

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSTE ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI
BİREYLERDEKİ DERİN NEFES EGZERSİZİNİN ANKSİYETE
DÜZEYİNE VE TABURCULUK SÜRESİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FADİME KAHRAMAN

KÜTAHYA-2022

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ACİL SERVİSTE ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI
BİREYLERDEKİ DERİN NEFES EGZERSİZİNİN ANKSİYETE
DÜZEYİNE VE TABURCULUK SÜRESİNE ETKİSİ

FADİME KAHRAMAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KÜTAHYA-2022

**ACİL SERVİSTE ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI BİREYLERDEKİ DERİN
NEFES EGZERSİZİNİN ANKSİYETE DÜZEYİNE VE TABURCULUK SÜRESİNE
ETKİSİ**



FADİME KAHRAMAN

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği Uyarınca

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde öğrenim gören Fadime KAHRAMAN'ın tez savunma sınavına ilişkin jüri kararım aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖĞRENCİNİN						
Adı Soyadı	Fadime KAHRAMAN					
Numarası						
Tez Savunma Sınav Tarihi	12.09.2022					
Tez Savunma Sınav Saati	14.00					
Anabilim Dalı	Hemşirelik					
Program	Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans					
Tez Konusu	Acil Serviste Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylerdeki Derin Nefes Anksiyete Düzeyine ve Taburculuk Süresine Etkisi					
SINAV SONUCU	Kabul:	X	Düzeltilme:		Red:	

JÜRI ÜYESİ	Üniversite Adı:	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
	Anabilim Dalı Adı:	Hemşirelik
	Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.	
	[REDACTED] 12.09.2022 Tarih /İmza	

Jüri üyesi tarafından YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün tarihli Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Doç. Dr. Fatma BAŞAR

ONAY

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde öğrenim gören Fadime KAHRAMAN'ın tez savunma sınavına ilişkin jüri kararım aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖĞRENCİNİN	
Adı Soyadı	Fadime KAHRAMAN
Numarası	
Tez Savunma Sınav Tarihi	12.09.2022
Tez Savunma Sınav Saati	14.00
Anabilim Dalı	Hemşirelik
Program	Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans
Tez Konusu	Acil Serviste Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylerdeki Derin Nefes Anksiyete Düzeyine ve Taburculuk Süresine Etkisi
SINAV SONUCU	Kabul: ☒ Düzeltme: ☐ Red: ☐

JÜRI ÜYESİ	Üniversite Adı:	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
	Anabilim Dalı Adı:	Hemşirelik
	Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.	
	Jüri Üyesi/ Adı / Soyadı / Nalan BOSTAN AKMEŞE 12.09.2022 Tarih /İmza	

Jüri üyesi tarafından YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün tarihli Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Doç. Dr. Fatma BAŞAR

ONAY

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde öğrenim gören Fadime KAHRAMAN'ın tez savunma sınavına ilişkin jüri kararım aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖĞRENCİNİN						
Adı Soyadı	Fadime KAHRAMAN					
Numarası	[REDACTED]					
Tez Savunma Sınav Tarihi	12.09.2022					
Tez Savunma Sınav Saati	14.00					
Anabilim Dalı	Hemşirelik					
Program	Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans					
Tez Konusu	Acil Serviste Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylerdeki Derin Nefes Egzersizinin Taburculuk Süresine ve Anksiyete Düzeyine Etkisi					
SINAV SONUCU	Kabul:	X	Düzeltilme	:	Red:	

JÜRİ ÜYESİ	Üniversite Adı:	Haliç Üniversitesi
	Anabilim Dalı Adı:	Hemşirelik
	Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.	
	Jüri Üyesi Adı / Soyadı / MAKBULE BATMAZ [REDACTED] 12.09.2022	

Jüri üyesi tarafından YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün tarihli Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Doç. Dr. Fatma BAŞAR

ONAY

T. C. KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

(Tez Teslim Beyan Formu)

Öğrenci No : [REDACTED]

Adı Soyadı : Fadime KAHRAMAN

Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı

Programı: Tezli Yüksek Lisans

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

-Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,

-Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

-Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

-Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

-Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,

-Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Fadime KAHRAMAN

TARİH/İMZA

12.09.2022

ONAY

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi. Havva GEZGİN YAZICI

[REDACTED]

[REDACTED]

ÖZET

Kahraman, F. Acil Serviste Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylerdeki Derin Nefes Egzersizinin Anksiyete Düzeyine ve Taburculuk Süresine Etkisi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2022.

Amaç: Acil servise başvuran ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylere derin nefes egzersizi yaptırarak anksiyete düzeylerinin düşmesini ve taburculuk süresinin kısalmasını sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Ön test son test düzende deney-kontrol gruplu randomize kontrollü çalışma 20.03.2021- 20.12.2021 tarihleri arasında acil servise başvurup anksiyete bozukluğu tanısı konulan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 70 hasta (35 deney grubu, 35 kontrol grubu) ile yürütüldü. Örneklemeye alınan bireylerin tamamına çalışma öncesinde aydınlatılmış onam, kişisel bilgi formu ve Beck anksiyete ölçeği uygulandı. Deney grubunda olan bireylere 10 dakikalık süreyle derin nefes alma egzersizi yaptırıldı, kontrol grubunun ise herhangi bir uygulama yapılmadan gözlem odasında 30 dakika dinlenmesi sağlandı. 30 dakikanın sonunda hem deney hem de kontrol grubuna Beck anksiyete ölçeği ve taburculuk süresinden oluşan form uygulandı.

Bulgular: Deney ve kontrol gruplarının sosyodemografik veriler ve ön test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından homojen olduğu bulunmuştur. Deney grubunun ön test puanı ortalama $36,31 \pm 13,98$ kontrol grubunun $37,23 \pm 12,06$ 'dur. Deney grubunun son test puanı ortalama $2,85 \pm 4,36$ kontrol grubunun $36,37 \pm 13,13$ 'dir. Deney grubunun %94'ünün taburculuk süresi 30 dakika ve daha az, kontrol grubunun tamamının 30 dakikadan fazladır.

Sonuç: Deney grubunun kontrol grubuna göre anksiyete düzeylerinin düştüğü, taburculuk süresinin kısaldığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, anksiyete bozukluğu, derin nefes egzersizi.

ABSTRACT

Kahraman, F. The Effect of Deep Breathing Exercise on Anxiety Level and Discharge Time in Individuals Diagnosed with Anxiety Disorder in Emergency Department. Kütahya University of Health Sciences, Graduate of Education Institute, Nursing Program, Master Thesis, Kütahya, 2022.

Objective: Reducing of anxiety level of people who consult to emergency service and are recognized as anxiety disorder, providing shorter period of discharge.

Materials and Methods: Random controlled work with experimental-control group on pre test- post test desing has carried out on to patients (35 experimental group, 35 control group) who consult to emergency service and suitable for research. Research has carried out between 20.03.2021 and 20.12.2021. Informed consent, personal information form and Beck Anxiety Scale have appired for all individuals who have taken sample before research. 10 minutes deep breathing exercise have been done for individuals who are in the experimental group. Individuals are in the control group have been rested in observation room for 30 minutes. Beck anxiety scale and discharge period form have appired for both experimental and control groups after 30 minutes.

Results: Experimental and control groups have been found as homogeneous in terms of sociodemographings data and Beck Anxiety Scale. The pretest score of the experimental group was $36,31 \pm 13,98$ on average, and the pretest score of the control group was $37,23 \pm 12,06$ on average. The mean post-test score of the experimental group was $2,85 \pm 4,36$, and the control group was $36,37 \pm 13,13$. Discharge time was 30 minutes or less for 94% of the experimental group, and more than 30 minutes for all of the control group.

Conclusion: It is found that anxiety level of experimental group are lower than contol group and the period of discharge has shortened.

Keywords: Anxiety disorder, deep breathing exercise, emergencency service.

TEŞEKKÜRLER

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteğiyle güç veren bu çalışmanın her aşamasında fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi. Havva GEZGİN YAZICI'ya

Yüksek lisansın bana kattığı en değerli dost olan, her zaman desteğini hissettiğim Esra KARABULUT'a

Araştırmam boyunca bana destek olan Acil Servis çalışanlarına,

Araştırmaya katılmayı kabul eden bütün hastalara,

Hayatımı renklendiren, her zaman yanımda olan çok değerli dostlarıma,

Tüm hayatım boyunca bana her türlü desteği veren aileme,

Beni sevgiyle büyüten, ben olmamı sağlayan hep yanımda hissettiğim dedem Mustafa KAHRAMAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Fadime KAHRAMAN

Kütahya, 2022

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Anksiyetenin Sistemlere Göre Belirtileri

Tablo 2.2. Anksiyete Tedavisinde Adaptif Potansiyeli Değerlendirme Modelinde Kullanılan İlaçlar

Tablo 3.1. Deney-Kontrol Grubuna Uygulanan İşlemler

Tablo 4.1. Deney/Kontrol İle Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Tablo 4.2. Deney/Kontrol İle Hastalıkla İlgili Özellikler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Tablo 4.3. Ölçeğe İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 4.4. Gruplara Göre Ön Test – Son Test Açısından Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.5. Deney/Kontrol İle Taburculuk Süresi Sınıfları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 4.1. Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı



SİMGELER VE KISALTMALAR

APA.....	American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Derneği)
DSM-V.....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5)
GBD.....	Global Burden of Disease (Küresel Hastalık Yüğü)
WHO.....	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
BDT.....	Bilişsel Davranışçı Terapi
SSRI.....	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNRI.....	Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
MAOI.....	Monoaminoksidaz inhibitörleri
EMDR.....	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme)

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1.PROBLEMİN TANIMI.....	1
1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	2
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.ANKSİYETE.....	3
2.1.1.Anksiyete ve Korku.....	3
2.1.2.Anksiyetenin Etiyolojisi.....	3
2.1.2.1. Psikodinamik Görüş.....	3
2.1.2.2. Kişilerarası Görüş.....	4
2.1.2.3. Davranışçı Görüş.....	4
2.1.2.4. Bilişsel Görüş.....	5
2.1.2.5. Varoluşçu Görüş.....	5
2.1.3. Anksiyetenin Düzeyleri	5
2.1.4. Anksiyetenin Belirtileri.....	7
2.1.5.DSM-V'e Göre Anksiyetenin Sınıflandırılması.....	9
2.1.5.1.Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	9
2.1.5.2. Panik Bozukluğu.....	10
2.1.5.3. Özgül Fobi.....	11
2.1.5.4. Agorafobi.....	12
2.1.5.5. Toplumsal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)	13
2.1.5.6. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu.....	14
2.1.5.7. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)	15
2.1.5.8.Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu.....	15
2.1.5.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu.....	16
2.1.5.10.Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu / Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu.....	16
2.1.6. Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyoloji.....	16
2.1.7.Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi.....	17
2.1.7.1.Farmakolojik Tedavi	17
2.1.7.2.Psikoterapi.....	18
2.1.8.Anksiyete Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı.....	19
2.2. DERİN NEFES EGZERSİZİ.....	21

2.3. ACİL SERVİS.....	22
2.4. ACİL SERVİSTE ANKSİYETESİ OLAN HASTAYA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI..	24
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	26
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH.....	26
3.3.EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	26
3.4. RANDOMİZASYON.....	26
3.5.ARAŞTIRMA KRİTERLERİ.....	27
3.5.1.Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	27
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	27
3.6. KONTROL GRUBU.....	27
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ÖZELLİKLERİ.....	27
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu.....	27
3.7.2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	28
3.7.3. Taburculuk Süresi Formu.....	28
3.8. DERİN NEFES EGZERSİZİNİN UYGULANMASI.....	29
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	30
3.10.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	31
3.11.ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. DENEY/KONTROL GRUPLARI İLE TANIMLAYICI ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ.....	32
4.2. ÖLÇEĞE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI.....	37
4.3. GRUPLARA GÖRE ÖN TEST – SON TEST AÇISINDAN ANKSİYETE PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	38
4.4. DENEY/KONTROL İLE TABURCULUK SÜRESİ SINIFLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ.....	39
5.TARTIŞMA.....	43
5.1. DENEY/KONTROL İLE TANIMLAYICI ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ.....	41
5.2. GRUPLARA GÖRE ÖN TEST – SON TEST AÇISINDAN ANKSİYETE PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	46
5.3. GRUPLARA GÖRE TABURCULUK SÜRESİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	47

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
6.1. SONUÇLAR.....	49
6.2. ÖNERİLER	50
7. KAYNAKLAR.....	51
8. EKLER.....	62
EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	63
EK-2: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	67
EK-3: TABURCULUK SÜRESİ FORMU.....	68
EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	69
EK-5: KÜTAHYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI.....	71
EK-6: KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI YAZILI İZİN BELGESİ.....	72
EK- 7: ÖLÇEK İZİN YAZISI.....	74
9. ÖZGEÇMİŞ.....	75

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.PROBLEMİN TANIMI

Anksiyete (kaygı); kötü bir şey olacak düşüncesiyle oluşan ve sebebi belirsiz gerginlik hissi olarak tanımlanmaktadır (Gürhan, 2016; Türk Dil Kurumu, 2020). Hissedilen gerginlik duygusunun oluşturduğu bilişsel etkilerden farklı olarak, fizyolojik tepkilerin ortaya çıkması da sıklıkla karşı karşıya gelinen bir durumdur(Chand ve Marwaha 2022; Çenesiz, 2015). Göğüste sıkışma hissi, kalpte çarpıntı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk hissetme gibi fiziksel semptomlar ortaya çıkabilir. Huzursuzluk, ne yapacağını bilememe, amaçsız dolanma isteği çoğunlukla gözlemlenen belirtiler arasındadır. Anksiyetede dispne ve buna bağlı hiperventilasyon en sık gözlemlenen fizyolojik tepkilerdendir (Niccolai ve ark 2009).

Anksiyete bozuklukları, toplumun geneli arasında en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardandır. Bir yıllık prevalansının %17,7 olduğu bildirilmiştir. Bu oranın kadınlarda %30,5 erkeklerde %19,2 düzeyinde olduğu düşünülmektedir (Ertan, 2008). İtalyada 2013 yılında yayınlanan 9 yıl içinde yapılmış retrospektif bir çalışmada; anksiyete tanısı ile acil servise başvuran 469 hastanın %77'si ilerleyen 9 yıl içinde aynı sebeplerden acil servise başvurmuştur (Buccelletti ve ark 2013). Anksiyete semptomlarına bağlı göğüs ağrısı , acil servis dahil sağlık hizmetlerinin daha sık kullanılmasına neden olmaktadır. Bu durum kişinin yaşam kalitesinin düşmesine, daha fazla ilaç kullanmaya ve olumsuz sağlık durumları ile sonuçlanmaktadır (Campbell, 2017).

Anksiyete bozukluğunda en sık görülen belirtilerden olan hiperventilasyonu düzeltmek için kandaki karbondioksit seviyesini arttırmak ve sabitlemek gereklidir ve bu nedenle yavaş solunum egzersizleri semptomların kontrolünü kazanmada etkilidir (Kozłowska ve ark 2015). Yavaş nefes alma bilinçli olarak nefesi yavaşlatmayı içerir ve aşırı nefes almanın ilk belirtisinde başlanmalıdır. Yapılan bir çalışmada; anksiyete teşhisi konulduktan sonra, yavaş nefes alma egzersizlerinin, acil servise başvuran anksiyete bozukluğu olan bireylerde etkili olduğu bulunmuştur (Derric ve ark 2019).

Acil servis; hemen müdahaleye ihtiyaç duyulan akut hastaların tanılarının koyulduğu, tedavilerinin gerçekleştirildiği, iş kazalarının ve iş risklerinin en çok yaşandığı 24

saat hizmet veren birimlerdir (Söyük ve Kurtuluş 2017). Acil serviste görev yapan hemşirenin acil servis hastaları ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurma, onların psikososyal sorunlarına göre hemşirelik bakımı verme ve hastaların solunumuna ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlama, uygulama, değerlendirme görev ve sorumlulukları vardır (Resmi Gazete, 19.04.2011). Acil servise başvuran bireylerde anksiyeteye bağlı olarak hızlı nefes alıp verme, göğüs ağrısı, tüm vücutta kasılmalar ve titremeler görülmektedir (Çam ve Engin, 2014). Bireylerde görülen bu şikayetlerin azaltılmasında hemşirelik yaklaşımı önemlidir. Anksiyete bozukluğu olan bireyle hemşirenin kuracağı ilişkide etkileşimin anlamlı olması gerekmektedir. Hemşire anksiyetesi olan bireye yaklaşımda bireyin anksiyetesini değerlendirdikten sonra buna yönelik girişimlerde bulunmaktadır (Gürhan, 2016). Derin nefes egzersizi, anksiyeteyi azaltmada etkili olan yöntemlerden birisidir (Neeru ve ark 2015). Derin nefes egzersizi; gözler kapatıldıktan sonra burundan derin bir nefes alıp 10'a kadar sayıldıktan sonra ağızdan nefesin verilmesi şeklinde uygulanır. Hemşire hiperventilasyonu olan bireyi yavaş ve derin nefes alması için teşvik eder. Aynı zamanda derin nefes egzersizi yöntemini hastaya göstermek için onunla birlikte nefes egzersizini uygular (Gürhan, 2016).

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma acil servise başvuran ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylere derin nefes egzersizi yaptırarak anksiyete düzeylerinin düşmesini ve taburculuk süresinin kısılmasını sağlamak amacıyla deney- kontrol gruplu randomize kontrollü çalışma olarak yapılmıştır.

1.3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀:Derin nefes egzersizi hastaların anksiyete düzeylerini ve taburculuk sürelerini etkilememektedir.

H₁:Derin nefes egzersizi hastaların anksiyete düzeyinin düşmesinde ve taburculuk süresinin kısılmasında etkilidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.ANKSİYETE

Anksiyete, bireyin tehdit edici bir durum beklerken karşılaştığı korku, belirsizlik, çaresizlik ve endişe duygusu olarak tanımlanmaktadır (Huang ve ark 2021). Anksiyete; sıkıntı, huzursuzluk, kötü bir şey olacak şeklinde algılanan bir endişe haline, çarpıntı, terleme, titreme gibi bedensel belirtilerin değişik derecelerde eşlik ettiği bir semptomdur (Chen ve ark 2019). Ayrıca terleme, titreme, başta dönme hissi veya nabızda hızlanma gibi semptomlar da ortaya çıkabilir. (American Psychological Association(APA) 2013) Anksiyete şiddetli olursa, sürekli devam ederse, kişinin uyumunu ve işlevselliğini bozarsa mutlaka müdahale edilmesi gerekir (Kırpınar 2019).

2.1.1.Anksiyete ve Korku

Birçok kişi hayatında belirli dönemlerde anksiyete veya korku durumu yaşar. Bu iki kavramı birbirinden ayıran birkaç fark bulunmaktadır (Özen ve Taşdemir 2022). Korku, gerçekten tehlikeli bir durum varlığında ortaya çıkan tepkiyken anksiyete beklenen bir duruma karşı geliştirilen endişe duygusu olarak tanımlanmaktadır (Kemp ve ark 2021). Özetle korku var olan tehdit ile ilişkilidir, anksiyete ise gelecekte olabilecek durumlarla bağlantılıdır. Bir başka farklılık ise anksiyetenin bireyde orta seviyede bir uyarılma oluştururken korkunun, yüksek seviyede uyarılma oluşturmaktır.(APA 2019, Kemp ve ark 2021) Anksiyetenin varlığı bireye planlama sağlaması ve adaptasyonu artırması açısından olumlu sonuçlar da oluşturmaktadır (Özen ve Taşdemir 2022, Dirik 2019).

2.1.2.Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyetenin nedenleri çeşitli görüşlere göre farklı şekillerde açıklanmıştır.

