



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN  
HASTALARIN ALEKSİTİMİK  
ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ**

Ayşenur TÜRKMEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

TRABZON-2018

**ONAY**

Bu tez Yüksek Lisans Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Prof. Dr. Nesrin NURAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşenur TÜRKMEN'in hazırladığı "Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Aleksitimik Özelliklerinin Belirlenmesi" başlıklı tez Karadeniz Teknik Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

Prof.Dr. Nesrin NURAL

Prof.Dr. Elanur Yılmaz KARABULUTLU

Tarih: 18/06/2018

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../.... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ersan KALAY

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

## BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışması ve yazım aşamasında patent ve telif haklarımı ihlal edici davranışımın olmadığını beyan ederim.

18/06/2018

Ayşenur TÜRKMEN

## **İthaf**

*Bu yüksek lisans tezimi, üzerimde sonsuz emeği olan, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan,  
hayatımın her anında hep destek veren çok kıymetli aileme ve biricik yeğenim  
EMİR ARAS'a ithaf ediyorum.*

*Ayşenur TÜRKMEN*

## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın bütün süreçlerinde tecrübesinden ve bilgisinden yararlandığım, mesleki değerleri ile bana öncülük eden, birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve tüm bu süreçte göstermiş olduğu hoşgörü ve sabır nedeni ile danışman hocam KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Lisansüstü eğitimim süresince bana bilimsel bilgi ve destekleriyle katkı sağlayan değerli hocam İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a,

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde yardımını ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Muhammet Raşit SAYIN'a,

Çalışmamın yürütülmesine izin veren Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne,

Veri toplama aşamasında sabır gösteren hastalara,

Desteğini benden hiç esirgemeyen canım annem ve arkadaşım Güzide GEDİK'e,

Her zaman yanımda olan, bana destek veren ve her konuda fedakarlık gösteren sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Ayşenur TÜRKMEN

**İÇİNDEKİLER****KABUL ve ONAY****BEYAN****İTHAF****TEŞEKKÜR****TABLolar DİZİNİ****viii****KISALTMA, SİMGELER DİZİNİ****ix****1. ÖZET****1****2. SUMMARY****2****3. GİRİŞ ve AMAÇ****3****4. GENEL BİLGİLER****6**

4.1. Miyokard Enfarktüsü

6

4.1.1. Miyokard Enfarktüsü Epidemiyolojisi

6

4.1.2. Miyokard Enfarktüsü Etiyolojisi

7

4.1.3. Miyokard Enfarktüsü Fizyopatolojisi

7

4.1.4. Miyokard Enfarktüsü Risk Faktörleri

7

4.1.5. Miyokard Enfarktüsü Belirti ve Bulguları

10

4.1.6. Miyokard Enfarktüsü Tanı Yöntemleri

11

4.1.7. Miyokard Enfarktüsü Tedavi Yöntemleri

12

4.2. Aleksitimi

13

4.3. Aleksitiminin Kuramsal Alt Yapısı

14

4.3.1. Nörofizyolojik Yaklaşım

14

4.3.2. Psikoanalitik Yaklaşım

15

4.3.3. Sosyal Öğrenme ve Davranışçı Yaklaşım

15

4.3.4. Bilişsel Yaklaşım

16

4.3.5. Sosyokültürel Yaklaşım

17

4.4. Aleksitimi Etiyolojisi

17

4.5. Aleksitiminin Temel Özellikleri

17

4.5.1. Duyguları Tanıma, Ayırt Etme ve İfade Etmede Güçlük

18

4.5.2. Hayal Kurma ve Düşlem (Fantezi) Yaşamında Kısıtlılık

18

4.5.3. İşlemsel (Operational Thinking) Düşünme

19

4.6. Aleksitimi Tedavi Yöntemleri

20

4.7. Miyokard Enfarktüsü, Aleksitimi ve Hemşirelik

21

<b>5. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>25</b>
5.1. Araştırmanın Tipi	25
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	25
5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri	25
5.5. Veri Toplama Araçları	25
5.6. Veri Toplama Yöntemi	26
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	27
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	27
<b>6. BULGULAR</b>	<b>28</b>
<b>7. TARTIŞMA</b>	<b>37</b>
<b>8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER</b>	<b>48</b>
8.1. Sonuçlar	48
8.2. Öneriler	49
<b>9. KAYNAKLAR</b>	<b>50</b>
<b>10. EKLER</b>	<b>64</b>
10.1. Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu	64
10.2. Ek 2. Hasta Bilgi Formu	65
10.3. Ek 3. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20	66
10.4. Ek 4. Kurum İzni	67
<b>11. ETİK KURUL ONAYI</b>	<b>68</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>71</b>

**TABLolar DİZİNİ**

<b>Tablo</b>		<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	28
<b>Tablo 2.</b>	Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı	29
<b>Tablo 3.</b>	Hastaların TAÖ-20 Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları	30
<b>Tablo 4.</b>	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre TAÖ-20 Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları	30
<b>Tablo 5.</b>	Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre TAÖ-20 Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları	34





**KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ****Kısaltmalar**

<b>BKİ</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>CK-MB</b>	Kreatin Kinaz Miyoglobulin
<b>EKG</b>	Elektrokardiyografi
<b>HDL-K</b>	Yüksek Dansiteli Lipoprotein-Kolesterol
<b>KAH</b>	Koroner Arter Hastalığı
<b>KVH</b>	Kardiyovasküler Hastalıklar
<b>KYBÜ</b>	Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde
<b>LDL-K</b>	Düşük Dansiteli Lipoprotein-Kolesterol
<b>MI</b>	Miyokard Enfarktüsü
<b>STEME</b>	S-T Segmet Yükselmeli Miyokard Enfarktüsü
<b>TAÖ</b>	Toronto Aleksitimi Ölçeği
<b>TEKHARF</b>	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu

## 1. ÖZET

### **Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Aleksitimik Özelliklerinin Belirlenmesi**

Araştırma, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların aleksitimik özelliklerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde miyokard enfarktüsü tanısı ile yatmakta olan 211 hasta oluşturdu. Veriler, "Hasta Bilgi Formu" ve "Toronto Aleksitimi Ölçeği-20" ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi testleri kullanıldı.

Araştırmaya katılan hastaların Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 toplam puan ortalaması  $65.2 \pm 11.6$ ; alt ölçek puan ortalamaları ise "duygularını tanımada güçlükte  $18.4 \pm 7.1$ "; "duygularını söze dökmede güçlükte  $16.5 \pm 3.3$ " ve "dışa dönük düşünmede  $30.8 \pm 4.5$ " olarak saptandı.

Araştırmada, hastaların aleksitimik özellikleri ile cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanan yer, çalışma durumu, gelir düzeyi, koroner arter hastalığı süresi ve hipertansiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0.05$ ). Hastaların duygularını tanımada güçlüğü cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve hastalığını başkaları ile paylaşma; duygularını söze dökmede güçlüğü alkol kullanımı; dışa dönük düşünmeyi ise yaş ve çalışma durumu anlamlı olarak etkiledi ( $p < 0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Miyokard enfarktüsü, aleksitimi, kronik hastalık, hemşirelik.

## 2. SUMMARY

### **Determination of the Alexithymic Characteristics of Patients with Myocardial Infarction**

The study was performed as a descriptive study to determine the alexithymic characteristics and affecting factors of patients with myocardial infarction. The population of the study is consisted of 211 patients who were diagnosed as myocardial infarction in the Coronary Intensive Care Unit of Ahi Evren Chest Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital. The patient's data have been collected with face-to-face interview technique by using "Patient Information Form" and "Toronto Alexithymia Scale-20". The collected data were evaluated statistically by using the numbers, percentage, mean, standard deviation, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis Analysis of Variance.

The average score of Toronto Alexithymia Scale-20 for the patients who were enrolled in the study was  $65.2 \pm 11.6$ ; also the subscale score average which were determined as "Difficulty Identifying Feeling", "Difficulty Describing Feelings", "Externally-Oriented Thinking" were  $18.4 \pm 7.1$ ,  $16.5 \pm 3.3$  and  $30.8 \pm 4.5$  respectively.

In the study, the alexithymic characteristics of the patients were statistically significant between gender, education level, place of residence, working status, income level, coronary artery disease duration and hypertension ( $p < 0.05$ ). The "Difficulty of Identifying Emotions" is influenced by gender, education level, working status, sharing your disease with others and income level; "Difficulty of Identifying Feelings" is influenced by alcohol use and "Externally-Oriented Thinking" is found to be influenced by age and working conditions.

**Key Words:** Myocardial infarction, alexithymia, chronic disease, nursing.

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kalp kasının uzun süreli iskemisi sonucu oluşan hücre hasarı ve nekrozu olarak tanımlanan miyokard enfarktüsü (MI), tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen günümüzde hala en önemli sağlık sorunlarından biridir (1).

Dünya genelinde, koroner arter hastalığı (KAH) ölümün tek başına en sık nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde KAH nedeniyle her yıl yedi milyondan fazla kişi ölmekte ve bu tüm ölümlerin %12.8'ini oluşturmaktadır (2). Framingham Kalp Çalışması verilerine göre 40 yaşından sonra yaşam boyu KAH riski erkeklerde %49, kadınlarda %32'dir (3). Koroner arter hastalığına bağlı ölümler Türkiye'de de ölüm nedenleri arasında birinci sırada gelmektedir. Türkiye'de KAH prevalansı, kadınlarda %12, erkeklerde %14 olarak belirtilmektedir (4). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 1990-2016 yıllarını kapsayan takip sonuçlarına göre, 2016 yılında akut MI nedenli ölümler toplam 49.990'tür (25.999'u erkek; 20.991'i kadın) (4). Miyokard enfarktüsü genellikle bireylerin üretken oldukları dönemde görülmekte ve bu nedenle ciddi fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunlara neden olmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılında yapılan bütçe çalışmasında toplam maliyetin kalp hastalığı dahil kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve inme için 444 milyar dolar olduğu belirtilmektedir (5).

Miyokard enfarktüsünde hastaneye başvuru öncesi ilk 1-2 saat içindeki ölümler, toplam ölümlerin neredeyse yarısını oluşturmaktadır (6). Aleksitimik kişiler MI'nın erken semptomlarını tanıyamaması nedeni ile erken dönemde etkin ve zamanında tedavi alamayabilmekte ve bu durum MI mortalitesini artırabilmektedir (7). Aleksitimi kavramının ortaya çıkma nedeni psikolojik belirtilerle fiziksel belirtilerin ilişkisini (psikosomatik) ortaya çıkarmaktır. Sifneos, aleksitimi kavramını ilk kez 1970'li yıllarda psikosomatik hastalığı olan kişilerin ruhsal belirtilerini ve bu belirtilerle ilişkili özellikleri tanımlamak amacı ile dile getirmiştir (8). Aleksitimi kelime olarak kökenini Yunancadan almaktadır ve "duygular için sözcüklerin yetersizliği, yokluğu" olarak Türkçe'ye tercüme edilmiştir (9). Bu kavram ilk önce psikosomatik hastalarda görülen belirti ve özellikleri açıklamak amacıyla ortaya atılmışsa da son yıllarda sadece psikosomatik tanısı olan hastaları kapsamadığı ve genellikle başka psikolojik ve bedensel hastalıkları da kapsadığı önemle belirtilmektedir (10). Aleksitiminin bildirilen

toplum çalışmalarındaki yaygınlığı %6.7 ile %18.8 arasındadır (11). Aleksitimi kavramının ortaya çıkmasından bu yana, bilişsel ve duygusal işlemedeki sınırlılıkların, kişinin somatik hastalıklara karşı dayanıklılığını azalttığına daha fazla inanılmakta ve bu görüşün, duygular ve kişilik özelliklerinin, bedensel işlevler ve fiziksel/bedensel sağlık üzerine etkisi/katkısı olduğunu esas alan psikosomatik tıp bilgisi ile de uyumlu/tutarlı olduğu belirtilmektedir. Bu nedenledir ki fiziksel/bedensel hastalıklarda psikolojik etkenlerin/özelliklerin etkisi araştırmaya çalışılırken, aleksitimi, aleksitimik özellikler ve aleksitimi ile ilgili çalışmalar oldukça çok ilgi çekmiştir (12).

Aleksitimik özellik gösteren kişilerde duygular yerine bedensel reaksiyonlar hissedilmekte ve bu bedensel reaksiyonlar tam olarak söze dökülüp tanımlanamamaktadır (13). Kenyon ve arkadaşlarının çalışmasında, MI geçiren hastaların semptomlarını erken fark edemedikleri ve hastaneye başvurmada geciktikleri belirlenmiştir (14). Aleksitimik özellikleri olan bireylerin diğer normal sağlıklı bireylere göre fiziksel ve psikolojik semptomlarını tanıma ve anlamaları ile ilgili daha sorunlu olduğu belirtilmektedir (13). Ayrıca aleksitimik özellikleri olan bireylerin duygularını tanımada zorlanması, duygularını ifade edememesi, kelimelere dökememesinin, duygusal açıdan zorlandığında, yaşam içinde sıkıntılı süreçlerde yer alındığında fiziksel/bedensel semptomlar gelişimine neden olabileceği de bildirilmektedir (15). Aleksitimik özelliklerin psikiyatrik grupta olduğu kadar psikosomatik ve kronik hastalıklarda da saptandığı kaydedilmiştir. Yapılan bir çalışmada, aleksitimik özellikleri yüksek bulunan kişilerin KAH için bir risk faktörü olduğu ve bu kişilerde akut/kronik ağrı, yüksek kan basıncı ve stresin de KAH'a yatkınlığı artırdığı belirtilmiştir (16). Meloni ve arkadaşları da MI semptomlarının zamanında tanınmamasının yaşamsal müdahalelerde gecikmelere neden olduğunu ifade etmektedir (7). Özellikle çoklu kronik hastalığı olan bireyler, kendi psikolojik ve fiziksel hastalıklarına uyum sağlamada, bedenlerindeki fizyolojik ve duygusal/emosyonel semptomları anlamlandırmada ve bu semptomları ifade etmede zorluk yaşamaktadırlar. Oysaki, fiziksel ve emosyonel sorunları olan hastaların etkin ve doğru zamanda uygun tıbbi tedavi ve bakım alabilmelerinde duygularının farkında olması, onları tanıması ve açıklayabilmesi oldukça önemlidir (17). Mattila ve arkadaşlarının çalışmasında, duygularını anlamlandırmada ve tanımada güçlük yaşayan kişilerin, somatik duygularını yanlış yorumlamaya eğilimli olduğunu ifade etmektedir (18). Bireylerin yaşam içindeki

fiziksel ve duygusal sorunlarını tam olarak doğru ve uygun bir şekilde anlamlandırması, tanımlaması ve ifade etmesi sorunlarına vakit geçirmeden zamanında müdahale edilmesi ile tedavi ve bakım süreçlerini içeren tıbbi sağlık yardımı almalarını kolaylaştırmaktadır (19). Kojima ve arkadaşları, MI geçiren hastaların aleksitimik özelliklere sahip olduğunu belirtmektedir (20). Oysaki aleksitimik özellikleri olan bireyler, fiziksel ve emosyonel hastalık durumunda tam ve doğru zamanda etkili tıbbi tedavi/bakım sürecinden istedik düzeyde yararlanamamakta ya da tedavi ve bakım sürecinden yararlanımları tehlikeye düşmektedir. Bu nedenlerle hem fiziksel hem de emosyonel sorunları olan hastaların fiziksel ve psikolojik belirtileri irdelenirken, aleksitimiye ait özelliklerin bu belirtilere ne kadar katkı sağladığı incelenmelidir (7, 21).

Ülkemizde, MI geçiren hastaların aleksitimik özelliklerini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile MI geçiren hastaların aleksitimik özellikleri ve etkileyen faktörler belirlenecektir. Elde edilen verilerle tedavi ve bakımda MI geçiren hastaların aleksitimik özelliklerinden kaynaklanan gecikmelerin/aksamaların önlenmesine yönelik farkındalık oluşturulabilecektir. Bu nedenle, bu çalışma MI geçiren hastaların aleksitimik özelliklerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Miyokard Enfarktüsü**

Miyokard enfarktüsü, koroner arterlerdeki tıkanıklığa bağlı olarak ilgili bölgedeki miyokardın gereksinimi olan oksijenin yeterince karşılanamaması sonucu, kalp kasında meydana gelen uzun süreli iskemi ile oluşan hücre hasarı ve nekrozudur (22-24).

#### **4.1.1. Miyokard Enfarktüsü Epidemiyolojisi**

Dünyada her yıl birçok insan çeşitli nedenlerle yaşamını kaybetmektedir. Bu ölüm nedenlerinin birinci sırasını KVH'lar oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklardan 2014 yılında yaklaşık 17.7 milyon kişi yaşamını kaybetmiştir ve bu oran tüm küresel ölümlerin %31'ini temsil etmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık 7.4 milyonu MI, 6.7 milyonu inme kaynaklıdır. Kardiyovasküler hastalık kaynaklı oluşan ölümlerin yaklaşık dörtte üçünden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. İki bin otuz yılında kardiyovasküler sisteme bağlı bağlı ölümlerin 22.2 milyon olacağı öngörülmektedir (2).

Türkiye'de ise kalp ve damar hastalıklarına bağlı yılda yaklaşık 300 bin ölüm gerçekleşmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık 95 bin'i koroner olay sonucu gelişen MI ve akut koroner sendrom sonucu oluşmaktadır. Miyokard enfarktüsü kaynaklı ölümlerin yaklaşık 55 000'inin hastane dışında ani gerçekleştiği tahmin edilmekte ve 40 000 ölümün de öncelikle hastanelerin acil klinikleri olmak üzere taburculuk sürecini içeren zamanda gerçekleşeceği öngörülmektedir. Türkiye'de 40 yaş ve üzerindeki kişilerin bir yıllık artış oranı 50-65 bin kişiye denk gelmekte ve bu sayıya KAH'ı olan kişiler de eklenince toplam koroner kökenli hasta sayısı bir yılda yaklaşık olarak 140 000 bin artış göstermektedir. Türkiye'deki ölüm verileri incelendiğinde, toplam ölümlerin içinde kalp hastalıklarına ait oranın giderek artış eğiliminde olduğu görülmektedir. İki bin on yedi TEKHARF verilerine göre, 1990-2016 yılları arasındaki ölüm nedenlerine bakıldığında, ölümlerin %42'sinin koroner nedenli olarak birinci sırada olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, TEKHARF çalışmasının son takip sonuçlarında, Türk erişkinlerinde KAH mortalitesi ve yeni koroner olay prevalansının diğer ülkelerdekinden her iki cinsiyette, özellikle de kadın cinsiyette daha yüksek olduğu bildirilmiştir (4). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ölüm nedenlerine bakıldığında, ülkemizde akut MI'dan ölenlerin sayısı

2009 yılında 26.777 iken bu sayı 2016 yılında 49.990'a yükselerek ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır (25).

#### **4.1.2. Miyokard Enfarktüsü Etiyolojisi**

Miyokard enfarktüsüne yol açabilecek birçok neden vardır. Bunlar; koroner ateroskleroz, plak rüptürü, koroner arter spazmı, koroner emboli (enfektif endokardit, romatizmal kalp hastalığı, intrakaviter trombüs, atriyal fibrilasyon), periarterit ve diğer koroner arter enflamatuvar hastalıklar, koroner arterlerde diseksiyon (anevrizmal veya iatrojenik), özellikle genç hastalarda görülen MI'da; kokain kullanımı, pıhtılaşma bozukluğu ve artmış kan viskozitesidir (polisitemi vera ve sistemik lupus, antifosfolipid sendromu gibi otoimmün hastalıklar) (26, 27).

#### **4.1.3. Miyokard Enfarktüsü Fizyopatolojisi**

Ateroskleroza bağlı akut koroner sendromda temel fizyopatolojik mekanizma; genellikle koroner arterlerde darlığa yol açan bir plağın çatlaması veya yüzeyel erozyonu ile tetiklenen agregasyon/koagülasyon kaskadının damar içerisinde tromboza yol açması olarak özetlenebilir (28). Koroner ateromda bulunan fibröz kapsüldeki yırtılma altta yer alan subendotelyal matriksin ortamda dolaşan kan elemanları/hücreleri ile maruziyeti, trombositlerin aktivasyonuna, trombin oluşumuna ve trombüs gelişimine neden olur. Oluşan trombüs damar içi tıkanmaya neden olur. Koroner tromboz ile tıkanmanın distalindeki miyokard dokusuna oksijen sağlanması ve tüketimindeki uyumsuzluğa bağlı olarak iskemik kalır. Miyokard perfüzyonunun bozulması sonucu gelişen iskemi, miyokarddaki hücrelerin hasarlanmasına, nekrozuna veya ölümüne, ventriküler disfonksiyon ile kardiyak aritmilere neden olur. Geri dönüşümsüz (irreversible) miyokard hasarı ve nekrozuna neden olan şiddetli ve uzamış iskemi sonucunda MI meydana gelir (29). Gelişen enfarktın büyüklüğü; enfarkt arterinin beslediği miyokard alanının genişliğine, distal kollateralizasyonunun yeterliliğine, miyokardın metabolik gereksinimine ve tıkanan koroner arterin rekanalize olma durumuna bağlıdır (24).

