



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRE TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİM AKUT KORONER
SENDROMLU HASTALARDA SEMPTOM KONTROLÜ VE
SAĞLIK DAVRANIŞLARINI ETKİLER Mİ?**

DİLAN DENİZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

MANİSA-2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DİLAN DENİZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

(Tez Danışmanı)

Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ

(Jüri Üyesi)

Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ ÇAYDAM

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2018

BEYAN FORMU

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Dilan DENİZ

TEŞEKKÜR

Eğitimim ve tez çalışmam sürecinde bilgisi ve tecrübesini her daim hissettiğim, öğrencisi olmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli tez danışmanım **Sayın Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e**,

Bu zorlu süreçte beni her zaman destekleyen, birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, Manisa Celal Bayar Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ekibi **Sayın Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ ÇAYDAM, Arş Gör. Cansu KOŞAR** ve **Arş. Gör. Esin SEVGİ DOĞAN'a**,

Araştırmanın yürütülmesinde ilgi ve desteklerini esirgemeyen, tedavi ettikleri hastaları bana yönlendiren, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı **hocalarına**, Kardiyoloji Anabilim Dalı **asistan hekimlerine**, çalışma sürecim boyunca desteğini ve yardımını esirgemeyen Kardiyoloji Servisi **hemşireleri ve tüm çalışanlarına**,

Vakit ayırarak çalışmama katılan tüm **hastalarım**,

Desteğini her daim yanımda hissettiğim, tüm zorlu süreçlerimin yakın şahidi ve sevgili çalışma arkadaşım **Arş. Gör. Selin DEMİRBAĞ'a**,

Bu süreçte her türlü huysuzluğuma katlanan, sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen, her daim varlıklarını yanımda hissettiğim ve bana güç veren **anneme, babama, canım kardeşime** ve **sevgili arkadaşlarıma**

EN İÇTEN TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM...

Arş. Gör. Dilan DENİZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
1. ÖZET	xi
2. ABSTRACT	xiii
3. GİRİŞ VE AMAÇ	1
4. GENEL BİLGİLER	3
4.1. KORONER ARTER HASTALIKLARI	3
4.2. AKUT KORONER SENDROMLAR	4
4.2.1. Tanımı ve Sınıflandırması	4

4.2.2. Epidemiyolojisi	6
4.2.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	7
4.2.4. Fizyopatolojisi	11
4.2.5. Akut Koroner Sendrom Tipleri	15
4.2.6. Risk Sınıflaması	16
4.2.7. Tanı Yöntemleri	18
4.2.8. Kısıtlılık ve Semptomlar	21
4.2.9. Akut Koroner Sendromlarda Tedavi	23
4.2.10. Hemşirelik Yönetimi ve Taburculuk Eğitimi	30

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi	37
5.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi	37
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi	37
5.4. Veri Toplama Araçları	39
5.5. Veri Toplama Yöntemi	40
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi	43

5.7. Araştırmanın Etik Yönu	43
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
5.9. Araştırma Planı ve Takvimi	45
6. BULGULAR	46
7. TARTIşMA	68
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
9. KAYNAKLAR	79
10. EKLER	90
11. ÖZGEÇMİş	109

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
KAH	Koroner Arter Hastalıkları
KKAH	Kronik/Kararlı Koroner Arter Hastalığı
SAP	Kararlı Angina Pektoris
USAP	Kararsız Angina Pektoris
AKS	Akut Koroner Sendrom
NSTEMI	ST Elevasyonsuz Miyokard Infarktüsü
STEMI	ST Elevasyonlu Miyokard Infarktüsü
MI	Miyokard Infarktüsü
CLASP	Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili
EKG	Elektrokardiyografi
EKO	Ekokardiyografi
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
TK	Total Kolesterol
HT	Hipertansiyon
CK	Kreatin Kinaz
LDH	Laktat Dehidrogenaz
cTnI	Kardiyak Troponin I
cTnT	Kardiyak Troponin T
hs-CRP	Yüksek Duyarlı C Reaktif Protein
PTCA	Perkütan Transluminal Koroner Anjioplasti
SK	Streptokinaz
APSAC	Anizole Plazminojen Streptokinaz Aktivatör Kompleksi
t-PA	Doku Plazminojen Aktivatörü

ACE	Anjiotensin Koverting Enzim
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DM	Diabetes Mellitus
SV	Sol Ventrikül
VF	Ventriküler Fibrilasyon
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
GRACE	Global Registry of Acute Coronary Event
SCORE	Systematic Coronary Risk Evaluation
CRUSADE	Kanama Risk Skoru
TIMI	The Thrombolysis In Myocardial Infarction
FRISC	Fragmin during Instability in Coronary Artery Disease
PURSUIT	Kararsız Anjinada Trombosit Glikoprotein IIb/IIIa: Integrilin Tedaviyle Reseptör Baskılama
BNP	Beyin Natriüretik Peptid
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
ESC	European Cardiology Of Society
AHA	American Heart Association
ERC	European Resuscitation Council
NCEP ATP III	Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Uzman Paneli Üçüncü Raporu
SYBDÖ II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1. Akut Koroner Sendromların Sınıflandırılması	5
Şekil 2. Aterosklerotik Lezyon Gelişimi	14



TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4.2.3.1. ATP III Sınıflandırması (Lipid Parametrelerinin Sınıflandırması)	9
Tablo 4.2.6.1. ACC/AHA Kılavuzuna Göre Risk Sınıflaması	17
Tablo 4.2.6.2. Avrupa Kalp Derneği'ne Göre AKS'larda Risk Sınıflaması	18
Tablo 5.9.1. Araştırma Planı ve Takvimi	45
Tablo 6.1.1. Sosyodemografik Özellikler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar	47
Tablo 6.1.2. Hastalık Durumuna İlişkin Değerler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar	49
Tablo 6.2.1. Girişim Grubu Hastalarının İlk İzlem ve Son İzlem Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular	51
Tablo 6.2.2. Kontrol Grubu Hastalarının İlk İzlem ve Son İzlem Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular	53
Tablo 6.3.1. İlk İzlem ve Son İzlemde Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği'nin Alt Boyut Puanları Açısından Grup İçi ve Gruplar Arası Farklar	55

Tablo 6.3.2. İlk İzlem ve Son İzlemede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Toplam Puan ve Alt Boyutları Açısından Grup İçi ve Gruplar Arası Farklar	57
Tablo 6.4.1. Girişim Grubu İlk İzlem Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları ve Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki	60
Tablo 6.4.2. Girişim Grubu Son İzlem Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları ve Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki	62
Tablo 6.4.3. Kontrol Grubu Son İzlem Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları ve Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki	64
Tablo 6.4.4. Kontrol Grubu Son İzlem Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları ve Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki	66

Başlık: Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Semptom Kontrolü ve Sağlık Davranışlarını Etkiler mi?

Öğrencinin Adı: Dilan DENİZ

Danışman: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Anabilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu araştırma, akut koroner sendromlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin semptom kontrolü ve sağlık davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Bir üniversite hastanesinde takip edilen 80 akut koroner sendromlu hasta çalışmaya alındı. Hastalar rastgele örnekleme yöntemi ile seçildi ve iki gruba ayrıldı (girişim grubu için 40, kontrol grubu için 40 hasta). Girişim ve kontrol grubu hastalarıyla, 8 hafta ara ile iki kez görüşme yapıldı. Araştırma verileri, hasta tanıtım formu, Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili – CLASP, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ile toplandı. Girişim grubuna akut koroner sendrom, risk faktörleri ve yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili bilgi ve renkli eğitim kitapçığı verildi. Kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmadı. Verilerin değerlendirilmesinde; bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, Fisher kesin ki kare testi, McNemar ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Girişim grubu hastalarında ikinci görüşme sonrası kısıtlılık ve semptomlarda azalma görülürken; kontrol grubunda artış görüldü. Girişim grubu hastalarında ikinci görüşme sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında anlamlı iyileşme sağlanırken; kontrol grubunda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında anlamlı değişim görülmedi. Hemşire tarafından verilen eğitimin akut koroner sendromlu hastalarda kısıtlılık ve semptomlarda azalma ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında iyileşme sağlandığı görüldü.

Sonuç: Bu bulgular doğrultusunda, akut koroner sendromlu hastalarda sağlık eğitiminin verilmesi ve bu eğitimin belirli aralıklarla tekrar edilmesini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, hasta eğitimi, kısıtlılık ve semptom, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hemşire.

Title: Is Education Given by Nurse Effect Symptom Control and Health Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome?

Student Name: Dilan DENIZ

Supervisor: Prof. Dr. Sezgi CINAR PAKYUZ

Department: Internal Medicine Nursing Department

2. ABSTRACT

Aim: This study was conducted as randomized controlled trial to assess effect of education provided by nurse to patients with acute coronary syndrome on symptom control and health behaviors.

Materials and Methods: A total of 80 patients with acute coronary syndrome followed up at the university hospital were included into the study. The patients were perceived randomly and separated into two groups (for intervention group 40, for control group 40 patients). We interviewed with intervention and control groups twice with eight weeks interval. The data was collected with patient introduction form, Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile and the Healthy Life Style Behavior Scale. Intervention group was informed about acute coronary syndrome, risk factors and lifestyle changes and color education booklet was given to intervention group. Control group didn't receive any interventions. For statistical analyses; Independent Samples t, Fisher exact test, Paired Samples test, chi square, McNemar and Pearson correlation analyses were used.

Results: It was found that limitations and symptoms decrease in intervention group other second interview while that limitations and symptoms increase in control group. In addition, it was determined that healthy life style behavior considerably increase in intervention group after second interview, but in control group it wasn't significant. Patients with acute coronary syndromes were observed to be able to reduce limitations and symptoms of patients through the training provided by nurse and develop healthy lifestyle behaviors.

Conclusions: For this reason, we recommend that health education be given to patients with acute coronary syndrome and this training should be repeated at regular intervals.

Key Words: Acute coronary syndrome, patient education, limitations and symptoms, healthy life style behavior, nurse.



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) nedeniyle ölüm, hem dünya genelinde hem de ülkemizde hala yüksek olan seviyesini korumakta ve gelecekte bu sayının daha da artacağı öngörülmektedir (WHO, <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html>, Erişim Tarihi: 2 Ocak 2017; TÜİK, <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=15847>, Erişim Tarihi: 2 Ocak 2017).

Akut koroner sendromlar, kardiyovasküler hastalıklar içinde görülme oranlarının yüksek olması ve ülkemizdeki ölüm nedenlerinin başında gelmesi nedeniyle akut koroner sendromlu (AKS) hastaların takiplerinin detaylı biçimde yapılması gerekmektedir. AKS'lu hastaların kısıtlılık ve semptom düzeylerinin değerlendirilmesi, taburculuk sonrası ilaç tedavisine, beslenme ve bireysel izleme ait uyumlarının incelenmesi gerekmektedir ve bu amaçla yapılacak danışmanlık ve kardiyak rehabilitasyon programları büyük önem arz etmektedir (Türkmen ve ark. 2012; Özdoğan ve Kılıçaslan 2013).

Sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıklardan korunmada hemşirelerin en önemli rollerinden biri de hastanın eğitimidir. Hemşirelerin akut koroner sendrom tanısı almış bireylere yönelik sunması gereken bakım hizmetleri içerisinde, hastanın hastalığına, diyet ve tedavi planına ilişkin temel bilgileri kazanması, taburculuk sonrası yapması gereken uygulama ve davranışlara yönelik sağlık eğitimi yer almaktadır. AKS'lu hastaların, hemşire tarafından verilen eğitim sayesinde hastalığa bağlı kısıtlılık ve semptomlarının azalacağı, yaşam kalitesinin artacağı ve sağlık davranışlarının olumlu yönde gelişeceği düşünülmektedir (Kurçer ve Özbay 2011; Türkmen ve ark. 2012; Özdoğan ve Kılıçaslan 2013).

Literatürü incelediğimizde, kalp hastaları ile yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Erdem ve Ergüney 2005; Ceylan ve ark. 2011; Sevinç ve Eşer 2011; Demir ve Özer 2014). Akut koroner sendromlu hastaların yaşadıkları kısıtlılık ve semptomlarla ilgili yapılmış tek çalışma bulunmaktadır (Özcanlı ve Çınar 2015). Ancak AKS'lu hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin semptom kontrolü ve

sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelendiği bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada amaç, akut koroner sendromlu hastaların kısıtlılık ve semptom düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirmek; elde edilen bilimsel veriler ile hemşire tarafından verilen eğitimin semptom kontrolü ve sağlık davranışlarına etkisini incelemektir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. KORONER ARTER HASTALIKLARI

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), günümüzde dünyada ve ülkemizde başta gelen ölüm nedeni olup, 2030 yılında daha da artacağı ve uzun bir süre daha dünyadaki ölüm nedenleri içerisinde birinci sırada olmaya devam edeceği tahmin edilmektedir (WHO 2014; TÜİK 2014; Badır ve Korkmaz 2014). Erişkinlerde en sık karşılaşılan kardiyovasküler hastalık, koroner arter hastalığıdır ve koroner arter hastalığı yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkilidir (Sevinç ve Eşer 2011; Çini ve Ekinci 2013; Badır ve Korkmaz 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2014 yılında yayımladığı 'Dünyada İlk 10 Ölüm Nedeni Raporu'na göre iskemik kalp hastalığının, dünyadaki ölüm sebepleri içerisinde ilk sırada yer aldığı ve son 10 yıl içerisinde bu durumda bir değişiklik olmadığı rapor edilmiştir (WHO 2014).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2014 yılı verilerine göre; ülkemizde ölüm nedenleri içerisinde dolaşım sistemi hastalıkları %40,4 (2013'te %39,6) ile birinci sırada bulunmakta ve bunun %39,6'sını (2013'te %38,8) iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır (TÜİK 2014; Türen ve Efil 2014).

Epidemiyolojik çalışmalarla Dünya ve Türkiye genelinde yaygınlığı yüksek olan Koroner arter hastalıkları (KAH), akut koroner sendrom (AKS) ve kronik/kararlı KAH olmak üzere (KKAH) iki ana başlık altında incelenmektedir. KAH'nın klinik ortaya çıkış şekilleri arasında sessiz iskemi, kararlı angina pectoris (stabil angina pectoris, SAP), kararsız angina pectoris (unstabil angina pectoris, USAP), miyokard infarktüsü (MI), kalp yetersizliği ve ani ölüm bulunmaktadır. KKAH en açık haliyle, egzersiz, duygusal veya başka tip streslerle tetiklenen, tekrarlayabilen, ancak kendiliğinden de gelişebilen, iskemi veya hipoksi ile ilişkili, geri dönüşümlü miyokart ihtiyaç ve sunum dengesizliğinden kaynaklanan ataklar şeklinde tanımlanabilmektedir. (Türkmen 2000, ESC 2013). AKS başlığı altında ise USAP, ST yükselmesiz MI (Non-ST Elevation Myocardial Infarction, NSTEMI) ve ST

yükselmeli MI (ST Elevation Myocardial Infarction, STEMI) bulunmaktadır (ESC 2008). AKS ise, koroner kan akımının ani azalması sonucu miyokardın akut iskemisine veya infarktüsüne neden olan klinik tabloların tamamı olarak ifade edilebilmektedir (Türen ve Efil 2014; ERC 2015).

Günümüzde, Dünya ve Türkiye genelinde görülme oranı yüksek olan, önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biri olan KAH'ları arasında önemli bir yere sahip olan AKS'larda hem ilaç tedavisi hem de girişimsel tedavi alanlarında yaşanan olumlu gelişmeler sayesinde tedavi başarısı ve hastaların sağ kalım oranları arttırılmıştır. Bu gelişmelere karşın, AKS hastalarında mortalite, morbidite ve tekrar hastaneye yatış oranları hala yüksek seyretmektedir (ESC 2008; Özcanlı ve Çınar 2015). AKS'lar insan hayatını ciddi boyutta tehdit eden, akut dönem ve sonrasında komplikasyonlara yol açarak hastalarda kısıtlılık ve semptomlara neden olabilen ve bu nedenle hastaların yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir hastalıktır (Çini ve Ekinci 2013; Özcanlı ve Çınar 2015).

4.2. AKUT KORONER SENDROMLAR

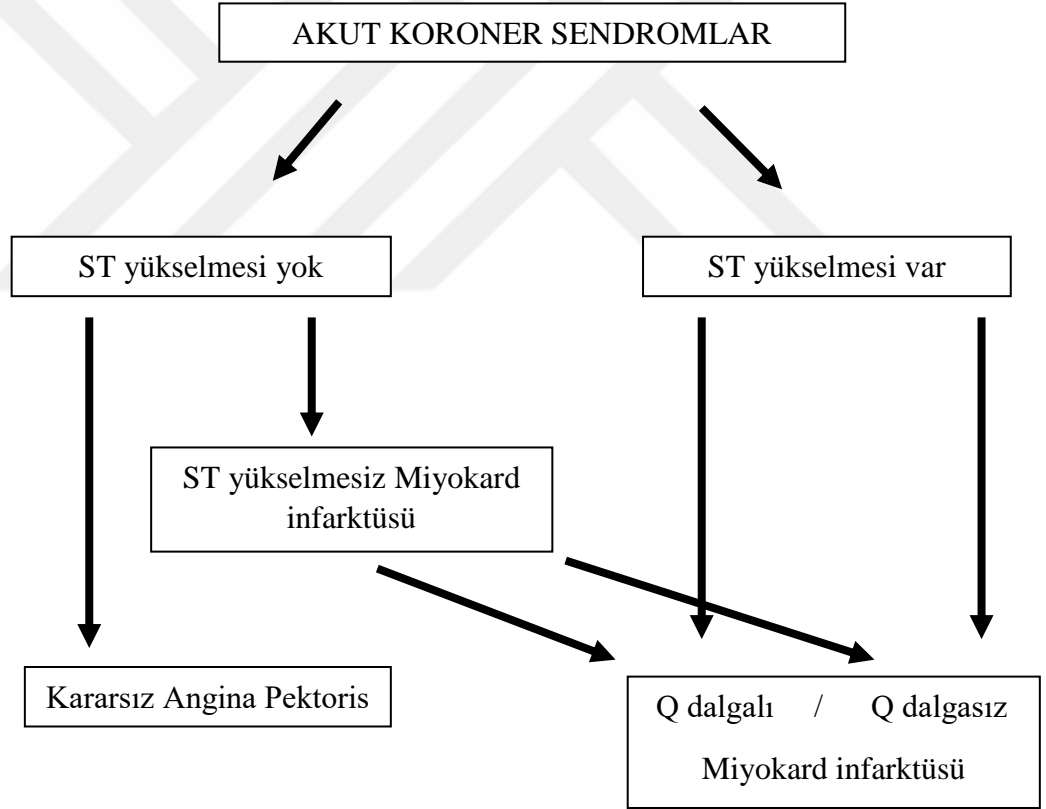
4.2.1. Tanımı ve Sınıflandırması

Akut koroner sendromlar, literatürde akut olarak gelişen miyokard iskemisinin oluşturduğu, temel etiyolojisinde aterosklerozun rol aldığı, trombüs oluşumu ile karakterize, sistemik, progresif ve inflamatuvar bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Libby 2001, Özpelit ve Ercan 2013).

Klinik, tedavi ve prognoz açısından farklılıklar görülen AKS'lar, atipik göğüs ağrısı, normal sınırlarda veya yükselmiş kardiyak enzim değerleri, nonspesifik elektrokardiyografi (EKG) değişiklikleri ya da EKG'de STEMI ve kardiyojenik şoka kadar giden klinik tablolarla geniş ve heterojen bir hasta popülasyonunu kapsamaktadır (Türkmen 2000, Kırılmaz 2013). Akut miyokard infarktüsü ile

kararsız angina pektoris arasındaki ayrımın keskin olarak yapılabilmesi klinik ortamda her zaman mümkün olamamaktadır (Libby 2001).

Akut koroner sendrom ile acile başvuru ve hospitalizasyon, günümüzde acile başvuru oranları arasında ilk sırada yer almaktadır (Eray 2014). AKS, yol açtığı hospitalizasyon, iş gücü kaybı, mortalite ve morbidite sebebiyle günümüz toplumunun en büyük sağlık sorunlarından birini oluşturmakta olup klinik, tedavi ve prognoz açısından farklılıklar göstermektedir (Korkmaz 1998; Fauci 2001). Bu nedenle AKS'ların doğru sınıflandırılması büyük önem taşımaktadır. AKS sınıflandırması Şekil.1'de gösterilmiştir (Müderrişoğlu ve Yıldırım 2001).



Şekil 1. Akut Koroner Sendromların Sınıflandırılması

(Kaynak: Müderrişoğlu H, Yıldırım A. Akut Koroner Sendromlar ve Sınıflaması. Türk Kardiyoloji Dergisi. Akut Koroner Sendromlar Ek Sayı, 2001; 4(3): 12-15.)

4.2.2. Epidemiyolojisi

Kardiyovasküler hastalıklar, hem dünya genelinde hem de ülkemizde başlıca ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta olup (Türen ve Efil 2014) Dünya Sağlık İstatistikleri 2016 verilerine göre; Dünya genelinde 70 yaş altı ölümlerin %37'sini KVH'lar oluşturmaktadır (World Health Istatistic 2016). Avrupa'da ise, 75 yaş altı ölümlerin kadınlarda %45, erkeklerde %38'den KVH'ın sorumlu olduğu bildirilmiştir (Özkan 2013).

Kardiyovasküler ölümlerin %50'sinden sorumlu olan ve yarattığı iş gücü kaybı, mortalite ve morbidite nedeniyle halen önemli bir toplumsal sorun olan KAH'na bağlı ölümlerin önümüzdeki 20 yılda kadınlarda %120, erkeklerde ise %137 artacağı tahmin edilmektedir (WHO 2014). Her yıl dünya genelinde 19 milyondan fazla insanın AKS geçirdiği tahmin edilmekte ve AKS'ların toplam maliyetinin 270 milyar dolar olduğu ifade edilmektedir (Enar 2006; European Cardiovascular Disease Statistics 2012).

Amerikan Kalp Derneği'nin (AHA) 2013 yılı verilerine göre; ABD' de 20 yaş üstü yaklaşık 15,5 milyon koroner arter hastasının olduğu, her 25 saniyede bir Amerikalı'nın AKS geçirdiği, yaklaşık her dakikada bir kişinin bu nedenle öldüğü rapor edilmiştir. ABD verilerine göre tüm yatarak tedavi giderlerinin dörtte birini 71,2 milyar dolar ile AKS'lar oluşturmaktadır (AHA 2013; Özkan 2013; Mozaffarian ve ark. 2015).

Türkiye'de ise Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 2017 yılında yayımladığı verilere göre; yaklaşık 3,5 milyon bireyde koroner kalp hastalığının bulunduğu bildirilmekte; yılda 420 bin yeni olgu meydana gelmekte ve yılda yaklaşık 215 bin kişi koroner kalp hastalığı nedeniyle kaybedilmektedir. Çalışmanın 2017 yılı taramasında, koroner kalp hastalığından ölüm oranları; son 14 yılda, 45-74 yaş kesiminde erkekte 1000 kişi-yılında 7,3, kadında ise 3,8 olarak belirlenmiş ve Avrupa ülkelerine kıyasla bu oranın oldukça yüksek olduğu ifade edilmiştir. Yine aynı raporda, Akdeniz bölgesi erkekleri ile Güneydoğu bölgesi kadınlarının KAH gelişme riskinin diğer bölgelere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (TEKHARF 2017).

4.2.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Akut koroner sendromlar çoğunlukla aterosklerotik plak rüptürü veya erode endotel üzerine trombüs birikimiyle meydana gelen ve akut olarak gelişen miyokard iskemisininin oluşturduğu klinik durumu yansıtan bir tanımlamadır (Özen ve ark. 2012; Özyurtlu ve Çetin 2013; Özpelit ve Ercan 2013). Etiyolojisinde en önemli neden ateroskleroz olarak tanımlanmakta ve risk faktörlerini kontrol edilebilir, kontrol edilemez ve yeni risk faktörleri olarak üçe ayrılmaktadır (Türkmen ve ark. 2012).

Kontrol Edilemez Risk Faktörleri:

- **Yaş:** Yaş, ateroskleroz oluşumu için en önemli kontrol edilemeyen risk faktörüdür. Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Uzman Paneli Üçüncü Raporu (NCEP ATP III)'nda yaşın, erkeklerde ≥ 45 , kadınlarda ≥ 55 olması koroner kalp hastalığı için değiştirilemez güçlü bir risk oluşturduğu belirtilmiştir. AKS'larda mortalite yaştaki her 10 yıllık artma ile %70 oranında yükselmektedir (NCEP-ATP III 2002; Sönmez ve ark. 2002; Aksoy 2009; İkitimur ve ark. 2010).

