyla planlanmıştır.

Çalışma; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde ilk kez akut miyokard infarktüsü tanısı ile yatan 50 hasta ve eşleri üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Vakaların sürekli ve durumluk anksiyete düzeylerini saptamak için, Spielberger ve arkadaşlarının "Durumluk-Sürekli Anksiyete Skalası" kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin "Yüzdelik" ve "Student T Testi" ile istatistiksel yönden değerlendirilmesi yapılmıştır.

Hastalar ve eşlerinin sürekli anksiyete düzeyleri incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $P>0.05$ ).

Hastaların sürekli ve durumluk anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında, istatistiksel yönden çok ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P<0.001$ ).

Eşlerin sürekli ve durumluk anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında, istatistiksel yönden çok ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $P<0.001$ )

Hastalar ve eşlerinin durumluk anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında, istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $0.01<P<0.05$ ).

Bu sonuçlara göre; ilk kez akut miyokard infarktüsü geçirmekte olan hastalarda ve eşlerinde anksiyete önemli bir sorun olarak ele alınmalı ve hasta bakımına eşin de katılımı sağlanmalıdır.

## SUMMARY

This study has been planned in order to fix the anxiety levels of the patients and spouses who have the acute myocardial infarction for the first time and to stress that it is necessary to handle the anxiety for these patients as an important problem.

Study has been realised on 50 patients and spouses who have acute myocardial infarction for the first time, in İstanbul University, İstanbul Medicine Faculty Health Research and Application Hospital, Ministry of Health Koşuyolu Heart and Research Hospital and İstanbul Heart, Chest and Vein Surgical Center.

Spielberger and his friends used "State-Trait-Anxiety Scale" in order to fix the state and trait anxiety levels of the patients.

The datum obtained at the end of the study has been evaluated statistically by "Percentage and Student T Test". When the continues anxiety levels was examined of the patients and spouses the meaningful statistically ( $p>0.05$ ).

When the state and trait anxiety levels of the patients were compared the advanced meaningful difference was found statistically ( $p<0.001$ ).

When the trait and state anxiety levels of the spouses were compared the advanced meaningful difference was found ( $P < 0.001$ ).

When the state anxiety levels of the patients and spouses were compared the meaningful difference was found statistically ( $0.01 < P < 0.05$ ).

As a result of this the anxiety should handle as an important problem in the patients and spouses who have the acute myocardial infarction for the first time, and the participation of the spouses should be obtained.



## KAYNAKLAR

1. Akbal, Y. :Akut miyokard infarktüsli hastalara bakım veren hemşirelerin bu hastaların bakımı konusundaki bilgi düzeyleri, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, (1985).
2. Aksoy, G.: Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında psikososyal faktörlerin rolü ve hemşirelik hizmetlerinin yeri, İ.Ü. (Doktora Tezi), İstanbul, (1982).
3. Ala, Z.: Kalıcı pacemaker implante edilmeden önce anksiyetenin giderilmesi için eğitimin etkinliğinin saptanması, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, (1992).
4. Andreoli,K.G.,Kinney,R.M.,Wallace,A.G.: Comprehensive Cardiac Care. The C.V. Mosby Co., St.Louise, 6th ed., (1987).
5. Bedsworth, J.A., Molen,M.T. : Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction, **Hearth & Lung**, 11:450, (1982).

6. Bilir, N. : Halk Sağlığı Yönünden Koroner Kalp Hastalığı. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, No:88/42, Ankara, (1988).
7. Birol, L. : Hemşirelik Süreci. Şafak Matbaası, Ankara, 2. Baskı, (1990).
8. Birol,L., Akdemir,N., Bedük,T. :İç Hastalıkları Hemşireliği. Mas Matbaacılık, Ankara, (1989).
9. Burke,L.E., Scalzi,C. : Behavioral responses of the patient and family:myocardial infarction and coronary artery bypass surgery,"In: S.L.Underhill, S.L.Woods, E.S.Froelicher, C.J.Halpenny (ed.): Cardiac Nursing. J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 2nd ed., (1989).
10. Carpenito, L.J. : Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. J.B. Lippincott Co.,Philadelphia, 3rd ed., (1989).
11. Cay, E.L.: Psychological problems in patients after myocardial infarction, **Adv. Cardiol.**, 29:108, (1982).
12. Cunningham, S. :The epidemiological basis of coronary disease prevention, **Nurs Clin North Am**,4:153, (1992).
13. Çalangu, S. : Acil Dahiliye. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 3. Baskı, (1992).
14. Demiroğlu,C.,Yazıcı,N.: Dolaşım sistemi hastalıkları, "Editör: A.Öbek: İç Hastalıkları. Karar Matbaası, İstanbul, (1990)," kitabından.