2.1.2.1. Psikodinamik Görüş

Psikodinamik görüş; anksiyete semptomlarının altında yatan çatışmaların bir ifadesi olduğunu kabul eder. Bu görüşe göre anksiyete, daha temelde yakın ilişkilerdeki çözülmemiş çatışmalar ve öfkenin ifadesidir (Adwas ve ark 2019).

Psikodinamik teoriye göre iç rekabet altındaki zihinsel süreçler, içgüdüler ve dürtüler ego, id ve süperegö arasında çatışmaya neden olur. Yaşanan bu çatışma sonucunda anksiyete

ortaya çıkar. Çocukluk döneminde başlayan idden (altbenlikten) gelen bastırılmış dürtüler egoyu (benliği) rahatsız eder (Karaaslan 2021). Çağdaş psikodinamik kuram anksiyeteyi ego için kabul edilemeyen bir dürtünün bilince çıkmak için zorladığını gösteren bir uyarı olarak kabul etmekte ve egoyu idden gelen baskılara karşı savunma mekanizmalarını kullanması için uyandırdığını ileri sürmektedir. Psikodinamik kuram, anksiyete oluşumunda çeşitli nedenlerle egonun gelişiminin gecikmesine bağlı olarak süperego ve id arasındaki çatışmaların çözümünde egonun yetersiz kaldığını savunmaktadır. Anksiyete egoyu tehdit eder ve bu tehdite yanıt olarak koruyucu savunma mekanizmaları ortaya çıkar. Ego ilk olarak bastırma savunma mekanizmasını kullanıp dürtülerin ve bununla ilişkili duyguların bilinçli hale gelmesini denetim altına almaya çalışır. Bastırma savunma mekanizması başarılı olursa psikolojik denge sağlanır (Yılmaz 2016). Eğer başarılı olamazsa ego diğer savunma mekanizmalarını (konversiyon, yer değiştirme, gerileme vb.) kullanmaya başlar. Bu durumda klinik boyutta anksiyete görülebilmektedir (Karaaslan 2021).

2.1.2.2. Kişilerarası Görüş

Bu görüşe göre anksiyete, insanların birbirleriyle ilişkilerinden kaynaklanır. İnsan başkaları karşısında beğenilmediğinde ya da başarısız olduğunda güven duygusu azalır, benlik saygısı düşer ve anksiyete oluşur. Anksiyete erken dönemdeki anne-bebek ilişkisinden doğar. Bu ilişkinin sağlam olmaması bireylerin yaşamlarının sonraki yıllarında kişilerarası ilişkilerinde bir zorlukla karşı karşıya geldiklerinde anksiyete yaşamalarına sebep olur (Engin 2014).

2.1.2.3. Davranışçı Görüş

Davranışçı teoriler klasik koşullanma ve dolaylı (gözlemsel) öğrenmenin önemini vurgulamaktadır. Bu teoriler, onlara destek olacak deneysel kanıtlara sahiptir. Klasik koşullanmada, endişe veren bir uyarı ile birçok kez eşleşen nötr bir uyarı, anksiyete tepkileri ortaya çıkarmaya başlar. Dolaylı öğrenmede ise başkalarının endişe duyduğu uyarılara verdiği tepkilerini gözlemleyerek korkulu durum, öğrenilir. Genel anksiyete bozukluğunda, özellikle kişinin kaçınma davranışlarının etkili olup olmadığını bilmediği için, önceden sonucu öngörülemeyen olumlu ve olumsuz pekiştiriciler anksiyeteye yol açar. (Almokhtar ve ark 2019). Örneğin; kişinin aile bireylerinden öğrendiği (sosyal öğrenme) bazı durumlara karşı anksiyete geliştirmesi veya herhangi bir gıdaya yönelik alerjisi olmayan bir kişinin bir restoranda yediği bozuk bir gıdadan sonra başkasının

hazırlamış olduğu tüm yiyeceklere karşı tepkisel olması (klasik koşullanma) gibi (Karaaslan 2021).

2.1.2.4. Bilişsel Görüş

Bilişsel faktörler, insanların onlarda stres oluşturan öğeler hakkında yorum yapma ve düşünme biçimleri, anksiyete etiyolojisinde önemli bir rol oynamaktadır. Bilişsel kurama göre anksiyete, bireyin hatalı bilişsel yorumlamaları, algılamaları ve yanlış inançları nedeniyle oluşmaktadır (Bernstein ve Young, 2013). Bireyin tepkisini yoğunlaştırabilen veya azaltabilen algısı anksiyete oluşumunda belirleyici bir faktördür. Anksiyetede en belirgin negatif bilişlerden biri kontrol edilemezlik hissidir. İstenen sonuçları tahmin etme, kontrol altına alma veya elde edememe algısı nedeniyle çaresizlik durumu ile karakterize edilir. Olumsuz bilişler kaygılı bireylerde sıklıkla bulunur. Birçok modern psikolojik anksiyete modeli, genetik yatkınlığı ve bireysel savunmasızlık hissini içinde barındırır. Kadınların erkeklere oranla stresli yaşantılara daha fazla kafa yorduğuyla ilgili kanıtlar bulunmaktadır. Bu durum, bilişsel risk faktörlerinin kadınları erkeklere oranla anksiyeteye daha yatkın hale getirebileceğini düşündürmektedir (Almokhtar ve ark 2019).

2.1.2.5. Varoluşçu Görüş

Varoluşçu görüşe göre anksiyete, ölümün çaresizliğinin, kaçınılmazlığının karşısında hissedilen ve derinde yaşanan hoşnutsuzluk hissini ortaya çıkardığı bir durumdur. Anksiyete insanın varlığının veya duygularının bir göstergesi olarak kullanılan, hayatı anlamlandıran bir olgudur. Var olmanın ve hayatın anlamının, içsel manasızlığına veya amaçsızlığına karşı bireyin verdiği yanıttır (Özakkaş 2016).

2.1.3. Anksiyetenin Düzeyleri

Anksiyete, tehdit durumunda ortaya çıkan; endişe ve kendinden şüphe duyma düşüncelerini artıran sıklıkla performans düşüşüne sebep olan rahatsız edici bir durum olarak tanımlanır. Bireyde uyaran odaklı süreçlerin kullanımındaki bir artış, sırayla tehditle ilgili dikkat, yorumlama ve tepki eğilimlerine yol açacaktır (Nieuwenhuys ve Oudejans (2012, Runswick ve ark. 2018). Bu tepkiler anksiyete düzeylerine göre değişmektedir. Anksiyete 4 alt düzeyde incelenmiştir. Bu düzeyler;

- Hafif anksiyete,
- Orta düzeyde anksiyete,
- Şiddetli anksiyete,
- Panik düzeyde anksiyetedir.

Anksiyete düzeylerinin etkileri şu ekildedir;

Hafif anksiyete;

- Algılanan tehditler ile başa çıkma yetisinde artış,
- Farkındalık bilinci, problemle baş etme becerileri ve uyanıklık halinde artış,
- Detaylara odaklanmada artış,
- Çok soru sorma,
- Tetikte olma hali, özgüven artışı,
- Mantıklı ve kusursuz düşünme.

Orta Düzeyde Anksiyete;

- Eylemlerinde tereddütler yaşama ve öteleme,
- Düşünme diziliminde bozulmalar,
- Algılamada azalma,
- Hızlı konuşma, ses tonunda değişiklikler,
- Seçici dikkatsizlik,
- Fikir uçuşmaları,
- Aynı soruyu tekrarlama,
- Hızlı nefes alma, nabızda hızlanma,
- Kaslarda gerginleşme, ellerin terlemesi,
- Ağızda kuruluk hissi,
- Hareketsiz kalamama,
- Amaçsız aktivite.

Şiddetli Anksiyete;

- Bilişsel yetilerde ve algılamada bozulmalar,
- Odaklanamama, olayların bağlantılarını fark edememe,
- Seçici Dikkatsizlik, konsantrasyon bozuklukları
- Bulantı, Baş Ağrısı, Baş Dönmesi
- Kaba Motor Tremorlar, Titreme, Sarsılma
- Uyuşukluk Ve Karıncalanma Hissi

- Gözbebeklerinin Büyümesi
- Kontrolü Kaybetme Korkusu
- Zor Ve Uygunsuz Sözlü İfadeler
- Yaklaşan Ölüm Hissi
- Terleme

Panik Düzeyde Anksiyete;

- Dispne, Boğulma Hissi, Göğüs Ağrısı
- Aşırı Rahatsızlık, Duygusal Acı
- Durumun Çarpıtılmış Algılanması
- Görsel Alanın Bozulması
- Konuşma Yetersizliği, Anlaşılmaz İletişim, Tutarsız Konuşma,
- Kusma, İnkontinans
- Kişilik Bütünlüğünde Bozulma Hissi
- Aklını Yitirme Ve Ölüm Korkusu (Engin 2021)

2.1.4. Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyetesi olan kişinin yaşayabileceği birçok belirti vardır. Anksiyete belirtileri fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal alanlarda kendini gösterir.

Anksiyetenin fiziksel semptomları tipik olarak; göğüste sıkışma, dispne, taşikardi, baş dönmesi, bulantı hissi, titreme ve uyuşma/karıncalanma gibi otonomik uyarılmayı yansıtır (Baker ve ark 2019, Amiri 2019). Duruma göre aşırı ve uyumsuz fiziksel tepkiler verilir. Örneğin, alışveriş merkezinde olmaya tepki olarak kalp çarpıntısı ve nefes darlığı hissi görülebilir. Anksiyetenin fiziksel belirtileri, kalp krizi gibi fiziksel bir hastalığın belirtileriyle karıştırılabilir (Rektor ve ark 2011).

Tablo 2.1. Anksiyetenin Sistemlere Göre Belirtileri

Sistem	Belirti
KALP-DAMAR SİSTEMİ	Taşikardi, göğüs ağrısı, bayılacak gibi hissetme.
KAS-İSKELET SİSTEMİ	Başta, sırtta, boyun ve belde ağrılar, sızılar, kas seğirmeleri, ürperme hissi, yorgunluk hali.
SİNİR SİSTEMİ	Baş ağrısı-dönmesi, ağızda kuruluk, terlemeler, ateş basması hissi, uyuşukluk hissi, bulanık görme, titremeler.
SİNDİRİM SİSTEMİ	Yutmada zorluk, mide ağrısı, bulantı, şişkinlik hissi, diyare, konstipasyon.
GENİTO-ÜRİNER SİSTEM	Sık idrara çıkma, cinsel işlevlerde bozulmalar, menstrasyon problemleri.
SOLUNUM SİSTEMİ	Göğüste baskı hissi, nefesin kesilmesi, alınan nefesin yetmediği hissi, iç çekmeler, dispne, nefes alıp vermede hızlanma.

Kaynak: Terlizzi, E.P., Villarroel, M.P.H., Villarroel M.A., (2020), Symptoms of Generalized Anxiety Disorder Among Adults: United States, 2019, NCHS Data Brief, No: 378.

Anksiyetenin duygusal semptomları, gerginlik ve sinirlilik duygularından ve paniğe kadar uzanır (Baker ve ark 2019). Kişide endişeli bir yüz ifadesi, tedirgin ve gergin görünüm, yerinde duramama, kaşlarını çatma, irkilme ve ani öfkelenme gözlenebilir (Karaaslan 2021).

Anksiyetenin bilişsel belirtileri arasında kaygılı düşünceler, kaygılı tahminler, konsantrasyon güçlüğü ve olası tehdide ilişkin olumsuz düşünceler yer alır (Baker ve ark 2019). Kaygılı düşünceler (örneğin, "Kontrolü kaybediyorum"), kaygılı tahminler (örneğin, "Sözlerimi karıştırıp kendimi küçük düşürecekim") ve kaygılı inançlar (örneğin, "Yalnızca zayıf insanlar kaygılanır") (Rektor ve ark 2011).

Anksiyetenin davranışsal semptomları tipik olarak kaçınma, kaçma ve güvenlik arama davranışları yoluyla algılanan tehdit veya sıkıntıyı azaltmayı veya önlemeyi amaçlar. Anksiyetenin hem davranışsal hem de bilişsel semptomları genellikle evde, işte veya sosyal ortamlarda yetersiz işlev görmeye yol açar (Baker ve ark 2019).

2.1.5.DSM-V'e Göre Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

Anksiyete bozuklukları 2013'te yayınlanan DSM-5'te şöyle sınıflandırılmıştır:

- Yaygın anksiyete bozukluğu,
- Panik bozukluğu,
- Özgül fobi,
- Agorafobi,
- Sosyal fobi (toplumsal anksiyete bozukluğu),
- Ayrılma anksiyetesi bozukluğu,
- Seçici konuşmazlık (mutizm),
- Maddenin/ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu,
- Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu,
- Tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu,
- Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu (APA 2013).

2.1.5.1.Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Tanı Ölçütleri:

Bu bozukluk, gündelik şeyler hakkında aylarca aşırı kaygı duyma, sonucun belirsiz olduğu durumlardan kaçınma veya güvence arayışı ve yanlış gidebilecek şeyler hakkında aşırı endişelenme ile karakterize bir bozukluktur. Çoğunlukla yetişkinlikte başlar ve kronik bir seyir izler. Bu bozukluk rol performansında önemli bozulmalara, yaşam kalitesinde azalmaya ve yüksek sağlık bakım maliyetlerine yol açar.

- A. En az altı aylık sürede, bazı olaylar veya etkinlikler ile (çalışma veya akademik performans gibi) ilgili olarak, gerekenden fazla endişe ve kuruntu (beklenti kaygısı) vardır.
- B. Hasta, kuruntularını kontrol altına almakta zorlanır.
- C. Bu kuruntu ve kaygıyla birlikte aşağıdaki belirtilerden en az üçü (Çocuklarda sadece birinin varlığı yeterlidir) gözlemlenir:
 1. Huzursuzluk, gerginlik veya devamlı tedirgin hissetme hali.
 2. kısa sürede yorgunluk hissetme.
 3. Konsantrasyon güçlüğü veya düşünememe.

4. İrritabilite.

5. Kaslarda gerilme hissi.

6. Uyku düzensizlikleri (uyumakta veya uykuyu devam ettirmekte zorlanma).

D. Kaygı, kuruntu veya fiziksel semptomlar, klinik açıdan gözlemlenen sıkıntılara veya sosyal hayat ve meslek gibi önemli alanlarda işlevsellikte azalmalara sebep olur.

E. Bu bozulma durumları, kullanılan bir maddeye veya başka bir hastalığın (Hipertiroidi gibi) fizyolojik sonuçlarına bağlanamaz.

F. Bu bozulmalar, diğer bir ruhsal bozukluklar ile daha iyi uyumlanmaz (Karaaslan 2021).

2.1.5.2. Panik Bozukluğu

Tanı Ölçütleri:

Bu bozukluk, ani korku veya anksiyete atakları ile karakterize, genellikle kısa süreli, ancak bireyin aklını kaybedeceği veya ölebileceğini düşünecek kadar şiddetli olabilecek bir bozukluktur.

Bu bozuklukta birey, atakların tekrarlayabileceği durumlardan yoğun kaçınma kaygısı yaşar.

A. Yineleyen ve aniden oluşan panik ataklar vardır. Panik atağı, birkaç dakikada doruk noktaya ulaşan ve bu esnada aşağıdaki semptomlardan 4'ünün (ya da daha çoğunun) olduğu büyük bir korku veya derin bir iç sıkıntısının yaşandığı durumdur:

Not: Bu durum, bireyin sakin veya kaygılı olduğu durumlarda aniden ortaya çıkabilir.

1. kalp çarpıntısı, kalbin atışlarının sesinin hissedilmesi veya taşikardi.

2. Terleme.

3. Tremor veya sarsıntı hissi.

4. Nefes darlığı veya boğulma hissi.

5. Nefesin tıkanıldığını hissetme.

6. Göğüs ağrısı veya kalpte sıkışma.

7. Mide bulanması veya karında ağrı.
8. Başta dönme, ayakta kalmakta zorlanma, sersem hissetme veya baygınlık hissi.
9. Vücut sıcaklığının fiziksel koşullardan bağımsız artması veya azalması hissi.
10. Uyuşma (hissizlik veya karıncalanma hissi).
11. Çevresine (derealizasyon) veya kendisine yabancılaşma (depersonalizasyon).
12. Denetimini kaybetme veya “delirme” endişesi.
13. Ölmekten korkma.

B. Atakların bir veya daha fazlasını, 1 ay boyunca (veya daha çok süre) aşağıdaki maddelerden biri veya her ikisi takip eder:

1. Yine panik atak geçireceği düşüncesi veya atakların olası sonuçlarından dolayı (örneğin; kontrolünü kaybetme, miyokard enfarktüsü geçirdiğini sanma, “delirme”) devamlı endişe yaşama.
2. Ataklarla ilişkili, adaptasyon bozukluğuna varan davranışlarda değişimler (örneğin, spor faaliyetlerinden veya alışılmadık aktivitelerden kaçma gibi panik durumunu yaşamaktan kurtulmak için tasarlanmış eylemler) sergileme.

C. Bu ataklar kötüye kullanılabilen “bir maddenin” veya diğer bir hastalığın (örneğin; hipotiroidi) fizyolojik semptomlarıyla ilişkilendirilemez.

D.” *Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.*”

Panik atağı, ruhsal bir bozukluk değil bir semptomdur. Panik atağı, anksiyete bozuklarının birçoğunda, diğer ruhsal bozukluklarda ve birtakım fiziksel hastalıklarda görülebilmektedir (Önem Akçakaya ve Yücens 2020).

2.1.5.3. Özgül Fobi

Tanı Ölçütleri:

Özgül fobi, belli bir olgu veya eşyaya karşı oluşan farklı ve sürekli bir anksiyete duygusuyla kendini gösterir. Fobik uyaranlardan kaçınılır veya yoğun kaygı ile tahammül edilir.

- A. Özgöl bir uyarana karşı oluşan “*korku veya kaygı*” yaşama (örneğin; hava araçlarıyla yolculuk etme, yüksek yerler, hayvan, enjeksiyon uygulanması).
Not: Çocuklarda, bu durum, ağlama, çığlık atma, hareketsiz kalma veya yanındaki kişiye sarılıp bırakmama görülebilir.
- B. Fobiye sebep olan olgu, bireyde hep tepki oluşturur.
- C. Birey, fobisinden etkili bir şekilde kaçır veya korku veya endişe ile bu duruma katlanır.
- D. Yaşanılan “*korku veya kaygı*”, fobik olgunun oluşturduğu tehlike ve sosyal bağlam ile alakasıdır.
- E. “*Korku, kaygı veya kaçınmama*” süreklilik arz eder, 6 ay ya da daha fazla zaman alır.
- F. Yaşanılan durum kliniksel olarak anlamlı sıkıntı oluşturur veya sosyallik ve çalışma açılarından işlev gösterememeye sebebiyet verir.
- G. Bu bozukluk, korku, kaygı veya kaçınma gibi belirtilerin eşlik ettiği “*başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle*” daha fazla uyumlanmaz (Karaaslan 2021).

2.1.5.4. Agorafobi

Tanı Ölçütleri:

Agorafobi, bir kişinin panik atağı durumunda kendini çaresiz, kapana kısılmış veya utanmış hissedebileceği veya yardım alamayacağını düşündüğü genellikle halka açık yerlerde bulunmaktan korkması veya kaçınmasıdır.

- A. Aşağıda belirtilen durumlardan ikisi (veya daha fazlası) ile ilişkili korku veya endişe hali.
 1. Halka açık ulaşım araçlarının kullanılması (otomobil, otobüs, tren, gemi, uçak gibi).
 2. Açık yerlerde bulunma (otopark, pazar yerleri gibi).
 3. Açık olmayan alanlarda olma (dükkanlar, sosyal aktivite salonları gibi).
 4. Sıraya girme veya çok insanın bulunduğu yerlerde olma.
 5. Evinden başka yerlerde yalnız hissetme.
- B. Birey, uzaklaşmanın zor olabileceği veya paniğe benzeyen belirtilerin veya utanmasına sebep olabilecek (idrarını tutamama endişesi gibi) durumların yaşanacağı bu tür yerlerden veya durumlardan yardım alamayacağını düşündüğü için korkar veya kaçınır.