#### **4.1.4. Miyokard Enfarktüsü Risk Faktörleri**

Miyokard enfarktüsü için risk oluşturan en önemli faktörler değiştirilemez ve değiştirilebilir risk faktörleri olarak iki grup halinde incelenmektedir.



1. Değiştirilemez risk faktörleri; yaş, cinsiyet ve aile öyküsüdür.
2. Değiştirilebilir risk faktörleri; sigara, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, obezite, sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivitedir (23).

### 1. Değiştirilemez Risk Faktörleri

**a. Yaş:** Miyokard enfarktüsü her yaşta görülebilmekle birlikte insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Ancak kadınlarda erkeklere oranla daha geç dönemde gelişmekte ve MI riski erkeklerde 45 yaş, kadınlarda 55 yaş sonrası veya erken menopoz döneminde artmaktadır (23).

**b. Cinsiyet:** Erkek cinsiyet, KAH için bir risk faktörüdür. Fakat menopoz sonrası dönemde ve ilerleyen yaşlarda her iki cinsiyette MI görülme oranı eşitlenmektedir (24).

**c. Aile Öyküsü:** Ailede ateroskleroz veya KAH öyküsü mevcutsa aile üyelerinin KAH'a yakalanma riski artmaktadır. Yine ailede MI veya akut ölüm var ise KAH görülme riski, birinci derece akrabalık bağı olan erkek cinsiyette 55 yaşından önce, birinci derece akrabalık bağı olan kadın cinsiyette ise 65 yaşından önce artar. Aile üyelerinin biri MI geçirmiş ise KAH riski kadınlarda 2.8 kez, erkeklerde 3-5 kez artmaktadır (23, 24).

### 2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

**a. Sigara:** Koroner arter hastalığının gelişim sürecinde ve hastalığın daha şiddetli ilerlemesinde bağımsız ve değiştirilebilir en önemli risk faktörlerinden biri sigara kullanımıdır. Sigara; sempatik sinir sisteminde uyarıcı bir etkiye sahiptir, kan basıncını yükseltir ve miyokardın oksijenlenmesini azaltır. Sigara kullanımı lipit metabolizmasını değiştirerek, koroner vazomotor tonusu artırarak, hematolojik parametreleri değiştirerek, endotel hücre disfonksiyonu yaparak ve antihipertansif ajanlara yanıtı azaltarak ateroskleroza hızlandırır ve akut iskemik olayları teşvik eder (30, 31). Sigara içimi ateroenez, plak rüptürü ve akut iskemik olay riskini arttırmak için diğer kardiyak risk faktörleriyle sinerjik olarak hareket eder. Kardiyovasküler hastalık riski sigara tüketimi ile orantılı olarak artar. Risk, günde 1-2 adet sigara içmekle de devam eder. Var olan riski ortadan kaldırmak için sigaranın bırakılması önemlidir (32, 33).

**b. Hipertansiyon:** Kardiyovasküler hastalıklar için en önemli risk faktörlerinden biri hipertansiyondur. Hipertansiyon, diğer önemli risk faktörleri olan sigara içimi,

dislipidemi ve diyabetten daha yaygındır. Bütün ateroskleroza bağı kardiyovasküler olayların yaklaşık %35-40'inden hipertansiyon sorumlu tutulmaktadır. Kan basıncının yükselmesi endotelin işlevsel fonksiyonlarında bozulmaya neden olarak ateroskleroz patogeneğinde önemli rol oynamaktadır. Yapılan bazı araştırmalarda, kan basıncı değerindeki azalmanın kardiyovasküler kaynaklı sorunlarda da azalmaya neden olduğu ve bundan dolayı kan basıncının kontrol edilmesinin, daha riskli kardiyovasküler sorunlar için hem primer hem de sekonder korunmada oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (34, 35).

**c. Hiperlipidemi:** Hiperlipidemi, ateroskleroz için en önemli risk faktörlerinden biridir. Düşük dansiteli lipoprotein-kolesterol (LDL-K) yüksekliği endotel hasarı ve damar duvarındaki enflamatuvar yanıtta artışla yakından ilişkilidir. Serum total kolesterol düzeyi 200mg/dl'nin üzerinde, LDL-K düzeyi 130mg/dl'nin üzerinde ve yüksek dansiteli lipoprotein-kolesterolün (HDL-K) 45mg/dl'nin altında olması koroner aterosklerotik kalp hastalığı gelişme riskini arttırmaktadır (23, 35).

**d. Diyabet:** Koroner arter hastalığında diyabet, oldukça önemli risk faktörlerindedir. Koroner kalp hastalığı olan bireylerin %20 ile 25'inde diyabet tanısı bulunmaktadır. Diyabet hastalarında, LDL-K parçacıkları daha aterojenik olmakla birlikte daha küçük ve yoğundur. Bununla birlikte trigliserid daha yüksek, HDL-K ise daha düşüktür. Diyabeti iyi kontrol edilemeyen hastalarda kandaki tromboembolik olaylar artmakta ve bu doğrultuda KAH riski de artmaktadır. Diyabet, KAH riskini kadınlarda üç kat, erkeklerde ise iki kat arttırmaktadır. Diyabet tanısı olan hastalarda gelişen ölümlerin %75-80'ine kalp damar hastalıkları neden olmaktadır (23, 36, 37).

**e. Obezite:** Koroner arter hastalığı gelişiminde önemli bir risk faktörü de obezitedir. Obezite, LDL-K yükseltir, HDL-K'ü düşürür. Obezitede var olan mevcut yağ dokusu; serbest yağ asitlerinin salgılanmasında artma, insülin seviyesinde artma, insülin direnci, kan basıncı yüksekliği ve lipit bozukluklarının gelişimine neden olarak KAH gelişme sıklığını ve ölüm oranını yükseltmektedir. Beden kitle indeksi (BKİ) 25kg/m<sup>2</sup>'den fazla olan kilolu hastalarda ve özellikle 30kg/m<sup>2</sup>'den fazla olan obezlerde yeni bir enfarktüs riski ve ölüm oranı artmaktadır (36,37).

**f. Sağlıksız Beslenme:** Sağlıksız beslenme, KAH için önemli bir risk oluşturmaktadır. Koroner arter hastalığı gelişim riskini azaltmada aşırı tuz ve kalori

tüketiminin engellenmesi, hayvansal içerikli yağların en aza indirilerek bitkisel kaynaklı yağların, taze sebze, meyve, liften zengin besin maddelerinin ve balık tüketiminin daha çok tercih edildiği bir beslenme şeklinin benimsenmesi gereklidir (32).

**g. Fiziksel İnaktivite:** Koroner arter hastalığı için değiştirilebilir bir diğer risk faktörü fiziksel inaktivitedir. Fiziksel aktivitenin artırılması, kan basıncı ve kan glikozunu düşürür. Aynı zamanda LDL'yi düşürüp, HDL'yi yükseltir ve böylece KAH gelişiminde etkili risk faktörleri olan obezite, hipertansiyon ve diyabet gelişme riskini de azaltabilir (32, 37).

#### **4.1.5. Miyokard Enfarktüsü Belirti ve Bulguları**

Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda en önemli belirti, tipik göğüs ağrısıdır. Miyokard enfarktüsünde göğüs ağrısı, en sık görülen belirti olup hem istirahatle hem de minimal eforla gelişen bir ağrıdır. Miyokard enfarktüsündeki göğüs ağrısı hastalar tarafından ciddi, ezici, sıkıştırıcı veya baskı hissi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu ağrı, sıklıkla sol kola yansımakta ve olumsuz bir şeyler olacağı, kötü sona yaklaşıldığı duygusu ile birlikte olan substernal göğüs ağrısıdır. Ağrı uzun sürelidir ve dilaltı nitrogliserin veya istirahatle geçmez. Miyokard enfarktüsü ağrısının şiddeti değişkendir. Genellikle ciddi ve bazen tahammül edilemez derecededir, ağrı uzamıştır (ağrı 30 dakikadan uzundur ve sıklıkla saatler sürer). Göğüsteki rahatsızlık hissi epigastrik bölge, boyun, çene, sırt, omuz ve sağ kola da yansıyabilmektedir. Ağrı şiddeti solunumla pozisyonla ya da palpasyonla değişmez/uyarılmaz. Ağrı çene yukarısı ve göbek altında olmaz, boğucu, baskılayıcı, yanıcı, sıkıştırıcı, göğüste baskı/ağırılık hissi veya hazımsızlık duygusu şeklinde de olabilir, batıcı karakterde olmaz (38, 39).

Ancak MI, özellikle ameliyat sonrası dönemdeki hastalarda, yaşlı kişilerde ve diyabet tanısı olan hastalarda göğüs ağrısı ortaya çıkmadan da gelişebilir. Miyokard enfarktüsünde göğüs ağrısına farklı şikayetler de eşlik edebilir. Miyokard enfarktüsünde adrenalin deşarjı nedeni ile cilt soğuk, soluk ve nemli olabilir. Ayrıca MI'a bulantı-kusma, terleme, çarpıntı, halsizlik, yorgunluk, solunum sıkıntısı, hazımsızlık, baş dönmesi, anksiyete, ölüm korkusu, akut bilinç bulanıklığı veya kardiyak arrest eşlik edebilir (23, 38, 39).

#### 4.1.6. Miyokart Enfarktüsü Tanı Yöntemleri

Miyokard enfarktüsünün tanılanmasında; fizik muayene, elektrokardiyografi (EKG) bulguları, serum belirteçleri ve görüntüleme yöntemlerinden yararlanır (40).

**a. Fizik Muayene:** Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda belirgin bir anksiyete ve huzursuzluk mevcuttur. Cildi genellikle nemli ve soğuktur. Hasta göğüs ağrısını sternal bölgede geniş bir alanda gösterir (Levine Bulgusu). Kalp oksültasyonunda en sık rastlanan bulgu dördüncü sestir (40).

**b. Elektrokardiyografi (EKG):** Elektrokardiyografi, MI şüphesi olan hastaların tanılanma sürecinde en önemli göstergelerden biridir ve klinik başvuru sonrası acilen (10 dakika içinde) çekilip yorumlanmış olmalıdır. Akut gelişen iskemik miyokart atakları sırasında genellikle daha fazla sayıda EKG çekilmesini zorunlu kılan en önemli durum, EKG’de her an gelişebilecek olası değişimler ile MI’ın tanılanabilmesi için ilk başvurudaki EKG’nin tanı koydurucu olmamasıdır. Miyokard enfarktüsü semptomları olan ancak ilk EKG’sinde MI için tanı koydurucu özelliği bulunmayan hastalar için 15-30 dakikalık zaman dilimlerinde aralıklı olarak yeni raporlar oluşturulmalı ya da yapılabiliyorsa 12 derivasyonlu EKG (sürekli bilgisayar destekli) çekilmeli ve kayıt altına alınmalıdır (41). Miyokard iskemisinde EKG’de ST segmenti ve T dalgası değişiklikleri görülür. Elektrokardiyografideki T dalgası negatifliği iskemiye, ST elevasyonu/depresyonu akut enfarkt, Q dalgası yerleşmiş nekrozu ifade eder. Karakteristik ST segmenti ve T dalgası değişikliklerinin değerlendirilmesi esnasında Q dalgasının oluşması MI için oldukça spesifik bir bulgu ve tanısal parametre olarak değerlendirilmelidir (42). Kardiyak aritmiler, intraventriküler ve atriyoventriküler ileti gecikmeleri de akut miyokard iskemisi ile ilişkili diğer EKG değişiklikleri arasında yer alır (43).

**c. Serum Belirteçleri:** Miyokard enfarktüsünün klinik sunum özellikleri olarak tipik göğüs ağnsı ve EKG değişiklikleri her zaman gözlenmeyebilir. Genellikle MI’a tanı konabilmesi için kalp kası nekrozunun göstergesi olan bazı serum belirteçlerin belirlenmesi gereksinimi vardır. Miyokard nekrozunun hücre membranı bütünlüğünü bozması sonucu hücre içi moleküllerin dolaşıma katılmasıyla nekroz göstergelerini kanda tayin etmek mümkün hale gelir. Hassas ve miyokard dokusuna özgül moleküllerin bulunması mikro enfarktlerin bile doğru şekilde tanısına olanak

sağlamaktadır. Miyokard enfarktüsünün tanısında kullanılan başlıca nekroz göstergelerinin yükselme, zirve değerine ulaşma ve normale inme profilleri görülür. Akut MI şüphesi olan hastaları değerlendirmek için kullanılan nekroz göstergeleri Troponin (troponin I ve troponin T) ve kreatin kinaz miyoglobulindir (CK-MB) (44).

- **Troponin I ve T:** Troponin I ve T en sık kullanılan serum belirteçidir. miyokard dokusuna özgüllüğü yüksek bulunmaktadır Troponin I veya T'nin, ve yüksek klinik duyarlılığa sahiptir, bu nedenle kardiyak olaylarda tercih edilen bir biyobelirteçtir. Ölçümlerde artış veya azalmanın tespiti akut MI tanısının temelidir (45). Yükselen troponin konsantrasyonu normal referans toplumun üst referans limitinin  $\geq 99$  persantili değerleri anormal kabul edilmelidir. Troponin ölçümlerinin sağlıklı değerlendirilebilmesi için kan örnekleri hastanın ilk değerlendirilmesinde alınmalı ve üç ile altı saat aralıklarla tekrarlanmalıdır. Bundan sonraki troponin örneklerinin alınması yeni iskemik olayların gelişiminde ya da ilk semptomların zamanı tam olarak belirlenemiyorsa gereklidir (46). Miyokard enfarktüsünün tanılanabilmesi için, bir değer (en az) karar düzeyinin üzerinde bulunması ve ölçümlerdeki artış veya azalmanın belirlenmesi önemlidir (47, 48).

- **Kreatin Kinaz Miyoglobulin (CK-MB):** Kreatin Kinaz Miyoglobulin'in en iyi seçenek olabilmesi için troponin kitinin bulunmaması gerekir. Yükselmiş CK-MB ölçümü, Troponin ölçümlerinde olduğu gibi anormal kabul edilmelidir. Cinsiyete özgü değerler kullanılmalıdır (44, 47).

**d. Görüntüleme Yöntemleri:** Miyokard enfarktüsünde sık kullanılan görüntüleme yöntemleri arasında ekokardiyografi, EKG, tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi ve radyonüklit ventrikülografi kullanılarak miyokart perfüzyon sintigrafisi ve manyetik rezonans görüntüleme yer almaktadır (47). Bu yöntemler miyokart dokusunun canlılığını, perfüzyonunu ve işlevini değerlendirmede kullanılabilir. Kullanılan işaretleyicilerin yapısal özelliklerine bağlı olarak yalnızca radyonüklit teknikler, miyosit dokunun canlılığını direk olarak inceleme imkanı verir, diğerleri ise dolaylı yollarla miyokard canlılığını değerlendirir/inceler (48).

#### **4.1.7. Miyokard Enfarktüsü Tedavi Yöntemleri**

Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların tedavisinde birincil amaç MI nedeniyle ölümün engellenmesidir; bunun yanı sıra miyokarda yeterli oksijeni sağlayarak

miyokardiyal hasarın büyüklüğünü azaltmaktır. Total iskemi zamanının azaltılmasıyla; kalp yetersizliği, yaşamı tehdit edici aritmiler ve şok gibi acil komplikasyonlar da önlenmektedir. Miyokardiyal hasarın büyüklüğünü azaltmak için mümkün olan en erken dönemde enfarkta yol açan arterde gelişen tıkanıklığın açılarak ilgili dokulara kan akışının sağlanması gerekir bu da trombolitik tedavi veya perkütan yöntemlerle tıkanıklığın açılmasıyla (primer anjiyoplasti) gerçekleştirilir. Tedavinin en erken dönemde başlatılabilmesi için MI geçiren hasta hızlıca tanılanmalı ve erken dönem riskleri değerlendirilmelidir (49).

Miyokard enfarktüsüne bağlı ölümlerin yarısı ilk bir saat içerisinde, hasta acil servise ulaşmadan meydana gelmektedir. Bu nedenle erken tanı oldukça önemlidir. Hastane öncesi semptomların hemen tanınması ve medikal olanakların aranması gereklidir. Gelişebilecek ölümcül aritmiler nedeniyle hastanın acil servislere nakli; kardiyak monitorizasyon, defibrilasyon ve resusitasyon, acil medikal tedavi olanakları olan ambulans ile gerçekleştirilmelidir (1, 49).

Miyokard enfarktüsünden şüphelenilen hastaların acil servise başvurusunda hemen öyküsü alınmalı, fizik muayenesi yapılmalı ve 12 derivasyonlu EKG'si çekilip değerlendirilmelidir. Devamlı EKG monitorizasyonu başlatılmalıdır. Ayrıca laboratuvar testleri (kardiyak enzimler; troponin ve CK-MB) için hızlı bir şekilde kan örneği alınıp gönderilmelidir. Miyokard enfarktüsü tanısı koyulan hastalarda reperfüzyon stratejisi seçilmelidir. Alternatif seçenekler trombolitik tedavi veya primer perkütan girişimdir. Miyokard enfarktüsünde akut evrede aspirin, heparin, morfin, nitratlar, beta blokerler ve trombolitik (fibrinolitik) tedavi rutin profilaktik tedaviler olarak uygulanmaktadır. Trombolitik tedaviye ilk 30 dakika içerisinde acil bölümde başlanmalıdır. Perkütan koroner girişimde ise hasta direk olarak kateterizasyon laboratuvarına transfer edilmeli ve anjiyografi ilk 60-90 dakikada, balon uygulaması ise ilk 90-120 dakikada gerçekleştirilmelidir (1, 22, 49 ).

#### **4.2. Aleksitimi**

Aleksitimi, Yunanca'da bazı sözcüklerin bir araya gelmesinden oluşan bir kavramdır. Bu sözcüklerden; a; yokluğu, lexis; sözü, thymos; duyguyu tanımlamaktadır. Dereboy, 1990 yılında aleksitimi kavramını “duygular için söz yokluğu” şeklinde Türkçeye çevirmiştir (50). Daha sonra 1991 yılında Şahin, aleksitimiyi “duyguların

işitilmemesi ve duygulara karşı dilsiz olunması (duygusal ahrazlık) şeklinde tanımlamıştır (51). Kooiman ve arkadaşları ise aleksitimi, duygularını açıklama ve ayırt etmede zorlukla karakterize ortaya çıkan bir sorun olarak; Batıgün ve Büyükşahin de “kişinin duygularının farkında olması, ifade etmesi ve ayırt etmesinde güçlük yaşaması” şeklinde tanımlamıştır (52, 53).

### **4.3. Aleksitimin Kuramsal Alt Yapısı**

Aleksitimi, ilk önceleri psikolojik nedenlerden oluşan ve zaman içerisinde fiziksel hastalıklara yol açan (psikosomatik) ve bu hastalıklara özgü belli başlı kişilik özelliklerini belirlemek için ele alınmış bir kavramdır. Aleksitiminin oluş nedenini açıklamaya yönelik pek çok kuram geliştirilmiştir. Bu kuramlar aşağıda verilmiştir (54);

#### **4.3.1. Nörofizyolojik Yaklaşım**

Nörofizyolojik yaklaşımda; aleksitiminin beyin yarım küreleri arasındaki bağlantı kopukluğundan kaynaklı bir durum olduğu görüşü iddia edilmiş ve bu görüş benimsenmiştir (55). Bu görüşe göre aleksitimi, duyuşal uyarıların limbik sistemden neokortekse ulaşımının engellenmesi sonucu bilinçli duyuşal yaşantılara dönüşmemesiyle ortaya çıkan bozukluk olarak tanımlanır (56, 57). Lane ve arkadaşlarının çalışmasının sonucunda, duyuşaları işleme ve bunlara tepki oluşturma sürecinde beynin ön kısmının önemli bir fonksiyonu olduğu belirtilmiştir. Bu yönüyle ele alındığında aleksitimi, beynin ön kısmında gelişen fonksiyonel bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (57, 58).

Yapılan nörobiyolojik araştırmalar aleksitimi ile ilgili birçok önemli veri sunmuştur. Bu önemli verilerin sonuçları karışık ve bazen de yeterli olmasa da, duyuşal uyarılardan sorumlu serebral yapıların anatomisi ve işleviyle ilişkili daha net bir fotoğrafın meydana gelmesine katkı sağlamıştır. Örnek olarak, Damasio afazi, “düşünce yapısını oluşturan sözel olmayan bilişsel temsillerin, dili oluşturan sembollere ve gramatik organizasyonlara dönüştürülemediği” olarak değerlendirmiştir (59). Öyle ise aleksitimik özellikleri olan kişilerin, limbik ve neokortikal bağlantıdaki problemleri nedeniyle duyuşaları ile düşünceleri arasında doğru ve uygun bağlantı kuramadıkları, bunun yerine duyuşaları ile hiçbir şekilde ilgisi ve ilişkisi olmayan pek çok sayısız ayrıntı bulduran bir dil/söylem kullandıkları öne sürülmüştür. Bu doğrultuda da aleksitimi, “duyuşaların afazisi” olarak açıklanabilir (60).

