

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ACİL SERVİS ÜNİTESİNE BAŞVURAN AKUT KORONER
SENDROM TANISI ALMIŞ BİREYLERİN SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Nermin CAN DEMİR**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Haziran 2019
Nevşehir**

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ACİL SERVİS ÜNİTESİNE BAŞVURAN AKUT KORONER
SENDROM TANISI ALMIŞ BİREYLERİN SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Nermin CAN DEMİR**

**Tez Danışmanları
Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK
Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Haziran 2019
Nevşehir**

KABUL VE ONAY SAYFASI

Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK (1. Danışman) ve **Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK** (2. Danışman) danışmanlığında, **Nermin CAN DEMİR** tarafından hazırlanan “**Acil Servis Ünitesine Başvuran Akut Koroner Sendrom Tanısı Almış Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

28.06.2019

Jüri

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Pınar TEKİNSOY KARTIN

imza

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK

imza

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK

imza

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ

imza

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ülkü ÖZDEMİR

imza

Onay:

Bu tezin kabulü enstitü yönetim kurulunun01.08.2019...tarih ve 46.-467 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Nermin CAN DEMİR



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, mesleki gelişimime büyük katkısı olan, saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a,

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince bilgilerini benimle paylaşmaktan kaçınmayan ve tezimde büyük emeği olan, saygıdeğer birinci danışman hocam Dr.Öğr.Üyesi Rahşan KOLUTEK'e,

Tez çalışmam süresince bilgilerini benimle paylaşan saygıdeğer ikinci danışman hocam Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK'e,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, mesleki gelişimime büyük katkısı olan aynı zamanda her konuda desteklerini esirgemeyen saygıdeğer hocam Dr. Öğr.Üyesi Gamze MUZ'a,

Her türlü desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Dr.Öğr.Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK, Dr. Öğr.Üyesi Pınar TEKİNSOY KARTIN, Dr. Öğr.Üyesi Ülkü ÖZDEMİR'e

Yüksek lisans eğitimime ve mesleki gelişimime katkısı olan tüm hocalarıma,

Araştırmaya katılmayı kabuledip, katkıda bulunan Ömer Halisdemir Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran hastalara,

Çalışmamın her aşamasında yanımda olan, motivasyonumu en üst düzeyde tutmama yardım ederek sabrımı güçlendiren tüm değerli arkadaşlarım ve meslektaşlarıma,

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, ideallerim peşinde koşmam gerektiğini bana her fırsatta hatırlatan, insani değerlerin her şeyden üstün olduğu bilinciyle beni yetiştiren ve bana bu değerleri katan, karşılaştığım zorluklar karşısında güçlü olmamı öğreten, daima güler yüzlü ve merhametli olmam konusunda telkinlerde bulunan, maddi ve manevi olarak destekte bulunan ve varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**ACIL SERVİS ÜNİTESİNE BAŞVURAN AKUT KORONER SENDROM
TANISI ALMIŞ BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Nermin CAN DEMİR

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Haziran 2019

ÖZET

Çalışma, acil servis ünitesine başvuran akut koroner sendrom tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi acil servis ünitesine başvuran 1442 Akut koroner sendrom (AKS) tanısı almış birey oluşturmaktadır. Çalışmamızda evreni bilinen örneklem seçimine gidilerek 297 kişiye ulaşılmıştır. Veriler, anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılarak toplanmıştır. Araştırma öncesinde, etik kurul izni, kurum izni ve hastalardan yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare testi, t-testi, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hastaların %46.8'inin 65 yaş ve üzeri, %55.6'sının erkek, %76.4'ünün evli, %29.0'ının ilkökul mezunu ve %46.5'inin AKS deST elevasyonlu MI tanısına sahip olduğu bulunmuştur. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalamalarının (131.16 ± 9.16) olduğu belirlenmiştir. Hastaların en az uyguladığı sağlıklı yaşam biçimi davranışının fiziksel aktivite olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, hareketli yaşam, egzersiz, diyet, AKS tanı, tanı süresi, ilaç kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğini ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). AKS tanısına sahip olmak hastaların çoğunu yaşam tarzını değiştirmeye yöneltse de bunun ağırlıklı olarak doktor kontrollerine düzenli gitme ve ilaçlarını kullanma yönünde olduğu, diyet, egzersiz gibi gerçek yaşam tarzı değişiklikleri sorgulandığında ise bu yöndeki çabalarının ve bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre sağlıklı

yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye ve AKS riskini azaltmaya yönelik öneriler getirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akut Koroner Sendrom, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Hemşirelik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK
Sayfa Adeti: 83



DETERMINATION OF HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS OF ACUTE CORONER SYNDROME RECEIVING AN EMERGENCY SERVICE UNIT

(M.Sc.Thesis)

Nermin CAN DEMİR

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF NATURAL AND APPLIED SCIENCES**

June 2019

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the healthy lifestyle behaviors of patients with acute coronary syndrome admitted to the emergency department. The population of the study consisted of 1442 patients with acute coronary syndrome (ACS) admitted to the emergency department of Ömer Halisdemir University Education and Research Hospital. In our study, 297 people were selected by choosing the sample whose universe is known. Data were collected using a questionnaire and Healthy Lifestyle Behavior Scale II. Prior to the study, the ethics committee permission, institution permission and written informed consent were obtained from the patients. Number, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, t-test, Kruskal Wallis and Mann Whitney U test were used to evaluate the data. Significance level was accepted as $p < 0.05$. According to the findings of the study, 46.8% of the patients were 65 years or older, 55.6% were male, 76.4% were married, 29.0% were primary school graduates and 46.5% had ST elevation MI. The mean score of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II of the patients was 131.16 ± 9.16 . It was found that physical activity was the least common healthy lifestyle behaviors. Education level, working status, social security, mobile life, exercise, diet, ACS diagnosis, duration of diagnosis, drug use were found to affect healthy lifestyle behaviors and were statistically significant ($p < 0.05$). Although the diagnosis of ACS leads most of the patients to change their lifestyle, it is seen that this is mainly to go to doctor controls regularly and use their medication and when real life style changes such as diet and exercise are questioned, it is seen that efforts and information are insufficient. According to the results of the study, suggestions were made to improve healthy lifestyle behaviors and to reduce the risk of ACS.

***Key Words:* Acute Coronary Syndrome, Healthy Lifestyle Behaviors, Nursing**
Thesis Advosar: Asst. Prof. Raḩsan KOLUTEK
Page Number: 83



İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI | i |
| TEZ BİLDİRİM SAYFASI | ii |
| TEŞEKKÜR..... | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER | viii |
| TABLolar LİSTESİ..... | x |
| SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ..... | xi |
| 1. BÖLÜM | |
| GİRİŞ | 1 |
| 2. BÖLÜM | |
| GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Kardiyovasküler Sistem Yapı ve Fonksiyonu | 4 |
| 2.2. Akut Koroner Sendrom | 5 |
| 2.3. Akut Koroner Sendrom Epidemiyolojisi..... | 5 |
| 2.4. Akut Koroner Sendrom Etiyolojisi ve Fizyopatolojisi | 6 |
| 2.5. Akut Koroner Sendrom Risk Faktörleri | 7 |
| 2.6. Akut Koroner Sendrom Tipleri..... | 8 |
| 2.7. Akut Koroner Sendrom Belirti ve Bulguları | 9 |
| 2.8. Akut Koroner Sendrom Tanı Yöntemleri..... | 10 |
| 2.9. Akut Koroner Sendrom Tedavisi..... | 12 |
| 2.10. Akut Koroner Sendrom da Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirenin Rolü..... | 17 |
| 3. BÖLÜM | |
| GEREÇ VE YÖNTEM | 21 |

| | | | |
|------------------------|--|----|----|
| 3.1. | Araştırmanın Şekli ve Amacı | 21 | |
| 3.2. | Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri | 21 | |
| 3.3. | Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 22 | |
| 3.3.1. | Araştırmanın evreni | 22 | |
| 3.3.2. | Araştırmanın örnekleme | 22 | |
| 3.4. | Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri | 23 | |
| 3.5. | Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri | 23 | |
| 3.6. | Verileri Toplama Araçları | 23 | |
| 3.6.1. | Anket formu..... | 23 | |
| 3.6.2. | Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)..... | 23 | |
| 3.7. | Ön Uygulama..... | 24 | |
| 3.8. | Verilerin Toplanma Aracının Uygulanması | 24 | |
| 3.9. | Araştırmanın Değişkenleri..... | 25 | |
| 3.10. | Verilerin Değerlendirilmesi | 25 | |
| 3.11. | Araştırmanın Etik Yönü..... | 25 | |
| 3.12. | Araştırmanın Sınırlılığı..... | 26 | |
| 4. BÖLÜM | | | |
| BULGULAR..... | | | 27 |
| 5. BÖLÜM | | | |
| TARTIŞMA | | | 40 |
| 6. BÖLÜM | | | |
| SONUÇ ve ÖNERİLER..... | | | 46 |
| KAYNAKLAR | | | 49 |
| EKLER | | | 59 |
| ÖZGEÇMİŞ | | | 69 |

TABLolar LİSTESİ

| | | |
|------------|---|----|
| Tablo 3.1. | SYBDÖ II' nin Alt Ölçekleri ve Madde Numaraları | 24 |
| Tablo 4.1. | Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı..... | 27 |
| Tablo 4.2. | Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Yaşam Şekli İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı | 28 |
| Tablo 4.3. | Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Hastalık Tanısı İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı | 30 |
| Tablo 4.4. | Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Tedavi İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı | 31 |
| Tablo 4.5. | Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin SYBDÖ-II Alt Gruplarına Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı | 32 |
| Tablo 4.6. | Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SYBSÖ-II Puan Ortalamalarının Dağılımı..... | 33 |
| Tablo 4.7. | Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Yaşam Şekli İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puan Ortalamalarının Dağılımı | 35 |
| Tablo 4.8. | Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Hastalık Tanısı İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puan Ortalamalarının Dağılımı | 37 |
| Tablo 4.9. | Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Tedavi İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puan Ortalamalarının Dağılımı | 39 |

SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

| | |
|-----------------|---|
| % | :Yüzde |
| AHA | : (AmericanHeart Association) Amerikan Kalp Cemiyeti |
| AKS | : Akut Koroner Sendrom |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| ESC | : (European Society of Cardiology) Avrupa Kalp Cemiyeti |
| KAH | :Koroner Arter Hastalığı |
| KVH | : Kardiyovasküler Hastalık |
| MI | :Miyokard Enfarktüs |
| n | : Birim Sayısı |
| p | : Anlamlılık düzeyi |
| PTCA | :Perkütan Transluminal Koroner Anjioplasti |
| SPSS | : Statistical Package for the Social Sciences |
| SYBDÖ II | : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği II |
| TEK HARF | :Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri |

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Çağımızdaki tanı ve tedavi şekillerindeki gelişmeler, temel sağlık hizmetlerine verilen değerin artmasını ve yaşam süresinin ise uzamasını sağlamıştır. Ayrıca hızlı kentleşme ve sanayileşmenin beraberinde getirdiği çeşitli stresörler nedeniyle bulaşıcı olmayan hastalıkların (kronik hastalıkların) yeni olguların ve tüm olguların sayısı da artmıştır [1]. 20. Yüzyılın ortalarına kadar, bulaşıcı hastalıklar ve aşırı doğurganlığın yol açtığı sağlık sorunları öncelikliken, 20. yüzyıl ortalarından itibaren bu sorunlar yerini kronik hastalıklara bırakmıştır [2]. Kronik hastalıklara bağlı olarak oluşan sınırlılıklar ve sakatlıklar bireyin bağımlılığını arttırmakta, uzun süreli bakıma sebe olmakta ve sosyal faaliyetleri kısıtlamaktadır [1].

Kronik hastalıklar ülkemiz açısından da büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de ölüm nedenlerinin hastalık gruplarına göre dağılımına bakıldığında, kronik hastalıklara bağlı ölümler toplam ölümler içerisinde %78.7’lik dilimle ilk sırada yer aldığı ve önemli hastalık yüküne neden olduğu bulunmuştur [3].

2012 de dünyada elli altı milyon ölüm olurken bunun 38 milyonunun bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olduğu, bu ölümlerin ise yüzde 46,2’si (17,5 milyon) kalp ve damar hastalıkları sebebiyledir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 kayıtlarına göre yılda tüm dünyada on yedi milyon kişinin kardiyovasküler hastalıklardan (KVH) dolayı öldüğü bildirilmektedir. KVH rahatsızlıklarına bağlı ölümlerin 2030 da 22,2 milyon olacağı [4] ve koroner arter hastalıklarının (KAH) dünyada en çok görülen ölüm sebebi olacağı düşünülmektedir. Bunun anlamı her üç ölümden birinin kardiyovasküler hastalıklara bağlı olacağıdır. Dünya çapında KVH’ a bağlı vefatların 2020 de 1990 yılına oranla erkeklerde yüzde yüz, kadınlarda yüzde seksen oranında artacağı düşünülmektedir. Bu ölümlerin 7,4 milyonu iskemik kalp hastalığına bağlı olduğu ifade edilmiştir [2,4].

Koroner arter hastalıkları anjina pektoris, miyokard enfarktüsü (MI) veya ani ölüm olarak ortaya çıkmaktadır. Olguların %55’ini anjina pektoris, %25’ini MI ve %20’sini ise ani ölüm oluşturmaktadır [5]. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2007/08 sonuçlarına göre kalp hastalıklarından ilk sırada KAH

geldiği bildirmektedir. TEKHARF 2012 verilerine göre ülkemizde yılda yaklaşık olarak 420.000 koroner olay meydana geldiği ve bunların 120.000'i KAH olan hastalarda akut olayın tekrarı, 180.000'i yeni AKS tanısı, 120.000'i sessiz olay ve yeni KAH olduğu bildirilmiştir. AKS'ye bağlı olarak ortaya çıkan yaklaşık 95.000 ölüm (%32) gerçekleşmekte ve koroner mortalite insidansının Türkiye genelinde erkeklerde yılda binde 5,1 kadınlarda binde 3,4 seviyesinde olduğu ifade edilmektedir. 2013 de yapılan Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında Türkiye'de erkeklerin yüzde 6,4'ün de, kadınların ise yüzde 9,8'inde anjina pectoris saptanmıştır. Akut miyokard enfarktüsü öyküsü erkeklerde yüzde 2,3 kadınlarda yüzde 1,1 olduğu ifade edilmiştir.

Kardiyovasküler hastalıkları ileri yaş, erkek cinsiyet, ailede KAH öyküsü, obezite, sigara, stres, fiziksel hareketsizlik, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol yüksekliği, trigliserid yüksekliği, yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol düşüklüğü, hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM) ve yağlı diyet gibi risk faktörlerine bağlı olarak giderek arttığı bildirilmektedir [6,7]. KAH'ın tedavisinde iki amaç vardır. Birincisi, miyokard infarktüsü ve ölümü engelleyerek yaşam süresini uzatmak ikincisi ise anjina pectoris dolayısıyla iskemi sıklığını ve şiddetini azaltarak yaşam kalitesini artırmaktır. Tedavi de farmakolojik tedavi, girişimsel tedavi ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır.

Yaşam tarzı değişikliklerinin amacı bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesini sağlayarak kardiyovasküler olayların tekrarını ve hastalığa bağlı ölüm oranını azaltmaktır [8]. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı yaşam biçimi geliştirmesi için inandığı ve uyguladığı eylemlerdir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD); beslenme alışkanlığı, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmelerin bir bileşkesi olarak ortaya konulmaktadır [9]. Sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması için sigaranın bırakılması, fazla kilolardan kurtulma, doymuş yağlardan fakir ve kilo aldırmayan dengeli bir diyet ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi konularda hastaların ne kadar sağlıklı yaşam biçimi davranışı gerçekleştirdiği saptanmalıdır [10]. Sevinç ve Eşer miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ikincil korunma davranışlarını inceledikleri çalışmalarında; hastaların çoğunluğunun risk faktörlerini taşımalarına rağmen hastaların bazı ikincil korunma davranışlarının yeterli olmadığı bildirilmektedir [11]. Bir çok ülkede yapılan çalışmalarda yıllık ölümlerin yarısının (%50) bireylerin sağlık yaşam

biçimi davranışları göstermemelerine bağlı olduğu görüldüğünden sağlık politikaları, bireyiniyilik halini koruyacak, geliştirerek sürdürecekt davranışlar kazanmasını ve kendisağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamaya dayanması gerektiği bildirilmektedir. Aynı zamanda yaşam tarzı değişiklikleri, kişilerin yaşam kalitesinin artmasını ve bireylerin sağlık durumlarını iyi olarak algılamalarını sağlamaktadır [8,12]. Bireylerdeki kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin varlığı ya da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmış, fakat kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki inceleyen çalışmalar kısıtlıdır.

Hemşirelerin; kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkması ve ilerlemesinin önlenmesinde, riskli bireylerde hastalığın ortaya çıkışının geciktirilmesinde, bireylere eğitim verme ve sağlıklı yaşam davranışı alışkanlıkları kazandırmada ve bireylerin tedaviye uyumunu sağlamada önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelerin bireylere kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine yönelik verdiği bilgi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazandırdığını belirlenmesi gerekmekte olup, hasta eğitimi ve danışmanlığın verilerek bireylere yol gösterici olmasına olanak sağlamalıdır [13]. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı, bireylerin yaşam tarzında değişikliklerle sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılarak bireylerin en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini sağlamaktır [5,8,12]. Bu çalışma AKS tanısı almış bireylerde SYBD'nin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kardiyovasküler Sistem Yapı ve Fonksiyonu

Kalp dört odalı/boşluklu kas yapıda bir organ olup, sağ ve sol plevral kaviteyle ayrılan bir yapıda olarak mediastinal boşlukta yer alantorakstadır. Kalp üç tabakadan oluşmaktadır; iç kısmı kaplayan ince tabaka endocardium, kas tabakası myocardium ve dış tabaka epicardiumdur. Kalp perikardium olarak adlandırılan fibroseröz kese ile örtülüdür. Küçük miktarda perikardiyal sıvı (yaklaşık 10-15 ml) perikardiyal tabakalar arasında (perikardiyal mesafe) kayganlığı sağlar ve kalp kasılırken yüzeyler arasında sürtünme olmaz. Kalp septum ile dik şekilde ikiye bölünür. İnteratriyal septum sağ ve sol atriyumu oluşturur ve interventricüler septum sağ ve sol ventrikülü oluşturur. Herbir iki boşluğun duvarının kalınlığı farklıdır. Atrial myocardium ventrikülden daha incedir ve sol ventrikül duvarı sağ ventrikül duvarından 2-3 kez daha kalındır. Bunun nedeni; artiumların kanı toplayıcı, ventriküllerin ise pompalayıcı özellikte olmasıdır. Dört tane kardiyak kapak bulunmaktadır. Kalbin 4 kapağı kanı ileriye doğru akışını sağlamaya hizmet eder. Mitral ve trikuspid kapakları sivri uçları chordae tendineae olarak isimlendirilen ince iplik fibroz dokuya tutunur. Chordae ventrikülün kasına tutunur. Bu destek sistemi ventrikül kontraksiyonu/kasılması sırasında atriyumda kapakların tersine dönmesini engeller. Pulmoner ve aortik kapaklar (semilunar kapaklar) ventriküllerin kasılması sonunda kanın ventriküllere regülasyonunu/geri kaçmasını önler[14]. Kalp siklusu SA nodun depolarizasyonu ile başlar, kanın pulmoner ve sistemik dolaşıma atılması/boşalması gerçekleşir. Kalp döngüsü kontraktif hücre liflerinin repolarizasyonu ve ardından dinlenim/istirahat evresine girişi ile son bulur. Kardiyak kas hücrelerinin konpanzasyon mekanizmaları vardır. Kalp kasını aksiyon potansiyelleri sırasında tam bir refraktör periyod gerçekleşir, uyarılmış durumdaki kas lifleri ekstra yeni uyarılara kesinlikle tepki vermez. Bunun anlamı kalp kasında bir aksiyon potansiyeli döngüsü tamamlanmadan yeni uyarılara yanıt oluşmaz. Miyokard, koroner arter dolaşımı ile kendi kanlanmasını sağlar. Miyokardın gevşemesi sırasında (diyastol'ü) iki koroner artere doğru kan akımı gerçekleşir. Sol koroner arter aorttan yükselir/çıkartır ve iki ana dala ayrılır: Sol anterior descending arter ve sol circumflex arter. Bu arterler sol atrium, sol ventrikül, inter ventriküler septum ve sağ ventrikülerin bir bölümüne kan sağlar. Sağ

koroner arter de aorttan çıkar ve onun dalları sağ atrium, sağ ventrikül ve sol ventrikül posterior duvarının bir bölümüne kan sağlar. İnsanların %90'ında atrioventriküler (AV) nod ve his demetine kan sağ koroner arterden alınır/sağlanır. Sağ koroner arterin tıkanıklığı kardiyak iletide ciddi sorunlara neden olur. Koroner venlerin dağılımı koroner arterlere paraleldir.Koroner sistemdeki kanın çoğu, inferior vena kava girişindeki sağ atriyuma boşalan koroner sinüs içine akar [15].