- C. Agorafobik durumlar neredeyse her zaman korku veya kaygıya neden olur.
- D. Agorafobik durumlardan aktif olarak kaçınılır, bir refakatçiye ihtiyaç duyulur veya yoğun korku veya kaygı ile bu duruma tahammül edilir.
- E. Yaşanılan korku veya kaygı, agorafobik durumların yarattığı gerçek tehlike ve toplumsalkültürel bağlam ile orantısızdır.
- F. “*Korku, kaygı veya kaçınma*”durumu sürekli, 6 ay ya da daha fazla devam eder.
- G. “*Korku, kaygı veya kaçınma*” sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda işlevsellikte düşmeye veya klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur.
- H. Kişinin başka bir hastalığı varsa epilepsi gibi “*korku, kaygı veya kaçınma*” davranışı gözlemlenebilir bir şekilde aşırıdır.
- İ. “*Korku, kaygı veya kaçınma*” davranışı, “*başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle*” daha fazla uyumlanmaz.

Not: Bir kişi aynı anda hem agorafobi hem panik bozukluk tanısı alabilir (Önem Akçakaya ve Yücens 2020).

2.1.5.5. Toplumsal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Tanı Ölçütleri:

Sosyal fobi de denilen bu bozukluk, sosyal ortamlarda veya performans gerektiren durumlarda aşırı incelenme, utanç duyma ve aşağılanma korkusu ile karakterize bir bozukluktur. Birey yaşadığı korkuya dair belirtilerin, sosyal ortamlarda insanlar tarafından fark edileceğinden korkar. Bu sebeple sosyal ortamlara girmekten kaçınmaya çalışır. Kaçınmadığı zaman, beklenti bunalıtı yaşar. En çok bunalıtı yaratan durumlar; kalabalık karşısında konuşma, yemek yeme veya herkesin girebildiği tuvaletleri kullanmadır.

- A. Bireyin başkaları tarafından değerlendirilebilecek olduğu bir veya başka toplumsallıkla ilgili durumlarda belirgin “*bir korku veya kaygı duyması*”.
- Not: Çocukta endişe, sadece yetişkinler ile etkileşimleri sırasında ortaya çıkmamalı aynı zamanda akranlarının bulunduğu ortamlarda da ortaya çıkmalıdır.
- B. Birey, davranışlarının başkaları tarafından negatif değerlendirilmesinden veya endişesinin farkedilmesinden korkar.
- C. Bu sosyal konular bireyde hep “*korku ya da kaygı*” yaratır.

Not: Çocuklarda, “*korku ya da kaygı*”, ağlama, çılgık atma, hareket etmeme, yanındaki kişiye sınıksık sarılma, konuşmama gibi belirtiler oluşturabilir.

- D. Toplumla ilgili konular bireyi rahatsız eder veya yoğun bir “*korku ya da kaygı*” ile bu durum çekilmeye çalışılır.
- E. Yaşanılan “*korku ya da kaygı*”, içinde olunan sosyal ortamdan bağımsız ve verilen tepki abartılıdır (Engin 2021).

2.1.5.6. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

Tanı Ölçütleri:

Bu bozukluk, çocuklarda en az bir ay, yetişkinlerde altı ay süresince, başlıca bağlandığı birey veya bireylerden ayrılmayı içeren, gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı “*korku ve kaygı*” duyulması ile karakterize bir bozukluktur.

A) Aşağıdaki belirtilerden en az üçünün bulunması ile karakterize, kişinin bağlandığı birey veya bireylerden ayrılmaya ilişkin kişinin gelişim dönemine uygun olmayan, aşırı derecede kaygı veya korku duyması:

- 1) Evden veya başlıca bağlandığı birey veya bireylerden uzaklaşacağını hissettiğinde ve ya uzaklaştığında aşırı düzeyde endişe hissetme.
 - 2) Bağlandığı bireyleri kaybetme ya da onların başına gelebilecek olası kötü bir duruma dair sürekli olarak aşırı endişe duyma.
 - 3) Bağlandığı birey veya bireylerden ayrılmaya sebep olabilecek olumsuz durumlara dair sürekli olarak aşırı endişe duyma.
 - 4) Ayrılma kaygısından ötürü evi dışında başka bir yere (okul, iş vb.) gitmeyi istememe veya bu duruma karşı gelme.
 - 5) Bağlandığı başlıca birey veya bireyler olmadan evde veya başka yerde bulunmaktan aşırı endişe duyma veya bu konuda isteksiz olma.
 - 6) Evinin dışında veya bağlandığı başlıca birey veya bireyler yanında olmadan uyumaya isteksiz olma veya bu duruma karşı çıkma.
 - 7) Sürekli ayrılmakla ilgili rüyalar.
 - 8) Başlıca ayrılmak istemediği birey veya bireylerden uzaklaştığında ya da uzaklaşabileceğini düşündüğünde tekrarlayan fiziksel semptomların (baş ağrısı, mide ağrısı, bulantı gibi) varlığı.
- B) “*Korku, kaygı veya kaçınma*” davranışları çocuklarda en az 1 ay yetişkinlerde 6 ay veya daha fazla sürer.
- C) Bozukluk, toplumsal, iş, akademik veya diğer önemli alanlarda belirgin bir şekilde işlevsellikte düşmeye sebeptir.

D) Bozukluk, başka bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Özer 2018).

2.1.5.7. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Tanı Ölçütleri:

Bu bozukluk, bireyin bazı durumlarda konuşmasına rağmen belirli sosyal durumlarda sürekli konuşamaması ile karakterize bir bozukluktur. Birey belirli sosyal durumlarda sözlü iletişimi kullanmasa da, bazen sözel olmayan alternatif iletişim biçimlerine (örneğin; el hareketi, kafa sallama) başvurabilir. Bu bozukluk daha çok çocukluk döneminde görülür ve hem akademik başarıyı hem de sosyalleşmeyi önemli derecede olumsuz etkiler.

A. Bireyin başka durumlarda konuşmasına rağmen, konuşması gereken özgül toplumsal durumlarda (örneğin, okul veya iş ortamında), yineleyici bir şekilde, konuşamıyor olması.

B. Bu bozukluk, bireyin eğitim/iş ile ilgili başarısını engeller veya sosyal iletişimini bozar.

C. Bu bozukluğun süresi en az dört haftadır (okulun ilk ayı ile sınırlandırılmamalıdır.).

D. Bireyin konuşamıyor olması, bulunduğu toplumda konuşulan dili bilmemesi veya o dilde rahat konuşamaması ile ilişkili değildir.

E. Bu bozukluk, iletişim bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz ve nörogelişimsel bozukluklar, psikoz gibi başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır (Karaaslan 2021).

2.1.5.8.Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

Bu tanının konabilmesi için panik atağı veya kaygı belirtilerinin madde/ilâç kullanımından sonra başlaması, klinik görünümde panik atağı veya kaygı belirtilerinin daha baskın olması ve belirtilerin sosyal, mesleki alanlar gibi önemli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olması gerekmektedir (Karaaslan 2021).

2.1.5.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Bu tanının konabilmesi için panik atağı veya kaygı belirtilerinin bir sağlık sorunundan sonra başlaması, klinik görünümde panik atağı veya kaygı belirtilerinin daha baskın olması ve belirtilerin sosyal, mesleki alanlar gibi önemli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olması gerekmektedir (Karaaslan 2021).

2.1.5.10. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu / Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki alanlar gibi önemli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olan, kaygı bozukluğu belirtilerinin baskın olduğu, ancak bunların herhangi bir kaygı bozukluğu için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu iki tanıdan biri konulmaktadır (Karaaslan 2021).

2.1.6. Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyoloji

Günümüzde, dünyada her dört kişiden birinin, yaşamlarının bir döneminde, ruhsal veya davranışsal bir bozukluk yaşadığı bildirilmiştir. 2017’de yayımlanmış olan Küresel Hastalık Yüku-2016 araştırmasına göre en sık görülen mental hastalıklar anksiyete bozukluğu ve depresyondur (Global Burden of Disease (GBD) 2017). Stein ve arkadaşlarının 2017’de yayınlanan epidemiyolojik araştırma bulgularına göre, anksiyete bozukluklarının dünyadaki en yaygın psikiyatrik hastalıklar olduğu belirtilmektedir (Stein ve ark 2017). Dünya Sağlık Örgütü 2015 yılı küresel nüfusun tahmini anksiyete bozuklukları oranını %3,6 olarak bildirmiştir (World Health Organization(WHO) 2017). Kırk dört ülke ve 87 araştırmanın yer aldığı bir metaregresyon çalışmasında tahmini anksiyete bozuklukları sıklığının %0,9-28,3 arasında değiştiği bulunmuştur (Baxter ve ark 2013). Dünyada anksiyete bozuklukları ile yaşayan toplam tahmini insan sayısı 264 milyondur. 2015 için bu toplam, nüfus artışı ve yaşlanmanın bir sonucu olarak 2005'ten beri %14,9'luk bir artışı yansıtmaktadır (WHO 2017). Dünya sağlık örgütünün 2022 yılında yayınladığı bilimsel özete göre 2019 yılında anksiyete prevelansı %25 atmıştır (WHO 2022).

Ülkemizde yapılan ‘Türkiye Ruh Sağlığı Profili’ çalışmasında anksiyete bozukluklarının yaygınlığı %6,7 olarak bildirilmiştir (Yılmaz 2016).

Yapılan çalışmalar Amerika Birleşik Devletlerinde her dört kişiden birinin yaşamları boyunca anksiyete semptomlarını yaşadığını göstermektedir (Jalnapulkar ve ark 2018). Anksiyete, yetişkin Amerikalılar arasında 2008'de %5,12'den 2018'de %6,68'e yükselmiştir. Yaşa göre sınıflandırma, en dikkate değer artışın %7,97'den %14,66'ya 18-25 yaş arasındaki katılımcılar arasında olduğu saptanmıştır (Goodwin ve ark 2020). Bir başka araştırmada anksiyete bozukluklarının, 14 ila 65 yaşları arasındaki kişilerde 12 aylık prevalansı %14 olan, Avrupa'daki en yaygın ruhsal hastalık türü olduğunu söylemektedir. 2010 verilerine göre Avrupa Birliği, İsviçre, İzlanda ve Norveç'te en yaygın görülen ruhsal hastalık türüdür (Ströhle ve ark 2018).

Anksiyetenin oluşmasını tetikleyen birçok risk faktörü vardır. Kadın cinsiyetinde olma, işsiz olma, bekar olma, düşük gelir düzeyi ve düşük eğitim yüksek anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (Ergün ve ark 2020, Micheal ve ark 2007). Blanco ve arkadaşlarının 2014'te yaptığı ulusal çalışmada, düşük özgüven, ailede depresyon öyküsü, kadın cinsiyeti, eğitim, çocukluk dönemi cinsel istismar, travma ve aile ortamı, beyaz ırk ve eğitim yılının anksiyete bozukluğu riskini artırdığı bulunmuştur (Blanco ve ark 2014). Baxter ve arkadaşlarının metaregresyon analizinde, cinsiyet ve kültürün anksiyete bozukluğunu açıklayan en iyi değişkenler olduğu bildirilmiştir (Baxter ve ark 2013).

2.1.7. Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi

Anksiyete bozukluklarının farmakoterapi, psikoterapi veya her ikisinin birlikte kullanılmasıyla tedavi edilmesi önerilmektedir. Kanıta dayalı tedavi yaklaşımı açısından, bilişsel davranışçı terapisinin (BDT) üst düzeyde kanıt bulunan psikoterapi yöntemi olarak kabul edilebileceği öne sürülmektedir. Farmakoterapide birinci basamak ilaçlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleridir (SNRI) (Çıtak 2018).

2.1.7.1. Farmakolojik Tedavi

İlaç tedavisi hafif ve orta şiddette yaşanan anksiyete bozukluklarında pek önerilmemektedir. Ağır şiddette yaşanan anksiyete bozukluklarında tedavide kullanılan ilaçlar; benzodiazepinler, beta-blokerler ve antidepresanlardır. Buspiron benzodiazepin olmayan ve uzun süreli tedavide kullanılan diğer bir ilaçtır. Potansiyel fiziksel bağımlılık yarattığı için özellikle benzodiazepinler pek önerilmemektedir. Ancak en etkili ilaç grubu

Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü (SSRI) olmak üzere Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü (SNRI, Monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOI)) grubu antidepresanların diğerklerine göre daha etkili olduğu kanıta dayalı çalışmalarda ortaya koyulmuştur (Karaaslan 2021).

Tablo 2.2. Anksiyete Tedavisinde Adaptif Potansiyeli Değerlendirme Modelinde Kullanılan İlaçlar

İlaç Grubu	Etken maddeleri
Benzodiazepinler	Alprazolam Lorazepam Diazepam Oxazepam
Trisiklik antidepresanlar	İmipramin Amitriptilin Klomipramin
Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri(SSRI)	Fluoksetin Sitalopram Paroksetin
Monoaminoksidaz İnhibitörleri(MAOI)	Phenelzine
Beta-blokerler	Propranolol Okspranolol
Antihistaminikler	Hidroksizin
Azaspiron	Buspiron

Kaynak: Engin, E., (2014), Anksiyete Bozuklukları, am, O., Engin, E., (Ed) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri.

2.1.7.2.Psikoterapi

Anksiyete Bozukluklarında birçok terapi yöntemi kullanılabilir. Bunlardan bazıları: Psikodinamik Psikoterapi, Davranışçı Psikoterapi, İntegratif Psikoterapi, Logoterapi, Bilişsel Psikoterapi, Varoluşçu Psikoterapi, Gestalt Terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi, Şema Terapisi, Duygu Odaklı Terapi, Transaksiyonel Analiz Terapisi ve diğerkleri. Ancak araştırmaların daha çok davranışçı terapiler, Bilişsel ve Bilişsel Davranışçı terapilerle yapılmasından dolayı bu bozuklukların tedavisinde birçok

kaynakta özellikle fobilerin tedavisinde bu terapi yöntemleriyle ilgili verilerle karşılaşılmaktadır (Şahin 2019).

Günümüzde anksiyete bozukluklarının tedavisinde, deneysel olarak en çok desteklenen psikolojik tedavi yöntemi olan bilişsel davranışçı terapinin, Beck tarafından depresyon tedavisi için geliştirilmiş olan olduğu bildirilmektedir (Özdel 2015, Özcan ve Çelik 2017) Bilişsel davranışçı terapi; duyguların bilişsel modeline dayanan, kısa süreli ve direktif bir yöntem olup bugün pek çok ruhsal bozukluğun tedavisinde sıklıkla kullanılan bir psikoterapi yöntemidir. Bilişsel davranışçı terapi, ruhsal bozuklukları ve insan davranışlarını bilişsel ve davranışçı bakış açısı ile açıklayan ve terapisinde de bu teknikleri uygulayan bir yöntemdir (Özdel 2015). Temel olarak kullanılan bilişsel teknikler; kanıt sorgulama, duygu ve düşünceleri izleme, en kötü senaryo tekniği, seçenekleri sorgulama, biçimlendirme, yeniden çerçeveleme, düşünceyi durdurma gibi teknikleri kapsamaktadır. Davranışçı teknikler ise; sistematik duyarsızlaştırma, tepki önleme, alıştırma, gevşeme eğitimi, maruz bırakma gibi tekniklerden oluşmaktadır (Güler ve ark 2021). Hemşirelerin sıklıkla kullandıkları ve anksiyeteyi azaltan bilişsel davranışsal terapi yöntemleri şunlardır; gevşeme eğitimi, biofeedback, sistematik duyarsızlaştırma, alıştırma, vestibular duyarsızlaştırma, tepki önleme ve göz hareketleri duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR). Gevşeme eğitiminin içinde ise derin nefes egzersizleri, germe ve bilişsel gevşeme teknikleri bulunmaktadır (Engin 2014).

2.1.8. Anksiyete Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı

Hasta ve hemşire arasında oluşan güven duygusu ve hemşirelik girişimleriyle hastadaki anksiyete duygusu azalacak, bu durum hastanın iyileşme sürecini ve tedaviye uyumu hızlandıracaktır. Hemşirelerden yeterli bakım ve bilgi alan, etkili iletişim kurabilen hastaların hemşirelik bakım memnuniyetinin daha yüksek olması ve dolayısıyla korku ve endişelerin azalması öngörülmektedir (Özyürek ve Göktaş 2021)

Hastaların servise gelişinden itibaren her hemşire-hasta etkileşiminde fiziksel durumları kadar ruhsal durumlarını da değerlendirmelidir. Hemşire hastaların hastalıklarından kaynaklanan psikolojik ve fiziksel etkilerini anket, ölçek gibi değişik veri toplama yöntemleri kullanarak belirlemelidir. Hastalıklarıyla ilgili korkularını, merak ettiklerini sormaları için astarların hastalar cesaretlendirilmelidir. Hastaneye gelişinden itibaren hastaların ihtiyaçlarının hasta ile birlikte belirlenip taburculuk eğitimi de dâhil olmak

üzere hasta eğitim programlarını düzenleyip uygulamaları hemşirelere önerilmektedir.(Buldan ve Kuzu Kurban 2018)

Anksiyete hemşirelik tanısında kullanılan hemşirelik girişimlerinden bazıları şöyledir;

- Anksiyete hakkında bilgi verilir.
- Zaman zaman anksiyete yaşamanın normal olduğu açıklanır (normalizasyon).
- Duygu-düşünce ve davranış arasındaki bağlantı anlatılır.
- Bilişsel çarpıtmalar ve otomatik düşünceler hakkında bilgi verilir.
- Bireyin en sık kullandığı bilişsel çarpıtmalar birlikte belirlenir.
- Olumsuz otomatik düşüncelere karşı alternatif düşüncelerin neler olabileceği tartışılır.
- İşlevsiz ara inançlar yerine geçebilecek ara inançlar tartışılır ve işlevselliği değerlendirilir.
- Bireyin kullandığı baş etme yöntemleri birlikte tartışılır.
- Bireyin kullanabileceği etkili baş etme yöntemleri birlikte tartışılır.
- Bireyin kullanabileceği baş etme yöntemleri belirlenir.
- Birey için uygun olan etkili baş etme yöntem ya da yöntemleri belirlenir ve uygulaması için cesaretlendirilir.
- Birey için uygun olan baş etme yöntemleri birlikte uygulanır.
- Nefes ve progresif gevşeme egzersizleri uygulamalı olarak anlatılır ve birlikte yapılır.
- Etkili iletişim teknikleri ve atılgan davranış anlatılır.
- “Ben dili” anlatılır. Birey “ben dilini” kullanması için cesaretlendirilir (Çam ve Demirkol 2022)

Şahin ve Buzlu’nun 2016’da yaptığı olgu sunumunda anksiyete tanısı alan bir hastanın hemşirelik bakım planı örneği sunulmuştur. Bu çalışmada hemşirelik girişimleri; anksiyete belirtilerini azaltma, sosyal etkileşimi arttırma, konsantrasyonu geliştirme, bağımsızlığı destekleme, aile eğitimi ve benlik algısını güçlendirme olarak sınıflandırılmıştır. Konsantrasyonu geliştirme başlığı altında;

- Hastaya yavaş ve derin nefes egzersizleri öğretilmesi ve hastanın uygulaması
- Hastaya, gevşeme teknikleri öğretilmesi ve hastanın uygulaması
- Hastanın yakınlarından, hastaya ait sevdiği bir objeyi getirmesi istenmesi ve odasına yerleştirilmesi.