- **Cinsiyet:** Erkeklerde 45-54 yaş arasında, menapoz döneminde olmayan kadınlara kıyasla AKS geçirme olasılığı 4-5 kat daha fazladır. Bununla birlikte, genel olarak AKS riski 60 yaşından sonra her iki cinsiyette eşit olarak görülmektedir (Birol ve Akdemir 2004; Akın 2013; Badır ve Korkmaz 2014).

- **Genetik Yatkınlık:** Yapılan çalışmalar, ailesinde erken yaşta (birinci derecede erkek akrabalarda 55 yaş, kadın akrabalarda ise 65 yaş altı) aterosklerotik kalp hastalığı öyküsü bulunan kişilerde erken ateroskleroz riskinin 12 kat arttığını göstermektedir (Birol ve Akdemir 2004; Ceylan ve ark. 2011; Akın 2013; Badır ve Korkmaz 2014).

Kontrol edilebilir risk faktörleri:

- **Sigara:** Sigara içimi, KAH gelişimi için değiştirilebilir en önemli risk faktörlerinden biridir ve kardiyovasküler ölümlerin %30'undan sorumludur. Kardiyovasküler sisteme toksik etki gösteren temel maddeler nikotin ve karbonmonoksittir. Nikotin, katekolamin salgısının artmasına ve sempatik

ganglionları da uyararak arteriyel kan basıncı ve kalp hızının artmasına neden olur. Yapılan klinik çalışmalar, sigara içenlerde MI ve kardiyak ölüm riskinin sigara içmeyen bireylere göre erkeklerde 2,7, kadınlarda ise 4,7 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (Irmak ve Fesci 2005; Buğan ve Çelik 2014).

- **Hipertansiyon:** Bütün aterosklerotik kardiyovasküler olayların %35'inden sorumlu olan hipertansiyon, erişkin bireylerde koroner kökenli olayları belirlemede diyabetin ardından gelen önemli bir etkidir. Kan basıncındaki yükselme endotel fonksiyonlarında bozulmaya yol açarak ateroskleroz gelişimini hızlandırmaktadır. Ateroskleroz gelişiminin hızlanmasıyla arter duvarı kalınlaşır ve elastikiyeti azalarak damar lümenini daraltır. Sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg'lık yükselme, AKS riskini erkekte %35, kadında %30 oranında arttırmaktadır (Libby 2001; Badır ve Korkmaz 2014; Onat 2015, TEKHARF 2017).

- **Diabetes Mellitus:** Diabetes mellitus (DM), ateroskleroz gelişimini hızlandırarak kalp-damar hastalıklarının gelişimine neden olmaktadır. Diğer risk faktörleriyle birlikte olduğunda aterosklerotik etki daha da belirginleşmektedir. AKS tanısı olan hastaların yaklaşık %20-25'inde DM bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, özellikle erken yaş diyabetik hastalarda diyabetik olmayan hastalara göre AKS riskinin daha fazla bulunduğunu göstermiştir (Libby 2001; Badır ve Korkmaz 2014; Onat 2015).

- **Hiperlipidemi:** Serumda bulunan kolesterol miktarının artması ateroskleroz gelişimi için majör risk faktörlerinden biridir. Total kolesterol seviyesinin ≥ 200 mg/dl, LDL-kolesterol seviyesinin ≥ 130 mg/dl, HDL-kolesterol seviyesinin ise erkeklerde < 40 mg/dl, kadınlarda < 45 mg/dl olması risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Lipid parametrelerinin normal düzeyleri Tablo.1'de gösterilmiştir (Libby 2001; Badır ve Korkmaz 2014; Onat 2015).

Tablo 4.2.3.1. ATP III Sınıflandırması (Lipid Parametrelerinin Sınıflandırması).

	Optimal	Normal	Sınırdan Yüksek	Yüksek
Total Kolesterol	< 100 mg/dl	<200 mg/dl	200-239 mg/dl	>240 mg/dl
LDL- K		<130 mg/dl	130-159 mg/dl	>160 mg/dl
HDL-K		Erkek >40 mg/dl Kadın >50 mg/dl		>60 mg/dl
TG		<150 mg/dl	150-199 mg/dl	>200 mg/dl

(Kaynak: TEMD. Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu. Lipid Metabolizması Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2015. Ankara: Pelin Ofset Matbaacılık Ltd. Şti; 2015 p:14.)

• **Fiziksel Aktivite Azlığı:** Fiziksel inaktivite de KAH gelişmesinde önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Düzenli fiziksel aktivite yapmak, obezite gelişme riskini azaltarak, kolesterol seviyesini ve kan basıncını düşürerek KAH gelişimini önlemektedir. Düzenli egzersiz yapan bireylerde KAH gelişme olasılığı, düzenli fiziksel aktivite yapmayan bireylere göre iki kat daha az bulunmuştur (Libby 2001; Badır ve Korkmaz 2014; Onat 2015).

• **Obezite:** Beden Kütle İndeksi (BKİ) [ağırlık (kg)/ boy (m²)], vücut ağırlığını kategorize etmek için kullanılan yaygın bir yöntemdir. Yetişkinlerde 25-29.9 kg/m² BKİ aralığı fazla kilolu, ≥ 30 kg/m² ise obez olarak değerlendirilmektedir. Araştırmalar BKİ artışı ile KVH riski arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermiştir (TEKHARF 2017) ancak yağ dokusu bölgesel dağılımının kardiyovasküler risk belirlemede toplam vücut ağırlığından daha önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir. Bel çevresi, bölgesel yağ dağılımının değerlendirilmesinde önemli bir parametre olup DSÖ bel çevresi ölçümünde iki öneride bulunmaktadır:

1. Bel çevresi çapı erkeklerde 94 cm, kadınlarda ise 80 cm'den daha fazla olmamalı (risk değeri),

2. Bel çevresi erkeklerde ≥ 102 cm, kadınlarda ≥ 88 cm ise (şişmanlık değeri), bireyin kilo vermesi önerilmelidir (WHO 2008; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı

<http://beslenme.gov.tr/index.php?page=43> Erişim Tarihi: 22.08.2017). Yapılan çalışmalar, 12 cm'lik bir bel çevresi genişlemesinin erkekte KAH riskini %44 oranında arttırdığını göstermektedir (TEKHARF 2017).

Akut koroner sendromlarda kontrol edilebilir minör risk faktörleri arasında stresli kişilik yapısı, alkol ve oral kontraseptif kullanımı sayılabilmektedir. Psikososyal faktörler ile KAH arasındaki ilişkiye ilişkin kesin veri bulunmamasıyla birlikte Framingham çalışması ile yaşam biçimi alışkanlıklarının kalp hastalığı gelişiminde rol oynadığı bildirilmiştir. Çalışmalar özellikle depresyon, akut ve kronik stresörler, anksiyete, düşmanlık duyguları, kırgınlık ve sosyal destek azlığı gibi psikososyal faktörlerin KAH riskini artırdığını göstermektedir. Stresli ve hırslı kişilik yapısına sahip bireylerde KAH gelişme riski daha fazladır. Alkol ile KAH arasında negatif ilişki bulunmasına rağmen; aşırı alkol tüketimi yine KAH riskini arttırmaktadır. (Akdemir ve Birol 2004; Ceylan ve ark. 2011; Badır ve Korkmaz 2014).

Yeni Risk Faktörleri:

- **Hiperhomosisteinemi:** Homosistein, sülfür içeren ve metiyonin metabolizması sırasında oluşan bir aminoasittir. Plazma homosistein seviyesindeki artış ve vasküler hastalık arasındaki ilişki ilk defa McCully tarafından 1969 yılında fark edilmiştir. Homosistein seviyesi, referans aralığı olan 5-15 µmol/L'nin üstünde olan bireylerde MI geçirme riski yaklaşık iki-üç kat artar. Yapılan çalışmalar, hiperhomosisteineminin endotel hasarına sebep olarak ateroskleroza sebep olduğunu göstermektedir (Sucu ve ark. 2001; Temel ve Özerol 2002; Demirci ve ark. 2003).

- **Lipoprotein (a) Yüksekliği:** Lipoprotein (a), LDL-K ile ortak özellikleri bulunan ancak içerdiği aterojenik apoprotein (a) ile LDL-K'den ayrılan lipoproteindir. Özellikle ailesel KAH öyküsü bulunanlarda ölçülmesi önerilmektedir. Plazma lipoprotein (a) düzeyinin >30 mg/dL olması, özellikle genç yaşta ortaya çıkan KAH ve inme için önemli bir risk faktörüdür. Birlikte LDL-K'ün artması riski daha da arttırmaktadır (TEMD 2015).

- **Beyin Natriüretik Peptid (BNP) ve proBNP Yüksekliği:** Yapılan çalışmalar, aminoasid yapılı bir tür nörohormon olan BNP ve proBNP yüksekliğinin hem kısa hem de uzun dönemde prognozu (mortalite, morbidite) öngörmede bağımsız bir parametre olduğunu göstermiştir (Maewal ve ark. 2003).

- **Yüksek Sensiviteli C-Reaktif Protein (hsCRP) Yüksekliği:** Birçok klinik çalışma, hsCRP'nin AKS'lu hastalarda başvuru ve taburculuk sırasında prognostik kapasitesini göstermektedir. Özellikle ST segment yükselmesi olmayan AKS'lu hastalarda hsCRP'nin kısa ve uzun dönem prognozunu belirlemede bağımsız bir gösterge olduğu belirtilmiştir (Yiğit ve ark. 2011).

- **Enfeksiyon:** AKS'lu olgularda CRP düzeyinin yüksek olması AKS ve inflamasyon arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. Yapılan birçok çalışma, inflamasyon göstergelerinde (CRP, Cu, Fe, IL-6, TNF- α) artış olmasının AKS için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Akbulut ve Özkan 2000; Kaftan 2000).

- **Protrombotik Faktörler:** Yapılan çalışmalar, başta fibrinojen olmak üzere faktör VII, Von Willebrand faktör gibi bazı hemostatik unsurların artışının KAH riskini artırabileceğini göstermiştir (Saka 2004).

4.2.4. Fizyopatoloji

Koroner arterler, kan akımı sayesinde miyositlere oksijen taşır ve karbondioksit, laktik asit ve hidrojen iyonları gibi artık maddelerin temizlenmesini sağlamaktadır. Kalp, toplam vücut ağırlığının %0,3'ünü teşkil etmesine rağmen büyük metabolik gereksinime sahiptir ve toplam oksijen tüketiminin %7'sinden sorumludur. Maksimal arteriyel beslenmeye karşın artmış oksijen isteği ve/veya oksijen temininde mutlak bir azalma kombinasyonu nedeniyle hücresel iskemi meydana gelmektedir. (Korkmaz 1998; Boyle ve Jaffe 2010; Kusumato 2012; Yava ve Köçkar 2017).

Koroner arter hastalığının her bir klinik sunumu için altta yatan patofizyolojik mekanizma farklılık göstermekle birlikte temel patolojisinde aterosklerozun yer aldığı saptanmıştır (Türkmen 2000; Falk 2006; Türen ve Efil 2014).

Ateroskleroz, orta ve büyük çaplı arterlerin, lipid birikimiyle tetiklenen ve yavaş gelişen multifokal immünoinflamatuvar bir hastalığı olup daha önceden var olan

aterosklerotik plağın yırtılması, trombositlerin ve pıhtılaşma faktörlerinin aktive olması ve buna bağlı olarak trombüs gelişimi ile damar lümenin aniden tıkanması ile kan akımının azalması veya durması sonucu gelişmektedir (Türkmen 2000; ESC 2011).

Ateroskleroz, koroner damarların iç tabakasını oluşturan intima tabakasının endotel hücrelerinde gelişen zedelenmeye karşı arter duvarında enflamatuar değişiklikler şeklinde başlamaktadır. Endotel hücre hasarı; sigara içiciliği, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, hiperhomosisteinemi gibi kolaylaştırıcı faktörlerin etkisiyle ilerlemektedir (Akın 2013; Badır ve Korkmaz 2014; Yüce 2016).

Genellikle yırtılmış veya aşınmış aterosklerotik koroner plak, akut trombozu tetikleyerek, vazokonstriksiyonla birlikte kan akımında ani ve kritik bir azalmaya neden olarak miyokardiyal oksijen sunumunda azalma yaratır (ESC 2011; Yüce 2016).

Plak yırtılması trombüs gelişimine neden olmaktadır. Sempatik sinir sisteminin aşırı uyarılması, vazokonstriksiyon, fiziksel/emosyonel stres düzeyinde artma ve sistemik/lokal inflamasyonda artma gibi durumlar, plak yırtılmasını tetiklemektedir. Enflamasyon, plak oluşumu, ilerlemesi ve tromboz oluşumunda önemli bir unsurdur. C-reaktif protein (CRP) yükselmesi, düşük düzeyli inflamasyonun klinik açıdan en yararlı göstergesi olduğu ve kararsız plakların varlığını yansıttığı kabul edilmektedir (Kusumato 2012; Badır ve Korkmaz 2014).

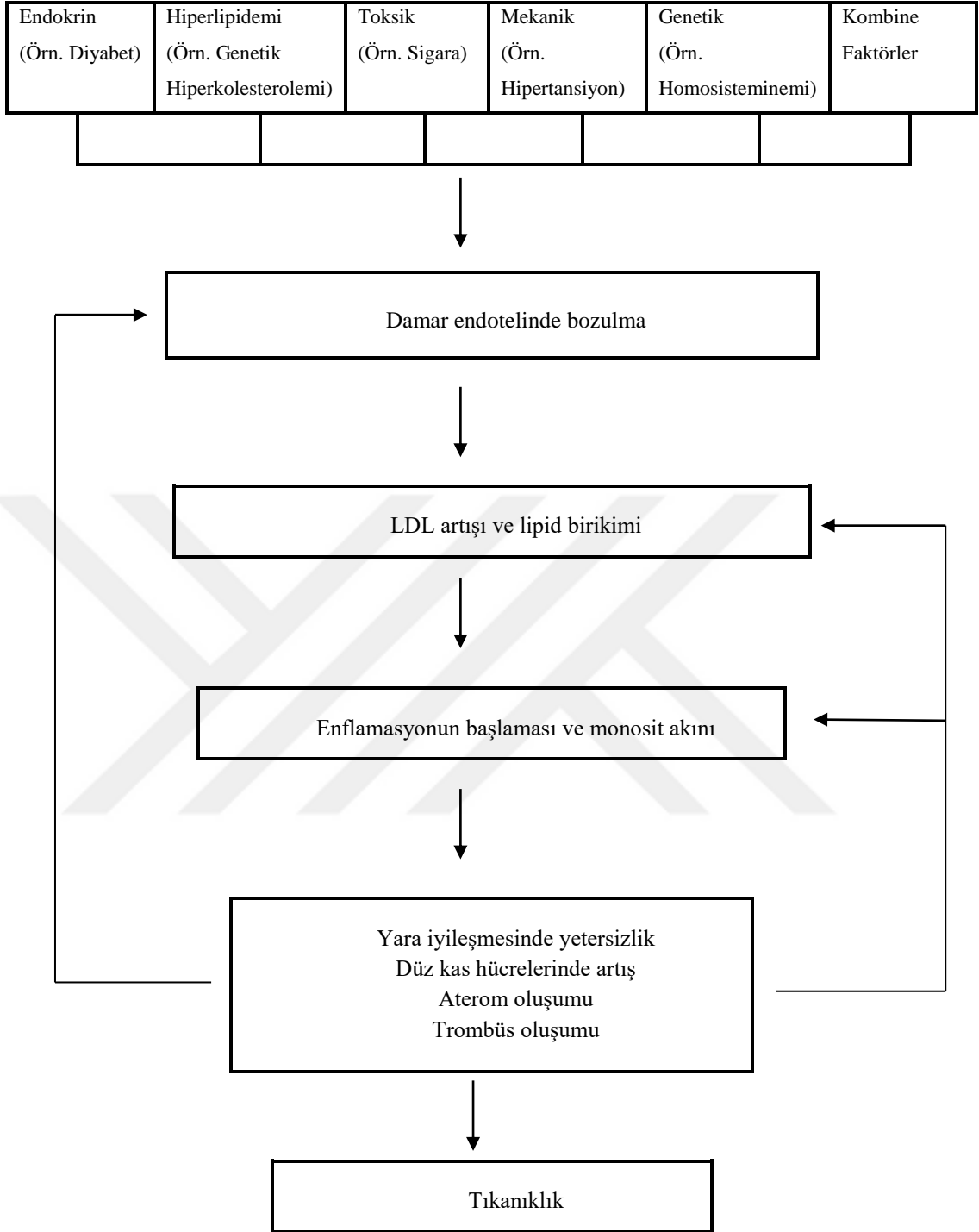
Plak yırtılmasının derecesi, total tıkanıklığın süresi, infarktüs bölgesinde kollateral gelişiminin hızı ve bu sırada miyokardın oksijen gereksinimi, oluşacak akut koroner sendromun tipini belirleyen önemli özelliklerdir (Türkmen 2000).

Az da olsa ateroskleroz dışı akut koroner sendrom nedenleri bulunmaktadır. Bunlar arasında, koroner arter anomalileri, artritler, sistemik lupus eritematozus, koroner arter disseksiyonu, emboli ve kokain kullanımı yer almaktadır (Akın 2013).

Bazı durumlarda ise hastalarda iskemik belirtiler görülmeyebilir. Buna asemptomatik iskemi denilmektedir. Asemptomatik iskeminin özellikle 3 nedeni olabilir:

- ✓ Aferen sinirlerin disfonksiyonu,
- ✓ Geçici azalmış perfüzyon ve
- ✓ Hastadan hastaya değişen ağrı eşikleri. Hastaların %70-80'i asemptomatik seyretmektedir (Kusumato 2012).





Şekil 2. Aterosklerotik Lezyon Gelişimi.

(Kaynak: Brown WV. Atherosclerosis: risk faktors and treatment. In: Braunwald E, editor. Essantial atlas of heart diseases. Philadelphia: Appleton & Lange; 1997. p. 1.1; Türkmen E. Akut koroner sendromların tanımı, risk faktörleri ve fizyopatolojisi. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi. 2000; 4(1): 15-21.)

4.2.5. Akut Koroner Sendrom Tipleri

Akut koroner sendromlar, EKG'deki ST segment değişikliklerine göre iki ana gruba ayrılmaktadır:

1. ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü (STEMI)
2. ST elevasyonsuz Akut Koroner Sendromlar
 - Stabil Olmayan (Unstabil) Anjina Pektoris (USAP),
 - ST Elevasyonsuz Miyokard İnfarktüsü (NSTEMI) (ESC 2011; Yüce ve Kantarcı 2016).

ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü (STEMI)

Majör koroner arterlerden birinin plak rüptürü, yırtılması, erozyonu sonrası üzerine kollateral dolaşım ile kompanse edilmesi mümkün olmayan tıkaçıcı trombüs oluşması ile tam tıkanma sonucu gelişir (White 2007; Yüksel ve Şahin 2011; Yılmaz 2011; Özpelit 2013; Dedeli ve Kaptan 2014).

ST Elevasyonsuz Miyokard İnfarktüsü (NSTEMI)

Koroner arter hastalığı zemininde gelişen uygun klinik koşullarla birlikte ST segment yükselmesi olmaksızın miyokard nekrozunu yansıtan belirteçlerin pozitif olması ve elektrokardiyografik ST segment depresyonu ve/veya belirgin T dalgaları değişimiyle tanımlanır (White 2007; Aktürk ve ark. 2008; Meriç 2012).

Stabil Olmayan Anjina Pektoris (USAP)

Göğüs veya kollarda yeri tam olarak lokalize edilemeyen, derinden gelen, nadir olarak ağrı olarak tanımlanan, daha çok ağırlık ya da baskı hissi tarzında, fiziksel egzersiz ya da emosyonel stresle ilişkili, dinlenme veya dilaltı nitrat alımı sonucu 5-25 dakikada düzelebilen bir klinik durumdur (White 2007; Aktürk ve ark. 2008; Özdemir ve Altunbaş 2011; Yüksel ve Şahin 2011; Dedeli ve Kaptan 2014).

4.2.6. Risk Sınıflaması

Akut koroner sendrom; atipik göğüs ağrısı, nonspesifik elektrokardiyografi (EKG) değişiklikleri, normal sınırlarda kardiyak enzim değerleri olan hastalarla EKG’de ST elevasyonlu miyokard infarktüsü ve kardiyojenik şoka kadar giden klinik tablolarla geniş ve heterojen bir hasta popülasyonunu kapsamaktadır. AKS’un heterojen bir yapıya sahip olması ve hasta sayının fazla olmasından dolayı erken risk sınıflandırması; kısa ve uzun dönemde yüksek risk taşıyan hastaları belirlemek açısından önemlidir. AKS’larda risk sınıflamasının yapılması, hastanın nerede yatırılıp takip edilmesi gerektiğinin ve tedavisinin nasıl planlanacağıının (erken girişimsel, medikal) belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Kırılmaz 2013; Doğan ve ark. 2015).

Bugün için AKS sınıflamasında kullanılan iki temel kılavuz Tablo 4.2.6.1 ve Tablo 4.2.6.2’de gösterilmiştir. Ayrıca günümüzde kullanılabilecek Thrombolysis In Myocardial Infarction (TIMI) risk skoru, Global Registry of Acute Coronary Event (GRACE) risk skoru, Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) risk skoru, Fragmin during Instability in Coronary Artery Disease (FRISC) risk skoru, Kararsız Anjında Trombosit Glikoprotein IIb/IIIa: Integrilin Tedaviyle Reseptör Baskılama (PURSUIT) ve CRUSADE kanama risk skoru gibi çeşitli risk skorlama modelleri de geliştirilmiştir. Bu skorlama sistemleri, erken girişimsel ve agresif tedaviden fayda sağlanacak hastaların belirlenmesinde faydalı yöntemler olup hepsinde skor değeri arttıkça erken ve geç dönem olay riskinde artış olmaktadır (Aktürk ve ark. 2008; Kırılmaz 2013; Erkuş ve ark. 2013).

Kısa ve orta vadede iskemik olayları öngören bu risk skorları arasında en yaygın biçimde GRACE ve TIMI risk skorları kullanılmaktadır. TIMI skorlamasında 0-2 kriter varsa düşük risk, 3-4 kriter varsa orta risk, 5-7 kriter varsa yüksek risk grubu olarak sınıflandırılmaktadır (Aktürk ve ark. 2008). GRACE oldukça kompleks bir skorlama olup hesaplamayı gerektirmektedir. Ancak özellikle taburculuk veya hastaneye yatış kararında oldukça faydalı olduğu kabul edilmektedir. TIMI skoru kullanımı kolay ancak etkinliği daha düşüktür (Çevik 2016).

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından geliştirilen SCORE ise; kardiyovasküler hastalık riskinin yüksek olduğu toplumlarda 10 yıllık ölümcül aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riskini hesaplamak amacıyla kullanılmaktadır. Bu hesaplama sisteminde, bireyin yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, sistolik kan basıncı ve total kolesterol gibi risk faktörleri göz önüne alınarak hesaplama yapılmakta ve risk hesaplamasında daha net ve belirleyici olduğu ifade edilmektedir. Günümüzde Türk toplumuna uyarlanmış ve geçerliliği kabul edilen bir sistem henüz bulunmadığından, toplam kardiyovasküler risk değerlendirmesinde SCORE sisteminin kullanımını Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) tarafından önerilmektedir (TEMED 2015).

Tablo 4.2.6.1. ACC/AHA Kılavuzuna Göre Risk Sınıflaması

	Yüksek Risk Aşağıdakilerden en az birinin varlığı	Orta Risk Yüksek risk bulgusu olmadan aşağıdakilerden en az birinin varlığı	Yüksek Risk Yüksek-orta risk olmadan aşağıdakilerden birinin varlığı
Öykü	Son 48 saatte iskemik semptomların hızlanması	Geçirilmiş MI, SVO, periferik damar hastalığı, by-pass, aspirin kullanımı	
Ağrı Özelliği	Uzayan, devam eden dinlenme ağrısı (20 dk üzeri)	Uzamış, geçmiş dinlenme ağrısı, nitrat veya dinlenmeye yanıt veriyor	Son iki haftada başlamış CCS III-IV anjına
Klinik	Akciğer ödemi, yeni/artan mitral yetmezlik, S3, yaş raller, hipotansiyon, bradikardi, taşikardi, 75 üstü yaş	70 üstü yaş	
EKG	Dinlenme anjinası ile 0.5 mm üstü geçici EKG değişikliği, yeni dal bloğu, sürekli VT	2 mm üstü T dalgası negatifliği, patolojik Q dalgası	Ağrı sırasında normal veya değişmeyen EKG
Kardiyak Belirteçler	cTnT veya I 0.1 ng/ml üstünde	cTnT veya I hafif artmış 0.1-0.01 ng/ml	Normal

(Kaynak: Tokgözoğlu L. akut koroner sendromlarda tanımlama ve risk belirleme. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji, Akut Koroner Sendromlar Özel Sayısı, 2004; 17(2): 72-75.)

