

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Yöneticisi :
Yard. Doç. Dr. Necmiye SABUNCU

60927

**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEKİ
AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSLÜ HASTALARDA
KAN BASINCI ve KALB HIZI ÜZERİNE
ZİYARETÇİLERİN ETKİSİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Meral MADENOĞLU

İstanbul — 1988

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA</u>
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
MATERYAL VE METOD.....	14
BULGULAR	16
TARTIŞMA	25
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	32
ÖZET.....	34
SUMMARY.....	35
KAYNAKLAR.....	36
EKLER.....	40
ÖZGEÇMİŞ.....	43

G İ R İ Ş

Günümüzde kardiyovasküler hastalıklar, ölümlerin hemen hemen yarısından fazlasının nedeni ve öldürücü hastalıkların önde gelenlerindedir. Toplumlarda ciddi bir sağlık sorunu olarak, önemini sürdürmektedir. 40-65 yaşları arasında ve kadınlara oranla erkeklerde daha sık (1/7) rastlanan, koroner arter hastalıklarının nedeni, çoğunlukla (%92) aterosklerozdur (15,24).

Gelişmiş toplumlarda kardiyovasküler hastalıklardan ve komplikasyonlarından dolayı, ölümlerin birinci sırada yer aldığı görülmüştür. Bu durum; pek çok gelişmekte olan ülkenin yanısıra, (istatistikî veriler olmamakla beraber) ülkemizde de birinci sıradadır. Batılı toplumlardaki ölümlerin %50'sinin yalnızca kardiyovasküler hastalığa bağlı olduğu saptanmıştır. Ülkemizde ise, bu oranın biraz daha düşük olduğu belirtilmektedir (2). Akut miyokard infarktüs nedeniyle ölümlerin yarıdan fazlası, (%60) hastalığın erken döneminde, ilk saatler içinde ortaya çıkmakta ve ani olarak gelişmektedir (25).

Ülkemizde 1962 yılından beri Koroner Yoğun Bakım Üniteleri (özel yapıları, özel yetiştirilmiş sağlık ekibi, araç ve

gereçleri ile) akut miyokard infarktüsülü hastaların tedavisinde, ideal bir ortam olarak hastanelerde hizmete girmiş ve dolayısı ile mortalite oranı azalmıştır. Bu ünitelerde; hastalarda gelişebilecek kardiyojenik şok, kalb yetmezliği, aritmi ve kalb durması gibi acil müdahale gerektiren durumlar, kolayca takip edilebilmektedir. Devamlı manitörlerin olması ve ileri tekniklerin uygulanmasıyla kalb hastalıklarından hastanede ölüm oranları %30-35'den %15-20'ye inmiştir (4,8,10,24,25).

Kardiyovasküler hastalıklara ait bilgilerin giderek artması ve halkın bu konuda eğitilmesi ile, 1968 yılından bu yana, kalb hastalığı mortalitesinde önemli bir düşme görülmüştür (15).

Koroner yoğun bakım ünitesinde, hastalar genellikle 4-6 gün, komplikasyonlu hastalar ise daha uzun süre kalmaktadır(15). Tedavi ve bakım için koroner yoğun bakım ünitesine yatırılmış hastalarda; ölüm korkusu, hastane ortamının yabancılığı, tedaviler, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar ve ilişkiler, aile bireylerinden ayrı kalma ve ekonomik sorunlar hasta ve ailesinde anksiyete nedeni olmaktadır (4,10). Stres yapabilecek her türlü faaliyet kardiyovasküler sistemi etkilemektedir (3). Kan basıncı ve kalb hızında değişikliklere neden olmaktadır. Nitekim yapılan araştırmalarda akut miyokard infarktüsülü hastalarda emosyonel reaksiyonların, elektrokardiyogram ve serum enzim değerlerindeki değişiklikler kadar karakteristik olduğu saptanmıştır (20). Aile

ziyaretlerinin de hasta üzerinde stres yaratacağı öne sürülmektedir. Brown hastaların koroner yoğun bakım ünitesine alınmasından sonra aileleri tarafından yapılan ilk iki-on dakikalık hasta ziyaretinde ölçülen sistolik kan basıncı ve kalp hızında artmaların olduğunu ve yoğun bakım ünitesinde hasta ziyaretlerinin stres yarattığı sonucuna varmıştır (3,19,28).

Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kardiyoloji Bilim Dalı, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yapılan bu araştırmanın amacı, aile ziyaretlerinin hastada kan basıncı ve kalp hızı üzerinde etkinlik derecesini saptamak, hasta ailesine ve bu ünite çalışanlara, hasta ziyaretinin önemi konusunda rehberlik edebilecek çalışmalarını başlatmaktır.

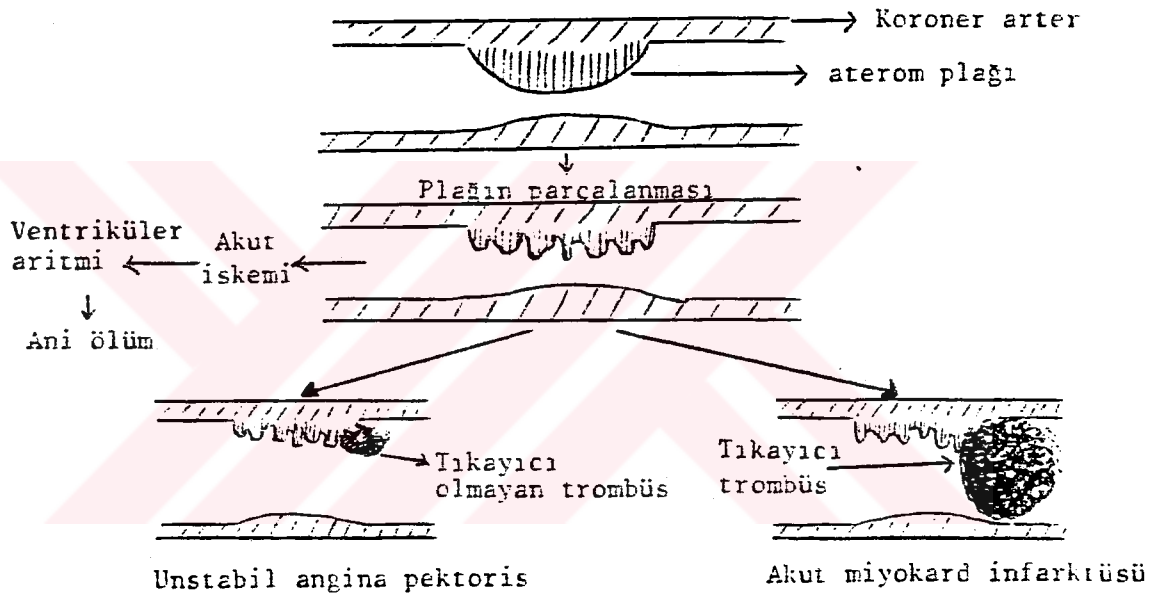
GENEL BİLGİLER

"Modern çağın hastalığı" da denebilecek kardiyovasküler hastalıklar şehir yaşamı ile beraber görülmektedir. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde koroner kalb hastalığına bağlı ölümlerde bir azalma gözlenmektedir. Bu azalma kalb hastalıklarının teşhis ve tedavisinde sağlanan ilerleme, koruyucu tedbirlerin daha önceden alınması ve yaşam tarzında yapılan değişikliklere bağlı olabildiği düşünülmektedir.

İlk olarak 1912'de Herrick ve 1929'da Levin tarafından açıklanmış olan Miyokard İnfarktüsü deyimi, koroner tromboz deyimi ile eş anlamda kullanılmıştır. Fakat son yıllardaki araştırmalar, tüm vakaların %99'unda, koroner arterlerin, aterosklerotik değişiklikler nedeniyle daralmış ve tıkanmış olduğunu göstermiştir (24).

Akut miyokard infarktüsün nedeni genellikle aterosklerozdur. Ateroskleroz; damar cidarına aterom plağı çökeltisinin yerleşmesi ve cidarı daraltmasıdır. Aterom plağı üzerinde trombus oluşması veya aterom plağında herhangi bir nedenle kanamanın olması sonucunda trombüsten kopan parça damarı tıkar.

Böylece miyokarda kan akımı azalır ve miyokard iskemisi uzun süreli olduğu zaman miyokard hücrelerinde nekroz (infarktüs) meydana gelir (6,24). Ateroskleroza bağlı olmayan akut miyokard infarktüsün diğer nedenleri; Koroner arter embolileri, mekanik olarak tıkanma, vazomotor tonüs artması, arteritis, hematolojik bozukluklar ve aort stenozu gibi sıralanabilir.