- Hastadan kendisini rahatlatacağı bir aktivite seçmesi istenmesi, kitap okuma talebi üzerine, yakınlarından hastanın talep ettiği kitap getirilmesi,
- Hastaya, sevdiği tarzda müzik kayıtlarını 20- 30 dakika gözleri kapalı şekilde dinlemesi, girişimleri uygulanmıştır (Şahin ve Buzlu 2016).

2.2. DERİN NEFES EGZERSİZİ

Derin nefes egzersizi, diyafragmatik derin nefes alma, veya yavaş karın solunumu olarak da bilinir. Diyaframın kasılma uzunluğunu artırarak, solunum sıklığını en aza indirerek ve kan dolaşımına giren oksijen miktarını en üst düzeye çıkarmak için inhalasyon ve ekshalasyon hacimlerini derinleştirerek derin, yavaş ve ritmik nefes almayı içeren bir nefes alma uygulamasıdır.

Yavaş derin nefes alma yöntemi, kaygıyı ve meydana gelen stresi azaltabilen ve otomatik olarak kan şekeri düşürebilen, hipertansiyonu düşürebilen hemşirelik eylemlerinden biridir. Gevşemek, sempatik sinir sistemi aktivitesini düzenlemek ve azaltmak için hipotalamusu etkileyebilir (Warsono ve Yanto 2020, Ka Kin Yau ve Loke 2021).

Stresörlere yanıt olarak, sempatik sinir sistemi stres hormonlarını salgılar ve sempatik ton dinlenme düzeyine geri dönmeyebilir, bu da stresli koşullara uzun süre maruz kalındığında olumsuz duygulara yol açar. Derin nefes egzersizinin daha yavaş, daha derin ve daha uzun süreli ekshalasyon yoluyla verilmesi, insanları sakin ve rahat hissettiren bazal sempatik tonu azaltabilir (Ka Kin Yau ve Loke 2021).

Ayrıca vücut derin nefes egzersizini doğru ve düzenli yaptığında oksijen tüketimini, solunum frekansını, kalp frekansını ve kas gerginliğini azaltacak ve vücudun yüksek konsantrasyonlarda olmasına neden olacaktır (Ah 2020).

İsteğe bağlı olarak ağız veya burun yoluyla yavaş ve derin bir inspirasyon tercih edilebilir. Yavaş bir inspirasyon, havanın bağımlı akciğer bölgelerine tercihli dağılımının bir sonucu olarak bazal ventilasyonu iyileştirir (Westerdahl 2015).

Solunum egzersizlerinden biri olan derin nefes egzersizi şöyle yapılır; karnınıza doğru burnunuzdan derin nefes alın. Nefesinizi 4-5 saniye tutun ve ağızınızdan üfleyerek verin. Bir kerede 3-4 kez derin nefes alıp verdikten sonra dinlenin. Bunu 10 kez tekrarlayın. Bu egzersizi yaparken mideniz boş olmalıdır. Bu nedenle yemek yedikten 2

saat sonra yapmanız yerinde olur. Günde bu şekilde üç veya dört kez çalışabilirsiniz (Sağlam ve ark 2008).

Rashmi ve Das'ın astım hastası çocuklarda yaptığı çalışmada derin nefes egzersizi; burundan göğsün alt kısmını hareket ettirerek derin nefes alınıp, inspirasyonun sonunda nefes 5 saniye tutulup ve ardından ağızdan yavaşça verilerek yaptırılmıştır. 15-20 dakikalık, her biri 5 dakika set arası dinlenme periyotları ile setler halinde düzenlenmiştir. Çalışma, astımlı çocuklarda gelişmiş ventilatör işlevleri oluşturmuştur (Sankar ve Das 2018).

Nefes egzersizi, nefes alma ve fonksiyonel performansı artırmaya yönelik bir egzersizdir. Derin bir nefes egzersizi; solunum kaslarının işlevini artırmaya yarayan, ventilasyon ve oksijenlenmeyi iyileştiren, bir hemşirelik etkinliğidir (Herdman ve Kamitsuru 2014, Nirmalasari ve ark 2020, Toussaint ve ark 2021).

2.3. ACİL SERVİS

Acil servisler hastanelerin toplumla ilişkisinin en fazla olduğu bölümlerdir ve hastanelerin halka açılan pencereleridir. Acil servisler hasta takibinin 24 saat uygulandığı üniteler olduğundan diğer servislerden farklı olarak hemşirelik bakımının, acil sağlık sorunlarını çözümlmeye yönelik gerekli kanıta dayalı uygulamaları ve bilgiyi içermelidir. Hastalara kaliteli acil sağlık bakımı verebilmek için fiziki koşulların iyi olması, yeterli tıbbi ekipman ve yetişmiş insan gücünün yanı sıra, olumlu davranış algısı oluşturmak için, o bölgede acil servise başvuranların özellikleri de iyi bilinmeli ve bakım buna uygun planlanmalıdır (Eroğlu 2018).

Acil servis, hasta sirkülasyonu ve sirkülasyonunun yüksek olması, kontrol eksikliği ve hemşirelerin aşırı iş yükü ve iletişim güçlükleri nedeniyle zorlu bir çalışma ortamıdır. Sağlık profesyonelleri, çok sayıda kesinti, zaman kısıtlaması ve yüksek baskı koşulları altında çalışmaktadır (Diz ve Lucas 2022).

Hastalar semptomları hafifletmek, testler yaptırmak ve ilaç uygulamaları için sıklıkla acil servise başvururlar. Bu, hastanın bakış açısından uygun görünse de, bu tür kullanım sağlık sistemine bir yük getirir ve bakım diğer düzeylerde daha iyi yönetilebilecekken acil servise olan talebi artırır. Bu bir anlamda gerçek acil durumlarla rekabet eder. Bu arada, bu tür başvurular, komplikasyonları ve yeni hastalıkları önlemek için sağlık hizmetiyle (hastaların sadece acil semptomlarını hafifletmek için tedavi değil,

aynı zamanda sağlık eğitimi de alacakları) bir bađ oluşturmayan veya devam eden bakımla bağlantı kurmayan bir tūr bakım üretir. Acil servis hizmetlerinin bu şekilde kullanılması uygunsuz olarak kabul edilir (Carret ve ark 2009).

Büyüyen kentleşme, vatandaşlara temel hizmetleri sağlamak için mevcut kaynakları en iyi şekilde kullanmayı zorlaştırmaktadır. şehirlerin hızlı büyümesi, trafik sıkışıklığı, hızlı bulaşıcı hastalık salgını (salgınlar), hava kirliliği, atık yönetimi ve felaket durumlarında kamu güvenliği gibi çeşitli sorunlara neden olmaktadır (Mohammad ve ark 2019). Kent nüfusunun artması, nüfusun talep ettiği acil tıbbi bakım hizmetleri sağlama anlamında endişelerini de artırmaktadır. Büyük şehirlerdeki nüfus artışı ile birlikte trafik kazalarının sayısında ve kalp krizi, boğulma, ateşli silahla delme ve afetler (örneğin sel, heyelan, deprem) gibi diğer ciddi olayların sayısında önemli bir artış olması doğaldır. Bu tūr olaylardaki bu artış, dünya çapında sağlık sistemlerinin uygulama alanında ve maliyetlerinde orantılı artışa yansımaktadır (Cabral ve ark 2018).

Acil servis başvurularının artması tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de büyük bir sorundur. Acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması kişilerin acil olmayan durumlarda da acil servislere başvurmasına, büyüyen hasta hacmi de beklemeden acil hizmeti alması gereken hastalara zamanında müdahale edilememesi, hekim ve hasta tatminsizliği gibi sorunlara yol açmaktadır. Bu durumda acil hastalar ile acil olmayanların hangi yöntemle ayrılacağı ve hastaların tedavi olma önceliğinin nasıl belirleneceği önem kazanmaktadır. Acil hastalar ile acil olmayan hastaları ayırt etmek amacıyla sağlık hizmet sunucularınca triaj ölçekleri kullanılmaktadır. Triaj ölçeği kullanılarak hastanın tedavi olmadan ne kadar süre bekleyebileceği belirlenmekte, eğer hasta çok acil ise derhal müdahale edilip hastanın yaşam kaybının önlenmesi sağlanmaktadır (Öner şimşek 2018).

Psikiyatrik aciller duygu, düşünce ve davranış alanlarında oluşan belirtilerin; kişinin bedensel, zihinsel, sosyal bütünlüğünü, yaşam kalitesini, işlevlerini kişinin kendisi ve çevresi açısından katlanılamaz derecede bozmasıdır (Büyükbayram ve Engin 2018). Dünya üzerinde birçok ülkede bu durumlara müdahale etmek için psikiyatri acil servisleri bulunmaktadır (Juster ve ark 2018).

Tüm ruh sağlığı ağına açılan bir kapı olan acil psikiyatri servisi, hastanelerde genel psikiyatrik değerlendirme ve tedavi için önemli ve vazgeçilmez bir bağlantı olarak hizmet vermektedir. Acil psikiyatrinin epidemiyolojisi, psikiyatrinin akut ve kronik hastaların demografik ve klinik tablolarını ortaya koymaktadır (Moltke ve ark 2015).

Yapılan çalışmalar, acil servise psikiyatrik şikayetlerle başvuranların epidemiyolojisini araştırmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde psikiyatrik acil servis ziyaretçileri üzerine yapılan ulusal araştırmalar, ruh sağlığı ile ilgili acil servis başvurularında bir artış olduğunu (Larkin ve ark 2005) ve anksiyete ile ilgili durumlardaki bir artış eğilimini ortaya çıkarmıştır. Suicid girişimleri, şizofreni spektrum bozukluğu, afektif bozukluklar, nevrotik ve stres bozukluklarında acil servis başvurularında artan bir sıklık göstermiştir. Acil serviste psikiyatri konsültasyonuna ihtiyaç duyan hastaların klinik tablosunu tanımlayan raporlar; psikiyatrik tedavi için çok önemli bir giriş işlevi görmektedir (Moltke ve ark 2015).

2.4. ACİL SERVİSTE ANKSİYETESİ OLAN HASTAYA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Acil servislere her gün çok sayıda hasta başvurmaktadır ve başvuruların büyük bir kısmı acil olmayan durumlardır. Acil servise baş dönmesi, göğüs ağrısı, baş ağrısı, bulantı, karın ağrısı, kusma ve solunum problemleri gibi semptom ve bulguları olan hastalar başvurmaktadır. Bu hastalardan bazıları herhangi bir sağlık problemi olmamasına rağmen, devamlı olarak ciddi bir hastalığa sahip olma hakkında endişe ve korku duymakta, ve hastalık semptomları hissetmektedir (Ekwall ve Sweden 2013). Anksiyetesi olan hastalar acil servislerin gereksiz kullanıma sebep olmaktadır. Bu durum acil servislerde aşırı kalabalık ve hasta yoğunluğu oluşturmaktadır. Acil servislerde anksiyetesi olan hastaların belirlenmesi ve ilgili kliniklere yönlendirilmesi ile tekrarlayan başvuruların azalacağı, gereksiz yere yapılan sağlık harcamalarının önüne geçilerek daha etkili bir sağlık hizmeti sunulacağı ve böylece gerçek aciliyeti olan hastalara da öncelik verileceği düşünülmektedir (Gül, Özdemir ve Börekçi 2016). Musey ve ark (2018) yaptıkları çalışma da acil servise düşük riskli göğüs ağrısı ile başvuran hastaların %47'sinde yüksek düzeyde anksiyete olduğu ve bu hastaların acil servise tekrarlayan başvurularının olacağını belirtmişlerdir (Musey ve ark 2018). Acil servise başvuran bireylerde anksiyeteye bağlı olarak hızlı nefes alıp verme, göğüs ağrısı, tüm vücutta kasılmalar ve titremeler, göğüs ağrısı, baş ağrısı, bulantı, terleme, kötü bir şey olacakmış hissi gibi belirtiler görülmektedir (Çam ve Engin, 2014). Bireylerde görülen bu şikayetlerin azaltılmasında hemşirelik yaklaşımı çok önemlidir.

Anksiyete bozukluğu olan bireyle hemşirenin kuracağı terapötik ilişkide etkileşimin anlamlı olmalıdır. Hemşire anksiyetesi olan bireye yaklaşımda bireyin

anksiyetesini değerlendirmeli sonra ve yönelik girişimlerde bulunmalıdır (Gürhan, 2016). Derin nefes egzersizi, anksiyeteyi azaltmada etkili olan yöntemlerden birisidir (Neeru ve ark 2015). Derin nefes egzersizi; burundan derin bir nefes alıp 4'e veya 5'e kadar sayıldıktan sonra ağızdan nefesin yine 4'e veya 5'e kadar sayılarak verilmesi şeklinde uygulanır. Hemşire hiperventilasyonu olan bireyi yavaş ve derin nefes alması için teşvik eder. Aynı zamanda derin nefes egzersizi yöntemini hastaya göstermek için onunla birlikte nefes egzersizini uygular (Gürhan, 2016).

Solunumun düzenlenmesi ve desteklenmesi için yaptırılan derin nefes egzersizleri ve spontan solunumu destekleyen egzersizler hemşirelik yönetmeliğinin Ek-3 tablosunda hemşirenin kararıyla uygulanan hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır (Resmi Gazete 2011). Ayrıca yine acil servis hemşiresinin görev yetki ve sorumluluklarının hemşirelik bakımı bölümünde 'Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir.' maddesi yer almaktadır (Resmi Gazete 2011).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma ön test son test düzende deney-kontrol gruplu randomize kontrollü kesitsel bir çalışma olarak yapıldı. Deneysel olarak yapılan araştırmada tek kör araştırma yöntemi kullanıldı.

3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Araştırma, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Acil servis biriminde 20.03.2021- 20.12.2021 tarihleri arasında yapıldı. Acil serviste iki doktor öğretim üyesi, 12 uzman hekim, 24 asistan hekim, 30 pratisyen hekim, 74 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 20.03.2021- 20.12.2021 tarihleri arasında acil servise başvurup hekim tarafından DSM-V'e göre anksiyete bozukluğu tanısı konulan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar oluşturdu. Veriler acil serviste görev yapan araştırmacı tarafından gözlem odasında toplandı. Pandemi sürecinde hastaneye başvuran hasta sayısının azalmasından dolayı çalışmanın yapıldığı tarihlerde araştırma kriterlerine uyan 70 hasta (35 deney grubu, 35 kontrol grubu) ile yapıldı. Araştırmadan geri çekilen hasta olmadı.

3.4. RANDOMİZASYON

Rastgeleleştirme, bilgisayar tabanlı rastgele sıra numaraları (www.random.org) kullanılarak yapıldı. Rastgele dağıtım sırası ve katılımcıların gruplara atanması araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Katılımcılar araştırmaya dahil edilme sırasına göre numaralandırılmış ve randomizasyon listesindeki rastgele sıra numaralarına göre deney grubu veya kontrol grubuna atanmıştır. Örneklem alınan bireylerin tamamına çalışma öncesinde aydınlatılmış onam, kişisel bilgi formu ve Beck anksiyete ölçeği uygulandı. Deney grubunda olan bireylere 10 dakikalık süreyle derin nefes alma egzersizi yaptırıldı, kontrol grubunun ise herhangi bir uygulama yapılmadan gözlem odasında 30 dakika

dinlenmesi sağlandı. 30 dakikanın sonunda hem deney hem de kontrol grubuna Beck anksiyete ölçeği ve taburculuk süresinden oluşan form uygulandı.

3.5.ARAŞTIRMA KRİTERLERİ

3.5.1.Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Araştırmaya, acil servise başvuran ve anksiyete bozukluğu tanısı alan, başka bir psikiyatrik hastalığı olmayan, kronik hastalığı olmayan, sürekli kullandığı bir ilacı olmayan, okur yazar olan, 18- 55 yaş arası, gebe olmayan ve emzirmeyen ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler dahil edildi.

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Psikiyatrik ya da kronik hastalığı olan bireyler,
- Sürekli kullandığı bir ilacı olan bireyler
- Okur yazar olmayanlar
- Gebelik ve emzirme durumu olanlar
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler

3.6. KONTROL GRUBU

Acil servise başvuran ve anksiyete bozukluğu tanısı alan fakat derin nefes egzersizi uygulanmayan bireyler kontrol grubunu oluşturmuştur.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ÖZELLİKLERİ

Veriler; 20 sorudan oluşan kişisel bilgi formu, Beck anksiyete ölçeği, taburculuk süresini belirten bir sorudan oluşan form aracılığıyla toplandı.

3.7.1. Kişisel bilgi formu

Yaş, cinsiyet, kültürel etkenler, sosyoekonomik durum, yalnızlık gibi birçok sosyodemografik değişkenin anksiyeteyi tetiklediği yapılan çalışmalarda görölmüştür (Abay 2016, Tull ve ark 2020, Hubbard ve ark 2021). Yapılan çalışmalar incelendiğinde yaş, kadın cinsiyet, düşük gelir, düşük eğitim durumu, boşanmış olma, yalnızlık, sosyal çevreden yoksunluk, herhangi bir işte çalışmama, kronik bir hastalığa sahip olma gibi

değişkenlerin anksiyeteyi artırabileceği tespit edilmiştir (Gerogianni ve ark 2018, Hald ve ark 2020, Afonso ve ark 2021). Araştırmacı tarafından incelenen bu literatür doğrultusunda hazırlanan form bireyin sosyodemografik özelliklerini (11 soru) ve anksiyete öyküsü ile ilgili bilgilerini (9 soru) içermektedir.

3.7.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck tarafından geliştirilen anksiyete belirtilerini ölçmeye ve anksiyetenin bilişsel yanlarını ortaya koyan 21 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir (Kabacoff et al. 1997). Ulusoy ve arkadaşları ölçeğin ilk geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yürütmüştür (test tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0,57$). Çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda anksiyete derecelendirme ve tedavi izleme çalışmalarında güvenli kullanılabileceği belirtilmiştir (Ulusoy ve ark., 1998). Bütün maddeler için hesaplanan α değeri o ölçeğin toplam güvenilirliğini belirler ve genel kabul bu değerin 0,7 ve daha büyük olması yönündedir (Çakmur 2012). Bu doğrultuda ölçeklerin Cronbach Alfa değerleri 0,7'den yüksek olması beklenir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Cronbach Alfa katsayısı 0,93 olarak saptamıştır. Bu çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0,97 olarak bulunmuştur. Beck Anksiyete Ölçeği bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabileceği bir ölçektir. 13 madde fizyolojik semptomları değerlendirir, 5 madde kavrama yönünü açıklar, 3 maddede hem somatik hem kavrama semptomlarını simgelemektedir (Kabacoff ve ark 1997). Sorular 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her madde için ‘‘Hiç’’, ‘‘Hafif Derecede’’, ‘‘Orta Derecede’’, ‘‘Ciddi Derecede’’ seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. Ölçekten minimum 0, maksimum ise 63 puan alınmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puan kullanılır. Ölçekten alınan puanların artması anksiyete düzeyinin de arttığını gösterir (Kaynakve Özçelik 2020).

3.7.3. Taburculuk süresi formu

Taburculuğun kalitesi, bakım maliyetlerini düşürmek ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için bir önceliktir (Weiss ve ark 2017). Kaya ve arkadaşları 2018’de yaptığı çalışmada taburculuğa hazır olmanın boyutlarını (kişisel durum, bilgi, baş etme becerisi ve beklenen destek) incelemişlerdir (Kaya ve ark 2018). Birçok hasta için acil servis hastaneye ilk erişim noktasıdır (Kaushik ve ark 2018). Acil servis kalabalığı ülkemizde ve dünyada sağlık bakım kalitesini etkileyen, gerçek acil hastalarının daha ayrıntılı

değerlendirilmesini, tanı ve tedavilerinin gecikmeden yapılmasını engelleyen, mortalite ve morbiditeyi arttıran ciddi bir halk sağlığı sorunudur (Karsandı ve ark 2021). Bu bilgiler doğrultusunda bireyin acil servisten ne kadar sürede taburcu olduğunu belirten form, araştırmacı tarafından oluşturulmuştur ve bir maddeden oluşmaktadır. Bu form hastanın deney ve kontrol grubundan hangisine dahil edildiğini ve taburculuğuna kadar geçen sürenin 0-30 dakika, 30 dakika bir saat, bir saat ve üzerinde olduğunu belirten şıklardan oluşmaktadır.