Tablo 4.2.6.2. Avrupa Kalp Derneği'ne Göre AKS'larda Risk Sınıflaması

<u>Yüksek Risk</u>	<u>Düşük Risk</u>
Tekrarlayan iskemi: Tekrarlayan göğüs ağrısı/dinamik ST değişikliği, troponin yüksekliği, hemodinamik bozukluk gelişmesi, tekrarlayan VT-VF	Gözlem süresinde iskeminin tekrarlamaması, troponin/enzim yüksekliği olmaması, ST değişikliği olmaması (normal EKG veya yalnız T değişikliği)

(Kaynak: Tokgözoğlu L. akut koroner sendromlarda tanım ve risk belirlemesi. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji, Akut Koroner Sendromlar Özel Sayısı, 2004; 17(2): 72-75.)

Akut koroner sendromlarda yukarıda özetlenen yaklaşım ve kılavuzlar kullanılarak riskin belirlenmesi; hastaya en doğru, en etkin ve maliyet yararlanımı yüksek yaklaşımda bulunulmasını sağlamaktadır. Güncel kılavuzlar da tedavi kararı verilmesinde risk skorlama sistemlerinin kullanılmasını tavsiye etmektedir (Erkuş ve ark. 2015; TEMD 2015).

4.2.7. Tanı Yöntemleri

- **Fizik Muayene:** Akut koroner sendromların fizik muayene bulguları hastanın risk düzeyini belirleme açısından oldukça faydalıdır. Fizik muayenede hastanın bulguları genellikle normal sınırlarda olmakla birlikte, akut koroner sendroma eşlik eden nonkardiyak veya noniskemik kalp hastalıklarına ait bulgular saptanabilmektedir. AKS şüphesi olan her hastanın mutlaka solunum ve dolaşım sistemi muayenesi yapılması gerekmektedir. Bu bilgilerin elde edilmesinde Killip-Kimball tarafından geliştirilen bir sınıflama kullanılmaktadır.

Bu sınıflamaya göre;

Sınıf 1'de yer alan hastalarda ral yoktur ve S3 duyulur.

Sınıf 2'de yer alan hastalarda raller akciğer sahalarının yarısından azında duyulur, S3 var ya da yoktur.

Sınıf 3'e giren hastalarda ise her bir akciğer sahasının yarısından fazlasında raller duyulur ve sıklıkla pulmoner ödem vardır.

Sınıf 4 kapsamındaki hastalarda ise kardiyojenik şok tablosu gelişmiştir (Balbay 2004; Yeşilbursa 2005; Öngen 2008).

- **Elektrokardiyografi (EKG):** Elektrokardiyografi, anamnez ve fizik muayeneden sonra en önemli tanı kriterlerinden biridir ve hem tanısal değer taşır hem de prognoz hakkında bilgi verir. Akut koroner sendromdan şüphe edilen hastalarda tanı amacı ile ilk olarak, dinlenme halinde standart 12 derivasyonlu EKG çekilmelidir. İlk EKG, AKS'lu olguların yaklaşık %50'sinde tanı koydurucudur. Akut infarktüsli olguların yaklaşık %10'unda EKG normal olabilir (Yeşilbursa 2005; Mercanoğlu 2009; Badır ve Korkmaz 2014).

- **Efor veya diğer stres testleri:** Akut koroner sendrom şüphesi olan hastaların yürüme bandında belirli hız ve eğilimde yürütülmesi işlemidir. Amaç, kalp hızının yükseltilerek, bu esnada oluşacak göğüs ağrısı ve EKG kaydındaki değişiklikleri ortaya çıkararak tanıya yardımcı olmasıdır (Yeşilbursa 2005; Badır ve Korkmaz 2014).

- **Biyokimyasal belirteçler:** Miyokard hücresinde hasarlanma olduğunda kanda kardiyak enzimler yükselmektedir. Biyokimyasal belirteçler tanı ve prognoz tayininde önemli rol oynamaktadır (Aksungur ve Türköz 2016).

Kreatin Kinaz ve İzotopları

Vücudumuzda, CK-MM (iskelet kası), CK-MB (kalp kası) ve CK-BB (beyin dokusu) olmak üzere üç tane kreatin kinaz (CK) enzimi bulunmaktadır. CK-MB kardiyak izoenzimdir ve kardiyak hücrelerde bulunur. Serumda CK-MB düzeyi, göğüs ağrısını takiben üç-altı saat sonra yükselir, 12-18 saat içerisinde en yüksek düzeyine ulaşır ve üç-dört gün içinde normale döner. MI tanısında en önemli göstergedir. Bununla birlikte miyokard hasarına neden olan herhangi bir olayda da (kardiyopulmoner resüsitasyon, koroner arter by-pass cerrahisi, trombolitik tedavi gibi) artış gösterir. Total CK ve CK-MB düzeyleri infarktüs büyüklüğü ile koreledir ve prognoz tayininde önemli bir yere sahiptir (Akdemir ve Birol 2004; Badır ve Korkmaz 2014; Aksungur ve Türköz 2016).

Kardiyak Troponinler

Troponin, I, T ve C olmak üzere üç tane izomeri bulunan, miyokardiyal kontraktiliteyi regüle eden yapısal bir proteindir. Miyokard hasarında, kanda kardiyak spesifik troponinler (cTnT ve cTnI) yükselmeye başlar. AMI'nde troponin I ve T değeri 3-6 saatte yükselir, 12 saatte en üst seviyeye ulaşır, 7-10 gün yüksek kalır. Miyokardiyal hasarı tespit etmede önemli ve güvenilir bir belirteçtir (İnce ve ark. 2007; Avcıküçük ve ark. 2011; Aksungur ve Türköz 2016).

Laktik Dehidrogenaz (LDH)

Laktik dehidrogenaz (LDH) kalp kasında oldukça fazla oranda bulunur ve miyokard hasarı olduğunda seruma salınır. Miyokard hasarı olduktan 14-24 saat sonra yükselir, 48-72 saat içinde pik yapar ve 7-14 gün içinde normal düzeyine iner (Aksungur ve Türköz 2016).

Miyoglobin

Miyoglobin oksijen taşımaya yardım eden ve hem içeren bir proteindir. Miyoglobin de CK-MB gibi kalp ve iskelet kasında bulunur. Kandaki düzeyi infarktüs durumunda 2-4 saatte yükselmeye başlar, 8-12 saatte başlangıç düzeyine iner. Yükselmiş miyoglobin seviyesi akut kardiyak durumlar için non-spesifik bir göstergedir. Ancak 4-6 saatlik süre içinde miyoglobinde artış olmaması veya altı saat geçtikten sonra artış olmaması, kardiyak hasarı ekarte etmek için doğru bir kriterdir (Akdemir ve Birol 2004; Yeşilbursa 2005; Badır ve Korkmaz 2014).

Serum **AST** (SGOT / Glutamat-Oxalasetat Transaminaz) düzeyi göğüs ağrısının başlamasından sonraki birkaç saat içinde yükselir, 12-18 saat içinde pik yapar ve üç-dört gün içinde normal düzeyine iner (Aksungur ve Türköz 2016).

Lökosit sayısı MI'nün ikinci gününden sonra yükselir ve bir haftada normale döner, 10-12.000 mm³ arasındadır. Eritrosit sedimentasyon hızı birinci ve ikinci günlerde genellikle normaldir, dördüncü-beşinci günlerde yükselir ve birkaç hafta sürebilir (Badır ve Korkmaz 2014).

• **Ekokardiyografi:** Ekokardiyografi, kalbin morfolojik ve fonksiyonel durumu hakkında bilgi veren bir tanı yöntemidir. Ekokardiyografi ile kalbin duvar

hareketleri, kalınlıkları, sistolik ve diyastolik fonksiyonlar, diyastol sonu basınç yüksekliği hakkında bilgi edinilir. AKS olgularında tanı, takip ve prognoz tayininde son derece yararlıdır (Özer 2011; Keleş 2012; Özpelit 2013).

- **İnvaziv tanı yöntemleri:** Koroner anjiyografi ve kalp kateterizasyonu, invaziv tanı yöntemleri arasında yer almaktadır. Akut koroner sendromlu hastalarda infarkt bölgesini besleyen koroner arterin tıkanıklık derecesinin belirlenmesi amacıyla anjiyoplasti, trombolitik tedavi için kardiyak kateterizasyon yapılabilir (İşkesen ve Kurdal 2011).

- **Manyetik rezonans görüntüleme (MRG):** Kardiyak görüntüleme, günümüzde çok yaygın olarak kullanılmasa da, kalp damar hastalıklarının tanılanmasında kullanılabilen bir yöntemdir. Bu görüntüleme tekniğinde, kalbin fonksiyonel kapasitesi, perfüzyon durumu ve nedbe dokusu varlığı hakkında bilgi edinilir. Çeşitli çalışmalar, kardiyak manyetik rezonans görüntüleme tekniğinin akut koroner sendrom teşhisinde yararlı olduğunu göstermiştir. (Diren ve Belet 2004; Şahin ve ark. 2013).

4.2.8. Kısıtlılık ve Semptomlar

Akut koroner sendromların en sık rastlanan ve en tipik belirtisi miyokard iskemisi sonucu gelişen göğüs ağrısıdır. Ağrı koroner arterlerde tıkanma veya daralma sonucu miyokardiyal kan akımının azalması sebebiyle oluşur. Ağrı tipik olarak retrosternal bölgededir; ciddi, baskı şeklinde ortaya çıkar ve genellikle güçlü, sıkıştırıcı, ezici türdedir. Bununla birlikte, boyun, kollar veya sırt olmak üzere göğsün her bölgesinde görülebilmektedir. Yayılımı sıklıkla sol kola olmakta, ancak bazen her iki kola, sırtta, omuzlara, çeneye ya da boyna da yayılım gösterebilmektedir. Anjina belirtileri hastadan hastaya farklılık göstermekle birlikte çoğu hasta tarafından anjina belirtileri ağrıdan çok, rahatsızlık ve baskı hissi olarak tariflenmektedir. Ağrı, dispne veya senkop gibi diğer belirtiler tarafından gölgelenmiş veya nadir olarak infarktüs tamamen ağrısız olarak gelişmiş olabilir (Öngen 2008; Baltacı ve Öztürk 2011; Badır ve Korkmaz 2014).

Dispne, kalp hastalığının eski ve en yaygın belirtisidir. Ancak subjektif bir belirti olması nedeniyle, her zaman tanımak kolay değildir, bazı bireylerde nefes alıp verme süresinde kısılma olabilir ama bunu fark edemeyebilirler (Badır ve Korkmaz 2014).

Hastaların kan basıncı normal, düşük ya da yüksek olabilir. STEMI’de vagal hakimiyetin etkisi ile hastalar hipotansif olmaya eğilimlidir. Bunun dışında aşırı kusmaya bağlı hipovoleminin artmasına bağlı, AKS tedavisinde kullanılan nitratlar beta blokerler gibi ilaçların etkisine bağlı hipotansiyon görülebilir. Artmış sempatik aktivasyonun yarattığı etki nedeniyle hipertansiyon ve taşikardi görülebilir (Komşuoğlu 2000).

Akut koroner sendromlu hastalarda genellikle cilt soluk ve terlidir. Miyokard hücrelerinden salınan toksinler ve otonomik uyarıya bağlı bulantı, kusma, hipotansiyona ve kalp yetersizliğine bağlı dispne; bradikardilere bağlı senkop, konfüzyon ve oryantasyon bozukluğu görülebilir (Kaplan ve Dedeli 2014; Badır ve Korkmaz 2014).

Kardiyovasküler hastalıklar bireylerde yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen cinsel disfonksiyona neden olabilir. Yapılan çalışmalar, MI sonrası cinsel disfonksiyon prevalansının her iki cinsten de yüksek olduğunu (%50-75) göstermektedir. (Özcanlı ve Çınar 2015).

Kardiyovasküler hastalıklarda cinsel disfonksiyona neden olan faktörler arasında; semptomatik kalp hastalığının ruhsal etkisine bağlı libido azalması, libidonun normal olmasına rağmen korku nedeni ile cinsel ilişkiden kaçınma, depresyon, cinsel aktivitedeki yaşa bağlı değişiklikler, ilaçlara bağlı disfonksiyon (metildopa, tiazidler, spironolakton vb.) ve diğer risk faktörlerine (diyabet, hiperlipidemi, sigara içme vb.) bağlı vasküler değişiklikler sayılabilir (Demir ve Özer 2014).

Son 30 yıl içerisinde ölüm nedenlerinin başında gelen kalp hastalıkları ve özellikle MI, hastaların fiziksel ve psikolojik durumlarında görülebilen hızlı, ani değişiklikler, yapılan tedaviler ve kardiyak hastalara özgü davranışsal sorunlar nedeniyle psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır (Bulduk ve ark. 2017).

İleri derecede ve uzamış iskemiye bağlı olarak gelişen irreversibl miyokart hasarı ve nekrozu olarak tanımlanan MI'nde akut fazda ciddi emosyonel zorlanma söz konusudur. Bunun temelinde ölüm korkusu vardır. Bu hastalarda en büyük kaygı kaynağı ölüm korkusudur. MI geçiren hastaların en fazla yaşadıkları psiko-sosyal sorunların; korku, kaygı, depresyon, deliryum, anksiyete, uyku bozuklukları, tedaviyi reddetme, agresif patlama, inkar, uyum güçlüğü, panik hal, psikoz ve travma sonrası stres bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Bulduk ve ark. 2017).

Akut koroner sendromlarda gelişen infarktüs sonrasında hastalarda bazı komplikasyonlar oluşabilmektedir. Infarktüs sonrası taburculuk planlaması yapılmamış, hasta ve ailesi bakım konusunda yeterli düzeye gelmemiş hastalar taburculuk sonrası ciddi komplikasyonlar ile tekrar hastaneye dönmektedirler. Bu komplikasyonlar; iskemik, mekanik, aritmik, embolik veya inflamasyona bağlı gelişebilir. Bu komplikasyonlar arasında sol/sağ ventrikül yetersizlikleri, mekanik kardiyak komplikasyonlar, sol ventrikül (SV) anevrizması, sistemik tromboemboliler, tekrarlayıcı miyokard iskemi atakları, aritmiler ve ileti bozuklukları, perikardit, perikardiyal efüzyonlar, dressler sendromu, serebrovasküler olay, kardiyojenik şok ve ani kardiyak ölüm yer alır. Gelişen her bir komplikasyonun tedavisi altta yatan patofizyolojik mekanizmaya bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu nedenle bu tarz komplikasyonların zamanında teşhisi hayat kurtarıcı olabilmektedir (Soylu 2011; Eryılmaz ve Akgüllü 2013; Demir ve Özer 2014).

4.2.9. Akut Koroner Sendromlarda Tedavi

ST Elevasyonsuz Akut Koroner Sendromlarda Tedavi: Akut koroner sendromlarda risk sınıflaması, tedavi stratejilerini belirlemek ve prognoz hakkında fikir sahibi olmak için kritik öneme sahiptir. Hastanın anamnezi, fizik muayene bulguları, EKG sonuçları, serum markerları, sol ventrikül fonksiyonları koroner anatomi ölüm ve non-fatal iskemik olay riskinin tahmininde yol göstericidir. Risk sınıflamasına göre düşük risk sınıfında olan hastalar erken taburcu edilebilir. Orta derecede riske sahip hastalar medikal tedavi alırken, yüksek risk parametreleri

açısından yakından izlenmeli veya erken anjiyografiye yönlendirilmelidir. Yüksek riske sahip hastalar ise erken anjiyografiye ve anatomileri uygunsa revaskülarizasyona gönderilmelidir (Doğan ve ark. 2011; <http://www.tihud.org.tr>, Erişim Tarihi: 05.09.2017).

Akut koroner sendrom tedavisinde amaç; göğüs ağrısının giderilmesi, hemodinamik durumun düzeltilmesi ve miyokardın oksijen gereksiniminin azaltılmasıdır.

ST elevasyonsuz MI tedavisi;

1. Antiiskemik Tedavi:

- Beta blokörler
- Nitratlar
- Kalsiyum kanal blokörleri (Diltiazem, verapamil)

2. Antitrombositler Tedavi:

- Aspirin
- Glikoprotein IIb/IIIa reseptör antagonistleri
- Trombosit ADP inhibitörleri (Ticlopidin, clopidogrel)

3. Antikoagulan Tedavi

4. Mekanik revaskülarizasyon (Perkütan Transluminal Koroner Angioplasti-PTCA)

5. Heparinler (Standart heparin ve düşük molekül ağırlıklı heparin)

6. Lipid düşürücü tedavi (Statinler)

9. Morfin sülfat (Doğan ve ark. 2011; Zungur ve Evrengül 2011; www.tihud.org.tr, Erişim tarihi:15 Temmuz 2017).

ST Elevasyonlu Akut Koroner Sendromlarda Tedavi: Miyokard infarktüsüne bağlı ölümlerin çoğu belirtilerin başlamasından sonraki ilk saatlerde ventrikül fibrilasyonu (VF) nedeni ile olmaktadır. Erken tedavi, hastaların mortalite ve morbidite oranlarında büyük düşüş sağlamaktadır. Bu nedenle, hastanın uyarı belirtilerini bilmesi ve hastane öncesi dönemde MI tanısının konularak erken tıbbi müdahaleye başlanması son derece önem arz etmektedir (Boydak 2001).

Tedavide temel amaç, göğüs ağrısının giderilmesi, hemodinamik durumun düzeltilmesi, miyokardın oksijen gereksiniminin azaltılması, miyokarda kan ve

oksijen sunumunun arttırılması ve komplikasyonların önlenmesidir (Mert 2007; Kaplan ve Dedeli 2014; Badır ve Korkmaz 2014).

Oksijen

Miyokardın oksijen ihtiyacını azaltmak, miyokarda oksijen sunumunu arttırmak ve hipoksemi önlemek amacıyla ilk iki saat içinde nazal kanül ile 2-4 litre oksijen uygulanmalı; hastanın oksijen satürasyonu (SPO₂) takibi yapılmalı ve doktor tarafından alınan arter kan gazı değerleri incelenerek değişiklikler kaydedilmelidir (Komşuoğlu 2004; Olgun 2006).

Analjezikler

MI'nde iskemiye bağlı gelişen ağrıyı tedavi etmek ve anksiyeteyi azaltmak amacıyla intravenöz (IV) olarak 2-4 mg morfin uygulanmaktadır. Morfin, opioid reseptörlerini uyararak analjezi oluşturmakta ve hastanın ağrı algısını değiştirmektedir. Morfinin vazodilatör ve arteryal dilatör etkisi de preload (ön yük) ve afterloadu (son yük) azaltıcı etki göstermekte ve böylece kalbin iş yükü azalmaktadır.

Nitratlar

Nitratlar ve benzer sınıflarının (sindoniminler gibi) tedavideki yararları periferik ve koroner dolaşım üzerine etkileriyle ilişkilidir. Başlıca tedavi edici etkisi, miyokard önyükü ve sol ventrikül diyastol sonu volümde azalmayla ve sonuçta miyokardın oksijen tüketiminde azalmaya yol açan vazodilatör etkilerle ilişkilidir. Ayrıca nitratlar hem normal hem de aterosklerotik koroner arterleri genişletmekte ve koroner kolleteral kan akışını hızlandırmaktadır. Böylece göğüs ağrısını azaltıcı etki de gösterirler. Ağrı için dilaltı nitrat beş dakika ara ile üç doz verilebilir. Hastaneye kabulü gerektiren NSTEMI olgularında semptomların giderilmesi ve ST çökmesinin düzelmesi açısından intravenöz nitratlar dilaltı nitratlardan daha etkilidir. Devam eden ağrısı olan hastalarda ilk 48 saat intravenöz nitrat tedavisine devam edilir. Yan etkiler oluşmadıkça (baş ağrısı ve hipotansiyon) semptomlar (anjina ya da dispne) geçene kadar doz artımı yapılabilir.

Beta Blokerler

Beta blokerler, kalp hızını ve kalbin kasılma gücünü azaltır, atriyo-ventriküler iletiyi yavaşlatır ve kan basıncını düşürücü etki yapar. Miyokardın oksijen istem ve sunumunu dengeler. Kontrendike bir durum yoksa infarktüsün 12-24 saati içerisinde IV yolla, izleyen dönemde de oral yolla verilmesinin infarktüsün ilk hafta içerisindeki mortalite oranını yaklaşık olarak % 13 azalttığı bulunmuştur (Herlitz ve ark. 1988)

Anjiotensin Çevirici Enzim İnhibitörleri (ACEİ)

Anjiotensin çevirici enzim (ACE) inhibitörleri akciğerlerde anjiyotensin I'in anjiyotensin II'ye dönüşmesini engelleyerek kan basıncını düşürür, böreklerden sodyum ve minerallerin salınmasını sağlar (diürez), kalbin oksijen desteğini artırır. MI sonrası ACE inhibitörlerinin kullanımı sağ kalım oranını artırır ve kalp yetmezliği ile ilişkili olan miyokardiyal hücrelerdeki değişimi önler (Altınbaş ve Ersoy 2011; ESC 2011; Doğan ve ark. 2011).

Özellikle anterior MI geçiren, kalp yetersizliği olan, ejeksiyon farksiyonu %40'ın altında olan hastalara reperfüzyon tedavisi bittikten ve kan basıncı stabilize olduktan sonra ve ilk 24 saat içinde başlanmalıdır. Sistolik tansiyon <100 mmHg, bilateral renal arter darlığı ve ciddi böbrek yetersizliği olan hastalara ACE inhibitörleri verilmemelidir (Öngen 2008; Çevik 2016).

Aspirin

Aspirin, trombositlerin fonksiyonlarını kalıcı biçimde inhibe eden siklooksijenazları (COX-1) hedefleyerek tromboksan A₂ oluşumunu engeller. Aspirin tedavisi MI şüphesi bulunan bütün hastalarda uygulanmalıdır. MI mortalitesini yaklaşık %20 oranında azaltır ve trombolitik tedaviden sağlanan faydaya ek yarar sağlar (Oktay 2002; Uzuner 2012).

Heparin

ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü geçiren bireylerde infarktüs bölgesinde yeni gelişecek trombüsleri engellemek amacıyla verilir. Heparin verilen hastalarda aPTT değeri mutlaka değerlendirilmelidir. aPTT, başlangıç değerinin 2-2,5 katı kadar çıkabilir (ESC 2013; Badır ve Korkmaz 2014).

Heparin uygulanan hastanın kanama belirti ve bulguları (peteşi, hematom, ekimoz, hematüri, hematemez, melena ve mental durumda değişiklikler gibi) açısından değerlendirmesi yapılır. Hastanın laboratuvar bulguları (koagülasyon parametreleri) değerlendirilir. Hastaya uygulanacak vasküler girişimler minimal düzeyde tutulur. (Mert 2007; TKD 2007; Badır ve Korkmaz 2014).

Glikoprotein IIb/IIIa Reseptör Antagonistleri

Glikoprotein IIb/IIIa trombosit yüzeyi üzerinde en sık bulunan proteindir. Aktive olmuş trombosit, bu proteinin reseptörlerinin fibrinojene daha kolay bağlanmasını sağlamaktadır. Glikoprotein IIb/IIIa reseptör antagonistleri, bu reseptörü inhibe ederek trombositlerin depolanmasını ve agregasyonunu önlerler. Bu ilaçların esas endikasyonları acil veya kısmen acil olarak perkütan girişim yapılan (özellikle stent implante edilen) veya planlanan UAP ve MI olgularıdır. En sık görülen komplikasyonu ise kanamadır ve ciddi trombositopeni vakalarının %1-7'sinde ortaya çıkmaktadır (Öngen 2008; ESC 2013; Türk 2013).

Yeni Nesil Antikoagülan Tedaviler

Akut koroner sendrom tedavisinde trombin oluşumunu ve/veya aktivitesini engelleyerek trombüsle ilişkili olayları önlemek amacıyla kullanılırlar. Rivaroksaban ve apiksaban doğrudan oral faktör Xa inhibitörü olarak etki gösterirken; oral trombin inhibitörü olan dabigatran ise bir ön ilaç olup, plazma esterazlar tarafından aktifleştirilmektedir (Alexander ve ark. 2011; Mega ve ark. 2012; Türk 2013; Kocabaş 2014).