2.2. Akut Koroner Sendrom

Akut koroner sendrom, en fazla görülen kardiyovasküler bir sistem hastalığıdır. Miyokardı besleyen koroner arterlerin daralma veya tıkanması ile miyokardın kan akımının kısmi ya da tamamen kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Çoğunlukla nedeni ateroskleroz olan AKS'nin klinik ortaya çıkışı kararsız anjina pectoris, miyokard infarktüsü (MI) ve ani kardiyak ölüm şeklinde olmaktadır[16].

2.3. Akut Koroner Sendrom Epidemiyolojisi

KAH gelişmiş ülkelerde ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbidite açısından ilk sıralardadır[17]. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada ölüm nedenlerinin ilk sırasında iskemik kalp hastalıkları bulunmaktadır. Ülkemizde yılda yaklaşık 420.000 koroner arter hastalığı vakası meydana gelmekte olup bunların 120.000'i KAH bulunan hastalarda akut olayın tekrarı, 180.000'i yeni KAH, 120.000'i sessiz olay şeklindedir.DSÖ verilerine göre KAH'a bağlı ölümlerin önümüzdeki yirmi yılda kadınlarda %120, erkeklerde %137 oranında artacağını öngörmektedir[18].TEKHARF çalışması sonuçlarına göre ülkemizde yıllık KAH mortalitesi erkeklerde binde 5.2, kadınlarda binde 3.2 olarak belirlenmiştir.KAH prevalansı Karadeniz ve Marmara bölgelerinde ortalamaların üzerindeyken, Akdeniz, Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde ortalama değerin altındadır.KAH mortalitesi açısından ülkemiz, Avrupa ülkeleri arasında erkeklerde üçüncü, kadınlarda ise birinci sırada yer almaktadır [19].Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülmüş olan "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması"nda MI öyküsü erkeklerde %2,3, kadınlarda 1,1 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya alınan bireylerin öyküsünde MI,

by-pass ya da balon anjioplasti olanlar KAH tanısı altında toplanmış olup, görülme sıklığı erkeklerde %4, kadınlarda %2'dir[20].

2.4.Akut Koroner Sendrom Etiyolojisi ve Fizyopatolojisi

Kalbin yüzeyinde dört ana arter yer alır. Bunlar; sağ ana koroner arter, sol anakoroner arter, sol sirkumfleks arter ve sol ön inen daldır. Bu arterler oksijen yönünden zenginkanı kalbe taşırlar ve kalbin beslerler.Arterlerin daralması veya tıkanması sonucunda oksijenden zengin kanakımı yavaşlar ve kalbin beslenmesi azalır [17].AKS'nin en büyük nedeni ateroskleroz olarak tanımlanmıştır.Aterosklerozu başlatan ve ilerlemesine sebep olan birçok faktör bulunmaktadır. Aterosklerotik plağın arter üzerindeki yeri, arteri daralmaderecesi, daralmış koroner arterin beslediği miyokard kitlesi, trombotik ve trombolitik maddelerin salınım miktarı AKS'ye etki eden faktörlerdir [21].

Ateroskleroz arteriyel duvarın kalınlaşması ve sertleşmesi ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır.Eğer dislipidemi geliştiğinde lipid düzeyleri referans aralığına indirilmezse, sıklıkla ateroskleroz gelişir.Lipitlerin oluşturduğu lezyonlar (plaklar) damar duvarlarında gelişir ve zaman içinde kalsifiye olur.Bu lezyonların oluşumu damar tıkanıklığı, platelet agregasyonu ve vazokonstriksiyona yol açmaktadır.Ateroskleroz, periferik vasküler hastalık, koroner arter hastalığı, trombüs, hipertansiyon, renal hastalık ve inmeye de yol açar.Arterler daraldığında ve sertleştiğinde kalp kanı bu damarlar aracılığıyla pompalamak için daha çok çalışır.Dislipidemi, hipertansiyon, tütün, diabetes mellitus, yüksek C –reaktif protein düzeyleri(inflamasyonun sonucu olarak salgılanır), yüksek homosistein düzeyleri, otoimmün süreçler ve bazı bakteriyel enfeksiyonların bu yaralanmaya neden olabilmektedir. Bozulan hücreler daha geçirgen olurlar, serbest radikallerin hasarına maruz kalır ve inflamasyon başlar. Lökositler, makrofajlar ve stokinler inflamasyonun başlamasıyla aktive olurlar.LDL okside olur ve damar duvarına geçer, bu durum ilerde hasar ve yağlı çizgilerin oluşmasını sağlar.Fibröz doku ve düz kas hücreleri bölgeye gelirler ve lezyonun boyutunu artırır ve onu fibröz plaklara dönüştürür.Ateroskleroz sıklıkla komplikasyonlar gelişene kadar asemptomatiktir. Bu noktada klinik göstergeler özel hastalıklarla ilişkili olacaktır.Ateroskleroz için tanılal prosedürler katkı veren faktörleri belirlemeyi içerir(örn; lipit, C-reaktif protein ve

homosistein düzeyleri). Artan C-reaktif protein düzeyleri inflamasyon varlığını gösterir ve bir risk faktörü olarak düşünülür [17].

2.5. Akut Koroner Sendrom Risk Faktörleri

AKS ile ilgili risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Değiştirilemez faktörler; Irk, yaş, cinsiyet, genetik faktörlerdir. Değiştirilebilir faktörler; Hipertansiyon, diyabet, metabolik sendrom, obezite, hiperlipidemi, sigara, fiziksel inaktivite ve strestir [16,22,23]. Bunların dışında koagülasyon oluşumunu arttıran faktörler; fibrinojen, plazminojenaktivatör inhibitörleri, hiperhomosisteinemi, lipoprotein yüksekliği ve enflamasyon göstergeleri ateroskleroz gelişiminde önemli rol oynamaktadır[24]. Hipertansiyon AKS'nin %35'inden sorumlu olup hipertansiyonu olan bireylerde kan basıncı normal olan bireylere göre risk 2-3 kat daha yüksektir [25]. Hipertansiyon ülkemizde önemli risk faktörlerinden birisi olup, AKS bulunan bireylerde %55.2'den %45'e bir düşüş göstermekle beraber hâlâ iyi bir kontrol mevcut değildir. Avrupa genelinde bu oran %42.7 olarak saptanmıştır. Ayrıca AKS'si olan bireylerde diyabet sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir [26]. Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetüs mellitus ve metabolik sendrom, ilaç tedavisi, diyet ve kilo verme ile kontrol altına alınabilmektedir. Sigara içmek, obezite ve fiziksel inaktivite aynı zamanda davranışsal risk faktörleri olup sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarının kazanılması ile tamamen düzeltilenmektedir. Değiştirilebilir risk faktörlerine müdahale edilerek sağ kalımda artışların sağlanabileceği bildirilmektedir [27].

Hastaların yaşam tarzı ve risk faktörleri konusunda Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (European Society of Cardiology, ESC) yürüttüğü EUROASPIRE (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) (Avrupa İkincil ve İlk Önleminin Olayları Azaltmaya Müdahale Konusundaki Eylemi) çalışmaları sonuçlarına göre, kılavuzlar ile günlük pratik arasında büyük farklılıklar olduğunu ve KAH'da değiştirilebilir risk faktörlerinin yüksek oranlarda bulunduğu gösterilmiştir. 2006–2007 yıllarında 22 Avrupa ülkesinde yapılmış olan çalışmalara ülkemiz de dahil olmuştur. Türkiye kolundaki en önemli sonuçlardan biri koroner olaylarda yaşın genç olmasıdır [26]. Bunun nedenlerinden biri sigara tüketiminin hâlâ yüksek olması, diğeri de obezite, diyabet ve hiperlipidemi gibi risk faktörlerinin fazla olmasıdır. Kadınlar

obezite, hipertansiyon ve diyabet açısından daha olumsuz bir tablo sergilemektedir. Kolesterol yüksekliği olan hasta oranı kadınlarda ve erkeklerde Avrupa ile karşılaştırıldığında ülkemizde daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda psikososyal risk faktörlerinin de kalp hastalığının gelişiminde etkili olduğu belirtilmiştir. Bunların arasında en sık bildirilen risk faktörleri; depresyon, umutsuzluk, akut-kronik stres, aile içi çatışmalar, iş stresi, kişilik örüntüleri, düşmanlık, sosyal destek yetersizliği, yalnız yaşama ve düşük sosyoekonomik durumdur [16,28]. AKS'de hasta ile ilgili risk faktörlerinin uzun vadede ve çok yönlü ele alınması, yaşam süresi ve yaşam kalitesini artırmada büyük önem taşımaktadır [16,29].

2.6. Akut Koroner Sendrom Tipleri

Akut koroner sendrom üçe ayrılmaktadır. Bunlar, anjina pectoris (unstable anjina), miyokard infarktüsü NONSTEMI (st elevasyonsuz miyokard infarktüsü), STEMI (st elevasyonlu miyokard infarktüsü) ve ani iskemik ölümdür [17]. Koroner arterlerdeki tam tıkanma ile kan akımının kesilmesi sonucu ST elevasyonlu akut MI meydana gelir. Kısmi tıkanma ve yeterli koroner dolaşım varsa kararsız anjina pectoris veya ST elevasyonsuz MI görülür [16]. Akut koroner sendromların en sık görülme şekli anjina pectoris'tir. Miyokardın oksijen gereksinimi karşılanmazsa anjina pectoris belirtileri ortaya çıkmaktadır. Anjina pectoriste ağrının sebebi miyokardın oksijenlenmesinin azalmasıdır. Başka ifade ile koroner arterlerde tıkanıklık değil, daralma söz konusudur [30]. Anjina pectoris, miyokard iskemisini organizmaya haber veren bir savunma mekanizmasıdır. Kanada Kalp Derneği'nin (CCS) sınıflandırmasına göre anjina pectoris dört sınıfa ayrılmaktadır.

Sınıf-1: Günlük yaşamsal aktiviteler (yürüyüş yapmak gibi) anjina pectorise neden olmaz. Ağır aktiviteler sırasında anjina pectoris ortaya çıkabilmektedir.

Sınıf-2: Günlük hareketlerde hafif bir engel vardır. Tempolu yürüyüş veya merdiven çıkma, yemekten sonra, rüzgârlı ve soğuk havada yürüme, emosyonel durumlarda ve uyandıktan sonra günlük etkinliklerde ağrı oluşabilmektedir.

Sınıf-3: Günlük etkinliklerde ciddi kısıtlanmalar vardır. Örneğin normal hızda 100-200 metre yürüyüş ve bir kat merdiven çıkışta belirti vermektedir.

Sınıf-4: En minimal fiziksel etkinlikte, bazen istirahatte de semptom ortaya çıkabilmektedir ve önemli bir durumdur [17].

AKS'nin bir diğer tipi olan miyokardinfarktüsü ise, miyokardın oksijen gereksinimi ve miyokarda giden oksijen arasındaki dengesizlik sonucu oluşan miyokard hasarı ile ortaya çıkan bir semptomdur. Koroner kan akımı bir pıhtı veya yağlı bir oluşum tarafından bir süre kesintiye uğratılırsa MI ile sonuçlanan miyokardiyumun ölümü meydana gelmektedir [31]. Avrupa'da 42 saniyede bir kişinin MI nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmektedir [32]. Bu değer de hastalığın yaygınlığını göstermesi açısından önemlidir. Tanının belirlenerek tedavinin başlamasına sebep olan belirti göğüs ağrısı olmasına rağmen kesin tanının koyularak hastaların sınıflandırılması elektrokardiyografiye (EKG) dayanmaktadır. EKG sonuçlarına göre bu hastalar iki kategoriye ayrılır;

Akut göğüs ağrısı ve ısrarcı (>20 dk) ST- segment yükselmesi olan hastalar; Bu duruma ST-yükselmeli AKS denmekte ve genellikle akut total koroner oklüzyonu yansıtmaktadır.

Akut göğüs ağrılı, ancak ısrarcı ST-segment yükselmesi olmayan hastalar; Bu hastalar daha çok ısrarcı veya geçici ST segment çökmesi veya negatif T dalgası, düz T dalgaları, yanıtıcı normalleşmiş T dalgaları veya tamamen normal EKG bulgularıyla başvururlar. Bu hastalarda ilk strateji iskemi ve semptomları hafifletmek, bir seri EKG ile hastayı takip etmek, miyokard nekrozu belirteçlerinin ölçümlerini tekrarlamaktan ibarettir. Başlangıçta troponinlerin ölçümüne dayanan NSTEMI-AKS tanısı, ST-yükselmez MI (NSTEMI) veya kararsız anjina olduğu gibi daha fazla irdelenmesi gerekecektir. Hastalarda sonuç olarak semptomların nedeni olarak koroner kalp hastalığı saf dışı bırakılacaktır [31]. Ani iskemik ölüm ise, önceden gizli veya bilinmeyen kalp hastalığı olan bir hastada, semptom bulunmaksızın, travma vb. bir olay olmadan doğal yollardan seyirli olabilen, bir saat içinde ortaya çıkan ani ölümdür [21].

2.7. Akut Koroner Sendrom Belirti ve Bulguları

Koroner arterlerin daralması ile kalbe giden oksijenli kan akımı azalacaktır. İlk başta azalan kan akımı herhangi bir AKS semptomuna neden olmayabilir. Ancak arterlerin intima tabakasındaki plak artmaya devam ederse hastalık belirti ve semptomları

daartmaya başlamaktadır [17].Sağlıklı bir kalp koroner akımı birkaç kat artırabilir bu artışın sağlanmasında lokal olarak oluşan laktat, adenozin, histamin, bradikinin ve serotonin gibivazoaktif maddeler etkili olabilmektedir [30].Miyokardın oksijen ihtiyacı karşılanamadığında ise aşağıdaki belirtiler ortaya çıkabilmektedir.

- Göğüs Ağrısı (Anjina): AKS'nin en önemli semptomu göğüs ağrısıdır. Bu göğüs ağrısının nedeni ise kalbin yeterince oksijenlenememesidir. Bu ağrı anjina olarak da isimlendirilmektedir.Göğüsten boyuna, çeneye, omuzlara ve kola yayılan ağrı ile kendini gösterebilmektedir. Anjina durumunda ağrı genellikle dinlenerek geçebilen bir ağrı olmasına rağmen st elevasyonlu ve st elevasyonsuz MI de tıkalı koroner arterin açılması sonrası ağrının geçmesi beklenmektedir [17].
- Nefes Darlığı: AKS'nin bir diğer en önemli belirtisi ise nefes darlığıdır. Kalp dokulara yeterince kan pompalayamadığı için nefes darlığı ve yorgunluk gelişmektedir [33].
- Kalp Krizi: Koroner arterin tam olarak tıkanması sonucu kalp krizi gelişmektedir. Eğer blokaj hızlı bir şekilde tedavi edilmezse, arter tarafından beslenen kalp kası kısmi olarak ölmeye başlamaktadır. Sağlıklı kalp dokusu skar dokusu ile değiştirilmektedir. Bu kalp hasarı belli olmaya bilmekte ve ciddi veya uzun süreli sorunlara neden olabilmektedir. Koroner arterlerin tıkanıklık durumlarına göre belirti ve bulgular da farklılık gösterebilmektedir [34].Bazı hastalar bulantı/kusma, nefes darlığı, halsizlik, çarpıntı veya senkop gibi daha az tipik belirtilerle karşımıza çıkmaktadır. Bu hastaların daha geç başvurma eğiliminde oldukları ve daha sıklıkla kadın, diyabetik veya yaşlı hastalardan oluştukları ayrıca tipik göğüs ağrısı ile başvuran hastalara göre, reperfüzyon tedavisi ve diğer kanıta dayalı tedavileri daha az sıklıkta aldıkları belirtilmektedir. Kayıtlar STEMI hastalarının %30'unda tipik olmayan belirtilerle karşımıza çıktığını göstermektedir[17].

2.8. Akut Koroner Sendrom Tanı Yöntemleri

EKG: MI düşündürülen göğüs ağrısı veya diğer semptomları olan hastalarda ilk 10 dakikada 12 derivasyonlu EKG çekilip ve EKG bulguları iskemi açısından ayrıntılı bir biçimde incelenerek değerlendirilmelidir[35]. İlk EKG'de tanısal değişiklikler olmayan ancak semptomlar açısından olası MI olarak değerlendirilen hastalarda ilk EKG'yi

takiben 15-30 dakika aralıklarla EKG çekilmelidir. EKG’de ST - T - Q dalgalarındaki değişiklikler enfarkt zamanı, hangi koroner arterde geliştiği, risk altındaki miyokard alanı ve büyüklüğü, risk değerlendirme yapılabilmesi ve tedavinin saptanabilmesi için gerekli bilgiyi vermektedir. EKG’de ilk değerlendirilecekler PR segmenti, ST segmenti, QRS kompleksi ve T dalgasıdır. EKG de, V1-V3 anteroseptal, V1-V4 anterior, V1-V6-D1-aVL yaygın anterior, D1-aVL-V5-V6 anterolateral, D2-D3-aVF inferior, D2-D3-aVF-V5-V6 inferolateral miyokard hasarını işaret eder[35,36].

Biyobelirteçler: Miyokardın kasılmasında, aktin ve miyozinin kalsiyum ile etkileşiminde, etkin olan kardiyak troponinler I, T ve C olmak üzere üçe ayrılır. Troponin C düz kaslar üzerinde etkin olduğu için kardiyak özgüllüğü yoktur. Troponin I ve T’nin miyokard hasarındaki duyarlılıkları yüksektir. Miyokard infarktüsünde troponin I ve T 3-6 saat içerisinde kanda yükselir, 12 saat sonra en yüksek seviyeye ulaşır ve 7-10 gün yüksek seyreder[35,37].Kardiyak troponinlerdeki yükselme miyokard hasarını göstermesine rağmen bu hasarın nasıl geliştiği ya da temel mekanizması hakkında bilgi vermez. Kalp yetersizliği, böbrek yetersizliği, aritmiler, pulmoner emboli, miyokardit, kalp kateterizasyonu vb. sonrası nekrozlu miyokard hasarı gelişebilir ve troponin yükselmesine neden olabilir[35,37]. Kreatin kinaz (CK) enziminin kalp dokusunda bulunan izoenzim formu CK-MB’dir. Miyokard hasarı durumunda kanda CK-MB düzeyi yükselir. Miyokard hasarının başlamadığı anjina pectoris veya NSTEMI’da CK-MB değeri düşük çıkacağından tek başına tanılamada kullanılması yeterli değildir[38].

Görüntüleme Yöntemleri: MI tanısı için noninvaziv ve invaziv görüntüleme yöntemlerinden faydalanılır.