3.8. DERİN NEFES EGZERSİZİNİN UYGULANMASI

Örnekleme alınan bireylerin tamamına çalışma öncesinde aydınlatılmış onam, kişisel bilgi formu ve Beck anksiyete ölçeği uygulandı. Deney grubunda olan bireylere 10 dakikalık süreyle derin nefes alma egzersizi yaptırıldı, kontrol grubunun ise herhangi bir uygulama yapılmadan gözlem odasında 30 dakika dinlenmesi sağlandı. 30 dakikanın sonunda hem deney hem de kontrol grubuna Beck anksiyete ölçeği ve taburculuk süresinden oluşan form uygulandı.

Derin nefes egzersizi uygulamaları literatürde farklı şekillerde yer almaktadır. Bu çalışmada uygulanan derin nefes egzersizi; Toussaint ve arkadaşlarının 2021’de yayınladığı makalede anlatılan uygulama, Rashmi ve Das’ın 2018’de astım hastası çocuklarda yaptığı çalışmada uygulanan teknik, Nirmalasari ve arkadaşlarının 2020’de konjestif kalp hastalığı olan bireylerde yaptığı araştırmadaki derin nefes egzersizi tekniğinden uyarlanarak hazırlanmıştır (Toussaint ve ark 2021, Rashmi ve Das 2018, Nirmalasari ve ark 2020).

Derin nefes alma egzersizinin uygulanması aşağıdaki şekildedir:

4. Bireye burnundan derin bir nefes olması söylenir.
5. Nefesini tutarken içinden 5’a kadar sayması istenir.
6. Ağzından nefesini yavaşça bırakması söylenir.

Acil servise başvuran, araştırma kriterlerine uygun kişiler (n:70)

(Araştırmaya, acil servise başvuran ve anksiyete bozukluğu tanısı alan, başka bir psikiyatrik hastalığı olmayan, kronik hastalığı olmayan, sürekli kullandığı bir ilacı olmayan, okur yazar olan, 18- 55 yaş arası, gebe olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler dahil edildi).

Tablo 3.1. Deney-Kontrol Grubuna Uygulanan İşlemler

Deney grubu (n:35)	Kontrol grubu (n:35)
↓	↓
Aydınlatılmış onam, kişisel bilgi formu ve Beck anksiyete ölçeği	Aydınlatılmış onam, kişisel bilgi formu ve Beck anksiyete ölçeği
↓	↓
10 dakikalık süreyle derin nefes alma egzersizi yapıldı	Herhangi bir uygulama yapılmadan gözlem odasında 30 dakika dinlendirildi
↓	↓
Beck anksiyete ölçeği ve taburculuk süresi formu	Beck anksiyete ölçeği ve taburculuk süresi formu

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olan ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Paired Sample-t” test (t-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri);

iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Fisher-Exact”, “süreklilik düzeltmesi” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır.

Çalışmadan elde edilen veriler kullanılarak G*Power 3.0.10 programı yardımıyla Post hoc olarak yapılan güç analizi sonucunda; çalışmadan elde edilen etki büyüklüğü ve %5 hata payı ile 35-35 örnek sayısı için çalışmanın gücü %90,9 bulunmuştur ($n^1 : 35 - n^2 : 35$).

3.10.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmanın yeri Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin ana bina acil servisinde yürütülerek tek merkez olarak sınırlandırılmıştır.
- Araştırmanın yürütülmesinde araştırmacının zaman sınırlaması vardır.
- Pandemi nedeniyle polikliniğe başvuran hasta sayısında azalma olması araştırmayı sınırlamıştır.
- Elde edilen verilerin doğruluğunun anksiyete bozukluğu alan hastaların verdiği yanıtlara bağlı olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.11.ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis’te araştırma yapmak için İl Sağlık Müdürlüğünden izin alındı (Karar No:2021/68). Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alındı (Karar No: 2020/17-22).

Araştırma kapsamına alınan bireylere araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” imzalatıldı. Araştırmada kullanılan Beck Anksiyete Ölçeği’nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan araştırmacıdan e-mail yolu ile izin alındı. Araştırma boyunca mahremiyet, edinilen bilgilerin gizliliği ve gizliliğinin korunması etik ilkesine özen gösterildi.

4. BULGULAR

4.1. DENEY/KONTROL GRUPLARI İLE TANIMLAYICI ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Tablo 4.1. Deney/Kontrol Grupları İle Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Değişken	Deney grubu (n=35)		Kontrol grubu (n=35)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	N	%	N	%	
Yaş sınıfları					
<25	11	31,4	6	17,1	$\chi^2=6,161$ p=0,104
25-34	13	37,1	8	22,9	
35-44	2	5,7	6	17,1	
≥45	9	25,8	15	42,9	
Cinsiyet					
Kadın	25	71,4	23	65,7	$\chi^2=0,066$ p=0,797
Erkek	10	28,6	12	34,3	
Medeni durum					
Evli	25	71,4	24	68,6	$\chi^2=0,068$ p=0,794
Bekar	10	28,6	11	31,4	
Evlilik süresi					
1-5 yıl	6	24,0	6	25,0	$\chi^2=1,972$ p=0,578
6-10 yıl	7	28,0	3	12,5	
11-15 yıl	2	8,0	2	8,3	
>16 yıl	10	40,0	13	54,2	
Yaşanılan yer					
Köy/kasaba/ilçe	2	5,7	3	8,6	$\chi^2=5,015$ p=0,081
Şehir merkezi	33	94,3	32	91,4	
Öğrenim durumu					
Okuryazar	-	-	2	5,7	$\chi^2=4,977$ p=0,290
İlkokul	9	25,7	9	25,7	
Ortaokul	6	17,2	6	17,1	
Lise	9	25,7	13	37,2	
Üniversite	11	31,4	5	14,3	
Eş öğrenim durumu					
Okuryazar	-	-	1	4,2	

İlkokul	7	28,0	6	25,0	$\chi^2=1,987$
Ortaokul	4	16,0	6	25,0	$p=0,738$
Lise	10	40,0	7	29,2	
Üniversite	4	16,0	4	16,6	
Meslek					
Memur	9	25,7	5	14,3	
İşçi	6	17,1	6	17,1	$\chi^2=5,776$
Emekli	1	2,9	7	20,0	$p=0,216$
Diğer	3	8,6	3	8,6	
İşsiz	16	45,7	14	40,0	
Eş meslek					
Memur	2	8,0	4	15,4	
İşçi	11	44,0	11	42,3	$\chi^2=3,382$
Emekli	4	16,0	6	23,1	$p=0,492$
Diğer	-	-	1	3,8	
İşsiz	8	32,0	4	15,4	
Çocuk Durumu					
Çocuğu yok	13	37,1	10	28,6	
1	4	11,4	4	11,4	$\chi^2=0,762$
2	13	37,1	14	40,0	$p=0,859$
3 ve üzeri	5	14,4	7	20,0	
Ekonomik durum					
Gelir giderden az	5	14,3	10	28,6	$\chi^2=2,251$
Gelir gidere eşit	19	54,3	17	48,6	$p=0,324$
Gelir giderden fazla	11	31,4	8	22,8	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre “süreklilik düzeltmesi” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır.

Deney grubunun %31,4’ü 25 yaşından küçük, %37,1’i 25-34 yaş arası, %25,8’i 45 yaş ve üzeri yaşa sahiptir. Kontrol grubunun ise; %17,1’i 25 yaşından küçük, %22,9’u 25-34 yaş arası, %42,9’u 45 yaş ve üzeri yaşadadır.

Deney grubunun; %71,4’ü kadın, %28,6’sı erkektir. Kontrol grubunun ise; %65,7’si kadın, %34,3’ü erkektir. Deney grubunun; %71,4’ü evli, %28,6’sı bekardır. Kontrol grubunun ise; %68,6’sı evli, %31,4’ü bekardır. Deney grubunda evli olanların evli olduğu yıl süresi; %24’ünün 1-5 yıl, %40’ının 16 yıl ve üzeridir. Kontrol grubunda evli olanların evli olduğu yıl süresi; %25’inin 1-5 yıl, %54,2’sinin 16 yıl ve üzeridir.

Deney grubunda köy veya kasabada yaşayan bulunmamaktadır, bu gruptakilerin %5,7'si ilçede, %94,3'ü şehir merkezinde yaşamaktadır. Kontrol grubundakilerin %8,6'sı köy veya kasabada, %91,4'ü şehir merkezinde yaşamaktadır, ilçede yaşayan ise bulunmamaktadır.

Deney grubunun; %31,4'ü üniversite mezunudur. Kontrol grubunun ise; %37,2'si lise, %14,3'ü üniversite mezunudur. Deney grubunda evli olanların eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında %40'ı lise mezunudur. Kontrol grubunda evli olanların eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında ise; %29,2'si lise mezunudur.

Deney grubunun mesleklerine bakıldığında; % 25,7'si memur, % 17,1'i işçi, %2,9'u emekli, %8,6'sının diğer işlerle uğraştığı, %45,7'sinin işsiz olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun mesleklerine bakıldığında ise; % 14,3'ü memur, % 17,1'i işçi, %20,0'si emekli, %8,6'sının diğer işlerle uğraştığı, %40,0'mın işsiz olduğu görülmüştür. Deney grubunda evli olanların eşlerinin mesleklerine bakıldığında; % 44,0'ü işçi, %32,0'sinin işsiz olduğu, diğer işlerle uğraşanın bulunmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda evli olanların eşlerinin mesleklerine bakıldığında ise; %42,3'ü işçi, %15,4'ünün işsiz olduğu bulunmuştur.

Deney grubunun %37,1'inin çocuğu olmadığı, %37,1'inin 2 çocuğu olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun ise; %28,6'sının çocuğu olmadığı, %40'ının 2 çocuğu olduğu saptanmıştır.

Deney grubunun ekonomik durumuna bakıldığında; %54,3'ünün geliri gidere eşittir. Kontrol grubunun ekonomik durumuna bakıldığında ise; %48,6'sının geliri gidere eşittir. (Tablo 4.1).

Deney/kontrol grubu ile yaş sınıfları, cinsiyet, medeni durum, evlilik süresi, yaşanılan yer, öğrenim durumu, eş öğrenim durumu, meslek, eş meslek durumu, çocuk durumu ve ekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Gruplar belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojendir.

Tablo 4.2. Deney/Kontrol Grupları İle Hastalıkla İlgili Özellikler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Değişken	Deney grubu (n=35)		Kontrol grubu (n=35)		İstatistiksel analiz*
	N	%	N	%	
Başvuru şekli					
Kendi isteğiyle	32	91,4	31	88,6	$\chi^2=0,000$ p=1,000
Ailesinin isteğiyle	3	8,6	4	11,4	
Şikayet türü**					
Nefes darlığı	16	12,5	19	15,7	$\chi^2=6,902$ p=0,439
Ellerde titreme	14	10,9	8	6,6	
Kalp atış hızlanması	23	18,0	14	11,6	
Terleme	11	8,6	7	5,8	
Panik duygusu	28	21,9	27	22,3	
Kötü hissiyat	25	19,5	33	27,2	
Göğüs ağrısı	10	7,8	10	8,3	
Bayılma	1	0,8	3	2,5	
Aynı yıl başvurma					
Evet	18	51,4	17	50,0	$\chi^2=0,000$ p=1,000
Hayır	17	48,6	17	50,0	
Uygulanan işlem					
Tedavi	17	94,4	13	76,5	$\chi^2=2,507$ p=0,286
Gözlemde takip işlem	1	5,6	3	17,6	
İşlem uygulanmadı	-	-	1	5,9	
Ailede psikiyatrik hastalık					
Evet	5	14,3	3	8,6	p=0,710
Hayır	30	85,7	32	91,4	
1 hf. Olumsuz olay					
Evet	25	71,4	32	91,4	$\chi^2=3,401$ p=0,065
Hayır	10	28,6	3	8,6	

Genel kaygı düzeyi

Normal	7	20,0	8	22,9	
Düşük	2	5,7	1	2,9	$\chi^2=1,844$
Orta	16	45,7	20	57,1	$p=0,605$
Panik	10	28,6	6	17,1	

Kaygıyla baş etme

Yöntemi yok	23	65,7	31	88,6	
Derin nefes	2	5,7	-	-	
Dua	7	20,0	4	11,4	$\chi^2=7,003$
Hobi	2	5,7	-	-	$p=0,136$
Diğer	1	2,9	-	-	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Fisher-Exact”, “süreklilik düzeltmesi” veya “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır. **Soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Tabloda görüldüğü üzere; deney grubunun %91,4’ü hastaneye kendi isteğiyle başvurmuştur. Kontrol grubunun ise; %88,6’sı hastaneye kendi isteğiyle başvurmuştur.

Deney grubunun şikayetlerine bakıldığında; %12,5’inin nefes darlığı, %18’inin kalp atış hızlanması, %21,9’unun panik duygusu, %19,5’inin kötü hissiyat, %7,8’inin göğüs ağrısı ile hastaneye başvurduğu görülmüştür. Kontrol grubunun başvuru şikayetlerine bakıldığında; %15,’sinin nefes darlığı, %11,6’sının kalp atış hızlanması, %22,3’ünün panik duygusu, %27,2’sinin kötü hissiyat, %8,3’ünün göğüs ağrısı ile hastaneye geldiği görülmüştür.

Deney grubunun %51,4’ü aynı yıl içinde bu şikayetlerle daha önce hastaneye başvurmuş, %48,6’sı ise ilk kez başvurmuştur. Kontrol grubunun ise; %50’si aynı yıl içinde bu şikayetlerle daha önce hastaneye başvurmuş, %50’si ise ilk kez başvurmuştur.

Deney grubunda daha önce aynı şikayetlerle hastaneye başvuranların %94,4’üne tedavi uygulanmıştır. Kontrol grubunda ise daha önce aynı şikayetlerle hastaneye başvuranların %76,5’ine tedavi uygulanmıştır.

Deney grubunun %85,7’sinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Kontrol grubunun ise; %91,4’ünün ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır.

Deney grubunun %71,4'ü son bir hasta içinde olumsuz etkilendiği olay yaşamıştır. Kontrol grubunun ise; %91,4'ü son bir hasta içinde olumsuz etkilendiği olay yaşamıştır.

Deney grubunun genel kaygı düzeylerine bakıldığında; %45,7'sinin orta, %28,6'sının panik düzeyde olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunun genel kaygı düzeylerine bakıldığında ise; %57,1'inin orta, %17,1'inin panik düzeyde olduğu bulunmuştur.

Deney grubunun kaygıyla baş etme yöntemlerine bakıldığında; %65,7'sinin yönteminin olmadığı, %5,7'sinin derin nefes aldığı, %20'sinin dua ettiği saptanmıştır. Kontrol grubunun kaygıyla baş etme yöntemlerine bakıldığında ise; %88,6'sının yönteminin olmadığı, %11,4'ünün dua ettiği, derin nefes uygulamasını, hobi ile uğraşma yöntemini ve diğer yöntemleri kullanan kişinin ise bulunmadığı saptanmıştır.

Deney/kontrol grubu ile başvuru şekli, şikayet türü, aynı yıl başvurma, uygulanan tedavi, ailede psikiyatrik hastalık, son bir haftada olumsuz etkileyen olay, genel kaygı düzeyi ve kaygıyla baş etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Gruplar belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojendir.

4.2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI

Tablo 4.3. Ölçeğe İlişkin Bulguların Dağılımı

Ölçek	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Max.
Beck anksiyete ölçeği (Ön test)	36,77	12,97	37,0	12,0	59,0
Beck anksiyete ölçeği (Son test)	19,61	19,47	11,5	0,0	57,0

Katılımcıların ölçeklere verdiği cevaplara ilişkin bulgular tabloda verilmiştir.

Beck anksiyete ölçeğinin ön test ortalaması 36,77, standart sapması 12,97, medyanı 37 minimum değeri 12, maksimum değeri 59 olarak bulunmuştur. Beck anksiyete ölçeğinin son test ortalaması 19,61, standart sapması 19,47, medyanı 11,5 minimum değeri 0, maksimum değeri 57 olarak bulunmuştur.

4.3. GRUPLARA GÖRE ÖN TEST – SON TEST AÇISINDAN ANKSİYETE PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4.4. Gruplara Göre Ön Test – Son Test Açısından Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Beck anksiyete ölçeği	Deney grubu (n=35)		Kontrol grubu (n=35)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Ön test	36,31±13,98	35,0 [23,0]	37,23±12,06	39,0 [19,0]	t=-0,293 p=0,770
Son test	2,85±4,36	1,0 [3,0]	36,37±13,13	37,0 [22,0]	Z=-7,145 p=0,000
Analiz	Z=-5,160		t=1,460		
Olasılık	p=0,000		p=0,154		

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); iki bağımlı grubun karşılaştırılmasında “Paired Sample” test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); iki bağımlı grubun karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

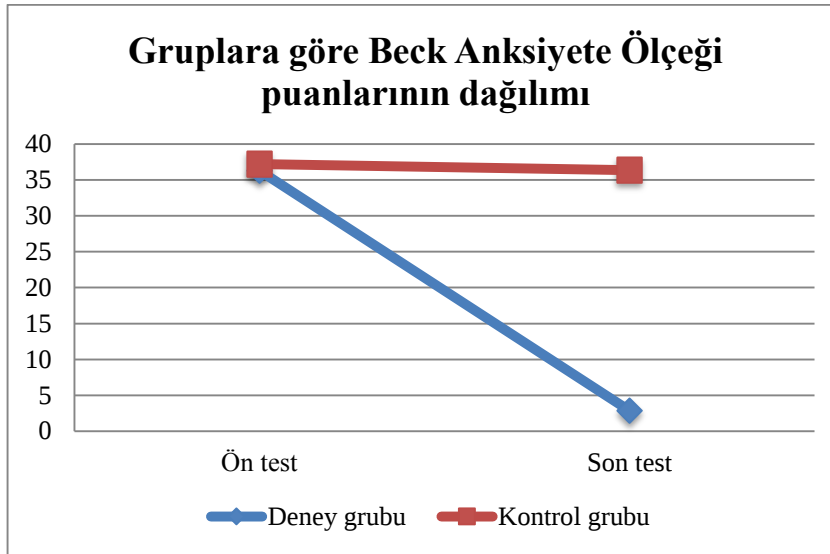
Gruplara göre ön test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Gruplara göre son test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-7,145$; $p=0,000$). Deney grubundakilerin son test Beck anksiyete ölçeği puanları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Deney grubundakilerin ön test – son test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-5,160$; $p=0,000$). Deney grubundakilerin son test Beck anksiyete ölçeği puanları, ön testten anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kontrol grubundakilerin ön test – son test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Grafik 4.1. Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı



Grafikte görüldüğü üzere kontrol grubunun ön test-son test puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı, deney grubunun ise ön test-son test puanları arasında anlamlı bir düşüş olduğu saptanmıştır.

4.4.DENEY/KONTROL GRUPLARI İLE TABURCULUK SÜRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Tablo 4.5. Deney/Kontrol ile Taburculuk Süresi Sınıfları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Değişken	Deney grubu (n=35)		Kontrol grubu (n=35)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	n	%	n	%	
Taburculuk süresi					
30 dakikadan az	32	91,4	-	-	$\chi^2=59,895$
30 dakika – 1 saat	3	8,6	16	45,7	p=0,000
1 saatten fazla	-	-	19	54,3	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır.