Antikoagülan tedavi alan hastalarda kanamaya eğilim artacağından kanama belirtileri izlenir. Hastanın laboratuvar bulguları değerlendirilir. Hastaya uygulanacak vasküler girişimler minimal düzeyde tutulur (Badır ve Korkmaz 2014).

Trombolitik Tedavi

Trombolitik ajanlar (direkt veya indirekt plazminojen aktivatörü olarak), bir proenzim olan plazminojeni aktif enzim formu olan plazmine dönüştürerek etki gösterirler. Plazmin, fibrinojen ve/veya fibrini parçalayarak pıhtıyı eritir. Trombolitikler fibrine spesifik olan ve olmayanlar trombolitikler olarak sınıflandırılmaktadır. Streptokinaz gibi fibrine spesifik olmayanlar, hem dolaşımdaki hem de pıhtıya bağlı plazminojeni plazmine çevirerek yalnız pıhtıdaki fibrini eritmekle kalmaz sistemik fibrinolyze ve fibrinojenolyze yol açarlar (Aktürk 2008).

Trombolitikler, infarktüs bölgesindeki trombüsü eriterek tekrar kan akımını sağlar, infarktüs alanını sınırlandırır, sol ventrikül işlevlerini düzeltir, mortalite ve morbidite oranlarını azaltır (Badır ve Korkmaz 2014).

Koroner oklüzyondan 20 dakika sonra miyosit ölümü başlar. Bu nedenle trombolitik tedavinin etkili olabilmesi için MI'ı düşündüren bulguların ortaya çıkışından sonra 3-6 saat içinde uygulanması gerekir. Miyokard infarktüsü tanısı EKG ile kanıtlandıktan sonra trombolitik tedaviye başlanmalıdır. Trombolitik tedavi sayesinde MI geçiren hastaların ilk 12 saatte 1000 hastadan dokuzunun, ilk üç saatte 20'sinin, ilk 60 dakikada ise 65'inin yaşamı kurtarılabilmektedir. Seçilen trombolitik ajan hastanın trombolitik tedaviye uygunluğu açısından ilk 30 dakika içinde değerlendirilmeli ve hemen hastaya trombolitik tedavi başlanmalıdır (Akdemir ve Birol 2004; TKD 2009; ESC 2011; Badır ve Korkmaz 2014).

Koroner tromboliz için seçilecek ilaçlar; streptokinaz, ürokinaz, alteplaz (t-PA), streptokinazın bir türü olan asetil plazminojen aktivatör kompleks (APSAC), reteplaz ve tenektoplaz'dır (Akdemir ve Birol 2004; TKD 2009; ESC 2011; Badır ve Korkmaz 2014).

Yaygın olarak kullanılan trombolitik ajanlar ve veriliş şekilleri şöyledir:

1. Streptokinaz: 1,5 milyon ünite streptokinaz 100 ml serum fizyolojik veya %5 dekstroz içerisinde ve infüzyon pompası ile 30-60 dakikada verilmelidir. Hızlı verilmesi, reperfüzyon şansını artırırken, hipotansiyon gelişme riskini de arttırdığı için dikkat edilmelidir. Streptokinazın verildiği venöz yoldan başka hiçbir ilaç verilmemelidir.

2. Doku Plazminojen Aktivatörü / Alteplaz (t-PA): 100 mg t-PA beraberindeki 100 ml sıvı ile çalkalanmadan yavaşça eritilerek, başlangıçta 15 mg t-PA venöz yoldan bolus olarak verilir. Ardından 0,75 mg/kg (maksimum 50 mg) 30 dakikada, ardından 0,50 mg/kg (maksimum 35 mg) 60 dakikada infüzyon pompası ile verilir. İlacın verilmiş süresi 90 dakika, maksimum doz da 100 mg'dır.

3. APSAC: 5 dakika içinde IV olarak 30 mg uygulanır.

4. Ürokinaz: 1,5 milyon ünite bolus olarak ve diğer 1,5 milyon ünite 1,5 saat içinde verilir. Yaygın olarak kullanılmamaktadır.

5. Reteplaz (r-PA): 30 dakika ara ile 10 ünite + 10 ünite IV bolus olarak verilir.

6. Tenekteplaz (TNK-tPA): 60 kg'ın altındakilere 30 mg, 60-70 kg aralığındakilere 35 mg, 70-80 kg aralığındakilere 40 mg, 80-90 kg aralığındakilere 45 mg, 90 kg'ın üzerindeki ise 50 mg tek doz IV bolus olarak verilir (Akdemir ve Birol 2004; TKD 2009; ESC 2013; Badır ve Korkmaz 2014).

Trombolitik Tedavinin Endikasyonları ve Mutlak Kontrendikasyonları:

Endikasyonları

- ✓ Nitrogliserinle geçirilemeyen ve 20 dakikadan fazla süren göğüs ağrısı
- ✓ Kalbin aynı bölgesinde komşu iki derivasyonda ST segment elevasyonu
- ✓ Ağrının başlamasından sonra altı saat geçmemiş olması

Mutlak Kontrendikasyonları

- ✓ Aktif kanama ve bilinen kanama bozukluğu
- ✓ Hemorajik inme hikayesi
- ✓ İntrakraniyal damar malformasyon hikayesi
- ✓ Son zamanlarda geçirilmiş büyük ameliyat veya travma
- ✓ Kontrol edilemeyen hipertansiyon
- ✓ Hamilelik (Altınbaş ve Ersoy 2011).

Perkütan Transluminal Koroner Anjioplasti (PTCA)

Perkütan Transluminal Koroner Anjioplasti (PTCA), ciltten girilip damar yolu ile ilerleyerek koroner arterdeki darlıkların giderilmesi için geliştirilmiş invaziv bir işlem olup koroner arter hastalıklarının tedavisinde sık başvurulan bir yöntemdir. Günümüzde akut miyokard infarktüsünün tedavisinde erken dönemde tıkanıklığı açmaya yönelik koroner PTCA esas tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır. İnfarktüs sonrası ilk 4–6 saat içerisinde veya ağrısı devam eden hastalarda 24 saate kadar yapılabilir. Ancak koroner PTCA işlemi kateter laboratuvarlarının bulunduğu belli merkezlerde uygulanabilmektedir (TKD kılavuz, 2009; Akdemir ve Birol, 2003).

Genellikle femoral arter ya da ven yolu ile koroner anjiyografi yapılarak ve kontrast madde verilerek koroner arterler incelenir, plakların yer aldığı bölümler saptanır. Floroskopi yardımı ile plak saptandıktan sonra kataterin balonu belirli bir basınçla şişirilip indirilerek plak üzerine basınç oluşturma yolu ile plak parçalanmaya çalışılarak tıkalı damardan tekrar kan akımı sağlanıncaya kadar işleme devam edilir. İşlem esnasında balonun şişirilmesine bağlı olarak kan akımı azalacağından hasta göğüs ağrısı hissedebilir (Badır ve Korkmaz 2014). İşlem sonrasında hasta kanama, göğüs ağrısı, bulantı, kusma ve enfeksiyon belirti bulguları yönünden gözlemlenir. İşlem yapılan bölgedeki nabızlar kontrol edilir. Çok sayıda anjiyoplasti yapılan merkezin çalışmaları semptomlar başladıktan sonra altı saat içinde trombolizis tedavisi gören hastalarda PTKA'nin mortalite ve ventrikül fonksiyonu üzerinde yararlı olduğunu göstermektedir (İşkesen ve Kurdal 2011; Türk ve Zoghi 2011; Aykut ve ark. 2013; Bostan ve Yıldız 2013; Tunçer ve Ağaoğlu 2013).

4.2.10. Hemşirelik Yönetimi ve Taburculuk Eğitimi

Akut koroner sendromların tıbbi tedavisindeki gelişmelere rağmen, mortalite ve morbidite oranları halen yüksek seyretmektedir. Bu nedenle AKS'larda farmakolojik ve girişimsel tedavilerin yanı sıra hastane sürecindeki hemşirelik yönetimi ile hastane dışı yaşam değişikliklerini içeren taburculuk eğitiminin önemi oldukça büyüktür.

Akut koroner sendrom geçiren hastaların hemşirelik yönetiminde amaçlar;

- ✓ Hastanın sürekli olarak değerlendirilmesi,
- ✓ Göğüs ağrısının kontrol altına alınması,
- ✓ Miyokardın oksijen gereksiniminin karşılanması,
- ✓ Yaşamı tehdit eden disritmilerin tanınması ve tedavisi,
- ✓ Azalmış kardiyak out-puta bağlı komplikasyonların izlenmesi,
- ✓ Tedavi edici kritik bakım çevresinin sürdürülmesi,
- ✓ Birey ve aile üzerine olan psikososyal etkilerin tanınması,
- ✓ Yaşam tarzı değişiklikleri ve kardiyak rehabilitasyon konularında

birey ve ailesine eğitim yapmaktır (TKD 2007; Demir ve Özer 2012; Badır ve Korkmaz 2014; Türen ve Efil 2014).

Miyokard iskemisi ve nekrozuna bağlı olarak gelişen göğüs ağrısının yönetiminde; ağrının yerini, süresini, niteliğini, yoğunluğunu, yayılımını, arttıran ve azaltan faktörleri ile eşlik eden semptomları içerecek şekilde ağrı tanınması yapılır. Hastanın yatak istirahati sağlanır ve uygun pozisyon (fowler) verilir. Hekim istemine göre oksijen uygulanır, pulse oksimetre ile saturasyon takibi yapılır ve oksijen saturasyonu %90'ın üzerinde tutulacak şekilde uygulamaya devam edilir. Her ağrı epizodunda solunum, kan basıncı ve kalp hızı değerlendirilir. Hastanın 12 derivasyonlu EKG'si çekilerek yeni infarktüs olasılığı değerlendirilir. Hasta derin soluk alıp vermesi için teşvik edilir. Kardiyak ve pulmoner alanda dolaşım yüklenmesini önlemek amacıyla hastanın sıvı dengesi yakından izlenir. Hekim tarafından önerilen nitrogliserin ve morfin sülfat uygulanır. İlaç tedavisinin etkileri değerlendirilir ve ağrı 15-20 dakika içinde azalmıyorsa hekime bilgi verilir (Mert 2007; TKD 2007; Boyle ve Jaffle 2010; Demir ve Özer 2012; Türen ve Efil 2014; Badır ve Korkmaz 2014; Yüce 2016).

Hekim istemi ve ünite protokolü doğrultusunda; trombolitik tedavi, PTCA için hazırlık ve gerekli ise revaskülarizasyon için cerrahi hazırlık girişimleri planlanır. İlaç yan etkileri (atropin, sedatif ve opiatlar gibi) ve yatak istirahati sebebiyle hastada mesane distansiyonu gelişebileceğinden, mesane distansiyonu varlığı değerlendirilir (Mert 2007; TKD 2007; Badır ve Korkmaz 2014).

Kardiyak outputta azalmaya sekonder olarak sol ventrikül işlev yetersizliği sonucu sıvı yüklenmesine ve etkisiz solunum şekline bağlı gaz değişiminde bozulma gerçekleşen hastalarda solunum sayısı ve özelliği değerlendirilir. Akciğer ve kalp sesleri 4-6 saatte bir dinlenir ve değerlendirilir. Tansiyon, nabız ve vücut ısısı 2-4 saatte bir kontrol edilir. Önerildiği şekilde oksijen tedavisi uygulanır ve satürasyon takibi yapılır. Arteriyal kan gazları izlenir. Kapiller dolum kontrol edilir. Yatak başı 30-60 derece yükseltilir. Hipoksi belirti ve bulguları (Tansiyon ↓, nabız ↑, yorgunluk, halsizlik, soğuk, soluk ve nemli deri) gözlenir. Olası entübasyon için hazırlık yapılır. Kardiyak monitörizasyon yapılır. Hastada korku ve anksiyeteden dolayı hiperventilasyon gelişebileceğinden; hiperventilasyonu engellemek amacıyla hastaya işlemler hakkında bilgi verilir. Serebral hipoksemiyi fark edebilmek için hastanın mental durumu kontrol edilir. Hekim istemine göre ilaç uygulaması yapılır ve değerlendirilir. (Mert 2007; TKD 2007; Badır ve Korkmaz 2014; Sevinç 2016).

Göğüs ağrısı, ölüm korkusu ve/veya yaşam şekli değişiklikleri, bilinmeyen çevre ve yakınlarından ayrılma, tanı, testler ve tedavi ile ilgili bilgi eksikliği gibi nedenlerle anksiyete ve korku yaşayan hastalarda; anksiyete ve korkunun belirti bulguları değerlendirilir. Sakin bir ortamda hastaya güven verici, anksiyetesini azaltacak şekilde bakım verilir, hastanın sorularına açıklama yapılır. Gerekliyorsa hekim istemi ile anksiyolitikler verilir. Rahatsızlığı giderilinceye kadar hastanın yanında kalınır ve ziyaretçi sayısı kısıtlanır (Mert 2007; TKD 2007; Demir ve Özer 2012; Badır ve Korkmaz 2014; Türen ve Efil 2014).

Yatak istirahati, ağrı için kullanılan ilaçlar, ağız yolu ile beslenememe veya yumuşak diyet sebebiyle hastalarda konstipasyon riski gelişmektedir. Hastanın normal barsak eliminasyonunu sağlamak amacıyla; diyetle posa ve sıvıya yer verilir. Laksatif ve dışkı yumuşatıcı ilaçların etkinliği değerlendirilir. Valsalva manevrasının kullanılmaması için hastaya eğitim verilir. Sürgü yerine yatak yanında komot kullanması sağlanır. Barsak peristaltizmi ve motilitesini arttırmak amacıyla hastanın toleransı da göz önüne alınarak aktivite planlaması yapılır (Mert 2007; TKD 2007; Badır ve Korkmaz 2014).

Hastalarda iskemik veya nekrotik dokuya sekonder olarak gelişen elektriksel instabilite veya irritabilite nedeniyle kalp atım hızı artar veya azalır; ritim değişiklikleri ve disritmiler ortaya çıkar. Hastalara normal sinüs ritmine dönülmesi ve kan basıncının normal olmasıyla kanıtlanmış olarak şu girişimler uygulanır; apikal nabız sayılır ve kalp sesleri değerlendirilir. EKG değişiklikleri yönünden yakın izlem yapılır. Hekim istemi ile antiaritmik ilaçlar uygulanır. Serum potasyum düzeyi yakından izlenir. Antiaritmik ilaçların etkileri gözlenir ve ST segment değişiklikleri varsa hekime bildirilir (Mert 2007; TKD 2007; Demir ve Özer 2012; Akın 2013; Badır ve Korkmaz 2014).

Oksijen istem ve sunumu arasındaki dengesizlik nedeniyle ortaya çıkan ve halsizlik, yorgunluk, yaşamsal belirtilerde değişiklik, disritmi, dispne, solukluk ve terleme belirtileri ile seyreden aktivite intoleransı sorununa yönelik olarak; aktiviteden önce, bitiminde ve üç dakika sonra yaşamsal belirtiler alınır ve değerlendirilir. Aktivite sonrası taşikardi, disritmi, dispne, terleme veya solukluk olup olmadığı değerlendirilir. Hastaya öz bakım aktivitelerini yaparken yardım edilir ve sık aralıklarla özellikle yemeklerden sonra dinlenmesi sağlanır. Hastaya göğüs ağrısı, nefeste daralma, baş dönmesi, yoğun yorgunluk ve halsizlik gibi belirtiler hissettiğinde aktiviteyi sonlandırması gerektiği bildirilir. Fizyoterapist ve hekim ile işbirliği yapılır. Hastanın aktiviteleri durumuna göre planlanır (Mert 2007; TKD 2007; Akın 2013; Badır ve Korkmaz 2014).

Ayrıca trombolitik tedaviye bağlı kanama riski gelişeceğinden hastanın kanama belirti ve bulguları (peteşi, hematoma, ekimoz, hematüri, hematemez, melena, mental durumda değişiklikler) yönünden takibi büyük önem taşır. Kanama belirti ve bulguları açısından değişiklik belirlendiğinde hekime haber verilir. Aşırı sızıntı olan girişim bölgelerine 5-10 dakika süre ile basınç uygulanır. Vasküler girişimler minimal düzeyde tutulur. 24-48 saat süre ile intramüsküler ve subkutan enjeksiyon yapılmaz. Hasta bakımında kanama ve ekimoza yol açabilecek uygulamalardan (tırnaş, damara girme, kuvvetli diş fırçalama, kuvvetli bir şekilde hastayı tutup çevirme) kaçınılır. Üriner kateterizasyondan 24-48 saat süre ile kaçınılır ve gerekli ise tedaviden önce hastaya foley kateter takılır. İşlemler tamamlandıktan sonra ve ihtiyaç kalmadığı anda intravenöz kateterler hemen çıkarılır. Laboratuvar bulguları

(koagülasyon parametreleri) kontrol edilir (Mert 2007; TKD 2007; Durna 2009; Badır ve Korkmaz 2014).

Azalmış glomerular filtrasyon hızı, azalmış kalp debisi, antidiüretik hormon yapımının artması, su ve tuz tutulumuna bağlı sıvı volüm fazlalığına yönelik olarak; hastanın sıvı kısıtlaması varsa hasta ve ailesinin bu kısıtlamaya uyması sağlanır ve aldığı-çıkardığı sıvı izlemi yapılır. Hastaya semifowler pozisyonu verilir. Kilo takibi yapılarak boyun venleri ve periferel nabızlar kontrol edilir. Ödem kontrolü yapılır. Solunum sesleri dinlenir ve solunum değerlendirmesi yapılır. Hastanın oral mukozası değerlendirilir ve ağız bakımı verilir. (Akdemir ve Birol 2004; Mert 2007; TKD 2007; Akın 2013).

Akut koroner sendromlu hastalarda kalp yetersizliği gelişme riskine karşın; apeksten kalp hızı değerlendirilir ve kalp ritmi takip edilir. Disritmi gelişmesi durumunda kaydedilir ve hekime haber verilir. Her iki-dört saatte bir ve gerektiğinde kalp sesleri, periferel nabızlar ve kan basıncı izlenir. Siyanoz, solukluk ve terleme kontrolü yapılır ve hastanın idrar çıkışı izlenir. Akciğer sesleri dinlenir ve değerlendirilir. Hastanın dinlenme periyodları hasta ve hasta yakınlarıyla birlikte planlanır. Hekim istemi doğrultusunda ilaç uygulaması yapılır ve dijital kullanımı varsa hasta dijital intoksikasyonu açısından değerlendirilir. (TKD 2007; Eryılmaz ve Akgüllü 2013; Badır ve Korkmaz 2014).

Hemşirelerin eğitim rolleri kapsamında hasta eğitimi temeldir ve önemli bir yere sahiptir. Hasta eğitiminde hasta, ailesi ve yakınlarının sağlık eğitim gereksinimlerinin belirlenip karşılanması amaçlanmaktadır. Hasta eğitimi, hasta ve ailelerine bilgi, tutum, değer, davranış ve beceri kazandırmak için yapılan eğitimlerdir. Hasta bakımının her aşamasında yer alan, yeterli bilgi, beceri ve deneyime sahip hemşirelerin; planlı bir eğitim programı ile hasta eğitimi yapmaları bakım ve yaşam kalitesi düzeyinin artmasını sağlayacaktır (Bengston 2003; Türkmen ve ark. 2012; Aktürk 2016).

Taburculuk eğitimi, AKS'lu hastalar hastaneden taburcu edilmeden önce, hastanın ve ailesinin tıbbi tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin bilgi eksikliklerini gidermek, tedavi planına uyumu sağlamak ve hastanın aktif yaşamına en kısa zamanda dönmesini sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Planlı bir eğitim

programı ile kardiyovasküler mortalite, morbidite ve psikososyal sorunlar azalırken fonksiyonel kapasite, hastalığa uyum ve yaşam kalitesi yükselir (Özdoğan ve Kılıçaslan 2013; Aktürk 2016).

Taburculuk eğitimi hasta/ailenin öğrenmeye hazır olma durumu, öğrenim gereksinimleri, eğitim düzeyleri, önceki deneyimleri, aile yapısı, evdeki durumu, iş stresi, ekonomik durumu, anksiyete, depresyon veya kaygı varlığı, aktivite durumu gibi faktörler göz önüne alınarak planlanmalıdır (Irmak ve Fesci 2010; Demir ve Özer 2012; Özdoğan ve Kılıçaslan 2013).

Yaşam tarzı değişiklikleri için hasta ve ailesine verilecek olan hasta eğitiminin içeriğinde; hastalık hakkında gerekli bilginin verilmesi, kardiyovasküler risk faktörleri ve bunları azaltmanın yolları, düzenli randevu ve yaşam değişikliğinin (ilaç kullanımı, sağlıklı beslenme, kafeinli içeceklerden uzak durma, sigara ve alkol bırakma, düzenli egzersiz programı vb) önemi, ağır efor gerektiren aktivitelerden kaçınma, stresli durumlardan uzak durma, valsava manevrasından kaçınma, ideal kiloya ulaşma ve sürdürmenin önemine yönelik bilgiler de yer almalıdır. Hasta ve ailesine AKS sonrası cinsel yaşam ile ilgili danışmanlık verilmesi de rehabilitasyon sürecindeki önemli olan diğer bir konudur. MI sonrası dönemde birçok hastanın cinsel yaşamı bilgisizlik, endişe ve korku gibi nedenlerle etkilenmektedir. Hasta ve ailesi cinsel yaşamı ile ilgili soru sormaları için teşvik edilmeli ve soruları yanıtlanmalıdır. Komplikasyonsuz miyokard infarktüsünü takiben 7-10 günlük dönemden sonra hastalar cinsel yaşama devam edebilmekle birlikte bireyin buna kendini hazır hissetmesinin daha önemli olduğunun altının çizilmektedir. İki kat merdiveni rahatça çıkabilen veya saatte 4,8-6,4 km (3-4 mil) hızla yürüyen bireyler sorunsuz şekilde cinsel aktivitelerine devam edebilmektedir. Fiziksel aktivite sırasında göğüs ağrısı yaşayan hastalara cinsel aktivite öncesi profilaktik amaçla nitrogliserin almaları önerilebilir. Hastaya cinsel aktiviteden hemen önce ağır yemekten ve alkol tüketiminden kaçınmaları, ağır yemek yemiş ise ve alkol tüketiminde bulunmuş ise 1 saat kadar beklemesi önerilir. Aşırı yorgun veya stresli olduğu durumlarda cinsel aktiviteden kaçınması gerektiği vurgulanır (Akın 2013; Özdoğan ve Kılıçaslan 2013; Aktürk 2016).

Taburculuk eğitiminin başarısı için bireysel izlemin geliştirilmesi, gerçekçi hedeflerin belirlenmesi, bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin benimsenmesi, relapsların önlenmesine yönelik girişimlerin planlanması, birey ve ailesinin motive edilmesi/negatif uyarıların ortadan kaldırılması yaşam tarzı değişikliği sürecinde önem taşıyan faktörler arasındadır (Akın 2013; Çini ve Ekinci 2013; Aktürk 2016).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, akut koroner sendromlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin semptom kontrolüne ve sağlık davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın hipotezleri;

H₀: Akut koroner sendromlu hastalara hemşire tarafından verilen eğitim hastaların semptom kontrolü ve sağlık davranışlarını etkilemez.

H₁: Akut koroner sendromlu hastalara hemşire tarafından verilen eğitim hastaların semptom kontrolü ve sağlık davranışlarını etkiler.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'nde Ocak – Ağustos 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne Ocak - Ağustos 2017 tarihleri arasında başvuru yapan akut koroner sendrom tanısı almış tüm bireyler oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne Ocak – Ağustos 2017 tarihleri arasında başvuran, araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan ve araştırmanın veri toplama süresi boyunca ulaşılabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü olan; kontrol grubu için 40 ve girişim grubu için 40 olmak üzere akut koroner sendrom tanılı toplam 80 birey oluşturdu. Rastlantısal örnekleme yöntemi kullanılarak, kura ile seçilen hastaların protokol numaralarının çift ve tek olmasına göre girişim ve kontrol grubu belirlendi (Çift: girişim, Tek: kontrol grubunu oluşturdu). Çalışmanın gücü, GPOWER 3.1 programında hesaplandı ve güçlülük düzeyi %90 bulundu.

Hastaların araştırmaya dahil edilme kriterleri;

1. En az bir ay önce, miyokart infarktüsü geçiren,
2. En az bir ay önce, unstabil angina pectoris geçiren,
3. En az bir ay önce, akut koroner sendrom nedeniyle perkütan koroner girişim yapılan,
4. 18 - 75 yaş arasında olan,
5. İletişim sorunu olmayan, soruları tamamını yanıtlayabilecek yeterlilikte olan hastalar,
6. Görüşmeyi kabul eden ve Türkçe konuşabilen hastalar araştırmaya dahil edildi.