ŞEKİL 1 : Akut İskemik Sendromların Patofizyolojisi

Hipertansiyon, sigara, hiperlipidemi, diabet, obesite ve stres gibi giderilebilir faktörler miyokard infarktüsüne neden olabilir. Bu giderilebilir faktörlerin yanında kalıtım gibi giderilemeyen çeşitli risk faktörlerinin miyokard infarktüsünün insidensini normal popülasyona göre önemli ölçüde arttırdığı bilinmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların risk faktör-

leri bilinir ve uygun bir şekilde önlenirse bunları azaltmak hatta önlemek mümkündür (4,24) b

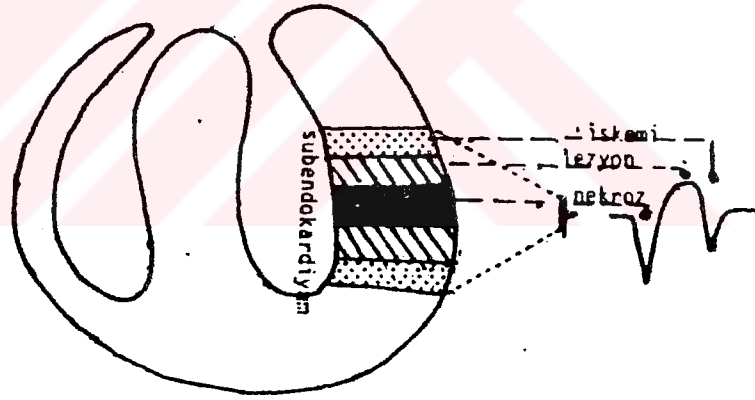
Genellikle istirahatle geçmeyen, sıkıştırıcı tarzda, şiddetli, uzamış ve nitrogliserinlere cevap vermeyen göğüs ağrısı anemnezi ile elektrokardiyogram değişiklikleri ve serum enzim seviyelerinin yükselmesi gibi labrotuvar bulgularıyla akut miyokard infarktüsün tanısı kesinleşmektedir (2,6,25).

Akut miyokard infarktüsün en belirgin semptomu olan göğüs ağrısının lokalizasyonu, yayılması (kola, bileğe, çene ve boyuna), niteliği (sıkıcı, keskin ve ezici) ve sürekliliği önemli olmaktadır (6,14,16,24). Hastada görülen diğer klinik belirtiler ise bulantı, kusma, ölüm korkusu, huzursuzluk ve bol terlemedir (14).

Akut miyokard infarktüsünde başlangıçta nabız normal, hatta biraz bradikardi ve dolgundur. Daha sonra arter kan basıncının düşmesine bağlı olarak gittikçe hızlanmaktadır. Yine, başlangıçta veya daha sonraki günlerde %90 vakada aritmi görülmektedir (1,24).

Bazen akut miyokard infarktüsün ilk döneminde geçici olarak belirli bir kan basıncı artması da gözlenmektedir. Bu kan basıncındaki artmanın yaygın ve şiddetli ağrıya bağlı olduğu düşünülmektedir.

Akut miyokard infarktüsün başlangıç dönemindeki tanısında ve dönemlerinin izlenmesinde elektrokardiyogram çok değerli bilgiler vermektedir. Bu nedenle hastalık süresi boyunca, sık sık, değişik zamanlarda elektrokardiyogram alınması gerekmektedir. Akut miyokard infarktüsün belirli elektrokardiyogram değişiklikleri geniş bir Q dalgası, ST segmentinin yükselmesi ve negatif T dalgasıdır. Q dalgasındaki değişiklik kas nekrozu, ST segmenti yükselmesi lezyon ve T dalgası anormalliğinin de iskemi sonucu oluştuğuna inanılmaktadır (1,15,24).



ŞEKİL 2: Akut miyokard infarktüsünün elektrokardiyogramında Q dalgası, ST segmenti yükselmesi ve T dalgası negatifliğinin meydana gelmesi şematik olarak gösterilmektedir.

Bu arada akut miyokard infarktüsünde oluşan doku nekrozuna bağlı olarak 24-48 saat içerisinde hastada ateş, lökositoz ve sedimantasyonun süratlenmesi gibi sistemik belirtiler de görülebilmektedir (25).

Yine erken dönemde kandaki enzim seviyesi ölçümleri, kalb kasında meydana gelen hasarı tesbit etmekte yararlı olmaktadır. Bunlardan Kreatin Fosfokinaz (CPK) - Miyokard Bandı enzimi akut miyokard infarktüsün teşhisinde hassas bir enzim olarak önem kazanmaktadır. Ayrıca SGOT, SGPT ve LDH enzim seviyeleri ölçümü de önemli olmaktadır (16,24).

Tüm bu sistemik ve labrotuvar bulgu sonuçlarının yüksekliğine bağlı olarak akut miyokard infarktüsünde ilk 24 saat içinde ölüm oranının en yüksek olduğu görülmektedir. Bu ölüm tehlikesinin iki hafta kadar sürdüğü de bilinmektedir. İlk saatlerde görülen ölüm nedenlerinin aritmiler (özellikle ventriküler fibrilasyon), ciddi miyokard hasarına bağlı şok, konjestif kalb yetmezliği, kalb rüptürü ve tekrarlayıcı miyokard infarktüsünden olduğu gözlenmektedir. (2).

AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSLÜ HASTADA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI:

Koronar yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirenin amacı; üniteye kabul edilen akut miyokard infarktüslü hastada ağrının giderilmesi, manitöre bağlanması, intravenöz infüzyonun sağlanması, semptomların değerlendirilmesi, oksijen tedavisi, psikolojik yaklaşım ve rehabilitasyon gibi bir dizi işlemleri gerçekleştirmektir (4,22).

Bu ünitelerdeki hastalarda anksiyete ve ölüm korkusu, yarım bıraktığı işlerden dolayı doğan huzursuzluk gibi stres yaratan düşünceler mevcut olmaktadır (7,29). Molter ve Captain yaptıkları araştırmada hastaneye kabul edilen kritik hasta ve ailesinde anksiyete görüldüğünü ortaya koymuşlardır (5). Pektekin'in araştırmasında hasta kabulünde hastaların bilinmeyenlere karşı endişe duydukları saptanmış ve ancak bilgi verildiği takdirde anksiyete duygusunun azaltılabileceği belirtilmiştir (26). Bunun için de hemşire, anksiyetenin fizyolojik ve davranışsal belirtilerini bilmelidir. Hemşire mevcut anksiyete kaynaklarının farkında olmalı, zaman içerisinde bunları en aza indirecek ve önleyecek adımları atmalıdır. Bunun en iyi yollarından biri de hastaya uygulanan her işlemin kendisine kısaca açıklanmasıdır. Hemşire ünitenin yapısı, ünitelerde çalışan kişiler, aletler hakkında bilgi vererek hastanın ve hasta ailesinin üniteye alışmasını sağlamalıdır. Aksi halde hasta ve yakınları bilgileri olmadığından yapılan ve söylenen her şey için endişe duyacaklar ve korkacaklardır. Söz ve davranış olarak güven verici ve cesur olduğunda da hasta kendini güvencede hissedecektir (9,12,17,21,23).

Miyokard infarktüsü geçiren hastanın 24 saat süresince hemşirelik gözlem ve bakımına gereksinimi vardır. Bu nedenle kan basıncı, nabız, solunum sayısı ve vücut ısısı stabil olunca-ya kadar hayati belirtiler sık aralıklarla ölçülmelidir. Akut miyokard infarktüsünün gelişmesini incelemek için hergün 12 deri-

vasyon elektrokardiyogram ve kan örnekleri alınmalıdır. Kandaki enzimler üç gün arka arkaya alınan örneklerle normal düzeye dönüncüye kadar izlenmelidir. Yine ilk günlerde sol ventrikül yetersizliğinin olup olmadığını anlama için göğüs röntgeni alınmalıdır (4). Hastanın göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi şikayetleri süratle giderilmelidir. Ağrının giderilebilmesi esnasında hemşire, kullanılan ilaçların etki mekanizmalarını, yan etkilerin iyi bilmeli ve hastayı yan etkiler yönünden gözlemelidir. Örneğin; hastanın sedasyonunun sağlanması için bazen kan basıncında belirgin düşme olabilir. Özellikle hayati belirtileri değiştirecek ilaçlar verilmeden önce hemşire mutlaka hastanın hayati belirtilerini kontrol etmeli, verildikten sonra da yine belli aralıklarla hayati belirtileri almalıdır (12,27).

Hastanın aldığı çıkardığı sıvı miktarının ölçülmesine de büyük özen gösterilmelidir. İntravenöz infüzyonun sağlanması, sürdürülmesi ve akım hızının düzenlenmesi hemşirenin sorumluluğundadır (4). Fazla sıvı yüklenmesi veya yetersiz sıvı verilmesi dolaşımı ciddi bir şekilde tehdit edebilir. Ayrıca diüretik tedavinin etkinliği de dikkatli bir sıvı takibi ile olabilir. Günde 2,5 litreden fazla sıvı verilmemelidir. Diyet ise; yağsız, düşük kalorili, yumuşak, az posa bırakan, 2gr. dan az tuz kapsamalıdır. Aynı zamanda hastanın konstipasyon durumu gözlenmeli gereken önlemler alınmalıdır (6,24).

