

156235

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN
HASTALIKLARI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Gülşen (TÜRKCAN) DÜZÖZ

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ

2003 - AFYON

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıklar Hemşireliği AD. İç Hastalıklar Hemşireliği programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunması Tarihi 01./09/2003

İmza

W. Dedeş
Yrd. Doç. Dr. Nurten Özdeğir

İmza

İmza

Yrd. Doç. Dr. Nihal Çarpız

İmza

İmza

Yrd. Doç. Dr. Feriye Öner

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Gülsen TÜRKCAN'ın " Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi" başlıklı tezi 01.09.2003 günü saat 16:00'da Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İmza

Doç. Dr. Yüksel ARIKAN
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kalp hastalıkları bugün için insanlığın en önemli sağlık problemi olmak durumundadır. Aynı zamanda büyük çalışma ve iş kaybına neden olmaktadır.

Bireyin hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrenmesinde hemşireye büyük sorumlulukları düşmektedir. Kişiyi hastalığı hakkında bilinçlendirmek ve önerilere uyumunu sağlamak hemşirenin görevlerindedir. Bu da eğitimle elde edilir. Artık eğitim verilmeyen hasta yeterli tedavi olmuş sayılmamaktadır.

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi aşamalarında değerli katkıları olan, zamanı ve yardımlarını esirgemeyen danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ'e, araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Muğla Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde görevli doktor ve hemşirelere, bu araştırmanın gerçekleşmesinde ilgi ve istekle çalışmaya katılan miyokard infarktüsülü hastalara, yine araştırmanın her aşamasında ve her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Bülent'e ve sayın hocam Öğr. Gör. Filiz AKA'ya teşekkür ederim.

Gülşen (TÜRKCAN) DÜZÖZ

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Tablolar	
ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ	3
1.1 Araştırma İle İlgili Kuramsal Bilgiler	6
1.1.1 Akut Miyokard İnfarktüsünün Tanımı	6
1.1.2 Akut Miyokard İnfarktüsünün Etyopatogenezi	6
1.1.3 Akut Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri	6
1.1.3.1 Kontrol Altına Alınamayan Risk Faktörleri	7
1.1.3.2 Kontrol Altına Alınabilen Risk Faktörleri	8
1.1.3.2.1 Majör Risk Faktörleri	8
1.1.3.2.2 Minör Risk Faktörleri	9
1.1.4 Akut Miyokard İnfarktüsünün Kliniği	11
1.1.4.1 Akut Miyokard İnfarktüsünün Belirti ve Semptomları	11
1.1.4.2 Akut Miyokard İnfarktüsünün Elektro- Kardiografik Bulguları	14
1.1.4.3 Akut Miyokard İnfarktüsünün Laboratuvar Bulguları	15
1.1.4.3.1 Hematolojik	15
1.1.4.3.2 Kimyasal	15
1.1.4.4 Akut Miyokard İnfarktüsünün Komplikasyonları	16
1.1.4.4.1 Disritmiler (Aritmiler)	16
1.1.4.4.2 Kalp Yetmezliği	17

1.1.4.4.3 Kardiyojenik Şok	18
1.1.4.4.4. Akciğer Ödemi	18
1.1.4.4.5 Ani Ölüm	18
1.1.4.4.6 Post-Miyokardiyal İnfarktüs Sendromu	19
1.1.4.4.7 Flebit ve Emboli	19
1.1.4.5 Akut Miyokard İnfarktüsünde Tedavi	19
1.1.4.5.1 Hastane Öncesi	20
1.1.4.5.1.1 Mobil Koroner Bakım Üniteleri	21
1.1.4.5.1.2 Acil Ünite İlk Yaklaşım ve Acil Üniteden Koroner Yoğun Bakım Ünitesine (KYBÜ) Nakil Protokolü	21
1.1.4.5.2 Hastanede Koroner Bakım Ünitesinde Tedavi	22
1.1.4.5.3 Hastane Sonrası Bakım	28
1.1.4.6 Akut Miyokard İnfarktüsünde Prognoz	28
1.1.4.7 Kalp Hastalığı ve Akut Miyokard İnfarktüsünden Korunma ve Eğitim	29
1.1.4.8 Akut Miyokard İnfarktüsülü Hastanın Hemşirelik Bakımı	30
1.1.4.9 Kardiyak Rehabilitasyon	33
2. GEREÇ VE YÖNTEM	36
2.1 Araştırmanın Tipi	36
2.3 Araştırmanın Evreni	36
2.4 Örnek Sayısı ve Örnek Büyüklüğü	36
2.5 Veri Toplama	36
2.6 Anket Formlarının Uygulanması	37
2.7 Verilerin Değerlendirilmesi	37
2.8 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	38
2.9 Süre ve Olanaklar	38

3. BULGULAR	39
4.TARTIŞMA	53
5. SONUÇ	59
5.1 Öneriler	61
KAYNAKLAR	63
EKLER	



TABLÖLAR

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	39
Tablo 2. Bilgi Düzeylerinin Dağılımı	41
Tablo 3. Hastaların Bilgi Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	41
Tablo 4. Hastaların Bilgi Puanlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	42
Tablo 5. Hastaların Bilgi Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	42
Tablo 6. Hastaların Bilgi Puanlarının Meslek Durumlarına Göre Dağılımı	43
Tablo 7. Hastaların Bilgi Puanlarının Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı	44
Tablo 8. Hastaların Risk Faktörlerine Göre Dağılımı	45
Tablo 9. Hastaların Bilgi Puanlarının BKİ ne Göre Dağılımı	47
Tablo 10. Hastaların Bilgi Puanlarının Tansiyon Değerlerine Göre Dağılımı	47
Tablo 11. Hastaların Bilgi Puanlarının Kolesterol Düzeylerine Göre Dağılımı	48
Tablo 12. Hastaların Bilgi Puanlarının Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	49
Tablo 13. Hastaların Bilgi Puanlarının Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	49
Tablo 14. Hastaların Bilgi Puanlarının Başka Hastalığı Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı	50

Tablo 15. Hastaların Bilgi Puanlarının Bilgi Edinme Durumlarına

Göre Dağılımı 51

Tablo 16. Hastaların Bilgi Puanlarının Bilgi Edindikleri Kaynaklara

Göre Dağılımı 52



ÖZET

Bu araştırma Muğla Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne 28/09/2002-29/05/2003 tarihleri arasında yatan Akut Miyokard İnfarktüs'lü (AMI) hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeylerinin, hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, AMI oluşumuna neden olabilecek bazı etmenlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çalışma kapsamına alınan 90 hastaya, hasta tanıtım formu ve hastalığa ilişkin bilgi değerlendirme sorularını içeren anket formu teke-teke görüşme yöntemi ile uygulandı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tüm verilerin sayı ve yüzde dağılımları ile bağımlı-bağımsız değişkenler arasında SPSS programında varyans analizi, Kruskal-Wallis, anlamlı çıkan değişkenlerin çoklu karşılaştırılmalarında Tukey HSD, Tukey LSD analizleri kullanıldı.

Sonuç olarak; hastaların konu ile ilgili genel bilgi puanı ortalamalarının $14,57 \pm 3,15$ olduğu, bilgi düzeylerinin; yaş, eğitim, meslek, tansiyon ve kolesterol değerlerinden ve başka hastalık olup-olmama durumundan etkilendiği saptanmıştır.

Bu sonuçlar ışığında; AMI geçirmiş hastalara ve ailesine eğitim verilmesinin, hastaların ileri dönemlerde takip edilmesinin, kardiyolojik birimlerde çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitim programları ile bu konuda bilgilendirilmesinin yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Sözcükler: Akut Miyokard İnfarktüsü, Hasta, Hemşirelik, Kalp, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi.

SUMMARY

Determining the Knowledge Levels of Patients With Acute Myocardial Infarction About Their Own Diseases

This study was designed as a definitive study in order to investigate the knowledge levels of patients hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit of Muğla State Hospital between the dates 28/09/2002 and 29/05/2003 with the diagnosis AMI about their disease, their socio-demographical characteristics and some other factors that could cause the development of AMI. The patient identification form and the questionnaire containing the questions for the evaluation of their level of knowledge about their disease were filled in one-to-one interviews with the 90 patients who were included in the study. For the evaluation of the data obtained, variant analysis with SPSS program and Kruskal-Wallis was used for the evaluation of the distribution of the entire data as numbers and percentages and dependent/independent variables and Tukey HSD and Tukey LSD analyses were used for the multiple comparisons of significant variables.

As a result it was found that the average score of the patients for their general knowledge about the subject was $14,57 \pm 3,15$ and the level of knowledge was affected from factors like age, education, profession, from levels of blood pressure and blood cholesterol and other co-existing diseases.

In the light of these results, we have the opinion that informing of the patients who had suffered AMI and their relatives about the disease, following the patients in later stages and training of the nurses working in cardiological units about the subject with in-job training programs would be beneficial.

Key words: Acute myocardial infarction, Patient, Nursery, Heart, Coronary Intensive Care Unit.

1. GİRİŞ

Koroner kalp hastalığı (KKH), tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de erişkinlerde başta gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Kalp-damar hastalıklarının 2/3'si miyokard infarktüsü olarak ortaya çıkmaktadır (1).

Kalp hastalıklarının toplumda görülme sıklığının giderek artması, iş gücü kaybı oluşturması ve ölüm sebeplerinin başında gelmesi kalp hastalıklarına ilişkin birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemlerinin önemini ortaya koymaktadır (2,3). Değiştirilebilir risk faktörleri olan; şişmanlık, stres, hareketsiz yaşam şekli, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, sigara ve şeker hastalığı gibi faktörlerin ortadan kaldırılması, önlemeye yönelik çalışma gruplarının etkin sağlık eğitimi uygulamalarıyla ve yazılı kaynak kullanımları ile gerçekleştirilmektedir (3).

Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) geçiren hastaların %50-60'ı hastaneden çıktuktan sonra ilk yıl içinde yaşamlarını yitirmekte ve bu ölümler genellikle ani kalp durması ve tekrar infarktüs geçirmeye bağlı olmaktadır (4). Bu neden ile AMI geçiren hastalar gerek kısa gerekse uzun dönemde risk altındadırlar. Miyokard İnfarktüsü'nün birincil ve ikincil korunmasında yaşam şeklinde yapılacak olumlu değişiklikler büyük önem taşır. Bunların başında risk faktörlerinin değiştirilmesi, hafifletilmesi veya tedavisi gelir (5,6). Bu aşamada hastaların kendilerine ait risk faktörlerini değerlendirebilmeleri, bu faktörlerin yönetimi, yaşamlarını sürdürmeleri için iyi bir bakım ve desteğe ihtiyaçları vardır. Hastalıkla baş etmede, hastalıkla ilgili yaşam şekli değişikliklerini gerçekleştirerek hastalığa uyumu sağlamada sağlık bakım ekibinin rolü çok önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü; hemşirenin en güncel görev ve işlevlerini "bireyin ailelere ve gruplara, yaşadıkları, çalıştıkları ortamın çetin koşulları içerisinde fiziksel, ruhsal ve sosyal potansiyelin değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmak" olarak tanımlar. Hemşirelik aynı zamanda hastalığın rehabilitasyonu sırasında bakımın planlanmasının yanı sıra, hastalığın kişiyi etkileyen fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle de ilgilenir. Kronik bir hastalığın ortaya çıkardığı sosyal, fiziksel, duygusal ve ekonomik zorluklar hasta ve ailesinin uyumunu güçleştirir ve yaşam kalitelerini azaltır (7). Sağlık eğitimi ve

rehabilitasyon programları ile hemşireliğin amacı, hastayı elindeki olanaklarla en sağlıklı biçimde hayatını sürdürmesi için eğitmek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (8). Bu amaçla hasta hastaneye kabul edildiği andan itibaren, sağlık bakım ekibi, bakım girişimleri ile birlikte hastalık hakkında eğitim programına da başlamalıdır.

Kardiyak rehabilitasyon programları ile ilgili araştırmalarda; uygun olduğu belirtilen dönem içinde, belirlenen bilgi düzeyi yetersizlikleri doğrultusunda, uygulanan programlı, bireysel ve yazılı materyal kullanılarak yapılan eğitimin, hastanın istenen uyumu sağlamasındaki önemi vurgulanmaktadır (2).

Sağlık hizmetlerinin günümüzdeki amacı; sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesine yardımcı olacak yaşam biçimlerinin ve felsefesinin oluşturulmasıdır (8). Bu çerçevede birçok kronik hastalıkta olduğu gibi miyokard infarktüsü geçiren hastaların da kendileri ve hastalıkları ile ilgili mevcut ve olası risk faktörlerini değerlendirmeleri, hastane sonrasında da hastalıkları ile ilgili kendi bakımlarını sürdürebilmeleri ve böylelikle öz güven kazanmalarını kolaylaştırmaya yönelik yardım almaya gereksinimleri vardır (9).

Bütün bunlar göz önüne alındığında özellikle AMI'den sonraki ilk saatlerde ölüm oranını azaltmak amacıyla toplumun bilinçlendirilmesi önem kazanmaktadır. Ülkemizde 112 acil yardım birimlerinin hizmete girmesi, orta ve yüksek öğrenim kurumlarında ambulans teknisyen ve teknikerliği programlarının başlatıldığı, tıp fakülteleri, sağlık kuruluşları, hemşirelik yüksek okulları ve acil tıp derneği gibi resmi ve sivil kuruluşlar tarafından kardiyo pulmoner resüsitasyon (CPR) ve ilk yardım kursları açılmaktadır. Ancak görsel ve işitsel kitle iletişim araçlarından, basın yayın organlarından izlenildiği kadarı ile görülen yanlışlık ve eksiklikler, toplumda ilk yardımla ilgili bilgilendirme çalışmalarında henüz başarılı olunmadığını göstermektedir (10-12). Oysa özellikle AMI'nde erken ve doğru müdahale edilmesi, hastanın süratle hastaneye ulaştırılması büyük önem taşımaktadır (13).

AMI geçirmekte olan bireylerin %20 gibi bir oranının henüz hastaneye ulaşmadan kaybedilmesi, gerekli ilk yardım çalışmalarının yapılamadığını ya da yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır (14).

Bu düşüncelerden yola çıkarak planlanan bu çalışma; AMI geçirmiş hastaların, sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi, AMI ile ilgili bilgi düzeylerinin ve varsa bilgi açıklarının belirlenmesi, AMI oluşumuna neden olabilecek bazı etmenlerin, konu ile ilgili bilgi düzeylerinin etkileyebilecek faktörlerin incelenmesi, elde edilen sonuçların konu ile ilgili verilecek eğitime temel oluşturması amaçlanmıştır. Bu açıdan bakıldığında bu araştırmanın; birinci görevi sağlığı koruma ve sürdürme olan hemşirelik mesleği açısından yararlı ve önemli olacağı düşünülmüştür.



1.1 Araştırma İle İlgili Kuramsal Bilgiler

1.1.1 Akut Miyokard İnfarktüsünün Tanımı

Koroner arterlerin tıkanması yada ileri derecede daralması sonucu miyokardın bir bölümünde uzamış iskemi nedeni ile meydana gelen geri dönüşümsüz kalp kası nekrozu oluşmasına “Akut Miyokard İnfarktüsü” denir (11,15-20).

1.1.2 Akut Miyokard İnfarktüsünün Etyopatogenezi

AMI genellikle (%90) aterosklerozla daralmış bir koroner arteri tıkayan akut trombüs ile oluşur (11,14,21).

Aterosklerozun etyolojisi ve patolojisi ne olursa olsun, koroner arter lümeninin, aterom plağı ile daralması veya tıkanması sonucu, miyokarda gelen kan akımı azalır ve miyokard iskemisi uzun süreli olduğu zaman, miyokard hücrelerinde nekroz (infarktüs) oluşur (11,15 ,22,23). Nekroz 20 dakikada başlar ve 4-6 saatte giderek büyüyerek sonlanır (11,16).

AMI'nün kapsamı iskeminin boyutuna, tıkanan koroner arterin beslediğı kas kitlesine,kollateral kan akımı miktarına ve beslediğı dokunun oksijen ihtiyacına bağlıdır. AMI'den sonra 6 saat kadar patolojik miyokard değişikliği olmaz (11).

Koroner spazm, romatizmal kalp hastalığı, endokardite bağlı emboli veya aort stenozu durumlarında, koroner arterlerde tıkanma olmaksızın da infarktüs meydana gelebilmektedir (22,24). Yapılan araştırmalarda AMI'den ölen hastaların otopsilerinde, olguların %53'ünde aterosklerotik koroner arter daralması ve %48'inde taze kan trombozu saptanmıştır. Fakat şok ve kalp yetersizliğinden ölen AMI'lü hastalarda, daima taze kan trombozu görülmüştür (22,24-26).

1.1.3 Akut Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri

AMI'nün oluşumunda bir çok faktör rol oynamaktadır. Risk faktörlerinin anlaşılmasının bu hastalığın korunmasında büyük önemi vardır. Çünkü bu risk faktörlerinin bazılarında korunmak mümkündür ve risk faktörlerini azaltarak hastalığın

oluşmasını geciktirmek, bu yaygın hastalığın yıkıcı etkisi ile savaşmak önemli bir sağlık görevidir (27).

Risk faktörlerinin oluşumunda ise söz konusu kişinin genetik yapısı ve yaşam biçimi önemli bir rol oynar. AMI'nün tedavisinde kullanılan ilaçların ve müdahale tekniklerinin artan maliyetlerinin sağlık ekonomisine getirdiği yük ve prognozun ciddiyeti tedaviden çok korunmayı ön plana çıkarmış ve risk faktörlerinin üzerine akılcı ve etkili bir şekilde gidilmesi önem kazanmıştır (11,28).

AMI'nün risk faktörleri kontrol altına alınabilenler ve alınamayanlar olarak iki grupta incelenebilir.

1.1.3.1 Kontrol Altına Alınamayan Risk Faktörleri

Yaş, cinsiyet, kalıtım, kişilik yapısı kontrol altına alınamayan risk faktörleridir ve korunmak olanaksızdır.

Yaş: Yaş ilerledikçe miyokard infarktüsü görülme riski artar. Erkeklerde 45 yaş kadınlarda 55 yaş üzeri risk grubundadır (11,27).

Cinsiyet: Her toplumda erkekler kadınlara oranla daha erken yaşlarda AMI geçirirler. Kadınlarda kardiovasküler hastalık gelişmesi erkeklerden ortalama 10 yıl daha geç başlar. Östrojenin koruyucu etkisi nedeni ile bu risk ancak menopozdan sonra hızlanır ve erkeklerin oranına ulaşır (11,27,29).