Hastaların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

1. Bilinci kapalı,
2. Kanser tanısı almış,
3. İletişim kurulamayan,
4. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, “Hasta Tanıtım Formu”, “Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili (CLASP)”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)” kullanılarak toplandı.

Hasta Tanıtım Formu: Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özellikleri, literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Kahyaoğlu Süt 2009; Erciyes2013; Eray 2014; İnangil ve Şendir 2014; Özcanlı ve Çınar 2015) . Formda kişisel özellikler (cinsiyet, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, mesleki durum, çalışma durumu, sosyal güvence, sigara-alkol kullanımı) ve hastalıkla ilgili özellikleri (klinik tanı, ne kadar süredir akut koroner sendrom hastası olduğu, başka hastalık varlığı, kontrollere düzenli gidip gitmediği) sorgulayan ifadeler yer almaktadır.

Kardiyovasküler kısıtlılık ve semptomlar profili (CLASP): Lewin ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, Atik ve Çınar (2012) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,92 bulunmuştur. Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili; göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği ve bitkinlik-yorgunluk gibi dört ana semptom ve fonksiyonel kapasite ile ilgili (mobilite, sosyal yaşam ve boş zaman etkinlikleri, ev içi faaliyetleri, kaygı ve endişeler ile cinsellik) beş alt boyuttan oluşan 37 maddelik bir ölçektir. Likert tipi puanlamaya sahip olan ölçek, hem fiziksel hem fonksiyonel boyutu değerlendirebilmektedir. Ölçekte, her alt boyut ayrı ayrı değerlendirilir ve her boyut 4-6 sorudan oluşmaktadır, fonksiyon bozukluğunun seviyesine göre sorular “normal”, “hafif”, “orta”, “ileri” şeklinde değerlendirilmektedir. Alt boyut puanları farklılık göstermektedir; anjina 5-15, solunum yetersizliği 5-14, bilek şişliği 3-10, bitkinlik-yorgunluk 3-9, mobilite 4-16, sosyal yaşam ve boş zaman etkinlikleri 3-7, ev içi faaliyetleri 4-12, kaygı ve endişeler 3-12, cinsellik 3-12 arasında puanlar almaktadır, puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II): 1987 yılında Walker, Sechirst ve Pender tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir. Esin tarafından Türkçe'ye çevrilerek 1997 yılında endüstriyel alanda çalışan işçiler üzerinde geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Bahar ve ark. (2008) tarafından SYBDÖ II'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt boyutu vardır. Ölçeğin genel puanı SYBDÖ II puanını vermektedir. Alt boyutlar;

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

SYBDÖ II'nin tüm maddeleri olumludur ve cevaplar 4'lü likert tipindedir. 'Hiçbir zaman' yanıtı için 1, 'Bazen' yanıtı için 2, 'Sık sık' yanıtı için 3, 'Düzenli olarak' yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin Alpha güvenilirlik katsayısı 0,92'dir. Ölçeğin alt boyutlarının Alpha güvenilirlik değeri 0,79- 0,87 arasında değişmektedir.

5.5. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmaya katılan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak formlar o gün müsait olan herhangi bir oda ortamında dolduruldu. Görüşme sırasında hastalara çalışmanın amacı, yapılacak uygulamalar açıklandı ve kişisel bilgilerin gizli kalacağı söylendi ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldı (Ek-4). Girişim ve kontrol grubu hastalarıyla 8 hafta ara ile iki kez görüşme yapıldı. Araştırmada, girişim grubundaki hastaların semptom değişikliklerinin oluşabilmesi ve gözlemlenebilmesi

amacıyla ilk ve son izlem arası 8 hafta süre ile ara verildi. İlk görüşmede girişim grubuna veri toplama araçları dolduruldu, uygun koşullarda kan basıncı ölçüldü, BKİ'leri kaydedildi. Girişim grubundaki hastalara teke tek 30-45 dk süresince, uygun olan bir ortamda sözel anlatım, soru - cevap şeklinde eğitim yapıldı ve renkli eğitim kitapçığı verildi. Araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçıkları hastalara evde de okuyabilmeleri amacıyla yanlarına verildi. Kontrol grubundaki hastalara ise ilk görüşmede veri toplama araçları dolduruldu, BKİ'leri kaydedildi. İkinci görüşmeler eğitim ve kontrol grubu hastalarına 8 hafta sonra yapıldı ve veri toplama araçları tekrar uygulandı. Kontrol grubundaki hastaların bilgi alma haklarını engellemek amacıyla ikinci görüşmede eğitim yapıldı ve eğitim kitapçığı verildi.



Araştırma Uygulama Planı



AKS'lu Hasta (80 hasta)



İlk Görüşme

Akut koroner sendrom geçirmiş bireyler ile tanışıldı, araştırma için yazılı izin alındı. Hasta tanıtım formu, CLASP ve SYBDÖ II uygulandı.



Girişim Grubu (40 hasta)

Hasta tanıtım formu, CLASP ve SYBDÖ II uygulandı. Kalbin yapısı, akut koroner sendromlar, risk faktörleri, ilaç kullanımı, kontrolleri ve yaşam tarzı değişiklikleri (beslenme önerileri, egzersiz programı vb.) ile ilgili 30 – 45 dk.'lık eğitim verildi. Eğitim sonunda bireylere eğitim kitapçığı verildi.



Kontrol Grubu (40)

Hasta tanıtım formu, CLASP ve SYBDÖ II uygulandı.



İkinci Görüşme

(İlk görüşmeden 8 hafta sonra)



Girişim Grubu (40 hasta)

Hasta tanıtım formu, CLASP ve SYBDÖ II uygulandı.



Kontrol Grubu (40 hasta)

Hasta tanıtım formu, CLASP ve SYBDÖ II uygulandı. Kontrol grubu hastalarının eğitim alma hakkını engellemek için, soru formları doldurulduktan sonra kalbin yapısı, akut koroner sendromlar, risk faktörleri, ilaç kullanımı, kontrolleri ve yaşam tarzı değişiklikleri (beslenme önerileri, egzersiz programı vb.) ile ilgili 30 – 45 dk.'lık eğitim verildi. Eğitim sonunda bireylere eğitim kitapçığı verildi.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, Statistical Package for Social Sciences 15.00 (SPSS) paket programında kodlanarak, bilgisayar ortamında yapıldı; veriler ortalama \pm standart sapma ve yüzdeler olarak gösterildi ve veriler %95 güven aralığında, $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı kabul edildi. Normal dağılıma uyan parametrik verilerde iki grup arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi, Ki-kare ve Fisher kesin ki kare testi, bağımlı gruplarda t testi ve McNemar ile yapıldı. Normal dağılıma uyan parametrik veriler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'ndan yazılı izinler alındıktan sonra (Ek-7) Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (Ek-8/Etik Kurul No: 22.478.486) etik onay alındı. Araştırmada kullanılan ölçekler için Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan izin alındı (Ek-5/Ek-6). Örnekleme katılma kriterlerini karşılayan akut koroner sendromlu her hastaya araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi, zamanı ve süresi konularında bilgi verilerek; katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklandı. Araştırmayı bırakma hakları olduğu ve bu durumun kurumdan hizmet almasına olumsuz bir etkisi olmayacağı belirtildi. Çalışmaya katılmayı kabul ettikleri takdirde kimlik bilgilerinin ve özel bilgilerinin diğer sağlık personeli ve başkalarıyla paylaşılmayacağı konusunda güvence verildi. Hastalardan bu açıklamaların da yer aldığı "Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" imzalatıldı (Ek-4). Çalışma tamamlandığında Helsinki Deklerasyonu prensiplerine göre hasta hakları göz önünde bulundurularak kontrol grubu hastalarına da girişim grubu hastalarına verilen "akut koroner sendrom geçiren hasta eğitimi ve eğitim kitapçığı" verildi.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı merkezde polikliniklerin olduğu yerde fiziksel ortamın hasta eğitimi için elverişsiz olması ve polikliniklerin çok yoğun olması araştırmanın en önemli sınırlılıklarını oluşturdu. Bu durum araştırmacının hasta takiplerinde sıkıntı yarattı. Ayrıca hekim tarafından araştırmacıya yönlendirilen hastaların bazıları araştırmacıya ulaşamadı. Bu nedenle araştırmacının hedeflediği hasta sayısına ulaşması planlanandan daha uzun bir sürede gerçekteşti.



5.9. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırma takvimi Tablo 5.9.1’de gösterildi.

Tablo 5.9.1. Araştırma Planı ve Takvimi

	Haziran 2016-Ocak 2017	Eylül-Aralık 2016	Ocak 2017- Ağustos 2017	Eylül-Ekim 2017	Ekim-Aralık 2017
Konunun Belirlenmesi ve Literatür İncelemesi	✓				
Ölçek İzinlerinin Alınması ve Formların Hazırlanması		✓			
Etik Kurul Onayı ve Kurum İzinlerinin Alınması		✓			
Araştırma Verilerinin Toplanması			✓		
Verilerin Analizi				✓	
Tez Raporu Yazımı					✓

6. BULGULAR

Akut koroner sendromu olan hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin semptom kontrolüne ve sağlık davranışlarına etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmada bulgular dört başlık halinde verildi.

6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalık Durumuna İlişkin Bulgular

6.2. İlk İzlem ve Son İzlemde Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

6.3. İlk İzlem ve Son İzlemde Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Açısından Grup İçi ve Gruplar Arası Farklar

6.4. İlk İzlem ve Son İzlemde Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları Korelasyon Puanları

6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalık Durumuna İlişkin Bulgular

Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında sosyodemografik özellikler açısından farklar Tablo 6.1.1’de gösterildi.

Tablo 6.1.1: Sosyodemografik Özellikler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar (n=80)

		Girişim Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		Anlamlılık
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	20	50	18	45	X ² =0,201 p=0,654
	Erkek	20	50	22	55	
Medeni Durum	Evli	31	77,5	34	85	X ² =0,738 p=0,390
	Bekar	9	22,5	6	15	
Eğitim Durumu	Okur-yazar	7	17,5	8	20	X ² =1,920 p=0,750
	İlkokul	14	35	9	22,5	
	Lise	14	35	18	45	
	Üniversite	5	12,5	5	12,5	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	12	30	14	35	X ² =0,228 p=0,633
	Çalışmıyor	28	70	26	65	
Meslek	Emekli	16	40	16	40	X ² =1,848 p=0,764
	Memur	6	15	10	25	
	İşçi	2	5	2	5	
	Serbest meslek	4	10	2	5	
	Ev hanımı	12	30	10	25	
Sağlık Güvencesi	Var	38	95	36	90	X ² =2,051 ^a p=0,494
	Yok	2	5	4	10	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	16	40	20	50	X ² =1,270 p=0,530
	Gelir gidere denk	20	50	15	37,5	
	Gelir giderden fazla	4	10	5	12,5	
Yaş (Yıl)		Ort.±S.S. 58,1±10,7		Ort.±S.S. 58,7±10,0		t=-0,258 p=0,797

Not: Ki-kare, ^aFisher kesin ki kare testi ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Hastaların yaş ortalaması girişim grubu için $58,1 \pm 10,7$ yıl, kontrol grubu için ise $58,7 \pm 10,0$ yıldır. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet ve medeni durumuna bakıldığında; girişim grubu hastalarının yarısının kadın (%50), çoğunluğunun evli (%77,5), kontrol grubu hastalarının ise çoğunluğunun erkek (%55) ve evli (%85) olduğu görüldü. Her iki grupta da hastaların çoğunluğunun çalışmadığı (girişim grubu için %70, kontrol grubu için %65) tamamına yakınının ise sosyal güvencesinin olduğu (girişim grubu için %95, kontrol grubu için %90) bulundu. Girişim ve kontrol grubundaki akut koroner sendromu olan hastaların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, meslek, sağlık güvencesi ve gelir durumu açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$), (Tablo 6.1.1).

Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında hastalık durumuna ilişkin değişkenlere göre farklar Tablo 6.1.2’de gösterildi.

Tablo 6.1.2: Hastalık Durumuna İlişkin Değişkenler Açısından Girişim ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklar (n=80)

	Girişim Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		Anlamlılık
	n	%	n	%	
Sigara Kullanımı					
Kullanıyor	31	77,5	34	85	X ² =0,738 p=0,390
Kullanmıyor	9	22,5	6	15	
Alkol Kullanımı					
Kullanıyor	12	30	14	35	X ² =0,228 p=0,633
Kullanmıyor	28	70	26	65	
Tanı Süresi					
6 ay-1 yıl	13	32,5	10	25	X ² =0,905 p=0,636
1-2 yıl	12	30	11	27,5	
2 yıl ve üzeri	15	37,5	19	47,5	
Başka Hastalık Varlığı					
Var	27	67,5	36	90	X ² =6,050 p=0,014*
Yok	13	32,5	4	10	
Hastanede Yatma Durumu					
Evet	9	22,5	17	42,5	X ² =3,647 p=0,056
Hayır	31	77,5	23	57,5	
Doktor Kontrolüne Gitme					
Evet	5	12,5	11	27,5	X ² =2,813 p=0,094
Hayır	35	87,5	29	72,5	
	Ort.±S.S.		Ort.±S.S.		
Boy	168,30±8,18		169,57±7,09		t=1,054 p=0,295
Kilo	85,72±14,10		83,97±13,75		t=0,418 p=0,677
Beden Kütle İndeksi (BKI)	30,14±3,54		29,06±3,49		t=1,742 p=0,085

Not: Ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. *p<0,05

Girişim ve kontrol grupları arasında ilk izlemedeki sigara ve alkol kullanımı, tanı süresi, hastanede yatma durumu ve doktor kontrolüne gitme durumuna göre anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.2).

Girişim ve kontrol grubunda başka hastalık varlığı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 6.1.2). Girişim ve kontrol grubu hastaların çoğunluğunun başka hastalığı (girişim %67,5, kontrol %90) vardı. Akut koroner sendrom dışında başka hastalığı bulunan hastaların %77,5'inde hipertansiyon %57,6'sında ise diyabet bulunduğu görüldü. Araştırmamıza katılan girişim grubundaki hastalarda akut koroner sendrom dışında %80,4'ünde hipertansiyon, %47,1'inde diabetes mellitus, %3,7'sinde solunum sistemi hastalıkları ve %11,1'inde romatizmal hastalıklar bulunurken; kontrol grubu hastalarının %83,4'ünde hipertansiyon, %41,7'sinde diabetes mellitus, %8,4'ünde solunum sistemi hastalıkları ve %8,4'ünde romatizmal hastalık bulunduğu saptandı.

Girişim grubu beden kütle indeksi puan ortalaması $30,14\pm 3,54$ kg/m², kontrol grubu puan ortalaması ise $29,06\pm 3,49$ kg/m² olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubu hastaları arasında ilk izlem sonrası boy, kilo ve beden kütle indeksi açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.1.2).

6.2. İlk İzlem ve Son İzlemden Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Girişim grubundaki hastaların ilk izlem ve son izlemden alışkanlıklarına ilişkin bulgular Tablo 6.2.1’de gösterildi.

Tablo 6.2.1: Girişim Grubu Hastalarının İlk İzlem ve Son İzlem Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular (n=40)

	Girişim İlk İzlem		Grubu (n=40) Son İzlem		Anlamlılık X ² ve p
	n	%	n	%	
Sigara Kullanımı					
Kullanıyor	31	77,5	12	30	X ² =4,977 ^a p=0,000***
Kullanmıyor	9	22,5	28	70	
Alkol Kullanımı					
Kullanıyor	12	30	4	10	X ² =10,370 ^a p=0,008**
Kullanmıyor	28	70	36	90	
Doktor Kontrolüne Gitme					
Evet	5	12,5	34	85	X ² =0,112 ^a p=0,000***
Hayır	35	87,5	6	15	
		Ort.±S.S.		Ort.±S.S.	
Kilo		85,72±14,10		81,82±14,10	t=8,215 ^b p=0,000***
Beden Kütle İndeksi (BKI)		30,14±3,54		28,76±3,18	t=8,466 ^b p=0,000***

Not: ^aMcNemar ve ^bbağımlı gruplarda t testi kullanıldı. **p<0.01 ***p<0.001.

Girişim grubundaki hastaların sigara kullanımı, alkol kullanımı ve doktor kontrolüne gitme durumu açısından ilk izlem ve son izlemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$; $p<0,01$; $p<0,001$), (Tablo 6.2.1).

Girişim grubundaki hastaların ilk izlem kilo ve beden kütle indeksi puanları sırasıyla $85,72\pm14,10$ kg, $30,14\pm3,54$ kg/m² iken, son izlem puan ortalamaları sırasıyla $81,82\pm14,10$ kg, $28,76\pm3,18$ kg/m² olarak bulundu. Girişim grubundaki hastaların kilo ve beden kütle indeksleri ortalamaları açısından ilk izlem ve son izlemleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0,001$; $p<0,001$), (Tablo 6.2.1).

Kontrol grubundaki hastaların ilk izlem ve son izlemdeki alışkanlıklarına ilişkin bulgular Tablo 6.2.2’de gösterildi.

Tablo 6.2.2: Kontrol Grubu Hastalarının İlk İzlem ve Son İzlem Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular (n=40)

	Kontrol İlk İzlem		Grubu (n=40) Son İzlem		Anlamlılık
	n	%	n	%	X ² ve p
Sigara Kullanımı					
Kullanıyor	34	85	34	85	X ² =40,000 p=1,000 ^a
Kullanmıyor	6	15	6	15	
Alkol Kullanımı					
Kullanıyor	14	35	14	35	X ² =40,000 p=1,000 ^a
Kullanmıyor	26	65	26	65	
Doktor Kontrolüne Gitme					
Evet	11	27,5	11	27,5	X ² =40,000 p=1,000 ^a
Hayır	29	72,5	29	72,5	
	Ort.±S.S.		Ort.±S.S.		
Kilo	83,97±13,75		84,70±12,88		t=-2,184 ^b p=0,035*
Beden Kütle İndeksi (BKI)	29,06±3,49		29,34±3,35		t=-2,441 p=0,019*

Not: ^aMcNemar ve ^bbağımlı gruplarda t testi kullanıldı. *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Kontrol grubundaki hastaların ilk izlem ve son izlem arasında doktor kontrolüne gitme durumu, sigara ve alkol kullanım durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), (Tablo 6.2.2).

Kontrol grubundaki hastaların ilk izlem kilo ve beden kitle indeksi ortalamaları sırasıyla 83,97±13,75 kg, 29,06±3,49 kg/m² iken, son izlem puan ortalamaları sırasıyla 84,70±12,88 kg, 29,34±3,35 kg/m²'dir. Girişim grubu hastalarının ilk izlem ve son izlem arasında kilo ve beden kütle indeksi puan ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p<0,05; p<0,05), (Tablo 6.2.2).

6.3. İlk İzlem ve Son İzlemede Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Açısından Grup İçi ve Gruplar Arası Farklar

İlk izlem ve son izlemede Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyut puanları açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.3.1’de gösterildi.



Tablo 6.3.1: İlk İzlem ve Son İzlemede Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyut Puanları Açısından Grup İçi ve Gruplar Arası Farklar (n=80)

Alt Boyutlar		İlk İzlem Ort±SS	Son İzlem Ort±SS	Anlamlılık t	p
Göğüs Ağrısı	Girişim	12,48±2,10	6,82±1,51	t=19,383	p=0,000***
	Kontrol	11,95±2,45	13,55±2,58	t=-5,167	p=0,000***
	Anlamlılık	t=0,720 p=0,485	t=-14,074 p=0,000***		
Solunum Yetersizliği	Girişim	14,06±2,26	7,81±1,28	t=18,067	p=0,000***
	Kontrol	13,13±2,93	13,75±2,53	t=-3,186	p=0,003**
	Anlamlılık	t=0,753 p=0,454	t=-12,270 p=0,000***		
Bilek Şişliği	Girişim	6,71±1,88	3,57±0,53	t=4,085	p=0,006**
	Kontrol	5,95±1,94	7,39±1,75	t=-4,675	p=0,000***
	Anlamlılık	t=1,063 p=0,293	t=-3,466 p=0,001**		
Bitkinlik-Yorgunluk	Girişim	7,90±2,07	3,70±1,05	t=13,029	p=0,000***
	Kontrol	7,29±1,99	7,64±2,07	t=-2,494	p=0,017*
	Anlamlılık	t=1,043 p=0,301	t=-9,563 p=0,000***		
Mobilite	Girişim	11,85±3,49	8,45±1,93	t=10,564	p=0,000***
	Kontrol	11,30±3,46	13,52±3,20	t=-8,660	p=0,000***
	Anlamlılık	t=0,706 p=0,482	t=-8,579 p=0,000***		
Sosyal Yaşam Etkinlikleri	Girişim	8,02±2,08	5,27±1,86	t=13,029	p=0,000***
	Kontrol	8,60±2,40	8,90±2,28	t=-3,122	p=0,003**
	Anlamlılık	t=-1,143 p=0,256	t=-7,770 p=0,000***		
Ev İçi Faaliyetler	Girişim	17,32±2,05	16,80±2,82	t=1,833	p=0,074
	Kontrol	17,57±2,89	17,75±2,50	t=-1,554	p=0,128
	Anlamlılık	t=-0,446 p=0,657	t=-1,591 p=0,116		
Kaygı	Girişim	7,52±2,13	3,77±1,12	t=12,916	p=0,000***
	Kontrol	6,72±2,21	7,35±2,04	t=-3,586	p=0,001**
	Anlamlılık	t=1,643 p=0,104	t=-9,696 p=0,000***		
Cinsellik	Girişim	10,35±3,95	10,42±4,89	t=-0,250	p=0,804
	Kontrol	10,90±4,13	11,32±3,78	t=-2,379	p=0,022
	Anlamlılık	t=-0,607 p=0,545	t=-0,919 p=0,361		

Not: Bağımsız gruplarda t testi ve bağımlı gruplarda t testi kullanıldı. *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçek Alt Boyut puanları ele alındığında; girişim grubundaki hastaların göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, bitkinlik-yorgunluk, mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri ve kaygı alt boyutlarında grup içi son izlem puanlarının ilk izlem puanlarından daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,01$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$). Kontrol grubundaki hastaların göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, bitkinlik-yorgunluk, mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri ve kaygı alt boyutlarında grup içi son izlem puanlarının ise arttığı ve aralarında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$; $p<0,001$; $p<0,05$; $p<0,001$; $p<0,01$; $p<0,01$), (Tablo 6.3.1).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların gruplar arası Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçek Alt Boyut puanları karşılaştırıldığında; ilk izlem puanları arasında anlamlı bir fark yok iken ($p>0,05$), göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, bitkinlik-yorgunluk, mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri ve kaygı alt boyutlarında son izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,01$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$), (Tablo 6.3.1).

Ev içi faaliyetler ve cinsellik alt boyutlarında girişim ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplar arası puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.3.1).

İlk izlem ve son izlemde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları açısından gruplar arası ve grup içi farklar Tablo 6.3.2’de gösterildi.

Tablo 6.3.2: İlk İzlem ve Son İzlemden Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Açısından Grup İçi ve Gruplar Arası Farklar (n=80)

Alt Boyutlar		İlk İzlem Ort±SS	Son İzlem Ort±SS	Anlamlılık t	p
Sağlık Sorumluluğu	Girişim	15,77±3,16	27,67±2,48	t=-20,821	p=0,000***
	Kontrol	17,07±2,05	17,10±2,04	t=-0,572	p=0,570
	Anlamlılık	t=-2,178 p=0,032*	t=20,771 p=0,000*		
Fiziksel Aktivite	Girişim	11,67±2,80	27,12±2,20	t=-33,597	p=0,000***
	Kontrol	12,40±2,32	12,35±2,25	t=1,433	p=0,160
	Anlamlılık	t=-0,137 p=0,891	t=29,176 p=0,000*		
Beslenme	Girişim	20,77±2,59	29,30±2,01	t=-16,794	p=0,000***
	Kontrol	19,40±2,39	19,37±2,38	t=0,572	p=0,570
	Anlamlılık	t=2,462 p=0,016*	t=20,115 p=0,000*		
Manevi Gelişim	Girişim	21,10±2,95	31,67±2,95	t=-18,797	p=0,000***
	Kontrol	22,55±2,99	22,60±3,00	t=0,572	p=0,570
	Anlamlılık	t=-2,181 p=0,032*	t=13,714 p=0,000*		
Kişilerarası İlişkiler	Girişim	22,85±3,65	29,90±2,37	t=-11,726	p=0,000***
	Kontrol	23,20±3,27	23,50±3,40	t=-1,186	p=0,244
	Anlamlılık	t=-0,451 p=0,653	t=10,390 p=0,000*		
Stres Yönetimi	Girişim	15,37±2,84	28,35±1,44	t=26,465	p=0,000***
	Kontrol	16,80±2,42	17,50±5,37	t=-0,964	p=0,341
	Anlamlılık	t=-2,414 p=0,018*	t=25,715 p=0,000*		
Toplam Puan	Girişim	107,55±15,16	174,02±10,29	t=-26,094	p=0,000***
	Kontrol	110,75±12,05	110,89±12,11	t=0,274	p=0,786
	Anlamlılık	t=-1,045 p=0,299	t=25,239 p=0,000*		

Not: Bağımsız gruplarda t testi ve bağımlı gruplarda t testi kullanıldı. *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puanları karşılaştırıldığında; girişim grubundaki hastaların puan ortalamalarında yükselme olduğu ve bu yükselmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,001$), (Tablo 6.3.2).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyut puanları ele alındığında; girişim grubundaki hastaların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarından son izlemde daha yüksek puan aldıkları ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$). Kontrol grubundaki hastaların grup içi sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarında son izlem puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$), (Tablo 6.3.2).