Hasta kesin yatak istirahatinde olması ve yatakta en rahat pozisyon verilmelidir. Bu pozisyon genellikle semi-fowler pozisyonudur. Hemşire, hareketsizliğin yaratacağı komplikasyonlara karşı uyanık olmalıdır. Trombozu önlemek için bacaklar düz tutulmalı ve destek konulmamalıdır (2). İlk 24 saatte kesin yatak istirahati yaptırılmalı ve 3-4 gün hareketleri kısıtlanmalıdır. Hastada komplikasyon yoksa 3.günden sonra tuvalet ihtiyacı için komoda kaldırılabilir ve 2-4 gün içinde yatağın kenarındaki koltuğa 15-20 dakika oturabilir, 4.günde de ayağa kaldırılmalıdır. Eğer komplikasyon meydana gelmiş ise komplikasyonlara göre hareket kısıtlamasına devam edilmelidir (6,24).

Hemşirenin bunlardan başka bilmesi gereken diğer önemli bir konu ise, aileden ayrı kalmanın hasta ve ailesi için anksiyete kaynağı olduğudur (10). Spielberger kuramına göre; Anksiyete gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında, bireyin karmaşık çöşkusal tepkilerinin anlatımı veya bireysel farklılıkların bulunduğu bir kişilik özelliğidir (13). Anksiyete korkunun değişik bir şekli olup, organizmanın tehlikeye karşı gösterdiği emosyonel cevabıdır. Korku bilinen ve teşhis edilebilen bir tehlikeye tepki olmasına rağmen, anksiyete bireyin tarif edemediği bir huzursuzluktur. Bu ister anksiyete ister korku olsun her ikisinde aynı fizyolojik ve davranışsal tepkilere neden olmaktadır (12).

En belirgin fiziksel belirti kasların gerginliğidir. Genel gerginlik hali özellikle boyun kaslarında kendini gösterir. Mimikleri endişe ve sıkıntısını açıkça gösterir. Kasları gatılmıştır, dişleri sıkıdır. Yüz kasları sertleşir ve gerilir. El ve ayaklar titrer ve birey rahat oturamaz gezinir. Ağız kuruluğu, terleme, pupillalar oldukça dilate olabilir. Isı ve kan basıncı yükselmiştir. Bulantı, kusma, diyare ve sık sık idrara çıkma bulunur. Psikolojik belirtilerde ise endişe, huzursuzluk, rahatsızlık, devamlı uyanık ve dikkatli olma, yerinde duramama, uykusuzluk, fikir dağınıklığı, tırnak yeme ve sigara içme görülebilir. Uzun süre oturamaz. Çevresinde olan en küçük olaya dikkat eder, hareketleri hızlıdır (14,17).

Hemşire, bakımından sorumlu olduğu hastanın fiziksel olduğu kadar psikolojik ihtiyaçlarına da önem vermeli, etkin bir bakım planı geliştirmelidir. Hastada endişeli bir durum gördüğünde bunun kolaylıkla anksiyeteye dönüşebileceğini bilmeli, anksiyetenin fizyolojik, emosyonel, davranışsal belirtilerine karşı uyanık olmalıdır. Anksiyeteli hasta ile ona bakım veren hemşire arasında güvenli ve rahat bir ortamın oluşması tedavi için önemlidir (17). 1968'de Kornfield ve arkadaşları, anksiyetenin kardiyak irritabiliteyi arttırdığını ve de akut miyokard infarktüsü hastalarda tehlikeli sonuçlar yarattığını açıklamışlardır (8).

Akut miyokard infarktüsülü hastada hemşire, aile üyeleri ile birlikte çalışarak destekleyici bir role sahip olmalıdır. Hem literatürler hemde klinik deneyimler akut miyokard infarktüsülü hasta ailelerinin özel gereksinimleri olduğu görüşünü desteklemektedir. Ailelerin gereksinimleri karşılandığında, anksiyeteleri azalacağı ve bununda iyileşme sürecine katkıda bulunacağı düşünülmektedir (11).

Buna karşın bazı istatistikî bilgiler ise aile ziyaretlerinin oldukça stres yarattığını göstermektedir. Koroner yoğun bakım ünitesi hastalarının; aile ziyaretleri esnasında kan basıncının ve daha az olarakta kalb hızının arttığı görülmektedir. Bu artışa ziyaretlerin yarattığı stresin neden olduğu düşünülmektedir (10).

Laughlin tarafından yapılan bir araştırmada da anksiyetenin bir kişiden diğer bir kişiye emosyonel bir buluşma şeklinde geçtiği saptanmıştır (8). Ziyaret esnasında ziyaretçiden hastaya emosyonel bir buluşma söz konusu olabileceğinden koroner yoğun bakım ünitesinde yatan akut miyokard infarktüsülü hastanın ziyareti hemşirenin sorumluluğunda olmalıdır. Hemşire, hastanın ziyarete hazır, uygun durumda olup olmadığına karar vermeli, ziyaret öncesi hastayı fiziksel ve psikolojik olarak hazırlamalıdır. Hasta ailesine de hastanın hastalığı hakkında bilgi vermeli endişelerini gidermelidir. Ziyaret süresince hastayı yakından gözlemelidir. Ziyaret sayısı ve süresi sınırlı tutulan ziyaretlerin hastaya yararlı olacağı unutulmamalıdır.

MATERYAL VE METOD

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kardiyoloji Bilim Dalı, 8 yataklı Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Miyokard İnfarktüs teşhisi ile yatan hastaların, kan basıncı ve kalp hızı üzerinde aile ziyaretlerinin etkisini araştırmak üzere planlanan bu çalışma 30 erkek hasta ve ailesi üzerinde yapılmıştır.

Hastalar üniteye kabul edildikten 3 gün sonra araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların seçiminde gözönünde bulundurulmuş kriterler;

- . 40-65 yaş grubu arasındaki erkek hastalar,
- . Koroner yoğun bakım ünitesine ilk kez yatan hastalar,
- . Şuurlu iletişim kurulabilen akut miyokard infarktüsü hastalar,
- . Koroner yoğun bakım ünitesinin politikasına uygun olarak 15 dakikalık süre içinde ziyaret edilen hastalar,
- . Bayram günleri, doğum günü gibi özel günler dışında ziyareti yapılan hastalar.

Hastaların ziyaretten 15 dakika önce, ziyaret esnasında, ziyareti hemen takiben ve hastaya hiçbir girişim yapılmadığı hastanın yalnız kaldığı aynı günün akşam saatlerinde yapılan kontrol döneminde, kan basıncı ve kalp hızı ölçülmüştür. Bu dönemlerin hepsinde elektrokardiyogram alınmıştır. Veriler gözlem formuna kaydedilmiştir(Ek 1).

Ayrıca ziyaretten 15 dakika önce ve ziyaretten sonra hasta ile karşılıklı konuşularak Spielberger'in Durum-Süreklilik Envanteri kullanılmıştır. Bu envanter kişinin geçici ve sürekli anksiyete düzeyini yansıtmakta kullanılan ve 20'şer maddeden oluşan bir kağıt kalem ölçeğidir (13).

Durum-Anksiyete Envanteri, bireyin kendini belirgin bir an ya da durum karşısında nasıl hissettiğini (Ek 2), Sürekli-Anksiyete Envanteri ise, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini ortaya koyar (Ek 3).

Bulguların, istatistiki değerlendirmesinde "eşlenmiş serilerde standart t testi" ve "iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi" kullanılmıştır (30).

B U L G U L A R

Tablo 1: Hastaların Yaş Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	SAYI	%
40-50	5	16.7
51-60	17	56.6
61-65	8	26.7
TOPLAM	30	100

Araştırma kapsamına alınan 40-65 yaş grubu arasındaki toplam 30 erkek hastanın yaş dağılımı incelendiğinde Tablo 1'de görüldüğü gibi; %56.6 (17 hasta) gibi büyük bir oranının 51-60 yaş grupları arasında toplandığı, %26.7 (8 hasta) 61-65 yaş grubunda, %16.7 (5 hasta) ise 40-50 yaş grubunda olduğu görülmüştür.

Tablo 2: Hastaların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

MESLEK GRUPLARI	SAYI	%
Memur	4	13.4
İşçi	7	23.3
Serbest	12	40.0
Emekli	7	23.3
TOPLAM	30	100

Tablo 2'de görüldüğü gibi hastalarımızın mesleklere göre dağılımları; %40'ı (12 hasta) serbest meslek sahibi, %23.3'ü (7 hasta) işçi, yine %23.3'ü (7 hasta) emekli, %23.4'ü (4 hasta) memurdur.