15. Eti, F. : Mastektomili hastalara ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan hemşirelik bakımının beden imajını algılama ve fiziksel iyileşme üzerine etkisi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Doktora Tezi), İstanbul, (1992).
16. Fadiloğlu, Ç., Karadakovan, A. : Miyokard infarktüsü hastaların hastalığı algılaması, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, E.Ü. Basımevi, (1990).
17. Finney, C. P.: Coronary artery disease, **Nurs Clin North Am**, 4:141, (1992).
18. Güler, K. : Doğuma fizyolojik ve psikolojik yönden hazırlanmış gebelerle, hazırlanmamış olanların antepartum, intrapartum, postpartum dönemlerdeki anksiyete farklılıklarının araştırılması, İ.Ü. (Doktora Tezi), İstanbul, (1982).
19. Hentinen, M. : Need for instruction and support of the wives of patients with myocardial infarction, **Journal of Advanced Nursing**, 8:519, (1983).
20. Işık, K.: Acil Kalp Hastalıklarında Teşhis ve Tedavi. İstanbul Matbaası, İstanbul, (1986).
21. Komşuoğlu, B.: Acil Kardiyoloji. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, (1992).
22. Kum, N.: Yetişkin cerrahi hastalarında anksiyete ve korku, H.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu (Doçentlik Tezi), Ankara, (1972).

23. Lowe, L. : Anxiety in a coronary care unit, **Nursing Times**, 85:61, (1989).
24. Madenoğlu, M.:Koroner yoğun bakım Ünitesindeki akut miyokard infarktüsü hastalarda kan basıncı ve kalp hızı üzerine ziyaretçilerin etkisi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, (1988).
25. Majarowicz, K., Christiansen, C.V.: Cardiovascular Nursing. Springhouse Co., Pennsylvania, (1989).
26. Mayou,R., Williamson,B., Foster,A. : Attitudes and advice after myocardial infarction, **British Medical Journal**, 1:1577, (1976).
27. McKay, J. : Attack on anxiety, **Nursing Times**, 34: 34, (1991).
28. Öner, M., Le Compte, A.:Süreksiz Durumluk, Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, Boğaziçi Matbaası, (1983).
29. Özkasap, F. :Endoskopi öncesi hastalarda oluşan anksiyeteye eğitimin etkilerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, (1988).
30. Pektekin, Ç. : Hastaneye kabulde hastaların anksiyetelerinin ölçülüp değerlendirilmesi, İ.Ü. (Doktora Tezi), İstanbul, (1981).
31. Rankin, S. H.: Pshychosocial adjustment of coronary artery disease patient and their spouses :

- Nursing İmplications, **Nurs Clin of North Am**, 4:271, (1992).
32. Robinson,L.: Stress and anxiety, **Nurs Clin of North Am**, 4:935, (1990).
33. Rogers, J.H., Osborn, H.H., Pousada, L.:Emergency Nursing. Williams&Wilkins, Baltimore, (1989).
34. Rossi,L., Leary,E.: Evaluating the patient with coronary artery disease, **Nurs Clin of North Am**, 4:171, (1992).
35. Sabuncu,N. ,Babadağ,K. ,Taşocak,G. ,Atabek,T. : Hemşirelik Esasları, A.Ü. Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Yayın No: 225, Etam A.Ş. Web Ofset, Eskişehir, (1991).
36. Skelton,M.,Dominian,J.:Ppsychological stress in wives of patients with myocardial infarction, **British Medical Journal**,2:101,(1973).
37. Thompson, D.R. : A randomized controlled trial of in-hospital nursing support for first time myocardial infarction patients and their partners :effects on anxiety and depression, **Journal of Advanced Nursing**, 14:291, (1989).
38. Thompson, D.R. :The coronary patient and his spouses, **Nursing**, 4:6, (1990).
39. Thompson, D.R, Meddis,R.A.: A prospective evaluations of in-hospital counselling for first time myocardial infarction men, **Journal of Psychosomatic Research**, 34:237, (1990).

40. Thompson, D.R., Cordle, C.J. : Support of viwes of myocardial infarction patients, **Journal of Advenced Nursing**, 13:223, (1988).
41. Thompson,D.R., Meddis,R. : Wives responses to counselling early after myocardial infarction, **Journal of Psychosomatic Research**, 34:249, (1990).
42. Thompson,D.R.,Webster,R.A.,Cordle,C.J.,Sutton,T.W. : Spesific sources and patterns of anxiety in male patients with first myocardial infarction, **British Journal of Medical Psychology**, 60:343, (1987).
43. Velioğlu, P., Oktay, S., Karanisoğlu, H. : Hastalara ve hemşirelere göre hemşirelik faaliyetlerinin önem derecesi, **Hemşirelik Bülteni**, 6:20, (1986).
44. Velioğlu, P., Pektekin, Ç., Şanlı, T. :Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. A.Ö. Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Yayın No:226, Etam A.Ş. Web Ofset, Eskişehir, (1991).
45. Watson, J.E., Royle, J.A. : Watson's Medical-Surgical Nursing and Related Physiology. Bailliere Tindall, London, 3rd ed., (1987).
46. Woo, M.A. : Clinical management of the patient with acute myocardial infarction, **Nurs Clin of North Am**, 4:189, (1992).
47. Woods, S.L., Underhill, S.L.: Myocardial ischemia and infarction," In S.L. Underhill, S.L. Woods, E.S. Froelicher, C.J. Halpenny: Cardiac Nursing.J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 2nd ed., (1989).