Deney/kontrol grubu ile taburculuk süresi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($\chi^2=59,895$; $p=0,000$). Deney grubunda olan 32 kişinin (%91,4) 30 dakikadan az sürede taburcu olduğu, kontrol grubundaki 19 kişinin (%54,3) 1 saatten fazla sürede taburcu olduğu belirlenmiştir. Deney grubundakilerin ağırlıklı olarak 30 dakikadan az sürede taburcu olduğu, kontrol grubundakilerin ise ağırlıklı olarak 1 saatten fazla sürede taburcu olduğu belirlenmiştir.



5.TARTIŞMA

Acil servise başvuran ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylere derin nefes egzersizi yaptırarak anksiyete düzeylerinin düşmesini ve taburculuk süresinin kısılmasını sağlamak amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular üç başlık halinde literatür doğrultusunda tartışıldı.

1. Deney/Kontrol ile Tanımlayıcı Özellikler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi
2. Gruplara Göre Ön Test – Son Test Açısından Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması
3. Gruplara Göre Taburculuk Süresinin Karşılaştırılması

5.1. DENEY/KONTROL İLE TANIMLAYICI ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Çalışmada deney grubunun; %71,4'ü kadın, %28,6'sı erkektir. Kontrol grubunun ise; %65,7'si kadın, %34,3'ü erkektir. Literatürde anksiyete ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde kadın cinsiyette olan katılımcıların erkeklerden yüksek olduğu görülmektedir (Ateş ve ark 2018, Kline ve ark 2019). Bazı çalışmalarda ise erkek katılımcıların sayısının kadın katılımcılardan daha fazla olduğu görülmüştür (Ergün, Babayiğit ve Çakıcı 2020, Dural ve Çıtlık Sarıtaş 2019). Kadın cinsiyette erkeklere oranla anksiyete görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmektedir (Ergün ve ark 2020). Bu çalışmada da kadın cinsiyetteki katılımcıların oranı erkek cinsiyetten daha fazladır. Bulunan sonuçlar literatürle uygunluk göstermektedir.

Kadın üreme hormonları, özellikle östrojen ve progesteron da anksiyete bozukluklarının nörobiyolojisinde kritik bir role sahip olabilir. Kadınların yaşamı boyunca (yani menarş sırasında, adet döngüsü sırasında, hamilelik sırasında ve doğum sonrası dönemde ve perimenopoz ve menopoz sonrası dönemlerde) östrojen ve progesteron düzeylerinde periyodik dalgalanmalar da hipotalamik yanıtları hızlandırabilir. Gonadal steroid ve glukokortikoide yanıt veren beyin sistemlerindeki bu geniş dalgalanmalar, muhtemelen kadınlarda çeşitli üreme evrelerinde gözlemlenen anksiyete semptom şiddetindeki değişikliklere katkıda bulunur (Jalnapurkar ve ark 2018). Brivio ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların erkeklere göre akut ve kronik strese daha yüksek duyarlılığa sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadan yola çıkarak stres yanıtı da bir başka bakış açısı olabilir (Brivio ve ark 2019). Kadınlardaki stres duyarlılığı anksiyete bozukluğunu tetikleyebilir.

Bu çalışmada; deney grubunun %31,4'ü 25 yaşından küçük, %37,1'i 25-34 yaş arası, %5,7'si 35-44 yaş arası, %25,8'i 45 yaş ve üzeri yaşa sahiptir. Kontrol grubunun ise; %17,1'i 25 yaşından küçük, %22,9'u 25-34 yaş arası, %17,1'i 35-44 yaş arası, %42,9'u 45 yaş ve üzeri yaştadır. Deney ve kontrol grupları yaş açısından homojendir ve aralarında anlamlı bir fark yoktur. Bu çalışmada anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların çoğunluğunun 45 yaş üstü kişiler olduğu gözlemlenmiştir. Ceballos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 18-24 yaş grubunun gençlere ve orta yaşlara göre daha fazla anksiyete yaşadıkları, Zengin ve Gümüş'ün 2019 yılında da hemşirelerde yaptığı araştırmada ise artan yaş ile anksiyete yaşama olasılığının arttığı bulunmuştur (Ceballos ve ark 2021, Zengin ve Gümüş 2019) . Bu farklılıkların sebebi çalışmaların yapıldığı şehirlerin yaş ortalaması olabilir.

Bu çalışmada; deney grubunun; %71,4'ü evli, %28,6'sı bekardır. Kontrol grubunun ise; %68,6'sı evli, %31,4'ü bekardır. Deney ve kontrol grupları medeni durum açısından homojendir. Katılımcıların %70'i evlidir. Barr ve arkadaşlarının psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını, komorbiditesini ve sosyodemografik değişkenlerini analiz etmek amacıyla yaptığı uluslararası çalışmada evli olanlar daha az anksiyete bozukluğu tanısı almıştır (Barr ve ark 2022). Ströhle ve arkadaşlarının yaptığı anksiyete Bozukluklarının Tanı ve Tedaviyle ilgili derlemede ise boşanmış olanların anksiyete bozukluğu daha fazla prevalansa sahip olduğu belirtilmektedir (Ströhle ve ark 2018). Medeni ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı çalışmada ise medeni durumun anksiyete bozukluğu açısından anlamlı bir risk faktörü olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Medeni ve ark 2020). Bu çalışma ile diğer çalışmalar arasındaki bu farklılığın sebebi örneklem farklılığından kaynaklanabilir.

Çocuk sahibi olma durumuyla anksiyete bozukluğu arasında bu çalışmada anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ergün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da çocuk sahibi olmakla anksiyete bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Ergün 2020). Başka bir açıdan bakıldığında ise literatürde hasta çocuğu olan ebeveynlerde anksiyete bozukluğu görülme olasılığı oldukça yüksektir (Ayenew ve ark 2020, Warmerdam ve ark 2019). Bu farkın sebebi ebeveynlerin çocukları için duydukları endişe, üzüntü ve hastalık sürecinin getirdiği zorluklar olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların %93'ü şehir merkezinde yaşamaktadır. Medeni ve arkadaşlarının bir ilçede yaptığı çalışmada ilçe merkezinde yaşayan kişilerde köyde yaşayanlardan daha fazla anksiyete bozukluğu görüldüğü tespit edilmiştir. Zhang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise şehir merkezinde yaşayan kişilerin ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha fazla anksiyete bozukluğu yaşadığı bulunmuştur (Zhang ve ark 2020). Bu durum şehir hayatının stresli yapısından kaynaklanabilir. Çalışmanın yapıldığı hastane şehir merkezinde bulunan en büyük hastanedir. İlçe ve köylerden acil servise genellikle hastalar hayati bir risk varlığında sevk edilerek getirilmektedir. Bu sebepten ilçe ve köylerdeki hastalar kendilerine yakın sağlık merkezlerini tercih etmiş veya psikiyatri polikliniğine yönelmiş olabilirler.

Bu çalışmada, deney grubunda; sadece okuryazar olan hiç kimse bulunmamaktadır, bu grubun %25,7'si ilkökul, %17,2'si ortaokul, %25,7'si lise, %31,4'ü üniversite mezunudur. Kontrol grubunun ise; %5,7'si okuryazar, %25,7'si ilkökul, %17,1'i ortaokul, %37,2'si lise, %14,3'ü üniversite mezunudur. Deney ve kontrol grubu eğitim durumu açısından homojendir. Çalışmada anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların eğitim durumu arasında anlamlı bir fark yoktur. Tsaras ve arkadaşlarının ruh sağlığı hemşirelerinde depresyon ve anksiyeteyi yordayan faktörleri incelediği nicel kesitsel çalışmada hemşirelerin öğrenim durumu arttıkça anksiyete semptomlarının da arttığı bulunmuştur (Tsaras ve ark 2018). Zengin ve gümüş'ün hemşirelerde anksiyete, depresif belirti ve ilişkili faktörleri araştırdığı çalışmada eğitim durumu arttıkça anksiyete belirtilerinin arttığı saptanmıştır. Li ve arkadaşlarının depresyona eşlik eden anksiyete bozukluğu olan hastalarda yaptığı çalışmada anksiyete bozukluğu olanların eğitim durumu olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Li ve ark 2022). Medeni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim durumu anksiyete bozukluğu için bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu farklılıkların sebebi Tsaras ve arkadaşlarının, Zengin ve Gümüş'ün bir mesleği temsil eden kişilerde çalışmış olması buna bağlı bu çalışmanın örnekleminden ayrılması olabilir. Li ve arkadaşlarının, Medeni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarla bu çalışmanın arasındaki fark ise örneklemelerin sosyodemografik farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların %43'ünün işsiz olduğu görülmektedir. Ramos-Gomez ve arkadaşlarının Fransa'da işsizler arasındaki ruhsal sorunları incelediği

araştırmada işsizliğin anksiyete bozukluklarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (Ramos-Gomez ve ark 2021). İsveçli yetişkinlerde yapılan bir çalışmada ise istihdam edilenlere kıyasla işsizler %23,6 daha fazla anksiyete semptomu göstermiştir (Norström ve ark 2019). Yunanistanda yapılan bir çalışmada da işsizliğin anksiyete bozuklukları artırdığı bulunmuştur (Konstantakopoulos 2019). Bu durum işsizliğin getirdiği maddi sıkıntılar ve geçim zorluklarıyla açıklanabilir. Emekliliğin sebep olduğu sosyal ve ekonomik değişimlerin anksiyete bozukluğuna yakalanma riskini artırdığı çalışmalarda görülmektedir (Abdulkadir 2018). Bu çalışmada emeklilerle bir meslek sahibi olanlar arasında anlamlı bir fark yoktur. Bu durum araştırmaya dahil olma kriterlerinde yaş sınırının 55 olması olabilir.

Bu çalışmada, deney ve kontrol gruplarının ekonomik durum açısından homojen olduğu, hastaların %56'sının gelir gidere eşit ekonomik duruma sahip olduğu bulunmuştur. Godwin ve arkadaşlarının 2020'de Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinler arasında kaygı eğilimlerini 10 yıl boyunca inceledikleri çalışmada anksiyete, en düşük gelir grubu arasında en yüksek yaygınlık gösterdiği ve tüm gelir grupları arasında yıllar içinde arttığı bulunmuştur (Godwin ve ark 2020). Sasalı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da düşük gelir durumunun anksiyeteyi artırdığı bulunmuştur (Sasalı ve ark 2021). Çalışmalar arasındaki farklılık örneklem değişikliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların acil servise en çok geliş şikayetleri sırasıyla; panik duygusu, kötü hissiyat, kalp atışının hızlanması, nefes darlığı, ellerde titreme, terleme, göğüs ağrısı ve bayılmadır. Yağcı ve arkadaşlarının 2019'da bir devlet hastanesinin acil servisine başvuran ve psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların demografik özelliklerinin, konulan psikiyatrik tanılar ve konsültasyon isteme nedenlerinin incelendiği çalışmada; psikiyatri konsültasyonlarına bakıldığında en sık konulan tanı ve acil servise en sık başvuru sebebi hastalık anksiyete bozukluğudur (Yağcı ve ark 2019). Cincioğlu ve arkadaşlarının 2022'de yaptığı bir eğitim araştırma hastanesi acil servisine başvuran ve psikiyatrik bozukluk tanısı konulan hastaların hastane kayıtlarının geriye dönük incelendiği çalışmada acil servise ruhsal nedenlerle başvuranların %84,04'üne anksiyete bozukluğu tanısı konulduğu bulunmuştur (Cincioğlu ve ark 2022). Anksiyetenin çarpıntı, nefes almada zorluk, tansiyon değişiklikleri, boğuluyormuş gibi hissetme, kalp hızının artması, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri yanında sıkıntı, heyecan,

aniden çok kötü bir şey olacmış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri vardır (Medeni ve ark 2021). Gerçekte bir sebep olmamakla birlikte yoğun ve ani bir korkunun tetiklediği, dakikalar içinde zirveye ulaşan ve çarpıntı, nefes darlığı, baş dönmesi, mide bulantısı gibi fiziksel belirtilerden oluşan psikiyatrik bir durumdur (Örüm 2020). Wertli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servise kalp dışı göğüs ağrısı ile başvuran hastalar tüm acil servis başvurularının %4,2'sini oluşturmaktadır. Bu çalışmada anksiyete bozukluğu kalp dışı göğüs ağrısı ile başvuran hastalar için en yaygın üçüncü sebeptir (Wertli ve ark 2019). Musey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise düşük riskli göğüs ağrısı nedeniyle acil servise başvuran hastaların %47'sinde yüksek düzeyde anksiyete olduğu saptanmıştır (Musey ve ark 2018). Taslı ve Çiçek'in yaptığı çalışmada ise anksiyetenin sebep olduğu bedensel belirti bozukluğunun acil servise en sık başvuru nedeni ağrı olup; bunu bulantı, kusma, yutma güçlüğü, kol ve bacaklarda güçsüzlük, nefes darlığı ve menstrüel dönem yakınmaları izler (Taslı ve Çiçek 2022). Literatürdeki ve bu çalışmadaki anksiyete bozukluğu belirtilerinin farklılıkları, anksiyete bozukluğunun bir çok hastalığa komorbid ortaya çıkabilmesi, hastaların subjektif sağlık değişenleri, ve bu konuda yapılan çalışmaların az sayıda olması kaynaklı olabilir.

Çalışmaya katılan hastalarda aynı şikayetlerle daha önce acil servise başvuranlarla başvurmamaları eşittir. Birkaç çalışmada, anksiyetesinin bazı fiziksel semptomlara yol açtığı ya da fiziksel semptomun şiddetini artırdığı için dahiliye/kardiyoloji kliniklerine ve acil servislere tekrarlı başvurulara yol açtığı ve göğüs ağrısı gibi semptomlar nedeniyle invazif girişimlerin yapılmasına neden olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve ark 2018, Taslı ve Çiçek 2022). Bu farklılığın sebebi; hastaların acil serviste etkili bir tedavi alamayacakları düşüncesi ve bir süre sonra tekrar eden semptomların varlığı olabilir.

Çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun herhangi bir baş etme yöntemi kullanmadıkları, bir kısmının ise dua ederek anksiyete semptomlarıyla ve yaşadıkları yoğun stresle baş etmeye çalıştıkları bulunmuştur. Literatürde hastalarda, çalışanlarda ve öğrencilerde yapılan araştırmalarda anksiyete bozukluğu yaşayanların ya baş etme yöntemi kullanmadıkları ya da etkisiz baş etme yöntemlerine yöneldikleri görülmektedir (Gerogianni ve ark 2018, Özlü ve ark 2021, Özdaş ve Kızılkaya 2021, Yasal ve Günüşen 2019). Sağlık çalışanlarının bile kendilerinin yaşadığı anksiyete semptomlarının giderilmesinde etkili, nonfarmakolojik bir baş etme yöntemi kullanmadığı veriler mevcutken (Yasal ve Günüşen 2019) bu çalışmaya katılan hastaların kullanmaması

eğitim eksikliği, hastalık hakkında bilgi sahibi olmama, ilaç kullanmadan belirtilerinin geçmeyeceği düşüncesi olabilir.

5.2.GRUPLARA GÖRE ÖN TEST – SON TEST AÇISINDAN ANKSİYETE PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmada; gruplara göre ön test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Gruplara göre son test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-7,145$; $p=0,000$). Beck anksiyete ölçeğinin ön test ortalaması $36,77\pm12,97$ 'dir. Deney grubundakilerin son test Beck anksiyete ölçeği puanları, kontrol grubundan ve kendi ön test puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür. Kontrol grubundakilerin ön test – son test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) Anksiyete yönetimi stratejileri arasında nefes alma teknikleri eğitimi yer alır (Musey ve ark 2019). Nefes verme süresinin uzatılması, solunum hızını azaltır; bu nedenle solunum kasını gevşetir. Benzer şekilde, dikkatli nefes alma ile birlikte diyafram nefesi, kontrol hissini ve kas gevşemesini artırarak yumuşak ve yavaş nefes alma modellerini teşvik eder (Srimookda ve ark 2021, Qiu ve ark 2020). Buna göre nefes egzersizi sonucunda dispneye bağlı anksiyete azalmaktadır. Srimookda ve arkadaşlarının acil servise başvuran akut kalp yetersizliği olan 96 hastada yaptığı çalışmada nefes egzersizi yaptırılarak anksiyete ve nefes darlığının azaltılması hedeflenmiştir. Uygulama, hastalarda psikolojik sıkıntıyı yönetmek için bilinçli farkındalık temelli program oluşturmak, hastalar arasında genel ruh halini iyileştirmek ve farkındalığı artırmak için 20 dakikalık yavaş nefes egzersizi içermiştir. Bu çalışmanın sonucunda hastaların anksiyete belirtileri ve nefes darlığının büyük bir ölçüde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Srimookda ve ark 2021). Derrick ve arkadaşlarının acil serviste anksiyete ve paniğin değerlendirilmesi ve müdahalesini inceleyen makalesinde yavaş, diyafragmatik nefes egzersizlerini teşvik etmek acil serviste anksiyete bozukluklarıyla başvuran hastalarda yararlı olabileceği söylenmektedir (Derrick ve ark 2019). Decker ve arkadaşlarının 2019 yılında öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada da derin nefes egzersizlerinin anksiyete düzeyini düşürdüğü bulunmuştur (Decker ve ark 2019).

Çalışmanın sonucunda deney grubunda anksiyete puanının düşmesi literatürle uyumludur.

5.3.GRUPLARA GÖRE TABURCULUK SÜRESİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmada; deney grubunda olan 32 kişinin (%91,4) 30 dakikadan az sürede taburcu olduğu, kontrol grubundaki 19 kişinin (%54,3) 1 saatten fazla sürede taburcu olduğu belirlenmiştir. Deney grubundakilerin ağırlıklı olarak 30 dakikadan az sürede taburcu olduğu, kontrol grubundakilerin ise ağırlıklı olarak 1 saatten fazla sürede taburcu olduğu belirlenmiştir. Bu veriler göstermektedir ki; acil servise başvuran anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda derin nefes egzersizi taburculuk süresini kısaltmıştır. Acil servise başvuran anksiyete tanısı almış hastalara yaptırılan nefes egzersizi ve taburculuk süresi arasındaki ilişkiyi incelen çalışmalar sınırlıdır. Horenstein ve Heimberg'in anksiyete bozukluğu olan hastaların sağlık hizmeti kullanımını inceledikleri derlemede anksiyete bozukluklarının diğer psikiyatrik hastalıklardan daha çok acil servis başvurusuna sebep olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Horenstein ve Heimberg 2020). Acil servisin uygunsuz kullanımına yönelik alınacak tedbirler; gerçek acil hastalarının daha ayrıntılı değerlendirilmesi, tanı ve tedavilerinin gecikmeden yapılması ve dolayısı ile hizmet kalitesinin artmasını sağlar (Karsandı ve ark 2019).