### 4.3.2. Psikoanalitik Yaklaşım

Psikosomatik hastalıklara olan yaklaşım ile benzerlik gösteren psikoanalitik yaklaşımın aleksitimiye değerlendirmesi erken çocukluk dönemi yaşantılardaki bozulmaya odaklanmıştır. Aleksitiminin başlıca nedenleri arasında duygusal travmalar ön plana çıkmaktadır (61). Örnek olarak, McDougall, çocukluğun erken döneminde anne ve çocuk ilişkisinin bozulmasıyla meydana gelen sorunlara karşı aleksitimik özelliklerin bir savunma mekanizması olduğunu ileri sürmektedir. Bu durumda, çocukluğun erken döneminde anne ve çocuk ilişkisindeki bozulmaya bağlı olarak içsel temsiller oluşturulamamakta ve sonuç olarak yetişkin dönemde içsel ihtiyaçları için fantezi (düş) üretme/geliştirme yeteneği geliştirememektedir. Bu nedendir ki, aleksitimik özellikleri olan kişilerin düş ve fantezi yaşantıları oldukça sınırlıdır (62-64). Krystal'in çalışmasında ise bireyin duygusal iletişim yeteneğinin gelişmesi; çocukluk çağında aile üyeleriyle sağlıklı ilişkiler kurabilmesine bağlanmıştır. Anne- baba başta olmak üzere diğer aile üyelerinin çocuğun duygusal yaşamını tanıyıp bu yönde desteklerse ileriki yıllarda çocuğun duygularını anlamasına, tanımasına ve daha kolay ifade etmesine olanak sağlamış olur (63). Farklı bir açıdan bakıldığında ise aleksitimi erken çocukluk döneminde duygusal iletişimin yeterli olamaması ile ilişkilidir (62, 63).

Özet olarak, psikoanalitik teorisyenler kelimelere dökülemeyen, sözel ifade edilemeyen sorunların, somatik kanallar yolu ile ifade olanağı bulunduğunu öne sürmüşlerdir. Bu düşünceden hareketle aleksitimik özelliklerin altında yatan faktörler pek çok kuramcı tarafından incelenmiş ve kişilerin duygularını tanıması ve ifade etmesinin ailesiyle, yaşadığı ortamla ve çocukluk dönemindeki travma geçmişiyle bağlantılı olduğu belirlenmiştir (65). Buna göre aleksitiminin gelişimine çocukluk çağı travmalarının zemin hazırlayabileceği ifade edilmiştir (62, 63).

### 4.3.3. Sosyal Öğrenme ve Davranışçı Yaklaşım

Sosyal öğrenme ve davranışçı yaklaşım; aleksitimik özelliklerin bireylerin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamdaki öğrenmenin sonucunda oluştuğunu ileri sürmektedir. Bu görüşe göre, aleksitimik özellikler geliştirmeye zemin hazırlayan önemli bir faktör; çocuğun gelişimsel sürecinde yaşadıkları çevrede ve aile içinde, duygu ve düşüncelerini ifade etmek yerine bu duygu ve düşüncelerini bastırma veya bedensel olarak ifade etmeyi öğrenmesidir (66). Davranışçı kuram, insanların tüm davranışlarının sosyal



hayatlarındaki deneyimleri sonucu oluştuğunu savunmaktadır. Kişilerin günlük yaşamlarındaki diğer kişilerle olan ilişkileri, davranış biçimleri, duygularını ve fikirlerini anlatmak için seçtikleri yol aile içinde şekillenmektedir (57).

Levant, cinsiyet rolü üzerinde durmuş; erkek cinsiyetin empati kurma ve duygularını dışa yatsıtmada yetersiz olduklarını, duyguları açıklamak yerine kızgınlık, öfke ve şiddete eğilimlerinin fazlalığı ve sonuç olarak erkeklerin daha fazla aleksitimik özellikler gösterdiğini belirtmektedir. (67). Çocukluk çağında erkek çocuklara “erkekler ağlamaz” ve buna benzer şekildeki telkinler onları duyguları ile karşılaşmama veya temasta bulunmama yönünde eğitmiştir. Bu nedenle başka insanların duygularını anlama, empatik uyum sağlama, kendini duygusal açıdan ifade etmede kadınlara oranla daha fazla zorlanmaktadır. (64, 67). Tüm durumlar değerlendirildiğinde gelişim aşamasında çocuğun yetiştilmesinde takınılan ataerkil yaklaşımın, erkek cinsiyeti duygularından uzak tuttuğu ve yetişkinlik döneminde aleksitimik yatkinliğe zemin hazırladığı düşünülmüştür. (68).

#### **4.3.4. Bilişsel Yaklaşım**

Bazı bilişsel teorisyenler, bireylerin duygularını ifade etmesinin bilişsel gelişim aşamalarından etkilendiğini bildirmektedir. Aleksitimi kavramı bilişsel kurama bağlı olarak, bilişsel gelişim aşamalarda bireyin düşüncelerinde mantıklı geçerliliği olmayan ancak gerçek kabul edilen durumların (çarpıtmalar), bireylerin duygusal yapılarını ve hareket biçimlerini belirlemesi ile ifade edilebilmektedir. Lazarus (1982), bireylerin duygularına neden olan faktörlerin aslında bilişsel gelişimlerinin değerlendirmesi olduğunu ve bunun basit yapıdan karmaşık yapıya doğru ilerlediğini belirtmektedir. Bireyin çevresiyle etkileşiminden elde ettiği bilişsel değerlendirmenin sonucu ise duygu olarak tanımlanmaktadır. Söze dökülmemiş, bilinç dışı hal, bilişsel değerlendirmenin en basit hali iken; bilinçlilik ve bu bilinçlilikte duygu ve fikirlerin söze dökülmesi gelişmiş halidir. Bu düşünceye göre Pihl ile Martin aleksitimik bireylerin bilişsel değerlendirmelerini en basit haliyle sembolize ve sözel olmayan bir şekilde yaptıklarını öne sürmüşlerdir. Sonuç olarak aleksitimik bireylerin duygularını ayırt edemediklerini, bilişsel süreçteki çarpıtmalardan kaynaklı duygu durumu karmaşasını sözel ifade etmek yerine bedensel tepki olarak sergilediklerini belirtmişlerdir. Bilişsel yaklaşıma göre bireyler, bilişsel süreçlerinin içinde duyguların ifadesine yer vermedikçe bu uyarılar

bedende odaklaşmaya ve psikosomatik belirti olarak dışa vurmaktadır. Birey duygularını ifade etmede yetersiz kalmakta ve duygusal bir kitlenme içine girmektedir. (57, 64, 69,70).

#### **4.3.5. Sosyokültürel Yaklaşım**

Bazı araştırmacılara göre aleksitimi tamamen sosyokültürel bir durumdur (57). Genellikle doğu toplumlarında duyguların kelimelere dökülerek ifade etmek yerine bu duyguların bastırılması destek görmekte ve bu kişiler duygularını kelimelere dökmek yerine bedensel, fiziksel ya da emosyonel tepkilere dönüştürerek ifade etmeyi öğrenmektedir (57). Finlandiya kuzey bölgede yapılan bir çalışmada, çocuğun doğum süreci ile aile çevresinin sosyal özellikleri arasında bağlantı olup olmadığı araştırılmış ve kırsal alanlarda dünyaya gelen insanların kentsel alanlarda dünyada gelenlere oranla aleksitimik olmalarının daha olası olduğunu saptamışlardır (71).

#### **4.4. Aleksitimi Etiyolojisi**

Aleksitiminin kesin olarak etiyolojisi bilinmemekle birlikte aleksitimiye hangi faktörlerin neden olabileceği ve aleksitimik özellikleri belirleyebilmede hangi faktörlerin önemli olabileceği ile ilgili farklı düşünceler vardır (71). Araştırmacılar aleksitimiye zemin hazırlayan faktörleri, gelişim evrelerine sapanma, sosyokültürel etkenler, patolojik savunma mekanizmalarını kullanma, bilinçaltı çatışmalar, bilişsel çarpıtmalar ve çocukluk çağı travmaları vardır. Aleksitimik bireyler bu nedenlerle duygularını başkalarına anlatmada güçlük yaşarlar (72, 73). Bir başka ifadeyle, duygunun tanınması ve ifade edilmesindeki sorunların bireyin çocukluk çağındaki deneyimlediği travma geçmişiyle bağlantılıdır (65).

#### **4.5. Aleksitiminin Temel Özellikleri**

Aleksitimik özellikler; bireyin somut düşünme eğiliminde olması, duygularını tanıma, tanımlama ve söze dökebilme güçlük yaşaması, fiziksel duyumlarla duygusal duyumları ayırt etme güçlüğü ile düşünme yeteneğinde azalma olması şeklindeki kişilik özelliklerini tanımlamaktadır (74). Bu özellikler, psikosomatik hastaların kişilik özellikleri ile ilişkilendirilip, gelişen sıkıntının yanlış yorumlanmasına neden olabilmektedir (75).

Sifneos, aleksitimi kavramını ilk ortaya atan kişidir. Sifneos, aleksitimiyi kişinin duygu durumundaki bozulma ve diğer kişilerle olan ilişkilerinde zorluk yaşaması olarak tanımlamaktadır. Duyguların çok önemli olduğu sosyal hayatta aleksitimik özelliklere sahip kişiler yabancı biriymiş ve sanki o ortama ait biri değilmiş hissi yaratırlar. Aleksitimik özelliklere sahip kişiler duygularını anlamamakta ve anlamlandıramamaktadırlar. Aleksitimik kişilere yaşadıkları bir problem sonucunda ne gibi duygular hissettikleri sorulduğunda; yaşadıkları duyguları anlatmak yerine o esnada neler düşündüklerini, ne yapmak veya ne söylemek istediklerini anlatmaktadırlar. Aleksitimik kişiler, günlük yaşantıda düşünebilir, anlatabilir, ikili ilişkiler kurabilirler. Fakat düşünce ve duygu arası bağ kurmada, duygularını ayırt etmekte ve bunları aktarmada sorun yaşarlar. Zekalarını genelde duygularından kaçmak için kullanırlar (76, 77).

#### **4.5.1. Duyguları Tanıma, Ayırt Etme ve İfade Etmede Güçlük**

Aleksitimik özelliklere sahip bireyler duygularını tanımlamada ve dile getirmede zorluk yaşarlar. Bu bireyler bir duyguyu başka bir duygudan ayırtırmada zorlanmakta, kendilerine ne hissettikleri sorulduğunda karmaşık hissetmekte, hangi duyguyu yaşadıklarını söze dökmekte zorluk yaşamaktadırlar. Bu tür zorlukları ifade etmek için kullanılan aleksitimi kavramı, bireyin duygusal fonksiyonlarında bozukluk ve kişilerarası ilişkilerinde zorluk yaşamasıyla ortaya çıkan bir sorundur (78). Aleksitimik kişiler, yaşadığı duyguları için genel ifadeler kullanmakta, örneğin, fiziksel belirtilerini anlatmak için “gevşeme ve gergin olma; rahatlama ve rahatsız olma” gibi ifadeler kullanırlar, basit cümlelerle duygularına yönelik soruları geçirirler (50, 54). Bu kişilere “başlarından geçen kötü/olumsuz bir yaşam deneyiminde nasıl bir duygulanım yaşadıkları sorulduğu zaman, onlar o kötü/olumsuz yaşam deneyimi için duygularının neler olduğunu anlatamazlar ve o anda ortamdaki olayları ve oradakilerin neler yaptığını nasıl hareket ettiklerini açıklarlar. Duygularından bahsetmesi istenildiğinde, bu kelimenin anlamını hiç bilmiyormuş gibi şaşkın görünürler ve cevapları duygularından uzak daha çok olay anlatan cümlelerden oluşur (54, 79).

#### **4.5.2. Hayal Kurma ve Düşlem (Fantezi) Yaşamında Kısıtlılık**

Aleksitimik özellikleri barındıran kişiler hayal kurmada güçlük yaşamaktadır. Bu kişiler, hayal kurmayı boşa geçen bir zaman olarak görür, çok nadir olarak kurdukları

hayaller ise tutkudan uzak, gerçeklik sınırları içinde kuru ve renksiz fantezilerdir. Hayal kurma becerilerindeki sınırlılık nedeniyle aleksitimik bireylerin kendi iç dünyalarından uzak, abartısız, monoton yaşantıları vardır. Hayal kurmakta zorlandıkları için yaşamlarında ayrıntılara önem vermekte ve genelde işlemsel düşünmektedirler (80-82). Düşlem yeteneğindeki azalmalar nedeniyle sosyal yaşamlarında yaratıcılık özelliklerini sergilemede güçlük yaşayabilmektedirler. Düşünmeden davranırlar ve hassas değildırler. Sıklıkla “kendi bildiğini yapma” şeklinde davranış gösterirler. Dış uyaranlar doğrultusunda düşünüp hareket ederler. Rüyalarını nadir hatırlarlar, rüyalarını anlatırken hayallerden uzak, günlük olaylara ilişkin gerçekleri içermektedir. Bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda aleksitimik bireylerin gündelik işlerle ilgili, sık rüyalar gördüğü bildirilmiştir (83).

#### **4.5.3. İşlemsel (Operational Thinking) Düşünme**

Aleksitimik kişiler işlevsel ve mekanik şekilde düşünme becerileri ile yaşadıkları toplum ile uyum içerisindedirler. Duygularını tanıyarak ifade güçlüğü yaşamlarına ve hayal kurma becerilerindeki kısıtlılığa rağmen, çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmektedirler. Bir sorunla karşılaştıkları zaman somut ve kestirme çözümler bulmaya çalışırlar. Sorunların neden kaynaklandığını bulmaktan ziyade görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenirler, kalıcı çözümler üretmezler (76, 82). Somut ve kestirme çözüm arayışları, sorunlarının temelinde yatan duygusal nedenleri ve çatışmaları aramaktan onları alıkoyar ve sadece yüzeysel nedenlerle yetinirler. Tüm bu özellikler, aleksitimik kişilerin, kendi sosyokültürel çevreleri tarafından sıklıkla çevresine uyum sağlamış ve sorunlu olmayan sakin kişiler olarak tanınmalarına yol açar (84).

Aleksitimik bireyler günlük yaşantılarında deneyimledikleri bir sorunda, çevresel faktörlere ve ayrıntılara dikkat ederler. Sosyal açıdan uyumlu olmaya çalışırlar. Aleksitimik bireyler bu tür özellikleri nedeniyle çevrelerinde sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen birey olarak tanınırlar (84). Fakat bu halin “yalancı normallik” olduğu, gerçekte bu bireylerin kendi iç dünyalarına uzak oldukları bildirilmektedir. Aleksitimik özelliklere sahip kişilerin, aleksitimik özelliklere sahip olmayan kişilere oranla empati ölçüğü puanları daha düşüktür. Bu çalışma ile aleksitimik bireylerin başkalarını anlama ile empati kurma yeteneklerinin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle

aleksitimik özellik gösteren bireylerin genellikle çevresel dış kontrolleri daha güçlüdür ve yalnız olmayı seçerler. Bu kişiler sosyal çevreleriyle sorunsuz ve uyumluymuş gibi görünmekle birlikte başka kişilerin sosyal çevreleriyle oldukları gibi uyumlu olmadıklarının da farkındadırlar ancak bu özelliklerini çevrelerinden gizlemeyi seçerler (85-87).

Aleksitimik bireylerin diğer önemli özellikleri hassas olmamaları ve dürtüsel davranma eğilimlerinin olmasıdır (57). Aleksitimik özelliklere sahip erişkinlerde güvensiz bağlanma özellikleri ile dürtüsel saldırganlık özellikleri arasında ilişki bulunmuş, aleksitimik özellikler ile şiddete eğilim ilişkili bulunmuştur (88). Aleksitimik özellik gösteren bireyler fiziksel belirtilerini ve duygularını abartılı yaşamakta ve aşırı reaksiyon vermektedir. Bu nedenle de psikosomatik bozukluk gelişme riski artmaktadır (89). Davranışlarında duyguların belirleyici özelliğini kullanma kapasitesinin azalması, bireyin uyum kapasitesini kısıtlamakta ve strese dayanma gücünü azaltmaktadır (90-92). Türkiye'nin sosyokültürel yapısına uygun olarak aleksitimik kişilerin çoğunlukla anne baba ve kardeşler ya da eş ve çocukları ile yaşamayı tercih ettikleri, tek başına yaşamaktan kaçındıkları bildirilmiştir (83, 93).

#### **4.6. Aleksitimi Tedavi Yöntemleri**

Aleksitimik bireylerin çevresiyle, özellikle de yaşantılarındaki önemli kişilerle etkileşimlerini gözlemlemek ve bu kişilerin desteklerini almak, aleksitimik kişilerin duygularını ifade etmelerine katkı sağlayabilir. Bireysel terapinin yanında, eş ve aile danışmanlığı yapmak da oldukça faydalı sonuçlar getirmektedir. Gestalt ve bilişsel merkezli grup terapileri, aleksitimik kişinin daha önce farketmediği duygularının ortaya çıkartmasına imkan sağlayabilir. Bedensel davranışlara dikkatin yoğunlaştırıldığı tekniklerin kullanılması faydalı bulunmaktadır. Uygulanacak tedavide gevşeme terapileri ve dinamik yönelimli psikoterapilerin aleksitimik kişilerde duygu belirten kelimelerin kullanımında artış sağladığı bildirilmektedir. Ayrıca “yaratıcı oyun” tekniklerinin kullanılmasının, hisleri ve bedensel duyuları tetiklediği, hayal ve fantezi yaşantılarının paylaşıldığına olanak sağladığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (89, 94).

Swiller, aleksitimik bireylere uygulanan grup terapisiyle, diğer kişilerde ki duygusal yaşantıları gördüklerinde kendi duygularının farkına vararak aleksitimik

bireylerin duygularını kolaylıkla ifade edebilir hale geldiklerini bildirmektedir. Aleksitimik özelliklere sahip bireyler topluluk içerisinde kişilerden gelen geri bildirimleri değerlendirerek, toplumsal ilişkilerindeki yetersizlikleri konusunda ve yaşadıkları duygusal sorunlar hakkında iç görü sahibi olmaktadır (94). Bireysel ve grup terapisi bir psikolojik danışman eşliğinde uygulanmalıdır. Bireysel ve grup terapiyle birlikte eş ya da aile danışmanlığının sağlanması da olumlu katkılar sunmaktadır (57, 94, 95).

#### **4.7. Miyokard Enfarktüsü, Aleksitimi ve Hemşirelik**

Miyokard enfarktüsü, acil tıbbi müdahale gerektirmektedir. Miyokard enfarktüsünde oksijenlenmenin kesilmesiyle birlikte kalp dokusunu hasara uğramakta ve iskemik bir hal almaktadır. Bu nedenle MI'da erken tanı hastalığın prognozu ve reperfüzyon tedavisi için oldukça önemlidir (7). Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların tıbbi tedavi ve bakım süreçlerinden etkin ve zamanında yararlanabilmesi için hastalık belirtilerini tanıyabilmeleri ve açıklayabilmelerinin özel bir önemi vardır. Bunun için MI'da hastaların bir an önce semptomlarının farkına varması, semptomlarını tanıyıp ayırt etmesi, yardım istemesi ve tıbbi müdahaleye ulaşması gerekmektedir (96). Miyokard enfarktüsünde ilk semptomlar olan göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, terleme, bulantı, kusma gibi semptomların erken dönemde tanınması yaşam kurtarıcı girişimlerin başlatılması açısından oldukça önemlidir (7). Grabe ve arkadaşları, aleksitimik özelliklerin hipertansiyon ve karotis aterosklerozu gelişiminde bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (97). Kenyon ve arkadaşlarının çalışmasında, MI geçiren hastaların hastaneye geç başvurularında somatik ve duygusal farkındalık ile gecikme süresi arasında anlamlı ilişki bulunmuş, duyguları, bedensel duyuları ve içsel deneyimlerini iyi tanımlayamayan hastaların, MI semptomları için hastaneye daha geç başvurdukları belirlenmiştir (14). Ayrıca, yüksek aleksitimik özellikleri olan kişilerin KAH gelişiminde daha riskli oldukları ve bu kişilerde akut/kronik ağrı, yüksek kan basıncı ve stresin de KAH'a yatkınlığı artırdığı belirtilmektedir (98).