Türker'in çalışmasında kadınlardaki AMI sonrası erken mortalite erkeklerle oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır bunun kadınlarda erkeklerle oranla daha sık görülen hipertansiyon, diyabet ve ileri yaşın etkili olduğu düşünülmektedir (30).

Kalıtım: Ateroskleroza ve iskemik kalp hastalıklarına genetik yatkınlık birçok güçlü kanıtlarla gösterilmiştir. Ailede 55 yaş altında iskemik kalp hastalığı tanısı konmuş birinci dereceden akrabası olanlarda risk fazladır. İkinci dereceden akrabalarındaki AMI daha az önem taşır. Aile hikayesinde hiperkolesterolemi, diyabet, hipertansiyon ve obezite varlığı aile geçmişinde anlamlı risk faktörleri arasındadır (11,16,28,31).

1.1.3.2 Kontrol Altına Alınabilen Risk Faktörleri

Bu gruptaki risk faktörleri koruyucu önlem ve tedavilerle korunabilir risk faktörleridir ve özellikle önemlidir. Bu gruptaki risk faktörlerinin en önemlisi sigara kullanımı, hipertansiyon ve hiperkolesterolemidir. Özellikle gençlerde bu risk faktörlerinin azaltılması ve toplumun bu yönde eğitilmesi gerekmektedir (11,22,27).

Kontrol altına alınabilen risk faktörleri minör ve majör olmak üzere iki grupta incelenebilir.

1.1.3.2.1 Majör Risk Faktörleri

Hipertansiyon: Sistolik kan basıncının 140 mmHg'nın, diyastolik kan basıncının ise 90 mmHg'nın üzerine çıkması ve bunun devamlı olması hipertansiyon olarak tanımlanır. Hipertansiyonda kalp artan periferik dirençle karşı karşıyadır ve devamlı olarak normalden fazla bir dirence karşı çalışır. Bu da kalp yükünü ve enerji ihtiyacını artırır. Zamanla kalp kasının hipertrofi ve dilatasyonuna neden olur. Sonuçta kalp kasının kana ihtiyacı artar, miyokard infarktüsü gelişir (6,27).

Arter içindeki basınç artışı, lipidlerin damar dışına sızmasına ve aterom plağı oluşmasını kolaylaştırabilir (6). Hipertansiyon genellikle diğer risk faktörleri ile birlikte bulunur. Bu birliktelik özellikle hipertansiyon ve hiperlipidemi durumunda sinerjistik etki gösterir(30).

Yüksek Kan Kolesterolü: Aterosklerozun temel nedeni olan kolesterol, damar duvarındaki tıkaçıcı plakları oluşturan birincil maddedir. Total kolesterol düzeyi yüksek olan kişilerde damar endotelinde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler görülür, damar duvarında kolesterol ve lipid birikimi olur ve sonuçta ateroskleroz gelişir (27,32). Kolesterol kanda lipoproteinler tarafından taşınır. Protein ,kolesterol ve yağ yoğunluğuna göre; LDL düşük dansiteli protein ,HDL yüksek dansiteli protein,VLDL çok düşük dansiteli protein olmak üzere üçe ayrılır. LDL; damar duvarında kolesterol biriktirir. Halk arasında kötü kolesterol olarak adlandırılır. Kandaki toplam kolesterolün yaklaşık %70'ini oluşturur. HDL; damar duvarında biriken kolesterolü temizlediğinden iyi kolesterol olarak adlandırılır. Kandaki kolesterolün yaklaşık %30'unu oluşturur (11).

Kan kolesterol seviyesi sağlıklı kişilerde 200 mg/dl altındadır. Kolesterol düzeyi 150mg/dl'den daha az olan popülasyonlarda koroner olay gelişme riski nadirdir (27).

Sigara: Sigara içen ve sigara dumanına maruz kalan kişilerde karbonmonoksit düzeyleri yükselmektedir. Bu durumda kanın oksijen taşıma kapasitesi azalmakta, dolayısıyla iskemik kalp hastalıkları olan kişilerde egzersiz toleransı olumsuz yönde etkilenmektedir (27,33).

Ağır içicilerde (günde 25 sigaradan fazla) HDL düzeyi azalırken LDL ve trigliserid seviyeleri yükselir. Sigaranın kan basıncına olan etkisi değişkendir. Akut inhalasyonda kan basıncını yükseltir. Kronik içicilerde ise içmeyenlere oranla daha düşük kan basıncı seviyeleri gözlenir(30). Sigaranın bırakılması ile 5 yıl içindeki ölüm riski %31'den %17'ye düşmektedir. 65 yaşın altında sigarayı bırakan erkeklerde KKH'dan ölüm riskinin yarıya indiğini ve 10 yıl sonra sigara içmeyenlerle aynı seviyeye yaklaştığı bildirilmiştir (27,34).

1.1.3.2.2 Minör Risk Faktörleri

Minör risk faktör sayısı oldukça fazladır. Şişmanlık, fizik aktivite azlığı, kişilik faktörü ve yapısı, diyabet, psikososyal yaşantı kalp hastalığının ilerlemesine, hızlanmasına neden olan minör risk faktörleri arasında yer alırlar (11,22).

Hareketsiz yaşam,oturarak iş yapma, fizik egzersizin az oluşu ateroskleroz riskini artırmakta bu da ateroskleroz eğiliminin artışına yol açmaktadır. Vücut ağırlığının diyet ve düzenli egzersiz yoluyla azaltılması kardiyovasküler durumun optimize edilmesine katkıda bulunur. Vücut ağırlığı beden kitle indeksine göre %30'dan fazla olanlarda koroner arter hastalığı daha fazladır (35). Amerikan kalp cemiyeti 1998 yılında yayınladığı bildiriyle obesiteyi artık KKH için majör bir risk faktörü olarak kabul ettiğini duyurmuştur. Bu çerçevede hastaların kilolarını vücut kitle indeksi için ideal değer kabul edilen 25kg/m² ve altına indirmek için çaba gösterilmesi gerektiğini bildirmektedir (34).

Diyabetiklerde görülen lipid metabolizması değişiklikleri sonucu VLDL düzeyi artmaktadır. Bu da damar duvarına lipid birikimini arttırıcı olmaktadır. Diyabette LDL

glükolizasyonu ve bileşimi değişmiştir. HDL'nin kolesterolü temizleme fonksiyonunu bozması olasıdır. İki diyabetlinin birinde koroner arter hastalığı mevcuttur. Diyabetiklerde miyokard infarktüsü rastlanma sıklığı diyabetik olmayanlara göre 1.5-2.5 kez fazla ve ayrıca daha sıklıkla ölümcül ve iki kez daha fazla sessizdir (ağrısız) (11).

Diyabetik hastalarda sigara içimi yasaklanmalı ve hipertansiyon kontrol altına alınmalıdır. Diüretik gibi glüköz toleransını negatif yönde etkileyen ilaçlar kullanılmamalıdır. Artan insülin direnci lipoprotein lipaz seviyesini azaltır. Lipaz seviyesinin azalması da lipoproteinlerin artışına neden olur. Aynı zamanda insülin direnci, yağ dokusunun lipolizinde, karaciğere gelen serbest yağ asidinin miktarında, VLDL ve trigliseridin sekresyonunda artışa neden olur (30).

Yüksek düzeylerde alkol alımı konjestif ve dilate kardiyomiyopati, hipertrigliseridemi, hipertansiyon ve serebrovasküler olayları ortaya çıkarır dolayısı ile akut miyokard infarktüsüne zemin hazırlar (11,31). Alkol alındığında cilt damar yatağında genellikle belirgin vazodilatasyon ve buna bağlı olarak ciltte kızarma olur, terleme artar. Bunun yanında, alkol düşük dozda alındığında vazodilatasyonu direkt olarak damar düz kasları üzerinden yaptığı kabul edilmektedir. Alkol serebral ve koroner kan akımlarını arttırmaz. Alkolün anjinal hastalarda EKG'de bir değişiklik yapmaksızın ağrıyı azalttığı ve önlediği saptanmıştır. Bu alkolün periferik rezistansı düşürerek, kalbin yaptığı işi azaltması veya anjinal nöbetin oluşumuna kolaylaştıran psöşik gerginliği gidermesi ile ilgili olabilir. Yapılan araştırmalarda, iyi beslenmiş alkolik kişiye hergün 300-400ml viski, 3-4 ay devamlı verildiği zaman, yavaş yavaş kalp yetmezliği geliştiiği görülmüştür. Bu araştırmada, alkol kesildikten sonra ve hiçbir tedavi yapılmadan, birkaç haftada konjestif kalp yetmezliğinin kaybolduğu gözlenmiştir. Bir double (25 ml) distile içki alkol bakımından 250 ml bira 70 ml şarap ile eşdeğerdir. Günde 60 ml distile içki kardiyovasküler risk ile negatif yönden ilişkili bulunmuştur. Bu miktarda alınan alkol HDL miktarlarını yükseltmekte, dolayısı ile anti-aterojen bir tesir sağlamaktadır. Yüksek miktarda alkol kalp hastalıkları ile direkt ilişkilidir. Yüksek miktar alkolün fatal aritmiye sebep olduğu ispat edilmiştir (36).

Stres ve kişilik yapısı da AMI'nda önemli bir faktördür. Jenkins ve Zyzaski'nin 1970'lerde tanımladığı A tipi kişilikte olan bireylerde AMI daha fazla görülür. Bu kişiler iddialı, stresli, hırslı, rekabet duygusu içinde zamanla yarışan, çok başarılı mükemmeliyetçi bireylerdir (11,31). Diğer yandan yoğun ve devamlı strese maruz kalmak da kişinin endokrin yapısını olumsuz etkiler. Sürekli adrenalin ve glikokortikoid salgıları ile kalp ve dolaşım sistemi zarar görür ve AMI riski artar (11,15).

A tipi kişilikle koroner arter hastalığı arasındaki ilişki Framingham çalışması da dahil olmak üzere çeşitli çalışmalar tarafından incelenmiş, A tipi kişiliğe sahip olanlarda anjina pectoris gelişme sıklığının iki kat arttığı saptanmıştır. Kişilik yapısının prognoza etkisi tartışmalıdır (30).

Tatlı ve arkadaşlarının çalışmasında; genç AMI'lı olguların risk faktörlerinin başında sigara kullanımı, aile anamnezi ve hiperlipidemi gelmektedir ayrıca bu çalışma sonucunda genç AMI'lı vakalarda kan ürik asit düzeyindeki yüksekliğin koroner arter lezyonunun bir ön belirleyicisi olabileceği düşünülmüştür (37).

1.1.4 Akut Miyokard İnfarktüsünün Kliniği

1.1.4.1 Akut Miyokard İnfarktüsünün Belirti ve Semptomları

AMI'nü genellikle presipite eden faktör yoktur. Hastaların %51'inde istirahat, % 8'inde uykuda, % 18'inde egzersiz sırasında olur. Ancak ağır egzersiz ve emosyonel stresler AMI'nün oluşumunu hızlandırabilir. Son yıllarda ortaya konulan araştırmalar AMI'nden günler ve haftalar önce hastaların bir kısmında (%50-60) halsizlik, nefes darlığı, göğüs üzerinde huzursuzluk gibi ön semptomlar olabileceğini göstermiştir (11,19,22,27).

AMI'nde koroner arter oklüzyonu ile birlikte değerlendirilen iskemik kardiyak nekroz söz konusudur (38). İnfarktüsün büyüklüğü ve lokalizasyonu, damarların anatomik dağılımına, tıkanmanın yerine ve kollaterallerin durumuna bağlıdır. Tromboz en sık sol koroner arterin ön inen dalında oluşarak, sol ventrikülün ön duvarında

infarktüse neden olur. Hemodinamik bulgular doğrudan miyokardın nedbeleşmesine veya nekrozun büyüklüğüne bağlıdır.

AMI'nün klinik tablosu, eşitli şekillerde görülebilmektedir. Bunun yanında, sağ ve/veya sol kalp yetersizliği, şok, emboliler ve ritm bozukluklarına bağlı semptom ve klinik bulgular da tabloya eklenebilir (38,39). 65 yaş altı kadınlarda AMI sonrası erken dönemde ölüm, erkeklere oranla daha yüksek iken 65-74 yaş arasında cinsiyetler arası fark kalmamaktadır (38).

AMI'nde görülen en belirgin semptomlar; devam eden angina pectoris, sol kol, boyun, alt çene ve epigastriuma yayılan ağrı, ölüm korkusu, bulantı ve dispnedir (11,38,40). Ağrı genellikle şiddetli, 30 dakikadan fazla süren, retrosternal, sol prekordiyal bölgeye yayılan, ezici, sıkıştırıcı, yanıcı, basınç veya ağırlık tarzındadır (15,38,41).

Göğüs Ağrısı: AMI'ne ait ilk ortaya çıkan semptomdur. Miyokardın oksijen ihtiyacının artması sonucu oluşur (11,31,40). Hastaların %60-80'nde prekordiyal ağrı vardır. Ağrının belirli özellikleri vardır. Genellikle 30 dakikadan fazla, çoğu kez birkaç saat sürer. Nitrogliserine cevap vermez. Ancak morfin türevi ilaçlarla ağrı geçer. Hasta tarafından şiddetli sızı, baskılı, yanıcı, dayanılması güç bir ağrı şeklinde tanımlanır (11,16,20,22,27). Ağrı retrosternal olmakla birlikte daha çok sol kola (%30) göğsün her iki yanına, çene ve boyuna, epigastrik bölgeye, sırtta yayılabilir. Bazen epigastriumdan başlayan ağrı abdominal rahatsızlıklarla karıştırılabilir. Ağrı 2/3 olguda hasta dinlenmekte iken, 1/3 olguda egzersiz sırasında gelir. Hastaların bir kısmında uzun süreli ağrıların başlamasından önce kısa süreli ağrılar olabilir. AMI geçiren her 10 hastadan birinin herhangi bir ağrı şikayeti olmayabileceği bildirilmiştir. Yaşlılarda ve diyabetli hastalarda ağrısız infarktüs görülebilir (11,15,19-22,27).

AMI'nde ağrı, iskemik ve hasarlı bölgelerde bulunan sinir uçlarından kaynaklanır (22,27,35) Göğüs ağrısı ile hastaneye müracaat eden hastaların sadece %20'sinde AMI gelişmektedir (42).

Bulantı-Kusma: Şiddetli ağrı ve vagal reflekse bağlı olarak meydana gelir. Abdominal olaylardan güçlükle ayrılabilir. Bulantı-kusma, inferior miyokard

infarktüsünde ve şok durumunun üstün olduğu hastalarda görülür. Bu hastalarda soğuk terleme, ölüm korkusu vardır (11,16,22,27,38).

Halsizlik, soğuk terleme, çarpıntı, ölüm korkusu

Hıçkırık: İnferyor miyokard infarktüsünde diyafragmatik irritasyona bağlı olur.

Kardiovasküler değişiklikler: Hastaların fizik bulgularında nabız hızlıdır. Bazı olgularda bradikardi ve aritmi vardır. Kan basıncı ağrının ilk saatlerinde yüksek sonra düşüktür. Komplikasyon gelişmeyenlerde normotansiftir. İnferyor miyokard infarktüsünde kan basıncı 90 mmHg' nin altına inebilir. Tedavi sırasında verilen morfin, nitrogliserine bağlı olarak da hipotansiyon gözlenebilir. Kalp sesleri derinden gelir. Papiller adele disfonksiyonu sonucu 1-3/6 şiddetinde üfürüm saptanır. %10-15 oranında perikard frotmanı vardır (11). Şok görülürse kapiller dolum zamanı yavaşlar. Sağ ventrikül yetmezliği varsa hepatomegali, ödem, venöz dolgunluk, siyanoz görülür (38).

Pulmoner değişiklikler: Kalp yetmezliği gelişmişse, akciğer bazallerinde ince raller ve ronküsler işitilebilir(38).

Gastrointestinal Değişiklikler: Ağrıya ve vazovagal reflekslere bağlı olarak bulantı ve kusma görülür. Abdominal distansiyon, konstipasyon ve iştahsızlık vardır (38).

Nörolojik: Rahatsızlık, irritabilite, konfüzyon ve anksiyete görülür. Ağrılı ve anksiyeteli bir yüz ifadesi vardır (38).

Deri: Cilt rengine değişiklik görülür (normal-soluk-siyanotik). Şok tablosunun olduğu vakalarda cilt soğuk ve nemlidir (38).

Üriner : Hipotansiyon sonucu yetersiz doku perfüzyonu ve renal hipoksiye bağlı olarak hastada oligüri görülür (38).

Kas-iskelet: Hastada yorgunluk ve gergin postür vardır (38).

Ateş: İnfarktüs sonrası 24 saat içinde ateş yükselir ve 3-7 gün yüksek seyreder. Ateş miyokard infarktüsünde sıktır, ancak 38.2 C'den fazla değildir. İkinci ve beşinci günler arasında maksimumdur.

Fizik muayene sırasında AMI geçiren hastanın genellikle karamsar ve huzursuz olduğu görülür. Hasta en rahat edebileceği pozisyonu almak için hareketli olabilir.

Göğüslerine masaj yapar ve ağrıyı elini yumruk yaparak gösterir (Levine Belirtisi) (22,27).

1.1.4.2 Akut Miyokard İnfarktüsünün Elektrokardiografik Bulguları

Akut miyokard infarktüsünün kendine özgü elektrokardiografik (EKG) bulguları vardır. Özellikle 24 saat sonra EKG’de anormal Q dalgası R kaybı, ST değişiklikleri, T negatifliği, QT süresinin uzaması görülebilmektedir (11,14,40). AMI’ne uğramış bölgenin ortasında nekroz, çevresinde lezyon ve en dışta da iskemi yer almaktadır. EKG’de Q ve QS nekrozu, ST yükselmesi lezyonu, T negatifliği iskemiye belirtmektedir (11).

İnfarktüsün akut olup olmadığı EKG ile tanınır. En önemli tanı aracı budur. Çok değerli bilgiler verir. AMI’de 12 derivasyonlu EKG çekilir. Akut dönemde EKG’de ST segmenti ve T dalgası yükselir ve sivrileşir. Hastalığın gelişme döneminde ST izoelektrik çizgiye yaklaşırken T negatifleşir. (Zedelenme ile ilgilidir, günler, haftalar ya da daha uzun sürebilir) Anormal Q dalgası nekroza bağlı oluşur. Oluşan bu Q dalgası EKG’de genellikle hayat boyu kalır (15,27,38).

Elektrokardiografi AMI’nün lokalizasyonunu ve klinik seyrini göstermede yararlıdır (11,14). Akut MI; EKG görüntüleri yardımıyla klinik gidiş bakımından; akut, subakut, kronik, anatomik lezyon bakımından; transmural, intramural, subendokardiyal, lokalizasyon bakımından; anterior, anteroseptal, anterolateral, inferior ve posterior olarak sınıflandırılır.

- 1- Subendokardiyal infarktüs: aVR de ST elevasyonu, diğer derivasyonların çoğunda ST depresyonu.
- 2- Subepikardiyal İnfarktüs: Bazı derivasyonlarda ST elevasyonu.
- 3- İntramiyokardiyal İnfarktüs: Bazı derivasyonlarda T negatifliği.
- 4- Anteroseptal İnfarktüs: V1, V2’de Q dalgası
- 5- Anterior İnfarktüs: V1, V4 ‘de Q dalgası
- 6- Anterolateral İnfarktüs: V4, V6’da Q dalgası
- 7- Yaygın Anterior İnfarktüs: V1, V6’da Q dalgası

- 8- İnferior İnfarktüs: D2, D3 ve AVF'de Q dalgası, ST yükselmesi
- 9- Posterior İnfarktüs: V1'de R dalgasının yükselmesi
- 10- Sağ ventrikül İnfarktüsü: V1'de ST yükselmesi, RV4'de ST yükselmesi (11,14,21,40).

Seyrek olarak klinik tablo tamamen infarktüsü düşündürdüğü halde EKG değişikliklerinin ortaya çıkışı 5-7 gün gecikebilmekte, %15 olguda EKG normal bulgular verebilmektedir (11).

1.1.4.3 Akut Miyokard İnfarktüsünün Laboratuvar Bulguları

1.1.4.3.1 Hematolojik

Akut miyokard infarktüsünün 2-4. saatlerinden itibaren lökosit sayısı artar ve mm³ te 15.000 civarına çıkar. Lökositoz genellikle bir hafta içinde normale döner. Ayrıca eritrosit sedimentasyon hızı, infarktüsün 2-4. günlerinde yükselmeye başlar. Sedimentasyon hızı birkaç hafta yüksek kalabilir, daha sonra yavaş yavaş düşer (19,22,27,38). AMI nondiyabetik hastalarda geçici veya devamlı hiperglisemiye, diyabetik hastalarda ise hipergliseminin artmasına neden olur (4,22).

1.1.4.3.2 Kimyasal

Akut miyokard infarktüsü sırasında parçalanan veya permeabilitesi artan miyositlerden intertisyel mesafeye ve kana hücre içi enzimler ve protein yapıda bazı maddeler geçer. Bunlar arasında miyokard infarktüsü göstergesi olarak en sık kullanılan CK veya CPK ile gösterilen kreatin fosfokinaz ve izomeri olan CPK-MB, SGOT veya AST ile gösterilen aspartam amino transferaz ve LDH ile gösterilen laktik asit dehidrogenaz enzimleridir.

CPK fazla miktarda enerji kullanan kalp, kas, beyin gibi dokularda yüksek konsantrasyonda bulunur. MB, MM, BB olmak üzere üç izomeri vardır. CKMM iskelette, CKMB miyokarda, CKBB beyinde bulunur (4,11,22,25).

İnfarktüsün oluşumundan sonraki 4-6 saat içinde ilk yükselen enzim CPK'dır. CPKMB infarktüstten sonraki 24. saatte pik yapar, 48-72 saatte normale döner. Tanıda duyarlı bir göstergedir (4,11,22,25).

LDH, infarktüstten sonraki 24-48 saat içinde yükselmeye başlayıp, 3-6 günde en üst seviyeye ulaşır ve 7-10 günde normal değerlere geri döner (19,27). Total LDH, AMI dışında hemoliz, megaloblastik anemi, lösemi, pulmoner emboli, miyokardit, iskelet kası hastalıkları, şok sırasında artabilir. LDH'nin 5 izomeri vardır. LDH1/LDH2 oranının 1'den büyük olması artışın miyokardiyal olma olasılığını destekler, 8-10 gün yüksek kalır. Normal değeri 150-300 ünedir (11,20,22,38).

SGOT'un yükselmesi infarktüsün yerleşiminden 12-18 saat içinde olur, 24-48 saat içinde en yüksek seviyeye ulaşır, 3-4 gün içinde normal düzeye iner. Normal değeri 10-40 ünedir (22,27,38).

Ayrıca gelişen teknolojinin sonucu olarak rutin tetkiklere ilaveten yeni yöntemler geliştirilerek, infarktüsün yeri ve büyüklüğü daha kesin belirlenebilmektedir. Bunlardan biri Tc99m radyoizotopu ile infarktüs, izotopu toplamış (sıcak alan) veya Thallium 201 ile izotopu almamış (soğuk alan) olarak gösterilebilir. Ultrasonografi ve Renkli Doppler Ekokardiografi teknikleriyle infarktüstten sonra kalp içinde yırtılmalar ve kalp içinde pıhtı oluşup oluşmadığı ve kalbin hareketleri gözlenebilmektedir (11,23).

1.1.4.4 Akut Miyokard İnfarktüsünün Komplikasyonları

Akut miyokard infarktüsünden sonraki ilk yıl içinde görülen ölümlerin yaklaşık %25'i, hastaneye yatışın ilk 48 saati içinde olmasından dolayı komplikasyonların erken dönemde kontrolü önem taşımaktadır (27).

1.1.4.4.1 Aritmiler

En önemli sık bir komplikasyon olarak aritmiler ön sırada gelmekte ve AMI geçiren hastalardaki tüm ölümlerin en büyük nedeni bulunmaktadır (36).

a) **Ventriküler Fibrilasyon ve Flutter** : Ventriküler fibrilasyon EKG'de düzensiz, küçük, büyüklü titreşimler görülür. Dakikadaki sayısını bulmak güç olmakla

beraber 150-300 arasında değişir. Ventriküler flutterde QRS kompleksi,ST segmenti ve T dalgası ayrılabilir olmaktan çıkmıştır. Geniş oldukça düzenli,birbirine benzeyen kaba dalgalar bulunur. Hız 150-250/dk arasındadır (36).

Erken ölümlerin %90'ından fazlasının nedeni ventriküler fibrilasyondur. Bu aritminin ve habercilerinin hemen tanınıp tedavi edilmesi, AMI'nden ortaya çıkan ölüm oranlarının azalmasında başrolü oynamaktadır (36).

b) Ventriküler Taşikardi: Ventriküler erken vuruların arka arkaya gelmesi halidir. P dalgaları bulunamaz. Hız 150-180/dk'dır. T dalgası genellikle QRS kompleksinin aksi yönündedir. Kompleksler birbirine benzer ve ritm düzenlidir (36).

c) Ventriküler Erken Atımlar (Ventriküler Ekstrasistoller): Akut miyokard infarktüsünün ilk anından itibaren, %60-80 gibi büyük bir sıklıkla çıkan önemli bir ritim bozukluğudur. EKG'de geniş, çok zaman çentikli, önünde P dalgası bulunmayan, erken gelmiş bir QRS kompleksi hemen daima 0,12 sn veya daha geniştir. Ventriküler erken vuruları hemen her zaman pause dönemi izler (36).

d) Atrio-ventriküler İleti Kusurları: Akut miyokard infarktüsünde A-V ileti kusurlarına oldukça sık rastlanmaktadır. Postero-inferior infarktüslerde A-V tam blok daha sıklıkla görölmektedir (36), 2. ve 3. derece kalp bloklarında acil müdahale gerekir ve endikasyonu halinde pace-maker uygulanır (21,27).

1.1.4.4.2 Kalp Yetmezliği

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların hemen hemen tamamında hatta komplikasyonsuz olanlarda bile ilk günlerde gizli sol ventrikül fonksiyon bozukluğu hemodinamik bulgularla saptanmıştır. Klinikte ortaya çıkan belirtiler infarktüs alanının büyüklüğüne, sol ventrikül dolma basıncındaki yükselmeye ve kalp dakika hacmindeki azalmanın derecesine bağlıdır. Klinik belirtilere göre AMI'nden sonra oluşan kalp yetmezliğine bağlı mortalite oranı %3-5 ile %85 arasında değişmektedir (11,36).

1.1.4.4.3 Kardiyojenik Şok

Akut miyokard infarktüsünün en erken ve en ciddi komplikasyonudur. Gelişme nedeni; aşırı hasar görmüş olması nedeni ile bir pompa olarak sol ventrikül performansının düşmesidir. Şokun ortaya çıktığı AMI vakalarında mortalite %80'in üzerindedir. Sistolik kan basıncı 90 mmHg'nın altına düştüğünde hastada huzursuzluk, zihin bulanıklığı, taşikardi, siyanoz görülür. İdrar miktarı saatte 20 cc'nin altına indiğinde deri ve ekstremiteler nemli ve soğuktur.

Kardiyojenik şoku önlemek için; hızla ağrıyı gidermek, infüzyonla dolaşım kollapsı ve şokun gelişmesini önlemek, oksijen vermek, anti-aritmik ilaçlarla aritmiyi tedavi etmek, mikrodolaşımı desteklemek için vazodilatatör ilaçlar vermek, santral venöz basıncı sürekli kontrol etmek, kalbin kasılma gücünü ve kardiyak out-put'u artırarak doku perfüzyonunu sağlamak gerekir (11).

1.1.4.4.4. Akciğer Ödemi

Akut miyokard infarktüsünün herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Sol ventrikül anevrizması, interventriküler septumun rüptürü, papiller kas kopması sonucu mitral kapak yetmezliği gibi AMI'nden sonra görülen diğer komplikasyonlar da akciğer ödemi oluşmasını kolaylaştırır. AMI sonrası akciğer ödeminin oluşma sıklığı %60'dır (21,27).

1.1.4.4.5 Ani Ölüm

Akut miyokard infarktüsü vakalarının yarısı tıbbi yardım görebilecek veya hastaneye yetiştirilebilecek kadar hayatta kalmamaktadır. Mortalitenin en yüksek olduğu zaman ilk saatlerdir. Ani ölüm vakalarının en büyük bölümünden muhtemelen primer ventriküler fibrilasyonu sorumludur. Bazı hastalarda da birden meydana gelen kalp bloğu daha sonra oluşan hipotansiyon ve hipotansiyonun izlediği şiddetli bradikardi kardiyak arresti başlatabilmektedir (11,36)

Ani ölüm daha az olarak infarktüsün iyileşme döneminde görülebilir. Bu geç ani ölümlerde, ventriküler fibrilasyon gene ön sırada bir sebeptir. Yeni bir infarktüsün ortaya

çıkması, pulmoner infarktüs veya kalp rüptürü gibi komplikasyonlar da geç dönemdeki ani ölümlerin nedenleri arasındadır (36).

1.1.4.4.6 Post-Miyokardiyal İnfarktüs Sendromu

Hastaların %3-4'ünde gelişen komplikasyondur. İnfarktüsü izleyen ilk iki ay içinde hastada çoğunlukla fibrinöz perikardit gelişir. Bu duruma virüslerin veya otoimmün reaksiyonların neden olduğu sanılmaktadır. Hastada göğüs ağrısı, yüksek ateş, dispne, pnömoni, lökositoz, perikardit ve kalp tamponadı oluşabilir (11).

1.1.4.4.7 Flebit ve Emboli

Akut miyokard infarktüsünden sonra uzun süren yatak istirahatinde kan viskozitesi ve kanın pıhtılaşma özelliği artar veya pelvik venlerde flebit meydana gelir. Emboliyi önlemek için ayak ve bacak yeterince hareket ettirilmelidir. Koruyucu olarak da antikoagülan tedavi uygulanabilir (11).

1.1.4.5 Akut Miyokard İnfarktüsünde Tedavi

Akut miyokard infarktüslü hastalarda tedavi miyokard iskemisi ve nekrozuna bağlı olarak gelişen aritmik ve hemodinamik değişikliklerin dikkatle izlenmesini gerektirmektedir. AMI son zamanlarda büyük ölçüde konvansiyonel tedavi yöntemleriyle tedavi edilmektedir. Bunlar yatak istirahati, oksijen, aritmilerin tedavisi, komplikasyonların önlenmesi yada tedavisidir. Ancak AMI'nün klasik tedavisinde değişiklikler olmuş ve trombolitik ajanlar PTCA ve girişimsel bazı tekniklerin tedaviye girmesi, koroner bakım ünitelerinin sayısının artması ile hastanede kalış süresi kısalmıştır (11).

AMI'li hastaların tıbbi tedavileri hastane öncesi, hastane bakımı ve hastane sonrası takip ve tedavi olmak üzere 3 grupta toplamak mümkündür (14).

1.1.4.5.1 Hastane Öncesi

AMI'ne bağlı ölümlerin %65'i semptomların başlamasından itibaren 1 saat içinde hastaneye varmadan evvel gerçekleşmektedir (43). Bu ölümlerin çoğu ventriküler fibrilasyona bağlı gelişmektedir (11,14,15,20,43). Hastane öncesi komplikasyonların azaltılması; yaygın halk sağlığı eğitimi ve tarama çalışmaları ve koroner bakım ünitelerinin artırılması ile mümkün olacaktır (10,11,14,15,20).

Acil medikal sistemler birliğinin hedefleri geniş olarak tartışılmış, bu meyanda 911, ülkemizde 112 nolu telefon tahsisi, defibrilasyonda deneyimli personelin ambulanslarda bulunması ve potansiyel olarak hastane dışında trombolizinin başlaması konusunda karar verilmiştir (14,42,43). Böyle bir programın uygulanmasında 2 majör sorun:hastanın yardım istemede gecikmesi ve programın mali değeridir (14).

Ancak ilk kez AMI geçirenlerde koroner arter hastalığının ilk belirtisi açıklanamayabilir. Eğitimde öncelikle; hastanın ağrısının, korku ve endişesinin giderilmesi gerekir. Çünkü AMI geçiren kişi hayatının tehlikeye girdiğini düşünerek korku, endişe ve panik içerisinde. Hasta sırt üstü yatırılır hareketleri kısıtlanır. Aynı zamanda endişeli hastanın sakinleştirilmesi ve hareketlerinin kısıtlanması kalbin yükünün azaltılması açısından da önemlidir. Hastanın solunum sıkıntısı varsa başının yükseltilmesi gerekir. AMI'lü hasta mutlaka her türlü işlem ve müdahale imkanlarının olduğu bir hastaneye hastayı yormadan nakledilmeli ve gerekli durumda CPR uygulamalarına yer verilmelidir (11,31).

Hasta ağrının hemen başlangıcında oral mukozadan hızla emilen nitrogliserin formunu kullanmalıdır. Eğer 5 dk içinde ağrı ortadan kalkmazsa doz tekrarlanmalıdır. Eğer rahatsızlık bir 5 dk daha devam ederse üçüncü doz verilmelidir. Bu tedbire rağmen hiçbir ağrı hafiflemesi elde edilmez ise hasta en yakın acil departmana götürülmelidir (43).

1.1.4.5.1.1 Mobil Koroner Bakım Üniteleri

Mobil koroner bakım üniteleri iyi eğitilmiş personeli olan gerekli cihazlarla donatılmış ambulans yada helikopter ile AMI'lü hastanın ilk bakımının yapıldığı ve süratle hastaneye ulaşımın sağlandığı ilk yardım üniteleridir. Ünite de EKG aleti, defibrilatör, oksijen, endotrakeal tüp, suction ve acil müdahalede sık kullanılan ilaçlar bulunur. Gelişmiş ülkelerde alınan sonuçlara göre; hastane öncesi CPR uygulanan hastaların 2/3'ünde başarılı olunmuş, transport sırasındaki ölüm oranı %22'den %9'a indirilmiştir (10,11,16,40).

1.1.4.5.1.2 Acil Ünite de İlk Yaklaşım ve Acil Ünite den Koroner Yoğun Bakım Ünitesine (KYBÜ) Nakil Protokolü

Acil departmanda göğüs ağrısına ilk yaklaşım, ayırıcı tanı ve risk değerlendirmesi şöyledir: 12 derivasyonlu EKG kaydı almak, damar yolu açmak, devamlı elektrokardiografik işlem yapmak ve hastaya oksijen vermek, kardiyak markerlara bakmaktır. Kontrendikasyon yoksa hastaya 160 ile 325 mg aspirin çiğnetilir, ayrıca hastanın sistolik basıncı 90 mmHg'nin altında değilse ve koroner iskemiden şüpheleniliyorsa sublingual nitrogliserin verilir. Genel kaide olarak; göğüs ağrılı bir hastanın değerlendirilmesi aksi ispatlanana kadar miyokardial iskeminin bulunduğu gözönüne alınarak başlamalıdır (43-45).

Chest Pain Study Gruppo çalışmasında hastaların sadece %54'ü göğüs ağrılarını basınç tarzında, ezici ya da yakıcı olarak tanımlamışlardır. 2 dk.dan kısa ya da birkaç gündür devam eden ağrıların AMI ile uyumlu olmadığı bulunmuştur (46).

- 1) Nakil sırasında hasta yanında kardiopulmoner canlandırma deneyimi olan hemşire ve doktor bulunmalı.
- 2) Portatif EKG monitörü ile ritm izlenmeli.
- 3) Sabit damar yolu açılmalı.
- 4) Defibrilatör ve 100 mg lidokain ile 1 mg Atropin bulunan 2 enjektör olmalı.
- 5) Nakil sırasında hastaya, portatif tüpten sürekli nazal oksijen verilmeli.

6)AMI'li hastanın transferi uzayacaksa 75-100 mg IV Lidokain profilaktik olarak uygulanabilir.

7)Nakil mümkün olduğunca hızlı ve güvenli olmalıdır.Bu amaçla KYBÜ'ne telefon edilerek gerekli ön hazırlıklar yapılmalıdır (47).

1.1.4.5.2 Hastanede Koroner Bakım Ünitesinde Tedavi

AMI'li hastanın koroner yoğun bakım birimlerinde; acil tıbbi girişimleri ve ilaç uygulamaları, EKG ve hemodinamik monitörizasyon ve yoğun bakım hemşire bakımı ile süratle tedavisi yapılır (11).