Kontrol grubundaki hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyut puanlarından ilk ve son izlemde aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları son izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.3.2).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların gruplar arası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyut puanları karşılaştırıldığında; ilk izlemde sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,05$). Son izlemde ise sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları son izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$), (Tablo 6.3.2).

6.4. İlk İzlem ve Son İzlemede Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları Korelasyon Puanları

Girişim grubundaki hastaların ilk izlem Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği alt boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II alt boyutları korelasyon Tablo 6.4.1’de gösterildi.



Tablo 6.4.1: Girişim Grubu İlk İzlem Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon (n=40)

SYBDÖ-II							
Clasp	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Toplam Puan
Göğüs Ağrısı	-0,256	-0,418**	-0,414**	-0,305	-0,409**	-0,463**	-0,447**
Solunum Yetersizliği	-0,276	-0,407*	-0,397*	-0,431	-0,485**	-0,500**	-0,499**
Bilek Şişliği	0,028	-0,297	0,166	-0,203	-0,030	-0,110	-0,106
Bitkinlik-Yorgunluk	0,080	-0,150	-0,006	-0,077	-0,088	-0,029	-0,054
Mobilite	-,024	-0,193	-0,120	-0,326*	-0,281	-0,247	-0,239
Sosyal Yaşam Etkinlikleri	-0,170	-0,385*	-0,265	-0,426**	-0,387*	-0,353*	-0,395*
Ev İçi Faaliyetler	-0,422*	-0,355*	-0,327*	-0,238	-0,362*	-0,394*	-0,417**
Kaygı	-0,52	-0,103	0,40	-0,155	-0,128	-0,033	-0,069
Cinsellik	-0,029	-0,63	-0,89	-0,330*	-0,321	-0,203	-0,21

Not: Pearson Korelasyon analizi kullanıldı, r değerleri verildi. *p<0,05 **p<0,01

Girişim grubundaki hastaların ilk izlem Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçek korelasyonları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu ile ev içi faaliyetler arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$), (Tablo 6.4.1).

Fiziksel aktivite ile göğüs ağrısı, sosyal yaşam aktiviteleri ve ev içi faaliyetler arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$, $p<0,05$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.1).

Beslenme ile göğüs ağrısı, solunum yetersizliği ve ev içi faaliyetler arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.1).

Manevi gelişim ile mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri ve cinsellik arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.1).

Kişilerarası ilişkiler ile göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, sosyal yaşam etkinlikleri ve ev içi faaliyetler arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.1).

Stres yönetimi ile göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, sosyal yaşam etkinlikleri ve ev içi faaliyetler arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.1).

SYBDÖ-II toplam puanı ile göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, sosyal yaşam etkinlikleri ve ev içi faaliyetler arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,01$), (Tablo 6.4.1).

Girişim grubundaki hastaların son izlem Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği alt boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II alt boyutları korelasyonları Tablo 6.4.2’de gösterildi.

Tablo 6.4.2: Girişim Grubu Son İzlem Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon (n=40)

SYBDÖ-II							
Clasp	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Toplam Puan
Göğüs Ağrısı	-0,187	-0,559**	-0,412**	-0,115	-0,127	-0,360*	-0,358*
Solunum Yetersizliği	-0,359*	-0,463**	-0,384*	-0,140	-0,135	-0,353*	-0,374*
Bilek Şişliği	0,091	-0,089	-0,159	0,264	0,334	-0,228	0,099
Bitkinlik-Yorgunluk	-0,368*	-0,538	-0,496**	-0,294	-0,344	-0,501	-0,544**
Mobilite	-0,369*	-0,668**	-0,496**	-0,337*	-0,353*	-0,435**	-0,568**
Sosyal Yaşam Etkinlikleri	-0,422**	-0,599	-0,377*	-0,434**	-0,381*	-0,494	-0,586**
Ev İçi Faaliyetler	0,027	-0,197	-0,093	-0,033	-0,145	-0,247	-0,131
Kaygı	-0,312*	-0,247	-0,253	-0,077	-0,115	-0,299	-0,268
Cinsellik	-0,184	-0,389*	-0,286	-0,194	-0,190	-0,225	-0,315*

Not: Pearson Korelasyon analizi kullanıldı, r değerleri verildi. *p<0,05, **p<0,01.

Girişim grubundaki hastaların son izlem Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçek korelasyonları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu ile solunum yetersizliği, bitkinlik-yorgunluk, mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri ve kaygı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.2).

Fiziksel aktivite ile göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, mobilite ve cinsellik arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.2).

Beslenme ile göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bitkinlik-yorgunluk, mobilite ve sosyal yaşam etkinlikleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.2).

Manevi gelişim ile mobilite ve sosyal yaşam etkinlikleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,01$), (Tablo 6.4.2).

Kişilerarası ilişkiler ile mobilite ve sosyal yaşam etkinlikleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.2).

Stres yönetimi ile göğüs ağrısı, solunum yetersizliği ve mobilite arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,01$) (Tablo 6.4.2).

SYBDÖ-II toplam puanı ile göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bitkinlik-yorgunluk, mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri ve cinsellik arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.2).

Kontrol grubundaki hastaların ilk izlem Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği alt boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II alt boyutları korelasyonları Tablo 6.4.3'de gösterildi.

Tablo 6.4.3: Kontrol Grubu İlk İzlem Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon (n=40)

SYBDÖ-II							
Clasp	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Toplam Puan
Göğüs Ağrısı	-0,258	-0,448**	-0,262	-0,202	-0,142	-0,161	-0,306
Solunum Yetersizliği	-0,300	-0,447**	-0,243	-0,267	-0,118	-0,223	-0,335*
Bilek Şişliği	0,012	-0,127	-0,070	-0,115	-0,125	-0,130	-0,111
Bitkinlik-Yorgunluk	-0,354*	-0,253	-0,294	-0,377*	-0,405*	-0,191	-0,394*
Mobilite	-0,212	-0,476**	-0,228	-0,300	-0,141	-0,256	-0,334*
Sosyal Yaşam Etkinlikleri	-0,315*	-0,534**	-0,239	-0,360*	-0,315*	-0,433**	-0,468**
Ev İçi Faaliyetler	-0,430**	-0,191	-0,216	-0,014	-0,424**	-0,159	-0,318*
Kaygı	-0,113	-0,236	-0,099	-0,135	-0,126	-0,178	-0,177
Cinsellik	-0,114	-0,491**	-0,180	-0,206	-0,377*	-0,348*	-0,380*

Not: Pearson Korelasyon analizi kullanıldı, r değerleri verildi. *p<0,05, **p<0,01.

Kontrol grubundaki hastaların ilk izlem Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçek korelasyonları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu ile bitkinlik-yorgunluk, sosyal yaşam etkinlikleri ve ev içi faaliyetler arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,01$), (Tablo 6.4.3).

Fiziksel aktivite ile göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, mobilite, sosyal yaşam aktiviteleri ve cinsellik arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$), (Tablo 6.4.3).

Beslenme ile Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçek Alt Boyutları arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.4.3).

Manevi gelişim ile bitkinlik-yorgunluk ve sosyal yaşam etkinlikleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.3).

Kişilerarası ilişkiler ile bitkinlik-yorgunluk, sosyal yaşam etkinlikleri, ev içi faaliyetler ve cinsellik arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.3).

Stres yönetimi ile sosyal yaşam etkinlikleri ve cinsellik arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.3).

SYBDÖ-II toplam puanı ile solunum yetersizliği, bitkinlik-yorgunluk, mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri, ev içi faaliyetler ve cinsellik arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.3).

Kontrol grubundaki hastaların son izlem Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği alt boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II alt boyutları korelasyonları Tablo 6.4.4'de gösterildi.

Tablo 6.4.4: Kontrol Grubu Son İzlem Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon (n=40)

SYBDÖ-II							
Clasp	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Toplam Puan
Göğüs Ağrısı	-0,200	-0,412**	-0,147	-0,083	-0,138	-0,029	-0,127
Solunum Yetersizliği	-0,338*	-0,456**	-0,322*	-0,348	-0,249	-0,251	-0,412**
Bilek Şişliği	-0,233	-0,250	-0,097	-0,257	-0,316*	-0,368*	-0,322*
Bitkinlik-Yorgunluk	-0,378*	-0,259	-0,185	-0,325*	-0,207	-0,131	-0,301
Mobilite	-0,294	-0,568**	-0,319*	-0,328*	-0,220	-0,272	-0,413**
Sosyal Yaşam Etkinlikleri	-0,348*	-0,589**	-0,186	-0,419**	-0,243	-0,448**	-0,464**
Ev İçi Faaliyetler	-0,469**	-0,242	-0,203	-0,049	-0,410**	-0,151	-0,334*
Kaygı	-0,131	-0,277	-0,022	-0,179	-0,013	-0,117	-0,137
Cinsellik	-0,120	-0,505**	-0,184	-0,184	-0,306	-0,298	-0,346

Not: Pearson Korelasyon analizi kullanıldı, r değerleri verildi. *p<0,05, **p<0,01.

Kontrol grubundaki hastaların son izlem Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçek korelasyonları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu ile solunum yetersizliği, bitkinlik-yorgunluk, sosyal yaşam etkinlikleri ve ev içi faaliyetler arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,01$), (Tablo 6.4.4).

Fiziksel aktivite ile göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, mobilite, sosyal yaşam aktiviteleri ve cinsellik arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$), (Tablo 6.4.4).

Beslenme ile solunum yetersizliği ve mobilite arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmadı ($p<0,05$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.4).

Manevi gelişim ile bitkinlik-yorgunluk, mobilite ve sosyal yaşam etkinlikleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,01$), (Tablo 6.4.4).

Kişilerarası ilişkiler ile bilek şişliği ve ev içi faaliyetler arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,01$), (Tablo 6.4.4).

Stres yönetimi ile bilek şişliği ve sosyal yaşam etkinlikleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,05$; $p<0,01$), (Tablo 6.4.4).

SYBDÖ-II toplam puanı ile solunum yetersizliği, bilek şişliği, mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri ve ev içi faaliyetler arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,05$), (Tablo 6.4.4).

7. TARTIŞMA

Günümüzde, gelişen teknoloji sayesinde kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili tedavi ve girişimlerin sürekli gelişim göstermesine karşın, risk faktörlerine yönelik mücadele hala yeterli düzeye ulaşmamaktadır (İnangil ve Şendir 2014; Türen ve Efil 2014). Akut koroner sendrom prevalansı Türkiye ve diğer gelişmekte olan ülkelerde giderek artmakta olup hastalığın ortaya çıkışını ve seyrini etkileyen çok sayıda risk faktörünün olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar, AKS geçirdikten sonraki 1 yıllık süreç içinde hastaların tekrar AKS geçirme oranının %10, AKS kaynaklı mortalite oranlarının ise %32 olduğunu göstermiştir (TEKHARF 2017). Bu nedenle, kardiyovasküler hastalıklardan korunma, güncel, giderek büyüyen ve acil bir sağlık bakım gereksinimi haline gelmiştir. Literatürde, AKS tanısı alan bireylerin risk faktörlerine yönelik sağlık eğitim programlarına alınması önerilmektedir (Türkmen ve ark. 2012; Özdoğan ve Kılıçaslan 2013; Atik ve Çınar 2015).

Akut koroner sendromu olan hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin semptom kontrolüne ve sağlık davranışlarına etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışma sonuçları bulgulara paralel olarak 4 başlık altında tartışıldı.

7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalık Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaptığımız çalışmada girişim grubu ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, sağlık güvencesi, gelir durumu gibi sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.1.1). Bağımsız değişken olarak, demografik özellikler açısından iki grubun benzer olması, bağımlı değişken olan hemşire tarafından verilen eğitimin etkinliğini ortaya koymak açısından önemlidir.

Araştırmamıza katılan akut koroner sendromlu bireylerin yaş ortalaması girişim grubu için $58,1 \pm 10,7$ yıl, kontrol grubu için ise $58,7 \pm 10,0$ yıl olarak bulundu (Tablo 6.1.1).

Literatürde, yaşın akut koroner sendrom görülme sıklığını diğer faktörlerden bağımsız şekilde erkekte %3,9, kadında ise %3,6 oranında yükselttiği belirtilmektedir (Küçükberber ve ark. 2011). Yaşın, erkeklerde ≥ 45 , kadınlarda ≥ 55 olması Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Uzman Panelinde de KAH'nın değiştirilemeyen risk faktörleri arasında gösterilmiştir (NCEP-ATP III 2002). ABD'de 2011 ve 2013 yılları arasında Erskine ve ark.'nın akut koroner sendromlu hastalarda yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 62 yıl olarak bildirilmiştir. (Erskine ve ark. 2017). Ülkemizde Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 2017 taramasında, 45-74 yaş grubunda yaş ortalaması $60,1 \pm 10,3$ yıldır. (TEKHARF 2017). Ceylan ve ark.'nın AKS'lu hastalarda yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalaması $59,5 \pm 12,2$ yıl (Ceylan ve ark. 2011), $60,7 \pm 12,4$ yıl (Baltacı ve ark. 2011), $52,4 \pm 9,4$ yıl (Özen ve ark. 2012) olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Diğer risk faktörleri eşitse, 45-64 yaş döneminde erkeklerin ateroskleroza dolayısıyla AKS'a kadınlardan çok daha fazla eğilimli oldukları ancak 65 yaş ve sonrası postmenapozal dönemde kadınlarda bu açığın kapanarak görülme sıklığının erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır (TEKHARF 2017). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada AKS'lu olguların %58,2-82,5'i erkeklerden oluşmaktadır (Kutay ve ark. 2003; Ünsar ve ark 2004; Irmak ve Fesli 2005; Küçükberber ve ark 2011; Özen ve ark. 2012). Çalışmamıza katılan hastaların cinsiyet dağılımları girişim grubu için %50 kadın (n=20), %50 erkek (n=20), kontrol grubu içinse bu oran %45 kadın (n=18), %55 erkek (n=22)'dir. Bu durum, çalışmamıza katılan kadın hastaların menapoz sonrası dönemde olmaları ve yaş ortalamalarının yüksek olması ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim durumları incelendiğinde; girişim grubunun %35'inin lise mezunu (n=14) iken kontrol grubunun ise %45'inin lise mezunu (n=18) olduğu görüldü. Girişim ve kontrol grubu arasında eğitim durumu

açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 6.1.1). Bu durum, verdiğimiz eğitimin etkinliğini değerlendirmek açısından önemlidir.

Küçükberber ve ark.'ının yaptıkları çalışmada (2011) hastaların %48,6'sı ilkokul mezunu, Savaşan ve ark.'ının yaptıkları çalışmada (2013) ise hastaların %41'i ilkokul mezunu, Sevinç ve Eşer'in yaptıkları çalışmada ise hastaların %59,8'i ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olarak bildirilmiştir (Küçükberber ve ark. 2011; Sevinç ve Eşer 2011; Şavaşan ve ark. 2013). Literatür ile karşılaştırıldığında, çalışmamıza katılan hastaların eğitim seviyeleri diğer çalışma gruplarına göre daha yüksek bulundu. Hasta grubunun eğitim seviyesinin yüksek olması, hemşire tarafından verilen eğitimi olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Yaptığımız çalışmada girişim grubu ile kontrol grubu arasında hastalık özellikleri ve alışkanlıkları açısından, başka hastalık varlığı dışında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6.1.2).

Çalışmaya katılanların tanı süreleri incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların %67,5'inin, kontrol grubundakilerin %75'inin bir yıldan daha uzun süredir akut koroner sendrom tanısıyla yaşadıkları saptandı (Tablo 6.1.2). Özcanlı (2012)'nin AKS tanılı hastalarla yaptığı çalışmasında, AKS tanısı bir yıldan fazla olan hasta oranı %35,6 olarak bildirilmiştir (Özcanlı ve Çınar 2012). AKS tanı süresi yapılan çalışmalarda farklılık göstermektedir.

Araştırmamıza katılan girişim grubundaki hastalarda akut koroner sendrom dışında %80,4'ünde hipertansiyon, %47,1'inde diabetes mellitus, %3,7'sinde solunum sistemi hastalıkları ve %11,1'inde romatizmal hastalıklar bulunurken; kontrol grubu hastalarının %83,4'ünde hipertansiyon, %41,7'sinde diabetes mellitus, %8,4'ünde solunum sistemi hastalıkları ve %8,4'ünde romatizmal hastalık bulunduğu saptandı (Tablo 6.1.2). Arslantaş ve ark.'ının (2015) yaptığı bir çalışmada, hastaların %22,4'ünün diabetes mellitus ve %37,7'sinin hipertansiyon tanısının olduğu bildirilmiştir. Yazıcı ve ark.'ının (2014) yaptığı başka bir çalışmada ise, hastaların %71,4 hipertansiyon ve %35,7'sinin diabetes mellitus tanısının olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar, çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların meslek durumu açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.1.1). Bu durum iki grubun benzer özellikler taşıması açısından önemlidir. Her iki grupta da ev hanımı ve emekli grubunun fazla olması, hastaların çoğunun aktif olarak çalışmamasını açıklayabilmekte ve bu durumda sedanter yaşam, obezite gibi AKS risk faktörlerinin oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Özcanlı'nın AKS geçiren hastalarla yaptığı çalışmada (2012) hastaların %27,3'ünün ev hanımı, %21,2'sinin ise emekli olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, araştırmamızı destekler niteliktedir.

7.2. İlk İzlem ve Son İzlemden Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Sigarayı bırakmanın, AKS'lu hastalarda kardiyovasküler risklerin azaltılması ve semptom kontrolü sağlanabilmesi için en etkili yaşam tarzı değişikliği olması, AKS'lu hastalarda sigara alışkanlığının sorgulanmasının ve hastalara sigarayı bırakma konusunda danışmanlık hizmeti verilmesinin önemini göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada girişim grubunda sigara ve alkol kullanımı açısından ilk izlem ve son izlem arasında anlamlı derecede düşüş olduğu belirlendi (Tablo 6.2.1).

Erciyes ve Çınar (2013)'in yaptığı çalışmada, ilk görüşmede eğitim grubunun %5'inin (n=2), kontrol grubunun %12,5'i (n=5) sigara kullanmakta olduğu; eğitim ve kontrol grubu hastalarının ilk görüşme ve ikinci görüşme arasında sigara kullanma durumu açısından anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir. Çakır'ın (2003) çalışmasında hastaların sigara kullanma durumu incelendiğinde; çalışma grubunda sigara kullanımı açısından ilk ve son görüşme arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamış, ancak ilk görüşmede çalışma grubunun %33,3'ü sigara kullanmakta iken son görüşmede bu oranın %26,7'ye düştüğü bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları sigara kullanımı açısından literatür ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın, eğitim verilen girişim grubunun eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Erciyes ve Çınar (2013)'in yaptığı çalışmada, ilk görüşmede eğitim grubunun %7,5'inin (n=3), kontrol grubunun %2,5'inin (n=1) alkol kullanmakta olduğu bildirilmiştir. Alkol kullanımına

yönelik soruyu hastaların toplumsal etmenler dolayısıyla rahat bir şekilde yanıtlayamadıkları düşünülmektedir.

Alkol kullanımını ve KKH ilişkisi ile ilgili olarak literatürde yer alan bilgilere bakıldığında; aşırı olmayan alkol kullanımının KAH riskini azalttığı, bu durumun HDL düzeylerindeki artıştan, endotel fonksiyonlarına ve hemostatik faktörler üzerine olan etkiden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Akıllı 2004).

Yaptığımız çalışmada girişim grubu hastalarının ilk izlemde %12,5'i düzenli doktor kontrolüne gittiğini belirtirken son izlemde ise %85'i düzenli doktor kontrolüne gittiğini ifade etti. Girişim grubunda doktor kontrolüne gitme açısından ilk izlem ve son izlem arasında anlamlı derecede artış olduğu belirlendi (Tablo 6.2.1). Bu durum, eğitimin hasta sonuçlarına olumlu yansıdığı şeklinde yorumlanabilir.

Obezite gerek erkekte, gerekse kadında koroner arter hastalığı (KAH) için bağımsız bir risk faktörü olup mortalitede artışa da neden olmaktadır. TEKHARF çalışmasının 2017 verilerine göre; erkekler için 30, kadınlar için 29 kg/m² obezite sınırı olarak alındığında 40-59 yaşlarındaki Türk kadınlarının %46,6'sının, erkeklerin %15,9'unun obezite kapsamına girdiği bildirilmektedir. Bu oranlar, Türk toplumunda AKS hastaları için önemli bir risk faktörü olan kilo ve BKİ kontrolünün yapılmasının önemini göstermektedir.

Girişim grubundaki hastaların ilk izlem ve son izlemde kilo ve beden kütle indeksi açısından anlamlı düşüş gözlemlendi (Tablo 6.2.1). Bu bulgu, hastalara uygulanan eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından önemli nitelik taşımaktadır.

Çalışmamızda gruplar arası vücut ağırlığı ve BKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 6.1.1). Grupların vücut ağırlığı ve BKİ açısından benzer olması çalışmanın güvenilirliğini destekler niteliktedir, girişim grubuna verilen eğitimin etkinliğini değerlendirme adına önemlidir. Yapılan diğer çalışmalarda, BKİ bizim çalışma bulgularımıza göre daha düşük olarak bildirilmiştir (Kahyaoğlu Süt 2009; Kurçer ve Özbay 2011; Çilingir ve ark. 2012).

7.3. İlk İzlem ve Son İzlemede Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Açısından Grup İçi ve Gruplar Arası Farkların Tartışılması

Literatürde KAH'na yönelik uygun diyet, düzenli egzersiz, düzenli ilaç kullanımı, sigaranın bırakılması, kilo azaltılması gibi yaşam tarzı değişikliği konularında eğitim programlarının düzenlenmesinin, bireylerin hastalığa uyumunu kolaylaştıracağı ve yaşam kalitelerini arttıracacağı ifade edilmektedir (Biol ve Akdemir 2004; Özdoğan ve Kılıçarslan 2013; Badır ve Korkmaz 2014; Türen ve Efil 2014).

Yaptığımız araştırmada girişim grubu hastalarının Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği'nin göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, bitkinlik-yorgunluk, mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri ve kaygı alt boyutlarından son izlemede aldıkları puanların ilk izleme göre daha düşük bulundu (Tablo 6.3.1). Kontrol grubu hastalarının ise aynı alt boyutlardan son izlemede aldıkları puanların ilk izleme göre yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6.3.1). Diğer yandan, ilk izlemede girişim ve kontrol grubundaki hastaların Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark yok iken son izlemede göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, bitkinlik-yorgunluk, mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri ve kaygı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 6.3.1). Bu bulgular, son izlemede eğitim verilen girişim grubunun kısıtlılık ve semptom puanlarında anlamlı düşüş olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Özcanlı ve Çınar (2012)'in çalışmasında akut koroner sendromlu hastaların yaşadıkları kısıtlılık ve semptomları incelenmiş; hastaların hafif düzeyde göğüs ağrısı ($7,48 \pm 4,82$) ve solunum yetersizliği ($6,69 \pm 4,93$), orta düzeyde yorgunluk ($6,08 \pm 2,96$) yaşadıkları, fiziksel ve sosyal fonksiyonda ($16,64 \pm 4,46$) orta düzeyde, kadınlara özgü ev içi faaliyetlerinde ($3,05 \pm 1,41$) ve erkeklere özgü ev içi faaliyetlerinde ($3,23 \pm 1,40$) hafif düzeyde kısıtlılık yaşadıkları, kaygı düzeylerinin orta derecede olduğu ($8,65 \pm 2,63$) ve hastaların bilek şişliği puan ortalamalarının ise oldukça düşük olduğu ($1,86 \pm 3,16$) bildirilmiştir.