Aleksitimik özelliklere sahip bireylerin toplum içinde yaşayan normal sağlıklı bireylere göre bedensel ve ruhsal özelliklerini ve semptomlarını tanımaları ve anlamaları ile ilgili daha sorunlu olduğu belirtilmektedir (18). Aleksitimik kişilerin duygularını tanıyıp anlamlandıramamaları nedeni ile bedenlerinden gelen sinyalleri

düzenleme yetenekleri bozulmakta, fiziksel ve psikolojik belirtileri yaşama, tanıma ve anlamayla ilgili sorunları olmaktadır. Bu durum, aleksitimik kişilerin MI'da etkin ve zamanında tedavi almasını engelleyip mortaliteyi artırabilmekte, ayrıca, fiziksel semptomlarını daha yüksek düzeyde algılamalarına neden olarak da tıp başvurularında artışlara neden olabilmektedir (52, 99). Salminen ve arkadaşlarının çalışmasında, aleksitimik kişilerin nonkardiyak ağrı nedeni ile çok fazla hastane başvurularının olduğu ve bu durumun da iş yükü ve maliyeti olumsuz etkilediği bildirilmektedir (100).

Aleksitimik kişilerin duygularını tanıma ve tanımlama güçlüğü arttıkça, endişe, anksiyete ve kaygı gibi durumlarla başa çıkması güçleşmekte, aile ve sosyal destekten yararlanmaları azalmaktadır (64). Kojima ve arkadaşlarının çalışmasında, aleksitimik özellikler ile sosyal destek arasında ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada, aleksitimik bireylerin, kişisel olarak başka kişilerle samimi iletişim kurma becerisi ile duygularındaki gerçekçi yaklaşımların kaybı nedeniyle sosyal desteklerinin yetersiz olduğu, ayrıca başkalarının duygularını doğru tanıyıp doğru yanıt vermede zorlukları nedeniyle de sosyal destekten faydalanamadıkları belirlenmiştir (93). Kronik hastalıkları olan aleksitimik özelliklere sahip kişilerin, kendi vücutlarından ortaya çıkan fiziksel belirtiler ile hislerini ayarlayabilme becerileri azalmakta ve daha sonraki zamanlarda ciddi sorunlar geliştirmeye zemin hazırlamaktadır. Ayrıca, bu kişiler farklı düzeydeki streslerini farklı zamanlarda daha yüksek oranda algılamaya başlamakta ve bu durum da ileriki yaşamları için istenmedik olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (101, 102).

Bedensel süreçlere ve duygulara duyarlılık, semptom algısında, tedavi ve bakım sürecinde önemli rol oynamaktadır. Aleksitimide düşük somatik ve duygusal farkındalık eğilimi kardiyak semptomların algılanmasını ve / veya rapor edilmesini azaltmakta, böylece tıbbi yardım almada aşırı gecikmelere neden olmaktadır (14). Kauhanen ve arkadaşları, KKH'nda aleksitimik özelliklerin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (103). Kojima ve arkadaşları ise daha önceden MI geçiren kişilerin aleksitimi puanlarını akut MI geçirenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır (20).

Aleksitimi, hemşireler açısından da özellikle hemşirelik sürecinin tanımlama ve değerlendirme aşamalarında yarattığı sorunlar nedeniyle önemli bir sorundur. Hastaların fizyolojik ve psikolojik belirtileri değerlendirilirken, aleksitimik özelliklerin bu belirtilere ne kadar katkı sağladığı belirlenmelidir (96, 104). Kişilerin kardiyak

sorunlarını doğru, zamanında, uygun ifadelerle tanımlaması ve açıklaması tedavi ve bakım olanaklarını kolaylaştırmaktadır (105). Aleksitimik kişilerle çalışan hemşirelerin tedavi ve bakım sürecinin ilerleyen basamaklarında yönlendirme sağlayacak yol haritaları ve protokolleri oluşturması ve yaşanan bu zorlukları ayrıntılı olarak tanımlaması oldukça önemlidir. Hemşirelerin aleksitimik bireyleri donuk, solgun, renksiz ve sıkıcı bulmaları ve bunun da hemşirelere birey tarafından bir engellenme yaşandığı duygusu yaşatması hemşirelik bakımını olumsuz etkileyebilmektedir. Bunun sonucunda bireyle kurulması gereken terapötik ilişki de olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle öncelikli kişisel yargı ve duyguların tanınması, düşüncelerin gerçekliğinin değerlendirilebilmesi ve bunların gerektiği yerde kontrol altında tutulabilmesi; hem hemşirenin kendisini koruması hem de bireyle kurulacak iletişimin ve bakımın daha sağlıklı ve kuvvetli gelişmesi açısından önemlidir (96).

Hemşire, MI geçiren hastalara yaklaşırken ve hastanın gereksinimlerini değerlendirirken aleksitimik özellikleri göz önünde bulundurmalı ve bu özellikleri sağaltmaya yönelik çalışmalıdır. Hastanın kaygıları konusunda içini dökmesine izin vererek, kendisinden söz etmeye başlamasını sağlamalıdır. Düşlem ve duygularla yüklü bir dil kullanarak, duygularını söze dökme konusunda hastayı özendirmelidir. Böylece hastanın iç görü yeteneğine katkıda bulunmuş olacaktır. Aleksitimik özellikleri tanıyarak hastaya yaklaşması hem hemşirenin karşılaşılabileceği zorlukların kolayca üstesinden gelmesine hem de duygulanım sorunu yaşayıp, içinde bulunduğu durumu tam olarak aktaramayan hastaya kolaylık sağlayacaktır. Aleksitimik özellikleri bilen hemşire, hastayı duygularından bahsetmesi konusunda cesaretlendirerek tedavi ve bakım sürecine katılmasını sağlayabilecektir (14, 106). Aleksitimik bireyler duyguları tanıyıp ifade etmede eksiklik yaşarken, MI gibi ciddi bir hastalık sonrası bu durum daha da güç bir hal almaktadır. Hemşirenin MI geçiren hasta ile iletişimde; ölüm korkusu veya MI hastalarında en sık rastlanan kriz anında yaşanan şiddetli ağrının tekrar başına gelebileceği korkusu, ümitsizlik gibi yaşadığı duyguların dışı vurumunu sağlamalıdır. Bu duyguların yarattığı stresin azaltılması hastanın tedavi/bakım süresince yaşam bulguları üzerinde yarattığı olumsuz etkileri de azaltacaktır. Hastaları tedavi ve taburculuk süreci boyunca duyguları üzerinde konuşmaya teşvik ederek, özellikle MI geçirirken yaşadığı duygular ve fiziksel duyularına dikkat çekmelidir. Taburculuk sonrası olası tekrarlayabilecek MI'da semptomların farkına varması ve en kısa zamanda



hastaneye başvuru konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Böylelikle aleksitimik özelliklerin azaltılarak kişinin duygularına hakimiyeti ve bunları sözel ifade yeteneği artacaktır. Tekrarlayan MI durumlarında veya diğer KAH semptomlarının tanınıp zamanında müdahale olanağı sağlayarak, MI'ın mortalite nedenlerinden en önemlisi hastaneye başvuruda gecikmelerin önüne geçilmiş olacaktır (7, 14, 96, 106).



## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, MI geçiren hastaların aleksitimik özellikleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırmanın verileri Haziran-Kasım 2016 tarihleri arasında Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde (KYBÜ) toplandı.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırma evrenini 1 Ocak 2015-1 Ocak 2016 tarihleri arasında Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi KYBÜ'nde MI tanısı ile yatan 1200 hasta oluşturdu. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde OpenEpi programı kullanılarak %95 güven aralığında çalışmanın gücü %80 olacak şekilde istatistiksel analiz yapıldı ve çalışmaya en az 211 hastanın dahil edilmesi gerektiği bulundu (107).

### **5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri**

Araştırma kapsamına alınan hastalar aşağıda belirtilen kabul ölçütlerine göre belirlendi.

1. 18 yaş ve üzeri olan
2. Miyokard enfarktüsü tanısı ile KYBÜ'nde yatan ve taburculuğu planlanan hastalar
3. Sözel iletişim kurulabilen
4. Tedavi gerektiren tanılanmış psikiyatrik bir rahatsızlığı olmayan
5. Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan
6. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar.

### **5.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri “Hasta Bilgi Formu” ve “Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)” kullanılarak toplandı.

**Hasta Bilgi Formu:** Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Hasta Bilgi Formu iki bölümden oluştu. Birinci bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanan yer, çalışma durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşanan kişiler, sigara kullanımı, alkol kullanımı, BKİ) belirlemeye yönelik 11 soru; ikinci bölümde hastaların hastalık özelliklerini (KAH süresi, MI nedeni ile daha önce hastaneye yatma, MI geçirme sayısı, hastalığını başkaları ile paylaşma, MI belirtilerini tanıyıp yardım isteyebilme, ek kronik hastalık varlığı,) belirlemeye yönelik 6 soru olmak üzere toplam 17 soru yer almaktadır.

**Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20):** Kendini değerlendirme ölçeği olan TAÖ-20, 1-5 arası puanlanmakta ve 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 1994 yılında Bagby ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (108). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2009 yılında Sayar ve arkadaşları tarafından yapılmış ve cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.78 olarak belirlenmiştir (109). Toronto Aleksitimi Ölçeği-20'nin üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar; “Duyguları Tanımada Güçlük (TAÖ-1) (7 madde: 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14; 7-35 puan), Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAÖ-2) (5 madde: 2, 4, 11, 12, 17; 5-25 puan), Dışa Dönük Düşünme (TAÖ-3) (8 madde: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20; 8-40 puan). Ölçeğin toplam puanı 20-100 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe aleksitimik özellikler artmaktadır. Bu çalışma için TAÖ-20'nin alfa iç tutarlılık katsayısı 0.65 olarak belirlenmiştir.

## **5.6. Veri Toplama Yöntemi**

Hasta Bilgi Formu ve TAÖ-20 hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulandı. Hastalarla yüz yüze görüşme MI tanısı ile KYBÜ'nde yatan ve taburculuğu planlanan (yatışın 3. ve 4. günleri) her bir hasta ile KYBÜ'de gerçekleştirildi. Hasta Bilgi Formu ve TAÖ-20'de yer alan sorular araştırmacı tarafından hastalara soruldu ve verilen yanıtlar ilgili formlara kaydedildi. Hasta Bilgi Formu ve TAÖ-20'nin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürdü.

## **5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma verilerinin, hastaların tedavi ve bakım sürecini aksatmamak amacıyla hastaların bulunduğu KYBÜ'nde toplanması bu çalışmanın sınırlılığıdır.

## 5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılacak hastalara araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları hakkında bilgi verildi ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırma kapsamına alındı. Araştırmada insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “Bilgilendirilmiş Olur” koşulu etik ilke olarak kabul edildi (Ek-1). Ayrıca araştırmada “insan onuruna saygı” ilkesi de göz önünde bulunduruldu. Araştırmaya katılacak bireylere kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıldı ve “gizlilik ilkesine” bağlı kalındı. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul izni Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alındı (Sayı: 23618724). Ayrıca araştırmanın yapılacağı kuruma (Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi) araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu sunularak gerekli izin alındı (Sayı: 96975576) (Ek-4).

## 5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, verilerin kodlanması ve istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.00 programı (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ve Homogeneity of Variance analizi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, (minimum-maksimum değerler) ve kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak verildi. Sürekli değişkenler arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi testi kullanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalığa ilişkin özellikleri ve TAÖ-20 alt ölçek ve toplam puan ortalamaları ve karşılaştırmaları yer almaktadır.

**Tablo 1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=211)

	Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet	Kadın	50	23.7
	Erkek	161	76.3
Yaş (Ort. 63.0±12.0)	60 yaş ve ↓	88	41.7
	61-69 yaş	55	26.1
	70 yaş ve ↑	68	32.2
Medeni Durum	Evli	204	96.7
	Bekar	7	3.3
Eğitim Düzeyi (Ort. 7.5±4.5 yıl)	Okur yazar değil	35	16.5
	Okur yazar	9	4.2
	İlköğretim	119	56.3
	Lise	21	9.9
	Üniversite	27	13.1
Yaşanılan Yer	Köy	40	18.9
	İlçe	75	35.5
	İl	96	45.6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	57	27.0
	Çalışmıyor	154	73.0
Gelir Düzeyi	Gelir giderden yüksek	19	9.0
	Gelir gidere eşit	61	28.9
	Gelir giderden düşük	131	62.1
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	23	10.9
	Eş	121	57.3
	Eş ve çocuklar	57	27.0
	Eş, çocuklar ve aile büyükleri	10	4.8
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	94	44.5
	Kullanmıyor/Bıraktı	117	55.5
Alkol Kullanımı	Kullanıyor	13	6.1
	Kullanmıyor/Bıraktı	198	93.9
Beden Kitle İndeksi	Normal	64	30.3
	Fazla kilolu	89	42.1
	Obez	58	27.6

Tablo 1’de hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Hastaların %76.3’ü erkek, %41.7’si 60 yaş ve altında, %96.7’si evli, %56.3’ü ilköğretim mezunu, %45.6’sı ilde yaşamakta, %73’ü çalışmamakta, %62.1’inin geliri giderinden düşük, %57.3’ü eşiyile yaşamakta, %55.5’i sigara, %93.9’u alkol kullanmamakta/bıraktı ve %42.1’i fazla kiloludur.

**Tablo 2.** Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=211)

Hastalık Özellikleri	n	%	
Koroner Arter Hastalığı Süresi	1 yıldan ↓	129	61.1
	1-5 yıl	32	15.1
	6-10 yıl	18	8.5
	11 yıl ve ↑	32	15.3
Miyokard Enfarktüsü Nedeni İle Daha Önce Hastanede Yatma	Evet	73	34.5
	Hayır	138	65.5
Miyokard Enfarktüsü Geçirme Sayısı	1 kez	142	67.2
	2 kez	46	21.8
	3 kez ve ↑	23	11.0
Hastalığını Başkaları İle Paylaşma	Evet	206	97.2
	Hayır	5	2.8
Miyokard Enfarktüsü Belirtilerini Tanıyıp Yardım İsteyebilme	Evet	79	37.4
	Hayır	132	62.6
Kronik Hastalık Varlığı	Diyabet	73	34.5
	Hipertansiyon	131	62.0

Tablo 2’de hastaların hastalık özellikleri görülmektedir. Hastaların %61.1’inin KAH süresi bir yıldan az, %65.5’i MI nedeniyle daha önce hastanede yatmamış, %67.2’si bir kez MI geçirmiş, %97.2’si hastalığını başkaları ile paylaşmış, %62.6’sı MI belirtilerini tanıyıp yardım isteyememiştir. Hastaların %34.5’inde diyabet varken, %62’sinde hipertansiyon vardır.

**Tablo 3.** Hastaların TAÖ-20 Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları (n=211)

TAÖ-20	X±SS	Med (Min-Max)
TAÖ-1	18.4±7.1	17 (7-35)
TAÖ-2	16.5±3.3	17 (8-25)
TAÖ-3	30.8±4.5	31 (15-40)
TAÖ-20 Toplam	65.2±11.6	64 (1-92)

Tablo 3'te hastaların TAÖ-20 alt ölçek ve toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında TAÖ-1 18.4±7.1, TAÖ-2 16.5±3.3 ve TAÖ-3 30.8±4.5 olarak; TAÖ-20 toplam puan ortalaması ise 65.2±11.6 olarak belirlendi.

**Tablo 4.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre TAÖ-20 Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları (n=211)

Tanıtıcı Özellikler		n (%)	TAÖ-1 X±SS	TAÖ-2 X±SS	TAÖ-3 X±SS	TAÖ-20 Toplam X±SS
Cinsiyet	Kadın	50 (23.7)	22±21.2	17±16.9	32±31.6	69±69.4
	Erkek	161 (76.3)	17±17.5	17±16.4	31±30.5	64±63.9
<b>U:</b>			3083.5	3609.5	3338.0	3027.0
<b>p:</b>			0.012	0.267	0.067	0.008
Yaş	60 yaş ve ↓	88 (41.7)	18.2±7.2	16.2±3.4	30.0±4.2	63.2±12.3
	61-69 yaş	55 (26.1)	17.7±7.3	16.5±3.3	32.1±3.8	66.2±10.3
	70 yaş ve ↑	68 (32.2)	19.3±6.8	16.8±3.3	30.8±5.1	66.9±11.5
<b>X<sup>2</sup>kw:</b>			1.883	1.122	7.266	2.751
<b>p:</b>			0.390	0.571	0.026	0.253
Medeni Durum	Evli	204 (96.7)	17.0±18.5	17.0±16.5	31.0±30.9	65.0±65.5
	Bekar	7(3.3)	16.0±15.8	17.0±15.4	28.0±28.8	62.0±57.0
<b>U:</b>			579.5	593.5	493.5	490.5
<b>p:</b>			0.396	0.445	0.163	0.159
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	35 (16.5)	23.0±22.5	17.0±16.8	32.0±31.0	70.0±70.4
	Okuryazar	9 (4.2)	20.0±21.1	15.0±15.7	30.0±30.1	67.0±61.4
	İlköğretim	119 (56.3)	17.0±18.2	17.0±16.8	31.0±31.4	65.0±66.1
	Lise	21 (9.9)	17.0±16.8	17.0±16.9	29.0±29.9	64.0±61.9
	Üniversite	27 (13.1)	13.0±14.5	14.0±14.7	28.0±28.8	58.0±58.2
<b>X<sup>2</sup>kw:</b>			19.106	7.831	7.920	18.290
<b>p:</b>			0.001	0.098	0.095	0.001
Yaşanılan Yer	Köy	40 (18.9)	20.7±7.3	17.3±3.3	31.3±4.2	69.6±10.4
	İlçe	75 (35.5)	17.6±6.6	16.5±3.2	31.1±4.5	64.1±12.1
	İl	96 (45.6)	18.1±7.2	16.1±3.4	30.4±4.5	64.1±11.4
<b>X<sup>2</sup>kw:</b>			4.616	3.820	1.750	6.393
<b>p:</b>			0.099	0.148	0.417	0.041

**Tablo 4.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre TAÖ-20 Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları (n=211) (Devamı)

Çalışma Durumu	Çalışıyor	57 (27.0)	16.1±6.2	16.1±3.3	29.2±4.2	59.5±12.6
	Çalışmıyor	154 (73.0)	19.3±7.2	16.7±3.3	31.4±4.4	67.3±10.5
<b>U:</b>			3289.0	3926.0	3094.0	2826.5
<b>p:</b>			0.005	0.236	0.001	0.000
Gelir Düzeyi	Gelir giderden yüksek	19 (9.0)	14.8±6.3	15.0±3.9	29.1±3.5	56.7±11.6
	Gelir gidere eşit	61 (28.9)	16.1±5.4	16.3±3.1	30.4±4.6	62.3±8.5
	Gelir giderden düşük	131 (62.1)	20.1±7.4	16.8±3.3	31.2±4.5	67.7±12.1
<b>X<sup>2</sup>kw:</b>			16.911	3.691	5.434	18.806
<b>p:</b>			0.000	0.158	0.066	0.000
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	23 (10.9)	21.2±8.2	17.4±2.9	31.7±4.5	69.6±15
	Eş	121 (57.3)	18.2±6.9	16.6±3.5	31.1±4.6	65.7±10.6
	Eş ve çocuklar	57 (27.0)	17.8±7.1	15.8±3.1	30.1±4.0	62.4±12.1
	Eş, çocuklar ve aile büyükleri	10 (4.8)	18.3±6.5	16.3±3.3	29.5±4.7	64.1±9.4
<b>X<sup>2</sup>kw:</b>			2.718	3.964	3.535	7.283
<b>p:</b>			0.437	0.265	0.316	0.063
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	94 (44.5)	17.6±6.7	16.1±3.4	30.5±4.4	63.5±12
	Kullanmıyor / Bıraktı	117 (55.5)	19.1±7.3	16.8±3.2	31.1±4.5	66.5±11.2
<b>U:</b>			4899.5	4825.0	5015.5	4886.0
<b>p:</b>			0.173	0.123	0.271	0.164
Alkol Kullanımı	Kullanıyor	13 (6.1)	18.2±3.4	14.6±2.9	29.4±4.1	58.4±11.6
	Kullanmıyor / Bıraktı	198 (93.9)	18.4±7.3	16.6±3.3	30.9±4.5	65.6±11.1
<b>U:</b>			1196.5	820.5	1041.0	1062.5
<b>p:</b>			0.671	0.027	0.247	0.292
Beden Kitle İndeksi	Normal	64 (30.3)	18.7±6.4	16.5±3.2	30.5±4.1	65.1±11.3
	Fazla kilolu	89 (42.1)	17.6±6.9	16.2±3.5	30.5±5.1	63.7±12.1
	Obez	58 (27.6)	19.2±8.1	16.5±3.3	31.7±3.7	67.5±11.1
<b>X<sup>2</sup>kw:</b>			1.724	1.434	3.083	2.818
<b>P:</b>			0.422	0.488	0.214	0.244