İlk koroner bakım ünitesi 1962 yılında New York'da kurulmuştur. KYBÜ'ndeki hemşireler, profesyonel olarak yetişmiştir bir ekiptir ve 24 saat görev yapar. Hemşireler, monitörize, kritik durumdaki hastanın izlenmesi ile tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme süreci doğrultusunda bakımlarıyla ilgili kararları verme ve uygulama sorumluluğu taşımaktadırlar. Hemşireler EKG izleyebilecek, defibrilatörü kullanabilecek, suni solunum ve eksternal kalp masajı yapabilecek şekilde bilgi ve beceri kazanmış olmalıdırlar (20).

Komplike olmamış AMI'li hastalar için koroner bakımın değeri tartışılmış ve hangi hastaların koroner bakım ünitesine yatırılması gerektiğine ilişkin bir karara varılmıştır.

- a)Kesin MI tanısı almış hastalar ya da semptomları devam eden veya hemodinamiği stabil olmayan hastalar KYBÜ'ne alınır.
- b)Kabulden ilk 24 saat sonrasında AMI ekarte edilirse veya semptomlar kontrol altına alınırsa hasta KYBÜ'den çıkarılabilir
- c)Komplike olmayan AMI'li hasta 2 günden sonra normal yatağa alınabilir.
- d)Komplike vakalarda kalış süreci yoğun bakımın gerekliliğine göre değişir.

KYBÜ'ne alınan hasta hemen monitörize edilir. Damar yolu açılır, IV serum takılır. En az günde bir kez 12 derivasyonlu EKG çekilir. Serum elektrolitleri, şeker ve kardiyak enzim için kan alınır (10,11,16,48).

Hastada kalp ile birlikte benlik de zedelendiği için hasta her şeyin kısıtlanacağını, istediği gibi yaşayamayacağını düşünür. Bu nedenle KYBÜ'ne yatırılan hastaya sakin ve dinlendirici ortam hazırlanır (11).

AMI'nün tedavisinde nekroze olan kalp kası miktarının azaltılması ve sınırlandırılması büyük değer taşır. Bu nedenle AMI tedavisinde amaç;

1)Nekroz etrafındaki hücrelerin canlılığını korumak

2)Miyokardın kanla beslenmesini artırmak (11,22,27).

Bu amaç doğrultusunda uygulanan tedavide nitratlar sublingual ve IV verilir. Narkotik analjezikler, morfin, IV 2, 5-5 mg gerektiğinde 15-20 dk aralıklarla tekrarlanır. Dispneyi azaltmak için 2lt/dk da oksijen inhalasyonu yararlıdır (11,22,27).

AMI tedavisinde "Gold Standart", aspirin, beta-bloker, trombolitik tedavi ve ACE inhibitörlerinin bir kontrendikasyon yoksa ilk 12 saat içinde uygulanmasıdır. Burada sağlanan yarar, daha sonraki günlerde hiçbir katkı olmaksızın yıllarca devam etmektedir (47).

Nitratlar: Preload ve kısmen de afterload üzerine etkileri ile indirekt ve iskemi bölgelerine kollateral akımı artırarak direkt yolla miyokardiyal oksijen tüketimini azaltırlar. İskemik ağrısı devam eden veya kalp yetmezliği belirtileri olan hastalarda IV olarak başlanır. Ancak sağ ventrikül infarktında nitratlar kontrendikedir (11,40).

Beta Blokerler: Kalbin atış hızını, kontraktilitesini, debisini ve bazen arteriel kan basıncını düşürerek miyokardın oksijen gereksinimini azaltan ilaçlardır. İnfarktüs alanını daraltırlar. AMI'ne bağlı göğüs ağrısı tedavisinde önemli bir yere sahiptirler. Beta bloker uygulanmasıyla iskemik ağrının belirgin hafiflemesi ve EKG'de ST elevasyon azalması görülebilir. Aterolol, metoprolol, propranolol bu gruptaki ilaçlardır. Kontrendikasyonları: Sinüs bradikardisi, sinüs arresti, AV blok, bronkospazm, KOAH, hipotansiyon, seksüel disfonksiyon, lipit metabolizma bozukluğu, yorgunluk, diyabet, GİS hastalıkları ve deri döküntüleridir (11,22,27,31,49). Beta blokerler trombosit

agregasyonunu önlerler. Acil etki elde etmek için IV olarak uzun etkili beta blokerler kullanılabilir (27).

ISIS-1 çalışmasında, vasküler ölümler tedavi haftası boyunca %15 oranında azalmış, daha sonra bir araya getirilen verilerde birinci haftadaki ölümlerde %13 oranında azalma olduğu ve yararların izleme döneminin birinci yılı boyunca kalıcı olduğu gösterilmiştir (50).

Erken dönemde IV beta bloker tedavi kullanma endikasyonları:

- a) Refleks taşikardi, sistolik hipertansiyon
- b) Tekrarlayan iskemik göğüs ağrısı, hızlı ventriküler cevaplı atrial fibrilasyon, tekrarlayan injuriyi gösteren enzim göstergeleri
- c) Postinfarktüs anjindir (51).

Beta blokerlerin AMI sonrası yaşam sürecini uzatıcı etkileri iyi bilinmektedir. Ancak perkütan girişimler sonrası kalp koruyucu etkileri konusunda yapılan çalışmalar olumlu etkileri olabileceğini düşündürmüştü fakat netleşmemiştir. Atar ve arkadaşlarının yaptığı çalışma; perkütan girişimler öncesi beta bloker kullanımı, işlem sonrası CKMB salınımını sınırlamada kalp koruyucu etkisinin olmadığını göstermektedir (52).

Kalsiyum Kanal Blokerleri: Miyokardiyal oksijen gereksinimini azaltırlar, koroner arterleri genişletir ve infarkt alanını azaltırlar (27). Diltiazem haricindeki tüm kalsiyum kanal blokerleri AMI tedavisinde kullanılmamalıdır. Diltiazem yalnızca non-Q wave MI'nde kullanılmalıdır. Non-Q wave MI'nde diltiazem kullanan grup ile kullanmayan grup arasında, reinfarktüs ve ani ölüm oranlarında istatistiksel açıdan anlamlı azalma saptanmıştır (51). Nifedipinin AMI'nde kullanıldığı bir çalışmada nifedipin akut infarkt gelişimini engellememiş infarktüs büyüklüğü plaseboyla aynı olmuş ve 6 aylık mortalite istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Ancak 2 haftalık mortalite nifedipin grubunda plaseboya oranla daha yüksek olarak saptanmıştır (53).

Trombolitik Tedavi: AMI'nün oluşumu ile ilgili incelemelerde çoğunlukla çatlamış bir aterosklerotik bir plakta trombüs gelişmesinin olduğu ve bunun arteri tıkayarak nekroza yol açtığı gösterilmiştir. Bazı hastalarda spontan pıhtı eritici mekanizmalarla bu trombüs eriyebilir. Eğer pıhtının erimesi çok kısa zaman içinde

olursa oluşacak infarktüs alanı küçük olur ve ventrikül fonksiyonu bozulmadan veya çok az etkilenecek kalır. Bu süre genellikle 6 saattir. Trombüs eritici ajanlarla pıhtıyı eritmek son zamanlarda AMI tedavisinde en çarpıcı gelişmelerden biri olmuştur (11,49). AMI'nde uygulanan IV trombolitik tedavi ile mortalitede %25 oranında azalma oluşturulabilmektedir (51).

Heparin: Trombolitik olması nedeni ile derin ven trombüsünün ve sol ventrikül içinde trombüs oluşumunu önlemede kullanılır. 5-10 bin ünite bolüs yapılır ve saatte 1000 Ü/h infüzyon olarak verilir (11). Günümüzde hasta mutlak yatak istirahatinden çıkarılıncaya kadar (48-72 saat) heparin uygulamasına alınmaktadır (11,15,20). Doku plazminojen aktivatörü ile birlikte başlandığında özellikle ilk saatlerde aPTT sık sık kontrol edilip normalin bir buçuk-iki katı arasında tutulmalıdır. İlacın mutlak etkinliği erken dönemde sağlanan damar açıklığının devam etmesine bağlıdır. Streptokinaz sonrası heparin verilmesi tartışmalıdır ancak 4-6 saat sonra tüm hastanelerde başlanmaktadır (54).

Aspirin : AMI'nün seyrinde erken olarak verilen asetil salisilik asidin mortaliteyi tek başına %23'e varan bir oranda azalttığı, ayrıca trombolitik tedavi ile birlikte verildiğinde bu oranın %40'lara kadar çıktığı gösterilmiştir. AMI tedavisinde asetil salisilik asit 100-300 mg/gün başlanır ve ömür boyu verilir (11,31).

Nekroz oluşmadan önce trombüsün giderilmesi ve perfüzyonun sağlanması son 15-20 yılda AMI tedavisinin başlıca stratejisi olmuştur. Böylece infarktüs alanının sınırlandırılması sol ventrikülün ejeksiyon fraksiyon korunması ile infarktüse bağlı morbidite ve mortalitede ciddi düşüşler elde edilmiştir. Olguların %5'inde trombüs spontan rekanalize olmasına rağmen diğer olgular için farmakolojik ya da mekanik (PTCA) yöntemlere ihtiyaç vardır. Bu amaçla streptokinaz, doku plazminojen aktivatörü (t-PA) ve ürokinaz kullanılmakta, uygulanabilmesi için AMI düşündüren göğüs ağrısı, EKG'de en az iki derivasyonda 1 mm üstü ST yükselmesi, ilk 6 saat içinde trombolitik yapılması halinde başarı %65-70'e çıkmakta, mortalitede %50'ye varan gerileme olmaktadır (11,14,16,51).

Trombolitik ajan uygulamasını kontrendike olduğu durumlar;

Aktif iç kanama, serebrovasküler hemorajik olay öyküsü, ciddi travma, kontrolsüz hipertansiyon, şüpheli aort disseksiyonu veya perikardit, uzamış CPR, entübeli hastalarda kontrendikedir. Aktif peptik ülser, diyabet, gebelik, cerrahi girişimler, aktif menstrüasyon, daha önce trombolitik kullanımı ise göreceli kontrendikasyonlarıdır. Bu gruptaki hastalar için trombolitik ajan tedavisi yarar ve zarar değerlendirmesi yapılarak uygulanabilmektedir (11,31,51).

Arat ve arkadaşları çalışmalarında; 20 yıllık dönemde hastaların genel özellikleri değişmezken hastane içi mortalitedeki ve Q dalgasız infarktlerdeki artış 1990 'lı yıllarda özellikle trombolitik ve girişimsel tanı ve tedavi yöntemleri ile damar anatomisi açısından yüksek riskli hastaların belirlenerek uygun tedavi stratejilerinin erken dönemde uygulanması ile bir yıllık sağ kalımın olumlu etkilendiğini ortaya koymuşlardır (55).

En çok kullanılan 5 trombolitik ajan; streptokinaz (STK), doku plazminojen aktivatörü (t-PA), ürokinaz, APSAC ve protürokinaz (SCU-PA) dır. Son iki ilacın preparatı Türkiye'de bulunmamaktadır (11,31).

Hastanın KYBÜ 'ne alınması ile trombolitik tedavi başlama arasındaki süre 30 dk aşmamalıdır. Hastaya iki ayrı damar yolu açılmalıdır. Trombolitik ajan ve aspirin verildiğinde intramüsküler girişimlerden kesinlikle kaçınılmalıdır (11,31,54).

Streptokinaz: STK, A grubu β hemolitik streptokok kültürlerinden elde edilen tek polipeptid zincirli bir proteindir. STK direkt bir plazminojen aktivatörü değildir. AMI'nde 1,5 milyon ünite STK 100 ml serum fizyolojik ya da %5 Dekstroz içinde eritilmeli ve infüzyon pompası ile 30-60 dk içerisinde verilmelidir. Aynı venöz yoldan başka bir infüzyon verilmemelidir. STK verilmesi sırasında kan basıncı özellikle izlenir hipotansiyon olduğu takdirde infüzyon hızı %20-50 azaltılır, kan basıncı 90 mmHg'nın altına düşerse ilaç kesilerek sıvı replasmanı uygulanır (11,31,56).

İntrakoronar STK tedavisi AMI tedavisinde % 80 'den daha yüksek oranlarda reperfüzyon sağlanmaktadır. Kataterle intrakoronar trombolitik tedavi ile reperfüzyon elde edilen vakalarda mortalitede %10 'dan fazla azalma olduğu, trombolitik tedavi yapılanlarda ventrikül fonksiyonları daha iyi muhafaza edilebilmektedir (57).

Demir ve arkadaşları çalışmalarında hiperkolesteroleminin koagülasyon sistemi üzerine olan etkisinden yola çıkarak; AMI sonrası serum kolesterol düzeyi ve STK'nın kolesterol düzeyine olan etkisini incelemişler; STK tedavisinin serum lipid düzeylerini anlamlı olarak etkilemediğini, trombolitik tedavi alan veya almayan ayrımı yapılmaksızın, akut koroner sendromlarda kolesterol düzeyinin yüksek ölçüldüğü ilk andan itibaren lipid düşürücü tedavinin başlanması gerektiği kanaatine varmışlardır (58).

Doku Plazminojen Aktivatörü (t-PA): t-PA endotel hücreleri tarafından salınan bir proteindir. t-PA fibrine bağlı plazminojeni aktif plazmine dönüştürür ve STK'nın aksine sistemik etki göstermeden fibrin pıhtısını parçalar. AMI'nde standart doz ilk 15 mg IV bolüsü takiben 0,75mg /kg 30 dakika içerisinde kalan kısmı 0,5mg/kg 1 saatte infüzyon şeklindedir. STK'ya alerjisi olan veya 12 ay içerisinde STK uygulanmış hastalarda, anterior MI'larda, hipotansif hastalarda endikedir. t-PA, STK'ya oranla tıkanıklıkların daha erken açılmasını sağlar. Heparin yüksek reoklüzyon oranını azaltmak için şarttır (11,31,56).

Ürokinaz: Böbrek hücre kültürlerinden veya idrardan elde edilen bir proteazdır. Fibrine bağlı plazminojen ve dolaşımdaki plazminojene olan etkisinden dolayı STK'ya kimyasal yapılanmasından dolayı t-PA'ya benzemektedir. AMI'nde 1,5 milyon ünite bolüs, 1,5 milyon ünite infüzyon şeklinde olmak üzere toplam 3 milyon ünite 1,5 saatte verilir (11,31,56).

Trombolitik tedavide 1-6 saat sonra EKG kontrolü reperfüzyonun izlenmesi açısından yararlıdır. Reperfüzyona bağlı olarak ventriküler aritmiler sık görülebilir. aPTT veya pıhtılaşma zamanı bakılır. İlk gün 6 saat aralarla CKMB değeri incelenir. Hasta hipotansiyon, kanama, hipertermi, allerjik reaksiyon ve aritmiler açısından takip edilmelidir (11,31).

Girişimsel tedavi yöntemleri: Trombolitik tedavi ve opiozlara rağmen şiddetli göğüs ağrısı sürüyor ise anjiyografi, intra-aortik balon, anjioplasti, by-pass yapılır (14,45).

PTCA: Trombolitik tedavi uygulanmadan, oklüze olan koroner arterin mekanik olarak balon anjioplastisi işlemine primer PTCA denir.

Avantajları; reperfüzyonu sağlarken, trombolitik tedavi sırasında görülebilecek kanama riski yoktur. İnfarktüstten sorumlu damarın ilk 90 dakikada açık kalma oranı daha fazladır. Göğüs ağrısının başlangıcından ancak ilk 3 saat içinde uygulandığında, infarktüstten sorumlu damarın açık kalma oranı %90'a ulaşmaktadır (56).

Funk ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; koroner anjiyografi ve ırksal farklılıklar incelenmiş ve 642 siyah ve beyaz hastadan elde edilen veriler sonucunda siyahların beyazlardan daha az oranda anjiyografi geçirdikleri saptanmıştır.(59).

1.1.4.5.3 Hastane Sonrası Bakım

Hastaların pek çoğu infarktüsü takiben 6-8 hafta içerisinde işlerine dönebilecek duruma gelmektedir. Komplikasyonsuz hastalar 3 aydan önce kendilerine sağlıklı günlerindeki gibi hissetmektedirler. Hastalar 3-6 ayda bir dinamik ve izometrik egzersize tabi tutularak ritm yönünden incelenmelidir. Hastaların rehabilitasyonunu sağlamak için programlar geliştirilmelidir (20).

1.1.4.6 Akut Miyokard İnfarktüsünde Prognoz

AMI'nde mortalite %50 civarındadır. Bunun %20'si hastane dışında, diğerleri hastanededir. Koroner bakım üniteleri kurulduktan sonra bu oran %30'dan %15'e düşmüştür (11,60,61).

AMI'nün ilk dakikalarında mortalite %25'tir. 50 yaş altında %10-20, 60 yaşında %20 60yaş üstü %3, daha yaşlı olanlarda %40-50'dir. İlk AMI'ndan sonra hastaların %80-90'nı 1-5 yıl, %50'si 10 yıl, %25'i 20 yıl süre ile yaşayabilmektedir. 3-6 ay içinde işlerine dönebilmelerine izin verilmektedir (11,31,40).

Önceden infarktüs geçirmemiş, hipotansiyon ve diyabeti olmayan genç hastalarda aritmi, kalp yetersizliği ve şok gibi komplikasyonlar yoksa, serum enzimleri fazla yükselmemişse, infüzyon başlangıcından sonraki ilk 24 saat içinde tekrarlayan ağrılar olmamışsa bu hastalarda prognoz diğerlerine göre daha iyidir. Ancak bütün bunlara karşın, herhangi bir hastada herhangi bir zamanda ani ölüm ortaya çıkabilir (61).

Hastaların KYBÜ'ne başvurularındaki faktörlerden yaş, AMI geçirmişliği ve hastanede kalış süresinde kardiomegali, akciğerde rallerin varlığı gibi veriler prognoz hakkında önemli bilgiler vermektedir (62).

1.1.4.7 Kalp Hastalığı ve Akut Miyokard İnfarktüsünden Korunma ve Eğitim

Bir hastalıkta korunmada nedenin ortadan kaldırılmasına yönelik korunmaya primer korunma denir. Primer korunma; en etkili ve etkin korunma şeklidir.

AMI'nda korunmada kişilere özellikle kontrol altına alınabilen risk faktörleri giderilmesi konusunda bilgilendirme yapılır. Bu amaçla;

- 1) Sigara kullanmamaları
- 2) Sağlıklı diyetin önemi, beslenmede doymuş hayvansal yağların, kırmızı etin, tuzun azaltılması, sebze-meyve ağırlıklı diyetin ve uygun beden ağırlığının yararları.
- 3) Fizik aktivitenin artırılması, sporun desteklenmesi.
- 4) Tansiyon arteriyel ve lipidlerin kontrolü.
- 5) Yüksek riskli olguların saptanması ve tedavisi (11).