Tablo 3: Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

ÖĞRENİM DURUMU	SAYI	%
İlk okul	19	63.3
Orta okul	7	23.3
Yüksek okul	4	13.4
TOPLAM	30	100

Tablo 3'de görüldüğü gibi hastalarımızın öğrenim durumları incelendiğinde; hastaların tümünün okur-yazar olduğu tespit edilmiştir. Mezun oldukları okul araştırıldığında bunların %63.3'ü (19 hasta) ilk okul, %23.3'ü (7 hasta) orta okul, %13.4'ü (4 hasta) yüksek okul mezunudur.

Tablo 4: Hastaneye Yatış Sıklığına Göre Dağılımı

YATIŞ SIKLIĞI	SAYI	%
Birinci	19	63.3
İkinci	9	30.0
Üçüncü	2	6.7
TOPLAM	30	100

Hastalarımızın hastaneye yatış sıklığı araştırıldığıında; %63.3'ünün (19 hasta) hastaneye ilk kez yattığı, %36.7'sinin ise (11 hasta) daha önceden hastaneye yatmış olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 5: Hasta Ziyaretçilerinin Yakınlık Durumuna Göre Dağılımı

ZİYARETÇİ	SAYI	%
Eşi	11	36.7
Çocuğu	8	26.7
Kardeşi	5	16.6
Akrabası	6	20.0
TOPLAM	30	100

Çalışmamız, hastanın durumu ziyarete elverişli ise bir ziyaretçi 15 dakika süreyle sınırlandırılmıştır. Bu durum gözönüne alınarak hasta seçimi yapılmıştır. Tablo 5'de görüldüğü gibi ziyaretçilerin %36.7'si (11 kişi) hastaların eşleri, %26.7'si (8 kişi) çocukları, %20'si (6 kişi) akrabası, %16.6'sı (5 kişi) ise kardeşleriydi.

Tablo 6:

HASTA	ADI SOYADI	CINSİ	YAŞ	ZİYARET ÖNCESİ					ZİYARET ESNASI					ZİYARET SONRASI					KONTROL DÖNEMİ				
				SKB	DKB	KH	SI	SII	SKB	DKB	KH	OKB	OKB	SKB	DKB	KH	OKB	OKB	SKB	DKB	KH		
1	HAKKI COŞKUN	E	42	140	105	117	84	23	36	120	90	100	85	110	80	93	85	40	38	110	80	90	82
2	SULTAN TAVİLOĞLU	E	64	150	95	113	88	50	39	165	105	125	90	130	70	90	90	52	45	120	80	93	84
3	HOSEYİN ALAT	E	56	105	80	88	90	35	56	95	80	85	96	100	70	80	92	40	57	100	80	87	126
4	AHMET USER	E	65	120	80	93	64	31	32	110	80	90	66	130	80	92	62	36	32	100	65	77	66
5	ENGIN SENKAY	E	42	110	80	90	60	29	50	100	80	87	60	110	80	90	77	49	50	115	75	88	77
6	KADRI ÖNER	E	58	85	55	65	74	55	57	80	55	63	74	95	65	75	78	59	55	90	80	83	76
7	İSMET TOPAL	E	40	110	85	93	96	29	35	105	85	92	90	110	85	93	96	49	43	110	80	90	90
8	SELMAN SOZGÖZEL	E	54	110	80	90	96	28	34	110	80	90	100	125	85	98	100	32	33	110	80	90	96
9	YUSUF KARABULUT	E	55	90	55	66	88	39	57	100	70	80	90	105	70	81	100	46	49	100	60	73	90
10	HASAN TANRIKULU	E	53	110	80	90	88	34	29	110	80	90	92	100	75	83	92	32	29	80	60	66	90
11	NURULLAH YAŞAR	E	57	90	70	76	112	54	39	100	75	83	110	110	70	83	98	57	33	120	70	86	104
12	MEHMET ERDENİZ	E	58	110	80	90	88	44	48	105	70	82	90	110	70	83	88	41	50	100	70	80	88
13	FAHRETTİN GORBÖZ	E	50	135	60	85	92	23	27	155	60	92	106	110	55	73	104	24	32	130	90	103	112
14	RECEP BİRGİT	E	62	120	70	86	112	24	36	135	70	92	110	150	60	90	100	25	49	130	70	90	108
15	RECEP BİRGİT	E	54	95	40	58	104	33	44	130	50	76	106	150	70	96	100	33	44	130	75	93	112
16	NIHAT ALFAZER	E	62	100	60	73	68	44	50	120	80	93	66	110	60	76	68	50	58	100	85	90	64
17	REMZİ KARABACAK	E	41	100	70	80	76	32	30	105	75	85	84	110	90	86	84	30	31	100	60	73	77
18	FAHRİ ÇELİK	E	53	140	90	106	106	31	33	130	100	110	108	130	90	103	108	33	39	130	80	96	105
19	SEVKET MERSİN	E	65	120	80	93	88	32	29	130	85	100	88	130	80	96	80	32	30	130	80	96	84
20	MUSTAFA ORAL	E	51	105	70	81	84	51	46	120	80	93	80	120	80	93	80	46	28	115	80	91	88
21	HAMİT EKER	E	53	100	60	73	70	33	36	110	70	83	80	110	70	83	82	36	44	90	55	66	77
22	EDİP COŞKUN	E	60	90	50	63	100	39	37	90	50	57	108	90	40	57	108	37	36	100	65	77	104
23	EDİP COŞKUN	E	57	100	60	73	88	27	24	100	70	80	88	100	60	73	88	24	32	125	80	93	84
24	ARA CETİNOĞLU	E	55	145	100	115	72	41	43	145	100	115	92	160	110	126	80	43	140	110	120	76	
25	NECATİ ÖZEL	E	54	90	60	70	85	27	39	110	70	83	90	100	70	80	90	39	33	100	60	73	76
26	İBRAHİM ATAMTÖRK	E	65	120	90	100	80	41	37	120	90	100	80	135	80	98	85	37	38	120	90	100	67
27	RECEP YILMAZ	E	51	90	70	77	105	43	41	95	70	78	110	80	60	67	95	41	100	70	80	93	
28	RECEP GEZER	E	65	110	75	87	94	38	54	110	75	87	84	110	75	87	110	54	67	100	70	80	98
29	NECATİ GÖVENİR	E	49	120	90	100	104	50	34	140	90	107	104	130	80	97	100	34	32	130	80	97	105
30	VURAL YOKSELEN	E	52	100	60	73	110	35	33	110	70	83	120	110	60	73	112	33	37	100	70	80	116
X			55.1	110.33	73.33	85.46	88.86	36.5	39.6	115.16	76.83	89.96	91.56	115.66	72.5	86.66	90.36	39.46	40.6	110.83	75	86.7	90.5
SD			7.44	17.75	15.44	15.37	14.20	9.20	9.07	19.31	13.35	13.32	14.66	18.22	12.71	12.95	12.12	8.64	10.14	15.14	11.29	11.48	15.82

SKB= Sistolik Kan Basıncı

DKB= Diyastolik Kan Basıncı

OKB= Ortalama Kan Basıncı

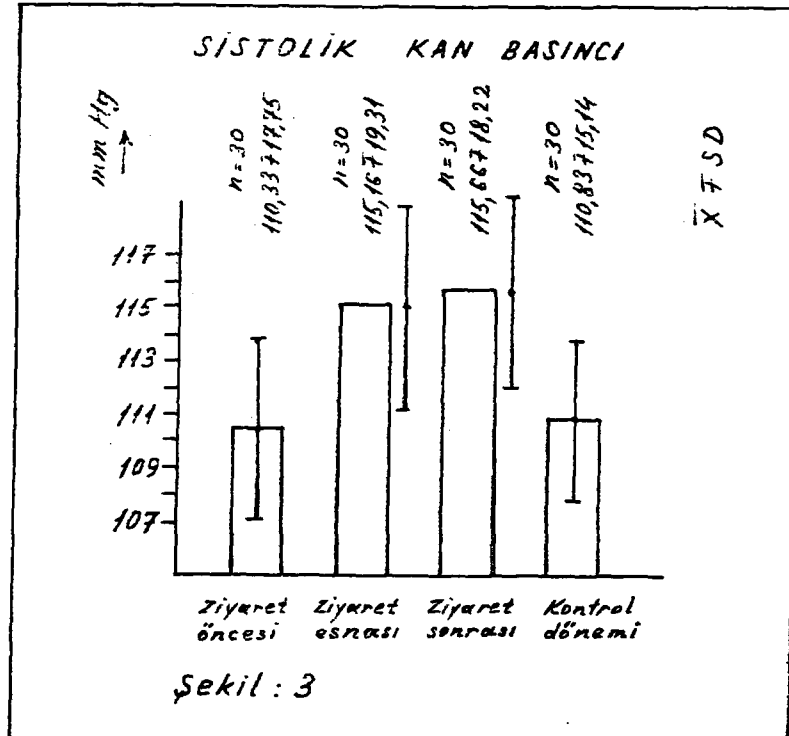
KH = Kalp Hızı

SI = STAI I (Durum Anksiyete Puanı)