48. Yazıcı, S.:Akut lenfoblastik lösemili çocukların annelerinde anksiyete düzeyi, kemoterapi ve hemşirelik etkileşiminin ilişkileri, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı(Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, (1989).
49. Yürügen, B. : Akut miyokard infarktüsü," Editörler : S. Oktay, G. Aksoy, B. Yürügen: Acil Hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, (1990)".
50. Yürügen, B., Durna, Z., Oktay, S.: İç Hastalıkları Hemşireliği. A.Ü. Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Yayın No:262, Etam A.Ş. Web Ofset, Eskişehir, (1992).

## ÖZGEÇMİŞ

1965 yılında Edirne'de doğan Aysel Durademir, 1983 yılında Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi, 1987 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun olmuştur.

1984-1988 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde, 1989 yılında Marmara Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Servisinde Sorumlu Hemşire olarak çalıştıktan sonra, aynı hastanenin hemşirelik hizmetleri müdür yardımcılığına atanmıştır. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

Aysel Durademir evli olup, İngilizce bilmektedir. Türk Hemşireler Derneği, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Eğitimi ve Hizmetlerini Destekleme Derneği, Nefroloji, Hemodiyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği'ne üyedir.

## EK 1

### GÖRÜŞME FORMU

Adınız-Soyadınız :

Tarih :

Adres-Telefon :

Yer :

Hasta : ( ) Eş ( )

1. Yaşınız :

- 1) 20-39 ( )
- 2) 40-59 ( )
- 3) 60-79 ( )

2. Cinsiyetiniz :

- 1) Kadın ( )
- 2) Erkek ( )

3. Mesleğiniz :

- 1) İşçi ( )
- 2) Memur ( )
- 3) Emekli ( )
- 4) Serbest ( )
- 5) Diğer ( )\*

4. Oturduğunuz yer :

- 1) İstanbul ( )
- 2) İstanbul Dışı ( )

5. Öğrenim Durumunuz :

- 1) Okur-Yazar Değil ( )
- 2) Okur-Yazar ( )
- 3) İlköğretim ( )
- 4) Ortaöğretim ( )
- 5) Yükseköğretim ( )

6. Sosyal Güvenceniz Var mı?

- 1) Evet ( )
- 2) Hayır ( )

---

\*Kadın eşler için ev hanımı

## EK 2

### KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU STAI FORM TX-I

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

|                                                    | Hiç | Biraz | Çok | Tamamıyla |
|----------------------------------------------------|-----|-------|-----|-----------|
| 1. Şu anda sakinim                                 | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 2. Kendimi emniyette hissediyorum                  | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 3. Şu anda sınırlarım gergin                       | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 4. Pişmanlık duygusu içindeyim                     | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 5. Şu anda huzur içindeyim                         | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 6. Şu anda hiç keyfim yok                          | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum            | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum                  | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 9. Şu anda kaygılıyım                              | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 10. Kendimi rahat hissediyorum                     | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 11. Kendime güvenim var                            | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 12. Şu anda asabım bozuk                           | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 13. Çok sinirliyim                                 | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 14. Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum  | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 15. Kendimi rahatlatmış hissediyorum               | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 16. Şu anda halimden memnunum                      | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 17. Şu anda endişeliyim                            | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 19. Şu anda sevinçliyim                            | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |
| 20. Şu anda keyfim yerinde                         | ( ) | ( )   | ( ) | ( )       |

### EK 3

## KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU STAI FORM TX-II

**YÖNERGE :** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmakta kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra **genel** olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **genel** olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

|                                                                    | Hemen hiç<br>bir zaman | Bazen | Çok<br>zaman | Hemen Her<br>zaman |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|-------|--------------|--------------------|
| 21. Genellikle keyfim yerindedir                                   | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 22. Genellikle çabuk yorulurum                                     | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 23. Genellikle kolay ağlarım                                       | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 24. Başkaları kadar mutlu olmak<br>isterim                         | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 25. Çabuk karar veremediğim için<br>fırsatları kaçıtırırım         | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 26. Kendimi dinlenmiş hissederim                                   | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 27. Genellikle sakin, kendime hakim<br>ve soğuk kanlıyım           | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar<br>biriktiğini hissederim      | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 29. Önemsiz şeyler hakkında endişe-<br>lenirim                     | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 30. Genellikle mutluyum                                            | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 31. Herşeyi ciddiye alır ve etkile-<br>nirim                       | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 32. Genellikle kendime güvenim yoktur                              | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 33. Genellikle kendimi emniyette<br>hissederim                     | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 34. Sıkıntılı ve güç durumlarla kar-<br>şılaşmaktan kaçınırım      | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 35. Genellikle kendimi hüzünlü his-<br>sederim                     | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 36. Genellikle hayatımdan memnunum                                 | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 37. Olur olmaz düşünceler beni ra-<br>hatsız eder                  | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 38. Hayal kırıklıklarını öylesine<br>ciddiye alırmı ki hiç unutmam | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 39. Akli başında ve kararlı bir in-<br>sanım                       | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |
| 40. Son zamanlarda kafama takılan<br>konular beni rahatsız eder    | ( )                    | ( )   | ( )          | ( )                |