Tablo 4’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre TAÖ-20 alt ölçek ve toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Kadın ve erkek hastaların ölçek puan ortalamaları incelendiğinde sırasıyla; TAÖ-1 22.0±21.2, 17.0±17.5; TAÖ-2 17.0±16.9, 17.0±16.4; TAÖ-3 32.0±31.6, 31.0±30.5 ve TAÖ-20 toplam 69.0±69.4, 64.0±63.9 olarak belirlendi. Cinsiyetle TAÖ-1 (p=0.012) ve TAÖ-20 toplam (p=0.008) puan ortalamaları



arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-2 ( $p= 0.267$ ) ve TAÖ-3 ( $p= 0.067$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastaların yaş açısından ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde, 70 yaş ve üzerindeki hastaların TAÖ-1 ( $19.3\pm6.8$ ), TAÖ-2 ( $16.8\pm3.3$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $66.9\pm11.5$ ) puan ortalamalarının; 61-69 yaş grubundaki hastaların ise TAÖ-3 ( $32.1\pm3.8$ ) puan ortalamalarının en yüksek olduğu belirlendi. Yaşla TAÖ-3 ( $p=0.026$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-1 ( $p=0.390$ ), TAÖ-2 ( $p=0.571$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $p=0.253$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastalar medeni durum açısından evli ve bekar olmalarına göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde sırasıyla; TAÖ-1  $17.0\pm18.5$ ,  $16.0\pm15.8$ ; TAÖ-2  $17.0\pm16.5$ ,  $17.0\pm15.4$ ; TAÖ-3  $31.0\pm30.9$ ,  $28.0\pm28.8$  ve TAÖ-20 toplam  $65.0\pm65.5$ ,  $62.0\pm57.0$  olarak belirlendi. Medeni durumla TAÖ-1 ( $p=0.396$ ) TAÖ-2 ( $p=0.445$ ), TAÖ-3 ( $p=0.163$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $p=0.159$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastaların eğitim düzeyi açısından ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; okuryazar olmayan hastaların TAÖ-1 ( $23.0\pm22.5$ ), TAÖ-3 ( $32.0\pm31.0$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $70.0\pm70.4$ ) puan ortalamalarının; lise mezunu hastaların ise TAÖ-2 ( $17.0\pm16.9$ ) puan ortalamalarının en yüksek olduğu belirlendi. Eğitim düzeyi ile TAÖ-1 ( $p=0.001$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $p=0.001$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-2 ( $p=0.098$ ) ve TAÖ-3 ( $p=0.095$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastaların yaşadıkları yere göre ölçek puan ortalamalarına bakıldığında; köyde yaşayan hastaların TAÖ-1 ( $20.7\pm7.3$ ), TAÖ-2 ( $17.3\pm3.3$ ), TAÖ-3 ( $31.3\pm4.2$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $69.6\pm10.4$ ) puan ortalamalarının en yüksek olduğu belirlendi. Yaşanılan yer ile TAÖ-20 toplam ( $p=0.041$ ) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-1 ( $p=0.099$ ), TAÖ-2 ( $p=0.148$ ) ve TAÖ-3 ( $p=0.417$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Çalışan ve çalışmayan hastaların ölçek puan ortalamaları incelendiğinde sırasıyla; TAÖ-1  $16.1\pm6.2$ ,  $19.3\pm7.2$ ; TAÖ-2  $16.1\pm3.3$ ,  $16.7\pm3.3$ ; TAÖ-3  $29.2\pm4.2$ ,  $31.4\pm4.4$  ve TAÖ-20 toplam  $59.5\pm12.6$   $67.3\pm10.5$  olarak belirlendi. Çalışma durumu ile TAÖ-1

( $p=0.005$ ), TAÖ-3 ( $p=0.001$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $p=0.000$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-2 ( $p=0.236$ ) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastalar gelir düzeyine göre ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde; geliri giderinden düşük olan hastaların TAÖ-1 ( $20.1\pm 7.4$ ), TAÖ-2 ( $16.8\pm 3.3$ ), TAÖ-3 ( $31.2\pm 4.5$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $67.7\pm 12.1$ ) puan ortalamalarının en yüksek olduğu belirlendi. Gelir düzeyi ile TAÖ-1 ( $p=0.000$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $p=0.000$ ) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-2 ( $p=0.158$ ) ve TAÖ-3 ( $p=0.066$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, yalnız yaşayan hastaların TAÖ-2 ( $17.4\pm 2.9$ ), TAÖ-3 ( $31.7\pm 4.5$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $69.6\pm 15$ ) puan ortalamalarının; eş, çocuk ve aile büyükleri ile yaşayan hastaların ise TAÖ-1 ( $18.3\pm 6.5$ ) puan ortalamasının en yüksek olduğu belirlendi. Birlikte yaşanan kişiler ile TAÖ-1 ( $p=0.437$ ), TAÖ-2 ( $p=0.265$ ), TAÖ-3 ( $p=0.316$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $p=0.063$ ) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Sigara kullanan ve kullanmayan/bırakan hastaların ölçek puan ortalamaları ise sırasıyla; TAÖ-1  $17.6\pm 6.7$ ,  $19.1\pm 7.3$ ; TAÖ-2  $16.1\pm 3.4$ ,  $16.8\pm 3.2$ ; TAÖ-3  $30.5\pm 4.4$ ,  $31.1\pm 4.5$  ve TAÖ-20 toplam  $63.5\pm 12$ ,  $66.5\pm 11.2$  olarak belirlendi. Sigara kullanma durumu ile TAÖ-1 ( $p=0.173$ ), TAÖ-2 ( $p=0.123$ ), TAÖ-3 ( $p=0.271$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $p=0.164$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Alkol kullanan ve kullanmayan/bırakan hastaların ölçek puan ortalamaları incelendiğinde sırasıyla; TAÖ-1  $18.2\pm 3.4$ ,  $18.4\pm 7.3$ ; TAÖ-2  $14.6\pm 2.9$ ,  $16.6\pm 3.3$ ; TAÖ-3  $29.4\pm 4.1$ ,  $30.9\pm 4.5$  ve TAÖ-20 toplam  $58.4\pm 11.6$ ,  $65.6\pm 11.1$  olarak belirlendi. Alkol kullanma durumu ile TAÖ-2 ( $p=0.027$ ) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-1 ( $p=0.671$ ), TAÖ-3 ( $p=0.247$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $p=0.292$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastalar BKİ'ne göre ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; obez hastaların TAÖ-1 ( $19.2\pm 8.1$ ), TAÖ-2 ( $16.5\pm 3.3$ ), TAÖ-3 ( $31.7\pm 3.7$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $67.5\pm 11.1$ ) puan ortalamalarının en yüksek olduğu belirlendi. Beden kitle indeksi ile

TAÖ-1 (p=0.422), TAÖ-2 (p=0.488), TAÖ-3 (p=0.214) ve TAÖ-20 toplam (p=0.244) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

**Tablo 5.** Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre TAÖ-20 Alt Ölçek ve Toplam Puan Ortalamaları (n=211)

Hastalık Özellikleri		n (%)	TAÖ-1 X±SS	TAÖ-2 X±SS	TAÖ-3 X±SS	TAÖ-20 Toplam X±SS
Koroner Arter Hastalığı Süresi	1 yıldan ↓	129 (61.1)	17.8±7	16.1±3.2	30.4±4.6	63.5±11.9
	1-5 yıl	32 (15.1)	21.4±8.0	17.4±2.8	32.0±4.2	70.6±11.6
	6-10 yıl	18 (8.5)	18.1±6.2	17.5±4.2	31.3±4.3	66.7±9.6
	11 yıl ve ↑	32 (15.3)	18.1±6.6	16.8±3.7	30.8±4.2	65.7±9.7
<b>X<sup>2</sup>kw:</b>			5.656	6.573	3.666	9.701
<b>p:</b>			0.130	0.087	0.300	0.021
Miyokard Enfarktüsü Nedeni İle Daha Önce Hastanede Yatma	Evet	73 (34.5)	18.4±7.0	16.8±3.8	31.3±4.3	66.3±10.7
	Hayır	138 (65.5)	18.4±7.2	16.3±3.1	30.5±4.5	64.6±12.1
<b>U:</b>			4994.0	4699.5	4536.5	4682.0
<b>p:</b>			0.919	0.420	0.234	0.400
Miyokard Enfarktüsü Geçirme Sayısı	1 kez	142 (67.2)	18.5±7.3	16.3±3.2	30.6±4.5	64.7±12.1
	2 kez	46 (21.8)	17.2±6.6	16.7±3.5	31.8±3.8	65.1±11.1
	3 kez ve ↑	23 (11.0)	20.4±6.4	17.0±4.1	30.3±5.0	68.1±9.8
<b>X<sup>2</sup>kw:</b>			3.667	0.483	2.377	2.466
<b>p:</b>			0.160	0.786	0.305	0.291
Hastalığımı Başkaları İle Paylaşma	Evet	206 (97.6)	18.6±7.1	16.5±3.4	30.8±4.5	65.3±11.7
	Hayır	5 (2.4)	12.2±3.7	17.0±1.8	30.8±3.9	60.4±3.6
<b>U:</b>			231.5	476.0	503.5	344.5
<b>p:</b>			0.035	0.771	0.932	0.206
Miyokard Enfarktüsü Belirtilerini Tanıyıp Yardım İsteyebilme	Evet	79 (37.4)	18.1±6.7	16.4±3.7	30.7±4.2	64.2±12.3
	Hayır	132 (62.6)	18.6±7.3	16.5±3.1	30.8±4.6	65.7±11.2
<b>U:</b>			5130.0	5045.0	5098.0	5046.5
<b>p:</b>			0.845	0.692	0.786	0.696
Diyabet	Var	73 (34.5)	19.8±7.6	16.7±3.2	30.0±4.8	66.2±12.8
	Yok	138 (65.5)	17.7±6.7	16.3±3.4	30.8±4.2	64.6±10.9
<b>U:</b>			4301.5	4830.0	5000.5	4424.5
<b>p:</b>			0.081	0.621	0.931	0.146
Hipertansiyon	Var	131 (62.0)	19.1±7.4	16.8±3.2	31.1±4.5	66.8±10.7
	Yok	80 (38.0)	17.3±6.4	16.1±3.5	30.3±4.3	62.5±12.6
<b>U:</b>			4604.5	4710.0	4644.5	4334.0
<b>P:</b>			0.139	0.215	0.165	0.035

Tablo 5’da hastaların hastalık özelliklerine göre TAÖ-20 alt ölçek ve toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Hastalar KAH süresi açısından ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde, KAH süresi 1-5 yıl olan hastaların TAÖ-1 (21.4±8), TAÖ-3 (32.0±4.2) ve TAÖ-20 toplam (70.6±11.6) puan ortalamalarının; KAH süresi 6-10 yıl olan hastaların ise TAÖ-2 (17.5±4.2) puan ortalamasının en yüksek olduğu belirlendi. KAH süresi ile TAÖ-20 toplam (p=0.021) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-1 (p=0.130), TAÖ-2 (p=0.087) ve TAÖ-3 (p=0.300) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Miyokard enfarktüsü nedeniyle daha önce hastanede yatan ve yatmayan hastaların ölçek puan ortalamaları incelendiğinde sırasıyla; TAÖ-1 18.4±7.0, 18.4±7.2; TAÖ-2 16.8±3.8, 16.3±3.1; TAÖ-3 31.3±4.3, 30.5±4.5 ve TAÖ-20 toplam 66.3±10.7, 64.6±12.1 olarak belirlendi. Miyokard enfarktüsü nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu ile TAÖ-1 (p=0.919), TAÖ-2 (p=0.420), TAÖ-3 (p=0.234) ve TAÖ-20 toplam (p=0.400) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastalar MI geçirme sayısı açısından ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; iki kez MI geçiren hastaların TAÖ-3 (31.8±3.8) puan ortalamalarının; üç kez ve üzeri MI geçiren hastaların ise TAÖ-1 (20.4±6.4), TAÖ-2 (17.0±4.1) ve TAÖ-20 toplam (68.1±9.8) puan ortalamasının en yüksek olduğu belirlendi. Miyokard enfarktüsü geçirme sayısı ile TAÖ-1 (p=0.160), TAÖ-2 (p=0.786) ve TAÖ-3 (p=0.305) ve TAÖ-20 toplam (p=0.291) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastaların hastalığını başkaları ile paylaşma açısından ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; hastalığını başkaları ile paylaşan ve paylaşmayan hastaların sırasıyla; TAÖ-1 18.6±7.1, 12.2±3.7; TAÖ-2 16.5±3.4, 17.01.8; TAÖ-3 30.8±4.5, 30.8±3.9 ve TAÖ-20 toplam puan ortalaması 65.3±11.7, 60.4±3.6 olarak belirlendi. Hastalığını başkaları ile paylaşma ile TAÖ-1 (p=0.035) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken; TAÖ-2 (p=0.771), TAÖ-3 (p=0.932) ve TAÖ-20 toplam (p=0.206) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı.

Hastaların MI belirtilerini tanıyıp yardım isteyebilme ve isteyememe açısından ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde sırasıyla; TAÖ-1 18.1±6.7, 18.6±7.3;

TAÖ-2 16.4±3.7, 16.5±3.1; TAÖ-3 30.7±4.2, 30.8±4.6 ve TAÖ-20 toplam 64.2±12.3, 65.7±11.2 olarak belirlendi. Miyokard enfarktüsü belirtilerini tanıyıp yardım isteyebilme ile TAÖ-1 (p=0.845), TAÖ-2 (p=0.692) ve TAÖ-3 (p=0.786) ve TAÖ-20 toplam (p=0.696) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastalarda ek kronik hastalık olarak diyabetin olup olmamasına göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde sırasıyla; TAÖ-1 19.8±7.6, 17.7±6.7; TAÖ-2 16.7±3.2, 16.3±3.4; TAÖ-3 30.0±4.8, 30.8±4.2 ve TAÖ-20 toplam 66.2±12.8, 64.6±10.9 olarak belirlendi. Diyabet ile TAÖ-1 (p=0.081), TAÖ-2 (p=0.621), TAÖ-3 (p=0.931) ve TAÖ-20 toplam (p=0.146) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastalarda ek kronik hastalık olarak hipertansiyonun olup olmamasına göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde sırasıyla; TAÖ-1 19.1±7.4, 17.3±6.4; TAÖ-2 16.8±3.2, 16.1±3.5; TAÖ-3 31.1±4.5, 30.3±4.3 ve TAÖ-20 toplam 66.8±10.7, 62.5±12.6 olarak belirlendi. Hipertansiyon ile TAÖ-20 toplam (p=0.035) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-1 (p=0.139), TAÖ-2 (p=0.215) ve TAÖ-3 (p=0.165) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

## 7. TARTIŞMA

Miyokart enfarktüsü geçiren hastaların aleksitimik özellikleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmamızda MI geçiren hastaların TAÖ-20 toplam puan ortalamasının  $65.2 \pm 11.6$  olarak bulunması, bu hasta grubunun aleksitimik özelliklere sahip olduğunu, duygularını tanıma, tanımlama, söze dökebilme, fiziksel semptomlarını algılama ile duygusal duyularını ayırt etmede güçlük yaşadıklarını ve hayal kurabilme yeteneklerinin azaldığını göstermektedir. Benzer şekilde Meloni ve arkadaşları, acil servise MI nedeniyle başvuran hastaların %28'inin TAÖ-20 toplam puan ortalamalarına göre ( $64.8 \pm 3.4$ ) anlamlı olarak yüksek aleksitimik özelliklere sahip olduklarını belirlemişlerdir (7). Valkamo ve arkadaşları da koroner kalp hastalarında aleksitimiği araştırdıkları çalışmalarında, aleksitimik grupta TAÖ-20 toplam puan ortalamasını çalışmamıza paralel  $65.7 \pm 0.6$  olarak (110); Nekouei ve arkadaşları ise koroner kalp hastalarıyla yaptıkları çalışmada, hastaların TAÖ-20 toplam puan ortalamasını  $60.38 \pm 10.30$  olarak bulmuşlardır (111). Yine Silva ve arkadaşları, MI geçiren hastaların TAÖ-20 toplam puan ortalamasını ( $60.0 \pm 12.8$ ) sağlıklı bireylerden ( $49.9 \pm 8.91$ ) daha yüksek bulmuş (112) ; Kojima ve arkadaşları ise esansiyel hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı olan hastalarda aleksitiminin normal bireylere göre daha yaygın olduğunu belirtmişlerdir (20).

Çalışma kapsamına alınan hastaların TAÖ-1 puan ortalamasının  $18.4 \pm 7.1$  olarak bulunması, hastaların duygularını tanıma da çok fazla sıkıntılarının olmadığını göstermektedir. Ancak, çalışmamızdan farklı olarak Nekouei ve arkadaşları, koroner kalp hastalarının TAÖ-1 puan ortalamalarını  $23.54 \pm 6.29$ ; Valkamo ve arkadaşları ise koroner kalp hastalarının TAÖ-1 puan ortalamasını  $22.6 \pm 2.4$  olarak daha yüksek bulmuşlardır (110, 111).

Çalışmamızda, hastaların duygularını ifade etme güçlüğü gösteren TAÖ-2 puan ortalaması  $16.5 \pm 3.3$  olarak yüksek bulunmuştur. Duyguların yeterince yaşanmaması ve söze dökülememesi duygusal anlamda güçlük yaşandığında farklı fiziksel belirtilerin gelişmesine neden olmaktadır (113). Aleksitimik özellik gösteren kişiler, duygularını anlama, tanıma, tanımlama ve düzenlemede güçlükler yaşamaktadır. Bu güçlükler,

duygularını tanımlayamamak, duygularına bir anlam yükleyememek, farklı duygularının farkında olamamak ve bedensel hislerden ayıramamak, duygular konusunda başkalarıyla iletişim kuramamak ya da duygularının farkında olmadan yaşamına devam etmek şeklindedir (114). Koroner kalp hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların TAÖ-2 puan ortalaması  $15.25 \pm 3.92$  olarak bulunurken (111); bir başka çalışmada,  $17.7 \pm 1.8$  olarak bulunmuştur (110).

Aleksitiminin bir diğer boyutu da, düşünmeyle ilgili sınırlılık ve kişinin kendisinin deneyimleri yerine dışarıdan gelen olayların odak haline gelmesinin tercih edilmesidir (114). Çalışmamızda, hastaların dışa dönük düşünme güçlüğünü gösteren TAÖ-3 puan ortalaması  $30.8 \pm 4.5$  olarak yüksek bulunmuştur. Aleksitimik kişilerin hislerinin farkına varması ve onları kelimelerle açıklayabilme güçlüğünün olması, gerçekçi düşünme biçimini ve hayal kurabilme yeteneğini azalttığı belirtilmektedir (113). Nekouei ve arkadaşları, koroner kalp hastalarının TAÖ-3 puan ortalamasını  $21.59 \pm 3.48$  olarak (111), Valkamo ve arkadaşları da koroner kalp hastalarının TAÖ-3 puan ortalamasını  $25.5 \pm 2.2$  olarak çalışma sonucumuzdan düşük bulmuşlardır (110).

Çalışmamızda, MI geçiren kadın hastaların TAÖ-1 ( $22.0 \pm 21.2$ ) ve TAÖ-20 toplam puan ortalaması ( $69.0 \pm 69.4$ ) erkek hastalardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Kadın hastaların duygularını tanımlamada, ayırt etmede, dile getirmede daha fazla güçlük yaşadığı görülmektedir. Mattila ve arkadaşları da aleksitimik özelliklerin kadın cinsiyetle ilişkili olduğunu belirtmektedir (115). Çalışmamıza benzer şekilde, Meloni ve arkadaşları, acil servise MI nedeniyle başvuran kadın hastaların anlamlı olarak yüksek aleksitimik düzeye (%37) sahip olduklarını, kadınların semptomlarının geçmesi için daha uzun süre beklediklerini ve semptomlarını yeterince ciddi/acil değerlendiremediklerini belirtmişlerdir (7). Kokkonen ve arkadaşlarının, yaptıkları bir çalışmada, erkek cinsiyetin kadın cinsiyetine göre aleksitimik özelliklerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir (116). Farklı bir çalışmada ise kadınların erkeklere göre duygularını ifade etmede daha az güçlük deneyimledikleri ve fikirlerinin daha az dış merkezli olduğu; erkeklerin ise genellikle dışa dönük düşünmeye daha eğilimli olduğu bildirilmektedir (100).

Çalışmamızda, MI geçiren 70 yaş ve üzerindeki hastaların TAÖ-1 ( $19.3 \pm 6.8$ ), TAÖ-2 ( $16.8 \pm 3.3$ ) ve TAÖ-20 toplam puan ortalaması ( $66.9 \pm 11.5$ ) yüksek bulunurken,

istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı. Benzer şekilde Meloni ve arkadaşlarının STEME'li hastalarla yaptığı çalışmasında, 75 yaş ve üzerinde olan hastaların %14.8'inin yüksek aleksitimik özellik gösterdiği ancak yaşla TAÖ-20 arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadığı belirlenmiştir (7). Çalışmamızda, 61-69 yaş aralığında olan hastaların ise TAÖ-3 puan ortalaması (32.1±3.8) anlamlı olarak diğer yaş gruplarından daha yüksek bulundu. Çalışma sonucumuza benzer şekilde Oktay ve Batıgün, yaş ile TAÖ-3 arasında ilişki olduğunu belirtmişler, yaş arttıkça hayal kurma ve düşlem yeteneğinde azama olduğunu bildirmişlerdir (117). Valkomo ve arkadaşları, aleksitimik özellik gösteren koroner kalp hastalarının yaş ortalamasını 60.4±1.6 (110); Meloni ve arkadaşları ise yüksek aleksitimik özellik gösteren hastaların yaş ortalamasını 60.8±11.9 olarak bulmuşlardır (7). Yaşla birlikte aleksitimik özelliklerin arttığı, yaşlılarda %29.3 olan bu oranın gençlerde %4.7 olduğu bildirilmektedir (18). Yine gönüllü sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada da, yaşlı kişilerde aleksitimik özelliklerin daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir (118).

Çalışmamızda, MI geçiren evli hastaların TAÖ-20 alt ölçek ve toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bekar hastalardan daha yüksektir. Koroner kalp hastalarında aleksitimi araştırılan bir çalışmada, aleksitimik olmayan grupta evli olanlar %71 iken, aleksitimik grupta evli olanlar %81'dir (110). Kauhanen ve arkadaşları ise farklı olarak duygularını sözcüklerle ifade etme becerileri azalan ve yüksek aleksitimik özellik gösteren erkek cinsiyetin genellikle evli olmadıkları belirtilmektedir (119). Yine Mattila ve arkadaşları, medeni durum ile aleksitiminin ilişkili olduğunu bekar kişilerin daha aleksitimik özellik gösterdiğini bildirmektedir (18).

Aleksitimik özelliklerin düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (18). Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyi ile TAÖ-1 ve TAÖ-20 toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-2 ve TAÖ-3 puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Hastaların eğitim seviyesi arttıkça aleksitimik özellikleri azalmıştır. Araştırmaya katılan okuryazar olmayan hastaların TAÖ-1 (23.0±22.5), TAÖ-3 (32.0±31.0) ve TAÖ-20 toplam (70.0±70.4) puan ortalaması; lise mezunu olanlarda ise TAÖ-2 (17.0±16.9) puan ortalaması en yüksektir. Bu sonuç, eğitim düzeyi arttıkça kişiler arası iletişimin arttığını ve bu durumun da duyguların ifade edilmesine kolaylık sağladığını düşündürmüştür. Fiziksel semptomlarla farklı kliniklere



başvuru yapan fakat fiziksel bir sorun belirlenemeyen hastalarda aleksitimik özellikler %64.2 olarak saptanmış ve bu durumun en fazla anksiyete, depresyon ve düşük eğitim seviyesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (120). Çalışmamıza benzer şekilde Oktay ve Batıgün'ün çalışmasında, eğitim düzeyi arttıkça aleksitimik özellikler azalmıştır (117). Mattila ve arkadaşlarının çalışmasında ise eğitim düzeyi ile aleksitimik özellikler arasında negatif ilişki olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada eğitim seviyesi yüksek kişilerin aleksitimik özelliklerinin %3.3, eğitim seviyesi düşük kişilerin aleksitimik özelliklerinin ise %16.5 olduğu belirtilmektedir. (18).

Çalışmamızda, hastaların yaşadıkları yer ile TAÖ-20 toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulundu. Köyde yaşayan hastaların TAÖ-20 toplam puan ortalaması ( $69.6 \pm 10.4$ ) il ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksektir. Çalışmamıza benzer Kokkonen ve arkadaşları da köyde yaşayan kişilerin aleksitimik özelliklerinin yüksek olduğunu saptamışlardır (116). Deneyimlenen duyguların, bireylerin sosyalleştiği ortamlarla ilişkili olarak kişi açısından nasıl yönetileceğine ilişkin kişisel, ailesel ve sosyokültürel etkenlerin önemli olduğu belirtilmektedir. Aleksitimi gelişiminde gelişimsel deneyimler, bireyin içinde yaşadığı ortamdaki sosyal ve kültürel etmenlerle, sosyal etkileşim dahilinde öğrenilen duyguların nasıl anlatılacağına da etkin olduğu bildirilmektedir (121-123).

Çalışmamızda MI geçiren hastaların %73'ü çalışmamaktadır. Çalışmayan hastaların TAÖ-1 ( $19.3 \pm 7.2$ ), TAÖ-3 ( $31.4 \pm 4.4$ ) ve TAÖ-20 toplam puan ortalaması ( $67.3 \pm 10.5$ ) anlamlı olarak, TAÖ-2 puan ortalaması da ( $16.7 \pm 3.3$ ) anlamlı olmamakla birlikte çalışanlardan daha yüksektir. Kokkonen ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışmayan kişilerin çalışanlara oranla daha aleksitimik oldukları belirlenmiştir (116). Valkamo ve arkadaşlarının çalışmasında, aleksitimik olmayan grupta koroner kalp hastalarının hastalık izni/emekli olma oranı %78 iken, aleksitimik grupta %97'dir. Aynı çalışmada daha fazla aleksitimik hastanın, el emeği içeren ve az eğitime ihtiyaç duyan mesleklere katıldığı bildirilmiştir (110). Ayrıca, Mattila ve arkadaşları da 30-64 yaş aralığında çalışan kişilerle yaptıkları çalışmalarında, iş yaşamında mesleksi tükenme (hafif/şiddetli) deneyimleyen bireylerin (%13), deneyimlemeyenlerden (%2.8) daha yüksek oranda aleksitimik özelliklerinin olduğu bildirilmektedir (18).

Çalışmaya katılan MI geçiren hastaların %62.1'inin geliri giderinden azdır. Gelir düzeyi azaldıkça TAÖ-20 toplam puan ortalaması artmaktadır. Geliri giderinden az olan hastaların TAÖ-20 toplam puan ortalaması ( $67.7\pm 12.1$ ) diğerlerinden daha yüksektir. Gelir düzeyi ile TAÖ-1 puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunurken, TAÖ-2 ve TAÖ-3 puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Kokkonen ve arkadaşları, aleksitiminin düşük gelir seviyesi ve işsizlik ile ilişkili olduğunu; düşük gelir seviyeli bireylerin, yüksek gelir seviyesi olan bireylere göre aleksitimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (116). Mattila'nın çalışmasında, çalışmamıza paralel düşük gelir düzeyinde olan bireylerin TAÖ-20 puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (13). Bu bulgu, gelir düzeyi düşüklüğünün yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, depresyona yatkınlığı arttırması ve yoğun stres yaşatması ile kişileri duygularından uzaklaştırdığını düşündürmüştür.

Birlikte yaşanan kişiler ile TAÖ-20 ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında, istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte yalnız yaşayan hastaların TAÖ-2 ( $17.4\pm 2.9$ ), TAÖ-3 ( $31.7\pm 4.5$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $69.0\pm 15.0$ ) puan ortalaması ile eş, çocuk ve aile büyükleri ile yaşayan hastaların TAÖ-1 ( $18.3\pm 6.5$ ) puan ortalaması daha yüksek bulundu. Bu durum, yalnız yaşayan MI hastalarının, negatif duygularda artışa karşı özellikle savunmasız olabileceğini, diğer aile bireyleri ile birlikte yaşayanların ise sağlanan destekten özel yararlar sağlayabileceğini düşündürmüştür. Kojima ve arkadaşlarının MI geçirdikten 3-6 ay sonra hastaların aleksitimik özelliklerini TAÖ-20 kullanarak yaptıkları çalışmasında, yalnız yaşayan hastaların tahmin edilenden daha fazla aleksitimik olma eğiliminde olduğunu ve diğer bireylerle birlikte yaşayan hastaların daha az aleksitimik olma eğilimi gösterdiğini gözlemlediklerini belirtmişlerdir. (116). Meloni ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada, yüksek aleksitimik özellik gösteren kişilerin %14.8'inin yalnız yaşadığını, %77.8'inin semptomların başlangıcında yalnız olduğunu belirtmektedir (7). Aleksitimik özelliklere sahip bireylerin Türkiye'nin sosyokültürel yapısına uyumlu olarak sıklıkla kendi anne-baba ya da eş-çocuk aile yapısında yaşantılarını sürdürdüğü ve tek yaşamalarının çok az oranda olduğu da bildirilmektedir (83).

Çalışmamızda, sigara kullanmayan/bırakan hastaların tüm alt ölçek (TAÖ-1  $19.1\pm 7.3$ ; TAÖ-2  $16.8\pm 3.2$ ; TAÖ-3  $31.1\pm 4.5$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $66.5\pm 11.2$ ) puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulundu.

Duygularını anlamada güçlük yaşayan aleksitimik özelliklere sahip kişilerin madde bağımlılığı geliştirme risklerinin arttığı belirtilmektedir (89). Meloni ve arkadaşları, STEME'li yüksek aleksitimik özellik gösteren hastaların %99.3'ünün sigara kullandığını bildirmektedir (7). Valkamo ve arkadaşları ise sigara içme sıklığı açısından aleksitimik koroner kalp hastaları ile nonaleksitimik koroner kalp hastaları arasında anlamlı farklılık bulmamıştır (110). Sonntag ve arkadaşlarının (3021 hastayla) çalışmasında, sigara kullanan kişilerin %27'sinde toplumsal bir korku olduğu, %7.2'sinde sosyal anksiyete bozukluğu geliştiği belirtilmektedir. Bu kişilerin çoğunluğunda bu korkuların sigara kullanımına başlamadan önce geliştiği ve sigara içiminin toplumsal kabullenirliği yükselttiği ve bu durumun da kaygı ve anksiyeteyi düşürdüğü ifade edilmektedir. Bu kişilerde sosyal anksiyete bozukluğu gelişmeden var olan toplumsal korku ve kaygıların ileriki zamanlarda sigara içme alışkanlığının kazanılmasında önemli olacağı belirtilmektedir (121).

Çalışmamızda, alkol kullanmayan/bırakan hastaların tüm alt ölçek (TAÖ-1 18.4±7.3; TAÖ-2 16.6±3.3; TAÖ-3 30.9±4.5) ve TAÖ-20 toplam (65.6±11.1) puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulundu. Bu sonuç, alkol kullanan bireylerin anlamlı kişiler arası ilişkiler, kendini kabul, çekici olma, tanınır olma gibi özellikler açısından sosyal ortamlar oluşturarak kendini daha özgür ifade edebildiğini ve stresli durumlarla başa çıkmada alkolü rahatlama aracı olarak kullandıklarını düşündürmektedir. Türkiye'de klinikte yatış yapılarak tedavi edilen alkol bağımlısı kişilerle yapılan bir çalışmada, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği'nin kaygı ve kaçınma alt boyutlarının TAÖ-1, TAÖ-2 ve TAÖ-3 alt boyutuyla korele olduğu, kaygı boyutunun TAÖ-20 ölçeğinin birinci alt boyutu olan duyguları tanımada güçlük boyutu (TAÖ-1) ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (122).

Duygularını anlamlandırmada güçlük yaşayan aleksitimik kişilerin duyguları kaynaklı fiziksel belirtilerini abartılı yaşayarak çok akut reaksiyonlar verdiği ve bu nedenle de yeme sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (123). Bazı çalışmalarda sağlıksız yeme alışkanlığı gibi bazı bozuk davranış ve durumların aleksitimi ile ilişkisi bulunmuştur (124-127). Çalışmamızda, MI geçiren hastaların %42.1'i fazla kiloludur. Obez hastaların TAÖ-1 (19.2±8.1), TAÖ-2 (16.5±3.3), TAÖ-3 (31.7±3.7) ve TAÖ-20 toplam (67.5±11.1) puan ortalamaları daha yüksek bulunmakla birlikte BKİ ile arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Valkamo ve arkadaşlarının koroner kalp hastalarıyla

yaptıkları çalışmada, aleksitimik olmayan grupta BKİ puan ortalaması  $28.0\pm 0.3$  iken aleksitimik grupta BKİ  $28.5\pm 0.6$  olarak bulunmuş ancak aleksitimik ve nonaleksitimik hastalar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (110). De ve arkadaşlarının çalışmasında, obez kişilerde aleksitimik özelliklerin daha fazla olduğu saptanmıştır (128).

Çalışmamızda istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte KAH süresi 1-5 yıl olan hastaların TAÖ-1 ( $21.4\pm 8$ ) ve TAÖ-3 ( $32.0\pm 4.2$ ) puan ortalamaları ile KAH süresi 6-10 yıl olan hastaların TAÖ-2 ( $17.5\pm 4.2$ ) puan ortalaması yüksek bulundu. Ancak KAH süresi 1-5 yıl olan hastalarda TAÖ-20 toplam ( $70.6\pm 11.6$ ) puan ortalaması istatistiksel anlamlılıkla birlikte yüksek bulundu. Bu sonuç, KAH süresi arttıkça hastalarda ümitsizlik, korku, içe kapanma gibi olumsuz duyguların aile ve çevreden uzaklaşmaya neden olabileceğini ve aleksitimik özellikler geliştirebileceğini düşündürmektedir. Kronik hastalığa sahip olan bireylerde kaygı, içe dönüklük, üzüntü, ümitsizlik, aile/iş yaşamında rol belirsizlikleri, çaresizlik, kendine güvende düşüş, ölüm kaygısı, depresif görüntü, başkalarına bağımlı olma korkusu, beden bütünlüğünde bozulma endişesi, sosyal izolasyon, yaşam biçiminde değişiklik yapma zorunluluğu gibi psikososyal sorunlar gelişebilmektedir (129). Güleç ve Yenel'in çalışmasında, yaşamı tehdit eden ölümcül bir durumla karşılaşan veya yoğun bakım ünitesinde tedavi alan hastaların hayal gücü aktivitelerinde ve emosyonel ifadelerinde kısıtlılığın olduğu belirtilmektedir (130). Kojima ve arkadaşları, MI'dan sonra aleksitimik özelliklerin yüksek olduğunu, daha önceden KAH olanların akut MI geçirenlere göre daha aleksitimik olduklarını belirtmişlerdir (20).

Çalışmamızda, MI nedeniyle daha önceden hastaneye yatan hastaların TAÖ-2 ( $16.8\pm 3.8$ ), TAÖ-3 ( $31.3\pm 4.3$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $66.3\pm 10.7$ ) puan ortalaması, hastaneye yatmayan hastaların ise TAÖ-1 ( $18.4\pm 7.2$ ) puan ortalaması istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte yüksek saptandı. Valkamo ve arkadaşlarının çalışmasında, KAH'ı olan hastaların %21'nin TAÖ-20 puan ortalamasının  $> 61$  olduğu saptanmıştır (110). Meloni ve arkadaşlarının STEME'li hastalarla yaptıkları çalışmasında, aleksitiminin, STEME'li hastalarda kardiyak semptomlara duyarlılığı etkilediği ve böylece tıbbi yardım çağrısında daha uzun bir gecikmeye yol açtığı belirlenmiştir (7). Aynı çalışmada, STEME'li yüksek aleksitimik özellik gösteren

hastaların %11.1'i daha önceden perkütan koroner girişim ve %3.7'si koroner arter by pass greft nedeniyle hastaneye yatmışlardır (7).

Kojima ve arkadaşları, daha önce MI geçiren hastaların tüm olumsuz duygular için daha yüksek puanlar aldığını ve yüksek aleksitimik özellik gösterdiğini belirlemişlerdir (20). Çalışmamızda, iki kez MI geçiren hastaların TAÖ-3 (31.8±3.8) puan ortalaması, üç kez ve üzeri MI geçiren hastaların ise TAÖ-1 (20.4±6.4), TAÖ-2 (17.0±4.1) ve TAÖ-20 toplam (68.1±9.8) puan ortalaması istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte yüksek saptandı. Nekouei ve arkadaşları, aleksitiminin ölüm riskini artırabileceğini belirtmektedir. Bunun nedeni olarak da koroner kalp hastalarının yaşamın farklı yönlerinde sorun yaşayabilmelerini, olumsuz duygularının psikolojik sorunlara neden olmasını, fiziksel sağlığın yanlış yorumlanmasına bağlı fiziksel sorunlar yaşamalarını, iyi sosyal ilişkiler kurmada güçlük çekmelerini ve yaşam kalitesinin uygunsuz etkileşimler nedeniyle azalabilmesini göstermektedirler (111). Meloni ve arkadaşları ise STEME'li yüksek aleksitimik özellik gösteren hastaların %14.8'inin daha önceden geçirilmiş MI öyküsünün bulunduğunu belirtmektedir (7). Valkamo ve arkadaşları da MI geçirme sıklığı ile aleksitimik ve nonaleksitimik koroner kalp hastaları arasında anlamlı farklılık bulmamakla birlikte aleksitimik olmayan grupta daha önce MI geçirme sıklığını %43, aleksitimik grupta %63 olarak bulmuşlardır (110).

Bağlanma ve gelişimsel çalışmalar açısından aleksitiminin ilişkili bulunduğu yaşam olayları; ailesel ve toplumsal yalnızlık, algılanan destek azlığı, toplumsal yeteneklerde azalma, yakın ilişki azlığı ve acı verici durumlardır (131). Çalışmamızda, MI geçiren hastaların %97.6'sı hastalığını başkaları ile paylaşmıştır. Hastalığını başkaları ile paylaşan hastaların TAÖ-1 puan ortalaması (18.6±7.1) istatistiksel anlamlılıkla birlikte yüksek bulunurken, TAÖ-3 (30.8±4.5) ve TAÖ-20 toplam (65.3±11.7) puan ortalaması istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte yüksek bulundu. Benzer şekilde hastalığını başkaları ile paylaşmayan hastaların ise istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte yalnızca TAÖ-2 (17.0±1.8) puan ortalaması yüksekti. Kojima ve arkadaşları, aleksitimi ile sosyal destek arasında ilişki bulmuştur. Aynı çalışmada, aleksitimik bireylerin kişisel samimi ilişki kurma becerisinin bozulması ve duygularındaki gerçeği idrak etme yeteneğinde azalmaların olması, onların sosyal destek sistemlerinin azalmasına ve başkalarının duygularını doğru tanıyıp, yanıtlamada güçlük yaşamalarına neden olduğu ve böylece sosyal desteklerden faydalanamadıkları

bildirilmektedir (93). Nekouei ve arkadaşları, koroner kalp hastalığı olan hastalarda aleksitiminin sosyal desteği azalttığını, aleksitimik olan hastaların, ailelerinden, arkadaşlarından ve/veya önemli başkalarından yeterli sosyal desteği alamadıklarını belirtmektedir. Aleksitimik bireylerin duygusal zeka bozukluğunun olması, onların kişilerarası becerilerinin zayıf olmasına ve sosyal destek almada yetersizliklerine yol açmaktadır (112). Meloni ve arkadaşları, STEME’li yüksek aleksitimik özellik gösteren hastaların %22.2’sinin hastalığını bir aile üyesine danıştığını belirtmişlerdir (7).

Aleksitimik kişilerin semptomlarını yanlış değerlendirme ve yorumlama olasılıkları daha yüksektir ve duygularını başkalarına anlatmakta güçlükleri nedeniyle, ilk görüşmede semptomlarını bildirmede yetersiz olabilirler. Bu davranış şekli (aleksitimik), bu bireyleri akut koroner olay ortaya çıktığında gecikmiş tıbbi yardım/bakım için daha yüksek riske sokabilmektedir. Miyokard enfarktüsünde hastanın acil yardım çağrısında bulunma kararı, koroner semptomların akut başlangıcına yanıt olarak farklı ve öngörülemeyen davranışlarla sonuçlanan çok sayıda demografik, sosyoekonomik, klinik, bilişsel ve duygusal faktörlere bağlı olan karmaşık ve güç bir olgu olduğu belirtilmektedir (7). Çalışmamızda, MI belirtilerini tanıyıp yardım isteyemeyen hastaların TAÖ-1 ( $18.6 \pm 7.3$ ), TAÖ-2 ( $16.5 \pm 3.1$ ), TAÖ-3 ( $30.8 \pm 4.6$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $65.7 \pm 11.2$ ) puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlılık olmamakla birlikte yüksek bulundu. Aleksitimik kişiler, normal sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında, fiziksel ve ruhsal semptomlarını gerçekçi ve uygun olarak deneyimleme, anlamlandırma ve bu semptomlarla ilişki kurmada güçlük yaşamaktadırlar (132). Ayrıca aleksitimik kişiler, duygularını tanıyamadıkça, kelimelerle anlatamadıkça duygusal açıdan strese girmekte ve bedensel bazı belirtiler geliştirmektedir (92). Aleksitimik özelliklerin zayıf sağlık algılaması ile ilişkili olduğu da belirtilmektedir (18). Ayrıca, Nekouei ve arkadaşlarının çalışmasında, stres ile aleksitiminin birbirini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (111). Meloni ve arkadaşları, STEME deneyimleyen hastaların semptomların başlangıcından acil servise başvuruncaya kadarki süredeki gecikmelerde aleksitiminin (somatik duyguları uygun bir şekilde tanımama ve tanımlayamama olarak tanımlanan) etkili olup olmadığını değerlendirmiş ve aleksitiminin, hastanın kişiliğinin bir özelliği olduğunu ve STEME’li hastanın bakımında hızlı bir şekilde yardım arayışını olumsuz etkilediğini belirlemiştir. Ayrıca, yardım çağrı süresi ve total iskemik zaman aleksitimiklerde nonaleksitimiklere

göre daha uzun bulunmuştur. Aynı çalışmada, STEME'li yüksek aleksitimik özellik gösteren hastaların %51.9'u yardım aramadan önce semptomlarının geçmesi için beklemiş ve semptomlarını ciddi ve acil olarak değerlendirememişlerdir. Ayrıca, hastaların %40.7'si semptom kaynağını doğru ilişkilendirmiş ve %11.1'i yardım istemekten korkmuştur. ST-segment elevasyonlu MI yaşayan hastaların tedavi/bakım istemindeki gecikme koroner reperfüzyona zamanında erişimi kısıtladığı için günümüzde hala önemli bir konudur. Hastaların reperfüzyon tedavisinden en yüksek düzeyde yarar sağlamaları için, sağlık sistemine hızlı bir şekilde erişmiş olmaları gereklidir (7).