Majör ve aynı zamanda kontrol edilebilir risk faktörü olan sigara, kardiovasküler ölümlerin yaklaşık 1/3'ünden sorumludur. Sigaranın bırakılması koroner kalp hastalığı hem primer hem sekonder önlenmesinde çok önemlidir (11). Sigara içme alışkanlığının toplumsal düzeyde azaltılması için bir yandan çocukların ve gençlerin sigara içmeye başlamalarına engel, diğer yandan sigara içen bireylerin bırakmalarına yardımcı olunmalıdır (11).

Hareketsiz bir yaşam koroner kalp hastalığı için başlı başına bir risk faktörüdür. fizik egzersizin tipi, sıklığı, şiddeti önemlidir. Ancak haftada en az 5 gün düzenli yapılan ve yarım saati aşan egzersizler koroner kalp hastalık riskini azaltmaya katkıda bulunmaktadır. Fizik egzersizin kas yağları üzerine olumlu etkisi gözardı edilemeyecek kadar önemlidir (11,17,31).

Hipertansiyon koroner kalp hastalığı için önemli bir risk faktörüdür. Şişmanlık ve hipertansiyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kilo kaybı, kan basıncının kolesterol

ve trigliserid düzeylerinin düşmesini ve HDL kolesterol düzeyinin yükselmesini sağlamaktadır (11,31).

Günlük tuz tüketimi azaltılmalıdır. Toplumsal düzeyde koruma amacı ile günlük tuz tüketiminin 5 gramı aşmaması önerilmektedir.

1.1.4.8 Akut Miyokard İnfarktüsülü Hastanın Hemşirelik Bakımı

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing-ICN) hemşireliği “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur. Ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarının geliştirilmesi ve uygulamasına katılır” olarak tanımlamıştır (7,27). Hemşirenin birincil görevi sağlığı korumak ve geliştirmektir. Toplum sağlığı hizmetlerinde hastalıkları önlemeye yönelik hizmetlerde bulunur. Bireylerde hastalık gelişmesi halinde ise bakım ve tedavi hizmetleri yer alır, tedavinin devamlılığını sağlar ve hastanın hastalıktan önceki durumuna mümkün olduğunca geri dönmesine yardım eder (27).

AMI’de hemşirelik bakımının primer amacı infarktüs alanını sınırlandırmak ve oluşabilecek iskemiye önlemektir. Ağrı, AMI ile KYBÜ’ne kabul edilen bir hastada en önemli hemşirelik sorunudur ve en kısa zamanda çözümlenmelidir (63). AMI’lı hastaların bakımında hemşirelere düşen sorumluluklar; hastanın klinik durumunun sürekli değerlendirilmesi, kullanılan ilaçların etki ve yan etkisinin izlenmesi ve her türlü sorun ve komplikasyonların erken tanınıp ilgili ekip üyelerine bildirilmesi, sorunlara yönelik girişimlerin kurum politika ve prosedürleri doğrultusunda planlanması ve uygulanmasıdır (64).

AMI’nü deneyimleyen hastanın bakım ilkelerinde temel amaçlar şunlardır:

- *En üst düzeyde kardiyak fonksiyonları ve koroner perfüzyonu sağlama
- *Miyokardın oksijen gereksinimini azaltma
- *Hastanın ağrısını sonlandırma
- *Hemodinamik ve elektrofizyolojik stabiliteyi sağlama
- *Anksiyete, inkar ve depresyon gibi duygularını kontrol altına alma

- *Vücut ısısını 72 saat sonra normale döndürme
- *Egzersiz yaptırmak ve yatak istirahatinin yan etkilerini önleme
- *Merak ettiği ve gelecek yaşamı ile ilgili konularda açıklamalar yapma
- *Aileye gereken bilgiyi vermedir (27,65).

AMI geçiren hastaya verilen eğitim hastalığın akut döneminden itibaren başlamalıdır (27). AMI'li hastalarda ağrıyı gidermek için nitrogliserin dilaltı verilebilir. Ağrı geçmezse 5 dakika arayla 3 kez tekrarlanabilir. İlacın ortaya çıkardığı periferik vazodilatasyon ve venöz göllenme nedeni ile, kalbe dönen kan miktarı azalır, arteriyel kan basıncı düşer. Bacakların yükseltilmesi ile bu durum düzeltilir (48).

Eğer nitrogliserin ile ağrı hafiflemezse, şiddetli ve ciddi ise küçük dozlarda morfin IV verilebilir. Bu doz birkaç kez 5 dakika aralıklarla kullanılabilir (48). Ağrının hemen geçirilmesi, hastanın heyecan ve korkusunu ortadan kaldırmak suretiyle ciddi aritmilerin ortaya çıkmasına ve kalbin oksijen tüketiminin artmasına neden olan katekolamin salgılanmasını önler (48).

Ağrının giderilmesi esnasında hemşire, kullanılan ilaçların etki mekanizmalarını, yan etkilerini iyi bilmeli ve hastayı bu açıdan gözlemelidir. Özellikle hayati belirtileri değiştirecek ilaçlar verilmeden önce hemşire mutlaka hastanın hayati belirtilerini kontrol etmeli,verildikten sonra da yine belli aralıklarla hayati bulgular alınmalıdır (45).

AMI'de hipoksemi ventilasyon/perfüzyon (V/P) oranının bozulmasıyla meydana gelir, arteriyel oksijen konsantrasyonu azalır. Oksijen verilmesi hastayı pulmoner ödem, siyanoz, şok, göğüs ağrısı ve dispneden kurtarır (48). Ayrıca oksijen verilmesi infarktüs alanının küçülmesine yardımcı olur.

AMI geçirmekte olan hasta KYBÜ'ne kabul edildiğinde hemşire ünite hakkında,ünitede çalışan kişiler, aletler hakkında bilgi vererek hastanın alışmasını sağlar. Hastaya rahatlatıcı, güven verici sözler söylenir. Anksiyete, huzursuzluk, ölüm korkusu olan hastaların bu tip sıkıntılarını azaltmak için öncelikle onun güvenini kazanmak ve konuşmasına fırsat tanınmalı, mümkün olduğu ölçüde soruları doğru cevaplanmalıdır (5,48).

Yine AMI'lı hastalarda sünüzal bradikardi, taşikardi, supraventriküler, aritmiler, AV blokları, ventriküler taşikardi ve fibrilasyon gibi ritm ileti bozuklukları görülebilir. KYBÜ'nde çalışan hemşire hastanın ritminde normalden sapma olduğu takdirde derhal hekime haber vermeli, acil tedavide etkin ve aktif rol almalıdır.

AMI geçiren hastanın devamlı hemşirelik gözlemine gereksinim vardır. Hipotansiyon ve taşikardi şokun gelişmekte olduğunu, solunum sayısının düşmesi morfin intaksikasyonunu, dispne hipoksemiye, hırıltılı solunum akciğer ödemini, yüksek ateşin 6-7 gün devam etmesi pulmoner enfeksiyon geliştiğini işaret edebilir(48).

AMI'nda hipotansiyon, bradikardi ile birlikte bulunursa, ayak kaldırma yöntemi veya atropin zerki seçilmiş tedavidir. Vazopressör ajanlar kullanılmadan önce oksijen verilmesi, ağrının giderilmesi ve ayakların kaldırılması gibi asıl girişimler denenmelidir(48).

AMI'da hipertansiyon; miyokardın oksijen gereksinimini artırması nedeni ile AMI'nda 140mmHg'nın üstündeki kan basıncı hastaların üzerine kötü etki yapmaktadır. Başlangıçta ağrı nedeni ile kan basıncı yükseldiğinden hemen ağrının hafifletilmesi nitrogliserin verilmesi ve furosemid kullanılması gerekir. Tedaviye cevap vermeyen vakalarda sodyum nitroprussid veya propranolol kullanılabilir(48).

Yatak istirahati ve ayağa kalkma; yatak istirahati süresi genellikle hastanın tedaviye verdiği cevaba ve infarktüs alanının genişliğine bağlıdır. Hafif vakalarda 3 günden sonra yatak yanındaki koltukta istirahat edebilir. Yatak istirahati sırasında eğer hipotansiyon ve şok yoksa semi-fowler (yarı oturur) pozisyonda tutulmalıdır. Pozisyon sık sık değiştirilmeli derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalı (atelektazi ve pnomoniye önlemek için). Alt extremitelerde trombozu önlemek için 3 günden sonra pasif extremitte hareketleri yapılır. Hastanın basınç gören yerlerine masaj yapılır.

AMI'ı takiben ilk 2 gün boyunca hasta ikındırılmamalıdır. Çünkü bu zorlama; kalbe venöz dönüşümü artırarak kalbe yük oluşturur. Nabız hızlanır tansiyon düşer. Bu yüzden hastaya laksatifler verilmelidir. Diyetle modifiye edilmelidir (38,48).

Hemşire hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı miktarının ölçülmesine büyük özen göstermelidir. Fazla sıvı konjestif kalp yetmezliğine, az sıvı dehidratasyona neden olabilir.

Antikoagülan tedavi sırasında kanamaya eğilim artar. Hemşire fazla kanamaya karşı tetikte olmalıdır. Hemşirelik işlemleri uygulanırken travmatize adilmemeli, idrar feçes gibi atıkları kanama olup olmadığı yönünden gözlenmelidir. Ayrıca hasta tromboembolik komplikasyon semptomları yönünden de gözlenmelidir.

AMI'nden sonra ilk 24 saat hastaya sıvı diyet verilir. İlk üç gün tuzsuz diyet uygulanır. Ayrıca lifli gıdalarla konstipasyon önlenmeye çalışılır (38,48).

AMI Geçiren Hastalarda Aktivite Programı

1-3. Gün: KYBÜ'nde yatak istirahati, 2.günde tolere edebilirse sandalyeye oturabilir. Venöz konjesyonun önlenmesi için hastanın ayak ve parmaklarını oynatması söylenir.

4-6.Gün: Hasta KYBÜ'nden çıkarılır, traş olabilir, tuvalete gidebilir, odada yürüeyebilir.

7-10. Gün: Günde bir saati aşmayacak şekilde yürüeyebilir.

11-14.Gün: Hasta istediği yere gidebilir.

2.Ay: Hasta işine ve egzersiz programına başlayabilir (38)

1.1.4.9 Kardiyak Rehabilitasyon

Rehabilitasyon; hastanın yaşam kalitesinin ve bağımsız üretken bir kişi olarak topluma tekrar kazandırılmasını amaçlar. Bir anlamda hastaya hastalığı ile birlikte yaşamayı öğretmektedir (27).

Kalp hastaları için uygulanan rehabilitasyon programlarının amacı ise; önerilen kardiyak rejime hastaların bağlı kalmaları için cesaret verme ve uyumlarını sağlamanın yanı sıra risk faktörlerini en aza indirmek ve hastayı olabildiğince kardiyak olaydan önceki durumu geri döndürmektir (27).

Komplikasyonsuz AMI'den sonra rehabilitasyon, hastanın durumu stabil olur olmaz, genellikle 24-48 saat sonra başlamalıdır. Erken fizik aktivitenin trombüs oluşumu ve ortostatik hipotansiyon riskini azalttığı, kas tonüsü ve eklem hareketlerinin sürdürülmesini sağladığı gösterilmiştir. Hemşire kardiyak rehabilitasyon ekibi içinde aktif olarak yer almalıdır (5,66).

AMI geçiren hasta ve yakınları ilk başta ne kadar aktiviteyi tolere edebileceklerini, alacağı ilaçları ve yan etkileri, onlara verilmiş olan diyetin ayrıntı ve özelliklerini, gerektiğinde doktora bildirecekleri komplikasyon belirtilerinin neler olacağını bilmeye gereksinim duyarlar (27). Taburcu edilmeden önce hastaya ihtiyacı olan bilgiler izah edilmelidir (5).

Kardiyak rehabilitasyon hemşiresi; hastaya motivasyon ve emosyonel destek sağlar, ihtiyacı olan girişimleri ve hedefleri geliştirmesine yardım eder. Sonuç olarak koordinatör, bakım veren, eğitimci ve danışman olarak görev yapan hemşire hastanın rehabilitasyon hedeflerini karşılamada multidisipliner ekip çalışmasının önemli bir parçası olarak işlev görür (7,27).

Genellikle rehabilitasyon programlarında verilecek bilgiler ve kullanılacak yöntemler standart olmakla birlikte bireyin özelliklerine göre uyarlamalar yapılması programın devamlılığı açısından önemlidir. Hastalıkların tedavi edilebilir olduğuna inanan kişilerin rehabilitasyon programına da daha iyi uyum sağladıkları ve kısa sürede işe döndükleri saptanmıştır. Rehabilitasyon programlarında yaşanan en önemli sorun hastaların programları yarım bırakmalarıdır. Hastaların katılımlarının artırılması için aşağıdaki öneriler yapılmıştır;

*Egzersize orta düzeyden başlamak

*Grup katılımı sağlayarak iletişimi güçlendirme

*Sadece egzersiz ve eğitim oturumu değil danışmanlık oturumlarına da yer verme

*Müzik eşliğinde egzersiz yapma

*Eşlerin katılımlarını sağlama

*Programı yazılı hale getirerek hastaların kendilerindeki gelişimi görmeleri sağlamak

*Belirlenen hedeflere ulaşan ve sürekli katılan hastalara ödülleri vermek (67).

Tüm hastalar sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için en uygun şartların bulunduğu donanımlı bir çevreden istifade ederler.

Tokem araştırmasında; AMI geçiren hastalara uygulanan eğitim programının bakım sonuçlarına etkisini incelemiş kontrol grubundaki hastalara taburcu olurken servis rutininde uygulanan doktor ve hemşirenin AMI hakkında önerileri ve diyet örneği verilmiş, deney grubuna da hastanede buldukları süre içinde eğitim ve aktivite kitapçığı verilmiş, bireysel eğitim yapılmış, taburculuktan sonra grup eğitimine davet edilmiş. Sonuçta deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (27)

Hastaların eğitim öncesi hastalık hakkında yetersiz bilgi sahibi olduğu ve bu dönemde anksiyete yaşadıkları, verilen eğitim sonrasında anksiyete düzeylerinin azaldığı ve eğitimden etkilenerek alışkanlıklarında değişiklik yapabildikleri saptanmıştır (20).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ilk kez akut miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerin hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla analitik ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.2 Araştırmanın Yeri

Araştırma, Muğla Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde gerçekleştirilmiştir.

2.3 Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, Muğla Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hastalar oluşturmaktadır.

2.4 Örnek Sayısı ve Örnek Büyüklüğü

Araştırmanın örneklemini, Muğla Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesine 28/09/2002-29/05/2003 tarihleri arasında yatan 90 hasta oluşturmuştur. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan 30 yaşın üzerinde, okur-yazar, görme işitme özürü olmayan, sözel ilişki kurabilen, psikiyatrik problemleri olmayan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Ayrıca araştırmacı tarafından çalışmanın amacı hastane yönetimi ve deneklere açıklanıp, katılım için onayları alınmıştır.

2.5 Veri Toplama

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak 2 bölümden oluşan anket formundan yararlanılmıştır.

Literatür bilgilerinden yararlanılarak hazırlanan soru kağıdının yüzeyel geçerliliğini saptamak amacıyla Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hekim ve hemşirelerin görüşleri alınmıştır. Anket formunun ön uygulaması Muğla SSK hastanesi

Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatan ve araştırma örnekleme benzeyen 10 hastaya uygulanmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir:

- Anket formu I (Hasta Tanıtım Formu):

Anket formunun bu bölümü, miyokard infarktüsü tanısıyla hastaneye yatan ve araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve miyokard infarktüsüne neden olan risk faktörlerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

- Anket formu II (Hastalığa ilişkin Bilgi Değerlendirme soruları):

Bu anket formu araştırma kapsamına alınan hastaların, miyokard infarktüsü hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

İkinci anket formu, toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Testte çoktan seçmeli 14, açık uçlu 3 soru bulunmaktadır. Bilgi düzeyini saptama anket formu, taburculuk esnasında uygulanırken soruların içeriği, çoktan seçmelilerde seçeneklerinin yerlerinin değiştirilmesi dışında aynı tutulmuştur. Böylece deneklerin, bilgi düzeyini saptama formundaki soruların yerlerini ve seçeneklerini ezberlemesi engellenmeye çalışılmıştır. Hastaların verdikleri yanıtların geçerliliği, hasta dosyalarındaki kayıtlarla karşılaştırılarak saptanmıştır.

2.6 Anket Formlarının Uygulanması

Anket formları, araştırmacı tarafından hastalar ile tek tek görüşülerek ve hasta ile ilgili olan bazı bilgiler (hastaneye geldiğinde konulan ilk tanı, kandaki kolesterol düzeyi, tansiyon değeri, başka bir hastalığı olup olmadığı) hasta dosyasından alınmak suretiyle doldurulmuştur.

2.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formları; araştırmacı tarafından elde teker teker değerlendirilerek kodlanmış ve veri kodlama kağıtlarına geçirilmiştir. Hata kontrolleri yapılan veriler bilgisayara verilerek dökümleri yapılmış, SPSS programında değerlendirilmiştir. Deneklerle ilgili tanıtıcı bilgiler ve risk faktörleri sayı ve yüzde olarak verilmiş. Hasta

tanıtım formunda bulunan 9. soru için doğru ölçtüğü ispatlanmış bir tartı kullanılmış ve sonuçlar beden kitle indeksine göre değerlendirilmiştir.

Beden kitle endeksi şöyle hesaplanmaktadır: $A \text{ (kg)}/B \text{ (mxm)} = < 20$

A= Ağırlık B=Boy

20-24,9 = Normal

25-29,9 = Hafif şişman

30-30,9 = Şişman

>40 = Ağır veya morbid şişman

Bilgi düzeyini saptama anket formunda deneklere hastalığa ilişkin sorulara verdikleri her doğru yanıt için "1 puan", yanlış yanıt için "0 puan" verilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ANOVA, Kruskal-Wallis, bu test öncesinde varyansların homojenliği ileri analizler için Tukey HSD, Tukey LSD yapılmıştır.

2.8 Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenler

Bu araştırmanın bağımlı değişkeni araştırmaya katılan hastaların akut miyokard infarktüsü konusundaki bilgi düzeyleridir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise araştırmanın bağımlı değişkenini etkileyeceği düşünülen bireysel özellikler; hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek durumu, konu ilgili bilgi alma durumu, bilgi alınan kaynak, risk faktörlerine sahip olma durumu olarak belirlenmiştir.