SII= STAI II (Süreklili Anksiyete Puanı)

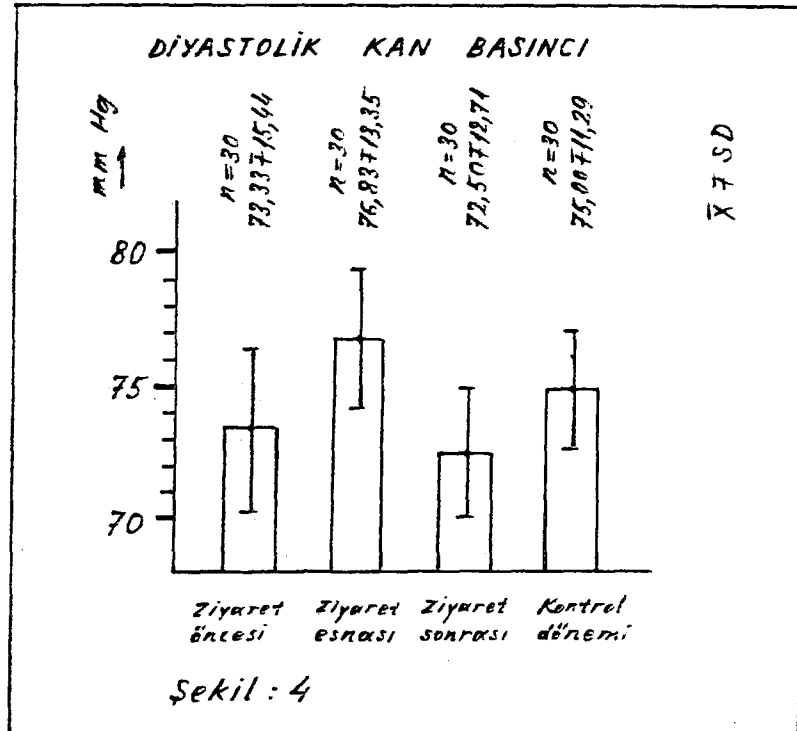
Tablo 7: Ziyaret Öncesi, Esnası, Sonrası ve Kontrol Dönemi,
SİSTOLİK KAN BASINCI Ortalamalarının Karşılaştırılması.

GRUPLAR	n	$\bar{X} \pm SD$	Fark $\pm SD$	t değeri	p değeri
Ziyaret Öncesi	30	110.33 \pm 17.75			
Ziyaret Esnası		115.16 \pm 19.31	4.83 \pm 12.06	2.19	0.01 < p < 0.05
Ziyaret Öncesi	30	110.33 \pm 17.75			
Ziyaret Sonrası		115.66 \pm 18.22	5.33 \pm 16.34	1.78	p > 0.05
Ziyaret Öncesi	30	110.33 \pm 17.75			
Kontrol Dönemi		110.83 \pm 15.14	0.5 \pm 15.72	0.17	p > 0.05
Ziyaret Esnası	30	115.16 \pm 19.31			
Ziyaret Sonrası		115.66 \pm 18.22	0.5 \pm 14.64	0.18	p > 0.05
Ziyaret Esnası	30	115.16 \pm 19.31			
Kontrol Dönemi		110.83 \pm 15.14	-4.33 \pm 14.42	1.64	p > 0.05
Ziyaret Sonrası	30	115.66 \pm 18.22			
Kontrol Dönemi		110.83 \pm 15.4	-4.83 \pm 13.09	2.02	p > 0.05



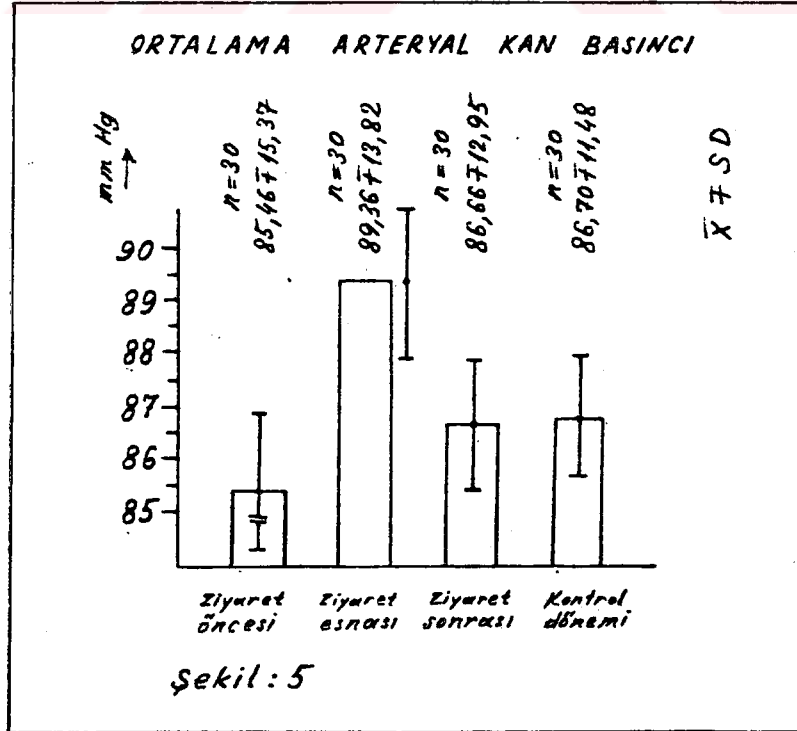
Tablo 8: Ziyaret Öncesi, Esnası, Sonrası ve Kontrol Dönemi,
DIYASTOLİK KAN BASINCI Ortalamalarının
Karşılaştırılması

GRUPLAR	n	$\bar{X} \pm SD$	Fark $\pm SD$	t değeri	p değeri
Ziyaret Öncesi	30	73.33 \pm 15.44	3.5 \pm 7.08	2.70	0.01<p<0.05
Ziyaret Esnası		76.83 \pm 13.35			
Ziyaret Öncesi	30	73.33 \pm 15.44	0.83 \pm 11.22	0.40	p>0.05
Ziyaret Sonrası		72.50 \pm 12.71			
Ziyaret Öncesi	30	73.33 \pm 15.44	1.66 \pm 14.54	0.62	p>0.05
Kontrol Dönemi		75 \pm 11.29			
Ziyaret Esnası	30	76.83 \pm 13.35	-4.33 \pm 9.80	2.42	0.01<p<0.05
Ziyaret Sonrası		72.50 \pm 12.71			
Ziyaret Esnası	30	76.83 \pm 13.35	-1.88 \pm 13.29	0.75	p>0.05
Kontrol Dönemi		75 \pm 11.29			
Ziyaret Sonrası	30	72.50 \pm 12.71	2.5 \pm 12.91	1.06	p>0.05
Kontrol Dönemi		75 \pm 11.29			



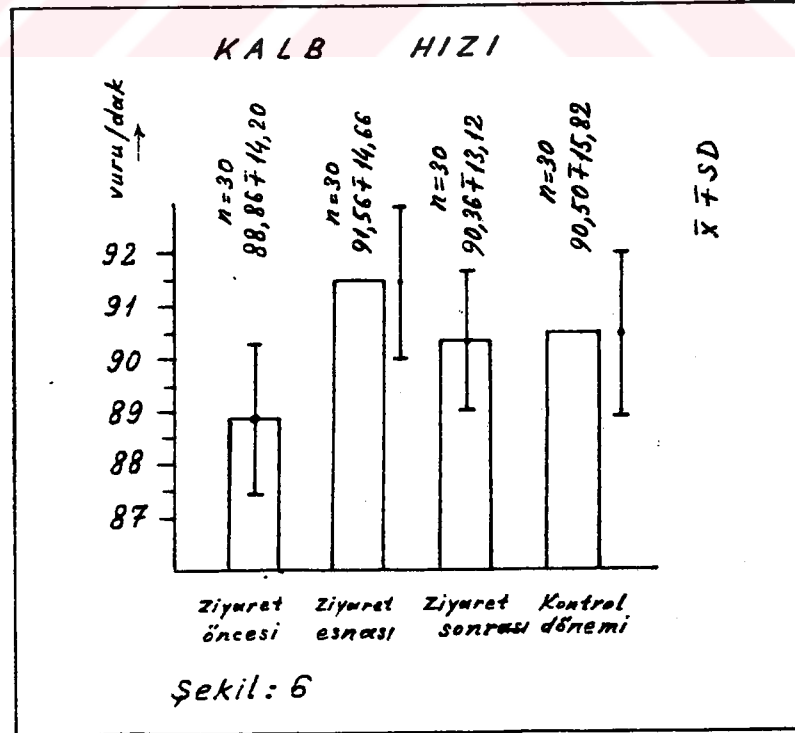
Tablo 9: Ziyaret Öncesi, Esnası, Sonrası ve Kontrol Dönemi,
ORTALAMA KAN BASINCI Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	n	$\bar{X} \pm SD$	Fark $\pm SD$	t değeri	p değeri
Ziyaret Öncesi	30	85.46 \pm 15.37			
Ziyaret Esnası		89.36 \pm 13.32	3.9 \pm 8.01	2.66	0.01 < p < 0.05
Ziyaret Öncesi	30	85.46 \pm 15.37			
Ziyaret Sonrası		86.66 \pm 12.95	1.2 \pm 11.68	0.56	p > 0.05
Ziyaret Öncesi	30	85.46 \pm 15.37			
Kontrol Dönemi		86.70 \pm 11.48	1.23 \pm 13.65	0.49	p > 0.05
Ziyaret Esnası	30	89.36 \pm 13.32			
Ziyaret Sonrası		86.66 \pm 12.95	-2.7 \pm 10.20	1.44	p > 0.05
Ziyaret Esnası	30	89.36 \pm 13.32			
Kontrol Dönemi		86.70 \pm 11.48	-2.66 \pm 11.82	1.23	p > 0.05
Ziyaret Sonrası	30	86.66 \pm 12.95			
Kontrol Dönemi		86.70 \pm 11.48	0.03 \pm 11.37	0.01	p > 0.05