Çalışmamızda, istatistiksel anlamlılık olmamakla birlikte diyabeti olan ve MI geçiren hastaların TAÖ-1 ( $19.8 \pm 7.6$ ), TAÖ-2 ( $16.7 \pm 3.2$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $66.2 \pm 12.8$ ) puan ortalaması; diyabeti olmayan hastaların ise TAÖ-3 ( $30.8 \pm 4.2$ ) puan ortalaması yüksek bulundu. Meloni ve arkadaşları da, TAÖ-20 toplam puan ortalamalarına göre anlamlılık olmamakla birlikte diyabeti olan STEME'li hastaların %33.3'ünün yüksek aleksitimik özelliklere; %20.6'sının ise düşük aleksitimik özelliklere sahip olduklarını bulmuşlardır (7). Shahi ve Mohammadyfar'ın diyabeti olan ve olmayan hastaları aleksitimi açısından da karşılaştırdıkları çalışmasında, diyabeti olan hastaların TAÖ-20 tüm alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu, diyabeti olan hastaların olmayanlardan daha şiddetli aleksitimi deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, duygularını tanıma ve açıklamada güçlük yaşayan diyabetli hastaların hiperglisemi kontrolünde daha yeteneksiz ve zayıf oldukları belirtilmiş ve duygularla olan problem ve zayıf glisemik kontrolün bu hastalarda sosyal destek azlığına da neden olduğu belirlenmiştir (133). Valkamo ve arkadaşları, aleksitimik olmayan koroner kalp hastalarında diyabeti olan hastaların %18, aleksitimik olan koroner kalp hastalarında diyabeti olan hastaların ise %31 olduğunu belirlemişler ancak diyabet açısından aleksitimik ve nonaleksitimik koroner kalp hastaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığını açıklamışlardır (111).

Ağır, sürekli ve stresli yaşam olaylarına karşı direnen kişilerde gelişen yetersizlikler aleksitimik özelliklerin gelişimini kolaylaştırmakta, aleksitimik kişinin üzüntü, kaygı, sinirlilik gibi duygularının inandırıcılığının yitirilmesine yol açmaktadır (119). Ayrıca, hareket tarzında duygularından yararlanma yeteneğinin azalması, kişinin strese dayanıklılığını azaltmakta ve uyum yeteneğini kısıtlamaktadır (90). Karakaş ve

arkadaşlarının çalışmasında, hipertansiyonu olan kişilerin aleksitimik özellikleri ile duyguları anlamlandırma güçlüğü astımı olan kişilerden daha yüksek belirlenmiştir (134). Çalışmamızda, hipertansiyonu olan ve MI geçiren hastaların TAÖ-1 ( $19.1 \pm 7.4$ ), TAÖ-2 ( $16.8 \pm 3.2$ ), TAÖ-3 ( $31.1 \pm 4.5$ ) ve TAÖ-20 toplam ( $66.8 \pm 10.7$ ) puan ortalaması yüksek bulunurken; yalnızca hipertansiyon ile TAÖ-20 toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Meloni ve arkadaşları, TAÖ-20 toplam puan ortalamalarına göre anlamlı olmamakla birlikte hipertansiyonu olan STEME'li hastaların %44.4'ünün yüksek aleksitimik özelliklere; %48.5'inin ise düşük aleksitimik özelliklere sahip olduklarını bulmuşlardır (7). Grabe ve arkadaşlarının çalışma sonuçları da, genel popülasyonda aleksitimi, hipertansiyon ve karotid aterosklerozu arasında açıkça bir ilişki olduğunu göstermektedir (97). Todarello ve arkadaşlarının çalışmasında, hipertansiyonu olan hastaların %55.3'ünün, hipertansiyonu olmayan hastaların ise %16.3'ünün aleksitimik olduğu belirlenmiştir (135).



## 8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### 8.1. Sonuçlar

1. Hastaların %76.3'ü erkek, %41.7'si 60 yaş ve altında, %96.7'si evli, %56.3'ü ilköğretim mezunu, %45.6'sı ilde yaşamakta, %73'ü çalışmamakta, %62.1'inin geliri giderinden düşük, %57.3'ü eşiyile yaşamakta, %55.5'i sigara, %93.9'u alkol kullanmamakta/bırakmış ve %42.1'i fazla kiloludur (Tablo 2).
2. Hastaların %61.1'inin KAH süresi bir yıldan az, %65.5'i MI nedeniyle daha önce hastanede yatmamış, %67.2'si bir kez MI geçirmiş, %97.6'sı hastalığını başkaları ile paylaşmış, %62.6'sı MI belirtilerini tanıyıp yardım isteyememiştir ve %62'sinde ek kronik hastalık olarak hipertansiyon mevcuttur (Tablo 3).
3. Hastaların TAÖ-20 toplam puan ortalaması  $65.2 \pm 11.6$  olarak belirlendi. Hastaların alt ölçek puan ortalamaları ise “duygularını tanımada güçlükte  $18.4 \pm 7.1$ ”; “duygularını söze dökmede güçlükte  $16.5 \pm 3.3$ ” ve “dışa dönük düşünmede  $30.8 \pm 4.5$ ” olarak saptandı (Tablo 4).
4. Hastaların duygularını tanımada güçlüğünü cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi istatistiksel olarak anlamlı etkilerken ( $p < 0.05$ ); yaş, medeni durum, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, sigara, alkol kullanımı ve BKİ istatistiksel olarak anlamlı etkilemedi ( $p > 0.05$ ). Hastaların duygularını söze dökmede güçlüğünü alkol kullanımı istatistiksel olarak anlamlı etkilerken ( $p < 0.05$ ); cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, çalışma durumu, birlikte yaşanılan kişiler, sigara, alkol kullanımı ve BKİ istatistiksel olarak anlamlı etkilemedi ( $p > 0.05$ ). Hastaların dışa dönük düşünmesini yaş ve çalışma durumu istatistiksel olarak anlamlı etkilerken ( $p < 0.05$ ); cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, sigara, alkol kullanımı ve BKİ istatistiksel olarak anlamlı etkilemedi ( $p > 0.05$ ). Hastaların aleksitimik özelliklerini cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, çalışma durumu ve gelir düzeyi istatistiksel olarak anlamlı etkilerken ( $p < 0.05$ ); yaş, medeni durum, birlikte yaşanılan kişiler, sigara, alkol kullanımı ve BKİ istatistiksel olarak anlamlı etkilemedi ( $p > 0.05$ ) (Tablo 5).
5. Hastaların duygularını tanımada güçlüğünü hastalığını başkaları ile paylaşma istatistiksel olarak anlamlı etkilerken ( $p < 0.05$ ); KAH süresi, MI nedeni ile daha önce hastanede yatma, MI geçirme sayısı, MI belirtilerini tanıyıp yardım

isteyebilme, diyabet ve hipertansiyon varlığı istatistiksel olarak anlamlı etkilemedi ( $p>0.05$ ). Hastaların duygularını söze dökme güçlüğü ve dışa dönük düşünmesini KAH süresi, MI nedeni ile daha önce hastanede yatma, MI geçirme sayısı, hastalığını başkaları ile paylaşma, MI belirtilerini tanıyıp yardım isteyebilme, diyabet ve hipertansiyon varlığı istatistiksel olarak anlamlı etkilemedi ( $p>0.05$ ). Hastaların aleksitimik özelliklerini KAH süresi ve hipertansiyon varlığı istatistiksel olarak anlamlı etkilerken ( $p<0.05$ ); MI nedeni ile daha önce hastanede yatma, MI geçirme sayısı, hastalığını başkaları ile paylaşma, MI belirtilerini tanıyıp yardım isteyebilme ve diyabet varlığı istatistiksel olarak anlamlı etkilemedi ( $p>0.05$ ) (Tablo 6).

## 8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunabiliriz;

1. MI geçiren kadın hastaların erkek hastalara göre daha aleksitimik olması nedeniyle kadın hastalara ait farkındalık oluşturulması
2. MI geçiren hastaların yaşla birlikte toplam aleksitimik özelliklerin artması nedeniyle yaşlı hastalara ait farkındalık oluşturulması
3. MI geçiren hastaların eğitim düzeyi arttıkça genel aleksitimik özelliklerin azalması nedeniyle eğitim düzeyi düşük bireylere ait farkındalık oluşturulması
4. Köyde yaşayan, çalışmayan, gelir düzeyi düşük ve KAH süresi 1-5 yıl olan hastaların duygularını tanıma ve ifade etmede cesaretlendirilmesi
5. MI geçiren hastalarda hipertansiyon varlığının aleksitimik özellikleri artırması nedeniyle bu hastaların aleksitimik özellikler açısından irdelenmesi
6. Hastaların zamanında tedaviden yararlanabilmeleri için MI semptomlarını tanıma ve ifade etmelerine yönelik bilgilendirme eğitimlerinin yapılması.
7. Aleksitimik özelliklerin MI semptomlarını tanımada gecikmelere neden olabileceğine ilişkin sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi
8. Sağlık çalışanlarına MI geçiren hastalarda aleksitimik özelliklerin bulunabileceği ile ilgili farkındalık oluşturulmasına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,

## 9. KAYNAKLAR

1. Thygesen K, Alpert JS, White HD (2007). Universal Definition of Myocardial Infarction. *Eur Heart J* 28: 2525-2538.
2. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R (2017). Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 135: e146.
3. American Heart Association (2004). Heart Disease and Stroke Statistics, Dallas. [Online]. Erişim Adresi: [https://www.heart.org/HEARTORG/General/Heart-and-Stroke-AssociatioStatistics\\_UCM\\_319064\\_SubHomePage.jsp](https://www.heart.org/HEARTORG/General/Heart-and-Stroke-AssociatioStatistics_UCM_319064_SubHomePage.jsp). [Erişim Tarihi 18 Mayıs 2016].
4. Onat A (2017). TEKHARF-2017. [Online]. Erişim Adresi: <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>. [Erişim Tarihi 01 Mayıs 2018].
5. McManus DD, Gore J, Yarzebski J, Spencer F, Lessard D, Goldberg RJ. (2011). Recent Trends in the Incidence, Treatment, and Outcomes of Patients with STEMI and NSTEMI. *Am J Med* 124: 40-47.
6. Akdemir N, Birol L (2007). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Genişletilmiş 4. Baskı, Ankara.
7. Meloni L, Montisci R, Pippia V, Sancassiani F, Carta MG (2016). Alexithymia Affects the Time From Symptom Onset to Calling the Emergency System in STEMI Patients Referred for Primary PCI. *International Journal of Cardiology* 219: 428-432.
8. Sifneos PE (1973). The Prevalance of Alexithymia Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 22 (2): 255-262.
9. Batıgün AD, Büyüksahin A (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri* 11(3): 105-114.
10. Gil FP, Weigl M, Wessels T, Irnich D, Baumüller E, Winkelmann A (2008). Parental Bonding and Alexithymia in Adults with Fibromyalgia. *Psychosomatics* 49(2): 115- 122

11. Solmaz M, Sayar K, Özer ÖA, Öztürk M, Acar B (2000). Sosyal Fobi Hastalarında Aleksitimi, Umutsuzluk ve Depresyon: Kontrollü Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri* 3(4): 235-241.
12. Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS (2003). Predictors of Somatic Symptoms in Depressive Disorder. *General Hospital Psychiatry* 25(2): 108-114.
13. Mattila AK, Saarni SI, Salminen JK, Huhtala H, Sintonen H, Joukamaa M (2009). Alexithymia and Health-Related Quality of Life in a General Population. *Psychosomatics* 50(1): 59-68.
14. Kenyon LW, Ketterer MW, Gheorghide M, Goldstein S (1991). Psychological Factors Related to Prehospital Delay During Acute Myocardial Infarction. *Circulation* 84(5): 1969-1976.
15. Sayar K, Bilen A, Arıkan M (2001). Kronik Ağrı Hastalarında. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry* 2(1): 36-42.
16. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM (2001). The Relationship Between Emotional Intelligence and Alexithymia. *Personality and Individual Differences* 30(1): 107-115.
17. Eren I, Sahin M, Cüre E, Inanlı İÇ, Tunç ŞE, Küçük A (2007). Ankilozan Spondilit Hastalarında Psikiyatrik Belirtilerin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesi İle İlişkileri. *Nöropsikiyatri Arsivi* 44 (1): 1-9.
18. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M (2006). Age is Strongly Associated With Alexithymia in the General Population. *Journal of Psychosomatic Research* 61(5): 629-63.
19. Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Pehlivan N, Onat AM (2010). Romatolojik Sorunu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Bazı Semptomlarla İlişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 16 (1): 10-14.
20. Kojima M, Frasura-Smith N, Lesperance F (2001). Alexithymia Following Myocardial Infarction: Psychometric Properties and Correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 51(3): 487-495.

21. Sifneos PE (1988). Alexithymia and its Relationship to Hemispheric Specialization Affect and Creativity. *The Psychiatric Clinics of North America* 11(3): 287-293.
22. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD (2012). Third Universal Definition of Myocardial Infarction. *European Heart Journal* 33(20): 2551-2567.
23. Badır A, Demir Korkmaz F (2011). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Koroner Arter Hastalıkları [Editörler: Karadakovan A, Eti Aslan F]. İkinci Baskı. Nobel Kitabevi. Adana 473.
24. Enar R (2008). İç Hastalıkları Kitabı, Kardiyoloji, Akut Miyokard İnfarktüsü. [Editör: Erol Ç] Birinci Baskı. MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı. Ankara 413.
25. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>. [Erişim Tarihi 11 Nisan 2018].
26. Libby P, Ridker PM, Hansson GK (2011). Progress and Challenges in Translating the Biology of Atherosclerosis. *Nature* 473 (7347): 317.
27. Tweet MS, Hayes SN, Pitta SR, Simari RD, Lerman A, Lennon RJ, Gulati, R (2012). Clinical Features, Management and Prognosis of Spontaneous Coronary Artery Dissection. *Circulation*, CIRCULATIONAHA-112.
28. Crea F, Liuzzo G (2013). Pathogenesis of Acute Coronary Syndromes. *J Am Coll Cardiol* 61: 1-11.
29. Stone GW, Maehara A, Lansky AJ, de Bruyne B, Cristea E, Mintz GS, Parise H (2011). A Prospective Natural-History Study of Coronary Atherosclerosis. *New England Journal of Medicine* 364 (3): 226-235.
30. Raghu B, Venkatesan P (2012). Relationship Between Cigarette Smoking and Novel Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Journal of Biomedical Sciences* 1(4):1.

31. Bazzano LA, He J, Muntner P, Vupputuri S, Whelton PK (2003). Relationship Between Cigarette Smoking and Novel Risk Factors for Cardiovascular Disease in the United States. *Annals of Internal Medicine* 138(11): 891-897.
32. Kurçer MA, Özbay A (2011). Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 11(2):107-113.
33. Law MR, Wald NJ (2003). Environmental Tobacco Smoke and Ischemic Heart Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases* 46(1): 31-38.
34. Hamm CW, Möllmann H, Bassand JP, Van de Werf F (2009). Acute Coronary Syndrom. (Ed: Camm AJ, Lücher TF, Serruys PW). *The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, P535-97.
35. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, Deaton C (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Atherosclerosis* 223(1): 1-68.
36. Irmak Z, Fesci H (2005). Akut Miyokard İnfarktüsünde Sekonder Koruma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(1):84-96.
37. Hindistan S, Nural N (2010). Miyokard İnfarktüsünde Kadın ve Erkek Arasındaki Farklar. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 1: 66-72.
38. Buğdacı MS (2008). *Netter'in Kardiyolojisi*. İstanbul, Nobel Kitabevleri 93.
39. Griffin BP (2013). *Manual De Medicina Cardiovascular*. (Ed: Topol EJ). Wolters Kluwer Health.
40. Ünal S (2011). *Cecil Medicine, Yirmiüçüncü Baskı*. Güneş Kitabevleri, Ankara, 491.
41. Goldberger A L, Prutkin JM (2012). *Electrocardiogram in the Diagnosis of Myocardial Ischemia and Infarction*. Up To Date [serial on the Internet], 1-150.

42. de Winter RW, Adams R, Verouden NJ, de Winter RJ (2016). Precordial Junctional ST-Segment Depression With Tall Symmetric T-Waves Signifying Proximal LAD Occlusion, Case Reports of STEMI Equivalence. *Journal of Electrocardiology* 49(1): 76-80.
43. Zimetbaum PJ, Josephson ME (2003). Use of the Electrocardiogram in Acute Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine* 348(10): 933-940.
44. Sandoval Y, Jaffe AS (2017). Using High-Sensitivity Cardiac Troponin T for Acute Cardiac Care. *The American Journal of Medicine* 130(12): 1358-1365.
45. Jaffe AS (2006). Chasing Troponin: How Low Can You Go if You Can See The Rise? *Journal of the American College of Cardiology* 48(9):1763-1764.
46. Macrae AR, Kavsak PA, Lustig V, Bhargava R, Vandersluis R, Palomaki GE, Yerna MJ, Jaffe AS (2006). Assessing the Requirement for the 6-Hour Interval Between Specimens in the American Heart Association Classification of Myocardial Infarction in Epidemiology and Clinical Research Studies. *Clinical Chemistry* 52(5): 812-818.
47. Apple FS, Quist HE, Doyle PJ, Otto AP, Murakami MM (2003). Plasma 99 th Percentile Reference Limits for Cardiac Troponin and Creatine Kinase MB Mass for Use With European Society of Cardiology/American College Of Cardiology Consensus Recommendations. *Clinical Chemistry* 49(8): 1331-1336.
48. Stillman AE, Oudkerk M, Bluemke D, Bremerich J, Esteves FP, Garcia EV, Kwong RK (2011). Assessment of Acute Myocardial Infarction: Current Status and Recommendations from the North American Society for Cardiovascular Imaging and the European Society of Cardiac Radiology. *The International Journal of Cardiovascular Imaging* 27(1): 7-24.
49. Mirvis D, Goldberger AL (2014). Electrocardiography. In: Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 10th ed, Mann DL (Ed), Elsevier/Saunders, Philadelphia.
50. Dereboy İF (1990). Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma, (Yayımlanmamış uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

51. Şahin AR (1991). Peptik Ülser ve Aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2(3): 25-30.
52. Kooiman CG, Bolk JH, Brand R, Trijsburg RW, Rooijmans HG (2000). Is Alexithymia a Risk Factor for Unexplained Physical Symptoms in General Medical Outpatients?. *Psychosomatic Medicine* 62(6): 768-778.
53. Batigün AD, Büyükşahin A (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 11(3):105-114.
54. Şaşıoğlu M, Gülol Ç, Tosun A (2013). Aleksitimi Kavramı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 5(4): 507-527.
55. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R (2003). Cognitive and Emotional Characteristics of Alexithymia: A Review of Neurobiological Studies. *Journal of Psychosomatic Research* 54(6): 533-541.
56. Hoppe KD, Bogen JE (1977). Alexithymia in Twelve Commissurotomized Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 28(1-4): 148-155.
57. Koçak R (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 35(1-2): 183-212.
58. Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Kaszniak AW (1997). Is Alexithymia the Emotional Equivalent of Blindsight?. *Biological Psychiatry* 42(9): 834-844.
59. Damasio AR (1992). Aphasia. *New England Journal of Medicine* 326(8): 531-539.
60. Sifneos PE (1996). Alexithymia: Past and Present. *Am J Psychiatry* 153: 137-142.
61. de Tychev C, Garnier S, Lighezzolo-Alnot J, Claudon P, Rebourg-Roesler C (2010). An Accumulation of Negative Life Events and the Construction of Alexithymia: A Longitudinal and Clinical Approach. *Journal of Personality Assessment* 92(3): 189-206.
62. McDougall J (1982). Alexithymia: A Psychoanalytic Viewpoint. *Psychotherapy And Psychosomatics* 38(1-4): 81-90.
63. Krystal H (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 33(1): 17-31.



64. Hintistan S (2012). Aleksitemi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1: 333-46.
65. Montebanocci O, Codispoti M, Baldaro B, Rossi N (2004). Adult Attachment Style and Alexithymia. *Personality and Individual Differences* 36: 499-507.
66. Levant RF, Hall RJ, Williams CM, Hasan NT (2009). Gender Differences in Alexithymia. *Psychology Of Men and Masculinity* 10(3): 190.
67. Levant RF (1992). Toward the Reconstruction of Masculinity. *Journal of Family Psychology* 5(3-4): 379.
68. Levant RF, Richmond K, Majors RG, Inlan JE, Rossello JM, Heesacker M, Sellers A (2003). A Multicultural Investigation of Masculinity Ideology and Alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity* 4(2): 91.
69. Zackheim L (2007). Alexithymia: The Expanding Realm of Research. *Journal of Psychosomatic Research* 63(4): 345-347.
70. Pennebaker JW (1989). Confession, Inhibition and Disease. In *Advances in Experimental Social Psychology* 22: 211-244.
71. Joukamaa M, Kokkonen P, Veijola J, Laksy K, Karvonen JT, Jokelainen J, Jarvelin MR (2003). Social Situation of Expectant Mothers and Alexithymia 31 Years Later in Their Offspring: A Prospective Study. *Psychosomatic Medicine* 65(2): 307-312.
72. De Gucht V, Heiser W (2003). Alexithymia and Somatisation: A Quantitative Review of the Literature. *Journal of Psychosomatic Research* 54(5): 425-434.
73. Nemiah JC (2000). A Psychodynamic View of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine* 62(3): 299-303.
74. Özkorumak E, Güleç H, Köse S, Borckardt J, Sayar K (2006). Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitemi Bir Etken Olabilir mi?. *Klinik Psikiyatri* 9(4): 161-169.
75. Aksu G, Hocaoglu Ç (2004). Mastalji Yakınmasıyla Radyolojik İncelemeye Alınan Bir Grup Hastada Aleksitemi, Anksiyete, Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Araştırılması. *Klinik Psikiyatri* 7: 95-102.

76. Taylor GJ (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *The Canadian Journal of Psychiatry* 45(2): 134-142.
77. Heshmati R, Allahverdipour H, Tabatabaei MG, Kamrani S (2011). Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A Study of Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Procedia-Social And Behavioral Sciences* 30: 771-775.
78. Özdemir N, Güreş A, Güreş Ş (2011). Oryantring Sporcularında Aleksitimi ve Yalnızlık Düzeyinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 13(3): 27-34.
79. Taylor G J, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW (1992). Alexithymia and Somatic Complaints in Psychiatric Out-Patients. *Journal of Psychosomatic Research* 36(5): 417-424.
80. Lesser IM (1981). A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medicine* 43(6): 531-543.
81. Taylor JG, Bagby RM (1988). Creation Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine* 50: 500-509.
82. Yiğitbaş Ç (2017). Altmış Beş Yaş Üstü Kadınlarda Aleksitimi. *Fırat Tıp Dergisi* 22(4):181-186.
83. De Gennaro L, Ferrara M, Cristiani R, Curcio G, Martiradonna V, Bertini M. (2003). Alexithymia and Dream Recall Upon Spontaneous Morning Awakening. *Psychosomatic Medicine* 65(2): 301-306.
84. Yurt E (2006). Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon ve İç Görü İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi, İstanbul.
85. Bogdanov VB, Bogdanova OV, Gorlov DS, Gorgo YP, Dirckx JJ, Makarchuk MY, Critchley H (2013). Alexithymia and Empathy Predict Changes in Autonomic Arousal During Affective Stimulation. *Cognitive and Behavioral Neurology* 26(3): 121-132.

86. Vanheule S, Desmet M, Meganck R, Bogaerts S (2007). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Journal of Clinical Psychology* 63(1): 109-117.
87. Moriguchi Y, Decety J, Ohnishi T, Maeda M, Mori T, Nemoto K, Komaki G (2006). Empathy and Judging Other's Pain: An Fmri Study of Alexithymia. *Cerebral Cortex* 17(9): 2223-2234.
88. Fossati A, Acquarini E, Feeney JA, Borroni S, Grazioli F, Giarolli LE, Maffei C (2009). Alexithymia and Attachment Insecurities in Impulsive Aggression. *Attachment and Human Development* 11(2): 165-182.
89. Taylor GJ, Bagby RM (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 73(2): 68-77.
90. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM (2001). The Relationship Between Emotional Intelligence and Alexithymia. *Personality and Individual Differences* 30(1): 107-115.
91. Solmaz M, Sayar K, Özer ÖA, Öztürk M, Acar B (2000). Sosyal Fobi Hastalarında Aleksitimi, Umutsuzluk Ve Depresyon: Kontrollü Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri* 3 (4): 235-241.
92. Porcelli P, Guidi J, Sirri L, Grandi S, Grassi I., et al. Alexithymia in the Medically ill. Analysis of 1190 Patients in Gastroenterology, Cardiology, Oncology and Dermatology. *General Hospital Psychiatry* 35(2013): 521-527.
93. Kojima M, Senda Y, Nagaya T, Tokudome S, Furukawa TA (2003). Alexithymia, Depression and Social Support Among Japanese Workers. *Psychotherapy and Psychosomatics* 72(6): 307-314.
94. Swiller HI (1988). Alexithymia: Treatment Utilizing Combined Individual and Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 38(1): 47-61.
95. Gürkan A, Ekitli GB (2015). Hemşirelik Sanatında Aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics* 1(1): 80-86.
96. Türkmen SN, Çam MO (2012). Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği* 3(3):105-115.

97. Grabe HJ, Schwahn C, Barnow S, Spitzer C, John U, Freyberger H J, Völzke H (2010). Alexithymia, Hypertension, and Subclinical Atherosclerosis in the General Population. *Journal of Psychosomatic Research* 68(2): 139-147.
98. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (1991). The Alexithymia Construct. A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 32:153-16.
99. Lumley M.A, Stettner I, Wehmer F (1996). How Are Alexithymia and Physical Illness Linked? A Review and Critique of Pathways. *Journal of Psychosomatic Research* 41(6): 505-518.
100. Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E, Toikka T, Kauhanen J (1999). Prevalence of Alexithymia and its Association with Sociodemographic Variables in the General Population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research* 46(1): 75-82.
101. Topsever P, Filiz TM, Salman S, Sengul A, Sarac E, Topalli R, Yilmaz T (2006). Alexithymia İn Diabetes Mellitus. *Scottish Medical Journal* 51(3): 15-20.
102. Kaş SA, Karabulutlu EY, Akyl RÇ, Erdem N, Turan GB (2016). Hipertansiyon ve Astım Hastalarında Aleksitimi ve Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 7(2): 68-74.
103. Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, Salonen R, Salonen JT (1994). Alexithymia May Increase the Diagnosis of Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine* 56: 237-244.
104. Sifneos PE (1988). Alexithymia and its Relationship to Hemispheric Specialization, Affect, and Creativity. *Psychiatric Clinics of North America* 11(3): 287-292.
105. Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Pehlivan Y, Onat AM (2010). Romatolojik Sorunu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Bazı Semptomlarla İlişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 16(1): 10-4.
106. Alhurani AS, Dekker RL, Abed MA, Khalil A, Al Zaghaf M, Moser DK (2015). The Association of Co-Morbid Symptoms of Depression and Anxiety With All-Cause Mortality and Cardiac Rehospitalization in Patients with Heart Failure. *Psychosomatics* 56(4): 371-380.

107. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM (2015). OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version [Online]. Erişim Adresi: [www.OpenEpi.com](http://www.OpenEpi.com). [Erişim Tarihi 6 Nisan 2018].
108. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I; Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 38(1): 23-32.
109. Sayar K, Güleç H, Ak İ (2001). Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Tam Metin Kitabı, İstanbul, ss:130.
110. Valkamo M, Hintikka J, Honkalampi K, Niskanen L, Koivumaa-Honkanen H, Viinamaki H (2001). Alexithymia in Patients with Coronary Heart Disease. *Journal of Psychosomatic Research* 50(3): 125-130.
111. Nekouei ZK, Doost HTN, Yousefy A, Manshaee G, Sadeghei M (2014). The Relationship of Alexithymia with Anxiety-Depression-Stress, Quality of Life, and Social Support in Coronary Heart Disease (A Psychological Model). *Journal of Education and Health Promotion* 3: 68.
112. Silva H, Freitas J, Moreira S, Santos A, Almeida V (2016). Alexithymia and Psychopathology in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Acta Cardiologica* 71(2): 213-220.
113. Özenli , Küçük A, Erden N, Uysal S (2013). Fibromiyalji Hastalarında Bedensel Belirtileri Abartma, Aleksitimi, Depresyon ile Ağrı İlişkisi. *Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 1 (2):7-13.
114. Motan İ, Gençöz T (2007). The Relationship Between the Dimensions of Alexithymia and the Intensity of Depression and Anxiety. *Turkish Journal of Psychiatry* 18(4):1-11.
115. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M (2006). Age is Strongly Associated with Alexithymia in The General Population. *Journal of Psychosomatic Research* 61 (5): 629-635.

116. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Jarvelin MR, Joukamaa M (2001). Prevalence and Sociodemographic Correlates of Alexithymia in a Population Sample of Young Adults. *Comprehensive Psychiatry* 42(6): 471-476.
117. Oktay B, Batıgün AD (2014). Aleksitimi: Bağlanma, Benlik Algısı, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke. *Türk Psikoloji Yazıları* 17(33): 31-40.
118. Pasini A, Delle Chiaie R, Seripa S, Ciani N (1992). Alexithymia As Related to Sex, Age, and Educational Level: Results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 Normal Subjects. *Comprehensive Psychiatry* 33(1): 42-46.
119. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT. (1993). Social Factors in Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry* 34 (5): 330-335.
120. Özen Ş, Özçetin A, Özkan M, Özbulut Ö, Başak İ (1999). Bedenselleştiren Hastalarda Eksen İki Bozuklukları, Kişilik Özellikleri ve Aleksitimi. *Türkiye'de Psikiyatri* 2: 114-122.
121. Sonntag H, Wittchen HU, Höfler M, Kessler RC, Stein MB (2000). Are Social Fears and DSM-IV Social Anxiety Disorder Associated with Smoking and Nicotine Dependence in Adolescents and Young Adults?. *European Psychiatry* 15(1): 67-74.
122. Evren C, Evren B, Dalbudak E, Cakmak D (2008). Alexithymia and Personality in Relation to Social Anxiety in Male Alcohol-Dependent Inpatients. *Archives of Neuropsychiatry* 45: 72-7.
123. Bayraktutan M (2014). Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Empati Becerisi, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete Düzeyleri İle Sempatik Deri Yanıtı İlişkisi ve Tıbbi Tedavinin Etkileri. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi.
124. Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, Consoli SM (2005). Emotion-Processing Deficits in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 37(4): 321-329.

125. Kessler H, Schwarze M, Filipic S, Traue HC, von Wietersheim J (2006). Alexithymia and Facial Emotion Recognition in Patients With Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 39(3): 245-251.
126. Speranza M, Loas G, Wallier J, Corcos M (2007). Predictive Value of Alexithymia in Patients with Eating Disorders: A 3-Year Prospective Study. *Journal of Psychosomatic Research* 63(4): 365-371.
127. Beales DL, Dolton R (2000). Eating Disordered Patients: Personality, Alexithymia, and Implications for Primary Care. *Br J Gen Pract* 50(450): 21-26.
128. De MCDL, Florequin C, Bailly D (2001). Obesity, Alexithymia, Psychopathology and Binge Eating: A Comparative Study Of 40 Obese Patients and 32 Controls. *L'Encephale* 27(4): 343-350.
129. Özdemir Ü, Taşcı S (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1(1): 57-72.
130. Güleç H, Yenel A (2010). 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 13(3):108-112.
131. Fukunishi I (2005). The Development of Alexithymia Scale for Adolescence. In *Journal of Psychosomatic Research* 58(6): 36.
132. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F (1996). How Are Alexithymia and Physical Illness Linked? A Review and Critique of Pathways. *Journal Of Psychosomatic Research* 41(6): 505-518.
133. Shahi M, Mohammadyfar MA (2017). Comparison of Depression, Anxiety, Stress, Quality of Life, and Alexithymia Between People with Type II Diabetes and Non-Diabetic Counterparts. *Personality and Individual Differences* 104: 64-68.
134. Karakaş SA, Karabulutlu EY, Akyıl RÇ, Erdem N, Turan G.B. (2016). Hipertansiyon ve astım hastalarında aleksitimi ve sosyal desteğin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 7(2): 68-74 .

135. Todarello O, Taylor GJ, Parker J D, Fanelli M (1995). Alexithymia in Essential Hypertensive and Psychiatric Outpatients: A Comparative Study. *Journal of Psychosomatic Research* 39(8): 987-994.





## 10. EKLER

### 10.1. Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu araştırmanın amacı, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların aleksitimik özellikleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Araştırma, KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşenur TÜRKMEN'in Bilim Uzmanlığı Tezi olarak planlandı.

Ülkemizde miyokard enfarktüsü geçiren hastaların aleksitimik özelliklerini belirlemeye yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışma ile miyokard enfarktüsü geçiren hastaların semptomlarını/sorunlarını doğru ve uygun şekilde tanımlaması, açıklaması sağlık yardımı almalarında, sorunlarının zamanında tanınmasında, etkin tedavi ve bakımında kolaylık sağlama ile ilgili farkındalık oluşturacağı düşünülmektedir. Bu nedenle size hastalığınız ve duyu durumunuza yönelik soruları içeren bir anket formu uygulanacaktır.

Bu araştırma ile ilgili kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılım konusunda karar vermede özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen sağlık hizmetini hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Bu araştırma süresince sizden elde edilen bilgiler gizli tutulacaktır.

Ben .....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli ve doyurucu yanıtlar aldım. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan alınan bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

**Hasta Adı Soyadı**

**Araştırmacının Adı Soyadı**

**İMZA**

**İMZA**

## 10.2. Ek 2. Hasta Bilgi Formu

### A. TANITICI ÖZELLİKLER

1. Cinsiyet:  Kadın  Erkek

2. Yaş: .....

3. Kilo:..... Boy:..... BKİ:.....

4. Medeni Durumu:  Bekar  Evli

5. Eğitim Düzeyi:  Okur-yazar değil  Okur-yazar  İlköğretim mezunu  
 Lise mezunu  Üniversite mezunu

9. Yaşanılan Yer:  Köy  İlçe  İl

6. Çalışma Durumu:  Çalışıyor.....  Çalışmıyor

7. Gelir Düzeyi:  Gelir giderden yüksek  Gelir gidere eşit  Gelir giderden düşük

9. Birlikte Yaşanılan Kişiler:  Yalnız  Eş ile  Eş ve çocuklar  Diğer

10. Sigara Kullanımı:  Kullanıyor  Kullanmıyor /Bıraktı

11. Alkol Kullanımı:  Kullanıyor  Kullanmıyor /Bıraktı

### B. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

12. Koroner Arter Hastalığı Süresi:  1 yıldan az  1-5 yıl  6-10 yıl  11 yıl ve üzeri

13. Miyokard Enfarktüsü Nedeniyle Daha Önce Hastanede Yatma:  Evet  Hayır

14. Miyokard Enfarktüsü Geçirme Sayısı:  1 kez  2 kez  3 kez ve üzeri

15. Hastalığını Başkaları İle Paylaşma:  Evet  Hayır

16. Miyokard Enfarktüsü Belirtilerini Tanıyıp Yardım İsteyebilme:  Evet  Hayır

17. Ek Kronik Hastalık Varlığı:  Evet.....  Hayır

### 10.3. Ek 3. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20

#### TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.  
Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlmeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.....	1	2	3	4	5

Copyright © 1994 Bagby, Parker, & Taylor  
Türkçe TAS-20 © 2001 Kemal Sayar & Samet Köse

## 10.4. Ek 4. Kurum İzni

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU**  
**Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**  
**Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

Sayı : 96975576/  
Konu : Bilimsel Çalışma



**Doç.Dr.Sevilay HİNTİSTAN**  
**İç Hastalıkları Hemşireliği**  
**Anabilim Dalı Öğretim Üyesi**

İlgi : 10.05.2016 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçenizde belirtmiş olduğunuz danışmanlığınızda Hemşire Ayşenur TÜRKMEN tarafından yürütülmesi planlanan "Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Alekstimik Özelliklerinin Belirlenmesi" konulu araştırmanın Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yürütülmesi uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.İsmet DURMUŞ  
Hastane Yöneticisi

Sığıksu Mah. Ahi Evren Göğüs, K.D.C.E.A.H  
Tlf: 0462 2310467 Faks:0462 2310483  
Elektronik Ağ: [www.ahievren.gov.tr](http://www.ahievren.gov.tr)

Ayrıntılı Bilgi Per. Şube: Ayşegül BACIOĞLU  
Tlf: 0462 2310467 -2417  
E-posta: trabzoneahl@saglik.gov.tr

## 11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 23618724-  
Konu: Yüksel Lisans Tezi



Doç.Dr.Sevilay HİNTİSTAN  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

İlgi:10.05.2016 tarih ve 2016/40 sayılı dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçenizde belirtilen "Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların aleksitimik özelliklerinin belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez projesi başvurunuz hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Uzer KÜÇÜKTÜLÜ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

**KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	<b>ETİK KURULUN ADI</b>	KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	<b>AÇIK ADRESİ</b>	Kanuni E.A.H. 1.Kat Kaşüstü/YOMRA-TRABZON
	<b>TELEFON</b>	0 462 341 5656
	<b>FAKS</b>	0 462 341 5653
	<b>E-POSTA</b>	kanunietikkurul@gmail.com

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların aleksitimik özelliklerinin belirlenmesi			
	<b>ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU</b>	2016/40			
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADE/SOYADI</b>	Sorumlu Araştırmacı: Doç.Dr.Sevilay HINTIŞTAN Yardımcı Araştırmacılar: Hemşire Ayşenur TÜRKMEN			
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI</b>	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	<b>DESTEKLEYİCİ</b>	YOK			
	<b>DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ</b>	YOK			
	<b>ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ</b>	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz					
<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	<b>TEK MERKEZ</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>ÇOK MERKEZLİ</b> <input type="checkbox"/>	<b>ULUSAL</b> <input type="checkbox"/>	<b>ULUSLARARASI</b> <input type="checkbox"/>	

**KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	2016	40	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	GERFKMIYOR	GERFKMIYOR	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	GERFKMIYOR	GERFKMIYOR	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	GERFKMIYOR	GERFKMIYOR	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama (Anket Çalışması)				
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	GERFKMIYOR (ANKET ÇALIŞMASI)			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	GERFKMIYOR (ANKET ÇALIŞMASI)			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	GERFKMIYOR (ANKET ÇALIŞMASI)			
	ILAN	<input type="checkbox"/>	GERFKMIYOR (ANKET ÇALIŞMASI)			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	GERFKMIYOR (ANKET ÇALIŞMASI)			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	GERFKMIYOR (ANKET ÇALIŞMASI)			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	GERFKMIYOR (ANKET ÇALIŞMASI)			
	DiĞER: (BAŞVURU DİLEKÇESİ, HELSINKİ BİLDİRGESİ, ÖZGEÇMİŞLER, İDARE ONAYI)	<input checked="" type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	<b>Karar No:2016/40</b>	<b>Tarih: 03.06.2016</b>				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	<b>Prof.Dr.Uzer KÜÇÜKTÜLÜ (Genel Cerrah-KANUNİ E.A.İİ)</b>

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr. Ersin YARIŞ	Farmakoloji	KTU TIP FAKÜLTESİ	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Uzer KÜÇÜKTÜLÜ	Genel Cerrahi	KANUNİ E.A.H	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. N.Ercüment BEYHUN	Haik Sağlığı	KTU TIP FAKÜLTESİ	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Ahmet DURMUŞ	Hematoloji	KANUNİ E.A.H	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Erkan VURALKAN	K.H.B	KANUNİ E.A.H	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Neslihan KAYAOĞLU	Biyokimya	KANUNİ E.A.H	F <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av.Rafia ÇEKİRDEKÇİ	Avukat	TRABZON İL. SAĞLIK MÜD.	F <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Zekai AYDIN	Fizik Uzmanı	KTU TIP FAKÜLTESİ	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
İsmail OMAK	Sağlık Dışı Üye	SERBEST MESLEK SAHİBİ	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

## 12. ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**T.C. Kimlik /Pasaport No** : 31273688244  
**Soyadı, Adı** : TÜRKMEN, Ayşenur  
**Uyruğu** : T.C.  
**Doğum Tarihi ve Yeri** : 11.06.1990 MERSİN  
**Medeni Hali** : Bekar  
**Telefon** : 0 462 231 19 07  
**E-Posta** : turkmenayse33@gmail.com

### EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans Afyon Kocatepe Üniversitesi S.Y.O	2012
Lise Mersin Gazi Lisesi	2007

### AKADEMİK /MESLEKİ DENEYİMİ

Görev Kurum Süre	(Yıl-Yıl)
1. Hemşire R.T.E Üniversitesi E.A.H	2013-2014
2. Hemşire Ahi Evren Göğüs Kalp Damar E.A.H	2014-

### YABANCI DİL

İngilizce

### UZMANLIK ALANI

İç Hastalıkları Hemşireliği