- İnvaziv Görüntüleme: Tanılamada kullanılan invaziv görüntüleme yöntemi koroner anjiyografidir. Koroner arterlerdeki kan akımı ve damar yapısındaki darlık, tıkanıklık gibi sorunların görüntülenmesini sağlar. Femoral veya radial arterden kateter takılıp, opak madde verilerek görüntüleme işlemi yapılır.
- Noninvaziv Görüntüleme: Ekokardiyografi, sintigrafi, manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi tanılamada faydalanılan noninvaziv görüntüleme yöntemleridir. Ekokardiyografi

- (EKO): Miyokardın kalınlığı ve hareketleri değerlendirilir. Ulaşılabilirliği kolaydır.
- Sintigrafi: SPECT tekniğinde miyositlerin görüntülenmesi sağlanabilse bile düşük çözünürlüklü görüntü vermesi sebebiyle küçük enfarktların tespit edilmesi zordur.
- Manyetik Rezonans (MR): EKO'ya benzer yeterlilikte görüntü verir. Kontrast ajanlar miyokard perfüzyonunun değerlendirilmesinde kullanılır.
- Bilgisayarlı Tomografi (BT): Koroner arterlerin görüntülenmesini sağlamakla birlikte miyokard perfüzyonunun değerlendirilmesi sınırlıdır [39].

2.9. Akut Koroner Sendrom Tedavisi

Akut koroner sendrom tedavisinin genel amacı miyokardın oksijen gereksinimini azaltmak ve oksijenlenmesini sağlamaktır [30]. AKS'nin tedavisinde; yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç tedavisi, cerrahi girişimler ve kardiyak rehabilitasyon yer almaktadır [17].

İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi içinde; antirombositer ilaçlar, lipid düşürücü ilaçlar, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, nitratlar, beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerleri kullanılabilmektedir [40].

- Nitratlar: Organik nitratlar angina pectoris semptomlarının giderilmesinde kullanılmaktadır. Nitratların, dilaltı tablet, sprej, oral tableti, transdermal veya intravenöz kullanım biçimleri bulunmaktadır. Nitratlar etkilerini vazodilatasyon ve ard yükü azaltarak gösterebilmektedirler. Nitratların yan etkileri vazodilatasyona sebep oldukları için senkop, hipotansiyon ve taşikardidir. Özellikle ilk dozların ayakta alınması senkop ve hipotansiyon riskini arttırmaktadır [17].
- Beta blokerler: Etkilerini beta reseptörlerini bloke ederek gösterebilmektedirler. Beta reseptörlerini inhibe ederek kalp hızı, kan basıncı ve kontraktiliteyi azaltması sonucu miyokardın oksijen tüketimini azaltmaktadır [19]. Kan

basıncını azaltarak hipotansiyon ve kalp hızını etkilediklerinden dolayı da bradikardi geliştirme riskleribulunmaktadır.

- Kalsiyum kanal blokerleri: Hem kan basıncını düşürücü hem de antianginal etkileri vardır.Bu etkilerini vazodilatasyon ve kanbasıncındaki düşmeyi sağlayarak ard yükün azalmasıile gerçekleştirebilmektedirler. Hipotansiyon, senkop, başağrısı ve yüzde flushing gibi yan etkileribulunmaktadır [17].
- Anti-trombositer ilaçlar: Koroner trombüsü azaltmak için kullanılan ilaçlardır [40].Aspirin: Tromboksen yapımını baskılayarak etkisinigösterebilmektedir. Günlük önerilen ilaç dozu günde 75-150 mg arasındadır. Doz arttıkkagastrointestinal sistem üzerindeki yan etkiler de artmaktadır [40].
- Klopidoğrel ve tiklodipin: Adenozindifosfat ile indüklenmiş trombosit agregasyonunu inhibe eden inaktif bir ilaçtır. Trombosit agregasyonunu inhibe etmeleri sebebiyle kanama riskinartırmaktadır [41].
- Lipid Düşürücü İlaçlar: Bu ilaçlar atherosklerotikkardiyovasküler komplikasyonları azaltmak amacıyla kullanılmaktadırlar [17]. Yan etkileri hafif ve geri dönüşümlüdür. Yan etkilerinin başında dispepsi, karın ağrısı ve şişkinlik gelmektedir. Bunlara ek olarak da en önemliyan etkiler karaciğer ve kas toksisitesidir [42].
- Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri: Anjiotensin dönüştürücü enziminhibitörleri renin-anjiotensin sistemine etki ederek anjiotensin II salgılanmasını durdurarak vazokontrüksiyon oluşmasını engellemektedirler. Böylece kanın damarlarda rahatdolaşmasını ve miyokardın oksijenizasyonunu sağlamış olurlar [17]. Çok sık yan etkilerigörülmemekle birlikte en sık görülen yan etkisi baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk ve öksürük olduğu belirlenmiştir [43].

Cerrahi Girişimler

Tüm koroner arter hastalarında, bölgesel koroner kan akımı ile miyokard tabakasınınoksijen ihtiyacı arasında bir dengesizlik söz konusudur. Medikal tedavi ile ard yük, kontraktilite kalp hızı azaltılarak bu dengesizlik azaltılmaya çalışılmaktadır. Perkütan transluminal koroner anjioplasti (PTCA) ve by-pass cerrahisi yoluyla koroner kan akımını artırmaktadır [17].

- Perkütan Transluminal Koroner Anjioplasti (PTCA): Periferik arterlerin herhangi birinden kateter aracılığıyla girilerek koroner kan akımını kontrol etmek veya iyileştirmek için koroner arterdeki problemi stent, balon ve aterektomi gibi kateter temelli yöntemlerle giderme işlemidir [17].
- Koroner Arter By-Pass Greft: By-pass kelimesi köprü anlamına gelmektedir. Koroner arter by-pass greftinde temel amaç; tamamen kapanmış veya daralmış olan arterin önüne bacak (safen), kol (radial arter), mide (gastroepiploik arter) veya göğüs (mamaryainterna) bölgelerinden ven alınarak köprü kurup daralmış veya tıkanmış olan arterin yerine yeni bir damar yapısı oluşturmaktır [34].

Kardiyak Rehabilitasyon

Kardiyak rehabilitasyon, kardiyovasküler rahatsızlığı olan bireylerin en iyi düzeyde fonksiyonel kapasitesini kazanabilmesi için gerekli sosyal, bilişsel ve fiziksel şartları sağlamak amacıyla yapılan aktivitelerin tümüdür. Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association /AHA), kardiyak rehabilitasyon programlarının multidisipliner şekilde olması gerektiğini belirtmiş olup, kardiyovasküler riski en aza indirmek, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmak ve kalp hastalarının aktif bir yaşam sürmelerini sağlamak için gerekli temel unsurları tanımlamıştır [17]. Kardiyak Rehabilitasyon; beslenme danışmanlığı, risk faktörlerine yönelik çalışmalar (sigara, tuz, diyabet, vücut ağırlığı) psikososyal değerlendirme ve tedavi, fiziksel egzersiz önerilerinden oluşmaktadır [44].

- Sigara İçme Durumunun Yönetimi: Sigara kardiyovasküler hastalıklar açısından güçlü ve önemli bir risk faktörüdür. Sigara içenler, hiç sigara içmeyenlere göre iki ile dört kat oranında risk faktörüne sahip oldukları belirtilmiştir [17]. 75 kohort çalışmanın meta-analizi yapıldığında sigara içen erkeklerle kadınlar karşılaştırıldığında kadınların kardiyovasküler hastalığa yakalanma oranlarının erkeklere göre %25 daha fazla olarak bulunmuştur [54]. Yapılan çalışmalara göre sigaranın bırakılmasının yeni bir tıkanma riskini %50 ve bıraktıktan sonra da ölüm riskini %50 oranında azalttığı bildirilmektedir [46].
- Diyet ve Kilo Kontrolü: Sağlıklı bir diyet ve kilo yönetimi AKS riskini azaltmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yetişkinlerde ortalama günlük enerji alımı, erkeklerde 2500 kalori ve kadınlarda ise 1800 kalori olduğu

bildirilmektedir. Enerji alımı sağlıklı bir kiloyu devam ettirebilmeli ve günlük enerji ihtiyacını karşılayabilme düzeyinde olmalıdır. Diyet değişikliğinin ve lipid düşürücü ilaçların kullanılmasının koroner arterlerde tıkanma riskini %34 oranında azalttığı belirtilmektedir [47]. Fazla kilonun; yüksek kan basıncı, hiperlipidemi ve glikoz metabolizması üzerinde olumsuz etkileri vardır [48]. Vücut kitle indeksinin 18,5- 24,9 kg/m² altında, bel bölgesinin ise baylarda 102cm den kadınlarda ise 88 cm den küçük olması gerektiği önerilmektedir [49].

Sağlıklı beslenme önerilerinde ise;

- Günlük tuz alımının 5 gramdan az olması,
- Günlük 200 gr meyve tüketilmesi
- Günlük sebze tüketilmesi (2-3 porsiyon)
- Haftada iki defa balık tüketilmesi
- Alkollü içeceklerin baylarda günlük iki bardak (20 gr/gün) kadınlarda bir kadeh(10gr/gün) ile sınırlandırılması
- Toplam kalori alımının <1'i trans doymamış yağ asitlerini içermesi önerilmektedir [50].
- Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivite ve egzersiz eğitimi AKS tanısı almış kişiler açısından önemlidir. Güncel kılavuzlar her gün düzenli olarak fiziksel aktivite ve egzersiz önermesine rağmen bireyler düzenli olarak egzersiz yapmamaktadırlar. AKS tanısı alan bireylerin neredeyse yarısı bireysel eğitim programlarına katılmamakta ve katılanların %40-50 civarı ise katıldığı egzersiz programını bırakmaktadır [51]. Yapılan çalışmalara göre bireye özgü planlanmış egzersiz programlarının mortalite ve hastaneye tekrar yatış sayısını düşürdüğü bulunmuştur [52]. AKS'si olan bireylerin haftada üç kereden fazla 30 dakika, orta derece yoğunlukta (yürüme, yüzme, ev işleri, bisiklet sürme vb) egzersiz yapması önerilmektedir. İzometrik egzersizler (bel kavisi altında elini sıkıştırma gibi) miyokardın oksijen ihtiyacını artırıp miyokard üzerine olan yükü arttıracığı için önerilmemektedir [53].
- Lipid Kontrolü: Kolesterol düzeyinin yüksek olması, plakların gelişimini hızlandıracağından dolayısıyla ateroskleroz gelişme riskini artırmaktadır. Normal bir bireyde total kolesterol değeri 200 mg/dl, LDL düzeyi 130 mg/dl'yi aşmamalı,

HDL düzeyi ise 40 mg/dl'nin altına düşmemelidir. Bu değerlerin belirtilen seviyelerden yüksek olması KAH riskini artırmaktadır.

- Kan Basıncı Yönetimi: Yüksek kan basıncı, kardiyovasküler hastalıklar ve inme açısından yüksek bir risk faktörüdür [47]. Yapılan 68 randomize kontrollü çalışmanın (245,885 birey) meta-analizis sonucunda antihipertansif tedavinin AKS dahil olmak üzere kardiyovasküler olayların meydana gelmesini azalttığı görülmüştür [54]. Normal bir bireyde sistolik kan basıncının <140mmHg, diyastolik kan basıncının <90 mmHg olması gerekmektedir. Sistolik kan basıncının 10mmHg, diyastolik kan basıncının 5 mmHg azalması KAH riskini %21 oranında azalttığı belirtilmiştir [55].
- Diyabet Durumunun İzlemi: Diyabet hastalığı AKS açısından yüksek risk faktörüdür. Tip II diyabet hastalarının %75'i AKS dahil olmak üzere kardiyovasküler hastalıkların bir sonucu olarak yaşamlarını kaybetmektedirler [56]. AHA, diyabetin, kardiyovasküler hastalık için başlıca yedi kontrol edilebilir risk faktöründen biri olduğunu düşünmektedir. Diyabet hastası olan bireylerin diyabeti olmayan bireylere göre, kardiyovasküler olay bakımından ölme olasılığı 2-4 kat daha fazladır [57]. Diyabeti olan bireylerin diyabet kontrolü için HbA1c düzeyinin %7'nin altında tutulması önerilmektedir [17].
- Psikoloji Durumu: Düşük sosyo-ekonomik statü, sosyal desteğe eksikliği, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal risk faktörleri hem AKS'ye katkıda bulunmakta hem de AKS'nin klinik seyrinin kötüleşmesini neden olmaktadır. Psikoloji yönetimi bireyin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayabilmesi ve bunları hayatına geçirebilmesi açısından önemlidir. Bu faktör bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamasını engelleyebilmektedir [58-59]. Psikoloji yönetiminin hastalığa uyumu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve tedaviye uyumu etkilediği gibi hastalık algısının da psikoloji yönetimini veya psikoloji yönetiminin hastalık algısını etkilediği ifade edilmektedir [58].

2.10. Akut Koroner Sendrom da Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirenin Rolü

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir [17]. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise, kişinin sağlığını tehdit eden davranışlarını düzenlemesi, günlük yaşantısını devam ettirirken sağlığına uygun davranışları tercih etmesi olarak ifade edilmiştir [60].Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme, sağlık sorumluluğu, egzersiz,kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve stres yönetimidir [61].Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, dünya'daki ölümlerin bulaşıcı olmayan hastalıkların riskini en aza indirmektedir [62].Akut koroner sendrom tedavisinde ilaç ve ilaç dışı tedavi yöntemleri bulunmaktadır.Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilaç dışı tedavi yöntemleri içinde yer almaktadır.Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının AKS'nin görölme sıklığının azaltılmasında etkili olduğu görüşü savunulmaktadır[54]. Savaşan ve arkadaşları (2013) KAH'ı olan bireylerin umutsuzluk ile sağlıklı yaşam biçimidavranışları arasında ters orantı olduğunu belirlemişlerdir [63]. Alcan ve arkadaşları (2017)'ninyaptıkları çalışmada ise koroner arter by-passgreft cerrahisi sonrası bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerinin etkilendiği saptanmıştır. Tedaviden 42 gün (6 hafta) sonra bireylerin kendi potansiyellerini farketme yetilerinde ve çevresi ile olan ilişkilerinde artış olduğu; egzersiz düzeyi, stresle baş etme durumlarında ve kendi sağlık sorumluluğunda azalma olduğu ifade edilmektedir [64].Özarslan (2013)'ın diyabetik koroner arter hastaları ile yaptığı çalışmada da sağlıklıyaşam biçimi davranışları ile bireyin yaşam kalitesi ve koroner arter hastalığı arasında ilişkiolduğu bulunmuştur [65].Yapılan meta analizlerinsonucuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile mortalite arasında ters orantı olduğubulunmuştur. Bu meta-analizin sonucuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tümölümlerin oranını üçte bir oranında azalttığı belirlenmiştir [66].Sigara, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme, obezite ve diğer yaşam tarzı davranışları; kanser, inme, diyabetesmellitus ve kalp hastalığı gibi hastalıkların gelişimiyle ilişkili olduğubelirtilmektedir [67]. Akut koroner sendrom risk faktörlerinin birçoğu değiştirilebilmekte ve sağlıklı biryaşam tarzı benimsenerek azaltılabilmektedir. Düzenli egzersiz yapmak ve sağlıklı bir diyetplanını takip etmek, kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmada etkili stratejiler olarakgösterilmektedir [68].Yapılan çalışmalarda çalışan yetişkinlerin AKS hakkında

yeterli bilgi ve bilinçten yoksun olduklarını ve bu nedenle, semptomları daha az fark edebildiklerini veya risklerini azaltmak içinsağlıklı bir yaşam tarzını benimsemediklerini göstermektedir [69]. Bu nedenle sağlıklı yaşambıçimi davranışları AKS'si olan bireyler için mortalite ve morbidite oranını azaltmak için önemlidir.Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının; kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, manevi gelişim, beslenme, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi olduğu bildirilmektedir [61].

Kişilerarası İlişkiler: Kişinin diğer bireyler ile olan ilişkisidir ve zorunluolmadan bir ilişki kurmak için iletişim kurmayı gerektirmektedir [61]. Kişiler sağlık personellerine hastalıkları hakkında soru sorarak cevapalmak isterler. Bu nedenle doğru iletişim tekniklerini kullanarak sorularısorabilmesi ve anlatılanları anlayabilmesi gerekmektedir [61,69].

Fiziksel Aktivite:Sağlık yaşamının bir parçasıdır. Aynızamanda fiziksel aktivite bireyin hastalık durumunun iyileşmesini, sağlık durumunu devam ettirmesini ve stres yaratan olaylara karşı daha sakin kalmasını sağlamaktadır [61]. Anderson ve arkadaşları (2016)'nın yaptığı çalışmada kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınmasında fiziksel aktivitenin önemi bildirilmektedir [68].

Manevi Gelişim: Bireyin iç kaynaklarının gelişimi üzerine odaklanmaktadır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma şeklinde gerçekleşir.Gelişme, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst seviyeye çıkarması ve yaşamdaki amaçlar için çabalamasıdır. İlişki kurma, evrenle ilişki ve uyumiçinde olmaktır. Aşılma ise iç huzuru sağlayıp kendi durumunu aşip yeni durumlara,deneyimlere fırsat sağlamaktır [17,61].

Beslenme: Bireyin yemek öğünlerini seçmesi, düzenlemesi ve yiyecek seçimindeki değerini belirlemektedir. Beslenmede asıl amaç bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivitesi ve içinde bulunduğu fizyolojik durumuna göre ihtiyacı olan enerji ve besin öğelerini yeterli ve dengeliktarda almasıdır [17,61].

Sağlık Sorumluluğu: Kişilerin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendi iyilik halini koruyabilmesi için üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmesidir [70].

Stres Yönetimi: Herhangi bir olay veya durum karşısında oluşan gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için kişinin psikolojik veya fizyolojik kaynakları belirleyebilmesi ve onlarla baş edebilmesidir. Bireylerin stresle baş edebilmeleri KAH riskini azaltabilmektedir [71].

Kan Basıncı Kontrolü: Kan basıncı ölçümleri uygun şekilde yapılır, hipertansiyon ile ilgili ilaç kullanımı sorgulanır ve değerlendirilir. Bireyin kan basıncı hangi evrede olursa olsun sağlıklı yaşam biçimi davranışları yönünden bilgilendirilir.

Sigara ve Alkol Kullanımının Kontrolü: Hastanın sigara ve alkol kullanma durumu belirlenerek değerlendirilir. Hasta ve hasta yakınlarına eğitim, danışmanlık hizmeti verilerek gerekli desteğin sağlanması ile farmakolojik yaklaşım planlanabilir.

Psikososyal Yönetim: Hasta yakınlarının hastaya olan sosyal desteğini artırmak için eğitim verilir ve gerekli profesyonel yönlendirmeler yapılır. Hastalara uygun eğitim planlamasında; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumları ve yaşam kalitesinin etkilenen boyutlarının objektif ölçüm yöntemleriyle değerlendirilmesi öncelikli uygulama olmalıdır. Böylece mevcut sorunlar ve problem alanları doğru saptanarak, hasta bakım ve eğitim uygulamaları eksiksiz ve doğru şekilde planlanabilecektir [17].

Hemşirelik; insan yaşamı ve yaşamın kalitesi, toplum sağlığının iyi olması ile ilgilidir ve bireylerin en iyi düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmayı amaçlar. Hemşireler, özellikle yüksek risk içeren ve belirlenen hedefleri gerçekleştirmede zorlanan bireylerde hastalığı kontrol altına alınması için 'bakım lideri' olarak görev yapmakta, uygun liderlik ve motivasyonla bakım ekibini yönetmektedirler [72]. Global bir sağlık problemi olan AKS'nin önlenmesinde, AKS'nin ortaya çıkışını geciktirilmesinde ve komplikasyonların azaltılmasında; toplumda farkındalık yaratma, bireyleri eğitme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma ve hastaların tedaviye uyumunu sağlamada da hemşirenin önemli rolü vardır [16,25,73]. Özellikle düzenli ilaç kullanma, diyet kontrolü, kilo yönetimi, uygun ve düzenli fiziksel aktivite, sigaranın bırakılması gibi konularda verilen eğitim hastaların hastalığa uyumlarını kolaylaştırmakta ve yaşam kalitesini yükseltmektedir [16,72]. Hemşire, hastalarla sağlık ekibi üyeleri arasında bağlantıyı sağlayarak bakımı organize etmeli ve olası sorunların ve gereksinimlerin

erken fark edilmesini sağlamalıdır [74]. Joanna Briggs Enstitüsü tarafından 2009'da yayınlanan, 22 randomize kontrollü çalışmaya dayanan, "Erişkinlerde Kardiyovasküler Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Hemşire Liderliğinde Girişimler" adlı raporda, hemşire liderliğinde kliniklerde, kalp hastalığı olan ya da bilinen kardiyovasküler risk faktörü bulunan hastalar kadar, sağlıklı bireylerdeki risk faktörlerinin de azaltılabileceği ifade edilmektedir. Hemşirelik girişimlerinin, hastaların kan basıncını ve kolesterolünü düşürmede, beslenme alışkanlığının değişikliği ve fiziksel aktivitelerini artırmada etkili olduğu; diyet değişikliği ve kolesterol düzeyleri üzerine de uzun dönem yararları olduğu belirtilmektedir. Raporda; sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitiminin önemi vurgulanmaktadır [16,27]. Hemşirelerin KAH olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek ve yaşam kalitelerini arttırmadaki rolleri aşağıda belirtilmiştir [16,25,75].