Tablo 10: Ziyaret Öncesi, Esnası, Sonrası ve Kontrol Dönemi,
KALB HIZI Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	n	$\bar{X} \pm SD$	Fark $\pm SD$	t değeri	p değeri
Ziyaret Öncesi	30	88.86 \pm 14.20			
Ziyaret Esnası		91.56 \pm 14.66	2.7 \pm 5.90	2.50	0.01 < p < 0.05
Ziyaret Öncesi	30	88.86 \pm 14.20			
Ziyaret Sonrası		90.36 \pm 12.12	1.5 \pm 6.77	1.21	p > 0.05
Ziyaret Öncesi	30	88.86 \pm 14.20			
Kontrol Dönemi		90.5 \pm 15.82	1.63 \pm 9.67	0.92	p > 0.05
Ziyaret Esnası	30	91.56 \pm 14.66			
Ziyaret Sonrası		90.36 \pm 12.12	-1.2 \pm 6.48	1.01	p > 0.05
Ziyaret Esnası	30	91.56 \pm 14.66			
Kontrol Dönemi		90.5 \pm 15.82	-1.06 \pm 9.55	0.61	p > 0.05
Ziyaret Sonrası	30	90.36 \pm 12.12			
Kontrol Dönemi		90.5 \pm 15.82	0.13 \pm 9.33	0.07	p > 0.05

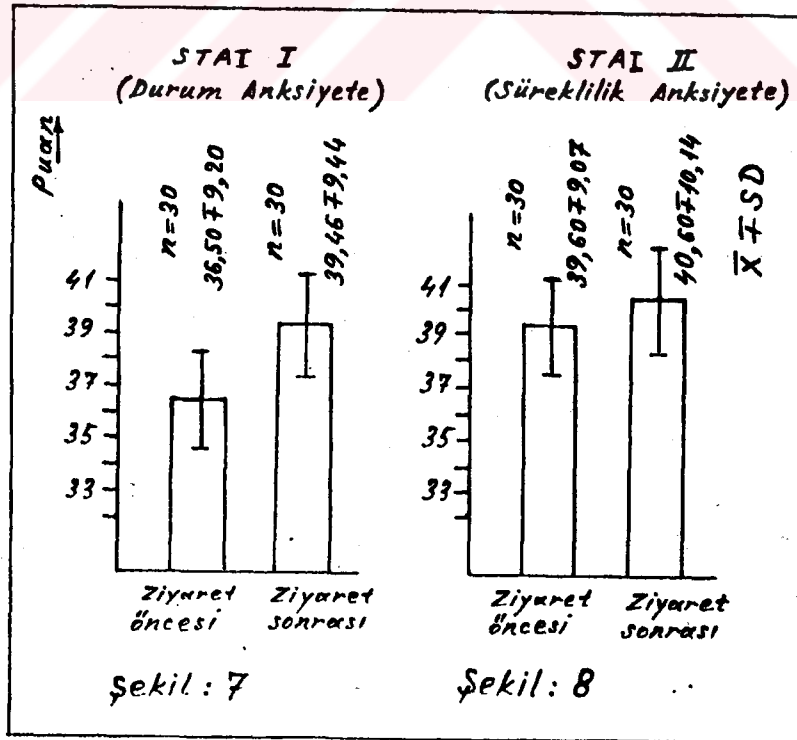


Tablo 11: Ziyaret Öncesi ve Ziyaret Sonrası, STAI I (DURUM ANKSİYETE) Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	n	$\bar{X} \pm SD$	Fark $\pm SD$	t değeri	p değeri
Ziyaret Öncesi	30	36.50 \pm 9.20	2.96 \pm 7.78	2.08	p < 0.05
Ziyaret Sonrası		39.46 \pm 8.64			

Tablo 12: Ziyaret Öncesi ve Ziyaret Sonrası, STAI II (SÜREKLİ ANKSİYETE) Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	n	$\bar{X} \pm SD$	Fark $\pm SD$	t değeri	p değeri
Ziyaret Öncesi	30	39.60 \pm 9.07	1 \pm 6.77	0.88	p > 0.05
Ziyaret Sonrası		40.60 \pm 10.14			



T A R T I Ő M A

Günümüzün önemli bir sağlık sorunu olan kardiyovasküler hastalıklar bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sıklıkla rastlanmaktadır. Bunlardan biri olan Akut Miyokard infarktüsün toplumumuzda önemli bir yeri vardır.

Çalışmamızda, Akut Miyokard infarktüslü hastalarda aile ziyaretlerinin hastanın kan basıncı ve kalp hızı etkisi incelenmiş ve bulgular literatür bilgilerinin ışığı altında tartışılmıştır.

Bu araştırma klinik olarak kesin Akut Miyokard infarktüs tanısı konulmuş olan 40-65 yaş grubu arasında 30 erkek hasta üzerinde yapılmıştır. Akut Miyokard infarktüsü genellikle bu yaş grubunda kadınlara nazaran erkeklerde daha sık (1/7) görüldüğü için araştırma kapsamına sadece erkeklerin alınması tercih edilmiştir.

Hastalarımızın yaş ortalaması 55.1 ± 7.44 olduğu görülmüştür (Tablo 1). Araştırma grubuna alınan 30 erkek hastada,

hastalığın 51-60 yaş grubunda %56.6 (17 hasta), 61-65 yaş grubunda %26.7 (8 hasta), 40-50 yaş grubunda %16.7 (5 hasta) olduğu saptanmıştır. Hastalığın 51-60 yaş grubunda daha fazla görülmesi dikkatimizi çekmiştir. Yapılan araştırmalar ile araştırmamızın bulguları arasında benzerlik görülmektedir (6,15).

Hastalarımızın meslek gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; %40 (12 hasta) gibi büyük bir kısmını serbest meslek sahibi (çiftçi, esnaf, tüccar) kişiler oluşturmuştur (Tablo 2). Literatürde hangi meslek grubundan olanların koroner kalb hastalıkları yönünden yüksek risk altında olduklarına değinilmemekle birlikte, karmaşık, yoğun insan ilişkilerinin ve stresli iş ilişkilerinin "A tipi" insanın ortaya çıkmasında büyük rol oynadığı vurgulanmaktadır. "A tipi" davranış; telaşlı, hırslı, mücadeleci, kaygılı ve aşırı kuruntulu kişilerde görülür (15). Serbest rekabeti getiren ve körükleyen serbest meslek sahiplerinde koroner kalb hastalıklarının sık görülmesi bu nedenle şaşırtıcı değildir.

Ölkemizde yapılan pekçok araştırma örneklerinde halen tahsilsiz olanlara rastlanmasına rağmen; bizim serimizdeki hastaların hepsinin ilkökul ve üstünde eğitilmiş olmaları ilginç bir bulgudur (Tablo 3).

KAN BASINCI

30 Akut Miyokard infarktüsülü erkek hastanın, ziyaret öncesi sistolik ve diyastolik kan basınçları ölçüldüğünde, sabah ölçüleri ile bir farklılık görülmemiştir. Buna karşılık aile ziyaretinin devam ettiği esnada ölçülen sistolik ve diyastolik kan basınçlarında bir artma meydana geldiği saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 7,8-Şekil 3,4).

Ziyaret sonrası ve kontrol döneminde ise, her iki kan basıncı ziyaret önceki seviyesi değerlerinde kalmıştır ($p > 0.05$).