2.9 Süre ve Olanaklar

Araştırma 2002 yılı içinde planlanmış ve 2003 yılında tez önerisi olarak sunulmuştur 28 Eylül 2002 tarihinden itibaren veriler toplanmaya başlanmış ve 29 Mayıs 2003'de bitirilmiştir. 30 Mayıs-20 Haziran 2003 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanan verileri değerlendirme çalışmaları yürütülerek, araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

3. BULGULAR

Araştırmada AMI geçiren hastalar hakkında 17 puan üzerinden yapılan değerlendirme sonucunda $14.57 \pm 3,15$ ortalama bilgi puanı aldıkları belirlendi. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verildi.

Tablo 1.Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:90)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
YAŞ		
40-49	4	4,4
50-59	30	33,3
60-69	49	54,4
70 ve üzeri	7	7,8
Toplam	90	100,0
CİNSİYET		
Erkek	54	60,0
Kadın	36	40,0
Toplam	90	100,0
EĞİTİM DURUMU		
Okur yazar değil	4	4,4
Okur yazar	3	3,3
İlkokul mezunu	33	36,7
Lise mezunu	46	51,1
Fakülte/Yüksekokul mezunu	4	4,4
Toplam	90	100,0
MEDENİ DURUM		
Evli	67	74,4
Dul	23	25,6
Toplam	90	100,0
MESLEK		
Ev hanımı	27	30,0
Emekli	50	55,6
Memur	4	4,4
Serbest meslek	9	10,0
Toplam	90	100,0

SOSYAL GÜVENCE		
SSK	8	8,9
Emekli Sandığı	55	61,1
Bağkur	21	23,3
Yok/Özel	2	2,2
Diğer	4	4,4
Toplam	90	100,0
GELİR-GİDER DURUMU		
Gelir gidere göre az	5	5,6
Gelir gidere eşit	79	87,8
Gelir giderden fazla	6	6,7
Toplam	90	100,0

Tablo 1’de hastaların sosyo demografik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Tablodaki dağılımda görüldüğü gibi hastaların %54,4 ile çoğunluğunu 60 yaş ve üstü, %33,3’ünü 50-59 yaş grubu, %7,8’ni 70 yaş ve üzeri, %4,4’ünü ise 30-39 yaş grubu oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 60,0’nı erkekler ve %40,0’nı kadınlar oluşturmakta olup; eğitim durumları incelendiğinde çoğunun (%51,1) lise mezunu olduğu, daha sonra sıra ile ilkokul mezunu (%36,7), yüksekokul mezunu (%4,4) ve okur yazar (% 3,3) olduğu görülmektedir.

Araştırma örneklemini oluşturan hastaların %74,4’ü evli, %25,6’sı dul olduğunu ifade eden yanıtlar vermişlerdir. Tablodaki dağılımda da görüldüğü gibi, araştırma kapsamına giren hastaların %97,7’si sosyal güvencelerinin olduğunu, %2,2’si ise bağlı olduğu herhangi bir kuruluş olmadığını belirtmiştir. Sosyal güvencesi olan hastaların ise çoğunluğunu (%61,1) Emekli Sandığı’ na bağlı olanlar oluşturmaktadır. Hastaların %87,7’si gelirin gidere eşit olduğunu, %6,7’si gelirin giderden fazla, % 5,6’sı da gelirin giderden az olduğunu ifade etmişlerdir. Yine tablo dağılımı incelendiğinde, hastaların %55,6’sı emekli, %30,0’i ev hanımı, % 10,0’i serbest meslek sahibidir.

Tablo 2. Bilgi Düzeylerinin Dağılımı (n:90).

Bilme Durumları	n	%
0-5 (Bilmeyen)	-	-
6-11 (Az Bilen)	16	17,8
12-17 (Bilen)	74	82,2
Toplam	90	100,0

Tablo 2’de araştırmaya katılan hastaların konu ile ilgili bilgi düzeyleri dağılımı verilmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğu (%82,2) 17 puan üzerinden yapılan değerlendirmede, 12-17 arası puan alarak “bilen” grubu, % 17,8’ i de 6-11 puan alarak “az bilen” grubu oluşturmaktadır.

Tablo 3. Hastaların Bilgi Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n:90)

Yaş Grupları	n	%	$\bar{X} \pm SS$
40-49	4	4,4	15,25±3,50
50-59	30	33,3	14,90±2,60
60-69	49	54,4	14,92±3,04
70 ve üzeri	7	7,8	10,29±3,35
Toplam	90	100,0	14,57±3,15

f:5,373 p:0,002

Tablo 3’de görüldüğü gibi 40-49 yaş grubu hastaların 15,25±3,50 ile en yüksek bilgi puanını aldığı, bunu sırası ile 60-69 yaş grubu (14,92±3,04), 50-59 yaş grubu (14,90±2,60) ve 70 yaş ve üzeri grubu (10,29±3,35) takip etmektedir. Hastaların bilgi puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05)

Hastaların bilgi puanları ile yaş grupları arasındaki ilişkinin kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD analiz testi sonucunda; 40-49, 50-59 ve 60-69 yaş

grubunun bilgi puanı ortalaması, 70 ve üzeri yaş grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. Hastaların Bilgi Puanlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (n:90)

Cinsiyet	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Kadın	36	40,0	14,19±3,45
Erkek	54	60,0	14,81±2,94
Toplam	90	100,0	14,57±3,15

f:0,835 p:0,363

Tablo 4' de araştırma kapsamına alınan hastaların bilgi puanlarının cinsiyetlere göre dağılımı verilmiştir. En yüksek bilgi puanını 14,81±2,94 ile erkeklerin, kadınların ise bilgi puanlarının 14,19±3,45 olduğu ve iki değişken arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu görülmektedir ($p > 0,05$).

Tablo 5. Hastaların Bilgi Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (n:90).

Eğitim Durumu	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Okur yazar değil	4	4,4	8,75±0,95
Okur yazar	3	3,3	10,66±3,21
İlkokul mezunu	33	36,7	13,66±3,44
Lise mezunu	46	51,1	15,93±1,84
Fakülte/Yüksekokul mezunu	4	4,4	15,00±3,36
Toplam	90	100,0	14,57±3,15

f:10,617 p:0,00

Tablo 5' de hastaların %51,1'inin lise mezunu olduğu yine bu grubun 15,93±1,84 ile en yüksek bilgi puanına sahip olduğu, bu grubu yüksekokul, ilkokul mezunlarının takip ettiği ve okur yazar olmayan grubun 8,75±0,95 ile en düşük bilgi

puanına sahip olduğu görülmektedir. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların bilgi puanları ile eğitim durumları arasındaki ilişkinin kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD analiz testi sonucunda okur yazar olmayan grubun bilgi puanı ortalaması, ilkokul ve lise mezunu gruptan anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Tablo 6. Hastaların Bilgi Puanlarının Meslek Durumlarına Göre Dağılımı

(n:90)

Meslek	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Ev hanımı	27	30,0	13,51±3,66
Emekli	50	55,6	15,68±2,09
Memur	4	4,4	12,50±5,44
Serbest meslek	9	10,0	12,44±3,20
Toplam	90	100,0	14,57±3,15

f: 5,823 p: 0,001

Tablo 6 'da hastaların bilgi puanlarının meslek durumlarına göre dağılımı karşılaştırılmış olup en yüksek bilgi puanını 15,68±2,09 ile emekli grubunun aldığı bunu 13,51±3,66 ile ev hanımı grubu takip etmektedir. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların bilgi puanları ile meslek durumları arasındaki anlamlı ilişkinin kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD analiz testi sonucunda emekli grubun bilgi puanı ortalaması, ev hanımı grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Hastaların Bilgi Puanlarının Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı (n:90).

Sosyal Güvence	n	%	$\bar{X} \pm SS$
SSK	8	8,9	11,25±3,54
Emekli Sandığı	55	61,1	15,51±2,32
Bağkur	21	23,3	14,62±2,94
Yok/Özel	2	2,2	15,00±2,83
Diğer	4	4,4	7,75±0,96
Toplam	90	100,0	14,57±3,15

f:12,242 p:0,00

Tablo 7’de hastaların bilgi puanları ile sosyal güvencelerinin dağılımında görüldüğü gibi emekli sandığına bağlı olan grubun 15,51±2,32 ile en yüksek bilgi puanını aldığı, SSK’ya bağlı olan hastaların 11,25±3,54, sosyal güvencem yok diyen grubun ise 15,00±2,83 aldığı görülmektedir. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. $p < 0,05$

Hastaların bilgi puanları ile sosyal güvenceleri arasındaki anlamlı ilişkinin kaynağı belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD analiz testinde SSK’na bağlı hastaların bilgi puanı ortalamalarının ,emekli sandığı ve Bağ-Kur’a bağlı hastalardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Tablo 8. Hastaların Risk Faktörlerine Göre Dağılımı.

Risk Faktörü	n	%
Sigara içme durumu		
Evet	61	67,8
İçtim ama bıraktım	-	-
Hiç içmedim	29	32,2
Toplam	90	100,0
Günde içilen sigara adedi		
1-10 adet	14	22,6
11-19 adet	45	72,6
20-39	3	4,8
Toplam	62	100,0
Alkol kullanma durumu		
Evet	51	56,7
İçtim ama bıraktım	5	5,6
Hiç içmedim	34	37,8
Toplam	90	100,0
Alınan alkol miktarı		
Bazen	35	63,6
Hergün bir duble	3	5,5
1-3 duble	15	27,3
4 ve üzeri	2	3,6
Toplam	55	100,0
Başka hastalık var mı		
Hipertansiyon	44	48,9
Diabetes mellitüs	19	21,1
GİS hastalıkları	3	3,3
Solunum hastalıkları	12	13,3
Başka hastalığı yok	12	13,3
Toplam	90	100,0
Beden kitle indeksi(BKİ)		
Normal	32	35,6

Hafif şişman	20	22,2
Şişman	19	21,1
Aşırı şişman	19	21,1
Toplam	90	100,0
Kan basıncı		
160/95 mmHg ve üzeri	5	5,6
140/90-160/95 mmHg	22	24,4
140/90 mmHg'nın altı	63	70,0
Toplam	90	100,0
Kolesterol düzeyi		
240 mg ve üzeri	77	85,6
200-240 mg arası	5	5,6
200 mg'ın altı	8	8,9
Toplam	90	100,0

Tablo 8'de hastaların risk faktörlerine göre dağılımları verilmiştir. Hastaların %67,8'i sigara içerken %32,2'si hiç içmediğini, sigara içen hastaların %72,6'sı günde 11-19 arası, %22,6'sı günde 1-10 adet, %4,8'i ise günde 20-39 adet sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Hastaların alkol kullanma durumları incelendiğinde %56,7'sinin evet, %5,6'sının içtim-bıraktım, %37,8'inin hiç içmedim yanıtını verdiklerini, alkol kullananların %63,6'sı bazen, %27,3'ü günde 1-3 duble, %5,5'i hergün 1 dubleden az, %3,6'sı da günde 4 duble ve üzeri alkol kullandıkları yanıtını vermişlerdir. Hastaların hastalık öyküleri incelendiğinde %48,9'u hipertansiyon, %21,1'i DM, %13,3'ü solunum sistemi hastalıkları %3,3'ü GİS hastalıkları %13,3'ünün başka hastalığı yoktur. Hastaların %35,6'sı normal, %22,2'si hafif şişman, %21,1'i şişman %21,1'i ağır şişman BKİ'ne sahiptirler. Hastaların %24,4'ü 140/90-160/95 mmHg, %70,0'ı 140/90mmHg altında, %5,6'sının 160/95mmHg üzerinde olduğu, hastaların %85,6'sının kolesterol düzeyinin 240mg/dl üzerinde, %5,6'sının 200-240mg/dl, %8,9'unun 200mg/dl'nin altında olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Hastaların Bilgi Puanlarının BKİ ne Göre Dağılımı (n:90).

BKİ	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Normal	32	35,6	15,31±2,92
Hafif şişman	20	22,2	14,90±2,77
Şişman	19	21,1	14,68±2,26
Aşırı şişman	19	21,1	12,84±4,11
Toplam	90	100,0	14,57±3,15

KW:5,892 p:0,117

Hastaların bilgi puanlarının beden kitle indexlerine göre dağılımı Tablo 9'da görülmektedir. Normal BKİ'ne sahip hastaların 15,31±2,93 ile en yüksek bilgi puanını aldıkları bunu hafif şişman,şişman,aşırı şişman grubun sırayla takip ettikleri görülmektedir. Hastaların bilgi puanları ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 10. Hastaların Bilgi Puanlarının Tansiyon Değerlerine Göre Dağılımı (n:90).

TA Değeri	n	%	$\bar{X} \pm SS$
160-95 mmHg'nin üzeri	5	5,6	12,40±2,88
140/90-160/95 mmHg	22	24,4	12,68±3,58
140/90 mmHg'nin altı	63	70,0	15,40±2,66
Toplam	90	100,0	14,57±3,15

f:8,537 p:0,00

Hastaların bilgi puanları ile TA değerlerine göre dağılımı tablo 10'da verilmiştir. Tablo 10'a göre TA değeri 140/90 mmHg altında olan grubun 15,40±2,66, TA değeri

140/90 –160/95 mmHg olan grubun $12,68\pm 3,58$, TA değeri 160/95 mmHg' nin üzerinde olanlar $12,40\pm 2,88$ puan almışlardır. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların bilgi puanları ile TA değerleri arasındaki ilişkinin kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD analiz testi sonucunda TA değeri 140/90-160/95mmHg olan grubun bilgi puanı ortalaması, 140/90mmHg'nin altında olan gruba göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Tablo 11. Hastaların Bilgi Puanlarının Kolesterol Düzeylerine Göre Dağılımı (n:90).

Kolesterol düzeyi	n	%	$\bar{X} \pm SS$
240 mg üzeri	77	85,6	$15,08\pm 2,70$
200-240 mg	5	5,6	$13,80\pm 4,44$
200 mg altı	8	8,9	$10,13\pm 3,14$
Toplam	90	100,0	$14,57\pm 3,15$

f:11,190

p:0,00

Tablo 11'de hastaların bilgi puanları ile kolesterol düzeyleri karşılaştırılmış buna göre 240mg/dl'nin üzerinde olan grup $15,08\pm 2,70$, 200-240mg/dl olan grup $13,80\pm 4,44$, 200mg/dl'nin altında olan grup ise $10,13\pm 3,14$ puan almışlardır. Hastaların bilgi puanları ile kolesterol düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların bilgi puanları ile kolesterol düzeyleri arasındaki ilişkinin kaynağına belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD analiz testi sonucunda kolesterol düzeyi 240mg/dl'nin üzerinde olanların bilgi puan ortalaması, 200mg/dl'nin altında olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 12. Hastaların Bilgi Puanlarının Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı(n:90).

Sigara kullanma durumu	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Evet	61	67,8	14,72±3,08
Hiç içmedim	29	32,2	14,24±3,31
Toplam	90	100,0	14,57±3,15

f:0,453 p:0,503

Tablo 12’de hastaların bilgi puanlarının sigara kullanma durumlarına göre dağılımı verilmiş ,tablo dağılımına göre sigara içenler 14,72±3,08, hiç içmeyenler 14,24±3,31 puan almışlardır. Hastaların bilgi puanları ile sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Hastaların Bilgi Puanlarının Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı (n:90).

Alkol kullanma durumu	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Evet	51	56,7	15,15±2,75
İçtim/bıraktım	5	5,6	15,40±2,19
Hiç içmedim	34	37,8	13,55±3,60
Toplam	90	100,0	14,57±3,15

f:2,929 p:0,059

Tablo 13’de hastaların bilgi puanları ile alkol kullanma durumlarına göre dağılımında evet cevabını veren grubun $15,15\pm 2,75$, içtim /bıraktım diyen grubun $15,40\pm 2,19$, hiç içmedim diyen grubun $13,55\pm 3,60$ puan aldığı görülmektedir. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Hastaların Bilgi Puanlarının Başka Hastalığı Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı (n:90).

Başka hastalık durumu	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Hipertansiyon	44	48,9	$15,22\pm 2,93$
Diyabet	19	21,1	$15,10\pm 2,10$
GİS hastalıkları	3	3,3	$10,66\pm 2,30$
Solunum hastalıkları	12	13,3	$13,33\pm 4,11$
Başka hastalığı yok	12	13,3	$13,50\pm 3,50$
Toplam	90	100,0	$14,57\pm 3,15$

f: 2,779

p:0,03

Tablo 14’de hastaların bilgi puanları ile başka hastalığı olup-olmama durumu verilmiş olup en yüksek bilgi puanına $15,22\pm 2,93$ ile hipertansiyonlu grubun aldığı bunu $15,10\pm 2,10$ ile diyabetli grup, $13,50\pm 3,50$ ile başka hastalığı olmayan grup, $13,33\pm 4,11$ ile solunum hastalıkları olan grup, $10,66\pm 2,30$ ile GİS hastalıkları olan grup takip etmektedir. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

Hastaların bilgi puanları ile başka hastalığı olup-olmama durumları arasındaki ilişkinin kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Tukey LSD analiz testi sonucunda hipertansiyonlu ve diyabetli grubun bilgi puanı ortalaması GİS hastalıkları olan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. Hastaların Bilgi Puanlarının Bilgi Edinme Durumlarına Göre Dağılımı (n:90).

Bilgi edinme durumu	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Evet	64	71,1	15,77±2,34
Hayır	26	28,9	11,62±2,97
Toplam	90	100,0	14,57±3,15

f:49,545

p:0,107

Tablo 15’de hastaların bilgi puanları ile bilgi edinme durumları karşılaştırılmış olup evet diyen grubun 15,77±2,34, hayır diyen grubun ise 11,62±2,97 puan aldığı görülmektedir. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Hastaların Bilgi Puanlarının Bilgi Edindikleri Kaynaklara Göre Dağılımı (n:64).