Çinde acil servise başvuran palyatif bakım hastalarında en sık başvuru şikayetinin nefes darlığı olduğu belirlenen bir hastanede evde bakım çalışanları tarafından yaptırılan nefes egzersiziyle acil servis ziyaretlerinin %30,7 azaldığı bulunmuştur. Nefes darlığının anksiyeteye bağlı olduğu düşünülen çalışmada ayrıca aile üyelerine de nefes egzersizini öğreterek tedaviye katmışlardır. Bu çalışma, evde palyatif bakım ziyaretlerinin yoğunluğunun, yaşamın sonunda kontrol edilebilir dispne nedeniyle acil servis ziyaretlerinin sayısını önemli ölçüde azaltabileceğini ortaya koymaktadır (Hsu ve ark 2021). Musey ve arkadaşlarının acil servise başvuran düşük riskli göğüs ağrısına sahip hastaların %80'inde gerçek bir kardiyopulmoner acil durum yoktur. Bununla birlikte, anksiyete gibi psikolojik etkenlerin %58'e varan oranda mevcut olduğu düşünülmektedir. Bu verilerin çıkarımları, hastaların psikolojik sıkıntılarını en aza indiren, yaşam kalitesini iyileştiren ve acil servise gereksiz yere başvurmayı önleyen hedefe yönelik müdahalelerden yararlanılabileceğidir. Anksiyete yönetimi stratejileri arasında nefes

alma teknikleri eğitimi yer alır. Anksiyete yönetimi bu hastaların taburculuk planlaması içinde yer almalıdır (Musey ve ark 2018). Elde edilen bulgular literatürle uyumludur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmadan elde edilen veriler aşağıda yer almaktadır.

- Deney/kontrol grubu ile yaş sınıfları, cinsiyet, medeni durum, evlilik süresi, yaşanılan yer, öğrenim durumu, eş öğrenim durumu, meslek ve eş meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).
- Deney/kontrol grubu ile çocuk durumu, ekonomik durum, başvuru şekli, şikayet türü, aynı yıl başvurma, uygulanan tedavi, ailede psikiyatrik hastalık, son 1 haftada olumsuz etkileyen olay, genel kaygı düzeyi ve kaygıyla baş etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).
- Beck anksiyete ölçeğinin ön test ortalaması 36,77, standart sapması 12,97, medyanı 37 minimum değeri 12, maksimum değeri 59 olarak bulunmuştur. Beck anksiyete ölçeğinin son test ortalaması 19,61, standart sapması 19,47, medyanı 11,5 minimum değeri 0, maksimum değeri 57 olarak bulunmuştur.
- Gruplara göre ön test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.
- Gruplara göre son test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-7,145$; $p=0,000$). Deney grubundakilerin son test Beck anksiyete ölçeği puanları, kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha düşüktür.
- Deney grubundakilerin ön test – son test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-5,160$; $p=0,000$). Deney grubundakilerin son test Beck anksiyete ölçeği puanları, ön testten anlamlı düzeyde daha düşüktür.
- Kontrol grubundakilerin ön test – son test Beck anksiyete ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).
- Deney/kontrol grubu ile taburculuk süresi sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($\chi^2=59,895$; $p=0,000$). Deney grubunda olan 32 kişinin (%91,4) 30 dakikadan az sürede taburcu olduğu, kontrol grubundaki 19 kişinin (%54,3) 1 saatten fazla sürede taburcu olduğu belirlenmiştir. Deney grubundakilerin ağırlıklı olarak 30 dakikadan az sürede taburcu olduğu, kontrol grubundakilerin ise ağırlıklı olarak 1 saatten fazla sürede taburcu olduğu belirlenmiştir.

- Sonuç olarak; H1 hipotezinin doğrulandığı, acil serviste anksiyete bozukluğu tanılı hastalara yaptırılan derin nefes egzersizinin anksiyete düzeyini düşürdüğü ve taburculuk süresini kısalttığı bulunmuştur.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Acil servise başvuran anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerde derin nefes egzersizi uygulamasının daha büyük örnekleme de tekrarlanması,
- Derin nefes egzersizi öğretilen ve yaptırılan bireylerin acil servis başvurularının tekrarlanıp tekrarlanmadığının araştırılması,
- Anksiyete bozukluğu olan hastalara derin nefes egzersizi uygulamasının acil servis dışındaki kliniklerin ve evde bakım, aile sağlığı merkezleri gibi hastaya hastane dışında ulaşan birimlerin de uygulaması,
- Acil serviste anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalara nefes egzersizi dışında BDT ve dikkati başka yöne çekme uygulamaları(kitap okutma-okuma, müzik dinleme... vb) yaptırılması bu uygulamaların sonunda anksiyete puanı ve taburculuk süresinin gözlemlenip tartışılması,
- Acil serviste hasta ve hasta yakınlarının psikolojik destek ihtiyaçları için ruh sağlığı ve hastalıklarında uzman bir hemşirenin bulunması,
- Taburculuk süresini kısaltmak için başka hastalıklarda da derin nefes egzersizi uygulamasının denenmesi,
- Acil servise başvuran anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylere derin nefes egzersizi yaptırmanın rutin bir uygulama haline gelmesi ve bunun için hemşirelere hizmet içi eğitimler planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Abay, E., (2016), Kaygı(Anksiyete) Bozuklukları, Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri Klinik Psikiyatri İçinde, Sadock Bj, Sadock Va. Ruiz P (Ed), Bozkurt A (Çeviri Editörü), S. 387-92, İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri.
2. Abdulkadir, A., Razaq, A., O. & Isaka, G.. (2018). Psychological effects of retirement of retirees: implications for counselling. Cypriot Journal of Educational Science. 8(1), 15-22.
3. Adwas, A.A., Jbireal, J.M., Azab, A.E., (2019), Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment. East African Scholars J Med Sci, 2(10), 580-591.
4. Afonso, P., Fonseca, M., Teodoro, T. (2021), Evaluation Of Anxiety, Depression and Sleep Quality İn Full-Time Teleworkers. J Public Health (Oxf), 25,164.
5. American Psychiatric Association(APA), (2013), American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Arlington.
6. American Psychiatric Association (APA), Anxiety, Erişim Adresi: <https://www.apa.org/topics/anxiety> Erişim Tarihi: 07.05.2021.
7. American Psychiatric Association(APA), (2019), “What Are Anxiety Disorders”, Erişim Adresi: www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders .
8. Amiri, S. (2019), Obesity and Anxiety Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis, Neuropsychiatr, 33,72–89.
9. Ateş , E., Set , T., Canyılmaz, E., Çakır N.G., Yurtsever, C., Yöney, A. (2018), Kanser Hastalarının ve Onlara Bakım Veren Kişilerin Depresyon ve Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi, Ankara Med J, 2018;(1):61- 7.
10. Aydın Tashlı, B., Hocaoglu, Ç. (2022), Sağlık Sisteminde İhmal Edilen Bir Konu 'Bedensel Belirti Bozukluğu'. Pamukkale Tıp Dergisi, 15.
11. Ayenew, N.T., Endalew, N.S., Agegnehu, A.F., Bizuneh, Y.B. (2020), Prevalence and

- Factors Associated with Preoperative Parental Anxiety Among Parents of Children Undergoing Anesthesia and Surgery: A Cross-Sectional Study, *International Journal of Surgery Open*, 24,18-26.
12. Babaev, O., Chatain, C.P., Krueger-Burg, D. (2018), Inhibition in the Amygdala Anxiety Circuitry, *Experimental & Molecular Medicine*, 50,18.
 13. Baker, A., Simon,N., Keshaviah, A., Farabaugh, A., Deckersbach, T., Worthington, J.J., Hoge, E., Fava, M., Pollack, M.P. (2019), Anxiety Symptoms Questionnaire (ASQ): Development and Validation, *General Psychiatry*, 32,100144.
 14. Barr, P.B., Bigdeli, T.B., Meyers, J.L. (2022), Prevalence, Comorbidity, and Sociodemographic Correlates of Psychiatric Disorders Reported in the All of Us Research Program, *JAMA Psikiyatri*, 79(6),622–628.
 15. Baxter, A., Scott, K., Vos, T. ve Whiteford, H. (2013), Anksiyete Bozukluklarının Küresel Yaygınlığı: Sistematik Bir Gözden Geçirme ve Meta-Regresyon, *Psikolojik Tıp*, 43 (5), 897-910.
 16. Beck, A.T., Emery, G. Ve Greenberg, R.L. (2006), Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler: Bilişsel Bir Bakış Açısı (Çeviren: Veysel Öztürk), İstanbul, Litera Yayıncılık.
 17. Bernstein, D.P., Rafaeli, E. ve Young, J.E. (2013), Şema Terapi(Schema Therapy)-Ayırıcı Özellikler, (Çev., M. Şaşıoğlu), 2. Basım, Psikonet yayınları, İstanbul.
 18. Blanco. C., Rubio. J., Wall. M., Wang. S., Jiu. C.J., Kendler. K.S. (2014), Risk Factors for Anxiety Disorders: Common and Specific Effects in a National Sample, *Depress Anxiety*, 31:756-764.
 19. Buccelletti, F., Ojetti, V., Merra, G., Carroccia, A., Marsiliani, D., Mangiola, F., Calabrò, G., Iacomini, P., Zuccalà, G., Franceschi, F. (2013), Recurrent Use of The Emergency Department in Patients with Anxiety Disorder, *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17(1), 100-106.
 20. Campbell, K.A., Madva, E.N., Villegas, A.C., Beale, E.E., Beach, S.R., Wasfy, J.H., Albanese, A.M., Huffman, J.C. (2017), Non-Cardiac Chest Pain: A Review for The Consultation-Liaison Psychiatrist, *Psychosomatics*, 58(3):252-265.

21. Chand, S.P., Marwaha, R. (2022) Anxiety. 8. In: StatPearls Treasure Island (FL), StatPearls Publishing.
22. Chen, X., VanGerven, J., Cohen, A., Jacobs, G. (2019), Human Pharmacology of Positive GABA-A Subtype-Selective Receptor Modulators for the Treatment of Anxiety, *Acta Pharmacologica Sinica*, 40,571-582.
23. Cincioğlu, E., Oksal, H., Durat, G. (2022), Retrospective Analysis of Hospital Records of Patients Admitted to The Emergency Department and Diagnosed with Psychiatric Disorder, *Gevher Nesibe Journal Of Medical & Health Sciences*, 7(17), 77-84.
24. Çakmur, H. (2012), Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3).
25. Çam, M.O., Engin, E. (2014), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul; İstanbul Tıp Kitabevi.
26. Çenesiz, G.Z. (2015). Kaygı Durumlarında Gevşeme Egzersizi ve Sistemantik Duyarsızlaştırma Kullanımı: Bir Vaka Örneği, *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 2(1), 40-48.
27. Çıtak, S. (2018), Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları: Psikoterapi ve Farmakoterapi, *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 9(3),141-149.
28. Decker, J.T., Constantine Brown, J.L., Ashley, W., Lipscomb, A.E. (2019), Mindfulness, Meditation, and Breathing Exercises: Reduced Anxiety for Clients and Self-Care for Social Work Interns, *Social Work with Groups*, 42(4), 308–322.
29. Derrick, K., Green, T., Wand, T. (2019), Assessing and Responding to Anxiety and Panic in The Emergency Department, *Australasian Emergency Care*, 22, 216–220.
30. Dirik, G. (2019), Kaygı Bozukluklarının Anormal Psikolojisi, (Çev., M. Şahin), (s.172-200), Nobel Akademik, Ankara.
31. Duch-Ceballos, C., Pece, İ.O., Skowron, E. (2021), Differentiation of Self and Its Relationship with Emotional Self-Regulation and Anxiety in a Spanish Sample, *American Journal of Family Therapy*, 49, 517-533.
32. Dural, G., ve Çıtlık, Sarıtaş, S., (2019), Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Olan

- Bireylerde Uyku Kalitesi ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki, ACU Sağlık Bil Derg 2019; 10(2):247-252.
33. Ekwall, A., Sweden, M. (2013), Acuity and Anxiety from The Patient's Perspective in The Emergency Departmen, J. Emerg. Nurs., 39:534-8.
 34. Engin, E. (2014), Anksiyete Bozuklukları, Çam, O., Engin, E. (Ed), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, İstanbul Tıp Kitapevleri, İstanbul.
 35. Ergün, D., Babayiğit, A., Çakıcı, M. (2020), KKTC'de Erişkin Bireylerde Anksiyete Belirtilerinin Yaygınlığı, Risk Etkenleri ve Kültürlenme Tutumları ile İlişkisinin İncelenmesi, Anadolu Psikiyatri Derg, 21(6),617-624.
 36. Ertan, T. (2008), Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 25-30.
 37. Erskine, R.G. (2015), Relational Patterns, Therapeutic Presence "Concepts and Practice of Integrative Psychotherapy", Karnac Books Ltd., London.
 38. Eşel, E. (2003), Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 13,78-87.
 39. Gerogianni, G., Babatsikou, F., Polikandrioti, M., Grapsa, E. (2019), Management of Anxiety and Depression in Haemodialysis Patients: The Role of Non-Pharmacological Methods. Int Urol Nephrol 51, 113–118.
 40. Gerogianni, G., Lianos, E., Kouzoupis, A., Polikandrioti, M., Grapsa, E. (2018), The Role of Socio-Demographic Factors in Depression and Anxiety of Patients on Hemodialysis: An Observational Cross-Sectional Study, Int Urol Nephrol 50, 143–154.
 41. Ghafoori E, Mata F, Borg K, Smith L, Ralston D. (2021), Retirement Confidence: Development of an Index. The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 58, 1–15.
 42. Global Burden of Disease Collaborative Network, (2017), Global Burden of Disease Study 2016 results (GBD).
 43. Goodwin, R.D., Weinberger, A.H., Kim, J.H., Wu, M., Galea, S. (2020), Trends in Anxiety Among Adults in the United States, 2008–2018: Rapid Increases Among Young

- Adults, *Journal Of Psychiatric Research*, 130,441-446.
44. Gül, A.İ., Özdemir, T., Börekçi, E. (2016), Health Anxiety Levels in Patients Admitted to Internal Medicine Outpatient Clinic for Several Times, *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 7,437-439.
 45. Güler, K., Usluca, M. ve Yılmaz, M. (2021). Panik Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Tedavisinin İncelenmesi, *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(12): 1211-1222.
 46. Gürhan, N. (2016), *Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği*, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
 47. Hald, G. M., Ciprić, A., Øverup, C. S., Štulhofer, A., Lange, T., Sander, S., Gad Kjeld, S., & Strizzi, J. M. (2020). Randomized Controlled Trial Study of The Effects Of An Online Divorce Platform on Anxiety, Depression and Somatization. *Journal Of Family Psychology*, 34(6), 740–751.
 48. Horenstein, A., Heimberg, R.G. (2020), Anxiety Disorders and Healthcare Utilization: A Systematic Review, *Clinical Psychology Review*, 81,101894.
 49. Hsu, H.S., Wu, T.H., Lin, Ç.Y., Lin, C.C., Chen, T.P., Lin, W.Y. (2021), Enhanced Home Palliative Care Could Reduce Emergency Department Visits Due To Non-Organic Dyspnea Among Cancer Patients: A Retrospective Cohort Study. *BMC Palliat Care* 20, 42.
 50. Huang, C.W., Wee, P.H., Low, L.L., Koong, Y.L.A., Htay, H., Fan, Q., Foo, W.Y.M., Seng, J.J.B. (2021), Prevalence and Risk Factors for Elevated Anxiety Symptoms and Anxiety Disorders in Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Gen. Hosp. Psychiatry*, 69, 27–40.
 51. Hubbard, G., Den Daas, C., Johnston, M. Dixon, D. (2021), Sociodemographic and Psychological Risk Factors for Anxiety and Depression: Findings From The Covid-19 Health and Adherence Research in Scotland on Mental Health (Charis-Mh) Cross-Sectional Survey. *Int.J. Behav. Med.* 28, 788–800.
 52. Jalnapurkar, I., Allen, M., Pigott, A.T. (2018), Sex Differences in Anxiety Disorders: A Review, *J Psychiatry Depress Anxiety*, 4(12).
 53. Kabacoff, R.I., Segal, D.L., Hersen, M., Van Hasselt, V.B. (1997), Psychometric

- Properties And Diagnostic Utility Of The Beck Anxiety Inventory And The State-Trait Anxiety Inventory With Older Adult Psychiatric Outpatients, *J Anxiety Disord*, 11(1),33-47.
54. Karaaslan, S. (2021), Anksiyete Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımı, Batmaz, M., Gezgin, Yazıcı, H., (Ed.) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
55. Kaushik, N., Khangulov, V.S., O'hara, M., Arnaout, R. (2018) Reduction in Laboratory Turnaround Time Decreases Emergency Room Length of Stay. *Open Access Emerg Medicine*, 20(10)37-45.
56. Kaya, S., Sain Güven, G., Teleş, M., Aydan, S., Korku, C., Kar, A. (2018), Taburculuğa Hazır Olmanın Boyutları: Belirleyicileri, Hasta Sonuçları Ve Hastane Harcamaları İle İlişkisi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(2)305-334.
57. Kaynak, H., Çöven Özçelik, Ç. (2020), Ebeveynlerin Hastanede Yatan Çocuklarının Anksiyete Düzeyine Etkisi. *HEAD* 17(4),312-6.
58. Kemp, E., Bui, M., Porter, M. (2021). Preparing for a Crisis: Examining the Influence of Fear and Anxiety on Consumption and Compliance, *Journal of Consumer Marketing*, 38(3), 282–292.
59. Kırpınar, İ. (2019). Palyatif Bakımda Anksiyete, Palyatif Bakım ve Tıp içinde (s. 592-594). Akçakaya A, Başbüyük M, Aydoğdu İ, Uysal MA.(ed), İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık.
60. Kline, J.A., Fisher, M.A., Pettit, K.L., Linville, C.T., Beck, A.M. (2019) Controlled Clinical Trial of Canine Therapy Versus Usual Care to Reduce Patient Anxiety in The Emergency Department. *Plos One*, 14(1).
61. Konstantakopoulos, G., Pikouli, K., Ploumpidis, D., Bougonikolou, E., Kouyanou, K., Nystazaki, M., Economou, M. (2019), The Impact of Unemployment on Mental Health Examined in a Community Mental Health Unit During the Recent Financial Crisis in Greece. *Psychiatrike*, 30(4),281-290.
62. Kozłowska, K., Walker, P., Mclean, L., Fear, C.P. (2015). The Defence Cascade, Clinical Implications And Management, *Harv. Rev. Psychaitry*, 23, 263–86.

63. Li, G.Z., Liu, P.H., Zhang, A.X., Andari, E., Zhang, K.R. (2022), A Resting State FMRI Study of Major Depressive Disorder with and without Anxiety, *Psychiatry Research*, 315, 114697.
64. Medeni, İ., İlhan, M.N., Medeni, V. (2020), Bir İlçede Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Anksiyete Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri, *Gazi Medical Journal*, 31, 630-635.
65. Micheal, T., Zetsche, U., Margraf, J. (2007), Epidemiology of anxiety disorder. *Psychiatry*, 6, 136-142.
66. Musey, P.I., Patel, R., Fry, C., Jimenez, G., Koene, R., Kline J.A. (2018), Anxiety Associated with Increased Risk for Emergency Department Recidivism in Patients with Low-Risk Chest Pain, *Am J Cardiol*, 122, 1133- 1141.
67. Niccolai, V., Van Duinen, M.A., Griez, E.J. (2009), Respiratory Patterns In Panic Disorder Reviewed: A Focus On Biological Challenge Tests. *Actapsychiatriscand*, 120, 167–77.
68. Nieuwenhuys, A., Oudejans, R.R. (2012), Anxiety And Perceptual–Motor Performance: Toward an Integrated Model of Concepts, Mechanisms, and Processes, *Psychological Research*, 76, 747–759.
69. Norström, F., Waenerlund, AK., Lindholm, L., Nygren, R., Sahlén, K.G., Brydsten, A. (2019) Does Unemployment Contribute to Poorer Health-Related Quality of Life Among Swedish Adults?, *BMC Public Health* 19, 457.
70. Qiu, K., Wang, J., Chen, B., Wang, H., Ma, C. (2020), The Effect of Breathing Exercises on Patients with GERD: A Metaanalysis, *Ann Palliat Med*, 9(2), 405-413.
71. Örüm, M.H. (2020), Acil Servise Başvuran Psikiyatrik Olgular Ve Konsültasyonliyezon Psikiyatrisi, *Afet ve Acil Tıp Derneği Dergisi*, 1(2), 31-52.
72. Özakkaş, T. (2016), Anksiyete Bozuklukları Ve Tedavisi, İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
73. Özcan, Ö., Çelik, G.G. (2017), Bilişsel Davranışçı Terapi, *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 3(2), 115-20.