Hastanın Değerlendirilmesi: Hastanın değerlendirilmesine öykü alınarak ve fizik muayene ile başlar. Hastanın öyküsü alınırken; tıbbi geçmişi, mevcut ve önceki kardiyovasküler tanıları ve tedavileri, diğer hastalıkları, kullandığı ilaçlar değerlendirilir. Bu toplanan veriler ile hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi önemlidir.

Beslenme Eğitimi/Danışmanlığı: Hastanın mevcut yeme alışkanlıkları belirlenerek, diyetisyenle işbirliği halinde, hasta ve yakınlarına önerilen diyet değişiklikleri konusunda eğitim ve danışmanlık verilir. Beslenme önerileri hastaların kültürel tercihleri ile yakından ilgili olursa uyum daha kolay sağlanabilir. Hastanın total kolesterol, LDL, HDL, trigliserit düzeyleri ve kan şekeri değerleri kontrol edilir.

Kilo Yönetimi: Hastaya uygun diyet programı düzenlenerek, toplam kalori alımının azaltılması ve enerji tüketiminin artırılması amaçlanır.

Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Eğitimi/Danışmanlığı: Hastanın fiziksel aktivite düzeyi belirlenerek yaşı, cinsiyet ve günlük yaşam tarzına göre yapabileceği uygun fiziksel aktiviteler netleştirilir. Zamanla fiziksel aktivite düzeyi kademeli olarak artırılır. Ayrıca egzersiz testi parametreleri (kalp atım hızı ve ritmi, semptomlar, ST-segment değişimleri, algılanan efor ve egzersiz kapasitesi) değerlendirilerek güvenli egzersiz yapması konusunda eğitilir [16].

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Araştırma, Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis Ünitesine başvuran akut koroner sendrom tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Niğde Devlet Hastanesi Niğde ili merkezine bağlı ilçe, kasaba, köylerine hizmet vermekte olup çevre illerden de sevk almakta ve civar illere sevk yapmaktadır.

Acil servis ünitesi Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinin zemin katındadır. Burada triaj, ayaktan hastaların muayene edildiği (yeşil alan), travma alanı (sarı alan), kardiyopulmoner resusitasyon (kırmızı alan), müşahade alanı, enjeksiyon alanı, müdahale odası, röntgen alanı, ilaç deposu bulunmaktadır.

Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi acil servis ünitesi 12 yatak kapasiteli olup, sorumlu hemşire ile birlikte 25 hemşire, 11 sağlık memuru, 17 acil tıp teknisyeni görev yapmaktadır. Acil servise başvuran hastalar triaj alanında ayrıştırılarak yeşil alan ve sarı alana yönlendirilmektedir. Acil servise başvuran hastalardan ayaktan hastaların yönlendirildiği yeşil alanda tahlil yapılması halinde bekleme süresi minimum 1 saat, reçete yazılması halinde minimum 10 dk olmaktadır. Sarı alana başvuran hastaların müşahade alana alınması ile maksimum bekleme süresi 2 saat olmaktadır. Akut koroner sendrom tanısı olup göğüs ağrısı ile acil servis ünitesine başvuran bireyler yeşil alana yönlendirilerek bireylerin takipleri yapılmaktadır. Akut koroner sendrom tanısı almış bireylerin akut olayın tekrarı durumunda ise bireyler sarı alana alınarak ilk müdahaleleri yapılmakta ve perkütanintra koroner girişim için hastalar anjiyo ünitesine gönderilmektedir. Perkütanintra koroner girişim sonrası hastalar koroner yoğun bakıma alınarak birgün gözlem sonrası kardiyoji servisine yönlendirilmektedirler. Kardiyoji servisinde taburculuk sırasında bireylere doktor

tarafından beslenme, düzenli ilaç kullanımı ve düzenli doktor kontrolüne gelmeleri konularında bilgi verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini; Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis Ünitesine 2015- 2016 yılı Ocak ayları arasında 285.402 birey başvurmuştur. Bu bireylerden akut koroner sendrom tanısı alan birey sayıları; unstable angina pectoris tanısı alan 77, ST elevasyonsuz miyokard enfarktüs ve ST elevasyonlu miyokard enfarktüs tanısı alan toplam kişi sayısı 1365 olup evreni 1442 kişi oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın örneklemini evrendeki birey sayısı bilindiği için $n = Nt^2pq / d^2 (N-1) + t^2pq$ formülü kullanılarak örneklem sayısı hesaplanmıştır.

N: Hedef kitledeki birey sayısı (1442)

n: Örneklem alınacak birey sayısı (294)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı) (% 40)

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı) (% 60)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasıdır(0.05)

Örneklemin seçimi için basit rasgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bunun için acil servis ünitesine başvuran akut koroner sendrom tanısı almış her bir bireye bir numara verilmiş ve basit rasgele sayılar tablosu yardımıyla örnek bireyler seçilmiştir. Örneklem alınacak olan birey sayısı 294 olarak belirlenmiştir. Kayıplar olabileceği dikkate alınarak örneklem üç birey daha ilave edilerek 297 birey örneklem dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya;

- Görme, işitme ve kognitif yetersizliği olmayan,
- Okuma yazması olan,
- 18 yaş uşt birey olan,
- Akut koroner sendrom tanısı (ST elevasyonlu yada ST elevasyonsuz MI, unstabıl angına pektoris) ile acil servise başvuru yapmış birey olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Akut koroner sendrom tanısı olmayan,
- Daha önce perkütanintra koroner girişim uygulanmayan,
- Bireyin hastalığının tanısı ve yapılan işlem hakkında yeterli bilgisi olmayan kişiler araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.6. Verileri Toplama Araçları

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin Anket Formu (Ek-4) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği (Ek-5) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Anket formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak[9,13,65,76,77,78]anket formu (Ek-4) hazırlanmıştır.Anket formu (Ek 4) bireylerin sosyo demografik özelliklerini içeren 11 soru, yaşam Őekillerine ilişkin 9 soru, hastalık ile ilgili özellikleri içeren 8 soru, tedavi ile ilgili özellikleri içeren 13 soru olmak üzere toplam 41 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği II (SYBDÖ II)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış leği II 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için geliştirilmiştir [79]. Ölçek 1996 yılında yeniden gözden geçirilerek revize edilerek SYBDÖ II olarak

adlandırılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı alt faktörden oluşup ölçeğin derecelendirilmesi 4'lü likert tipindedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe SYBD düzeyi yükselmektedir. Walker ve arkadaşlarının (1996) yaptığı, SYBD ölçeği II'nin ve alt ölçeklerinin geçerlik güvenirlik çalışmaları sonuçlarına göre; Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.94 olup, altı alt faktörler için 0.79-0.87 arasında değişim göstermektedir [80]. SYBDÖ II'nin Türkiye'deki geçerliliği ve güvenirliliği Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 tarihinde yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasının sonucunda ise; Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.92 olarak bulunmuştur [61].

Tablo 3.1. SYBDÖ II' nin Alt Ölçekleri ve Madde Numaraları

| Alt Ölçek | Maddeler | Madde Sayısı | min | max |
|------------------------|---------------------------|--------------|-----|-----|
| Sağlık Sorumluluğu | 3,9,15,21,27,33,39,45,51 | 9 | 9 | 36 |
| Fiziksel Aktivite | 4,10,16,22,28,34,40,46 | 8 | 8 | 32 |
| Beslenme | 2,8,14,20,26,32,38,44,50 | 9 | 9 | 36 |
| Manevi Gelişim | 6,12,18,24,30,36,42,48,52 | 9 | 9 | 36 |
| Kişilerarası İlişkiler | 1,7,13,19,25,31,37,43,49 | 9 | 9 | 36 |
| Stres Yönetimi | 5,11,17,23,29,35,41,47 | 8 | 8 | 32 |
| TOPLAM | | 52 | 52 | 208 |

3.7. Ön Uygulama

Anket formunun işlerliğini tespit etmek için Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis Ünitesine Şubat 2018 tarihinde başvuran 20 hasta ile görüşülerek ön uygulama yapılmıştır. Bu kişiler örnekleme dahil edilmemiştir. Ankette düzeltmeler yapılarak forma son hali verilmiştir.

3.8. Verilerin Toplanma Aracının Uygulanması

Çalışmanın yapılabilmesi için öncelikle kurum izni ve etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan bireylere önce araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanarak çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olurları alınmıştır. Ayrıca araştırmacının daha sağlıklı ilerleyebilmesi için acil serviste görev yapan sağlık personelleri ile görüşülerek araştırmacının amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir. Anket formu (Ek-4) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-5) 2018 Şubat - 2019 mart tarihleri arasında 297 hastaya ulaşılarak acil servis ünitesinde ve perkütanintra koroner girişim sonrası

kardiyoloji servisinde 30 dk süre ile araştırmacı tarafından her hasta ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmadaki verilerin bağımlı değişkenleri: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları oluşturmaktadır. Araştırmadaki verilerin bağımsız değişkenleri: Bireylerin sosyodemografik, yaşam şekli, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve bunun gibi) araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından, bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile, sayısal değişkenler ortalama standart sapma, ortanca, en küçük değer, en büyük değer gibi merkez ve yaygınlık ölçütleri ile sunulmuştur. Verilerin normal dağılım uygunluğuna Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile bakılmıştır. Norma dağılıma uyan değişkenlerde ikili grup karşılaştırılmasında student t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadığı durumlarda ikili grup karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırılma yapılmıştır. İstatiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için; T.C Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulundan etik kurul izini (Ek-2), Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Sekreterliğinden gerekli kurum izni (Ek-1) ve araştırma kapsamına alınan bireylerin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu aracılığı ile olurları alınarak anket formları uygulanmıştır (EK 3).

3.12 Araştırmanın Sınırlılığı

Bu araştırma Niğe Ömer Halisdemir Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis Ünitesine başvuran akut koroner sendrom tanısı almış bireyler ile sınırlıdır.



4. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışma acil servis ünitesine başvuran akut koroner sendrom tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmış ve bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=297)

| Özellikler | n | % |
|---|-----|------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 132 | 44.4 |
| Erkek | 165 | 55.6 |
| Yaş | | |
| ≤45 | 50 | 16.8 |
| 46-54 | 43 | 14.5 |
| 55-64 | 65 | 21.9 |
| ≥65 | 139 | 46.8 |
| Beden Kitle İndeksi | | |
| Zayıf (<18.5) | 2 | 0.7 |
| Normal kilolu (18.5-24.9) | 110 | 37.0 |
| Fazla kilolu (25-29.9) | 125 | 42.1 |
| 1.derece obez (30-34.9) | 41 | 13.8 |
| 2.derece obez (35-39.9) | 9 | 3.0 |
| 3.derece obez (≥40) | 10 | 3.4 |
| Eğitim durumu | | |
| Okuryazar değil | 34 | 11.4 |
| Okuryazar | 28 | 9.4 |
| İlkokul | 86 | 29.0 |
| Ortaokul | 24 | 8.1 |
| Lise | 56 | 18.9 |
| Üniversite | 69 | 23.2 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 227 | 76.4 |
| Bekar | 70 | 23.6 |
| Beraber yaşadığı kişi | | |
| Yalnız | 35 | 11.8 |
| Eşiyle | 127 | 42.8 |
| Eş ve çocuklar | 86 | 29.0 |
| Akraba | 40 | 13.4 |
| Diğer* | 9 | 3.0 |
| Yaşantısının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer | | |
| Köyde geçen | 102 | 34.4 |
| İlçede geçen | 47 | 15.8 |
| İlde geçen | 148 | 49.8 |
| Çalışma durumu | | |
| Çalışan | 105 | 35.4 |
| Çalışmayan | 192 | 64.6 |
| İş/meslek durumu | | |

| | | |
|---|------------|--------------|
| Memur | 72 | 24.2 |
| İşçi | 27 | 9.1 |
| Serbest meslek | 8 | 2.7 |
| Ev Hanımı | 116 | 39.1 |
| Emekli | 55 | 18.5 |
| Diğer** | 19 | 6.4 |
| Sosyal güvencesi | | |
| Var | 264 | 88.9 |
| Yok | 33 | 11.1 |
| Gelir durumu | | |
| Geliri gidere göre az | 100 | 33.7 |
| Gelir-gider durumu eşit | 164 | 55.2 |
| Geliri gidere göre fazla | 33 | 11.1 |
| Teşhis konulmuş başka hastalığı*** | | |
| Geçirilmiş MI | 118 | 39.7 |
| Diyabet | 81 | 27.3 |
| Hipertansiyon | 84 | 28.3 |
| Hiperkolesterolemi | 34 | 11.4 |
| Diğer**** | 25 | 8.3 |
| Toplam | 297 | 100.0 |

*Bakımevi

**Aşçı, tezgahtar, mühendis, şoför

***Bireden fazla seçenek işaretlenmiştir

**** Hipertroid, kronik böbrek yetmezliği, kronik obstruksiyon akciğer hastalığı

Tablo 4.1’de akut koroner sendrom tanılı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir. Tabloya göre; kişilerin %55.6’sı erkek, %46.8’i, 65 yaş ve üzerinde, %42.1’i fazla kilolu, %29.0’ı ilkokul mezunu, %76.4’ü evli olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %42,8’inin eşiyle yaşadığı, %49.8’inin yaşamının büyük çoğunluğunu ilde geçirdiği, %35.4’ünün herhangi bir işte çalıştığı, %39.1’inin ev hanımı olduğu, %88.9’unun sosyal güvencesinin olduğu ve %55.2’sinin geliri ile gideri birbirine eşit olduğu, %39.7’si daha önce miyokard enfarktüs (MI) geçirmiş olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Yaşam Şekli İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=297)

| Özellikler | n | % |
|-------------------------------------|-----|------|
| Sigara | | |
| İçen | 67 | 22.6 |
| Hiç içmeyen | 172 | 57.9 |
| Bırakan | 58 | 19.5 |
| Alkol | | |
| İçen | 14 | 4.7 |
| Hiç içmeyen | 259 | 87.2 |
| Bırakan | 24 | 8.1 |
| Yaşantısını nasıl tanımlıyor | | |
| Sakin | 174 | 58.6 |
| Hareketli | 123 | 41.4 |

| | | |
|---|------------|--------------|
| Egzersiz | | |
| Yapmayan | 145 | 48.8 |
| Yapan | 152 | 51.2 |
| Ara sıra yürüyüş | 104 | 35.0 |
| Haftada 3 kez 20 dk altında | 10 | 3.4 |
| Haftada 3 kez 20 dk üstünde | 25 | 8.4 |
| Her gün 20 dk üstünde | 13 | 4.4 |
| Akut Koroner Sendromayönelik egzersiz | | |
| Yapan | 44 | 14.8 |
| Yapmayan | 253 | 85.2 |
| Günlük öğün sayısı | | |
| 2 öğün | 69 | 23.2 |
| 3 öğün | 214 | 72.1 |
| 4 öğün | 14 | 4.7 |
| Çoğunlukla tükettiği besin | | |
| Sebze ve meyve | 132 | 44.4 |
| Et ve et ürünleri | 43 | 14.5 |
| Ekmek ve benzeri hamur işi | 87 | 29.3 |
| Fazla yağ ve şekerli | 17 | 5.7 |
| Süt ve süt ürünleri | 18 | 6.1 |
| Akut Koroner Sendromözel diyet programı | | |
| Uygulayan | 68 | 22.9 |
| Uygulamayan | 228 | 77.1 |
| Herhangi kronik hastalığa özel diyet programı* | | |
| Uygulamayan | 195 | 65.7 |
| Uygulayan | 102 | 34.3 |
| Diyabetik | 52 | 17.5 |
| Hipertansiyon | 45 | 15.2 |
| Az yağlı | 26 | 8.8 |
| Zayıflama diyeti | 1 | 0.3 |
| Mg, Na, K, P özel diyet | 6 | 2.0 |
| Diğer** | 3 | 1.0 |
| Diyet programına | | |
| Her zaman uyan | 40 | 13.5 |
| Bazen uyan | 56 | 18.9 |
| Hiçbir zaman uymayan | 7 | 2.4 |
| Toplam | 297 | 100.0 |

Mg, Magnezyum; Na, Sodyum; K, Potasyum; P, Fosfor

*Bireden fazla seçenek işaretlenmiştir

**Vegan diyeti

Tablo 4.2’de AKStanlı bireylerin yaşam şekli ile ilgili özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Kişilerin %57.9’unun hiç sigara içmediği, %87.2’sinin hiç alkol kullanmadığı, %51.2’sinin herhangi bir egzersiz yaptığı, egzersiz yapanların ise %35.0’nının ara sıra yürüyüş yaptığı, %14.8’inin AKS’ye yönelik egzersiz yaptığı tespit edilmiştir. Bireylerin %72.1’inin günde 3 öğün yemek yediği, %44.1’inin çoğunlukla sebze ve meyve tükettiği, %22.9’unun AKS’ye özel diyet programı uygulamadığı, %34.3’ünün herhangi kronik hastalığa özel diyet programı uyguladığı, %17.5’inin

diyabete özel diyet programı uyguladığı ve %13.5'inin diyet programına her zaman uyduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Hastalık Tanısı İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=297)

| Özellikler | n | % |
|--|-----|------|
| Akut Koroner Sendrom Tanısı | | |
| Unstabil angina pektoris | 115 | 38.7 |
| ST elevasyonlu MI | 138 | 46.5 |
| ST elevasyonsuz MI | 44 | 14.8 |
| Akut Koroner Sendrom tanı süresi | | |
| 1 yıldan az | 130 | 43.8 |
| 1-5 yıl | 58 | 19.5 |
| 6-10 yıl | 93 | 31.3 |
| 11 yıl ve daha fazla | 16 | 5.4 |
| Ailede AKS tanısı olan | | |
| Yok | 166 | 55.9 |
| Var | 131 | 44.1 |
| Ailede AKS tanısı olan birey | | |
| 1.Derece (Anne, baba, çocuk) | 100 | 76.3 |
| 2.Derece (Dede, babaanne, anneanne, torun) | 19 | 14.5 |
| 3.Derece (Amca, hala, dayı, teyze, yeğen) | 12 | 9.2 |
| Aile ya da yakın çevrede AKS nedeniyle ölen | | |
| Yok | 218 | 73.4 |
| Var | 79 | 26.6 |
| Aile ya da yakın çevrede AKS nedeniyle ölen birey | | |
| 1.Derece (Anne, baba, çocuk) | 48 | 16.1 |
| 2.Derece (Dede, babaanne, anneanne, torun) | 16 | 5.4 |
| 3.Derece (Amca, hala, dayı, teyze, yeğen) | 15 | 5.1 |
| AKS bilgis durumu | | |
| Var | 237 | 86.5 |
| Yok | 40 | 13.5 |
| AKS bilgisini kimden aldı* | | |
| Hekim | 229 | 77.1 |
| Hemşire | 65 | 21.9 |
| Sağlık personeli değil | 50 | 16.8 |
| AKS bilgisini yeterli bulma durumu | | |
| Yeterli bulan | 116 | 39.1 |
| Yeterli bulmayan | 181 | 60.9 |
| AKS için ilaç kullanma durumu | | |
| Kullanmayan | 36 | 12.1 |
| Kullanan | 261 | 87.9 |
| AKS için kullanılan ilaç* | | |
| Anti-trombotik | 279 | 93.9 |
| Antiaritmik | 161 | 54.2 |
| Diğer** | 62 | 20.9 |
| İlaçlarını düzenli kullanma durumu | | |
| Düzenli kullanan | 263 | 88.6 |
| Düzenli kullanmayan | 34 | 11.4 |
| Kontrollerine düzenli gitme durumu | | |

| | | |
|---------------|------------|--------------|
| Her zaman | 156 | 52.5 |
| Bazen | 123 | 41.4 |
| Hiçbir zaman | 18 | 6.1 |
| Toplam | 297 | 100.0 |