Ziyaret öncesi ve ziyaret esnası ortalama kan basıncı karşılaştırıldığında, istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 9-Şekil 5). Bu bulgu Brown'un 50 hasta üzerinde yaptığı araştırma sonucu ile paralellik göstermektedir (3).

Ziyaret öncesine göre ziyaret esnasında görülen kan basıncı artışlarında, ziyaretçilerin yakınlık derecesinin etkili olacağı düşünülerek hasta ziyaretçilerinin kimliği incelendi ve bunların hastanın birinci derece aile yakınları (eşi veya çocuğu) olduğu dikkati çekmiştir (Tablo 5).

Çalışma kapsamına alınan 30 Akut Miyokard infarktüsülü hastadan, hastaneye ilk kez yatan 19 hastanın ziyaret öncesi ve esnası sistolik kan basıncı fark ortalamaları

(3.42 ± 11.55), hastaneye ikinci ve üçüncü kez yatan 11 hastamızın ortalamalarından (6.36 ± 16.29) düşük olarak bulunmuştur. Daha önce hastane deneyimi olan 11 hastamızdaki sistolik kan basıncı artışı tarafımızdan ilginç bulunmuştur.

KALB HIZI

Koroner yoğun bakım ünitesindeki akut miyokard infarktüsülü hastaların ölüm korkusu ve yarım bıraktığı işlerden doğan huzursuzluk gibi endişeleri vardır. Anksiyetenin hastaların kalb hızında geçici artış yaptığı bir müddet sonra kalb hızının önceki seviyenin altına düştüğü görülmüştür (28).

Çalışma grubumuzu oluşturan 30 Akut Miyokard infarktüsülü hastada kalb hızı ziyaret öncesi ($\bar{x}=88.86$) iken, ziyaret esnasında bunun arttığı ($\bar{x}=91.56$) saptanmıştır ($p < 0.05$). Kalb hızının ziyaret sonrasında ($\bar{x}=90.36$) olarak kaldığı görülmüştür ($p > 0.05$). Kontrol döneminde ise kalb hızı, ziyaret sonrası seviyesinin biraz altında kaldığı dikkati çekmektedir ($\bar{x}=90.5$) ($p > 0.05$) (Tablo 10-Şekil 6).

Belli bir ziyaret politikası olan Koroner Yoğun Bakım Ünitemizde hastalara yapılan ziyaretler esnasında kalb hızının anlamlı derecede yükseldiği görülmüştür. Zetterlung'un yaptığı araştırmada da kalb hızı ziyaret süresince %7 olarak

artmış olduğu saptanmıştır. Aynı ziyaret politikasını izleyen ünitelerde yapılan bu iki araştırmada bir paralellik sağlanmıştır (19).

Araştırma grubumuzdaki hastaların daha önceden bir hastane deneyimi geçirip geçirmediği yönünden incelendiğinde, çoğunluğunun yani 19 hastanın, ilk kez hastaneye yattığı anlaşılmıştır (Tablo 4). İlk kez yatan bu 19 hastanın ziyaret öncesi ile ziyaret sonrası kalb hızı karşılaştırıldığında 16'sında artma olduğu saptanmıştır. Bu artmanın, bize hastanın hastaneyi ve hastalığı ilk defa deneyimlemiş olmasının önemli olduğunu düşündürmektedir. Hastaneye ikinci ve üçüncü kez yatan 11 hastanın kalb hızında ziyaretin sonunda belirgin bir artış yoktur.

Araştırma kapsamına alınan 30 Akut Miyokard infarktüsü hastamızın ikisinde ziyaret sonunda ventrikül erken vuru olduğu görülmüştür. Bu bulgu Torel ve Wester'in bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Torel ve Wester yaptıkları araştırmada ziyaretçisi olan hastaların, ziyaretçisi olmayan hastalara oranla sık aritmi gösterdiklerini saptamışlardır (19,29).

ANKSİYETE

Lynch ve arkadaşları çalışmalarında koroner yoğun bakım ünitesi hastalarda kişilerarası ilişkilerin etkisini araştırmışlar ve bu ilişkiler esnasında meydana gelen kalb hızı

ve ritm değişikliklerini kaydetmişlerdir. Sonunda sosyo-emosyonel faktörlerin kardiyovasküler fonksiyonlar üzerine büyük etkisi olduğunu vurgulamışlardır(3).

Kornfield ve arkadaşlarının tanımlarına göre, anksiyete; kardiyak iritabiliteyi arttırmakta, depresyon nedeniyle kooperasyonun yokluğuna ve içe dönüklüğe neden olmakta ve genel durumda ajitasyon ile bunu takiben yorgunluk yaratmaktadır. Anksiyetenin, bütün bu belirtileri koroner yoğun bakım ünitesi hastaları için tehlikeli sonuçlar yaratabilir. Hastalarda anksiyete seviyesinin azaltılması ile kalb üzerine stresin daha az etken olduğu ve hastalarını daha uzun yaşam sürecine sahip olabileceği belirtilmiştir (8).

Yapılan bu çalışmada da Durum Anksiyete Envanteri(I) ve Süreklilik Anksiyete Envanteri (II), ziyaret öncesi ve ziyaret sonrası olarak incelendiğinde Durum Anksiyete Envanterinde ziyaret öncesine göre ziyaret sonrası ortalama puanında artma görülmüştür (Tablo 6). 30 hastanın ziyaret öncesi Durum Anksiyete Envanteri ortalama puanı 36.50 iken, ziyaret sonunda bu ortalama puan 39.46 olarak artmıştır ($p<0.05$) (Tablo 11-Şekil 7).

Süreklilik Anksiyete Envanterinde ise ziyaret öncesine göre ziyaret sonrası ortalama puanlarında fark olmasına karşın, anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Ziyaret öncesi

ortalama puanı 39.60'dan ziyaret sonrasında ortalama puan 40.60 olmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 12-Şekil 8).

Bu da Laughlin'in, anksiyetenin bir kişiden diğer bir kişiye emosyonel bir bulaşma şeklinde geçtiğini saptayan araştırmasını bize hatırlatmaktadır (8). Nitekim Brown'da çalışmasında, aile ziyaretlerinin hastada anksiyete yaratacağı sonucuna varmıştır (3;28).



SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmayı, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan 40-65 yaş grubu arasındaki 30 Akut Miyokard İnfarktüsü er-kek hastalar ve onların aile ziyaretçileri oluşturmuştur.

Aile ziyaretlerinin, hastalardaki kan basıncı ve kalb hızı üzerine etkisi incelenmiştir. Ziyaret esnasında yapılan kan basıncı ve kalb hızı ölçümlerinde ziyaret öncesine göre anlamlı bir artışın meydana geldiği görülmüş olup ($p < 0.05$), ziyaret sonunda ve kontrol döneminde bu değerler ziyaret öncesi seviyesindeki değerlere inmiştir ($p > 0.05$). Hastanın anksiyetesi de ziyaretin etkisiyle anlamlı bir şekilde artmıştır ($p < 0.05$).

. Koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire, akut miyokard infarktüsü hastaya ek olarak stres yapabilecek her türlü etkiyi ortadan kaldırmaya veya en aza indirmeye çalışmak üzere bir bakım planı yapmalıdır.

. Hasta ailelerine Koroner yoğun bakım ünitesinin ziyaret politikasını belirten ve bu üniteyi tanıtan bir broşür vermelidir.

. Hasta ailelerine bizzat hasta ziyaretinden önce eğitim yapılmalıdır.

. Hasta ve ziyaretçilerine istedeği zaman ziyaret yapabilme ortamı yaratılmalıdır.

Bundan sonraki yapılacak çalışmada; Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Miyokard infarktüs teşhisinde yatan, ziyaretçisi gelen ve ziyaretçisi gelmeyen hastalarda kan basıncı ve kalp hızı değerlerinin karşılaştırılması önerilir.

Ö Z E T

Bu çalışma; Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan Akut Miyokard infarktüsü 30 erkek hastanın, kan basıncı ve kalp hızı üzerine aile ziyaretlerinin etkisini saptamak amacıyla uygulanmıştır.

Araştırmada elde edilen bulguların istatistikî değerlendirilmesinde "eşlenmiş serilerde standart t testi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi" kullanılmıştır.

Yapılan araştırmadan; aile ziyaretlerinin hastada anksiyete yarattığı, ziyaret öncesine göre ziyaret esnasında hastanın kan basıncı ve kalp hızında anlamlı derecede artışın meydana geldiği saptanmıştır ($p < 0.05$).

SUMMARY

The aim in this study was to investigate the effects of patients family members visit upon the heart rate and blood pressure of (30) male patients with acute myocardial infarction, whom were accepted to our center Coronary Intensive Care Unite.

The Standard "t" test was used in the statistical evaluation of the results obtained in this study.

During this study it was observed that the visit of patient family members caused anxeity and resulted to a considerable increase in heart rate and blood pressure of the patients in compare with the periods before visit ($p < 0.05$).