74. Özdaş, İ., Kızılkaya, M. (2021), Acil servis hemşirelerinin algıladıkları stres kaynakları: Nitel bir araştırma, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 8(1), 64-70.
75. Özden, K. (2015), Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama, Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 8(2).
76. Özen, Y., Taşdemir, O. (2022), Anormal Kavramına Ruh Sağlığı Üzerinden Bir Bakış, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 14(1),174-184.
77. Özkaya Karsandı, A., Özkan, S., Dibek, K., Arslan, E.D. (2021), Kalabalık Acil Servislerde Hasta Değerlendirme Sürelerinin Tanıya Etkisi, Phnx Med J., 3(1),5-10.
78. Özlü, İ., Kılınç, T., Özlü Karaman, Z. (2021), Acil Servise Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesinin Belirlenmesi, Genel Tıp Dergisi, 31(3),281-289.
79. Ramos-Gomez, A., Pérez-Escatel, A.A., VillaseñorGarcía, E.A., Ramos-Remus, C. (2021), An Infodemiology Approach To Assess The Impact of Unemployment on Anxiety and Depression in France, Forum for Social Economics, DOI: 10.1080/07360932.2021.1880461 .
80. Rektor, N.A., Bourdeau, D., Kitchen, K., Joseph-Massiah, L. (2011), Anxiety disorders An information guide, Canada: Library and Archives Canada Cataloguing in Publication.
81. Resmi Gazete, (2011), Acil Servis Hemşiresi, Görev, Yetki ve Sorumluluklar, 19 Nisan. Erişim Tarihi: 15.06.2022.
82. Resmi Gazete, (2011). Ek-3 Hemşirelik Girişimleri, 19 Nisan. Erişim Tarihi: 15.06.2022.
83. Runswick, R.R., Roca, A., Williams A.M., Bezodis, N.E., North, J.S. (2018), The Effects of Anxiety and Situation-Specific Context on Perceptual–Motor Skill: A Multi-Level Investigation, Psychological Research, 82,708–71
84. Salali, G.D., Uysal, M.S., Bevan, A. (2021), Adaptive Function and Correlates of Anxiety During a Pandemic, Evolution, Medicine, and Public Health, 9(1), 393–405.9.
85. Smoller, J.W. (2016), The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression, and Anxiety Disorders, Neuropsychopharmacology, 41(1), 297-319.

86. Söyük, S., Arslan Kurtuluş, S. (2017), Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi; Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), 44-56.
87. Srimookda, N., Saensom, D., Mitsungrern, T., Kotruchin, P., Ruaisungnoen, W. (2021), The Effects of Breathing Training on Dyspnea and Anxiety Among Patients with Acute Heart Failure at Emergency Department, International Emergency Nursing, 56, 101008.
88. Stein, D.J., Scott, K.M., Jonge, P., Kessler, R.C. (2017), Epidemiology of Anxiety Disorders: From Surveys to Nosology and Back, Dialogues Clin Neurosci, 19,127-35
89. Ströhle, A., Gensichen, J. ve Domschke, K. (2018), The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Deutsches Arzteblatt international, 155(37),611–620.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
90. Şahin, M. (2019), Korku, Kaygı Ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları, Avrasya Sosyal Ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 6(10),117-135.
91. Terlizzi, E.P.,Villarroel, M.P.H., Villarroel M.A., (2020), Symptoms of Generalized Anxiety Disorder Among Adults: United States, 2019, NCHS Data Brief, No: 378.
92. Tsaras, K., Papathanasiou, I.V., Vus, V., Panagiotopoulou, A., Katsou, M.A., Kelesi, M., Fradelos, E.C. (2018), Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study, Med Arch., 72(1),62-67.
93. Tull, M. T., Barbano, A. C., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Edmonds, K. A., Rose, J. P., Gratz, K. L. (2020), Theprospective İnfluence Of Covid- 19 Affective Risk Assessments And İntolerance Of Uncertainty On Later Dimensionsof Health Anxiety.Journal Of Anxiety Disorders,75, 102290.
94. Türk Dil Kurumu, (2020), Kaygı. Erişim Tarihi: 15.08.2020.
95. Ulusoy, M., Şahin, N. Ve Erkmen, H. (1998), Turkish Version Of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. J. Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 12, 163-172.
96. Uzbay, T. (2004), Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri, Ek 4,3-11.

97. Warmerdam, J.V., Zabih, V., Kürdyak, P., Sutradhar, R., Nadhan, P.C., Gupta, S. (2019), Prevalence of Anxiety, Depression, And Posttraumatic Stress Disorder in Parents of Children with Cancer: A meta-analysis, *Pediatr Blood Cancer*, 66,27677.
98. Weiss, M.E., Sawin, K.J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O. And Schiffman, R. (2017), Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-Discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children, *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 58-64.
99. Wertli, M.M., Dangma, T.D., Müller, S.E., Gort, L.M., Klauser, B.S., Melzer, L., ... Burgstaller J.M. (2019), Non-Cardiac Chest Pain Patients in the Emergency Department: Do Physicians Have a Plan How to Diagnose and Treat Them? A Retrospective Study, *Plos One*, 14 (2): e0211615. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211615> .
100. World Health Organization (WHO), (2017), Depression and Other Common Mental Health Disorder: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.
101. World Health Organization (WHO), (2022), COVID-19 Pandemic Triggers 25% Increase in Prevalence of Anxiety and Depression Worldwide, News Release.
102. Yağcı, İ., Taşdelen, Y., Kıvrak, Y. (2019), Bir Devlet Hastanesi Acil Servisinden İstenilen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi, *ACU Sağlık Bil Derg*, 10(4),652-656.
103. Yasal, D., Partlak Günüşen, N. (2019), Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Belirtilerini Etkileyen Faktörler ve Hemşirelerin Başetme Yollarının İncelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 74-81.
104. Yılmaz, E.B., Ayvat, İ., Şiran, B. (2018), Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki, *Fırat Tıp Dergisi*, 23,11-17.
105. Yılmaz, S. (2016), Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları, Gürhan, N., (Ed.) *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
106. Zengin, L., Gümüş, F. (2019), Hemşirelerde Anksiyete, Depresif Belirti ve İlişkili

Faktörler, JAREN, 5(2),116-122.

- 107.Zhang, J., Li, J., Li, Y., Yang, Z., Dong, L., Wei, R., ...Zhang, J. (2020), The Relationship Between Resilience, Anxiety and Depression Among Patients With Mild Symptoms of COVID-19 in China: A Cross-Sectional Study, J Clin Nurs., 29,4020–4029.
- 108.Żmudzka, E., Sałaciak, K., Sapa, J., Pytko, K. (2018), Serotonin Receptors in Depression and Anxiety: Insights from Animal Studies, Life Sciences, 210,106–124.



8. EKLER

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK-2: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

EK-3: TABURCULUK SÜRESİ FORMU

EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EK-5: KÜTAHYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

EK-6: KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI YAZILI İZİN BELGESİ

EK- 7: ÖLÇEK İZİN YAZISI



EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

SAYIN KATILIMCI;

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu araştırma “**acil serviste anksiyete bozukluğu tanılı bireylerdeki derin nefes egzersizinin anksiyete düzeyine ve taburculuk süresine etkisi**”ni belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışma kapsamında sizden kimliğinizi açığa çıkaracak bilgiler istenmemekte, sadece sorulara titizlikle cevap vermeniz beklenmektedir. Vereceğiniz cevaplar araştırma sonuçları açısından çok değerli olduğu için cevaplarınızın gerçek duygu ve düşüncelerinizi yansıtır olmasa ve soruları eksiksiz şekilde cevaplamaya çalışmanız çok önemlidir.

Anketimiz 1 bölümden oluşmaktadır. 20 soruluk, ortalama 10 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı **X** koyarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Fadime Kahraman

Dr. Öğr. Üyesi Havva GEZGİN YAZICI(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

1.Yaşınız kaç? Lütfen yazınız

2.Cinsiyetiniz nedir?

()Kadın ()Erkek

3.Medeni durumunuz

()Bekar () Evli () Boşanmış ()Eşini kaybetmiş

4.Evli olduğunuz süre ne kadar?

()1-5 yıl ()6-10 yıl ()11-15 yıl ()16 yıl ve üzeri

5.Nerede yaşıyorsunuz?

() Köy / Kasaba

() İlçe

() Şehir Merkezi (İl)

6. Öğrenim durumu nedir?

() Okuryazar değil () Okuryazar () İlköğretim () Ortaokul

() Lise () Üniversite () Lisansüstü

7. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

() Okuryazar değil () Okuryazar () İlköğretim () Ortaokul

() Lise () Üniversite () Lisansüstü

8.Mesleğiniz nedir?

() Memur () İşçi () Serbest Meslek () Emekli () İşsiz ()

Diğer.....

9. Eşinizin Mesleği nedir?

() Memur () İşçi () Serbest Meslek () Emekli () İşsiz ()

Diğer.....

10.Kaç çocuğunuz var?

()1

()2

()3ve üzeri

11. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

()Gelir giderden az

☐ Gelir gidere eşit

☐ Gelir giderden fazla

12. Acil servise başvuru şekliniz nedir?

☐ Kendi isteği ile ☐ Ailesinin isteğiyle ☐ Konsültasyon

13. Acil servise hangi şikayetlerle başvurduunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

☐ Nefes darlığı ☐ Ellerde titreme ☐ Kalp atışlarının hızlanması ☐ Terleme

☐ Panik duygusu ☐ Kötü bir şey olacakmış gibi hissetme ☐ Göğüs ağrısı

☐ Diğer.....

14. Son bir yıl içinde acil servise aynı şikayetler ile başvurduunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

15. Eğer son bir yıl içinde acil servise aynı şikayetler ile başvurduysanız nasıl bir işlem uygulandı?

☐ Tedavi uygulandı ☐ Acil servise gözlem altında tutuldu ☐ Herhangi bir işlem uygulanmadı

16. Ailenizde ya da akrabalarınızda başka psikiyatrik hastalık tanısı alan kimse var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

17. Ailenizde ya da akrabalarınızda başka psikiyatrik hastalık tanısı alan varsa kim olduğunu belirtiniz.

☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Çocuk ☐ Diğer.....

18. Son bir hafta içerisinde sizi olumsuz etkileyen bir olay yaşadınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

19. Genellikle kaygı düzeyiniz nasıldır?

☐ Normal ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Panik Düzeyde

20. Kaygı yaşadığınızda bununla nasıl baş ediyorsunuz?

☐ Derin nefes egzersizi

☐ Dua etme

☐ Hobi ile uğraşma

☐ Doğada yürüyüş

☐ Hiçbir yöntem kullanmama

☐ Diğer

EK-2: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama katlandım</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	①	①	②	③
Sıcak/ ateş basmaları	①	①	②	③
Bacaklarda halsizlik, titreme	①	①	②	③
Gevşeyememe	①	①	②	③
Çok kötü şeyler olacak korkusu	①	①	②	③
Başdönmesi veya sersemlik	①	①	②	③
Kalp çarpıntısı	①	①	②	③
Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	①	①	②	③
Dehşete kapılma	①	①	②	③
. Sinirlilik	①	①	②	③
. Boğuluyormuş gibi olma hissi	①	①	②	③
. Ellerde titreme	①	①	②	③
. Titreklik	①	①	②	③
. Kontrolü kaybetme duygusu	①	①	②	③
. Nefes almada güçlük	①	①	②	③
. Ölüm korkusu	①	①	②	③
. Korkuya kapılma	①	①	②	③
. Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	①	①	②	③
. Baygınlık	①	①	②	③
. Yüzün kızarması	①	①	②	③
. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	①	①	②	③

EK-3: TABURCULUK SÜRESİ FORMU

Araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

ÇALIŞMA GRUBU	UYGULANAN İŞLEM	TABURCULUK SÜRESİ
Deney/Kontrol Grubu	() Nefes egzersizi yaptırıldı.	() 0-30 dk
	() Herhangi bir işlem uygulanmadı.	() 30 dk- 1 saat
		() 1 saat ve daha fazla

EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın katılımcı,

“Acil Serviste Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylerdeki Derin Nefes Egzersizinin Anksiyete Düzeyine ve Taburculuk Süresine Etkisi” başlıklı bu çalışma acil servise başvuran ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylere derin nefes egzersizi yaptırarak anksiyete düzeylerinin düşmesini ve taburculuk süresinin kısılmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmaya destek vermek sadece sizin isteğinize bağlıdır. Araştırma devam ettiği sürece destek vermeye devam edebileceğiniz gibi, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmak da sizin kararınızdır. Araştırmayı bıraksanız bile hekiminizden ve sağlık çalışanlarından aynı yaklaşımı göreceğiniz olup, tedavi devamlılığınız için en uygun yöntemler izlenecektir.

Derin nefes egzersizinin anksiyete düzeyini düşürmede ve taburculuk süresini kısaltmada etkili olduğu düşünülmektedir. Eğer araştırmamız sonucunda derin nefes egzersizinin olumlu sonuçlarına ulaşırsak, ilerleyen yıllarda düzenli olarak nefes egzersizi yaptırabilmek için elimizde kanıt değerinde bir araştırmamız olacaktır. Bu da hastalarımızın daha hızlı kendini rahatlamış ve sağlıklı hissetmesine, hayatlarına devam etmelerine, gelişimlerine destek verecektir.

Araştırma sürecinde ya da sonucunda şahsi verileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Sadece gereklilik halinde resmi makamlar tarafından ulaşılabilir. Araştırma sonuçları yayınlanabilecek ama kişisel verileriniz açıklanmayacaktır.

Dr. Öğr. Üyesi Havva GEZGİN YAZICI

Adres: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik

Anabilim Dalı, KÜTAHYA

İmza/Tarih:

Fadime KAHRAMAN

Adres: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik

Anabilim Dalı, KÜTAHYA/ İmza/Tarih: / Katılımcı Beyanı

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim dalında, Fadime KAHRAMAN tarafından yürütülen araştırma için gerekli bilgiler tarafıma iletilmiş olup, bilgi formunu okudum.

Yapılan araştırmadan istediğim zaman çıkabileceğimi, hiç bir yasal zorunluluk altında olmadığımı, bana ve çocuğuma ait tüm bilgilerin gizli tutulacağı bilgileri tarafıma verilmiştir.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; araştırmacı Fadime KAHRAMAN'a söyleyebileceğimi biliyorum.

Tüm bu açıklamalarla araştırma konusunda aydınlatılmış bulunmaktayım. Verilen bilgiler dâhilinde bu araştırmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

EK-5: KÜTAHYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

KARAR NO : [REDACTED]
KARAR TARİHİ : 22.04.2021

BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU İNCELEME KOMİSYONU KARARI

Bilimsel araştırma, tez, anket, vb. çalışmalara ilişkin başvuruları incelemek, görüş bildirmek ve uygun görülenleri bildirmek amacıyla Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü'nün 08.01.2010 tarih ve E-19978298-903.07.99-35 sayılı Makam Oluru ile oluşturulan Bilimsel Başvuru İnceleme Komisyonunda; Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Fadime KAHRAMAN tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Kütahya S.B.Ü. Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılacak olan "Acil Serviste Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylerdeki Derin Nefes Egzersizinin Taburculuk Süresine Ve Anksiyete Düzeyine Etkisi" konulu çalışmasını 20.04.2021 ile 16.07.2021 tarihleri arasında uygulayabilmesi amacı ile yapılan izin talebi değerlendirilerek ilgili mevzuatlar çerçevesinde gizlilik derecesine haiz bilgi, belge, doküman v.b. evrakların paylaşılmaması, çalışma sonucunun İl Sağlık Müdürlüğüne sunulması, kısıtlamalar açısından Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve yürürlükteki ilgili diğer mevzuat maddelerine aykırı hareket edilmemesi, sonuçların İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak paylaşılması koşuluyla katılımcıların oy birliğiyle uygun görülmüştür.

BAŞKAN

[REDACTED]

ÜBER
Başkanı

ÜYE

[REDACTED]

ÜYE

[REDACTED]

ÜYE

[REDACTED]

ÜYE

[REDACTED]

ÜYE

[REDACTED]

ÜYE

[REDACTED]

**EK-6: KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL
OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI
YAZILI İZİN BELGESİ**

**T.C
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Acil Serviste Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylerdeki Derin Nefes Egzersizinin Taburculuk Süresine ve Anksiyete Düzeyine Etkisi
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Yerleşkesi Tavşanlı Yolu 10. Km KÜTAHYA
	TELEFON	(0 274) 260 00 43 / 1139
	FAKS	(0 274) 265 22 85
	E-POSTA	etik.gir.olmayan@ksbu.edu.tr
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Havva GEZGİN YAZICI
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği AD.
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Hemşire Fadime KAHRAMAN-KSBÜ Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi (Yüksek Lisans Tezi)
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Olgu Kontrol
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020/17-22	Tarih: 16.12.2020
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK- 7: ÖLÇEK İZİN YAZISI



BECK ANSİYETE ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Gelen Kutusu



fadime kahraman 18.11.2020
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ'nde hemşirelik yüksek



Mustafa Ulusoy 18.11.2020
Alıcılar: ben



Fadime Hanım Merhaba
İlgili çalışmanızda BAÖ ni kullanabilirsiniz.

Selamlar
M.Ulusoy

Dr. Mustafa Ulusoy
Psikiyatrist ve Yazar

Bağdat Cd. Tanzimat sk.
[Redacted] bul

fadime kahraman [Redacted]
şunları yazdı (18 Kas 2020 18:08):

9. ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI: Fadime KAHRAMAN

DOĞUM TARİHİ/YERİ: 07.06.1994 KÜTAHYA

GÖREVİ: Hemşire

YÖKDİL PUANI:63,75

Öğrenim Durumu

DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
LİSANS	Ege Üniversitesi	Hemşirelik
YÜKSEK LİSANS	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı- Halen Devam Etmektedir.

İş Deneyimi

İŞ-ÜNVAN	BÖLÜM- BİLİM DALI	ÜNİVERSİTE-HASTANE	YIL
Hemşire	Acil Servis	KSBÜ Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi	2017- 2021
Hemşire	Vefa Psikiyatri Merkezi Acil Servis	KSBÜ E.Ç.E.A.H Vefa Psikiyatri Merkezi	2022- Halen

Kongre-Sempozyum

KONGRE-SEMPOZYUM	YIL
2. Uluslar Arası Ruh Sağlığı Toplumsal Farkındalık Kongresi	2019
Hemşirelikte Liderlik Sempozyumu	2018
Online Eras Sempozyumu	2020
Psikiyatri Hemşireliği Webinarı	2021
Hemşirelikte İnovasyon Sempozyumu	2021
Psikiyatri Hemşireliği Semineri	2021
V1. Uluslararası X. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi	2021
7. Uluslararası Covid-19 Çalışmaları Kongresi	2022

Yayınlar

Karabulut E., Kahraman F., Gezgin Yazıcı H., Özgür G., 2020. Günlük Gazete Haberlerinde Kadına Yönelik Şiddet, Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi.

Kahraman F., Karabulut E., Gezgin Yazıcı H., Özgür G., 2019. Güncel Bir Sorun: Günlük Gazete Haberlerinde İntihar, 2. Uluslar Arası Ruh Sağlığı Toplumsal Farkındalık Kongresi Sözel Birdiri Kitabı, İstanbul.

İletişim Bilgileri

Cep Tel: 0546 711 21 07

E-posta adresi: kahme@kahraman1@gmail.com