*Bireden fazla seçenek işaretlenmiştir

**Nitratlar, lipid düşürücü ilaçlar

Tablo 4.3’de AKStanlı bireylerin hastalık tanısı ile ilgili özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %46.5’inin AKS tanısının ST elevasyonlu MI olduğu, %43.8’inin AKStanı süresi 1 yıldan daha az olduğu belirlenmiştir. AKS ile ilgili aile öyküsü incelendiğinde ise bireylerin %44.1’inin ailesinde AKS tanısı olduğu,%76.3’ünün anne, baba ve çocuk olduğu ,ailesinde AKS nedeniyle ölenlerin oranının %26.6 olup bunların ise %16.1’inin anne, baba ya da çocuk olduğubelirlenmiştir. Bireylerin %77.1’ininAKS bilgisini hekimden aldığı, %60.9’unun AKS bilgisini yeterli bulmadığı, %87.9’ununAKSiçin ilaç kullandığı, %88.6’sınınilaçlarını düzenli kullandığı, kontrollerine her zaman düzenli gidenler hastaların %52.5 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Akut Koroner SendromTanılı Bireylerin Tedavi İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=297)

| Özellikler | n | % |
|---|-----|------|
| Perkütan koroner girişimin tipi* | | |
| Sadece perkütankoroner girişim | 117 | 39.4 |
| Balon | 104 | 35.0 |
| Stent | 126 | 42.4 |
| Perkütan koroner girişim şekli | | |
| Planlanmış PTCA | 118 | 39.7 |
| Acil PTCA | 179 | 60.3 |
| Perkütan koroner girişim uygulanmasında geçen süre | | |
| 3 ay-1 yıl | 147 | 49.5 |
| 2-3 yıl | 80 | 26.9 |
| 4-5 yıl | 37 | 12.5 |
| 6 yıl ve üzeri | 33 | 11.1 |
| Perkütan koroner girişim sayısı | | |
| 1 kez | 168 | 56.7 |
| 2 kez | 103 | 34.8 |
| 3 kez | 23 | 7.8 |
| 4 ve daha fazla | 2 | 0.7 |
| Perkütan koroner girişim sonrası verilen sağlık önerileri* | | |
| Diyet | 134 | 44.8 |
| Fiziksel aktivite | 195 | 65.7 |
| İlaç Tedavisi | 256 | 86.2 |
| Düzenli doctor kontrolü | 238 | 80.1 |
| Düzenli uyulan sağlık önerileri* | | |
| Fiziksel aktivite | 26 | 8.8 |
| Diyet | 59 | 19.9 |
| İlaç tedavisi | 243 | 81.8 |
| Düzenli doktor kontrolü | 184 | 62.0 |
| Diğer** | 19 | 6.4 |

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

**Stres yönetimi, sigara ya da alkol kullanımının azaltılması

Tablo 4.4’de Akut koroner sendrom tanılı bireylerintedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımı görülmektedir.Hastaların %42.4’üne stent takıldığı, %60.3’üne acil perkütan transluminal koroner anjioplasti (PTCA) uygulandığı, %49.5’ine uygulanan PTCA’nın 3ay-1yıl içinde uygulandığı, %56.7’sine uygulamanın bir defa yapıldığı,%86.2’sine ilaç tedavisi önerildiği ve %81.8’inin ilaç tedavisi önerisine uyduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin SYBDÖ-II Alt Gruplarına Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=297)

| SYBDÖ-II | $\bar{X}\pm SS$ | M (Min-Max) |
|------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Sağlık sorumluluğu | 22.70±2.95 | 23.00 (17.00-31.00) |
| Fiziksel aktivite | 17.28±4.53 | 17.00 (10.00-25.00) |
| Beslenme | 24.19±3.29 | 24.00 (17.00-33.00) |
| Manevi gelişim | 24.05±2.89 | 24.00 (12.00-32.00) |
| Kişilerarası ilişkiler | 24.07±3.95 | 25.00 (14.00-31.00) |
| Stres yönetimi | 18.87±3.19 | 20.00 (13.00-27.00) |
| Toplam puan | 131.16±9.16 | 132.00 (110.00-155.00) |

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Median, Min: En Küçük Değer, Max: En Büyük Değer

Tablo 4.5’teAKS tanılı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.Tabloda görüldüğü gibi; sağlık sorumluluğu puan ortalaması 22.70±2.95, fiziksel aktivite puan ortalaması 17.28±4.53, beslenme puan ortalaması 24.19±3.29, manevi gelişim puan ortalaması 24.05±2.89, kişilerarası ilişkiler puan ortalaması 24.07±3.95, stres yönetimi puan ortalaması 18.87±3.19, toplam puan ortalamasının 131.16±9.16 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SYBSÖ-II Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=297)

| Tanıtıcı Özellikler | Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt başlıkları | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | Sağlık sorumluluğu | Fiziksel aktivite | Beslenme | Manevi gelişim | Kişilerarası ilişkiler | Stres yönetimi | Toplam puan |
| Cinsiyet | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Erkek | 22.7±2.9 | 17.1±4.5 | 24.5±3.3 | 24.3±3.0 | 23.9±4.0 | 18.8±2.9 | 131.2±8.5 |
| Kadın | 22.7±3.0 | 17.5±4.6 | 23.9±3.2 | 23.8±2.8 | 24.2±3.9 | 18.9±3.4 | 131.2±9.7 |
| Test | t=0.08 p=0.94 | t=0.76 p=0.45 | t=1.48 p=0.14 | t=1.32 p=0.19 | t=0.85 p=0.40 | t=0.45 p=0.66 | t=0.03 p=0.98 |
| Yaş | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| ≤45 | 22.6±3.2 | 16.9±4.3 | 24.3±3.9 | 24.1±3.2 | 24.0±4.1 | 19.2±3.1 | 130.9±9.6 |
| 46-54 | 22.7±2.9 | 16.9±4.1 | 24.7±3.1 | 24.9±2.5 | 23.7±3.7 | 18.7±3.2 | 131.5±8.3 |
| 55-64 | 22.3±3.1 | 17.8±4.7 | 23.7±3.4 | 24.0±3.1 | 24.5±4.1 | 18.9±3.1 | 131.2±9.5 |
| ≥65 | 22.9±2.8 | 17.3±4.7 | 24.2±3.0 | 23.8±2.8 | 24.0±3.9 | 18.8±3.3 | 131.1±9.2 |
| Test | F=0.69 p=0.55 | F=0.48 p=0.70 | F=0.71 p=0.55 | F=1.59 p=0.19 | F=0.44 p=0.72 | F=0.21 p=0.89 | F=0.03 p=0.99 |
| BKİ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Zayıf/Normal | 26.0±1.4 | 15.0±7.1 | 25.5±3.5 | 25.5±4.9 | 24.5±7.8 | 20.5±0.7 | 137.0±0.1 |
| Fazla kilolu | 22.8±3.0 | 17.4±4.6 | 24.3±3.2 | 24.1±2.9 | 24.0±4.0 | 19.0±3.3 | 131.6±9.3 |
| Obez | 22.2±2.8 | 16.9±4.0 | 23.6±3.7 | 23.9±2.6 | 24.2±3.7 | 18.3±2.9 | 129.1±8.6 |
| Test | F=2.08 p=0.13 | F=0.57 p=0.57 | F=1.22 p=0.30 | F=0.38 p=0.68 | F=0.05 p=0.95 | F=1.47 p=0.23 | F=2.24 p=0.11 |
| Eğitim | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) |
| Okuryazar değil | 24 (11) | 15 (14) | 25 (13) | 24 (12) | 25 (16) | 18 (10) | 132 (34) |
| Okuryazar | 22 (10) | 20 (14) | 25 (13) | 23 (13) | 23 (12) | 21 (12) | 133 (25) |
| İlkokul | 23 (14) | 17 (15) | 24 (14) | 24 (14) | 25 (17) | 19 (13) | 132 (38) |
| Ortaokul | 22 (9) | 20 (14) | 24 (15) | 24 (14) | 23 (14) | 19 (10) | 132 (36) |
| Lise | 23 (9) | 17 (15) | 25 (13) | 24 (15) | 26 (13) | 19 (14) | 132 (37) |
| Üniversite | 22 (12) | 18 (15) | 24 (13) | 24 (19) | 23 (17) | 20 (14) | 132 (45) |
| Test | $\chi^2=3.12$ p=0.68 | $\chi^2=11.23$ p=0.06 | $\chi^2=6.87$ p=0.23 | $\chi^2=4.10$ p=0.54 | $\chi^2=4.42$ p=0.49 | $\chi^2=14.18$ p=0.02 | $\chi^2=3.09$ p=0.69 |
| Medeni durum | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Evli | 22.6±2.9 | 17.1±4.5 | 24.0±3.3 | 24.0±2.9 | 24.2±4.0 | 18.7±3.3 | 130.7±9.0 |
| Bekar | 22.9±3.0 | 17.8±4.6 | 24.8±3.2 | 24.2±3.0 | 23.6±3.8 | 19.2±2.9 | 132.5±9.5 |
| Test | t=0.63 p=0.53 | t=1.03 p=0.30 | t=1.86 p=0.06 | t=0.55 p=0.58 | t=1.22 p=0.22 | t=1.13 p=0.26 | t=1.43 p=0.15 |
| Yaşantısının büyük çoğunluğu | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Köyde geçen | 23.0±2.8 | 17.1±5.1 | 24.4±3.5 | 24.2±2.8 | 24.6±4.1 | 18.7±3.0 | 132.1±9.9 |

| | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| İlçede geçen | 22.8±3.0 | 17.3±3.7 | 23.6±2.7 | 24.6±3.4 | 24.1±4.7 | 18.4±3.2 | 130.8±9.0 |
| İlde geçen | 22.5±3.0 | 17.4±4.1 | 24.2±3.3 | 23.8±2.7 | 23.7±3.5 | 19.1±3.3 | 130.6±8.7 |
| Test | F=1.11 p=0.33 | F=0.08 p=0.93 | F=0.96 p=0.38 | F=1.79 p=0.17 | F=1.31 p=0.27 | F=0.91 p=0.40 | F=0.88 p=0.42 |
| Çalışma durumu | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Çalışan | 23.0±2.9 | 16.6±4.6 | 24.3±3.4 | 24.1±3.1 | 24.8±3.8 | 19.1±3.3 | 131.9±9.3 |
| Çalışmayan | 22.6±3.0 | 17.7±4.5 | 24.1±3.2 | 24.0±2.8 | 23.7±4.8 | 18.7±3.3 | 130.8±9.1 |
| Test | t=1.20 p=0.23 | t=2.01 p=0.04 | t=0.55 p=0.58 | t=0.38 p=0.71 | t=2.27 p=0.02 | t=1.03 p=0.30 | t=1.04 p=0.30 |
| Sosyal güvencesi | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Var | 22.8±2.9 | 17.3±4.5 | 24.1±3.3 | 23.9±2.9 | 24.2±4.0 | 18.9±3.1 | 131.4±9.2 |
| Yok | 21.6±3.1 | 17.5±4.8 | 24.6±3.3 | 24.1±2.8 | 23.0±3.4 | 18.6±3.2 | 128.9±9.0 |
| Test | t=2.29 p=0.02 | t=0.35 p=0.73 | t=0.82 p=0.41 | t=1.25 p=0.21 | t=1.62 p=0.11 | t=0.44 p=0.66 | t=1.50 p=0.13 |
| Gelir durumu | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Gelir<Gider | 22.8±3.0 | 17.0±4.6 | 24.8±3.1 | 24.1±2.8 | 24.6±3.5 | 18.9±3.4 | 132.1±9.8 |
| Gelir=Gider | 22.7±2.9 | 17.4±4.5 | 23.8±3.4 | 24.2±3.0 | 23.9±4.1 | 18.8±3.2 | 130.8±8.1 |
| Gelir>Gider | 22.7±3.1 | 17.3±4.7 | 24.1±3.3 | 23.9±3.0 | 23.1±4.5 | 19.0±3.0 | 130.3±11.9 |
| Test | F=0.02 p=0.97 | F=0.27 p=0.76 | F=3.01 p=0.06 | F=0.29 p=0.76 | F=2.18 p=0.12 | F=0.10 p=0.91 | F=0.75 p=0.47 |

F: Tek yönlü varyans analizi, t: T-test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis istatistiği
 \bar{X} : Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Median, DA: Dağılım Aralığı

Tablo 4.6'da AKS tanımlı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Okuryazar olmayan kişilerin stres yönetimi puan ortancasının (18), okuryazar olanlar (21) ve üniversite mezunlarına (20) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bireylerin diğer tanıtıcı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Çalışan kişilerin fiziksel aktivite puan ortalamasının (16.6±4.6), çalışmayan kişilerin puan ortalamasından (17.7±4.5) daha düşük, çalışan kişilerin kişilerarası ilişkiler puan ortalaması (24.8±3.8), çalışmayan kişilerden (23.7±4.8) yüksek bulunmuş ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Sosyal güvencesi olanların sağlık sorumluluğu puan ortalamasının (22.8±2.9), sosyal güvencesi olmayanlardan (21.6±3.1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer tüm özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında anlamlı fark oluşturmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Tablo 4.7. Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Yaşam Şekli İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=297)

| Yaşam Şekli İle İlgili Özellikler | Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt başlıkları | | | | | | Toplam puan |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|------------------|------------------|------------------------|------------------|------------------|
| | Sağlık sorumluluğu | Fiziksel aktivite | Beslenme | Manevi gelişim | Kişilerarası ilişkiler | Stres yönetimi | |
| Sigara içme durumu | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| İçen | 23.1±3.0 | 17.0±4.8 | 24.2±3.4 | 24.2±3.0 | 24.1±4.2 | 19.4±3.1 | 132.1±9.6 |
| Hiç içmeyen | 22.5±2.9 | 17.4±4.5 | 24.3±3.2 | 23.9±2.7 | 24.0±3.9 | 18.7±3.1 | 130.7±9.0 |
| Bırakan | 22.8±3.0 | 17.3±4.5 | 23.8±3.5 | 24.4±3.4 | 24.3±4.0 | 18.8±3.5 | 131.4±9.1 |
| Test | F=1.20 p=0.30 | F=0.24 p=0.79 | F=0.55 p=0.58 | F=0.75 p=0.47 | F=0.17 p=0.84 | F=1.47 p=0.23 | F=0.52 p=0.59 |
| Alkol kullanma durumu | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| İçen | 22.4±3.5 | 17.1±4.8 | 23.8±3.3 | 24.4±2.6 | 23.2±3.8 | 17.3±2.9 | 128.1±11.0 |
| Hiç içmeyen | 22.7±2.9 | 17.4±4.5 | 24.2±3.3 | 23.9±2.9 | 24.3±3.9 | 18.9±3.2 | 131.4±9.1 |
| Bırakan | 23.2±2.6 | 16.3±4.5 | 24.5±3.3 | 25.3±2.5 | 22.5±4.5 | 18.9±3.4 | 130.5±8.4 |
| Test | F=0.46 p=0.63 | F=0.71 p=0.49 | F=0.19 p=0.83 | F=2.60 p=0.08 | F=2.69 p=0.07 | F=1.82 p=0.17 | F=0.93 p=0.40 |
| Yaşantısını nasıl tanımlıyor | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Sakin | 22.9±2.8 | 17.7±4.6 | 24.3±3.1 | 23.8±3.0 | 24.2±3.8 | 19.1±3.2 | 132.0±8.7 |
| Hareketli | 22.5±3.2 | 16.6±4.4 | 24.0±3.6 | 24.4±2.7 | 23.9±4.1 | 18.6±3.2 | 130.0±9.6 |
| Test | t=1.02 p=0.31 | t=2.11 p=0.03 | t=0.67 p=0.51 | t=1.85 p=0.07 | t=0.56 p=0.55 | t=1.38 p=0.17 | t=1.77 p=0.08 |
| Egzersiz | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Yapan | 22.7±3.0 | 17.9±4.2 | 24.3±3.4 | 24.1±2.9 | 23.9±3.9 | 19.0±3.4 | 131.8±9.2 |
| Yapmayan | 22.7±2.9 | 16.6±4.8 | 24.1±3.2 | 24.0±2.9 | 24.3±4.0 | 18.8±3.0 | 130.5±9.1 |
| Test | t=0.01 p=1.0 | t=2.56 p=0.01 | t=0.35 p=0.73 | t=0.11 p=0.91 | t=0.83 p=0.41 | t=0.60 p=0.55 | t=1.27 p=0.21 |
| AKS'ye yönelik egzersiz | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| Yapan | 23.8±2.7 | 18.3±4.0 | 24.3±3.1 | 24.5±3.3 | 23.8±4.1 | 18.8±3.3 | 133.4±8.6 |
| Yapmayan | 22.5±2.9 | 17.1±4.6 | 24.2±3.1 | 24.0±2.8 | 24.1±3.9 | 18.9±3.2 | 130.8±9.2 |
| Test | t=2.75 p=0.006 | t=1.57 p=0.12 | t=0.33 p=0.75 | t=1.01 p=0.29 | t=0.55 p=0.58 | t=0.26 p=0.80 | t=1.79 p=0.08 |
| Günlük öğün sayısı | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| 2 öğün | 24 (10) | 18 (15) | 25 (16) | 24 (19) | 25 (16) | 20 (14) | 134 (37) |
| 3 öğün | 22 (14) | 17 (15) | 24 (16) | 24 (16) | 25 (17) | 20 (14) | 132 (45) |
| 4 öğün | 23 (9) | 17 (13) | 24 (13) | 25 (10) | 25 (11) | 19 (9) | 132 (19) |

| | | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Test | $\chi^2=0.01$ p=0.99 | $\chi^2=0.47$ p=0.50 | $\chi^2=0.05$ p=0.82 | $\chi^2=1.36$ p=0.24 | $\chi^2=1.50$ p=0.24 | $\chi^2=0.11$ p=0.74 | $\chi^2=1.05$ p=0.31 |
| AKS özel diyet programı | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Uygulayan | 23.1±2.8 | 17.8±3.5 | 24.5±4.5 | 24.2±3.9 | 23.7±3.5 | 18.8±3.2 | 132.1±8.1 |
| Uygulamayan | 22.6±3.0 | 17.1±3.3 | 24.1±4.3 | 24.0±3.8 | 24.2±3.7 | 18.9±3.1 | 130.9±8.4 |
| Test | t=1.27 p=0.20 | t=1.03 p=0.30 | t=0.92 p=0.36 | t=0.56 p=0.57 | t=0.95 p=0.36 | t=0.08 p=0.94 | t=0.99 p=0.32 |
| Herhangi kronik hastalığa özel diyet programı | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Uygulayan | 22.8±3.2 | 17.5±3.2 | 24.2±4.5 | 23.9±3.7 | 23.5±3.6 | 18.5±3.1 | 130.4±9.1 |
| Uygulamayan | 22.7±3.6 | 17.2±3.5 | 24.2±4.1 | 24.1±3.6 | 24.4±3.6 | 19.1±3.2 | 131.5±9.5 |
| Test | t=0.42 p=0.67 | t=0.65 p=0.52 | t=0.02 p=0.98 | t=0.45 p=0.65 | t=1.73 p=0.09 | t=1.58 p=0.11 | t=0.99 p=0.33 |
| Diyet programına uyma durumu | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) |
| Her zaman uyan | 23 (11) | 16 (14) | 25 (15) | 24 (11) | 24 (16) | 19 (11) | 132 (36) |
| Bazen uyan | 24 (11) | 19 (15) | 23 (14) | 24 (19) | 23 (16) | 18 (14) | 132 (38) |
| Hiç uymayan | 24 (10) | 12 (8) | 23 (8) | 24 (9) | 23 (16) | 18 (8) | 123 (27) |
| Test | $\chi^2=0.51$ p=0.78 | $\chi^2=7.72$ p=0.02 | $\chi^2=9.78$ p=0.008 | $\chi^2=2.27$ p=0.32 | $\chi^2=0.48$ p=0.79 | $\chi^2=0.56$ p=0.76 | $\chi^2=2.97$ p=0.23 |

F: Tek yönlü varyans analizi, t: T-test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis istatistiği
 \bar{X} : Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Median, DA: Dağılım Aralığı

Tablo 4.7’de AKS tanılı bireylerin yaşam şekli ile ilgili özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Yaşantısını sakin tanımlayanların fiziksel aktivite puan ortalaması (17.7±4.6), hareketli tanımlayanlardan (16.6±4.4) yüksek olduğu, egzersiz yapanların fiziksel aktivite puan ortalamasının (17.9±4.2), yapmayanlardan (16.6±4.8) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). AKS’yeyönelik egzersiz yapanların sağlık sorumluluğu puan ortalamasının (23.8±2.7), yapmayanlardan (22.5±2.9) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer özelliklere göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Diyet programına her zaman uyanların (16) ve bazen uyanların (19) fiziksel aktivite puan ortancasının, hiç uymayanlardan (12) yüksek olduğu, diyet programına her zaman uyanların beslenme puan ortancasının (25), bazen uyan (23) ve hiçbir zaman uymayanlardan (23) yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak

anlamli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).Diğer diyet özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir($p>0.05$).

Tablo 4.8. Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Hastalık Tanısı İle İlgili zelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=297)

| Hastalık Tanısı ile İlgili zellikler | Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt başlıkları | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | Sağlık sorumluluğu | Fiziksel aktivite | Bestlenme | Manevi gelişim | Kişilerarası ilişkiler | Stres yönetimi | Toplam puan |
| Akut Koroner Sendrom Tanısı | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Unstabil angına | 22.8 \pm 3.2 | 17.7 \pm 4.4 | 24.2 \pm 3.3 | 24.2 \pm 3.1 | 24.0 \pm 3.9 | 19.0 \pm 3.2 | 132.0 \pm 9.1 |
| ST’li MI | 22.8 \pm 2.7 | 17.4 \pm 4.7 | 24.2 \pm 3.1 | 23.8 \pm 2.6 | 24.1 \pm 4.1 | 18.7 \pm 3.1 | 131.1 \pm 9.0 |
| ST’sizMI | 22.1 \pm 2.9 | 15.7 \pm 4.3 | 23.9 \pm 4.0 | 24.5 \pm 3.2 | 24.1 \pm 3.7 | 19.0 \pm 3.4 | 129.2 \pm 9.7 |
| Test | F=1.21 p=0.30 | F=3.50 p=0.03 | F=1.91 p=0.83 | F=1.44 p=0.24 | F=0.01 p=0.99 | F=0.34 p=0.72 | F=1.53 p=0.22 |
| Akut koroner sendrom tanı süresi | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) |
| 1 yıldan az | 24 (14) | 18 (15) | 24 (16) | 24 (16) | 26 (17) | 20 (13) | 134 (45) |
| 1-5 yıl | 23 (11) | 19 (15) | 25 (12) | 24 (15) | 24 (16) | 19 (11) | 132 (38) |
| 6-10 yıl | 23 (12) | 18 (15) | 23 (16) | 24 (19) | 24 (16) | 20 (14) | 132 (37) |
| \geq 11 yıl | 19 (8) | 15 (15) | 25 (13) | 23 (10) | 23 (10) | 16 (9) | 124 (26) |
| Test | $\chi^2=11.81$ p=0.008 | $\chi^2=4.68$ p=0.20 | $\chi^2=4.44$ p=0.22 | $\chi^2=1.69$ p=0.64 | $\chi^2=4.64$ p=0.20 | $\chi^2=8.52$ p=0.04 | $\chi^2=12.80$ p=0.005 |
| Ailede AKS tanısı olan | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Var | 22.7 \pm 2.7 | 17.7 \pm 4.4 | 24.3 \pm 3.3 | 23.9 \pm 3.0 | 24.1 \pm 3.5 | 19.3 \pm 3.0 | 131.9 \pm 7.4 |
| Yok | 22.7 \pm 3.1 | 17.0 \pm 4.7 | 24.1 \pm 3.3 | 24.1 \pm 2.8 | 24.1 \pm 4.2 | 18.5 \pm 3.3 | 130.6 \pm 10.3 |
| Test | t=0.11 p=0.91 | t=1.26 p=0.21 | t=0.28 p=0.78 | t=0.53 p=0.60 | t=0.05 p=0.96 | t=1.94 p=0.06 | t=1.24 p=0.21 |
| AKS bilgisini | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Yeterli bulan | 23.1 \pm 2.9 | 17.1 \pm 4.7 | 24.3 \pm 3.4 | 24.4 \pm 3.0 | 23.9 \pm 4.1 | 18.8 \pm 3.1 | 131.6 \pm 9.2 |
| Yeterli bulmayan | 22.5 \pm 3.0 | 17.4 \pm 4.5 | 24.1 \pm 3.2 | 23.8 \pm 2.8 | 24.2 \pm 3.9 | 18.9 \pm 3.2 | 130.9 \pm 9.1 |
| Test | t=1.67 p=0.10 | t=0.57 p=0.57 | t=0.57 p=0.57 | t=1.84 p=0.07 | t=0.65 p=0.52 | t=0.42 p=0.67 | t=0.61 p=0.54 |
| AKS için ilaç kullanma durumu | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Kullanan | 22.7 \pm 2.9 | 17.5 \pm 4.5 | 24.2 \pm 3.2 | 24.0 \pm 3.0 | 23.8 \pm 4.0 | 19.0 \pm 3.2 | 131.2 \pm 9.2 |
| Kullanmayan | 22.8 \pm 3.1 | 15.4 \pm 4.2 | 24.3 \pm 3.6 | 24.6 \pm 2.4 | 25.7 \pm 3.3 | 18.0 \pm 3.2 | 130.8 \pm 8.8 |
| Test | t=0.10 p=0.92 | t=2.69 p=0.007 | t=0.17 p=0.87 | t=1.31 p=0.19 | t=2.71 p=0.007 | t=1.80 p=0.07 | t=0.29 p=0.77 |
| İlaçlarını düzenli kullanma | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |

| durumu | | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Düzenli kullanan | 22.6±2.9 | 17.4±4.5 | 24.3±3.3 | 24.0±2.9 | 24.0±3.9 | 19.0±3.2 | 131.3±9.2 |
| Düzenli kullanmayan | 23.1±3.1 | 16.4±4.6 | 23.6±3.3 | 24.2±2.5 | 24.6±4.4 | 18.2±3.3 | 130.2±9.0 |
| Test | t=0.93 p=0.35 | t=1.27 p=0.20 | t=1.08 p=0.28 | t=0.40 p=0.69 | t=0.85 p=0.40 | t=1.28 p=0.20 | t=0.67 p=0.50 |
| Kontrollerine düzenli gitme durumu | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) |
| Her zaman | 23 (12) | 17 (15) | 24 (16) | 24 (20) | 25 (17) | 20 (14) | 132 (45) |
| Bazen | 22 (14) | 19 (15) | 24 (14) | 24 (15) | 24 (15) | 20 (13) | 132 (38) |
| Hiçbir zaman | 24 (7) | 16 (13) | 25 (13) | 26 (10) | 26 (14) | 20 (12) | 132 (22) |
| Test | $\chi^2=4.31$ p=0.12 | $\chi^2=8.15$ p=0.05 | $\chi^2=3.21$ p=0.20 | $\chi^2=3.36$ p=0.19 | $\chi^2=5.06$ p=0.08 | $\chi^2=0.03$ p=0.99 | $\chi^2=2.08$ p=0.35 |

F: Tek yönlü varyans analizi, t: T-test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis istatistiği

Tablo 4.8’de AKS tanılı bireylerin hastalık tanisi ile ilgili özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. ST elevasyonsuz MI geçiren hastaların fiziksel aktivite puan ortalamasının (15.7±4.3), ST elevasyonlu MI geçirenlere (17.4±4.7) ve unstabil angina pectoris geçirenlere (17.7±4.4) göre düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). AKS tanı süresi 11 yıl ve üzerinde olan kişilerin sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının, tanısı daha yakın olan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). AKS için ilaç kullananların fiziksel aktivite puan ortalamasının (17.5±4.5), kullanmayanlardan (15.4±4.2) daha yüksek, AKS için ilaç kullanmayanların kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının (25.7±3.3), kullananlardan (23.8±4.0) yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Diğer özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Tedavi İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=297)

| Tedavi İle İlgili Özellikler | Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt başlıkları | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| | Sağlık sorumluluğu | Fiziksel aktivite | Beslenme | Manevi gelişim | Kişilerarası ilişkiler | Stres yönetimi | Toplam puan |
| Perkütan koroner girişim zamanı | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| 3 ay-1 yıl | 22.8±3.0 | 17.3±4.6 | 24.4±3.2 | 24.3±2.7 | 24.6±4.0 | 19.0±3.1 | 132.3±9.2 |
| 2-3 yıl | 22.9±3.0 | 18.6±3.8 | 23.7±3.4 | 23.8±3.3 | 23.3±3.8 | 19.1±3.3 | 131.4±9.0 |
| 4 yıl ve üzeri | 22.4±2.8 | 15.8±4.8 | 24.3±3.3 | 23.7±2.8 | 23.9±3.8 | 18.4±3.3 | 128.5±8.8 |
| Test | F=0.57 p=0.57 | F=7.73 p=0.01 | F=1.13 p=0.33 | F=1.38 p=0.25 | F=2.80 p=0.06 | F=0.82 p=0.44 | F=4.18 p=0.02 |
| Perkütan koroner girişim sayısı | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) | M (DA) |
| 1 kez | 23 (14) | 18 (15) | 24 (16) | 24 (16) | 25 (17) | 20 (13) | 133 (45) |
| 2 kez | 23 (11) | 18 (15) | 24 (14) | 24 (18) | 24 (17) | 19 (14) | 132 (37) |
| 3 ve daha fazla | 23 (11) | 16 (15) | 26 (13) | 24 (6) | 25 (14) | 19 (9) | 132 (36) |
| Test | $\chi^2=0.54$ p=0.76 | $\chi^2=0.58$ p=0.75 | $\chi^2=5.49$ p=0.06 | $\chi^2=0.75$ p=0.69 | $\chi^2=1.48$ p=0.48 | $\chi^2=0.70$ p=0.70 | $\chi^2=1.39$ p=0.50 |

F: Tek yönlü varyans analizi, t: T-test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis istatistiği
 \bar{X} : Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Median, DA: Dağılım Aralığı

Tablo 4.9’da AKS tanılı bireylerin tedavi ile ilgili özelliklerine özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. PTCA zamanı 4 yıl ve üzerinde olan kişilerin fiziksel aktivite puan ortalamasının (15.8±4.8), PTCA zamanı 3 ay-1 yıl olan (17.3±4.6) ve 2-3 yıl olanlara (18.6±3.8) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). PTCA uygulama zamanı 4 yıl ve üzerinde olan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi toplam puan ortalamasının (128.5±8.8), PTCA zamanı 3 ay-1 yıl olan (132.3±9.2) ve 2-3 yıl olanlara (131.4±9.0) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Akut koroner sendrom (AKS) tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler, bu bölümde tartışılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen AKS tanısı olan bireylerin %55.6'sı erkek, %44.4 'ü kadındır. Doğan'ın MI geçiren hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile yaptığı çalışmada hastaların %75.1'inin, Chiou ve ark'larının yapmış olduğu çalışmada da hastaların %75.5'inin erkek olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçları kadınlara göre erkeklerde AKS'nindaha fazla görülmesi açısından benzer olduğunu göstermektedir.Bu sonuca göre kadınlarda AKS'nin erkeklere oranla az görülmesinin nedeni kadınların az sigara kullanması ve östrojen hormonun koruyucu etkisi olduğu düşünülmektedir [39,81].

Çalışmamızda hastaların %29.0'ının ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Doğan'ın yapmış olduğu çalışmada da hastaların büyük çoğunluğu okur-yazar veya ilköğretim düzeyinde eğitilmiş (%71.2) olduğu saptanmıştır [39].Igland ve ark'larının yapmış olduğu çalışmada yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerde AKS'nin daha az görüldüğü saptanmıştır[82].Bu çalışma sonuçlarına göre eğitim seviyesi yüksek olanların AKS'ye karşı daha bilinçli olduğunu ve bireylerin daha iyi sağlıklı davranış biçimleri gösterdiğini düşündürebilir.

Bu çalışmada bireylerin büyük çoğunluğunun (%49.8) şehir merkezinde ikamet ettiği görülmüştür. Gür'ün çalışmasında hastaların % 66'sının, Kuru ve ark'larının da çalışmasında da hastaların çoğunluğunun (%44.7) şehir merkezinde yaşadığı bulunmuştur [62,83].İlde ikamet eden bireylerin köyde ikamet edenlere göre daha sedanter yaşam sürmeleri, daha fazla stresöre maruz kalmaları ve organik yaşamdan uzak kalmaları AKS yönünden daha fazla risk altında olduklarını düşündürebilir.

Çalışmamızda hastaların %64.6'sının herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir. Karabulut ve ark.'larının yaptığı çalışmada da hastaların çoğunluğunun (%62.9) herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuş olup araştırma sonuçları benzerdir[84,85].Bu

sonuçların çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre günlük yaptıkları işlerin de daha hareketli olmaları, yemek öğünlerinin düzenli olması, kişilerarası ilişkilerinin devam etmesi vb.)sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermeleri nedeniyle bireylerin AKS yakalanma riskinin azaldığı düşünülebilir. Ayrıca çalışmayan kişilerin AKS risk faktörlerinden olan hareketsiz yaşam ve stres yönetiminin zayıf olması sebebiyle de AKS'ye daha yatkın olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kişilerin %88.6'sının AKS için ilaçlarını düzenli kullandığı, kontrollerine her zaman düzenli giden hastaların %52.5 olduğu ve %60.9'nun AKS konusunda yeterli bilgisi olmadığı, hastaların çoğunluğunun %77.1'inin hekimden bilgi aldığı saptanmıştır. Açıkgöz'ün yapmış olduğu çalışmada da hastaların çoğunluğunun sağlık kontrolüne gittiği, bireylerin ilaçlarını düzenli kullandığı saptanmış olup hastaların profesyonel destek almak istediği bulunmuştur [78]. Bu sonuçlara göre hastalara verilen sağlık önerilerinin ağırlıklı olarak hastalık kontrol zamanları ve düzenli ilaç kullanımı olduğu düşünülebilir. Bireylere danışmanlık hizmeti verilerek sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılabilirdiği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun %42.1'sinin fazla kilolu olduğu saptanmış olup benzer şekilde Fırat ve Dedeli'nin yapmış olduğu çalışma da hastalarının %43'ünün fazla kilolu olduğu, Chiou ve ark'larının çalışmasında ise koroner arter hastalarının %31'inin obez olduğu belirtilmiştir [81,86]. Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde de obezite temel nedenlerden biridir. Ayrıca diyet ve yaşam biçimi değişiklikleriyle yakından ilişkili olup, pek çok kronik hastalık için altta yatan risk etmenidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik ve sosyal gelişimin erken döneminde diyet ve fizik etkinlik örüntüsü büyük hızla değişmekte olduğundan obezite yükü bu ülkeye doğru yer değiştirmekte ve Türkiye bu değişimden etkilenmektedir [87]. Sigara kardiyovasküler hastalıklar açısından güçlü ve önemli bir risk faktörüdür. Sigara içenler, hiç sigara içmeyenlere göre iki ile dört kat oranında risk faktörüne sahiptir [17]. Çalışmamızda yer alan hastaların %57.9'unun sigara içmediği bulunmuş olup Doğan'ın yapmış olduğu çalışmada da hastaların %40.2'sinin sigara içtiği bulunmuştur [39]. Çalışmamız diğer çalışmalar ve genel bilgi ile paralellik göstermemektedir.

Hastaların %39.7'sinin daha önce MI geçirdikleri, %28.3'ünde hipertansiyon (HT), %27.3'ünde diabetüsmellitus (DM), %11.1'inde hiperlipidemi (HL) varlığı saptanmıştır.

Angreud ve ark'larının yapmış oldukları çalışmada hastaların %47.4'ünde HT olduğu ve %15'inin daha önce MI geçirdiği, Makam ve ark'larının çalışmalarında da hastaların %36.6'sının DM, %81.8'inin HT hastalığı olduğunu saptanmıştır [88,89]. Çalışmamız diğer çalışmalar ve genel bilgi ile uyum göstermektedir. Hastalık öykülerinde hipertansiyon, diabetüsmellitus, hiperlipidemi gibi kronik hastalığı olan bireylerde atheroskleroz gelişme riskinin artması sebebiyle AKS tanısının fazla olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda AKS dışında kronik hastalığı olan hastaların en sık bildirdiği hastalık (%28.3) hipertansiyondur. Dilek ve arkadaşlarının "Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmasında ise araştırma kapsamındaki hastaların %45.8'inin hipertansiyon hastalığının olduğu belirtilmiştir [90]. TEKHARF 2009 yılı çalışma kapsamında kardiyovasküler hastalık mortalitenin her iki cinstede en güçlü bağımsız etkenin sistolik kan basıncı olduğu belirtilmiştir [91].

SYBDÖ-II'den alınan toplam puan 131.16 ± 9.16 bulunmuştur. SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu puan ortalaması 22.70 ± 2.95 , fiziksel aktivite puan ortalaması 17.28 ± 4.53 , beslenme puan ortalaması 24.19 ± 3.29 , manevi gelişim puan ortalaması 24.05 ± 2.89 , kişilerarası ilişkiler puan ortalaması 24.07 ± 3.95 , stres yönetimi puan ortalaması 18.87 ± 3.19 , toplam puan ortalamasının 131.16 ± 9.16 olduğu belirlenmiştir.

SYBDÖ-II alt gruplarından beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Bu durum çalışmaya katılan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından kişiler arası ilişkilere daha çok önem verdikleri düşünülmektedir. Doğan'ın yapmış olduğu çalışmada SYBDÖ-II alt gruplarından puan ortalaması en yüksek manevi gelişim olduğu bulunmuştur. Polat ve Kahraman'ın SYBDÖ-II alt boyutlarından manevi gelişim puan ortalaması en fazla bulunmuştur [39,82]. Çalışma sonuçları manevi gelişim yönünden benzerlik göstermekte, kişilerarası ilişkiler ve beslenme yönünden farklılık göstermektedir. Kişilerarası ilişkiler, çevresindeki diğer kişilerle olan ilişkilidir ve zorunlu olmadan anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişim kurmayı gerektirmektedir [61]. Kişiler sağlık personellerine hastalıkları hakkında soru sorarak cevap almak isterler. Bu nedenle hastaların iletişim tekniklerini kullanarak soruları sorabilmesi ve anlatılanları anlayabilmesi gerekmektedir [17,61]. Bu çalışmada hastaların kişilerarası ilişkiler puan

ortalaması daha yüksek bulunmuş olup bunun sebebinin hastaların sağlık personelleri ile iyi iletişim kurmaları durumunda daha iyi hizmet alabileceklerini ve hastalıkları hakkında yeterli bilgi almak istemeleri düşünmeleri olabilir.

SYBDÖ-II alt gruplarından fiziksel aktivite puan ortalaması 17.28 ± 4.53 olup en az bulunmuştur. Ahn ve ark'larının AKS'si olan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından fiziksel aktivite puan ortalaması en az bulunmuştur[92].Yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada egzersiz puanının düşük olması fiziksel hareketlilikle ilgili yayayolları kısıtlılığını ve egzersiz yapmak için uygun alanların yetersiz olması ya da bualanlara ulaşmada güçlük yaşanmasından olabileceğini yansıtıyor olabilir.Bu sonuçlar doğrultusunda fiziksel aktivite yönünden kısıtlı davranan bireylerin AKS'ye yakalanma riskinin yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda SYBDÖ-II alt boyutlarında stres yönetimi ile sosyo demografik özelliklerden hastaların eğitim durumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).Doğan'ın yapmış olduğu çalışmada da SYBDÖ-II alt boyutlarından stres yönetimi ile eğitim düzeyi arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur[39]. Diğer çalışmalar ile çalışmamız arasında benzer sonuçlar görülmektedir [93,94]. Bireylerin eğitim düzeylerinin artması ile bir durum karşısında psikolojik ve fizyolojik kaynakları belirleyerek olayları daha iyi kontrol altına almaları ile gerilimi azaltabildikleri gibi eğitim seviyesinin artması ile hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin ve sağlık algısının artması sonucu da daha iyi sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdikleri görülebilir.Bu sonuca göre eğitim düzeyi arttıkça stres ile başatmenin daha iyi olduğu söylenebilir.Şefikoğulları'nın yapmış olduğu çalışmaya göre çalışmamızdan farklı olarak SYBDÖ-II alt boyutlarından sadece fiziksel aktivite ve eğitim arasında anlamlı ilişki bulunmuştur[17].

Çalışma yaşantısı devam eden kişilerde SYBDÖ-II'nin alt boyutlarından fiziksel aktivite ile kişiler arası ilişkiler anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Küçükberber ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışma yaşantısı devam eden kişilerde SYBDÖ-II'nin alt boyutlarından manevi gelişim ve fiziksel aktivitede daha yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur. Çalışan kişilerin hayatlarında daha aktif olduğu ve sosyal hayatta daha çok yer aldığı için kişiler arası ilişkilerinin daha iyi olduğu düşünülebilir [95].

Çalışmamızda sosyal güvencesi olanların SYBDÖ-II'nin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu puan ortalamasının (22.8 ± 2.9), sosyal güvencesi olmayanlardan (21.6 ± 3.1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Özarlan'ının yapmış olduğu çalışmada da sosyal güvence sahip bireylerin SYBDÖ-II'nin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu en yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır [65]. Sosyal güvencesi olanların maddi kaygı yaşamadan sağlık sorunlarını fark edip sağlık kuruluşlarına başvurabiliyor olmaları düşünülebilir.

Çalışmamızda AKS tanı süresi 11 yıl ve üzerinde olan kişilerin sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının, tanısı daha yakın olan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Özarlan'ının yapmış olduğu çalışmada da bir yıldan az zamandır AKS'si olan hastalar için egzersiz, sağlık sorumluluğu ve kendini gerçekleştirme alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur [65]. Hastalık süresinin uzaması ile hastalık yükünün artması sonucu hastalığa olan duyarlılığın azalması bireylerin sağlık sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanmalarına ve bireylerin hastalıkla baş edebilme gücünün azaltarak bireylerin sağlığı geliştirici davranışları daha az uyguladıkları düşündürmektedir.

Hastalığına yönelik diyet uygulayan bireylerin SYBDÖ-II alt boyutlarından beslenme ve fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Özarlan'ın yapmış olduğu çalışmada diyet ile SYBDÖ-II alt boyutlarından beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup çalışmamıza benzerlik göstermektedir [65]. Araştırma sonuçlarına göre diyet uygulayan bireylerin beslenme ve egzersizlerine daha önem verdikleri düşünülmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre egzersiz ile SYBDÖ-II alt boyutlarından fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Gür'ün yapmış olduğu çalışmada SYBDÖ-II de egzersiz yapanların yapmayanlara göre puan ortalamalarının anlamlı bir fark oluşturduğu görülmüştür [62]. Egzersiz sağlığı geliştirmede en önemli faktörlerden biridir. Özellikle egzersizin hem sağlıklı hemde hasta bireylerde uygulanmasının ne kadar az olduğu yapılan birçok çalışmaya göre kanıtlanmıştır. Çalışmamızda egzersiz yapan bireylerin aktif bir fiziksel yapıya sahip olması bize

bireylerin egzersiz yapmaya elverişli alanda yaşadıklarını ve sosyoekonomik durumlarının iyi olmasının yanı sıra aktif bir sosyo kültürel yapıya sahip olabileceklerini düşündürebilir.

AKS'ye yönelik egzersiz yapanların sağlık sorumluluğu puan ortalamasının (23.8 ± 2.7), yapmayanlardan (22.5 ± 2.9) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Özarlan'ının yapmış olduğu çalışmada da egzersiz durumu ile SYBDÖ-II arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres ve kişiler arası destek alt boyutları olarak AKS'ye yönelik egzersiz yapan hastaların puanları daha yüksek bulunmuştur[65]. Araştırmamız diğer çalışmalar ile benzerlik göstermekte olup bireylerin egzersiz yapmaları ve egzersizin devamlılığını sağlamaları için yeterli sağlık sorumluluğuna sahip olmaları gerektiğini düşündürebilir.

6. BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

Akut Koroner Sendromu olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi amacıyla yaptığımız çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Bireylerin %46.8'inin 65 yaş ve üzerinde olduğu, %55.6'sının erkek olduğu belirlenmiştir.
- Bireylerin %76.4'ünün evli ve %29.0'ının ilköğretim mezunu, %42.1'inin fazla kilolu olduğu saptanmıştır.
- Çoğunluğunun çalışmadığı, %55.2'sinin geliri ile gideri birbirine eşit olduğu ve çoğunluğun sosyal güvencesinin olduğu bulundu. Bireylerin %49.8'inin yaşantısının büyük çoğunluğunu il merkezinde, %42.8'inin eşiyle yaşadığı belirlenmiştir.
- Bireylerin %57.9'unun hiç sigara içmediği, %87.2'sinin hiç alkol kullanmadığı, egzersiz özelliklerine bakıldığında %51.2'sinin herhangi egzersiz yaptığı, 14.8'inin AKS'ye yönelik egzersiz yaptığı saptanmıştır.
- AKS tanılı hastaların diyet özelliklerinin dağılımına bakıldığında hastaların %72.1'inin günde 3 öğün yemek yediği, %44.1'inin çoğunlukla sebze ve meyve tükettiği, %22.9'unun AKS'a özel diyet programı uyguladığı, %17.5'inin diyabete özel diyet uyguladığı ve %18.9'unun diyet programına bazen uyduğu bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan bireylerin %46.5'inin AKS tanısının ST elevasyonlu MI olduğu, %43.8'inin AKS tanı süresi 1 yıldan daha az olduğu, aile öyküsü incelendiğinde ise katılımcıların %44.1'inin ailesinde AKS tanısı olup; %76.3'ünün anne, baba, çocuğunda AKS tanısı olduğu, %26.6'sının ailesinde AKS nedeniyle ölen bireylerin olduğu saptanmıştır.
- Bireylerin %39.7'sinin daha önce MI geçirdiği, %86.2'sine ilaç tedavisi önerildiği ve %81.8'inin ilaç tedavisi önerisine uyduğu görülmüştür.
- Bireylerin %60.3'üne acil PTCA uygulanarak %42.4'üne stent uygulandığı, %49.5'ine uygulanan PTCA 3ay-1yıl içinde olduğu belirlenmiştir.

- Bireylerin %77.1'inin AKS hakkında hekimden bilgi aldığı, %60.9'unun AKS bilgisini yeterli bulmadığı, %88.6'sının ilaçlarını düzenli kullandığı ve kontrollerine her zaman düzenli giden bireylerin %52.5'i olduğu görülmüştür.
- Hastaların SYBDÖ-II toplam puan ortalamalarının olduğu (131.16±9.16) bulunmuştur.
- SYBDÖ-II'ye göre bireylerin çoğunluğunun fiziksel aktivite uygulamalarını yapmadığı, en az uygulanan sağlık davranışının fiziksel aktivite olduğu ve SYBDÖ-II'nin alt boyutlarından kişilerarası ilişkilerin puan ortalamalarının en yüksek (24.07±3.95) belirlenmiştir.
- AKS tanımlı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı üzerine etkisini incelediğimizde; eğitim düzeyi ile stres yönetimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Hastaların diğer tanıtıcı özellikleri sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarını anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır (p>0.05).
- Çalışmamızda, çalışan kişilerin çalışmayan bireylere göre SYBDÖ-II'nin alt boyutlarından fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının yüksek bulunarak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Sosyal güvencesi olanların SYBDÖ-II'nin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Diğer tüm özelliklerin sağlıklı yaşam puanlarında anlamlı fark oluşturmadığı görülmüştür (p>0.05).
- Çalışmamızda yaşantısını hareketli tanımlayanların ve egzersiz yapanların SYBDÖ-II'nin alt boyutlarından fiziksel aktivite puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuş olup farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). AKS'ye yönelik egzersiz yapanların sağlık sorumluluğu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05).
- Çalışmamızda diyet programına her zaman ve bazen uyan bireylerin fiziksel aktivite puan ortancasının yüksek olduğu, diyet programına her zaman uyanların beslenme puanının yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).
- AKS'de ST elevasyonsuz MI geçiren hastaların fiziksel aktivite puan ortalamasının düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu

belirlenmiştir ($p<0.05$). AKS tanı süresi 11 yıl ve üzerinde olan kişilerin sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının, tanısı daha yakın olan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

- PTCA uygulama zamanı 4 yıl ve üzerinde olan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış toplam puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Çalışmamızda AKS’de ilaç kullananların SYBDÖ-II alt boyutlarından fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Bireyler tarafından en az uygulanan ve yaşam kalitesini en fazla etkileyen sağlıklı yaşam biçimi davranışı olan fiziksel aktiviteye yönelik eğitimlere ağırlık verilmesi,
- AKS’si olan bireylerin kendilerini de tedavinin bir parçası olarak görmelerinin sağlanarak tedaviyi sadece tıbbi tedavi ve doktor kontrolüne düzenli gelme olarak görmemeleri gerektiğinin bilincine varmalarının sağlanması,
- AKS’si olan bireylerin diyet konusunda desteklenmesi,
- AKS’si olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumları arttıkça tekrar miyokard enfarktüs (MI) geçirme risklerinin en aza indirgeneceği,
- Bireylerin, hastalıkları hakkında bilgi edindikleri kişiler olarak hemşireleri düşük oranda göstermeleri nedeniyle hemşirelere eğitici rollerini kullanmalarının önemi hakkında ve Hemşirelerin, hastalarda SYBD-II’nin gelişimini sağlayabilmeleri için geniş kapsamlı hizmet içi eğitim düzenlenmesi önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Karadakovan, A.,“Yaşlılık ve Bakım. Kitap”: Karadakovan A., Eti Aslan F., (eds),“Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım”, *Nobel Kitabevi* , İstanbul , 2010.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi, “Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Rapor”, Ankara, 2004.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. “Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları”, Ankara,2011.
4. Global Status Report on Noncommunicable Diseases,WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 (Erişim tarihi Mayıs 2018)
5. TC. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,“Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı”, Ankara, 2015.
6. TKD Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu, 2002. [www.tkd.org.tr/ kilavuz/k11.htm](http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm) Erişim Tarihi: 16.08.2018
7. “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı, Birincil, İkincil Ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Sağlık Bakanlığı Yayın” No:812, 2010.
8. Ardahan, M., Temel, A. B., “ Prostat Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi ” , *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(2), 1-14, 2006.
9. Çayır, M.,“Miyokard Enfarktüs Geçiren Bireylerde Yaşam Doymu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi”,*Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum, 2013.
10. Uzun, M., “Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz”,*Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 7: 298-304,2007.
11. Sevinç, S., Eşer, İ., “Miyokardİnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Korunma Davranışları”,*İstanbul Üniversitesi FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi*,19(3), 135-144,2011.

12. Aksungur, A., Göktaş, B., Önder, Ö., Cankul, İ. H., “Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 2011.
13. Yeşil Bayülgen, M., “Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Mersin, 2015.
14. Dirksen, L., Bucher, H., “Section 9 Problems of Urinary Function. In: Nursing Management, Cardiovascular System Diseases”, *Medical Surgical Nursing*, 692-796.
15. M.E.B. Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı, 2010, Dolaşım Sistemi, <http://sdb.meb.gov.tr/dersler/modul/Alanlar Ortak Modülleri/Anatomi Dersi Modülleri/ 6. Modül Dolaşım Sistemi>, Martinez, L. G., Bucher, L. “Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome”, *Medical Surgical Nursing*, Discover Books, USA, 784-785, 2005.
16. Annaç, S., “Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi”, *Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep, 2018.
17. Şefikoğulları, Z., “Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Alguları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Mersin, 2018.
18. World Health Organisation (WHO). The 10 leading causes of death in the world, 2000-2012, [http:// www.who.int/ mediacentre/ factsheets/ fs310/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/), [10.10.2017]
19. Onat, A., Karakoyun, S., Akbaş, T., Özpamuk, K. F., Karadeniz, Y., Çakır, H. ve ark., “TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşiv*, 43(4), 326-332, 2015.
20. Ünal, B., Ergör, G., “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması”. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No:909, ([<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrafat.pdf>]) (Erişim Tarihi: 31.08.2017) 2013.

21. Özcan, N., Pay, S., Çalışkan, Z., “Koroner Kalp Hastalıklarında Risk Faktörleri, Korunma ve Tedavi. Koroner Kalp Hastalıkları”, Ankara,1997.
22. Martinez, L. G.,Bucher, L., “ Coronary Artery Diseaseand Acute Coronary Syndrome”, *Medical Surgical Nursing, Discover Books, USA, 784-785,2005.*
23. Ovayolu, N.,Ovayolu, Ö., “Akut Koroner Sendrom”,Ovayolu, Ö., Ovayolu, N., (Ed),*Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar Kitabı. Çukurova Nobel tıp Kitapevi, 88-89,Adana, 2016.*
24. Tanrıverdi, B., Tetik, S. Ş., “AterosklerozunPatofizyolojisi ve Risk Faktörleri”, *Marmara Eczacılık Dergisi, (21): 1-9, 2017.*
25. Badır, A., Korkmaz, F. D., “Koroner Arter Hastalıkları, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım”, *Üçüncü Baskı, Akademisyen Kitapevi, İstanbul, 431-445, 2014.*
26. Tokgözoğlu ve ark.,“EUROASPIRE-IV: Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin koroner arter hastalarında yaşam tarzı, risk faktörleri ve tedavi yaklaşımı üzerine çalışması”, Türkiye verileri,*Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 45(2): 134-144, 2017.*
27. Türkmen, E.,Badır, A., Ergün, A.,“Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü”,*Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 3: 2,2012.*
28. Yıldırım, N. K., Öztürk, S.,“Kardiyovasküler Hastalıklarda Güncel Psikososyal Yaklaşımlar”,*Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 7(2): 60-68,2016.*
29. Küçükberber, N., Özdilli, K.,Yorulmaz, H.,“Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi”,*Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11: 619-626, 2011.*
30. Akdemir, N., Birol, L.,“İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”. Ankara, 2004.
31. Eti Aslan, F., Olgun, N., “Fizyopatoloji”,*Akademisyen Kitapevi,Ankara, 2017.*
32. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ...&Howard, V. J.,“Heartdiseaseandstrokestatistics—2016 update: a reportfromtheAmericanHeartAssociation”,*Circulation, 2015.*
33. Kardiyoloji Özel Arşiv Koroner Arter Hastalıkları 15 Haziran 2018 Tarihinde <http://dijitalakademi.turkiyeklinikleri.com/flippage/kardiyoloji-ozel-arsiv/7-6/trindex.html>adresinden erişildi.

34. KORONER – CABG. 17 Temmuz 2018 tarihinde <http://ahievren.gov.tr/detay.php?id=553&cid=151> adresinden erişildi.
35. Thygesen, K., Alpert, J.S., Jaffe, A.S., Simoons, M.L., Chaitman, B.R., White, H.D., “Üçüncü Evrensel Miyokart İnfarktüsü Tanımı”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 41(3), 129-145, 2013. ([https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_41_70_129_145.pdf]) (Erişim Tarihi: 31.08.2017).
36. Hamm, C.W., Bassand, J.P., Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., Bueno, H., Caso, P., Dudek, D., Gielen, S., Huber, K., Ohman, M., Petrie, M.C., Sonntag, F., Uva, M.S., Storey, R.F., Wijns, W., Zahger, D., “İsrarcı ST-Segment Yükselmesi Belirtileri Göstermeyen Hastalarda Akut Koroner Sendromların (AKS) tedavi Kılavuzları”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 39(3), 73-128, 2011. ([https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_39_70_73_128.pdf]) (Erişim Tarihi: 31.08.2017).
37. Çelebi, Ö.Ö., Diker, E., Aydoğdu, S., “Kardiyak Troponinlerin Klinik Önemi”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 36(4), 269-277, 2008. ([https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_36_4_269_277.pdf]) (Erişim Tarihi: 31.08.2017)
38. AmericanHeartAssociation, “Angina (ChestPain)”, 2015. (http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/DiagnosingaHeartAttack/Angina-Chest-Pain_UCM_450308_Article.jsp#.WsUIBC5ubDf) (Güncellenme Tarihi: Temmuz 2015) (Erişim Tarihi: 03.03.2018)
39. Doğan, E., “Miyokard İnfarktüsünde Hastaneye Başvuru Süresi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi”, *Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Tekirdağ, 2018.
40. Durusoy, E., Yıldırım, T., Altun, A., “Koroner Arter Hastalığı Poliklinik Takibi”, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (1), 13-18, 2010.
41. Selçuk, H., Selçuk, M. T., İlkay, E., “Akut koroner sendromda klopidogrel kullanımı”, *ArchTurkSocCardiol*, 35 (2), 110-117, 2007.
42. Yıldırım, A., Kabakçı, G., “Hiperkolesterolemi Tedavisinde Statinler”, *İç Hastalıkları Dergisi*, 8 (2), 88-95, 2001.
43. Saruç, M., Kürşat, S., Kılıççioğlu, B., “Angiotensin-II Reseptörleri ve Blokajı”, *İç Hastalıkları Dergisi*, 4 (6), 405-410, 1997.

44. Çini, Ekinci, S., Ekinci, S.,“Akut Koroner Sendrom Sonrası Kardiyak Rehabilitasyon”,*Türkiye Klinikleri, J Cardiol-Special Topics*, 6 (6), 75-9,2013.
45. Fihn, S. D.,Blankenship, J. C., Alexander, K. P., Bittl, J. A., Byrne, J. G., Fletcher, B. J., ve diğerleri,“ACC/AHA/AATS/PCNA/SCAI/STS focusedupdate of the guidelin effort hediagnosis and management of patients withs table is chemic heart disease: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons”, *Journal of the American College of Cardiology*, 64 (18), 1929-1949,2014.
46. Huxley, R. R., Woodward, M., “Cigarette Smoking As A Risk Factor For Coronary Heart Disease In Women Compared With Men: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Prospective Cohort Studies”, *The Lancet*, 378 (9799), 1297-1305,2001.
47. Members, W. G., Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., ve diğerleri,“Heartdiseaseandstrokestatistics—2017 update: a reportfromtheAmericanHeartAssociation”,*Circulation*, 135(10), 46,2017.
48. Kalyoncuoğlu, M., Öztürk, S., Durmuş, G., Keskin, B., Can, M. M.,“Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım”,*MedBull Haseki*, 55, 85-100, 2017.
49. Carl, J.,Lavie, M., Richard, V., Milani, M.D., Hector, O., Ventura, M.D.,ObesityandCardiovascularDisease Risk Factor, Paradox, andImpact of WeightLoss,*Journal of theAmericanCollege of Cardiology*, 53 (21), 1925-1932, 2009.
50. Montalescot, G.,Sechtem, U., Achenbach, S., ve Diğerleri,“ESC guidelines on themanagement of stable coronaryarterydisease: theTask Force on themanagement of stablecoronaryarterydisease of theEuropeanSociety of Cardiology”,*EurHeart J*, 34, 2949-3003,2013.
51. Karjalainen and Associates.,“Effects of Physical Activity andExercise Training on Cardiovascular Risk in CoronaryArteryDiseasePatientsWithandWithoutType 2 Diabetes”,*DiabetesCare*, 38, 706-715, 2014.