KAYNAKLAR

- 1- Abaođlu, C., Aleksanyan, V.; Semptomdan Teşhise. Formül Matbaası, İstanbul, 9.Baskı, 1985.
- 2- Akbal, Y.: Akut miyokard infarktüsülü hastalarda bakım veren hemşirelerin, bu hastaların bakımı konusundaki bilgi düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1985.
- 3- Brown, A.J.: Effect of family visits on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary care unit. Heart and Lung, 5:291, 1976.
- 4- Carlisle, C., Hunt, D., Sloman, G.: Coronary Care Workbook. The Royal Melbourne Hospital, Fourth Edition, 1982.
- 5- Crystal, W. G., Linda, F.: Effect of an education-orientation program on family members who visit their significant other in the intensive care unit. Heart and Lung, 16:1, 1987.
- 6- Çobanođlu, M.: Akut miyokard infarktüsünde intravenöz heparin tedavisi ile alınan sonuçlar. Uzmanlık Tezi, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, 1987.

- 7- Dellipiani, A.W., Cay E.L., Philip A.E., Vetter N.J., Colling, W. A., Donaldson L. J. Cormack P.: Anxiety after a heart attack, British Heart Journal, 38:752, 1976.
- 8- Doeir, B. J., Jones, J. W.: Effect of family preparation on the state anxiety level of the CCU patient, Nursing Research, 28:5, 1979.
- 9- Dunkel, J., Ersendrath, S.: Families in the intensive care unit. Heart and Lung, 12:3, 1983.
- 10- Fuller, B. F., Foster, G.M.: The effects of family/friend visits vs. staff interaction on stress/arousal of surgical intensive care patients. Heart and Lung, 11:5, 1982.
- 11- Gaglione, K.M.: Assesing and intervening with families of North Amerika, 19:3, 1984.
- 12- Gas, D.: Introduction to Patient Care. W.B. Saunders Company, Philedelphia-London-Toronto, Third Edition, 1977.
- 13- Güler, K.: Doğuma fizyolojik ve psikolojik yönden hazırlanmış gebelerle hazırlanmamış olanların antepartum, intrapartum ve postpartum dönemlerindeki anksiyete farklılıklarının araştırılması, Doktora Tezi, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1982.
- 14- Işık, K.: Klinik Elektrokardiyografisi, Sıralar Matbaası, İstanbul, 1973.

- 15- Işık, K.: Akut Miyokard infarktüsü, "Acil Kalb Hastalıklarında Teşhis ve Tedavi". Editör: K.Işık, Beta Basım, İstanbul, 1986.
- 16- Johanson, B. C.: Standarts For Critical Care, The C.V. Mosby Company, St. Louis-Toronto-London, 1981.
- 17- Karanisoğlu, H.: Anksiyete ve anksiyeteli hastada hemşirelik yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni, 1:3, 1983.
- 18- Kayserilioğlu, A., Çavuşoğlu, H., Gökhan, N.: İnsan Fizyolojisi II. Filiz Kitabevi, İstanbul, 1986.
- 19- Kirchoff, K. T.: Visiting policies for patients with myocardial infarction. Heart and Lung, 11:571, 1982.
- 20- Lloyd, G. G., Cawley, R. H.: Psychiatric morbidity in men one week after first acute myocardial infarction. British Medical Journal, 2:1453, 1978.
- 21- Lynch, J.J., Thomas, S. A., Paskewitz, D.A., Katcher, A. H., Weir, L.D.: Human Contact and Cardiac Arrhythmia in a coronary care unit. Psychosomatic Medicine, 39:3, 1977.
- 22- Oliver, M. F., Julian, D. G.: Manual On intensive Coronary Care. Regional Office for Europe, WHO, Copenhagen, 1970.
- 23- Orlando, I.J.: Hemşire Hasta ilişkisinde Kişilerarası Süreçler. Çeviri: Ayşe Özcan, Nurgün Platin, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1984.
- 24- Özcan, R.: Akut Miyokard infarktüsü, "Kalb Hastalıkları". Editör: R.Özcan, Sanal Matbaacılık, İstanbul, 1983.

- 25 - Özcan, R.: Akut Miyokard infarktüsünün ilk saatlerinde tedavi. "Kalb ve Damar Hastalıklarının Tedavisinde Yeni Gelişmeler" 1.0. İstanbul Tıp Fakültesi, 7.Kurultayı", Sanaî Matbaacılık, İstanbul, 1983.
- 26- Pektekin, Ç.: Hastaneye kabulde hastaların anksiyetelerinin değerlendirilmesi. Hemşirelik Bülteni, 1:2, 1983.
- 27- Sparacino, J.: Blood pressure, stress and mental health. Nursing Research, 31:2, 1982.
- 28- Stewart, B. H.: Nursing responsibilities in changing visiting restrictions in the intensive care unit. Heart and Lung, 14:2, 1983.
- 29- Theorell, T., Wester, Ö.: The significance of Psychological events in a coronary care unit. Acta med. scand, 193:207, 1978.
- 30- Velicangil, S.: İstatistik Metodları. Filiz Kitabevi, Beyazıt, İstanbul, 2.Baskı, 1979.

EK 1

GÖRÜŞME FORMU

HASTANIN ADI SOYADI :

YAŞI :

MESLEĞİ :

ÖĞRENİM DURUMU :

MEMLEKETİ :

HASTANEYE KAÇINCI YATIŞI :

KOMPLİKASYON :

VAROLAN DİĞER SAĞLIK SORUNLARI :

İLAÇLAR :

PROTOKOL NO :

YATAK NO :

YATIŞ TARİHİ :

ANKET TARİHİ :

TANSİYON

KALB HIZI EKG

SKALE PUANI

ZİYARET ÖNCESİ

ZİYARET ESNASINDA

ZİYARET SONUNDA

KONTROL DÖNEMİ

ZİYARET SÖRESİ :

ZİYARETÇİ SAYISI :

ZİYARETÇİNİN YAKINLIK DURUMU :

ZİYARETÇİNİN EĞİTİM DURUMU :

EK 2

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

STAI FORMU

İsim : Cinsiyet: Tarih:
Sınıf: Okul : Yaş :

YÖNERGE: Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ve da yanlış cevap yoktur. Herhangi biri ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin şu anda nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hayır	Biraz	Or- dukça	Tama- mıyla
1- Kendimi sakin hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
2- Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3- Huzursuzum	(1)	(2)	(3)	(4)
4- Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5- Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
6- İçimde bir sıkıntı hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7- İlerde olabilecek kötü olayları düşünerek üzülüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8- Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9- Kendimi kaygılı hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
10- Kendimi rahatlık içinde hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11- Kendime güvenim olduğumu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
12- Kendimi sinirli hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
13- İçimde bir huzursuzluk var	(1)	(2)	(3)	(4)
14- Çok gergin olduğumu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15- Sükunet içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
16- Halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17- Endişe içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18- Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19- Kendimi neşeli hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
20- Keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 3

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ
STAI FORMU - 1

İsim: Cinsiyet: Tarih:
Sınıf: Okul : Yaş :

YÖNERGE: Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki alternatiflerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Nadi- ren	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen Her Zaman
21- Keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22- Çabuk yoruluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
23- Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum	(1)	(2)	(3)	(4)
24- Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim	(1)	(2)	(3)	(4)
25- Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
26- Kendimi zinde hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27- Sakin, kendime hakim ve soğuk- kanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28- Güçlüklerin yenebileceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29- Gerçekte çok önemli olmayan şeyler için endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30- Mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31- Herşeyi kötü tarafından alırım	(1)	(2)	(3)	(4)
32- Kendime güvenim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
33- Kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34- Sıkıntı ve güçlük veren durum- lardan kaçırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35- Kendimi hüznü (kederli) his- sederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36- Hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37- Aklımdan bazı önemsiz düşünce- ler geçer ve beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38- Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki, insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
39- Tutarlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40- Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖZGEÇMİŞ

1955 yılında Pamukova'da (Adapazarı) doğan Merâl MADENOĞLU orta öğrenimini Eskişehir'de tamamladıktan sonra 1976-1977 akademik yılında Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun oldu.

1977 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kardiyoloji Bilim Dalı, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde göreve başladı. Halen aynı bölümde sorumlu olarak çalışmaktadır.

İngilizce bilmektedir.

Katıldığı mezuniyet sonrası eğitim programları;

- . 1980-1981'de 1 yıl süre ile Hastane Yönetimi, lisans üstü eğitim (İ.İ.T.İ.A. İşletme Bilimleri Enstitüsü).
- . 1982'de 3 ay süre ile Koroner Yoğun Bakım Kursu (Amerikan Hastanesi).
- . 1982-1983'de 6 ay süre ile Kardiyovasküler kurs (Methodist Hastanesi, Texas-Houston, USA).
- . 1985'de 3 ay süre ile Elektrokardiyografi kursu (İ.Ü.İst. Tıp Fak. İç.Has.).