Literatürde MI sonrası cinsel disfonksiyonun çoğunlukla psikolojik kaynaklı olduğu ve genellikle hastaların cinsel aktivite sıklığında ve tatmininde azalma görüldüğü belirtilmektedir (Yılmaz ve Pınar 2005; Lunelli ve ark. 2008; Vicdan ve Özer 2011).

Özcanlı ve Çınar (2012)'in çalışmasında akut koroner sendromlu hastaların cinsel fonksiyon puan ortalamasının normal düzeyde olduğu ($4,09\pm 4,33$) bildirilmiştir. Yıldız ve Pınar'ın çalışmasında (2004) tüm olguların %54,2'sinde cinsel disfonksiyon saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda, hastaların cinsel fonksiyon puan ortalamaları daha yüksek (girişim grubu $10,35\pm 3,95$; kontrol grubu $10,90\pm 4,13$) bulundu (Tablo 6.3.1). Literatürle çelişen bu sonuçlar; hastaların cinsellikle ilgili bilgilerini paylaşmak istememelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Yaptığımız çalışmada girişim grubunda ilk izleme göre son izlemde SYBDÖ-II toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanlarında anlamlı artış olduğu belirlendi (Tablo 6.3.2).

Erciyes ve Çınar (2013)'in yaptığı çalışmada, hipertansiyonlu hastalarda verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde etkili olduğu; verilen eğitim ile hastaların SYBDÖ-II toplam puanı ve tüm alt boyutlarında ikinci görüşmede ilk görüşmeye göre ileri derecede istatistiksel olarak anlamlı fark yaratacak şekilde arttığı bildirilmiştir.

Özdemir'in (2003) hipertansiyonlu hastalarda yaptığı çalışmada ise; çalışmaya katılan hastalarda sağlık sorumluluğu $25,58\pm 5,68$, fiziksel aktivite $8,98\pm 3,55$, beslenme $16,88\pm 3,80$, manevi gelişim $32,15\pm 8,17$, kişilerarası ilişkiler $21,60\pm 4,06$, stres yönetimi $13,37\pm 4,29$, SYBDÖ-II toplam puanı $128,57\pm 23,49$ olarak bulunmuştur. Özdemir'in hasta grubundan sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve SYBDÖ-II toplam puanları bizim hasta gruplarımızdan daha yüksek bulunurken, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi puanları bizim hasta gruplarımızın puanlarından daha düşük olduğu görülmektedir.

Sonuçlar, bizim çalışmamızda verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde etkili olduğunu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olumlu yansıdığını göstermektedir. Hastaların aldıkları sağlık eğitimi sonucunda, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmaları ve hastalığı yönetme stratejilerini öğrenmelerinin, stresli bir durum olan kronik hastalıkla yaşamdaki zorlukları azalttığı ve bununda stres yönetimi alt grubu puanına olumlu yansıdığını düşünmekteyiz. Kişilerarası ilişkiler puanının artması ile verilen bilgilerin hasta ailesiyle paylaşılması ve akut koroner sendrom yönetiminde birlikte hareket etmelerinin sonucu olabilir. Hemşire tarafından verilen eğitim sonucunda hastalarda fiziksel aktivite artışı sağlandı. Sağlığı geliştirmek için sağlığa duyarlılığın artırılması, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması için eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması gereklidir. Bu amaçla, özellikle polikliniklerde akut koroner sendromlu hastalara sağlık eğitimi verecek ve hasta takibi yapacak uzman hemşirelerin istihdam edilmesi önerilmektedir.

7.4. İlk İzlem ve Son İzlemden Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Kısıtlılık ve Semptomlar Profili Ölçeği Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları Korelasyon Puanlarının Tartışılması

Akut koroner sendrom sonrası fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki kısıtlılıklar ve semptomlar, bireyin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. Hemşirelerin temel eğitim rolleri kapsamında yer alan hasta eğitimi; hastaların yaşadıkları kısıtlılık ve semptomların azalması ve sağlık davranışlarının kazanılmasında önemli bir yere sahiptir. AKS'lu hastaların kısıtlılık ve semptomlarının azaltılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve tedaviye uyumun kolaylaştırılması için; akut koroner sendromun nedenleri, risk faktörleri, ilaç tedavisinin önemi, etki ve yan etkileri, beden ağırlığının azaltılması, düzenli fiziksel egzersiz, doğru beslenme şekli, doktor kontrolünün önemini içeren sağlık eğitimi verilmelidir (Pehlivanoğlu 2006; Öngen 2008; Ulus ve Birdane 2011; Türkmen ve ark. 2012; Öztürk ve Kutlu 2013).

Çalışmamızda, girişim grubu hastalarında ilk izlemde fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi puanlarının arttıkça göğüs ağrısının azaldığı; beslenme kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi puanlarının arttıkça solunum yetersizliği semptomlarının azaldığı; fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi puanlarının arttıkça sosyal yaşam aktivitelerinin arttığı; manevi gelişim puanı arttıkça mobilite ve cinsellik semptomlarının azaldığı; SYBDÖ II'nin toplam puanının arttıkça göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, sosyal yaşam etkinlikleri ve ev içi faaliyetler puanlarının azaldığı gözlemlendi (Tablo 6.4.1). Bu bulgu, hastaların olumlu sağlıklı yaşam davranışları edinmeleri ile göğüs ağrılarının azalacağı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda, girişim grubu hastalarında son izlemde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puanlarının arttıkça solunum yetersizliği puanının azaldığı; sağlık sorumluluğu ve beslenme puanlarının arttıkça bitkinlik-yorgunluk puanlarında azalma olduğu; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi puanlarının arttıkça mobilite puanının azaldığı; sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puanlarının arttıkça mobilite puanının azaldığı; sağlık sorumluluğu puanı arttıkça kaygı düzeyi puanının düştüğü; SYBDÖ-II'nin toplam puanının arttıkça göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bitkinlik-yorgunluk, mobilite, sosyal yaşam etkinlikleri ve cinsellik puanlarının azaldığı gözlemlendi (Tablo 6.4.2). Bu bulgular, yapılan sağlık eğitiminin hastaların sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği ve hastaların yaşadığı kısıtlılık-semptomlarda azalma sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; “H₁: Akut koroner sendromlu hastalara hemşire tarafından verilen eğitim hastaların semptom kontrolü ve sağlık davranışlarını etkiler.”hipotezi kabul edilmiştir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Akut koroner sendromlu hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin semptom kontrolü ve sağlık davranışlarına etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu araştırmada;

- ✓ Girişim ve kontrol grubunu oluşturan hastalar arasında sosyodemografik özellikler ve hastalık durumuna ilişkin değişkenler açısından (başka hastalık varlığı hariç) anlamlı fark olmadığı,
- ✓ Kontrol grubunu oluşturan hastalarda ise, hastalık ile ilişkili değişkenlerden vücut ağırlığı ve BKİ'nde artış olduğu, sigara ve alkol kullanımı ile doktor kontrolüne gitme durumunda değişim olmadığı,
- ✓ Girişim grubunu oluşturan hastaların; verilen eğitim sonrası kısıtlılık ve semptom puanlarında anlamlı düşüş olduğu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarında anlamlı artış olduğu,
- ✓ Kontrol grubunu oluşturan hastalarda ise; kısıtlılık ve semptom puanlarında yükselme olduğu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında herhangi bir değişim olmadığı,
- ✓ Girişim grubunu oluşturan hastalarda; verilen eğitim sonrasında, hastalık ile ilişkili değişkenlerden vücut ağırlığı ve BKİ'nde anlamlı düşüşler olduğu, sigara ve alkol kullanımı ile doktor kontrolüne gitme durumunda anlamlı değişimler gerçekleştiği belirlendi.

Bu bulgular doğrultusunda; akut koroner sendrom yönetiminde ve olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşire tarafından verilen eğitimin etkin bir yöntem olarak kullanılabileceği sonucuna varıldı.

Öneriler:

- ✓ Akut koroner sendromulu hastaların kısıtlılık ve semptomlarının azaltılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi için; akut koroner sendromun nedenleri, risk faktörleri, ilaç tedavisinin önemi, etki ve yan etkileri, beden ağırlığının azaltılması, düzenli fiziksel egzersiz, doğru beslenme şekli, doktor kontrolünün önemini içeren sağlık eğitiminin tüm akut koroner sendromu olan hastalara verilmesi,
- ✓ Araştırmanın etkinliğini değerlendirmek için daha büyük gruplarda da tekrar uygulanması,
- ✓ Akut koroner sendromulu hastalara hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde süreklilik sağlanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

- Akbulut M, Özkan Y. Unstable angina pektorisli hastalarda C-reaktif protein (CRP) düzeyleri ve koroner arter tutulumu arasındaki ilişkiler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (Tıp), 2000; 14(2): 291-294.
- Akıllı A. Koroner kalp hastalıkları. Klinik Kardiyoloji, 2. Baskı, 2004; s: 131-170.
- Akın S. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve bakım. İçinde: Durna Z, eds. İç Hastalıkları Hemşireliği. Akademi Basın ve Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul; s: 147-172.
- Aksoy H, Aytemir K. Yaşlıda akut koroner sendroma yaklaşım. Akad Geriatri 2009; 1: 98-106.
- Aksungur Z, Türköz Y. Akut koroner sendrom ve kardiyak belirteçler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5(1): 67-73.
- Aktürk S. Akut koroner sendromlu hastalarda kardiyak rehabilitasyon. Medicine Science 2016; 5(1): 244-252.
- Aktürk Y, Sur Ü, Serdar OA. Akut koroner sendromlar. Türk Yoğun Bakım Dergisi. 2008; 6(2): 19-30.
- Alexander JH, Lopes RD, James S, Kilaru R, He Y, Mohan P, Bhatt DL, Goodman S, Verheugt FW, Flather M, Huber K, Liaw D, Husted SE, Lopez-Sendon J, Caterina R, Cornel JH, Cools F, Atar D, Leiva-Pons JL, Keltai M, Ogawa H, Pais P, Parkhomenko A, Ruzyllo W, Diaz R, White H, Ruda M, Gerald M, Lawrence J, Harrington RA, Wallentin L. Apixaban with antiplatelet therapy after acute coronary syndrome. The New England Journal of Medicine. 2011; 365: 699-708.

Altınbaş A, Ersoy İ. St yükselmeli akut miyokard infarktüsünde tıbbi tedavi. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2011; 4(3): 36-44.

American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2013; 127: 6-245.

Avcıküçük M, Bakır F, Topçuoğlu C, Güçtekin A. Akut koroner sendromda troponin T ve troponin I. Turk Hij Den Biyol Derg. 2011; 68 (3): 127-34.

Avrupa Kardiyoloji Derneği Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu (2013). Türk Kardiyol Dern Arş. 2014; Suppl. 4: 79- 84.

Avrupa Kardiyoloji Derneği ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromlar Tanı ve Tedavi Görev Grubu. ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş, 2008; 36(1):90-152.

Avrupa Kardiyoloji Derneği ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromlar Tanı ve Tedavi Görev Grubu ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavi Kılavuzu European Heart Journal, 2007; s: 1598-1660.

Aykut K, Güzeloğlu M, Albayrak G, Hazan E. Akut koroner sendromun cerrahi tedavisi. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2013; 6(6): 42-44.

Badır A, Korkmaz DF. Koroner arter hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı. Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Ankara; 2014; s: 657-679.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. C.U. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12(1): 1-13.

- Baltacı D, Öztürk S. Akut koroner sendrom hastalarında klinik özelliklerin ve transport zamanının akut koroner sendrom sınıflamasına göre karşılaştırılması. *Düzce Tıp Dergisi*. 2011; 13(2): 23-29.
- Bengtson A, Drevenhorn E. The nurse's role and skills in hypertension care: a review. *The Journal for Advanced Nursing Practice*. 2003; 17(5): 260-268.
- Bostan C, Yıldız A. Akut koroner sendromlarda girişimsel tedavi; nasıl? *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2013; 6(6): 20-24.
- Boydak B. Akut miyokard infarktüsü ve anstabil angina pectoris. *Med* 2001; 10(10): 378-381.
- Braunwald E. Kardiyovasküler Sistem Bozuklukları. *Harrison İç Hastalıkları Prensipleri* (edit: Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson). Çevirenler; Kocaba A, Kuleci S. 15.baskı. 2.Cilt., Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara; 2004, s:1253- 1277.
- Brown WV. Atherosclerosis: risk faktors and treatment. In: Braunwald E, editor. *Essential atlas of heart diseases*. Philadelphia: Appleton & Lange; 1997; p. 1.1
- Buğan B, Çelik T. Genç erişkinlerde akut koroner sendrom nedenleri. *J Clin Anal Med* 2014; 5(1): 80-84.
- Bulduk B, Aktaş CM, Bulduk M. Akut miyokard infarktüsü sonrası gelişen ruhsal sorunlar. *G.O.P Taksim E.A.H. JAREN* 2017; 3: 24-27.
- Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*. 2011; 18(3): 147-154.
- Çakır H. Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. R. Pınar BÖLÜKTAŞ).

- Çevik Y. Kararsız anjina ve st segment yükselmesi olmayan akut koroner sendromlarda güncel tanı ve tedavi yaklaşımları. Türkiye Klinikleri J Emerg Med-Special Topics 2016; 2(2): 8-16.
- Çini ES, Ekinci S. Akut koroner sendrom sonrası kardiyak rehabilitasyon. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2013; 6(6): 75-79.
- Demir Ş, Özer D. Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. MN Cardiol. 2014; 21: 182-191.
- Demir Ş, Özer Z. Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2012; 1-14.
- Demirci C, Özbakkaloğlu M, Yıldırım A, Çakmak T, Yavuzgil C. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Plazma Homosistein Düzeyleri. SSK Tepecik Hast Derg. 2003; 13(2): 91-96.
- Diren HB, Belet Ü. Kalp ve damar hastalıklarında mr görüntüleme tekniği. Türk Kardiyol Dern Arş. 2004; 32: 38-43.
- Doğan A, Akpek M, Eryol NK. Kararsız angina pektoriste tıbbi ve girişimsel tedavilerin karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2011; 4(3): 16-19.
- Doğan V, Başaran Ö, Biteker M. Non-ST elevasyonlu akut koroner sendromlarda risk sınıflaması ve girişim zamanı. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 2015; 2(3): 55-58.
- Enar R. Ateroskleroz-aterotromboz. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Ateroskleroz; Koroner, Serebral, Periferik Arter Tutulumu Sempozyum Dizisi. 2006; s: 9-27.
- Eray O. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların profilleri. Kardiyovasküler Akademi Derneği e-Bülten. Ekim 2014.

- Erciyes Y. Hipertansiyonlu Hastalarda Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul. (Danışman: Doç. Dr. Sezgi ÇINAR).
- Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005, 8(3): 1-9.
- Erkuş E, Kaya Z, Yıldız A. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2013; 6(4): 1-8.
- Eryılmaz U, Akgüllü Ç. Akut koroner sendrom komplikasyonları. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2013; 6(6): 52-57.
- Aslan EF, Olgun N, eds. Fiziopatoloji. Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş. Ankara; 2017; s: 215-234.
- Falk E. Pathogenesis of Atherosclerosis. J Am Coll Cardiol. 2006; 47(8): 7-12.
- Fauci AS, Eugene B, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison's İç Hastalıkları Prensipleri El Kitabı. Çeviren: Cengiz A, İçen M.14. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2001; s:687-695.
- Herlitz J, Bengtson A, Hjalmarson A, Wilhelmsen L. Body Temperature in acute myocardial infarction and its relation to early intervention with metaprolol. Int J Cardiol. 1988; 20 (1): 65-71.
- Irmak Z, Fesci H. Akut miyokard infarktüsünde sekonder koruma. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 84-96.
- Irmak Z, Fesli H. Sekonder koruma eğitim programının miyokard infarktüsü geçiren hastaların bilgi düzeyine etkisi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 12(2):14-25.
- İkitimur B, Karadağ B, Öngen Z. Yaşlıda koroner arter hastalığı. Turkish Journal of GeriatricsSupplement 2, 2010; s: 13-20.

İnangil D, Şendir M. Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(2): 96-101.

İnce AFD, Şentürk AB, Ellidağ H, Kap S, Üstüner F. Akut miyokard enfarktüs tanısı için serum troponin I eşik değeri. Türk Klinik Biyokimya Derg 2007; 5(2): 43-48.

İşkesen İ, Kurdal AT. Kararsız angina pektoriste cerrahi tedavi. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2011; 4(3): 20-24.

Kaftan HA, Kaftan O, Alpsoy Ş. Kararsız Anjina Pektoris, Kardiyak Troponinler ve C-Reaktif Protein. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, 2000; 13(4): 304-309.

Kahyaoğlu Süt H. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009; Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar).

Kaplan G, Dedeli Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Medikal Yayınları 2014; 77-90.

Keleş İ. Temel Ekokardiyografi. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, 2012; s: 1-2.

Kırılmaz B. Akut koroner sendromlarda risk sınıflaması. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2013; 6(6): 11-14.

Kocabaş U. Yeni antikoagülanlar ilaçlar ve gerçek hayattaki sonuçları. Kardiyovasküler Akademi Derneği e-Bülten. 2014.

Komşuoğlu B. Klinik Kardiyoloji. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2000; s.121-129.

Korkmaz ME. İskemik Kalp Hastalıkları. İçinde: Kadayıfçı A, Karaaslan Y. İç Hastalıkları El Kitabı. Medikomat Basım Yayın San. Ve Tic. Ltd. Şti., Ankara; 1998, s: 51-67.

Libby P. Curren concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. American Heart Association, Inc. 2001; 104: 365-372.

Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. Sexual activity after myocardial infarction: taboo or lack of knowledge?, Arq Bras Cardiol 2008;9(3): 156-9.

Maewal P, de Lemos JA, Donald W. Natriuretic peptide hormone measurement in acute coronary syndromes. Heart Fail Rev. 2003; 8(4): 365-368.

Mega JL, Braunwald E, Wiviott SD, Bassand JP, Bhatt DL, Bode C, Burton P, Cohen M, Cook-Brunns N, Fox KAA, Goto S, Murphy SA, Plotnikov AN, Schneider D, Sun X, Verheugt FWA, Gibson CM. Rivaroxaban in patient with a recent acute coronary syndrome. The New England Journal of Medicine. 2012; 366: 9-19.

Meriç M. ST yükselmesi olmayan akut koroner sendromlar. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi. 2012; 29: 133-139.

Mert H. Kalp damar sistemi bakım planları. İçinde: Albayrak N, Erkal-İlhan S, Ançel G, Albayrak A. Hemşirelik Bakım Planları. 1. Baskı. Alter Yay. Rek. Org. Ltd. Şti., Ankara; 2007; s: 233-240.

Müderrişoğlu H, Yıldırım A. Akut koroner sendromlar ve sınıflaması. Türk Kardiyoloji Dergisi. Akut Koroner Sendromlar Ek Sayı, 2001; 4(3): 12-5.

National Cholesterol Education Program (NCEP). Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. Circulation, 2002;106(35): 3143-3421.

Onat A, Karakoyun S, Akbaş T, Karadeniz ÖF, Karadeniz Y, Çakır H, Şimşek B, Can G. TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2015;43(4):326–332.

Öngen Z. Akut koroner sendromlar: kavramı, sınıflaması, risk düzeyi belirlemesi ve tedavi ilkeleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Kardiyoloji Gündemi Sempozyum Dizisi No: 64 2008: s: 103-112.

Özcanlı D, Çınar S. A Psychometric evaluation of the turkish version of the cardiovascular limitations and symptoms profile. Journal of Contemporary Medicine. 2015; 5(2): 71-82.

Özdemir K, Altunbaş G. Kararsız angina pectoris/st yükselmesiz miyokard infarktüsü. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2011; 4(3):1-7.

Özdoğan Ö, Kılıçaslan B. Akut koroner sendrom hastası taburcu olurken. Türkiye Klinikleri J Cardiol Special Topics 2013; 6(6): 58-61.

Özen M, Serinken M, Yılmaz A, Özen Ş. Acil servise başvuran akut koroner sendrom tanılı hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2012; 12(3): 117-122.

Özer N. Akut miyokard infarktüsünde ekokardiyografi. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2011; 4(3): 84-90.

Özkan AA. Akut koroner sendromlar: epidemiyoloji. Türk Kardiyoloji Derneği Arş. 2013; 41 (Suppl 1): 1-3.

Özpelit E. Akut koroner sendromlarda ekokardiyografinin rolü. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2013; 6(6): 45-51.

Özpelit EM, Ercan E. Akut koroner sendromlarda tanımlar ve tanı kriterleri. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2013; 6(6): 1-4.

- Öztürk M, Kutlu M. Primer korumada yaşam tarzı değişikliği. *Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2013; 6(4): 9-14.
- Özyurtlu F, Çetin N. Akut koroner sendromlarda antikoagülan tedavi; yeni ne var? *Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2013;6(6): 36-41.
- Pehlivanoglu S. Kronik iskemik kalp hastalığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Ateroskleroz; Koroner, Serebral, Periferik Arter Tutulumu Sempozyum Dizisi No: 2006; 73 - 76.
- Saka B. Akut Koroner Sendromlarda İki Farklı Troponin I Ölçüm Sisteminin Cihaz Performansları Açısından Karşılaştırılması ve Farklı Örnek Alımlarının Ölçüm Sonucuna Etkilerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya Bölümü, Uzmanlık Tezi, 2004, İstanbul (Danışman: Uzm. Dr. Sacide ATALAY).
- Sevinç S, Eşer İ. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ikincil korunma davranışları. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*. 2011; 19 (3): 135-144.
- Sevinç S. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. İçinde: Ovayolu N, Ovayolu Ö, eds. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. Adana; 2016, s: 213-233.
- Soylu A, Duman Ç. Akut miyokard infarktüsünün komplikasyonları. *Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2011; 4(3): 29-35.
- Sönmez K, Akçay A, Gençbay M, Akçakoyun M, Demir D, Elönü OH. ve ark. Koroner arter hastalığı anjiyografik olarak saptanmış olgularda risk faktörlerinin dağılımı. *Türk Kard Arş*, 2002; 30-39.
- Sucu M, Karadede A, Toprak N. Homosistein ve kardiyovasküler hastalıkları. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2001; 29: 181-190.
- Şahin E, Yıldırım UM, Serter S. Akut koroner sendromlarda radyolojik görüntüleme yöntemleri. *Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2013; 6(6): 84-89.

- Temel İ, Özerol E. Homosistein metabolizma bozuklukları ve vasküler hastalıklarla ilişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 9(2) 149-157.
- Tokgözoğlu L. Akut koroner sendromlarda tanım ve risk belirlemesi. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji, Akut Koroner Sendromlar Özel Sayısı, 2004; 17(2): 72-75.
- Tunçer E, Alioğlu E. Akut koroner sendromlarda girişimsel tedavi; kime?, ne zaman? Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2013; 6(6): 15-19.
- Türen S, Efil S. Akut koroner sendromlar ve hemşirelik yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014; 18(2): 43-51.
- Türk UÖ, Zoghi M. St yükselmeli akut miyokard infarktüsünde girişimsel tedavi. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2011; 4(3): 45-51.
- Türk UÖ. Akut koroner sendromlarda yeni antitrombotik ajanlar; kanıtlar yeterli mi? Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2013 ;6(6): 30-35.
- Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. Acıbadem Üni Sağlık Bilim Derg 2012; 3(4):223-231.
- Türkmen E. Akut koroner sendromların tanımı, risk faktörleri ve fizyopatolojisi. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi. 2000; 4(1): 15-21.
- Ulus T, Birdane A. Koroner kalp hastalığının tedavisinde bireysel yaklaşım ve koruyucu tedavi kavramları. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2011; 4(3): 75-83.
- Uzuner N. Antiagregan tedaviler. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2012 18:1; 1-5.
- Ünsar S, Durna Z, Süt N. Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü. Hemşirelik Forumu, 2004; 2: 27-41.