52. Karapolat, H., Durmaz, B.,“Kardiyak rehabilitasyonda egzersiz”, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 8, 51-57,2008.
53. Piepoli, M. F.,Hoes, A. W., Agewall, S., et al. “European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention&Rehabilitation (EACPR)”*EurHeart J*, 37(29), 2315-2381,2016.
54. Thomopoulos, C.,Parati, G., Zanchetti, A.,“Effects of bloodpressurelowering on outcomeincidence in hypertension. 1. Overview, meta-analyses, and meta-regressionanalyses of randomizedtrials”,*J Hypertens*, 32 (12), 2285-2295,2014.
55. Weber, T.,Lang, I., Zweiker, R., ve ark. “Hypertension and Coronary Artery Disease: Epidemiology, Physiology, Effects Of Treatment, And Recommendations”, *Wien Klin Wochenschr*, 128, 467–479,2016.
56. Naito, R., Mıyauchi, K., “Coronary Artery Diseaseand Type 2 Diabetes Mellitus Current Treatment Strategies and Future Perspective”, *IntHeart J*, 58(4), 475-480, 2017).
57. Cardiovascular Disease&Diabetes. 18 Temmuz 2018 tarihinde http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/Diabetes/WhyDiabetesMatters/Cardiovascular-Disease-Diabetes_UCM_313865_Article.jsp#.Wrkfvd RubIU adresinden erişildi.
58. Albus, C.,“Psychological and social factors in coronary heart disease”,*Annals of Medicine*, 42, 487–494,2010.
59. Deniz, K., Belgin, A.,“Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”,*DEUHYO ED*, 2 (4), 145-154, 2009.
60. Esin, N.,“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ÖlçeğininTürkçe ’ye Uyarlanması”,*Hemşirelik Bülteni*, 45 (12), 87-96,1999.
61. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A.,“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”,*C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1), 1-13, (2008).

62. Gür, G.,“Koroner Arter HastalarındaSağlıkAlgısıveSağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi”, *Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi, İstanbul*,2017.
63. Savaşan, A., Ayten, M., Ergene, O.,“Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4 (1), 1-6,2013.
64. Alcan, A. O., Korkmaz, F. D., Çakmakçı, H.,“Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*,25(1), 45-51,2017.
65. Bayrak, Özarslan, B.,“Diyabetik Koroner Arter HastalarındaSağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi”,*Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara*, 2013.
66. Behrens, G.,Fischer, B., Kohler, S., Park, S., Hollenbeck, A., Leitzmann, M. F.,“HealthyLifestyleBehaviorsAndDecreased Risk Of MortalityIn A LargeProspectiveStudy Of U.S. WomenAnd Men”,*Eur J Epidemiol*, 28, 361–372, 2013.
67. Lopez, A. D.,Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison D. T., Murray, C.,“Global AndRegionalBurden Of DiseaseAnd Risk Factors, 2001: Systematic Analysis Of PopulationHealth Data”, *TheLancet*, 367, 1747-1757,2006.
68. Health life Behavior 12 Temmuz 2018 Tarihinde <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=985ecc63-d1a4-45c9-a69a-2bf86a930e63%40pdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbmc9dHImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl> adresinden erişildi.
69. Sezer, A.,“SağlıkOkuryazarlığınınSağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi”,*Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul*, 2012.
70. Demir, Avcı, Y.,“Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin”, 15 (3), 259- 266, 2016.
71. Oğuz, S., Yetim, M., Yalçın, Ö., Ünalın, Y. E.,“Hipertansiyonlu Bireylerde Hastalık Algısının Tedavi ve Diyet Uyumuna Etkisi”,*Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5 (2), 75-83, 2016.
72. İnangil D., Şendir M.,“Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü”,*Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,5(2), 96-97, 2014.

73. Sevinç, S.,“Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi”,
Ovayolu N., Ovayolu Ö., (Ed),*Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar, Çukurova Nobel Tıp Kitapevi*,Adana, 215-216,2016.
74. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) <https://www.tkd.org.tr/.../Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-prog...>, [10.10.2017]
75. Türk Kardiyoloji Derneği: Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendrom, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu, 39-52,2007.
76. Akdemir, N., Birol, L., “İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”, Birol, L.,In: Kardiyovasküler Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 407-482, Ankara,2011.
77. Hacıoğlu, N., “Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi”, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2014.
78. Karakuş Açıkgöz, G., “Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlaç Uyumluları Arasındaki İlişki”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Mersin, 2014.
79. Walker, S. N.,Sechrist, K. R., Pender, N. J.,“TheHealthPromotingLifestyle Profile Development And Psychometric Characteristics”, *Nursing Research*, 36(2), 76-80,1987.
80. Walker, S. N., Hill-Polerecky, D. M., “Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II”, *Unpublishedmanu script, University of Nebraska Medical Center*, 1996.
81. Chiou, A.F., Hsu, S.P., Hung, H.F. 2015. Predictors of Health-Promoting Behaviors in Taiwanese Patients with Coronary Artery Disease. *Applied Nursing Research*.30.S:1-6. ([<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189715001718?via%3Dihub>])
82. Igland, J., Vollset, S.E., Nygård, O.K., Sulo, G., Ebbing, M., Tell, G.S. 2014. Educational Inequalities in Acute Myocardial Infarction Incidence in Norway: a Nation Wide Cohort Study. *Plos One*. 9(9). e106898. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154768/>])

83. Kuru, N., Piyal, B. (2012). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11 (3), 287-298.
84. Karabulut, A., Topçu, K., Uzunlar, B., Çakmak, M. 2011. Akut Miyokard İnfarktüsünde İlk Tercih Edilen Sağlık Kuruluşunu Etkileyen Demografik ve Klinik Faktörler. *Yeni Tıp Dergisi*. 28(4). S:213-217.
85. Yeşil, P., Altiok, M. 2012. Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Fiziksel Aktivitenin Önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 3(3), s.39-48. ([https://www.journalagent.com/kvhd/pdfs/KVHD_3_3_39_48.pdf])
86. Fırat FA., Dedeli Ö. (2016). Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*.7(14): 153-161
87. Onat A, Sarı İ, Hergenc G, Yazıcı M, Uyarel H, Can G, et al. Predictors of abdominal obesity and high susceptibility of cardiometabolic risk to its increments among Turkish women: a prospective population-based study. *Metabolism*. 2007; 56: 348-56.
88. Ängerud, K.H., Thylén, I., Lawesson, S.S., Eliasson, M., Näslund, U., Brulin, C., and on behalf of the SymTime Study Group. 2016. Symptoms and Delay Times During Myocardial Infarction in 694 Patients with and without Diabetes; an Explorative Crosssectional Study. *BMC Cardiovascular Disorders*.16 (108).S:1-8. ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4937542/pdf/12872_2016_Article_282.pdf])
89. Makam, R. P., Erskine, N., Yarzebski, J., Lessard, D., Lau, J., Allison, J., Gore, J.M., Gurwitz, J., Mcmanus, D.D., Goldberg, R.J. 2016. Decade Long Trends (2001–2011) in Duration of Pre-Hospital Delay Among Elderly Patients Hospitalized for an Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association*. 5(4). S:1-14. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4843528/pdf/JAH3-5e002664.pdf>])
90. Dilek F. (2008). *Korone Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Edirne

91. Onat A, Albayrak S, Karabulut A, et al. Tekharf Taramasında Ölüm ve Koroner Olaylar: Kadınlarda Mortalitede Azalma, Koroner Kalp Hastalığı Genel Prevalansında Artma. *Türk Kardiyoloji Dern Arş.* 2007. s. 147-53.
92. Ahn S., Song R., Choi SW. (2015). Effects of Selfcare Health Behaviors on Quality of Life Mediated by Cardiovascular Risk Factors Among Individuals with Coronary Artery Disease: A Structural Equation Modeling Approach. *Asian Nursing Research.* 158-163
93. Özkaraman, A., Alparslan, G.B., Gökçe, S., Babadağ, B., Gölgeci, H., Derin, Ö., Bilgin, M. 2016. Hemodiyaliz Yapılan Kronik Böbrek Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi.* 9. ([<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/otd/article/download/5000166541/5000166178> D])
94. Başarır, S., Pakyüz, S.Ç. 2015. Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* S:19-31. ([<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/292261>])
95. Küçükberber, N., Özdiilli, K., Yorulmaz, H. (2011). Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg,* 11, 619-626.



EKLER

EK-1: Kurum İzin Formu



T.C.
NİĞDE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 82084098-604.02
Konu : Araştırma İzni Hk

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 27/12/2017 tarihli ve 82084098 sayılı yazı

27/12/2017 tarihli dilekçeniz ile Müdürlüğümüze bağlı Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütmeyi planladığınız "Acil Servis Ünitesine Başvuran Akut Koroner Sendrom Tanısı Almış Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi" konulu çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla yapılması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr.Ertan DEĞİRMENCİOĞLU
İl Sağlık Müdürü

EKLER: Araştırma Dosyası

Dağıtım:
Gereği:
Nermin Can Demir
ÖHÜEAH Acil Servis

Bilgi:
Niğde T.C. Sağlık Bakanlığı Ömer
Halisdemir Üni. Eğitim Ve Araştırma
Hastanesi

Belgenin e-İmza ile elektronik imzalıdır.
İl Sağlık Müdürü T. AYAKAŞI
Tıbbi Sekreter
K. K. 2201...B

Adres: Aşağı Kayabaşı Mah. Hastaneler Cad. Çocuk Hastanesi 51100 Merkez /
NİĞDE Niğde İli KHBGS Tıbbi Hiz. Başk.-Müşterek Sağlık Hizmetleri Birimi
Faks No:03882212627

e-Posta:birsen.ulupinar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: nigde.khb.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 82302491-827a-47c5-b848-1baba2659eeb kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Birsen ULUPINAR

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:03882212626


EK-2 Etik Kurul İzin Formu




T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

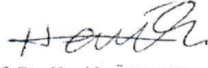
Karar Tarihi: 27.10.2017
Karar No : 2017.10.01


Proje yürütücülüğünü Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Rahşan KOLUTEK'in üstlendiği "Acil Servis Ünitesine Başvuran Akut Koroner Sendrom Tanısı Almış Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi" isimli araştırma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurulumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Erdoğan ÇİÇEK
Başkan


Prof. Dr. Fatma KARİPCİN
(Üye)
(İzinli)


Prof. Dr. Zülfikar DURMUŞ
(Üye)


Prof. Dr. Hanife ÖZBAY
(Üye)


Prof. Dr. Emir ERDEN
(Üye)

Prof. Dr. Ertan ÖZENSEL
(Üye)
(İzinli)


Prof. Dr. Davut KILIÇ
(Üye)

Prof. Dr. Nesimi AKTAŞ
(Üye)
(İzinli)

**İŞLEM
GÖRMÜSTÜR**

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 82302491-827a-47c5-b848-1baba2659eeb kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma; Akut Koroner Sendrom (AKS) tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılacaktır.Çalışma öncesinde hazırlanan ölçekleri uygulamak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda sizinle ilgili tıbbi özende bir değişiklik olmayacaktır.Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.Bu çalışmada maddi olarak hiçbir talebimiz bulunmamaktadır.

Teşekkür Ediyorum.

Nermin CAN DEMİR

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum”.

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”.

EK-4: ACİL SERVİS ÜNİTESİNE BAŞVURAN AKUT KORONER SENDROM TANISI ALMIŞ BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

Bu çalışma; Akut Koroner Sendrom (AKS) tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda sizinle ilgili tıbbi özende bir değişiklik olmayacaktır. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır. Bu çalışmada maddi olarak hiçbir talebimiz bulunmamaktadır.

Teşekkür Ediyorum.

Nermin CAN DEMİR

Anket No:

Tarih:

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

3. Kilonuz: Boyunuz: BKİ:

4. Eğitim Durumunuz Nedir?

() Okur-Yazar Değil () Okur-Yazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise () Üniversite ve üzeri

5. Medeni durumunuz nedir?

() Evli () Bekar () Diğer

6. Kiminle Birlikte yaşamaktasınız?

() Yalnız () Eşimle () Eşim ve çocuklar
() Akraba () Diğer

7. Yaşantınızın Büyük Çoğunluğunu (1/3) Nerede Geçirdiniz?

() Köy () İlçe () İl

8. Çalışma Durumunuz Nedir?

() Çalışıyorum () Çalışmıyorum

9. İş-Mesleki durumunuz nedir?

() Memur () İşçi () Serbest Meslek
() Ev hanımı () Emekli () Diğer

10. Sosyal Güvenceniz var mı?

() Evet () Hayır

11. Gelir gider durumunuz nedir?

() Gelir gidere göre az () Gelir gidere göre eşit () Gelir gidere göre fazla

EK-4: (devamı...)

B. YAŞAM ŞEKLİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

12. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet Hayır Bıraktım

13. Alkol Kullanıyor musunuz?

Evet Hayır Bıraktım

14. Yaşamınızı nasıl tanımlarsınız?

Sakin Hareketli

15. Egzersiz yapar mısınız?

Evet (Cevabınız evet ise aşağıdaki şıklardan birini seçiniz) Hayır

Ara sıra kısa yürüyüş Haftada 3 kez 20 dk altında

Haftada 3 kez 20 dk üzerinde Hergün 20 dk üstünde

16. Akut koroner sendrom yönelik egzersiz programınız var mı?

Evet Hayır

17. Günde kaç öğün besleniyorsunuz ve hangi besinleri daha çok tüketiyorsunuz?

.....

18. Akut koroner sendrom için özel bir diyet kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

19. Herhangi bir kronik hastalığınıza yönelik uyguladığınız bir diyet programı var mı ?

Evet (Cevabınız evet ise aşağıdaki şıklardan birini seçiniz) Hayır

Diyabetik diyet Hipertansiyon diyeti

Az yağlı az kolesterolü diyet Zayıflama diyeti

Mg....mg , Na....mg, Potasyum....mg, Fosforlu.....mg diyet Diğer

20. Diyet programınıza uyuyor musunuz?

Her Zaman Bazen Hiçbir Zaman

C. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER ve HASTALIK İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ

21. Akut koroner sendrom tanınız nedir?

Unstabil Angina Pectoris ST Elevasyonlu MI ST Elevasyonsuz MI

22. Akut koroner sendrom tanısı alalı kaç yıl oldu?

1 yıldan az 1-5 yıl arası 6-10 yıl arası 11 ve fazla

23. Ailede akut koroner sendrom tanısı olan birinci dereceden akrabanız (Anne, Baba, Kardeş) var mı?

Cevabınız evet ise yakınlık derecenizi belirtiniz.

Evet..... Hayır

24. Ailenizde ya da yakın çevrenizde akut koroner sendrom nedeniyle yaşamını kaybeden var mı?

Evet (Yakınlığı)..... Hayır

25. Teşhisi konulmuş başka bir hastalığınız var mı?

Evet Hayır (Cevabınız hayır ise 28. soruya atlayınız)

EK-4: (devamı...)

26. Teşhisi konulmuş diğer sağlık sorunlarınız nelerdir? (Hasta dosyasından kontrol edilecek)

- Geçirilmiş IM*+963 Diyabet
 Hipertansiyon Hiperkolestrolemi()Diğer.....

27. Perkutanintrakoroner girişim uygulanıp taburcu olduktan sonra hangi sağlık önerilerine uymanız istendi? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Diyet Fiziksel aktivite (yürüyüş vb) İlaç tedavisi
Doktor kontrollerine düzenli gelme Diğer.....

28. Sağlık önerilerinden hangisine düzenli olarak uydunuz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Fiziksel aktivite (yürüyüş vb) Diyet İlaç tedavisi
Doktor kontrollerine düzenli gelme Diğer.....

D. TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Koroner Anjioplasti İşlemine İlişkin Özellikler (Hasta dosyasından yazılacaktır)

29. Perkütan koroner girişimin tipi nedir?

- Sadece PTCA (PerkütanTransluminal Koroner Angioplasti) Balon Stent

30. Perkütan koroner girişimin uygulanma şekli nedir?

- Planlanmış PTKA Acil PTKA

31. Perkütan koroner girişim ne zaman uygulandı?

- 3 ay- 1 yıl 2) 2-3 yıl 4-5 yıl 6 yıl ve üzeri

32. Perkütan koroner girişim kaç kez uygulandı?

- Bir kez İki kez Üç kez Dört ve üzeri

33. Son bir yılda hastaneye kaç defa yattınız ve sebebi nedir belirtiniz?

34. Akut koroner sendrom ile ilgili olarak kimden bilgi aldınız?

- Hekim Hemşire
 Sağlık personeli dışında (arkadaş, gazete v.b.) Bilgi almadım

35. Akut koroner sendrom hakkındaki bilgi düzeyinizi yeterli buluyormusunuz?

- Evet Hayır

36. Akut koroner sendrom için ilaç kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır

37. Akut koroner sendrom nedeniyle kullandığınız ilaçların adları ve dozları nelerdir?

İlacın Adı Dozu:

- 1)..... 2)..... 3)..... 4).....

38. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır

39. Kontrollerinize düzenli olarak gider misiniz?

- Her Zaman Bazen Hiçbir Zaman

EK-4: (devamı...)

40. Akut koroner sendrom tıbbi tedavisinin dışında başka yöntemlere başvuruyor musunuz?

Evet Hayır

41. Cevabınız evet ise hangi yöntemler kullanıyorsunuz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

Alternatif tıp (Limonlu su, nar suyu içmek gibi) Egzersiz

Stres azaltıcı yöntemler (müzik dinleme, yoga yapmak gibi) Diğer



EK-5: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Aşağıda kendi sağlığınıza karşı tutumlarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölümü (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

| | Hiçbir zaman | Bazen | Sık sık | Düzenli olarak |
|---|--------------|-------|---------|----------------|
| 1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım | | | | |
| 2. Beslenmemde sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük gıdaları almaya özen gösteririm | | | | |
| 3. Herhangi bir sağlık şikâyetim olduğunda hekime veya diğer sağlık uzmanlarına bildiririm | | | | |
| 4. Düzenli egzersiz yaparım | | | | |
| 5. Yeterince uyurum | | | | |
| 6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim | | | | |
| 7. İnsanları başarıları için takdir ederim | | | | |
| 8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlı kullanırım | | | | |
| 9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum | | | | |
| 10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi) | | | | |
| 11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım | | | | |
| 12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım | | | | |
| 13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm | | | | |
| 14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim | | | | |
| 15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım | | | | |
| 16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm) | | | | |
| 17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim | | | | |
| 18. Geleceğe umutla bakarım | | | | |
| 19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım | | | | |
| 20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim | | | | |
| 21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım | | | | |
| 22. Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım | | | | |
| 23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm | | | | |
| 24. Yaşamımdan memnunum ve huzurluyum | | | | |
| 25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır | | | | |
| 26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim | | | | |
| 27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım | | | | |
| 28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım | | | | |
| 29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım | | | | |
| 30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım | | | | |
| 31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum | | | | |
| 32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 33.Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim | | | | |
| 34.Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim) | | | | |
| 35.İş ve eğlence zamanımı dengelerim | | | | |
| 36.Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum | | | | |
| 37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım | | | | |
| 38.Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 öğün yerim | | | | |
| 39.Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım | | | | |
| 40.Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim | | | | |
| 41.Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım | | | | |
| 42.Yaşamımda benim için önemli olan Şeylerin farkındayım | | | | |
| 43.Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım | | | | |
| 44.Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve tuz içeriklerini belirleyen etiketleri okurum | | | | |
| 45.Kendi sağlık bakımım ile ilgili eğitim programlarına katılırım | | | | |
| 46.Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım | | | | |
| 47. Yorulmamaya özen gösteririm | | | | |
| 48. İlahi bir gücün varlığına inanırım | | | | |
| 49.Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim | | | | |
| 50. Kahvaltı yaparım | | | | |
| 51.Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım | | | | |
| 52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım | | | | |

ÖZGEÇMİŞ

Nermin CAN DEMİR 1987 yılında Niğde’de doğdu. İlkokulu Konaklı İlköğretim okulunda, ortaokul ve liseyi Niğde Atatürk Okulunda, yükseköğretimini 2009 yılında Çorum Gazi Üniversitesi Sağlık Yüksdekokulu hemşirelik bölümünde tamamladı. 2016 yılında Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi ve Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi ortak hemşirelik yüksek lisansına başladı. 2009 da Özel Niğde Hayat Hastanesinde beş ay çalıştıktan sonra 2010-2011 yılları arasında yedi ay süre ile Niğde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünde çalıştı. 2011’den beri Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde hemşire olarak görevine devam etmektedir.

Adres: Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi

Medeni Hali: Evli

E-Posta Adresi: nermincan51@gmail.com

Tel: 0 546 463 62 03