Kaynak	n	%	$\bar{X} \pm SS$
Kitle iletişim araçları	20	31,3	15,25±2,88
Doktor	32	50,0	16,19±1,73
Hemşire	12	18,8	15,50±2,75
Toplam	64	100,0	15,77±2,34

f:0,534

p:0,589

Tablo 16'da hastaların bilgi puanları ile bilgi edindikleri kaynaklara göre dağılımı verilmiştir. Tablo dağılımına göre kitle iletişim araçlarından bilgi edinenlerin 15,25±2,88, doktorlardan bilgi edinenlerin 16,19±1,73, hemşirelerden bilgi edinenlerin 15,50±2,75 puan aldıkları görülmektedir. Hastaların bilgi puanları ile bilgi edindikleri kaynaklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

4.TARTIŞMA

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların,hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada hastaların %54,4'ünün 60-69 yaş grubunda , %4,4 'ünün ise 40-49 yaş grubunda olduğu hastaların da %60,0'nı erkeklerin, %40,0'ını kadınların oluşturduğu tespit edildi (Tablo 1). Çoğunluğun ileri yaşta olması ve kadın erkek oranının birbirine yakın olması beklenen bir sonuç olarak düşümlenebilir. Araştırmada erkek deneklerin fazla olması AMI'ne erkeklerin kadınlardan daha çok yakalandığı görüşünü doğrulamaktadır.Yaş arttıkça cinsler arasındaki fark azalmakla birlikte her yaş grubunda, AMI'ü erkeklerde daha sık görülür (22).

Araştırmaya katılan hastaların %51,1'ini lise mezunları oluştururken bunu ikinci sırada ilk okul mezunları, üçüncü sırada yüksek okul mezunları ve okur yazar olmayan bireyler, dördüncü sırada okur yazar hastalar oluşturmaktadır.Yine araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu (%74,4) evli olup %97,7'sinin sosyal güvencesi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1). AMI tedavisi pahalı olması nedeni ile sosyal güvencesi olmayan bir kısım hasta tedaviyi yarıda bırakabilir, sosyal güvencesi olan hastalara maddi yük getirmeyeceği için hastaların tedaviye kabulü kolay olmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların mesleki özellikleri incelendiğinde %55,6'sının emekli, %30,0'ının ise ev hanımı, %10,0'ının serbest meslek %4,4'ü memur olarak dağılım gösterdiği görülmüştür (Tablo 1). Emeklilerin çoğunluğu oluşturması, hastaların yaş ortalamasının emeklilik yaşına uyması ile ilgilidir. Emeklilikle birlikte hareketli yaşam şeklinden sedanter yaşama dengeli uyum sağlamadaki güçlüklerin AMI oluşumunda etkili olduğu bildirilmektedir. Hastaların büyük bir çoğunluğundan (%87,8) gelirin gidere eşit olduğu yanıtı alınmıştır (Tablo 1).

Araştırmada hastaların AMI ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtların değerlendirme sonuçları birbirleri ile etkili olabileceği düşünülen bazı bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Buna göre Muğla Devlet Hastanesi KYBÜ'nde tedavi gören 90 hastanın AMI konusundaki bilgi puanları dağılımı incelendiğinde ortalama

bilgi puanı $14,57 \pm 3,15$ olarak tespit edildi .Bu sonuca göre hastaların büyük bir çoğunluğunun %82,2'sinin “bilen” grubu oluşturduğu belirlendi (Tablo2).

Araştırmada hastaların bilgi puanlarının yaş gruplarına göre dağılımında %54,4'ünün 60-69 yaş grubunda olduğu, en yüksek bilgi puanını da $14,92 \pm 3,04$ ile aynı yaş grubundaki hastaların aldığı tespit edildi (Tablo3). Bu grubu $14,90 \pm 2,60$ ile 50-59 yaş grubu, $15,25 \pm 3,50$ ile 40-49 yaş grubu takip etmektedir. AMI geçiren hastaların yaş ortalamaları ile bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,05$). Bu ilişkinin kaynağını belirlemek amacı ile yapılan Tukey HSD analiz testi sonucunda; 40-49 yaş grubunun,50-59 ve 60-69 yaş gruplarının bilgi puanı ortalamaları, 70 yaş ve üzeri grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.Bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgilerini desteklemekte, Tokem (27)'in çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada hastaların bilgi puanlarının cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında erkeklerin ortalama bilgi puanı $14,81 \pm 2,94$, kadınların $14,19 \pm 3,45$ olduğu görülmektedir. Hastaların bilgi puanları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p > 0,05$). Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar örnekleme oluşturan kadınların çoğunun ev hanımı olması nedeni ile çalışanların sağlık ile ilgili eğitim programlarından yararlanmasına göre daha az bilgili olmalarının beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.Sonuçlarımız Delibay (11) ve Erdoğan (22)'in bulguları ile paralellik göstermektedir (Tablo 4).

Hastaların bilgi düzeyleri eğitim durumları ile incelenmiş ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p < 0,05$) ve eğitim düzeyi arttıkça konu ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olma durumunda da artış gözlenmiştir (Tablo 5). Bu anlamlı ilişkinin kaynağını belirlemek amacı ile yapılan Tukey HSD analiz testi sonucunda; okur yazar olmayan grubun bilgi puanı ortalaması, ilkokul ve lise mezunlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar da Delibay (11)'in bulguları ile paralellik göstermekte olup,bireyin genel eğitim düzeyinin artmasına her konudaki bilgi düzeyinde de olumlu artış yaptığını gösteren beklendik sonuçlardır denilebilir.

Hastaların bilgi puanlarının meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde serbest meslek sahibi olan hastaların puan ortalamalarının (12,44±3,20) ev hanımı (13,51±3,66) ve emekli (15,68±2,09) grubundaki hastaların puan ortalamalarından düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Hastaların bilgi puanı ortalamaları ile meslek grupları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) bu ilişkinin kaynağını belirlemek amacı ile yapılan Tukey HSD analiz testi sonucunda ev hanımlarının bilgi puanı ortalamalarının emeklilerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar Tokem (27) ve Delibay (11)'in sonuçları ile paralellik göstermekte olup işyerlerine özellikle resmi kurumlarda yapılan gerek hizmet içi eğitim seminerleri kapsamında gerekse sağlıkla ilgili özel konferans ve toplantılardan çalışanların daha çok bilgilenme şansı olduğunu düşündürmektedir.

Hastaların bilgi puanlarının sosyal güvence durumlarına göre dağılımı incelendiğinde en yüksek bilgi puanını (15,51±2,32) sosyal güvencesi emekli sandığı olanların aldığı, SSK'na bağlı hastaların (11,25±3,54) ile en düşük bilgi puanına sahip olduğu saptandı (Tablo 7). İki değişken arasında yapılan istatistiksel çalışmada anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu ilişkinin kaynağını belirlemek amacı ile yapılan Tukey HSD analiz testinde; SSK'lı hastaların bilgi puanı ortalamasının emekli sandığı ve Bağ-Kur'a bağlı hastalardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar sağlık kuruluşlarında tedavi ve bakım dışında yapılması gereken hasta ve hasta ailesine sağlık eğitimi ve sağlık danışmanlığı konularına devlet sağlık kuruluşlarında, SSK kuruluşlarına göre daha çok önem verildiğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların risk faktörlerinin sahip olma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %67,8'inin sigara içtiği, %32,2'sinin hiç içmediği, sigara içen hastaların %72,6'sının günde 11-19 arası sigara içtiği, %56,7'sinin alkol kullandığı bunlarında %63,6'sının alkolü bazen aldığı , %27,3'ünün günde 1-3 duble alkol aldığı tespit edildi (Tablo 8). Yapılan araştırmalar AMI geçirme riskinin, günde içilen sigara sayısı ile çok yakın ilişkisi olduğunu vurgulamaktadır. Günde 1 paket yada daha fazla sigara içenlerde AMI geçirme riski sigara içmeyenlere göre 2-2,5 kat daha fazla iken, ani ölüm olasılığı 5 kat daha fazladır(68).

Hastaların hastalık öyküleri incelendiğinde %13,3'ünün başka hastalığı olmadığı, %48,9'unun hipertansiyon, %21,1'inin diyabetli olduğu saptanmıştır. Diyabetli hastalarda risk diyabetli olmayanlardan 2 kat daha fazladır ayrıca hipertansiyon AMİ için önemli bir risk faktörüdür. Hipertansiyonlu hastaların büyük bir bölümünün ölümüne neden olan hastalıklardan biri AMİ'dür (11)

Hastaların %35,6'sının BKİ'nin normal, %21,1'inin şişman, %21,1'inin aşırı şişman olduğu bulunmuştur. Bu sonuç vücut ağırlığı arttıkça AMİ geçirme riski artmaktadır görüşünü doğrulamaktadır. Bahar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada BKİ arttıkça AMİ geçirme riskinin arttığı gösterilmiştir (68).

Hastaların büyük bir çoğunluğunun (%70,00) kan basıncının 140/90-160/95 mmHg arasında olduğu ve yine büyük bir çoğunluğun (%85,6) kolesterol düzeylerinin 240mg/dl'in üzerinde olduğu ve sadece %8,9'nun 200mg/dl'nin altında olduğu tespit edildi (Tablo 8). Serum kolesterolü yüksek olan kişiler, düşük olanlara göre daha çok AMİ'ne yakalanırlar. Kolesterol düzeyi 240mg/dl'nin üzerinde olan kişilerde AMİ geçirme riski artmaktadır (68).

Hastaların bilgi puanlarının BKİ'ne göre dağılımı incelendiğinde; en yüksek bilgi puanını $15,31 \pm 2,92$ ile BKİ normal olan grubun aldığı, aşırı şişman grubun ise $12,84 \pm 4,11$ ile en düşük bilgi puanını sahip olduğu tespit edildi (Tablo 9). Ancak iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$). Araştırmadan elde edilen bu sonuç bireylerin konu ile ilgili bilgi düzeyleri daha iyi olsaydı değiştirilebilir risk faktörlerine daha az sahip olurlardı düşüncesini oluşturmaktadır. Bulgularımız vücut ağırlığı arttıkça AMİ geçirme riski artmaktadır görüşünü doğrulamaktadır.

Hastaların bilgi puanlarının tansiyon değerlerine göre dağılımı incelendiğinde en yüksek bilgi puanı, TA değeri 140/90 mmHg altında olan grubun aldığı tespit edilmiştir (Tablo 10). İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$), bu ilişkinin kaynağını belirlemek amacı ile yapılan Tukey HSD analiz testi ile TA değeri 140/90-160/95 mmHg arasında olanların bilgi puanı ortalaması 140/90mmHg'nin altında olan gruptan anlamlı olarak düşük bulunmuştur .

Hastaların bilgi puanlarının kolesterol düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, kolesterol düzeyi 240mg/dl üzerinde olanların $15,08 \pm 2,70$ ile en yüksek bilgi puanını aldıkları tespit edildi (Tablo11). Hastaların kolesterol düzeyleri ile bilgi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkinin kaynağını belirlemek amacı ile yapılan Tukey HSD analiz testi sonucunda; kolesterol düzeyi 240mg/dl üzerinde olanların bilgi puanı ortalaması, 200mg/dl altında olanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir. Serum kolesterolün yüksek olan kişiler,kolesterolü düşük olanlara göre daha çok AMI'ne yakalanırlar (68).

Hastaların bilgi puanlarının sigara kullanma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde sigara kullananların puan ortalamasının $14,72 \pm 3,08$, hiç içmeyenlerin $14,24 \pm 3,31$ olduğu tespit edildi (Tablo12). İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p > 0,05$). Bu da bireylerin konu ile ilgili bilgi düzeyleri daha iyi olsaydı değiştirilebilir risk faktörlerine daha az sahip olurlardı düşüncesini destekleyerek literatürle paralellik göstermektedir.

Hastaların bilgi puanlarının alkol kullanma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; içtim ama bıraktım diyen grubun $15,40 \pm 2,19$ ile en yüksek puanı aldığı tespit edildi (Tablo13). Alkol kullanma durumu ile bilgi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p > 0,05$).

Hastaların bilgi puanlarının başka hastalık olup olmama durumuna göre dağılımında en yüksek bilgi puanını hipertansiyonlu grubun aldığı tespit edildi (Tablo 14). İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,05$). Bu ilişkinin kaynağını belirlemek amacı ile yapılan Tukey HSD analiz testi sonucunda; hipertansiyonlu ve diyabetli hastaların bilgi puanı ortalamaları, GİS hastalığı olanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Diyabet ve hipertansiyon AMI riskini arttıran hastalıklardandır. Bulgularımız literatürle uyum göstermektedir (68). Bu hastalığı olanların bilgi puanlarının yüksek oluşu sevindiricidir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %71,1'inin AMI hakkında bilgi edindiği, %28,9'unun bilgi edinmediği saptanmıştır (Tablo 15).

AMI hakkında bilgi edinen hastaların %50,0'ı bilgiyi doktorlardan, %31,3'ü kitle iletişim araçlarından, %18,8'i de hemşirelerden edindikleri saptanmıştır (Tablo 16).

Hastaların bilgi puanlarının konu ile ilgili bilgi edinme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; bilgi edinenlerin puan ortalamasının $15,77 \pm 2,34$, edinmeyenlerin ise $11,62 \pm 2,97$ olduğu tespit edildi (Tablo 15). Ancak iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p > 0,05$).

Hastaların bilgi puanlarının bilgi edindikleri kaynağa göre dağılımları incelendiğinde; doktorlardan bilgi alanların bilgi puanı ortalamasının $16,19 \pm 1,73$, hemşirelerden bilgi alanların $15,50 \pm 2,75$, kitle iletişim araçlarından bilgi alanların $15,25 \pm 2,88$ olduğu tespit edildi (Tablo 16). Hastaların bilgi edindikleri kaynaklarla, bilgi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p > 0,05$). Hastalığı hakkında bilgilenmek kişinin hastalığı kabullenmesinde, hastalığa uyum sağlamasında yardım eder ve kendine bilinçli olarak bakım vermesini sağlar.

5. SONUÇ

Muğla Devlet Hastanesi KYBÜ 'ne yatan AMI'li hastaların AMI ile ilgili bilgilerinin ve varsa bilgi açıklarının, sosyo-demografik özelliklerinin, AMI oluşumuna neden olabilecek bazı etmenlerin incelenmesi amacıyla planlanmış bu araştırmada bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

*Araştırmaya katılan hastaların %60,0'nı erkeklerin %40,0'nı kadınların oluşturduğu, %54,4'ünü 60-69 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların %51,1'ini lise mezunu hastalar oluşturmakta olup çoğunluğu evlidir. Araştırmada hastaların sadece %2,2'sinin sosyal güvencesinin olmadığı, %87,7'sinin gelirinin giderini dengelediği, %55,6'sının emekli %30,0'nın ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

*Araştırmada hastaların çoğunlukla %71,1 konu ile ilgili bilgi aldıklarını belirtmişler bununla birlikte konu ile ilgili bilgileri %50,0'ı doktorlardan %31,3'ü kitle iletişim araçlarından, %18,8'i hemşirelerden aldıklarını ifade etmişlerdir.

*Araştırma kapsamına alınan hastaların %48,9'unun hipertansiyon, %21,1'inin diyabetli olduğu saptanmıştır.

*Araştırmada hastaların sigara ile ilgili sorulara %67,8 oranında sigara içtiğini belirten yanıtlar verirken, sigara içenlerin %72,6'sının günde 11-19 adet arası sigara içtiği saptanmıştır.

*Araştırmada hastaların %56,7'sinin alkol kullandığı, bunların %63,6'sının alkolü bazen aldıkları, %27,3'ünün günde 1-3 duble alkol aldıkları saptanmıştır.

*Araştırmada hastaların %35,6'sını normal BKİ 'ne sahip olduğu, %70,0'ının TA değerinin 140/90 mmHg altında olduğu, %85,6'sının kolesterol düzeyinin 240mg/dl üzerinde olduğu belirlenmiştir.

*Araştırmaya katılan hastaların konu ile ilgili bilgi puanı dağılımları incelendiğinde %82,2'sinin "bilen" grubu, %17,8'inin "az bilen" grubu oluşturduğu belirlendi.

*Konu ile ilgili bilgi düzeyleri ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

*Bilgi düzeyleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

*Bilgi düzeyleri ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$) ve eğitim düzeyi arttıkça konu ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olma durumunda da artış olduğu gözlenmiştir.

*Hastaların bilgi düzeyleri ile meslekleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüş ve resmi kurumlarda çalışan/emekli bireylerin konu ile ilgili daha yeterli bilgi düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir.

*Hastaların bilgi düzeyleri ile sosyal güvenceye sahip olmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

*Hastaların BKİ ile bilgi düzeyleri arasında ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

*Hastaların bilgi düzeyi ile TA değerleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

*Hastaların bilgi düzeyleri ile kolesterol düzeyleri arasındaki ilişki, anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

*Hastaların bilgi düzeyleri ile sigara kullanma durumları arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

5.1 Öneriler

Günümüzde kalp hastalıkları insan sağlığı yönünden önemli bir sağlık sorunudur. AMI geçiren hastaların %50-60'ı infarktüsün ilk saatlerinde yaşamlarını yitirmektedirler. AMI kişide fizyolojik, psikolojik ve ekonomik sorunlara yol açar. Bu yüzden hastaya eğitim ve destek verilmesi gerekmektedir. Hasta eğitiminde lider kişiler hemşirelerdir.

Tüm bunlar göz önüne alınarak;

1-Hastaların kliniğe ve hastalığa olan adaptasyonu kolaylaştırmak için planlı sağlık eğitimi hazırlanmalı ve bu eğitime AMI'nün akut dönemi atlatıldığı günden itibaren başlanmalıdır. Sağlık eğitimi hastayı olduğu kadar hasta ailesini de kapsamalıdır.

2-Yapılan eğitimin hastada davranışa dönüşmesi için ileri dönemlerde hastaların takibinin yapılması gerekir

3-Hasta ve ailesine sağlık eğitiminin yanında emosyonel yönden destek olmalıdır.

4-Sosyal yaşantının düzeltilmesi ve mesleki yeterliliğe dönebilmeleri için uygun rehabilitasyon programları düzenlenmelidir.

5-Kitle iletişim araçları tarafından AMI, tedavisi ve ilk yardımı hakkında daha sık bilgi verilmelidir.

6-Hemşirelere hasta eğitiminin profesyonel hemşirenin sorumluluğu olduğu bilinci verilmeli ve hastaların hastalıkları ile ilgili konularda bilgilendirilmesi gerektiği öğretilmelidir.

7-Sağlık ekibinin kendilerini yenilemeleri için belirli aralıklarla hizmet içi eğitim programları yapmaları, yine bu amaçla koroner hemşirelerinin panel, sempozyum, kongre katılımı sağlanmalıdır.

8-KYBÜ'nde eğitim hemşiresinin bulunması gerekir.

9-Okullarda öncelikle sağlık bilgisi derslerinin zorunlu olmasının, bu derslerde AMI ve ilk yardımı konularına gereken önemin verilmesi gerekir.

10-Bütün meslek gruplarında, iş yeri hizmet içi eğitim programlarında sağlıkla ilgili özellikle AMI ve ilk yardım ile ilgili bilgilerin verilmesi gerekir.

11-Konu ile ilgili kitap, dergi, broşür gibi yayınların arttırılması ve her bireye ulaştırılması gerekir.

12-Ülkemizde kalp hastaları için düzenlenmiş kardiyak rehabilitasyon merkezleri kurulmalı, bu merkezlere katılım hastaların sosyal güvence kurumları tarafından karşılanmalıdır.

13-Özel alanlarda eğitim almış olan hemşirelerin hastane yönetimleri tarafından ilgili bölümlerde görevlendirilmeleri ve bu kişilerin hemşirelik araştırmalarında desteklenmesi hemşirelik mesleğinin gelişmesi ve ilerlemesinde önemlidir.

14-Bu araştırmayı tamamlayan, daha geniş bir örnekleme ve değişik KYBÜ'nde araştırmanın tekrarlanması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- 1-Tuncel F.(1994)Sağlıklı Yaşam, Düzenli Egzersiz, *Bilim Teknik Dergisi* 27, 322, 66-70
- 2- Miller P., Wiloff R., Garrett M. J., et al.(1990) Regimen Compliance Two Years After Myocardial Infarction, *Nursing Research* 39, 6, 333.
- 3-2000 Yılında Herkes için Sağlık Hedefleri (1986) DSÖ.
- 4-Turgay M. (1988) Koroner Arter Hastalıkları, Ankara, Aşama Matbaacılık.
- 5- Durmuş A. B. (1994) Miyokar İnfarktüsü Geçiren Hastalar İçin Rehabilitasyon Programı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10, 1, 71-77.
- 6-Akdemir N., Fesci H. (1995) Hipertansiyon ve Hemşirelik Bakımı, *Hacettepe HYO Dergisi* ,2, 2, 1-9.
- 7-Birol L. (1997) Hemşirelik Süreci, İzmir, Etki Matbaacılık.
- 8-Akyol A. (1993) Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları, *Ege Üniversitesi HYO Dergisi* 9, 2, 75-80.
- 9-Jaarsma T. (1995) Problems Of Cardiac Patients in Early Recovery, *Journal of Advancet Nursing*, 21, 21-27.
- 10-İlicin G. (1996) Temel Medikal Hastalıklar ve Tedavileri, Ankara.
- 11-Delibay N. (1998) Toplumun AMI ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.
- 12-Öztürk E. (1998) Kardiyoloji, İstanbul, Yüce Yayınları.
- 13-Aragon D., Martin M. (1993) Trombolytic Therapy For Acute Myocardial Infarction, *AJN* 93, 9, 24-31.
- 14-Gök H. (1996) Klinik Kardiyoloji, Ankara, Nobel Kitabevi.
- 15-Birol L., Akdemir N.,Bedük T. (1993) İç Hastalıkları Hemşireliği (4.Baskı) Ankara, Koç Vakfi Yayınları.
- 16-Carpenter A., Smith P. (1991) Cecil Essentials Of Medicine Türkçesi, İstanbul, Yüce Yayınları.

- 17-Şahinoğlu H. (1992) Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, Türkiye Klinikleri, Ankara.
- 18-Kuzu N. (1996) AMI'nün Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisi ve Hemşirenin Cinsel Danışmanlık Rolü, *Hacettepe Üniversitesi HYO Dergisi* 3, 1, 19-22.
- 19-Komsuoğlu B. (1992) Acil Kardiyoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- 20-Mete M. (1995) AMI geçiren Hastaların Kriz Sonrası Eğitimi ve Eğitimin Bilgi, Anksiyete ve Alışkanlıklarına Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.
- 21-Çalangu S., Güler C. (1995) Acil Dahiliye, İstanbul Güzel Sanatlar Matbaası.
- 22-Erdoğan Ö. (1994) AMI Tanısıyla Hastaneye Yatan Hastalara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Hastaların Bilgi Düzeylerine ve Tedaviye Uyum Durumlarına Olan Etkisinin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi, İzmir*.
- 23-Alsan S. (1992) Miyokard İnfarktüsü, *Bilim Teknik Dergisi* 25, 292, 6-10.
- 24-Özcan R. (1983) Kalp Hastalıkları, İstanbul, İÜTF Yayınları.
- 25-Komsuoğlu B. Kardiyoloji 2, Trabzon, Karadeniz Üniversitesi Basımevi.
- 26-Oktay S., Süleymanlar G. (1986) Pratik Elektrokardiografi (2.Baskı) Ankara.
- 27-Tokem Y. B. (1999) AMI Geçiren Hastalara Uygulanan Eğitim Programının Bakım Sonuçlarına Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi, İzmir*.
- 28-Dörtlemez Ö. (1993) Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2, 5, 148-149.
- 29-Kavas F. (1992) AMI'nün Sigara ve Meslekle İlişkisi, *Hemşirelik Bülteni* 6, 25-26.
- 30-Türker C. (1997) AMI Sonrası Erken Dönem Mortalitede Cinsiyet Farkının Araştırılması, *Uzmanlık Tezi, İstanbul*
- 31-Zoghi M. (1997) AMI'de Trombolitik Tedavi, İzmir, Boringher İngelheim Yayınları.
- 32-Yardımcı S. (1993) Aterosklerozun Etyopatogenezi ve Korunma Önlemleri, *Türk Klinik Kardiyoloji* 6, 217-224.
- 33-Parmley W (1997). Koroner Kalp Hastalığında Lipoprotein Dışı Risk Faktörleri Değerlendirme ve Benimsenecek Tavır, *Literatür*, 1-5.

- 34-Okay T. (1998) Miyokard İnfarktüsü, İstanbul.
- 35-Guytan F. (1986) Tıbbi Fizyoloji (147.Baskı) İstanbul Nobel Kitabevi.
- 36-Özdemir M. (1987) AMI Geçiren Alkol Alışkanlığı Olan ve Olmayan Vakaların Akut Dönemdeki Komplikasyonlarının Karşılaştırılması, *Uzmanlık Tezi*, İstanbul.
- 37- Tatlı E., Yıldız M., Gül Ç. ve Ark. (2001) MI'lı vakalarda Klinik ve Anjiyografik Değerlendirme, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 29.
- 38-Tosun N. (1997) AMI Geçiren Hastalarda Alınan Koroner Önlemlerin İyileşme Sürecine Etkisinin Belirlenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- 39-Constant J. (1993) Bedside Cardiology (4.ed) Boston, Little-Brown and Company.
- 40-Pekus M. (1985) The Merck Manuel Teşhis ve Tedavi El Kitabı 1, 3, İstanbul, Merke Yayınları.
- 41-Sağkan O., Aykın A. (1992). Akut Miyokard İnfarktüsü, Şahinoğlu A. H. (Ed.) Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavisi (1.baskı), Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınevi.
- 42- Hampton J. R. (1999) Göğüs Ağrısı Olanlarda EKG, Pratik EKG (3.Baskı) Nobel Tıp Kitabevi.
- 43- Alexander R. W., Fuster V. (2001) Hurst's The Heart Companion Hand Book (9.baskı), Nobel Tıp Kitabevi.
- 44- Göksoy E. (1997) AMI'li Hastaya İlk Yaklaşım, Acil Hekimlik.
- 45- Hisar İ. (1996) Miyokard İnfarktüsü, Kardiyolojide Klinik Problemler El Kitabı (5.Basım) Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara.
- 46-Atilla R. (2000) Acil Servislerde Sık Karşılaşılan Olgularda Tanı ve Tedavi, Acil Tıp Derneği Yayınları.
- 47-Enar R.(1999) AMI Komplikasyonları, Roche Müstahzarları Yayını.
- 48-Akbal Y. (1985) AMI'li Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Bu Hastaların Bakımı Konusundaki Bilgi Düzeyleri, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.

- 49- Fauci A. S., Braunwald E., Isselbach K. J. (1998) Acute Miocardial Infarction, Harrisons Principles Of Internal Medicine (14.ed).
- 50-Mcevan J. R. (1998) Miyokard İnfarktüsünde Akut Tedavi, Kardiyolojide Güncel Konular, BMJ Yayın Grubu.
- 51-Karaeren H., Sağ C., Erinç K. (1997) Koroner Kalp Hastalıkları, Ankara.
- 52-Atar İ., Korkmaz M. E., Baltar M. ve ark (2001) İşlem öncesi ve Beta Bloker Kullanımının Perkutan Koroner Girişimler Sonrası, Kardiyak Enzim Düzeylerine Etkisi, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*.
- 53-Kültürsay H. (2001) Kalsiyum Antagonistleri, Koroner Kalp Hastalığı, Primer ve Sekonder Korunma, Argos İletişim Hizmetleri.
- 54- Enar R., Pehlivanoglu, S., Özkan A. A. (1998) Akut Miyokard Enfarktüsünde Trombolitik Tedavi, İstanbul.
- 55- Arat A., Yüksel H., Pehlivanoglu S. (1998) Akut Miyokard Enfarktüsü Tedavisinde Gelişen Tedavi Yaklaşımlarının Bir Yıllık Sonuçlara Etkisi: 1970-1990 Yıllarının Karşılaştırılması, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*.
- 56-Zoghi M. (2000) Akut Miyokard Enfarktüsü ve Trombolitik Tedavi, *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 4, 1, 29-34.
- 57- Soner A. (1987) Kardiyoloji (3. Baskı) TTK Basım Evi, Ankara.
- 58- Demir İ. Ermiş C., Yılmaz H., (2000) AMI Sonrası Serum Kolesterol Düzeyi ve STK'nın Kolesterol Düzeyine Etkisi, *Türk Kardiyoloji Dergisi Arşivi*, 28, 12, 734-739.
- 59- Fung M., Ostfeld A. M., Le F. A. (2002) Racial defferences in the use of cardiac procedures in patient with acute myocardial inforarction, *Nurs Res* 3, 148-57.
- 60-Sağlam H. (1988) 1985-1986 Yılları Arasında KYBÜ'nde Yatan AMI Vakalarında Mortaliteyi Etkileyen Faktörler, *Uzmanlık Tezi*, İstanbul.
- 61- Yalçın İ. (1988) AMI Öncesinde Anjino Pektoris Sıklığı ve Fiziksel Aktivite ile İlişkisi, *Uzmanlık Tezi*, Erzurum.

- 62- Özin M. B., Korkmaz M., Oto M. A. (1990), AMI'nde Prognoz Belirleme, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 8, 1, 50-55.
- 63-Okur H. (2000) AMI'nde göğüs Ağrısı Değerlendirilmesi, *Hemşirelik Forumu* 3, 1, 98-104.
- 64-Türkmen E. (2000) AMI'lü Hastaların Bakımı, *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 4, 1, 35-48.
- 65-Oktay S., Aksoy G., Yürügen B. (1990) Acil Hemşireliği, İ. Ü. Florance HYO Yayınları.
- 66-Durademir A. (1999) AMI Sonrası II. Faz Kardiyak Rehabilitasyon, *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 3, 1, 31-34.
- 67-Badır A. (2000) AMI'lü Hastaların Rehabilitasyonu *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 4, 1, 49-54.
- 68- Bahar Z., Erefe, İ., Argol G. (1993) Bornova Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Toplumda Koroner Kalp Hastalıklarının Risk Faktörleri ve Prevelans Araştırması, E.Ü. Araştırma Fonu, Yayınlanmamış Çalışma.

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARLA GÖRÜŞME FORMU

I.TANITICI SORULAR

1) *Yaş grubu*

- 1)30-39 2)40-49 3)50-59 4)60-69 5)70-üzeri

2) *Cinsiyetiniz?*

- 1)Kadın 2)Erkek

3) *Eğitim durumunuz nedir?*

- 1)Okur yazar değil 2)Okur yazar 3) İlkokul mezunu
4)Ortaokul/dengi mezunu 5) Lise/dengi mezunu

6)Fakülte/yüksekokul mezunu

4) *Medeni durumunuz nedir?*

- 1) Evli 2) Bekar 3) Dul 4) Boşanmış/ayrı yaşıyor

5) *Mesleğiniz nedir? (Yaptığınız işi açık olarak yazınız)*

.....

Aşağıdaki gruplardan uyanı işaretleyiniz.

- 1) İşsiz 2) Ev hanımı 3) Emekli
4) Memur 5) İşçi 6) Serbest meslek

6) *Bağlı olduğunuz sosyal güvenceniz nedir?*

- 1) SSK 2) Emekli sandığı 3) Bağkur
4) Diğer 5) Yok/ özel

7) *Ailenizin gelir durumu gider durumuna göre nasıldır?*

- 1)Gelir gidere göre yüksek
2)Gelir gidere göre az
3)Gelir gideri dengeler.

8) Hastanın kilosu (kg).....
Hastanın boyu (cm).....

9) Hastanın kilo-boy durumu nasıldır?
(Sonuçlar beden kitle indexine göre değerlendirilecektir.)

1) Normal 2) Hafif şişman 3) Şişman 4) Obez

10) TA.....(*Araştırmacı tarafından ölçülecek*)

1)TA'nın 160/95 mmHg'dan fazla olması

2)TA'nın 140/90 ve 160/95 mmHg arasında olması

3)TA'nın 140/90 mmHg'nin altında olması

11)Kolesterol düzeyi.....(*mg/dl*) (*dosyadan bakılacak*)

1)240 mg/dl'nin üzerinde olması

2)200-240 Mg/dl arası

3)200 mg/dl'nin altında olması

12) *Miyokard infarktüsünden önce sigara kullanıyor muydunuz?*

1)Evet

2)İçtim ama bıraktım

3)Hiç içmedim

13) *Cevabınız "Evet " ise günde ne kadar sigara içiyordunuz?*

1) Bazen

2)1-10 adet

3)11-19 adet

4)20-39 adet

5) 40 ve üzeri

14) *Miyokard infarktüsünden önce alkol kullanıyor muydunuz?*

1)Evet

2) İçtim ama bıraktım

3)Hiç içmedim

15) *Cevabınız "Evet" ise günde ne kadar (duble olarak) alkol kullanıyordunuz?*

1)Bazen , arada bir

2)Hergün bir dubleden az

3)1-3 duble

4)4 ve üzeri duble

16) *Hastanın hastanede yattığı sırada başka hastalığı olup olmadığı*
(Hasta dosyasından elde edilecek)

- 1) Hipertansiyon 2)Diabetes mellitus 3)G.İ.S. problemleri
4)Solunum sistemi problemleri 5) Başka hastalığı yok

17)*Hastalığınız konusunda daha önce herhangi bir kaynaktan veya kişiden bilgi edindiniz mi?*

- 1) Evet 2) Hayır

18)*Cevabınız “Evet” ise aşağıdakilerin hangisinden bilgi edindiniz?*

- 1) Kitle iletişim araçları 2) Doktor
3) Hemşire

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARA YÖNELİK, HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİ DEĞERLENDİRME SORULARI

1) *Miyokard infarktüsü nedir?*

.....

2) *Kalp krizi nedir?*

.....

3) *Aşağıdakilerden hangisi miyokard infarktüsü sırasında görülen ağrının özelliğini içermektedir?*

1) Ağrı istirahat ve kalp ilaçlarının alınmasıyla hafifler

2) Ağrı istirahat ve kalp ilaçlarının alınmasıyla geçer.

3) Ağrı en fazla 5-10 dk sürer.

4) Ağrı istirahat ve kalp ilaçlarının alınmasıyla hafiflemez veya geçmez.

4) *Aşağıdakilerden hangisi miyokard infarktüsü oluşumuna neden olan risk faktörlerinden değildir?*

1) Tuzlu diyet alışkanlığı

2) Kolesterol düşüklüğü

3) Yüksek tansiyon

4) Şeker hastalığı

5) *Diyetinizi düzenlerken dikkat etmeniz gereken ilke aşağıdakilerden hangisidir?*

1) Et ve et ürünlerinde hiçbir kısıtlama yapılmaz

2) Hayvansal yağlar tercih edilir.

3) Un,şeker,tuz,yumurta,krema gibi yağ ve kolesterol içeren besinler azaltılır.

4) Gazoz,kahve,çay,kola gibi içeceklerde hiçbir kısıtlama yapılmaz.

6) *Miyokard infarktüsü nasıl tedavi edilir?*

1) Evde istirahatle

2) Mutlaka sağlık kuruluşunda

3) Bilmiyor

7) *Miyokard infarktüsü tekrar eder mi?*

1) Evet

2) Hayır

Aşağıdaki cümleleri değerlendirerek “Doğru” ve “Yanlış” seçeneklerinden herhangi birini işaretleyiniz.

8) Kan kolesterolü % 240 mgr'ın üstünde olan kişilerde miyokard infarktüsü görülme riski fazladır.

- 1) Doğru 2) Yanlış

9) Sigara içenlerde miyokard infarktüsü görülme oranı, içmeyenlere göre daha fazladır

- 1) Doğru 2) Yanlış

10) Miyokard infarktüsü geçiren kişiler, vücut ağırlıklarını günlük olarak kaydetmeli ve ideal kilolarının üzerine çıkmamalıdır.

- 1) Doğru 2) Yanlış

11) Miyokard infarktüsü geçiren kişiler, hastaneden çıktıktan sonra tansiyonlarını belirli aralıklarla ölçtürmelidirler.

- 1) Doğru 2) Yanlış

12) Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde cinsel ilişki sırasında çarpıntı oluyorsa, cinsel aktiviteyi bir süre ertelemelidirler.

- 1) Doğru 2) Yanlış

13) Miyokard infarktüsü geçiren kişilerin, herhangi bir sportif faaliyeti yemekten hemen sonra yapması hem daha kolaydır hem daha doğrudur.

- 1) Doğru 2) Yanlış

14) Miyokard infarktüsünün en önemli belirtisi göğüs ağrısıdır.

- 1) Doğru 2) Yanlış

15) Miyokard infarktüsünde göğüs ağrısı dakikalar hatta saatlerce sürebilir.

- 1) Doğru 2) Yanlış

16) Miyokard infarktüsünde göğüs ağrısının yanında, nefes darlığı, bulantı, kusma, aşırı terleme, baş dönmesi, bitkinlik, yorgunluk, uykusuzluk gibi belirtiler de görülebilir.

- 1) Doğru 2) Yanlış

17) Bu belirtilerin görülmesi halinde ilk aranacak telefon numarası nedir?

.....