- Vicdan N, Özer CZ. Miyokard infarktüsü ve cinsel işlev bozukluğu. Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing. 2011; 1(2): 2-6
- White HD. Unstable Angina: Ischemic Syndromes. In: Topol EJ, editor. Textbook of cardiovascular medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2007; s: 251-279.
- Yeşilbursa D. Kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarına yaklaşım ve tanı yöntemleri. İçinde: Dolar E. İç Hastalıkları. Nobel & Güneş Yayınları, 2005; s: 7.-60.
- Yıldız H, Pınar R. Miyokard infarktüslü hastalarda cinsel disfonksiyon. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2004; 4: 309-317.
- Yılmaz Ö. St yükselmeli akut miyokard infarktüsü. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2011; 4(3): 25-28.
- Yılmaz H, Pınar R. Cinsel disfonksiyonu olan kardiyovasküler hastaların bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005; 21(2):135- 145.
- Yiğit Ö, Cete Y, Eken C, Göksu E. Akut koroner sendrom tanısında yüksek duyarlıklı CRP, D-Dimer ve IL-6'nın duyarlılık ve seçiciliği. Balkan Med J 2011; 28: 429-434.
- Yüce İ, Kantarcı M. Akut göğüs ağrısı. Trd Sem 2016; s: 263-271.
- Yüksel S, Şahin M. Kararsız angina pectoris ile akut miyokard infarktüsü arasındaki farklar. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2011; 4(3): 52-57.
- Zungur M, Evrengül H. Kararsız angina pectoriste tıbbi tedavi. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2011; 4(3): 8-15.

10. EKLER

Ek-1	Hasta Tanıtım Formu
Ek-2	Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili- CLASP
Ek-3	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
Ek-4	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
Ek-5	Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili- CLASP Anket İzni
Ek-6	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Anket İzni
Ek-7	Kurum İzin Yazısı
Ek-8	Etik Kurul İzin Yazısı
Ek-9	Yönetim Kurulu Kararı

Ek-1 Hasta Bilgi Formu

A) Bireye İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

- 1. Cinsiyetiniz:** 1.Kadın 2.Erkek
- 2. Yaşınız:**.....
- 3. Medeni durumunuz:** 1. Evli 2. Bekar
- 4.Eğitim durumunuz** 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu
4. Lise 5. Üniversite
- 5. Çalışıyor musunuz?** 1. Çalışıyorum 2. Çalışmıyorum
- 6.Mesleğiniz:** 1. Emekli 2. Memur 3. İşçi 4. Serbest meslek 5. Ev hanımı
- 7. Sağlık güvenceniz:** 1. Var 2. Yok
- 8. Gelir durumunuz gider durumunuza göre nasıl?**
1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla
- 9. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?**
1.Yalnız 2.Eşimle birlikte 3.Eşim ve çocuklarımla 4.Çocuklarımla 5.Diğer.....
- 10. Sigara kullanıyor musunuz?** 1. Kullanıyorum 2. Kullanmıyorum
- 11. Alkol kullanıyor musunuz?** 1. Kullanıyorum 2. Kullanmıyorum
- 12. Kilo: Boy: BKİ:**

B) Hastalığa Yönelik Tanıtıcı Bilgiler

13.Akut Koroner Sendrom tanısı ne zaman kondu?

1. 6 ay-1yıl 2. 1-2 yıl 3. 2 yıl ve üzeri

14. Akut Koroner Sendrom dışında başka hastalığınız var mı?

1. Diyabet (şeker hastalığı) 2.Hipertansiyon 3. Solunum sistemi hastalıkları
4. Romatizmal hastalıklar 5. Diğer.....

15. Daha önce Akut Koroner Sendrom nedeniyle hastanede yattınız mı?

1. Evet 2. Hayır

16. Düzenli doktor kontrollerine gidiyor musunuz?

1. Gidiyorum 2. Gitmiyorum

Ek-2 Kardiyovasküler Kısıtlılık Ve Semptomlar Profili (CLASP)

Bu ölçek, sizin son 2 haftadaki semptomlarınızı ölçer. Lütfen bütün soruları cevaplayın, eğer sizin durumunuza uymayan sorular olursa boş bırakınız. Lütfen her soruya sadece bir cevap veriniz. Bazen hangi cevabın doğru olduğunu kararlaştırmak zordur, bu durumda lütfen tam olarak doğru değilse bile bir cevap seçiniz. Lütfen seçtiğiniz cevabın karşısındaki kutuyu (o) çarpı (x) ile işaretleyiniz.

1. Son iki haftadır göğüs ağrınız oldu mu?
 - Hayır - eğer cevabınız hayır ise lütfen 7. soruya geçiniz
 - Evet - eğer cevabınız evet ise lütfen 2 'den 6'ya kadar olan soruları cevaplayınız
2. Son iki haftada ortalama kaç kez göğüs ağrınız oldu?
 - Son iki haftadır bir veya iki kere
 - Her gün değil ama haftada 2 - 3 kere
 - Günde 1 kere
 - Günde 2 - 3 kere
 - Günde 4 kere veya daha fazla
3. Son 2 haftada ortalama olarak, göğüs ağrısı krizlerinizin şiddeti nasıldı?
 - Çoğunlukla hafif
 - Çoğunlukla orta düzeyde
 - Çoğunlukla ciddi
4. Göğüs ağrısı sizi uykudan uyandırdı mı?
 - Asla
 - Arada sırada
 - Sıklıkla
 - Çok sık
5. Göğüs ağrılarınızı göz önüne aldığımızda göre hangisi sizin için geçerlidir?
 - Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte
 - Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte
 - Günlerim hep kötü geçmekte
6. Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız göğüs ağrılarının şiddeti nasıldı?
 - Hafif
 - Orta düzeyde
 - Ciddi
7. Son 2 haftada nefes darlığınız oldu mu?

Eğer nefes darlığınız sadece yoğun fiziksel aktivite (örn. koşma, merdiven çıkma, spor, egzersiz veya ağır nesnelerin kaldırılması) nedeniyle oluyor ise, HAYIR'ı işaretleyin ve 13. soruya geçin.

 - Hayır - lütfen 13. soruya geçin
 - Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın

- 8.Ortalama olarak, son 2 haftada ne sıklıkta nefes darlığınız oldu?
- Son iki hafta içinde bir ya da iki kere
 - Her gün değil ama haftada 2-3 kere
 - Günde 1 kere o Günde 2-3 kere
 - Günde 4 kere veya daha fazla
- 9.Nefes darlığı olmadan sırtüstü yatmakta zorluk çektiniz mi?
- Asla
 - Biraz
 - Orta düzeyde
 - Büyük oranda
- 10.Nefes darlığınızı göz önüne aldığımızda aşağıdakilerden hangisi sizin için geçerlidir?
- Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte
 - Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte
 - Günlerim hep kötü geçmekte
- 11.Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız nefes darlığının şiddeti nasıldı?
- Hafif
 - Orta düzeyde
 - Ciddi
- 12.Son 2 haftada yaşadığınız nefes darlığı hayatınızı ne kadar etkiledi?
- Hiç
 - Biraz
 - Orta düzeyde
 - Büyük oranda
- 13.Son 2 haftada hiç bileğinizde şişme oldu mu?
- Hayır - lütfen 17. soruya geçin
 - Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın
- 14.Bileklerinizdeki şişlik ne kadardı?
- Hafif şişme
 - Orta derecede şişme
 - Çok şişme
- 15.Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız bilek şişliğinin şiddeti nasıldı?
- Hafif
 - Orta düzeyde
 - Ciddi
- 16.Son 2 haftada yaşadığınız bilek şişliği hayatınızı ne kadar etkiledi?
- Hiç
 - Biraz
 - Orta derecede
 - Büyük oranda

17. Son 2 haftada hiç yorgunluk veya enerji eksikliği yaşadınız mı?
o Hayır - lütfen 21. soruya geçin
o Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın
18. Genel olarak, son 2 haftada kendinizi ne kadar yorgun hissettiniz?
o Biraz yorgundum
o Orta düzeyde yorgundum
o Çok yorgundum
o Aşırı derecede yorgundum
19. Kendinizi günün ne kadarlık kısmında yorgun hissettiniz?
o Yalnızca günün sonunda
o Çoğu günler, en fazla günün bir iki saati
o Yarım gün
o Günün çoğu veya tamamı
20. Son 2 haftada kendinizi ne kadar enerjik hissettiniz?
o Büyük oranda
o Orta düzeyde
o Çok az
o Hiç
21. Son 2 haftada ev dışında ne kadar mesafe yürüydünüz?
o Süratli bir şekilde 1,6 km kadar yürüydüm
o Normal bir hızda 1,6 km kadar yürüydüm
o 800 m kadar yürüydüm
o 400 m kadar yürüydüm
o 90 m kadar yürüydüm.
o Yalnızca birkaç adım yürüydüm
o Dışarıda hiç yürüyemedim
22. Son 2 haftada ev dışındaki yürüme hızınız nasıldı?
o Süratli yürüdüğüm zamanlar oldu
o Yaşıma göre normal bir hızda
o Normalden yalnızca bir miktar yavaş
o Yavaşça ve bazen durarak
o Çok yavaşça ve sıklıkla duraklayarak
23. Son 2 haftada dışarıda nasıl yürüyordunuz?
o Bazen süratli
o Yaşıma göre normal bir hızda
o Yavaşça ama duraksamadan
o Çok yavaşça, bir iki kere duraksayarak
o Adım adım, sıkça duraksayarak

- 24.Son 2 haftada ne kadar kolaylıkla bir şeylere uzanabildiniz ya da eğilebildiniz?
o İstedğim kadar
o İstedğimden bir miktar az
o İstedğimden çok daha az
o İstesem de hiç yapamadım
- 25.Son 2 haftada düğüne, dansa, restoranta gitmek gibi sosyal aktivitelere ne kadar katıldınız? o İstedğim kadar
o İstedğimden bir miktar az
o İstedğimden çok daha az
o İstesem de hiç yapamadım
- 26.Son 2 haftada uzun yürüyüşler, yüzme gibi aktif faaliyetleri ne kadar gerçekleştirdiniz?
o İstedğim kadar
o İstedğimden bir miktar az
o İstedğimden çok daha az
o İstesem de hiç yapamadım
- 27.Son 2 haftada fiziksel problemlerinizi, sizinle aynı evde yaşamayan arkadaşlarınız veya ailenizle görüşmek isteğinize ne kadar engel oldu?
o Hiç olmadı
o Biraz
o Orta düzeyde
o Büyük oranda
- 28.Son 2 haftada bulaşık yıkamak, toz almak, evi toplamak gibi hafif ev işlerini ne kadar yaptınız?
o İstedğim kadar
o İstedğimden bir miktar az
o İstedğimden çok daha az
o İstesem de hiç yapamadım
o Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok
- 29.Son 2 haftada süpürmek, pencereleri, yerleri temizlemek gibi ağır ev işlerini ne kadar yaptınız?
o İstedğim kadar
o İstedğimden bir miktar az
o İstedğimden çok daha az
o İstesem de hiç yapamadım
o Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok
- 30.Son 2 haftada prizleri onarmak, boya yapmak gibi hafif işleri ne kadar yaptınız?
o İstedğim kadar
o İstedğimden bir miktar az
o İstedğimden çok daha az
o Yapmak istesem de hiç yapamadım
o Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok

- 31.Son 2 haftada dekorasyon, marangozluk gibi ağır işleri ne kadar yaptınız?
o İstedğim kadar
o İstedğimden bir miktar az
o İstedğimden çok daha az
o Her ne kadar yapmak istesem de hiç yapamadım
o Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok
- 32.Son 2 haftada kalbinizin durumu hakkında endişelendiniz mi?
o Asla
o Biraz
o Orta düzeyde
o Büyük oranda
- 33.Son 2 haftada kendinizi ailenize bağımlı hissettiniz mi?
o Asla
o Biraz
o Orta düzeyde
o Büyük oranda
- 34.Son 2 haftada aileniz ile ilgili olarak endişelendiniz mi?
o Asla
o Biraz
o Orta düzeyde
o Büyük oranda
- 35.Son 2 haftada ne sıklıkta cinsel ilişkiniz oldu?
o İstedğim kadar
o İstedğimden bir miktar az
o İstedğimden çok daha az
o İstesem de hiç yapamadım
o Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok
- 36.Son 2 haftada, göğüs ağrısı veya nefes darlığına neden olur diye cinsel birliktelikten korktuğunuz oldu mu?
o Asla
o Biraz
o Orta düzeyde
o Cinsel birliktelikte bulunmadım
o Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok
- 37.Son 2 haftada, cinsel birliktelikte bulunurken yorgunluk, nefes darlığı veya göğüs ağrısından dolayı sorun yaşadınız mı?
o Hiç sorun yaşamadım
o Orta düzeyde
o Büyük oranda
o Cinsel birliktelikte bulunmadım
o Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok

Ek-3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II)

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2. Beslenmemde sıvı ve katı yağ, 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 hissedirim				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim				
8. Şekerli 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 ayırım				
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 yüzmeye, dans etmeye, 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				

Ek-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Girişim Grubu)

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTE Sİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



CALISMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm 4.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Akut Koroner Sendrom’lu Hastalarda Semptom Kontrolünü ve Sağlık Davranışlarını Etkiler mi?

Bir araştırma çalışmasına katılmaya istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilginizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamaya önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuza konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz incelenmeye için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılmadan önce doktorunuza / aile doktorunuza bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen testlerin dışında tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödenebilecektir.

CALISMANIN KONUSU VE AMAÇLARI:

Kalp hastalığımız (Akut koroner sendrom), ülkemizde ve dünyada görülme oranının yüksek olması ve hastaların yaşam kalitesini azaltması sebebiyle önemli bir sorundur. Hastaların gerekli ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliklerine yeterince uyum sağlayamaması sebebiyle de hastalığa bağlı ölüm oranları yüksektir. Bu nedenle, hasta bireylerin takiplerinin detaylı biçimde yapılması gerekmektedir. Hastaların taburculuk sonrası ilaç tedavisine, beslenme ve bireysel izleme ritüellerinin incelenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada amaç; hemşire tarafından eğitim verilen ve verilmeyen kalp hastası bireyler arasında kalp hastalığına bağlı şikayetleri, beslenme, egzersiz ve bireysel izlem gibi sağlıklı yaşam davranışları yönünden fark olup olmadığını değerlendirmektir.

CALISMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktarı 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirlenmiştir. Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmıştır.)

Çalışmaya başlamadan önce tarafınızdan yazılı onam alınacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, kalp hastalığınıza bağlı şikayetlerinizi belirlemek için göğüs ağrısı, nefes darlığı, bilek şişliği, yorgunluk, hareket durumu, stres düzeyi gibi konuları içeren anket soruları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı değerlendirmek amacıyla beslenme alışkanlıklarınız, egzersiz durumunuz, uyku durumunuz, stresle baş etme biçiminiz ile ilgili soruları içeren anket formunu 30 dakikada yanıtlanmanız beklenmektedir. Sorular, araştırmacı (Doç. Dr. DENİZ) tarafından doldurulacaktır. Daha sonra, araştırmacı tarafından size kalp hastalığınız, risk faktörleri, bu hastalığa yönelik ilaç tedavisinin önemi ve sağlıklı yaşam biçimi davranış şekillerini içeren bir sağlık eğitimi verilecektir. Yaklaşık 8 hafta sonra araştırmacı tarafından aynı anket soruları size tekrar yöneltilenektir. Bu eğitim kitapçığının bir örneği size kalacaktır.

CALISMA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmamız, kalp hastası (akut koroner sendrom) hastaların yaşadıkları şikayetlerinin belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Bu hastalara verilen sağlık eğitiminin kalp şikayetleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyip etkilemediğinin değerlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Yapılacak işlemlerin size herhangi bir zarar olmayacaktır.

Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu - V2

Sayfa: 1 / 2

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve tez yayınlandığında dahi kimlik bilgileriniz verilmeyecektir; ancak etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER:

1. **Prof. Dr. Sezgi CINAR PAKYÜZ** (sezcinar@hotmail.com 05376641605)
2. **Aras. Gör. Dilan DENİZ** (deniz.dilan91@gmail.com 05548942641)

Çalışmaya Katılma Onayı

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kalmaz

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

(Kontrol Grubu)

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



CALISMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmaktadır) :

Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Akut Koroner Sendrom'lu Hastalarda Semptom Kontrolünü ve Sağlık Davranışlarını Etkiler mi?

Bir araştırma çalışmasına katılmaya istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamaya önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuza konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verdiğinizde imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılmamıza ilgili olarak hakiminiz / aile doktorunuza bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayenelerle ilgili istenilen testleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak, size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödenebilecektir.

CALISMANIN KONUSU VE AMAÇI:

Kalp hastalığınız (Akut koroner sendrom), ülkemizde ve dünyada görülme oranının yüksek olması ve hastaların yaşam kalitesini azaltması sebebiyle önemli bir sorundur. Hastaların gerekli ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliklerine yeterince uyum sağlamaması sebebiyle de hastalığa bağlı ölüm oranları yüksektir. Bu nedenle, hasta bireylerin takiplerinin detaylı biçimde yapılması gerekmektedir. Hastaların taburculuk sonrası ilaç tedavisine, beslenme ve bireysel izleme ait uyumlarının incelenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada amaç; hemşire tarafından eğitim verilen ve verilmeyen kalp hastası bireyler arasında kalp hastalığına bağlı ~~şikayetleri~~, beslenme, egzersiz ve bireysel izlem gibi sağlıklı yaşam davranışları yönünden fark olup olmadığını değerlendirmektir.

CALISMA İSLEMLERİ:

(Gönüllüler kan alınacak ise kan miktarı 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirlenmelidir. Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmaktadır.)

Çalışmaya başlamadan önce tarafımızdan yazılı onam alınacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, kalp hastalığınıza bağlı ~~şikayetlerinizi~~ belirlemek için göğüs ağrısı, nefes darlığı, bilek şişliği, yorgunluk, hareket durumu, stres düzeyi gibi konuları içeren anket soruları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı değerlendirmek amacıyla beslenme alışkanlıklarınız, egzersiz durumunuz, uyku durumunuz, stresle baş etme biçiminiz ile ilgili soruları içeren anket formunu 30 dakikada yanıtlamanız beklenmektedir. Sorular, araştırmacı (Doç. Dr. DENİZ) tarafından doldurulacaktır. Yaklaşık 8 hafta sonra araştırmacı tarafından aynı anket soruları size tekrar yöneltilmektedir.

CALISMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmamız, kalp hastası (akut koroner sendrom) hastaların yaşadıkları ~~şikayetlerinin~~ belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Bu hastalara verilen sağlık eğitiminin kalp ~~şikayetleri~~ ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyip etkilemediğinin değerlendirilmesine fayda sağlayacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İSLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Yapılacak işlemlerin size herhangi bir zarar olmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve tez yayınlandığında dahi kimlik bilgileriniz verilmeyecektir; ancak etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER:

1. **Prof. Dr. Sezgi CİNAR PAKYÜZ** (sezcinar@hotmail.com 05376641605)
2. **Araş. Gör. Dilan DENİZ** (deniz.dilan91@gmail.com 05548942641)

Çalışmaya Katılma Onayı

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kalmaz

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

Ek-5 Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Ölçeği (CLASP) Anket İzni

Gelen
Kutusu



Dilan Deniz <deniz.dilan91@gmail.com>

15 Şub (3
gün önce)

Alıcı: deryaatik

Değerli Hocam,

Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim ve İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Eğer izniniz olursa, tezimde "**Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili - Türkçe CLASP**" anketini kullanmak istiyorum.

Saygılarımla...

*Araş.Gör. Dilan DENİZ
Celal Bayar Üniversitesi
Manisa Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Manisa/Türkiye*

*Res.Ass. Dilan DENİZ
Celal Bayar University School Of Health
Internal Medicine Nursing Department
Manisa/Turkey*



Derya Atik

10:44 (5
saat önce)

Alıcı: bana

Merhaba sevgili Dilan,

Tabi ki kullanabilirsin, kolaylıklar dilerim..

Derya ATİK

Ek-6 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) Anket İzni

Dilan Deniz <deniz.dilan91@gmail.com>

20:21 (13
saat önce)

Alıcı: fatmaersin1

Değerli Hocam,

Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim ve İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Eğer izniniz olursa, tezimde "**Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II**" 'yi kullanmak istiyorum.

Saygılarımla...

--

*Araş. Gör. Dilan DENİZ
Celal Bayar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Manisa/Türkiye*

*Res. Asst. Dilan DENİZ
Celal Bayar University Faculty of Health Science
Internal Medicine Nursing Department
Manisa/Turkey*



Fatma ERSİN

20:49 (12
saat önce)

Alıcı: bana

Kullanabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim.

14 Eki 2016 20:21 tarihinde "Dilan Deniz" <deniz.dilan91@gmail.com> yazdı:

Ek-7 Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/12/2016-E.94537



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 61804347-302.08.01-
Konu : Dilan DENİZ'in Tez Çalışması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 07/12/2016 tarihli ve 28233352-302.08.01-E.91562 sayılı yazı.
b) 09/12/2016 tarihli ve 90026046-100-E.92438 sayılı yazı.

İlgi (a) yazınız ile Dilan DENİZ'in "Hemşire tarafından verilen eğitim akut koroner sendromlu hastalarda semptom kontrolü ve sağlık davranışlarını etkiler mi?" başlıklı tez çalışmasının Hafsa Sultan Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde yapabilmesi hususunda uygunluk istenilmiştir. Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı ilgi (b) yazıları ile uygun görüş bildirdiğinden çalışmanın yapılması Başhekimliğimizce de uygun görülmüştür.
Gereği için bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Emin KURT
Başhekim

Ek: Dilan Deniz Tez Çalışması (1 sayfa)

Adres: Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 4444228 Faks: (0 236) 2138040
E-Posta: bashkimlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: http://hastane.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Seval Özbakcı
Unvanı: Ayniyat Saymanı



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/12/2016-E.92438



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 90026046-100-
Konu : Dilan Deniz Tez Çalışması

EVRAK KAYIT VE YAZI İŞLERİNE

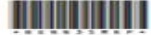
İlgi : 08/12/2016 tarihli ve 61804347-100-E.92275 sayılı yazı.

İlgi yazınıza istinaden Dilan Deniz'in tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ali Rıza BİLGE
Anabilim Dalı Başkanı

Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2338586 Faks:(0 236) 2331466
E-Posta:tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Ali Rıza Bilge
Unvanı: Anabilim Dalı Başkanı



Ek-8 Etik Kurul İzni

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİHİ / NO	04 / 01 / 2017 / 20.478.485 -				
ARAŞTIRMANIN ADI	Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Akut Koroner Sendrom'lu Hastalarda Semptom Kontrolünü ve Sağlık Davranışlarını Etkiler mi?				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Arg. Öğr. Dilan DENTİZ				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK ÜSANS-DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	29 / 12 / 2016 / Tarih ve 385 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİÇİMLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Değerlendirici	Araştırma ile İlgili Olarak	Tıbbi Bilgiye Sahip Olarak	Değerlendirici	Araştırma ile İlgili Olarak	Tıbbi Bilgiye Sahip Olarak
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Aygen TÜREOĞLU YILDIRIM Çocuk Hematolojisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Erol OZAN Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZTÜRT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilak ÇETİN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZ Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Sander TOK Biyoloji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Şifalı Oya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzlenebilirlik - Deneyim - Ölçülebilirlik - İzlenebilirlik" Kriterleri Halinde Haberli / Habersiz Olarak Deneyimlenebilir</u>, Araştırma Başvuru Formunun Taahhütnamesi - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">-12- Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

Ek-9 Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
29.11.2016	26	38

Karar 23- İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 22.11.2016 tarih/E.87519 sayılı yazısı ve 21.11.2016/07 toplantı sayılı Anabilim Dalı Kurul Kararı görüşülerek;
g) İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi dilan DENİZ'in Tez Konusunun" Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Semptom Kontrolü ve Sağlık Davranışlarını Etkiler mi?" olarak belirlenmesine, **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

e-imzalıdır Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ Enstitü Müdürü		
e-imzalıdır Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER Müdür Yardımcısı	e-imzalıdır Doç. Dr. Özge YILMAZ Müdür Yardımcısı	e-imzalıdır Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
Katılmadı Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye	e-imzalıdır Özcan GERÇEKER Enstitü Sekreteri Raporör	e-imzalıdır Doç. Dr. Murat TAŞ Üye

Aslı Gibidir
02/02 /2018

Aynur PALAMUTÇU
Enstitü Sekreteri



11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	DİLAN	Soyadı	DENİZ
Doğum Yeri	HINIS	Doğum Tarihi	22.06.1991
Uyruğu	T.C.	Tel	05548942641
E-mail	deniz.dilan91@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü – İç Hastalıkları Hemşireliği	2018
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi – Hemşirelik Fakültesi	2014
Lise	Buca Fatma Saygın Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Çalıştığı Kurum	Süre (Yıl)	
1. Araştırma Görevlisi	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2014 -	
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirme

Yabancı Dil Sınav Notu#

YDS	e-YDS	IELTS	TOELF IBT	TOELF PBT	TOELF CBT	FCE	CAE	CPE
65								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	82,1	83,4	73,5
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Word	İyi
Microsoft Office Power Point	İyi
Microsoft Office Excel	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin