

T.C
Celal Bayar Üniversitesi

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

SEVİL OLGUN

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gülten KARADENİZ**

MAYIS-2006

T.C YÜKSEKÖĞRETİM KURULU TEZ MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Tez No:

Yazar Adı/Soyadı: Sevil OLGUN

T.C. Kimlik No: 21049383268

E-Posta Adresi: Sevil_olgun@hotmail.com

Tezin Özgün Dili: Türkçe

Tezin Adı: Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi

Tezin Türkçe Adı: Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi

Tezin Yabancı Dildeki Adı: Quality of Life with Myocardial Infarction Patients and Determination of Nursing Care

Tezin Konu Başlığı:

1. Miyokard İnfarktüsü
2. Yaşam Kalitesi
3. Hemşirelik Bakımı

Tezin Yapıldığı Yer:

Üniversite: Celal Bayar Üniversitesi

Enstitü: Sağlık Bilimleri Enstitüsü

AD/Bölüm: Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezin Türü: Yüksek Lisans

Tez Yılı: 2006

Sayfa Sayıları:

Giriş Sayfaları: 12

Ana Bölüm:83

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gülten KARADENİZ

Türkçe Dizin Terimleri:

Miyokard İnfarktüsü

Yaşam Kalitesi

Hemşirelik Bakımı

İngilizce Dizin Terimleri:

Myocardial Infarction

Quality of Life

Nursing Care

Proje No:

Tarih:

İmza:

T.C Yüksek Öğretim Kurulu
Yayın ve Dokümantasyon Dairesi Başkanlığı
Tez Merkezi
TEZLERİN BASIMI VE YAYIMI İÇİN İZİN BELGESİ
(Telif Hakkı Tez Yazarına ait tezler için)

Tez Yazarının:**Soyadı:** Olgun**Adı:** Sevil**Uyruğu:** TC**T.C. Kimlik No:** 21049383268**Sürekli Adresi:** Sarıoğlu mah. 124. sok. no:26 Çine /AYDIN**Telefon No:**0-256-7114348**Faks:-****E-Posta:** Sevil_olgun@hotmail.com.tr**Üniversite Adı:** Celal Bayar Üniversitesi**Enstitü/Eğitim Hastanesi Adı:** Sağlık Bilimleri Enstitüsü**Fakülte, Bölüm, Yüksekokul:** Hemşirelik Anabilim Dalı**Tezin Türü:** Yüksek Lisans**Mezuniyet Tarihi:****Tezin Başlığı:** Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi**Tez yazarı aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyerek imzalamalıdır.****Not:** yüksek öğretim kurulunun kabul ettiği ilke tüm tezlerin, makul gerekçeler dışında (patent başvurusu, yayınlama sürecinde oluşu vb.) hiçbir kısıtlama olmaksızın tüm araştırmacıların erişimine açık olmasıdır. (tezin kopyalanma endişesi, tezin erişime açılmasını engellemek için bir gerekçe olarak kabul edilemez.)

a) Yukarıda başlığı yazılı olan tezimin, ilgilenenlerin incelemesine sunulmak üzere Yüksek Öğretim Kurulu Tez Merkezi tarafından arşivlenmesi, kağıt, mikroform veya elektronik formatta, internette dahil olmak üzere her türlü ortamda tamamen ya da kısmen çoğaltılması, ödünç verilmesi, dağıtımı ve yayımı için, tezimle ilgili fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere hiçbir ücret (rotary) ve erteleme talep etmeksizin izin verdiğimi beyan ederim.

İmza

Tarih

b) Tezimin Yüksek Öğretim Kurulu Tez Merkezi tarafından çoğaltılması veya yayımınıntarihine kadar ertelenmesini kabul ediyorum. Bu tarihten sonra (a) maddesindeki koşulların geçerli olacağını kabul ve beyan ederim. (Erteleme süresi en az iki yıldır.)

İmza

Tarih

Erteleme gerekçeleri enstitümüz/fakültemiz/eğitim hastanemiz tarafından uygun bulunmuştur. Enstitü Müdürü/Dekan/Baş Hekim

İmza

Tarih

TUTANAK

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi SEVİL OLGUN'un YÜKSEK LİSANS tezi olarak hazırladığı **“Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi”** başlıklı bu çalışma Jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

...../...../.....

Üye: Doç. Dr. Gülten Karadeniz (Danışman- Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı)

Üye: Doç. Dr. Ferda Özbaşaran (Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı)

Üye: Yard. Doç. Dr. Asiye Akyol Durmaz (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nungün vesayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ahmet ÖZBİLGİN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Eğitim hayatımın önlisans ve yüksekisans aşamalarında bilgi ve deneyimleriyle ışık tutan; aynı zamanda tez konumun belirlenmesinde ve tezimin hazırlanmasında her türlü emeğini esirgemeyen değerli danışman hocam Doç. Dr. Gülten KARADENİZ'e, tezimin istatistiksel analizinde yardımlarını esirgemeyen öğretim görevlisi Saliha Altıparmak'a teşekkürlerimi sunarım.

Sevil OLGUN

Mayıs 2006

ÖZET

Araştırma miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesini belirlemek ve hemşirelerin verdiği bakımın yaşam kalitesine olan etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırma, Aydın Devlet Hastanesi ve Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nin Koroner Yoğun Bakım Üniteleri ve Dahiliye Kliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın evren ve örneklemini 14 Nisan–30 Temmuz 2005 tarihleri arasında Aydın Devlet Hastanesi ve Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve Dahiliye Kliniklerinde tedavi gören Miyokard İnfarktüsü geçirmiş hastalar (n=75) oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu, Yaşam Kalitesi Kardiyak Versiyon III Skalası ve hastaların hemşirelik bakım yeterliliğini değerlendirme formu kullanılmıştır.

Veriler SPSS 10.00 for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; Independent-Samples T-test, Mann-Whitney U testi ve tanımlayıcı istatistikler (sayı-yüzde) kullanılmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda; hastaların yaş ortalamasının 60, çoğunluğunun erkek ve evli bireyler olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında; medeni durum, gelir durumu, aile içindeki konum, hastaneye yatış sayısı, MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu, MI hakkında bilgiye sahip olma durumu, taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları yer almaktadır. Hastanede yatış süresi, MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu ve taburculuk eğitimi alma durumu ile bakım yeterliliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Anahtar Kelimeler: Miyokard İnfarktüsü, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik Bakımı, Hasta, Eğitim.

SUMMARY

This research, has been planned and implementation for discripting quality of life and affect on quality of life with MI patients.

The research has been done in Coronary Intensive Care Units and Medical Clinics in Aydın Goverment Hospital and Adnan Menderes Universty Hospital. MI patients who have been occured the universe and sample of Coronary Intensive Care Units and Medical Clinics, who applied to these clinics date of 14 April- 30 July 2005 (n=75).

The data were collected by using questionnaire which includes socio-demographics of patients and Quality of Life Cardiac Version III Scale and evulating form with related nursing care questionnaire.

The data evaluated on computer with SPSS 10.00 pacget programme. In the statistical analyses Independent-Samples T-test, Mann-Whitney U test and percentage tests were used.

The results of this study as follows; the mean-age was of the patients 60 ages, the most of the patients were male and married were determined. Among the effective factors quality of life; marriage statu, income statu, family statu, the number of hospitalization, the case of relationship between MI and home care after left hospital were determined. There was the significant relationship between hospitalisation time, MI and life style and discharged education with affecting care satisfactory ($p<0.05$).

Key Words: Myocardial Infarction, Quality of Life, Nursing Care, Patient, Education.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	VI
SUMMARY	VII
KISALTMALAR DİZİNİ	X
TABLolar DİZİNİ	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1 Miyokard İnfarktüsünün Tanımı.....	4
2.2 Miyokard İnfarktüsünün Epidemiyolojisi.....	5
2.3 Miyokard İnfarktüsünün Patogenezi.....	6
2.4 Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri.....	7
2.5 Miyokard İnfarktüsünün Belirtileri ve Bulguları	10
2.6 Miyokard İnfarktüsünde Tanı Yöntemleri.....	11
2.7 Miyokard İnfarktüsünde Tedavi.....	14
2.7.1 Miyokard İnfarktüsünün Hastane Öncesi Tedavisi.....	15
2.7.2 Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi.....	15
2.8 Miyokard İnfarktüsünde Hemşirelik Bakımı.....	18
2.9 Miyokard İnfarktüsünde Taburculuk Eğitimi.....	20
2.10 Yaşam Kalitesi.....	22
2.11 Miyokard İnfarktüsünde Hemşirelik Bakımının Yaşam Kalitesine Etkisi.....	24
2.11.1 Kardiyak Rehabilitasyon Programı.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi	28

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	28
3.3 Araştırmanın Hipotezleri	29
3.4 Veri Toplama Yöntemi	29
3.4.1 Veri Toplama Araçları	29
3.4.2 Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenilirliği	31
3.4.3 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	32
3.5 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	32
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.7 Süre ve Olanaklar	33
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.9 Araştırmanın Etiği	33

4. BULGULAR

4.1 Hastalara Ait Tanıtıcı Bulgular	34
4.2 Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliğinin Bazı Bağımsız Değişkenlerle Karşılaştırılması	41

5. TARTIŞMA-SONUÇ-ÖNERİLER

5.1 Hastalara Ait Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi	59
5.2 MI Geçiren Hastalara Ait Özellikler ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının İncelenmesi	60
SONUÇ	67
ÖNERİLER	68
KAYNAKLAR	69

EKLER

EK-I Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarla Görüşme Formu

EK-II Yaşam Kalitesi Kardiyak Versiyon III Skalası

EK-III Hastaların Hemşirelik Bakım Yeterliliğini Değerlendirme Formu

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltmalar	Açıklama
AMİ	:Akut Miyokard İnfarktüsü
AST	:Aspartat aminotransferaz
CK	:Kreatin fosfokinaz
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
DM	:Diabetes Mellitus
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EKG	:Elektrokardiyografi
GYA	:Günlük Yaşam Aktivitesi
HDL	:Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HT	:Hipertansiyon
IKH	:İskemik Kalp Hastalığı
KAH	:Koroner Arter Hastalığı
KBY	:Kronik Böbrek Yetmezliği
KYBÜ	:Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
KKH	:Koroner Kalp Hastalığı
LDL	:Düşük Dansiteli Lipoprotein
MI	:Miyokard İnfarktüsü
PTCA	:Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti
TEKHARF	:Türk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası ve Koroner Kalp Hastalığı
TÜMAR	:Türkiye Akut Miyokard İnfarktüsü Araştırması
TKD	:Türk Kardiyoloji Derneği
WHO	:World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1 Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri.....	8
Tablo 2.2 Miyokard İnfarktüsünde Alınması Gereken Önlemler	14
Tablo 4.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 4.2 Hastalıkların Hastaneye Yatış Sayısı ve Süresine İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 4.3 Hastaların MI Geçirmesine Neden Olabilecek Bazı Risk Faktörlerinin Dağılımı.....	37
Tablo 4.4 Hastaların MI Geçirme Durumu ile İlgili Faktörlere Bakışlarının Dağılımı.....	38
Tablo 4.5 Hastaların Taburculuk Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımları.....	39
Tablo 4.6 Genel Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.7 Hastaların Yaş Dağılımı ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.8 Hastaların Cinsiyeti ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.9 Hastaların Medeni Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.10 Hastaların Eğitim Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.11 Hastaların Çalışma Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.12 Hastaların Gelir Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.13 Hastaların Aile İçindeki Konumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.14 Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48

Tablo 4.15 Hastaların MI Geçirme Sayısı ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.16 Hastaların Hastanede Yatış Süresi ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.17 Hastaların Kalp Hastalığından Başka Hastalıkları Olma Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.18 Hastaların Ailesinde MI Olma Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.19 Hastaların Sigara Kullanma Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.20 Hastaların MI Geçirmelerini Yaşam Şekillerine Bağlama Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.21 Hastaların MI Hakkında Bilgi Durumu İle Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.22 Hastaların Taburculuk Eğitimi Alma Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.23 Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Bakım Uygulamaları İle Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.24 Hastaların Beden Kitle İndeksi'ne Göre Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Koroner Kalp Hastalığı (KKH) ya da Koroner Arter Hastalığı (KAH), teşhis ve tedavi yöntemlerinin çok hızlı gelişim göstermesine rağmen, dünyada ve ülkemizde başta gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Son yıllarda yapılan istatistikler dünyada kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin %50'nin üzerinde olduğunu göstermektedir. (1, 2, 3).

Kardiyovasküler hastalıkların 2/3'si Miyokard İnfarktüsü (MI) olarak ortaya çıkmaktadır (4, 5). Hastalığın görülme sıklığı ve ölüm oranı, toplumsal yapı ve özelliklere göre farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin yaklaşık yarısı (%48), gelişmekte olan ülkelerde beş ölümden birisi (%19) KKH nedeni ile olmaktadır (4).

KAH, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erişkinlerde başta gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Türkiye'de 1985 yılında meydana gelen ölüm nedenlerinin üçte birini (%33.6) oluştururken, son yıllarda bu oran % 45'e ulaşmıştır (4). Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından 1990 yılından bu yana yürütülen TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası ve Koroner Kalp Hastalığı) çalışmasının 10 yıllık izlem verilerine göre KAH'ın ülkemizdeki yıllık mortalitesi erkeklerde binde 5.1, kadınlarda ise binde 3.3'tür. Bu oranlar ülkemizi Avrupa ülkeleri arasında en yüksek sıraya oturtmaktadır (2).

Akut Miyokard İnfarktüsü (AMİ), önemli medikal, ekonomik ve sosyal sorun olmaya devam etmektedir. AMİ'den kurtulanların %36'sı (çoğunlukla ilk ay olmak üzere) yeni iskemik ataklar ve kalp yetmezliği nedeniyle ölmektedir (6). Ölümlerin azaltılabilmesi için yapılan çalışmaların başarıya ulaşmasının her şeyden önce bireylerin yaşam biçiminin değiştirilmesi ile olası olduğu bilinen bir gerçektir (7).

Miyokard infarktüsü vakalarının %50'si 65 yaş altında meydana gelmektedir. KAH'ın en sık başlangıç bulgusu (%50) miyokard infarktüsüdür. %35 stabil anjina pektoris ve %10 oranda unstabil anjina pektoris-ani kardiyak ölümdür (8).

TÜMAR (Türkiye Akut Miyokard İnfarktüsü Araştırması) çalışması verilerine göre, ülkemizde miyokard infarktüsü geçiren hastaların %50'si sigara içicisi, %50'si hiperlipidemik, %35'i hipertansif, %20'si diyabetik olup, %25'inde ailede KKH öyküsü

bulunmaktadır Ülkemizin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik gelişme ve şehirleşme, sağlıksız beslenme alışkanlıklarına ve yaşam biçiminde değişikliklere yol açmaktadır. Risk faktörlerinin iyileştirilmesi (tedavisi), kardiyologlar, hemşireler, diyetisyenler, hastaneler ve sağlık bakım sistemleri tarafından ortak bir çabayı gerektirmektedir (2,9).

KAH üzerinde yapılan geniş kapsamlı son çalışmalardan, risk faktörü girişimlerinin;

- * Yaşam süresini uzattığı,
- * Yaşam kalitesini arttırdığı,
- * Anjiyoplasti ve bypass girişimsel tedavi gereksinimlerini azalttığı,
- * Akut miyokard infarktüsü insidansını azalttığı

görüşü çıkmaktadır. Bu çalışmaların sonucunda KAH'ı olan bireylerde veya yüksek riskli gruplarda “yoğun yaşam şeklinin değiştirilmesi” uygulamasının KAH mortalite ve morbiditesinde anlamlı bir azalma sağladığı düşünülmektedir (2).

Son yıllarda gelişmiş toplumlarda beklenen yaşam süresinin uzaması ve bireylerin daha iyi yaşam beklentisi ile gündeme gelen ve önemi giderek artan yaşam kalitesi kavramı; bireyin kendi objektif fonksiyon özellikleri ve subjektif iyilik durumu hakkında, değerlendirme ve yargılarını kapsayan bir yapı olarak tanımlanmaktadır (10).

Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir (3).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi “kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak açıklanmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı gibi yaşam kalitesi; cinsiyet, yaş, medeni durum, sağlık durumu ayırımı yapmadan her bireyin algıladığı sağlık kavramının kazanılmasını gerektirir. Tüm dünya ülkeleri arasında yaşam kalitesi açısından Türkiye 86. sırada yer almaktadır (11).

İskemik kalp hastalığı (İKH), özellikle AMİ hayatı tehdit etmesi ve kronik hastalığa yol açması nedeniyle toplum ve hastalar açısından geniş etkiler yaratarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (12). Kardiyovasküler sistem hastalıkları birçok kişinin bağımsızlık kaybına, yaşam kalitesinin azalmasına neden olan, büyük ve yaygın bir sağlık sorunudur (13).

Araştırmalar kardiyovasküler hastalığı olan hastaların yaşam şekli değişikliklerinin bireyin yaşamını uzatabildiği ve yaşam kalitesini de arttırdığını göstermiştir. Anksiyete ve depresyon, çevreye ve sosyal ilişkilere karşı ilginin azalması, seksüel değişiklikler ve uyku bozuklukları MI geçiren birçok hastanın yaşam kalitesindeki azalmanın sonuçlarıdır (13).

Robinson'un yaptığı çalışmaya göre; MI sonrası çoğu hasta emosyonel problemler, ölüm ve yetersizlik korkusu, ailesel problemler, gerekli egzersiz ve diyet değişikliklerini yapamama gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Bunlara ilave olarak, çoğu hastanın sigarayı bırakma, stresi kontrol altına alma ve tıbbi tedavilerini tam olarak uygulayabilme konusunda yetersiz kaldığı bildirilmektedir. Bu faktörler MI geçiren hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu noktada hemşireler diğer meslek gruplarıyla işbirliği içinde bakımda anahtar rol oynamalı ve akut MI sonrası hem aile hem de hastaya bakım konusunda bilgi sağlayabilmelidir (14).

Chan'ın yaptığı araştırmada; cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum gibi faktörlerin MI geçiren hastaların yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Erkeklerin, evli bireylerin ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (15).

Sin'in yaptığı araştırmada da evli bireylerin daha yüksek oranda emosyonel desteğe sahip olduğu; cinsiyet, çalışma durumu, sağlık durumu faktörlerinin de MI sonrası hastaların yaşam kalitesini etkilediği, erkek bireylerin, çalışan ve sağlık yönünden engeli olmayan bireylerin, fiziksel ve mental skorları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Yine MI'dan sonraki aylarda hastaların fiziksel aktivitelerinde de dramatik olarak azalma olduğu tespit edilmiş, özellikle kadınların ve yaşlı bireylerin aktivitelerindeki azalmanın erkek ve genç bireylere göre daha belirgin olduğu saptanmıştır (13).

Miyokard İnfarktüsü insan hayatını olumsuz yönde etkileyen bir deneyimdir. Hastalık, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Bu araştırma, Miyokard İnfarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitesini belirleyerek, hemşirelerin verdiği bakımın yaşam kalitesine olan etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Miyokard İnfarktüsünün Tanımı

Miyokard infarktüsü, koroner arterlere veya koroner arterlerden birine olan kan akımının azalması ya da kesilmesi sonucu, miyokardın nekroze olması ile oluşan bir tablodur (1, 9, 16, 17, 18).

Miyokard infarktı, geri-dönüşümsüz “miyokard nekrozu” anlamı taşır. Genellikle, ana koroner arterlerden birinde önceden oluşmuş duvar travması ya da kopan bir atherosklerotik plak üzerinde oluşan trombüs sonucu gelişir. Önce, iskemi oluşur, iskeminin boyutu önemli olursa ve süresi yeterince uzarsa, ardından miyokard infarktı gelir. Miyokard infarktının kapsamı; iskeminin boyutuna, tıkanan koroner arterin beslediği kas kitlesine, kollateral kan akımı miktarına ve arterin beslediği dokunun oksijen gereksinimine bağlıdır. Miyokard infarktı; sol ventrikül duvar kalınlığının tümünü tuttuğu zaman, transmural; yalnız subendokard ve çevre dokuyu tuttuğu zaman ise, nontransmural'dır (19).

Atipik semptomlu, tanımlanmamış MI literatürde ilk kez 1912 yılında Herric tarafından tarif edilmiş, sonraki çalışmalarda atipik semptomlu MI bulgularının önemli bir oranda olduğu ve karşımıza önemli bir sağlık problemi olarak çıktığı tespit edilmiştir. MI olgularının erkeklerde %26'sının, kadınlarda %34'ünün atipik semptomlu, önceden tanımlanmamış MI olduğu saptanmıştır (20).

Önceden farkında olmadan geçirilen MI, son derece yaygın klinik bir durumdur. Elde edilen veriler incelendiğinde, tanımlanmamış MI olguları tüm MI olguları içinde en az beşte bir, hatta daha fazla oranda ortaya çıkmaktadır. Prognozu açısından değerlendirildiğinde ise, en az tanımlanmamış MI kadar kötü prognoza sahip olduğu açıktır. Tanımlanmamış MI geçiren hastalar açısından, altta yatan fizyopatolojik mekanizmalar henüz tam aydınlatılamamıştır (20).

2.2 Miyokard İnfarktüsünün Epidemiyolojisi

Akut miyokard infarktüsü (AMİ), aynı zamanda kalp krizi olarak da bilinen, koroner oklizon, veya henüz “bir koroner” yaşamı tehdit eden miyokard içinde nekrotik alanların oluşmasıdır. MI genellikle koroner arterin aniden tıkanmasını takip eder ve kalp kasına oksijen gelmesi ve kan akımında kesilme olur (16).

AMİ’de, geçen 30 yıl içerisinde, gerek insidans ve gerekse mortalitesinde belirgin düşüş sağlanmış olsa da; günümüzde yine ana ölüm nedenlerinden biridir (bütün ölümlerin %25’inden sorumludur) (21). Hastalığın görülme sıklığı ve ölüm oranı, toplumsal yapı ve özelliklere göre farklılık göstermektedir. Kalp damar hastalıklarının 2/3’si MI olarak ortaya çıkmaktadır (5). ABD ve diğer gelişmiş ülkelerde tek başına en sık ölüm nedenidir; ABD’de her yıl yaklaşık olarak 1.5 milyon kişi AMİ geçirmekte ve vakaların 500.000’den fazlası hayatını kaybetmektedir; bu rakam bir çok kanser türüne bağlı ölümlerin toplam sayısından çok fazladır (22). Almanya’da yılda 300–350 bin kişi infarktüs geçirmektedir. İngiltere’de ise en sık mortalite nedeni olup, tüm ölümlerin % 30’undan sorumludur (23). Ülkemizde ise, MI geçirenlerin oranı yılda yaklaşık 300.000’dir (24, 25).

MI’ın 1/3’i ise ölümlerle sonuçlanmaktadır. MI’dan ölümlerin çoğu (1/3–1/4), hastaneye ulaşmadan şikayetleri başladıktan sonraki ilk 1 saat içinde gelişse de, hastane için mortalite oranı %10-15’tir (21, 24, 25). AMİ geçiren hastaların %50-60’ı hastaneden çıktıktan sonraki ilk bir yıl içinde yaşamlarını yitirmektedir. Bu nedenle AMİ geçiren hastalar gerek kısa gerekse uzun dönemde risk altındadır (26). Koroner yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların %90’ı ilk yılda hayatta kalırlar. İnfarktüs sonrası ilk yılda ölecek hastalar günümüzde klinik ve laboratuvar incelemeleri ile saptanabilmektedir (23). Hastaneye yatırılan hastaların %5–15 kadarı, infarktüsün komplikasyonları (aritmi, kalp yetmezliği) nedeniyle kaybedilmekte ve %18’den fazlasında ise invazif değerlendirme ve yüksek olasılık ile girişim gerektiren post-infarktüs anjinası gelişmektedir. Geriye %75 kadar hospitalize edilmiş ve stabil durumda MI hastası vardır (27).

TEKHARF çalışması verilerine göre ülkemizde yaklaşık 200.000 kişide yeni koroner olaylar oluşmaktadır. Hastane mortalitesi 1960’lı yıllarda %30 iken, koroner

bakım birimlerinin kurulması, beta-bloker, ACE inhibitörü, aspirin, trombolitik ve koroner anjiyoplasti gibi tedavi stratejileri ile günümüzde %5-10'lara kadar getirilebilmiştir (9).

Koroner kalp hastalığı görüldüğü gibi başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Ayrıca hastalık belirgin morbiditeye, üretim kaybına yol açar ve önemli miktarlarda sağlık harcamalarının da başlıca nedenidir. KKH'ı oluşturan pek çok risk faktörü tanımlanmıştır. Bu risk faktörlerinin erken saptanması için getirilen öneriler ve yine risk faktörlerinin düzeltilmesi için uygulanan agresif tedaviler sayesinde hastalığın zararları giderek azaltılacaktır (19, 28, 29). Bu risk faktörleri; sigara, beslenme, hipertansiyon, HDL-kolesterol düşüklüğü vb.dir. Risk faktörlerinin bilinmesi ve bu konuda toplumun eğitilmesi KAH'ı azaltacaktır. Kolesterol düzeylerinin KAH'a etkisi düşünüldüğünde doğru beslenmenin bir yaşam şekli haline getirilmesi dahi başlı başına önleyici bir unsurdur. Örneğin; temel protein kaynağı olarak çok sağlıklı deniz ürünlerini kullanmalarına rağmen, günlük kalori tüketiminin çok büyük kısmını karbonhidratlardan karşılayan, enerji ihtiyacının yalnızca %10 kadarını yağlardan elde eden Japon toplumundaki koroner kalp hastalığına yakalanma oranı 500/10 000 iken, günlük enerji ihtiyacının %40 kadarını başta zeytinyağı olmak üzere bitkisel kaynaklı yağlardan karşılayan Girit toplumunda koroner kalp hastalığına yakalanma oranı yalnızca 200/10 000 dür. Buna karşılık günlük enerjisinin %38 kadarını yağlardan, ancak çok büyük ölçüde doymuş yağlardan karşılayan Doğu Finlandiya toplumunda ise koroner kalp hastalığına yakalanma oranı 3000/10 000 gibi inanılması zor rekor bir düzeyde olduğu görülmektedir (30).

2.3 Miyokard İnfarktüsünün Patogenezi

Miyokard infarktüsü, miyokarda kan akımının kesintiye uğramasına bağlı olarak yetersiz oksijen temini nedeniyle kalp kasının geri dönüşümsüz olan nekrozudur. İnfarktüs kalp odacıklarının hepsinde meydana gelebilir, fakat en sık sol ventrikülde oluşur, çünkü burasının oksijen gereksinimi tüm diğer odacıklardan daha fazladır. Akut MI olan hastaların yaklaşık %90'ında kan akımının bozulması, koroner arterlerden birinin akut trombotik obstrüksiyonu sonucunda oluşur. Yeni çalışmalar koroner

trombozun bir atherosklerotik plağın rüptürü ile başladığını ve bunu bir damar tıkayıcı mekanizmalar serisini harekete geçirdiğini göstermektedir. Plak rüptürü subendotelial kollojen matriksi açığa çıkarır, bu da lokal trombosit agresyonuna neden olur ve fibrin depozitlerinin süperimpoze olmasını sağlayarak ülserasyonun üzerinde pıhtı oluşumuna yol açar. Aktive olan trombositler, tromboksan A₂ ve serotinin gibi vazospazmı uyaran ve trombosit aktivitesini güçlendiren maddeleri salgırlar, agregasyonu, hemostazisi ve trombogenezisi uyarırlar. Bu patolojik mekanizmalar, prostasiklin ve doku plazminojen aktivatörü gibi endojen vazodilatör ve antitrombotik faktörlerin etkisine üstünlük sağlar, çünkü prostasiklinin ve doku plazminojen aktivatörünün hasarlı endotelden salgılanması azalmış olduğundan plak rüptürü ile başlayan yoğun trombotik aktiviteyi engelleyemezler (9, 31).

AMI'nin etiyolojisinde hastaların çok büyük bir kısmında atheroskleroz yer almaktadır. Atherosklerotik plağın fissürü veya rüptürü sonucu gelişen trombüs tıkaçı kan akımını engelleyip miyokard nekrozuna yol açar. Olayların başlamasında spazm, intimal hasar, agregasyon üçlüsünde herhangisinin öncelikli olduğu netlik kazanmamıştır. Araştırmalara göre, arterdeki intimal hasar koroner arter spazmına, koroner arter spazmı intimal hasara, intimal hasar trombosit agresyonuna, trombosit agresyonu koroner spazma neden olabilir (9).

Atheroskleroz dışında etiyolojide emboliler (kalsiyum, vegetasyon), vasospazm (kokain kullanımı, prinzmetal angina), konjenital koroner arter fistülleri, koroner diseksiyon (spontan, iyatrojenik) gibi faktörler yer almaktadır (9).

2.4 Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri

Psiko-somatik hastalıklar grubuna dahil olabileceği düşünülen MI çok farklı koşul ve ortamlarda oluşabilmektedir (32). Koroner kalp hastalıklarından korunmak ve hastalığı en aza indirmek için risk faktörlerinin azaltılması önemlidir (4).

Kardiyak iskeminin birçok nedeni olmasına rağmen, çoğunlukla koroner arterlerin daralmasına bağlıdır. Bu lümen daralması koroner atenom gelişimi ile ilişkilidir (23, 33).

Tablo 2.1 Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri

<i>*Değiştirilemeyen Risk Faktörleri</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Yaş, • Cinsiyet, • Prematüre KAH aile öyküsü
<i>*Değiştirilebilir Bağımsız Risk Faktörleri</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperlipidemi, • Hipertansiyon, • Diabetes mellitus, • Sigara, dislipidemi (yüksek LDL-kolesterol, düşük HDL-kolesterol)
<i>*Diğer Risk Faktörleri</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Obezite, psikososyal stres, fiziksel inaktivite, Lipoprotein (a), hiperhomosisteinemi, infeksiyon etkenleri, yükselmiş fibrinojen düzeyleri, azalmış fibrinolitik aktivatör anhibitörü, trigliseridler.

Majör risk faktörleri: Cinsiyet, yaş, genetik yatkınlık, sigara, hiperlipidemi, hipertansiyon, diabetes mellitustur (17, 23, 33).

Cinsiyet: Erkeklerde, 45–54 yaşlar arasında, kadınlara kıyasla MI geçirme olasılığı 4–5 kat daha fazladır. Bununla birlikte, genel olarak iskemik kalp hastalığı riski 80 yaşından sonra her iki cinste eşit olarak görülmektedir (17, 34).

Yaş: AMİ gençlik çağından yaşlılığa kadar her çağda görülebilir; insidansı yaşla birlikte progresif olarak artmaktadır. 45 ile 54 yaşları arasında, erkeklerde 4–5 kat daha sıktır. 70–80 yaş arasında bu oran 2.1'e düşer. Yalnızca 80 yaş ve sonrasında cinsiyet farkı ortadan kalkar. Diabetes mellitus gibi bazı predispozan aterosjenik durumları olanlar hariç, kadınlar, üreme çağı boyunca MI'a karşı korunmuşlardır. Oral kontraseptifler 35 yaş üstü ve sigara içen kadınlarda MI riskini artırırken, daha az östrojen içeren yeni formüller bu riski taşımaz (4, 35).

Genetik yatkınlık: Ailede atheroskleroz veya KAH öyküsü var ise, aile üyelerinin bu durumdan erken yaşta etkilendikleri görülmektedir. Ailesinde

atheroskleroz olan bireylerin, koroner arterlerinin fiziksel yapısının ve atheroskleroz hızının genetik olarak belirlendiği düşünülmektedir (35, 36).

Sigara: Sigara sağlığa olmasına rağmen, günümüzde önlenebilir hastalıkların en önemli nedeni olmaya devam etmektedir (35, 36, 37).

Sigara, birden fazla kimyasal ve fiziksel madde içermektedir. Kalp damar sistemine toksik etki gösteren maddeler nikotin ve CO₂'dir. Nikotin katekolamin salgısını artırır ve sempatik gangliyonları da uyararak arteriyel kan basıncı ve kalp hızında artışa neden olur. Bu da, atheroskleroz oluşumunda etkili olur. Sonuçta, kalp dolaşımı da olumsuz yönde etkilenir ve MI için ortam oluşur (37, 38).

Sigara içenlerde KAH'a yakalanma riski, sigara içmeyenlere göre 3-4 kat artmaktadır. Günde bir paket ve daha çok sigara içenlerde anjina pectoris ve MI riski, sigara içmeyenlere göre 2-2.5 katı iken, ani ölüm olasılığı 5 kat artmaktadır (39).

Hiperlipidemi: Serum lipidlerinin yükselmesi atheroskleroz için major bir risk faktörüdür. Serum kolesterol düzeyi %300 mg'ın üstünde bulunan kişilerde, koroner atherosklerotik kalp hastalığı gelişme olasılığı, serum kolesterol düzeyi %200 mg'ın altında olan kişilere göre 4 katına çıkmaktadır (35, 40).

Hipertansiyon: Hipertansiyonda atheroskleroz nedeniyle miyokardın oksijen gereksinimi artar ve KAH'a eğilim artar. Yapılan çalışmalarda hipertansiyonun çok önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (35).

Diabetes mellitus: Diyabet, özellikle diyabeti iyi kontrol edilemeyen hastalarda, kanın trombojenitesi artmıştır (41). Erken yaş diyabetik hastalarda, diyabetik olmayanlara göre KAH daha sık gelişir. Ancak kontrol altında olan diyabetiklerde bu risk, önemli derecede azaltılmıştır (35).

Minör risk faktörleri: Obezite, fizik aktivite azlığı, hipertrigliseridemi ve stresli kişilik yapısı sayılabilir. Bu klasikleşmiş risk faktörlerinin yanı sıra son zamanlarda bazı yeni risk faktörlerinin de saptandığı görülmektedir. Yeni risk faktörleri arasında hiperhomosisteinemi, lipoprotein (a) yüksekliği, faktör VII yüksekliği, infeksiyöz ajanlar vardır. Bu yeni risk faktörleri ile yapılan çalışmalar henüz yetersizdir (33). Vazoaktif ajanlar özellikle kokain, koroner spazma yol açarak ciddi miyokard iskemisi hatta MI'a neden olabilir. A tipi kişilik yapısına sahip olanların gayretli, sabırsız, yarışmacı, kompulsif- koroner hastalığa yatkın olduklarına inanılmasına karşın,

son çalışmalar bu görüşü sarsmıştır. Orta derecede alkol kullanımının da koruyucu rolü olduğu belirtilmektedir. Aşırı alkol kullanımında İKH oranını arttırdığı da bir gerçektir (42).

2.4 Miyokard İnfarktüsünün Belirti ve Bulguları

Miyokardın oksijen istemini arttıran nedenlerle, örneğin; egzersiz, ani fiziksel iş yüküyle karşılaşmalar, ani kan basıncı değişiklikleri gibi faktörler, emosyonel stres ve soğuğa maruz kalma gibi periferik vasküler rezistansı arttıran durumlarda veya ağır bir yemek sonrasında herhangi bir nedenle ortaya çıkan taşikardi de anjinayı tetikleyebilir. Bazen bu nedenlerden hiçbiri olmadan koroner arterlerdeki intrinsek değişiklikler nedeniyle anjina tetiklenebilir (6). 24 saatlik bir gün içinde, sabaha karşı 02-03'ten 12'ye kadar olan saatlerde MI geçirme riski daha yüksektir. Kış aylarında da yaz aylarına göre akut koroner olaylarda ve infarktüslerde artış meydana geldiği gözlenmiştir (24).

MI asemptomatik formdan, ciddi göğüs ağrısı ve ölüm korkusu ile seyreden bir klinik tabloya kadar farklı seyirlerde olabilir. Başlıca belirtileri; göğüs ağrısı, dispne bulantı, kusma ve sindirim bozukluğudur (19, 28, 34, 36).

Göğüs ağrısı (Angina): Ağrı tipik olarak retrosternaldir; ciddi, baskı şeklinde ortaya çıkar ve boyuna, omuzlara, kollara, sırtta ya da epigastriyuma yayılabilir. Yerleşimi ve yayılımı anjina pectorise benzemekle birlikte genellikle daha uzun sürelidir. Ağrının süresi değişkendir. Yarım saat veya birkaç saat, hatta daha uzun sürebilir (43). İstirahat ve sublingual nitrogliserinlere cevap vermeyen veya tam geçmeyen şiddetli bir ağrıdır. Ağrı, derinde ve visseraldır, bazen batır veya yanar gibi olabilmekte ise de genellikle güçlü, sıkıştırıcı, ezicidir. Ağrı saatlerce sürebilir. Ağrı, hasta istirahatte iken de olabilir (28, 34-36, 40, 43).

İskemik kökenli anjina, kalbin oksijen ihtiyacının arttığı veya kalbe oksijen sunumunun azaldığı pek çok klinik tabloda ortaya çıkabilir. Atheroskleroz miyokard iskemisinin başlıca nedenidir. Koroner arterlerdeki darlık derecesi genelde %70-90 seviyesine ulaşana kadar istirahat kan akımını etkileyip istirahat ağrısına neden olmaz, genelde efor anjinasına yol açar (6).

Genel Semptomlar: Sempatik aktivasyonun hakimiyetine bağlı olarak cilt soluk, soğuk ve terlidir. Huzursuzluk, sinirlilik ve sıkıntı hali vardır. Miyokard hücrelerinden salınan toksinler ve otonomik uyarıya bağlı olarak bulantı ve kusma, hipotansiyona ve sol kalp yetersizliğine bağlı dispne olabilir. Genellikle AV tam bloklar gibi birçok nedenle gelişen bradikardilere bağlı olarak senkop, konfüzyon ve oryantasyon bozukluğu görülebilir (9, 23).

Kan Basıncı: Hastaların kan basıncı normal, düşük veya yüksek bulunabilir. Özellikle inferior MI'da vagal hakimiyetin etkisiyle hastalar hipotansif olmaya eğilimlidir. Bunun dışında, aşırı kusmaya bağlı hipovolemi nedeniyle, ileri pompa yetersizliğine bağlı kardiyojenik şok nedeniyle, infarktüs tedavisi sırasında kullanılan nitratlar, beta blokerler, morfin gibi birçok ilacın etkisiyle, hemodinamiyi bozan her türlü taşikardiye bağlı olarak hastalarda hipotansiyon görülebilir (9, 17).

Sempatik aktivasyonun yarattığı etki nedeniyle MI sırasında hipertansiyon görülebilen bir durumdur (9, 17, 19).

Nabız: AMİ sırasında sempatik aktivasyonun etkisiyle kalp hızı taşikardiktir. Başlangıçta hızlı ve düzenlidir (100–110/dk, sinüs taşikardisi). Ağrı ve anksiyete azaldıkça düzelir. Özellikle inferior MI da parasempatik aktivasyonun etkisiyle bradikardi görülür. MI'ın seyri sırasında taşikardi ve bradikardi her türlü ritim-ileti kusuru görülebilir. Örneğin morfin, beta-blokerler bradikardiye yol açarken, nitratlar hem taşikardiye, hem de bradikardiye neden olabilir. Ventriküler extrasistoller sıktır (9).

Ateş: İlk saatlerde genellikle yüksek ateş görülmez. Sonraki 24–48 saat içinde, nadiren 39 °C yi aşar, hafif bir ısı artışı sıktır. Vücut ısısı, 2–5 gün içinde maksimuma ulaşır. Ateş, muhtemelen doku nekrozuna karşı bir cevaptır. İlk 24 saatten itibaren bir hafta süreyle en çok 38 °C'ye çıkan bir ateş görülebilir (9,36).

2.6 Miyokard İnfarktüsünde Tam Yöntemleri

Akut MI tanısı, genellikle 15 dakikadan fazla süren iskemik tip göğüs ağrısı, seri çekilen EKG'lerde AMİ için özgün tipik değişiklikler, serum kardiyak enzimlerinin tipik yükselme ve düşme seyrinin eşlik ettiği hastalara konur (23, 38, 44).

Tanıyı doğrulayan laboratuvar testleri 4 gruba bölünebilir: 1. Elektrokardiyografi (EKG), 2. Serum kardiyak enzimleri, 3. Kardiyak görüntüleme ve 4. İnflamasyon ve doku nekrozunun özgül olmayan göstericileri.

Elektrokardiyografi (EKG): Miyokard iskemisinin ve infarktüsünün saptanmasında EKG çok spesifiktir, fakat iskemi ile nekrozun ayırt edilmesinde çok yararlı değildir (45). AMİ ile gelen olguların %50'sinde ilk çekilen EKG tanı koydurucudur (46).

İnfarktüs şüphesi olan hastalarda EKG'nin en önemli fonksiyonu kalp ritmini takip etmek ve böylece ciddi aritmilerin (özellikle ventriküler fibrilasyonun) hızla tedavi edilmesini sağlamaktır. MI'a bağlı ağrıların başlangıcından bir saat veya daha sonrasında EKG normal kalabilir. Tipik olarak, önce ST segmentleri yükselir, sonra Q dalgaları ortaya çıkar ve nihayet ST segmentleri bazale iner ve T dalgaları ters döner. Miyokard infarktüsünde EKG değişikliklerinin gelişim hızı çok büyük farklılıklar gösterdiğinden tek bir EKG'den infarktüs zamanının belirlenmesi zor olabilir. Şüpheli bir infarktüstü sonraki 3 gün boyunca çekilen iki veya üç EKG'deki seri değişiklikler en kesin bulgu olarak değerlendirilir (6, 23, 28, 47).

Serum kardiyak enzimler: Kardiyak enzimlerin kanda yükselmesi, miyokard hücrelerinde hasarlanma olduğunu gösterir (42). MI tanısını kesinleştirmek için kardiyak enzimler, hastaların kabullerinde, kabulden 6–9 saat sonra ve tanı şüphede ise 12–24 saat sonra ölçülmelidir (28).

Kreatin fosfokinaz (CK): İlk yükselen enzimdir. 4–8 saat içinde yükselir, 24 saatte zirveye ulaşır ve genellikle 48–72 saatte normale döner (28, 34, 43, 45).

Kalbe –özgül troponin T (cTnT) ve kalbe –özgül troponin I (cTnI): MI sonrası yaklaşık 4 saat içerisinde kanda artar. AMİ'den sonra eşik değerinin 20 katı yüksek değerlere ulaşabildiğinden, cTnT veya cTnI ölçümleri, önemli tanısal yarar taşırlar ve günümüzde MI'ın biyokimyasal belirteçlerine üstün tutulmaktadır (17, 28, 34, 45).

Laktik dehidrojenaz (LDH): AMİ başlamasından 24–48 saat sonra yükselmeye başlar, 3–6 günde zirveye varır ve 8–14 günde normale döner (17, 45).

Glutamik-oksaloasetik transaminaz (GOT): Serum GOT düzeyleri, infarktüsün ilk 8–12 saat içinde normal değerlerine döner (17, 18, 36).

Aspartat aminotransferaz (AST): Serum düzeyleri göğüs ağrısının başlangıcını izleyen 8–12 saat içinde yükselir, 18–36 saatte zirveye varır ve 3–4 gün içinde normale döner (36, 45).

Myoglobin: MI sonrası ilk 1 saat içinde yükselir. En erken yükselen serum markırıdır. 24 saat yüksek kalır. AMİ'li hastalarda myoglobinemi sıktır (17, 28, 36, 45).

SGOT (SST): İlk 12 saat içinde yükselir, 24–48 saat içinde en üst düzeye ulaşır ve 4–8 günde önceki normal değerine ulaşır (17, 35).

Kan şekeri: AMİ'den sonra hiperglisemi sık görülür. Hiperglisemi sadece diyabetik hastalarda değil non-diyabetiklerde de görülür (45).

Serum lipidleri: AMİ sırasında ölçülen lipid değerleri yanıltıcıdır. Çünkü hastaneye yatan hastalarda bir takım faktörler lipid değerini değiştirebilir. Örneğin, stres serum kolesterolünü arttırırken, sırt üstü yatmak azaltır. Hastaneye yattıktan sonra ilk 24–48 saat içinde total kolesterol ve HDL kolesterol başlangıçtaki değerlere yakın bulunmaktadır, fakat daha sonra süratle düşmektedir. Bunun için serum lipid düzeylerinin tayini infarktüstü sonraki 8. haftadan sonra doğru sonuç vermektedir (17, 19, 45).

Hematolojik bulgular: AMİ'de lökosit sayısı sıklıkla artar. Bu artış ya doku nekrozuna cevaptır ya da adrenal glukokortikoidlerin artmasına bağlıdır. Lökositoz genellikle göğüs ağrısı başlangıcından 2 saat sonra meydana gelir, 2–4 günde zirveye varır ve 1 haftada normale döner. Lökosit sayısı genellikle 12 000–15 000/mm³'dür. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) genellikle infarktüstü sonra 1. ve 2. günlerde normaldir, sonra yükselmeye başlar ve birkaç hafta yüksek kalır (17, 18, 21, 45).

MR: Miyokard infarktüsünün erken tanınmasında ve şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılabilir. İnfarkt veya non-İnfarkt alanda, hem de reperfüze miyokard da, perfüzyonun değerlendirilmesinde çok fazla ümit verilmiştir (21).

Ekokardiyografi: İki-boyutlu ekokardiyografi, AMİ hastalarında en yaygın kullanılan görüntüleme yöntemidir. Herhangi bir ST-segment yükselmesi görülmediğinde bile, ekokardiyografik olarak saptanabilen duvar hareket bozuklukları gözlenebilir (21). İnfarktüsü olan hastalarda görülen ekokardiyografik anormallikler; iskemi veya nekroza ikincil bölgesel hipokinetik, akinetik ve diskinetik duvar hareketleri, dilatasyona ikincil sol ventrikül boşluğunda artma ve MI sonrası perikardit

veya sol ventrikül yetmezliğinde ikincil küçük perikard effüzyonu ve sol ventrikül kompliyansında azalmadır (36).

Efor testi: Kalp-damar tıkanıklığı şüphesi olan hastalar yürüme bandında belirli hız ve eğilimde yürütülmeleri ile yapılan teste efor testi denir. Amaç kalp hızının yükseltilmesidir. Bu esnada oluşacak göğüs ağrısı ve elektro kaydındaki değişiklikler damar tıkanıklığı tanısında yardımcı olur (25).

Koroner Anjiyografi ve Kalp Kateterizasyonu: Damar tıkanıklığı şüpheli olan hastalarda tıkalı olan damarın yeri ve ciddiyetini tespit etmek için kullanılır (25). Akut MI'lı hastalara, anjiyoplasti trombolitik tedavi için kardiyak kateterizasyon yapılabilir. Koroner anjiyografide; miyokardın infarkt bölgesini besleyen koroner arterin tam tıkanıklığı veya yüksek derecede tıkanıklığı görülebilir (36).

2.7 Miyokard İnfarktüsünde Tedavi

Miyokard infarktüsü aşağıdaki zaman dönemlerinden geçer: 1. Akut (ilk birkaç saatten 7 güne kadar), 2. İyileşme (7 ile 28 gün) ve 3. İyileşmiş (29 günden sonrası). Akut MI'nın ideal tedavisi, hastane bakımının erken dönemde sağlanması ile mümkündür (28).

Tablo 2.2 Miyokard İnfarktüsünde Alınması Gereken Önlemler

*Primer önlemler	<ul style="list-style-type: none"> • Kalp ritminin EKG ile takibi • Vönöz kanül yerleştirilmesi • Hızla acil birime veya koroner bakım ünitesine transfer
*Sekonder önlemler	<ul style="list-style-type: none"> • Ağrının ve ansiyetenin rahatlatılması • Oksijen • Sublingual veya bukkal nitrogliserin verilmesi
*Tersiyer önlemler	<ul style="list-style-type: none"> • Uygun olduğunda perfüzyon tedavisine başlanması • Koroner anjiyoplasti • Farmakolojik önlemler

2.7.1 Miyokard İnfarktüsünün Hastane Öncesi Tedavisi

MI'dan kaynaklanan ölümlerin büyük çoğunluğu (%65) ilk saat içinde meydana gelir. Bu dönemde yapılması gereken işler; uygun analjezi (çoğunlukla morfin), aşırı sempatikoadrenal ve vagal stimülasyonun farmakolojik olarak azaltılması, malign ventriküler aritmilerin profilaksisi ve tedavisi (genellikle lidokain), kardiyak out-putun, sistemik kan basıncının ve solunumun desteğidir (45). Hastane dışında MI geçirmekte olan bir hasta; sırt üstü yatırılır, ancak solunum sıkıntısı varsa baş yükseltilir. 300 mg Aspirin verilir (çiğnetilerek), damar yolu açılır (intramusküler enjeksiyon yapılmaz), ağrı ve anksiyetesinin giderilmesi için narkotik analjezikler yapılır ve mümkünse O₂ verilir (35, 48). Özellikle defibrilatörlü bir ambulans sağlanarak en yakın yoğun bakım üniteli hastaneye sevk edilmelidir. Hastanın nakli sırasında resüsitasyon da dahil olmak üzere gereğinde her türlü anti-aritmik tedavi uygulanmalıdır. Bu arada sevk edilen üniteye trombolitik tedavinin gecikmeden başlatılması için önceden haber verilmesi son derece yararlıdır. Nitratların kullanılması için sağ MI'nın olmadığına emin olmak hastaların şoka girmesine neden olmamak için şarttır. Ayrıca sistolik kan basıncı 100 mmHg'dan düşük olanlarda nitratların verilmemesi daha uygun olabilir. Çünkü hipotansiyon hastaların streptokinaz şanslarını ortadan kaldırabilir (24).

2.7.2 Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi

MI ortalama 3–7 gün süren mutlak hastane bakım ve gözetimini gerektirmektedir (30). Koroner yoğun bakım ünitesine (KYBÜ) kabul edilen hastadan anamnez alınarak fizik muayenesi yapılmalı ve 12 derivasyonlu EKG çekimi yapılmalıdır. Acil olarak kardiyak enzimler, elektrolit, glikoz, kan sayımı ve kolesterol için kan alınmalı ve akciğer grafisi çekilmelidir. İntravenöz beta-bloker ve acil PTCA indikasyonları değerlendirilmelidir (6, 23).

Morfin: Ağrının giderilmesi hastayı rahatlatıp, sempatik tonüsü kıırarak özellikle katekolaminlerin istenmeyen etkilerini azaltır. Ağrısı şiddetli ise ağrı kesici olarak morfin (2–4 mg IV 5–15 dk) yapılmalıdır. Gerekirse 5 dakikalık aralıklarla bu doz tekrarlanarak 20–25 mg'a kadar çıkarılabilir. Morfin aynı zamanda mevcut ölüm

korkusunu da giderir ve ağrının tetiklediği artmış sempatik sinir sistemi aktivitesini ve buna bağlı primer ventriküler fibrilasyon gibi komplikasyonları azaltır. Morfine bağlı yan etkiler bulantı, kusma, hipotansiyon, bradikardi, solunum depresyonudur (17, 36, 48).

Oksijen: Anjina tedavisinin esas hedefleri kalbin oksijen ihtiyacını/kullanımını azaltmak ve kalbe oksijen sunumunu arttırmaktır. Bu amaçla ilk 2–3 saat nazal kanülle ortalama 4 lt/dk'dan oksijen verilmesi hipoksemiye önleyerek yarar sağlar (6, 17).

Aspirin: Tanı konur konmaz bütün AMİ'li hastalar 300 mg çözünür aspirin çiğnetilmeli ve ömür boyu devam etmesi gereklidir. Aspirin koroner re-oklüzyonu ve tekrarlayan iskemik olayları azaltmada çok yararlıdır (6, 17, 18, 36).

Nitrogliserin: IV nitrogliserin gelişte bolus olarak (25-100 mg) uygulanır ve 125 mg/dakika ile infüzyon başlanır (17, 18, 48).

Heparin: Başlangıçta 100 ü/kg bolusu takiben, APTT'yi normalin 2–2.5 mislinde tutacak şekilde ortalama 15 ü/kg/saat olarak verilir. Venöz trombo-embolinin önlenmesi için yüksek riskli hastalarda profilaktik düşük doz heparin (5000 ünite) uygulanmalıdır (18, 23, 42, 48).

Atropin: Atropin, kullanılacağı zaman 0.5–1.0 mg IV olarak başlanır; her 3–5 dakikada bir bu doz tekrarlanarak total 2.5 mg'a kadar arttırılabilir (23, 48).

Lidocaine: Ventriküler aritmilerin tedavisinde ilk tercih edilecek anti-aritmik ajandır. 1.0–1.5 mg/kg IV bolus olarak verilir ve 1–4 mg/dk dozunda infüzyona geçilir. Gerekirse 5–10 dakika sonra bu dozun yarısı IV bolus olarak tekrarlanır. 24–30 saat süre ile infüzyona devam edilir (18, 48).

Beta-blokerler: AMİ'de beta-blokerler ile infarktüs genişliğinin, mortalitenin, ventriküler fibrilasyon gelişiminin ve kardiyak rüptürün azaldığı gösterilmiştir. Bu amaçla beta-blokerler, örneğin 5 mg metoprolol IV 2 dakikada uygulanır. Bu doz 5'er dakikalık aralıklarla tekrarlanarak 15 mg'a kadar arttırılabilir. Sonra ağızdan 12 saatte bir 50–100 mg ile tedaviye devam edilir (17, 18, 48).

ACE inhibitörleri: Gelişte /ilk 6 saatte başlanır (48).

Antiemetikler: Opium türevlerinin emetik yan etkileri ve yüksek vagal tonus nedeniyle bulantı ve kusma olabilir. Gerektiğinde metoclopramid 10–20 mg IV uygulanabilir (48).

Trombolitik tedavi: KYBÜ'nün 1960'lı yılların başında kurulması ile MI'ın %25-30'larda olan hastane mortalitesi, 1980'lerin 2. yarısında %18'e inmiştir. Bu düşüşün en önemli nedeni de trombolitik ajanların yoğun kullanılması olmuştur (48). Tanısı kesin olgularda 90 dakika içinde trombolitik tedaviye başlanmalıdır (23). Koroner tromboliz için seçilecek ilaçlar; streptokinaz, ürokinaz, doku plazminojen aktivatörü (d-PA) ve streptokinazın bir türü olan asetil plazminojen aktivatör kompleks (APSAC)'tir. Bu fibrinolitik ajanlar, kardiyak katerizasyon sırasında doğrudan koroner artere verilebilir veya intravenöz yoldan enjekte edilebilir. Koroner trombolizi takiben, hastalar IV heparin ve aspirinle tedavi edilmelidirler. Yaygın olarak kullanılan trombolitik rejimler; 2 saat içinde IV olarak verilen 500.000 IU streptokinaz, çeşitli IV protokollerle kullanılan 100 mg dPA ve 5 dakika içinde IV olarak uygulanan 30 mg APSAC'tır (17, 36).

Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti (PTCA): Günümüzde AMİ tedavisinde erken dönemde tıkanmayı açmaya yönelik koroner PTCA (stent) esas tedavidir. AMİ sonrası ilk 4-6 saat içerisinde veya ağrısı devam eden hastalarda 24 saate kadar yapılabilir. Ancak bu işlem kateter laboratuvarlarının bulunduğu belli merkezlerde uygulanabilir (17, 30, 49).

Diyet: MI'dan hemen sonra kusma ve aspirasyon riski nedeni ile hastalar ilk 4-12 saat ya hiç bir şey almamalı veya ilk 24 saat sıvı gıdalar verilmelidir. Koroner bakım birimine özgü diyet, total kalorisinin %30'dan azı yağ olarak sağlanmalı ve kolesterol içeriği 300 mg/g'dan az olmalıdır. Kompleks karbonhidratlar total kalorisinin %50-%55'ini oluşturmalarıdır. Porsiyonlar olağan dışı büyük olmamalı ve menü, potasyum, magnezyum ve fibrinden zengin, ama sodyumdan fakir besinler ile zenginleştirilmelidir (28, 45).

2.8 Miyokard İnfarktüsünde Hemşirelik Bakımı

Akut miyokard infarktüsünde hemşirelik bakımının amaçları:

Sürekli hasta değerlendirilmesi,

Anginal ağrının kontrolü,

Miyokardın O₂ gereksiniminin karşılanması ve optimal kalp debisinin sağlanması,

Komplikasyonların önlenmesi,

Hasta/aile eğitimidir (50).

Hemşireler diğer meslek gruplarıyla işbirliği içinde bakımda anahtar rol oynamalı ve akut MI sonrası hem aile hem de hastaya bakım konusunda bilgi sağlayabilmelidir (22).

Hastaya akciğerlerinin genişlemesi ve etkin ventilasyonu sağlamak için semi-fowler pozisyonu verilerek yatak istirahati sağlanır. Yatak istirahati stres ve organizmanın oksijene olan gereksinimi azaltır ve mental istirahati sağlar. Gerekli olan tüm araç gereç (zil, su, ışık vb.) hastanın ulaşabileceği şekilde yerleştirilir (35).

MI geçirmiş hastanın, hastalığının seyrini ve komplikasyonların gelişip gelişmediğini izlemek yönünden yaşam bulguları dikkatli ve düzenli olarak gözlenmelidir. MI geçiren hasta cilt rengindeki değişiklikler, solunum hızı veya eforu, terleme, hastanın tanımlanması açısından izlemde olmalı, semptomlardaki değişim değerlendirilmeli; dispne, solunum distressi, aritmi, kan basıncının 170 mmHg'nin üzerinde ve 100 mmHg'nin altında olması, nabzının 110'un üzerinde 60'ın altında olması, solunumun 12'nin altında ve 24'ün üzerinde olması ve ateşin 38 °C'ın üzerinde olması durumda hekime bilgi verilmelidir. Solunum distressi varsa pulse oksimetri ile oksijen saturasyonu takip edilmelidir (6, 35).

MI geçiren hastada ağrı sık karşılaşılan bir sorundur. Ağrı katalominlerin salgılanması yoluyla kalbin O₂ gereksinimini artırır, iskemi ve nekrozun gelişmesine yol açabilir. Bu nedenle, hekim istemine göre morfin sülfat 8–15 mg dilüe edilerek, IV ya da subkutan uygulanır (16, 23, 35, 36).

Hasta antikoagülan tedavinin yan etkileri (kanama ve arteryel emboli) açısından gözlenmelidir. Bu amaçla oral, idrar ve rektal yoldan kan gelip gelmediği gözlenmeli,

enjeksiyon için ince ve düzgün iğneler seçilmelidir. Kanamaya neden olabilecek herhangi bir müdahale yapılacaksa gerekli önlemler alınmalı, gerekirse hekim istemine göre K vitamini yapılmalıdır (35).

Yatak istirahatının komplikasyonları arasında yer alan pulmoner emboli ve venöz trombozu önlemeye yönelik girişimler yapılır. Pulmoner emboli belirti ve bulguları (dispne, taşikardi, öksürük, göğüs ağrısı, pulmoner raller, siyanoz ve ateş) takip edilmeli ve değişiklikler hekime bildirilmelidir. Venöz trombozu önlemek için hastanın alt ekstremitelerine pasif hareketler yaptırılmalı, bacaklarının birbiri üzerine basıncı önlenmeli, bacaklara bandaj veya elastik çorap uygulaması yapılmalı, dehidratasyon ve kan viskozitesinin artmasını önlemek için hastaya yeterli sıvı verilmelidir. Ayrıca hekim istemine göre, koruyucu olarak antikoagülan tedavi uygulanabilir (35, 48).

Yatak istirahatine ve ağrının giderilmesi için kullanılan narkotiklerin yan etkilerine bağlı olarak konstipasyon görülebilir. Hastanın yeterli sıvı alımı sağlanmalı, diyetle liften zengin gıdalar verilmeli ve ilk 12–24 saatten sonra aktivitesi sağlanmalıdır. Gerektiğinde hekim istemine göre laksatif uygulanabilir (28, 31, 35).

MI geçiren hastalar huzursuz ve gergindir. Bu nedenle, ziyaretçilerin kısıtlanması, sakin, sessiz, huzurlu bir fizik ortamın hazırlanması, hastanın rahatlığının ve gevşemesinin sağlanması önemlidir (31, 35).

Klinik olarak stabil olmaları ve kardiyak semptomların bulunmaması halinde durumu uygun olan hastalar, KYBÜ'ne alındıktan sonra 24 saat içinde yatağın kenarına oturabilir ve 24 saat sonra sınırlı bir aktiviteye başlayabilirler. Sınırlı bir aktivitenin, birçok fizyolojik ve psikolojik yararları bulunmaktadır. Fiziksel aktivite, venöz trombozu, pulmoner emboliyi, kas gücü kaybını, kardiyovasküler reflekslerin zayıflamasını, barsak ve mesane fonksiyonlarının zayıflamasını ve kardiyak maluliyeti engellemekte ve hastanın moralini güçlendirmektedir (23, 31). Hastanın aktivitesinin artırılma hız ve derecesi; miyokard infarktüsünün ağırlığına, beraberinde bulunan diğer hastalıklara ve komplikasyonlara bağlıdır. Tolerans iyi ise önce eğitilmiş bir hemşire refakatinde koridor yürüyüşüne geçilir. Hipotansiyon, kalp hızının düşmesi ve sistolik kan basıncının 20'den fazla artması, ritim bozukluğu, göğüs ağrısı, dispne halinde

yürüyüşe son verilir. İlk günler hasta sabah ve akşam 5 dakikadan başlayıp, bir haftada 10–15 dakikaya kadar arttırılan sürede yürütülür (48).

Yoğun bakımdan çıktıktan sonra ve ambulasyonun arttırılması sürecinde KAH hakkında bilgi, aktivite derecesi ve planlanması hemşire ve diğer sağlık ekip üyeleri (hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist) ile sağlanır. Hastaları çoğu 7–10 gün sonra taburcu edilir (21).

2.9 Miyokard İnfarktüsünde Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi hasta/ailenin öğrenmeye hazır olma durumu, öğrenim gereksinimleri, eğitim düzeyleri, önceki deneyimlerine göre planlanıp, basitleştirilmedi. Hastanın aile yapısı, evdeki durumu, iş stresi, ekonomik durumu, anksiyete, depresyon veya kaygı varlığı ve aktivite durumu gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (2, 31, 34). Eğitsel süreç, tüm ekibin ortak sorumluluğu olarak değerlendirilmeli ve ekibin her üyesi hastaya ve ailesine aynı tutarlı mesajı vermelidir (23, 27). Aşağıda açıklanan konularda hasta/aileye eğitim verilmelidir.

MI hakkında genel bilgi verilir: Normal kalp anatomisi ve fonksiyonu, kardiyovasküler fonksiyon üzerine miyokard infarktüsünün ve KAH'ın etkileri, risk faktörleri ve bunları azaltmanın yolları (sigara, diyet, kilo ve kolesterolün kontrolü, kan basıncı kontrolü, stresin azaltılması, egzersiz) açıklanır. Hastaya nasıl nabız sayacağı öğretilir, ritim değişiklikleri hakkında açıklama yapılır, hekimi ile olan randevularını ihmal etmemesinin önemi açıklanır (23, 27, 35).

Kullandığı ilaçlar hakkında açıklama yapılır: İlaçların ismini, dozunu ve kullanım amaçlarını, yan etkilerini bilmesi, yiyecek-ilaç etkileşimlerine yönelik bilgilendirilmesi sağlanır. İlaç listesi planlamasının; aktivite, uyku, iş durumuna göre yapılması, ilaçların reçete edildiği gibi alınması, hekime danışmadan, ilaçların dozunda değişiklik yapmaması, ilaç almayı bırakmaması açıklanır (27, 35).

Risk faktörlerini önlemeye yönelik bilgilendirilir: Hipertansif hastalara kan basınçlarının 140/90 mmHg'nın altında tutması, diyabetlere serum glukoz düzeyini 100 mg/dl'ye yakın olacak şekilde agresif bir biçimde tedavilerini sürdürmeleri gerektiği açıklanır. Hasta obezitenin etkilerini bilmeli ve kilo vererek prognozu iyiye götüreceğini kavramalıdır. Aynı zamanda, lipidleri kontrol altında tutmanın önemini anlamalı ve

hedefin “kötü kolesterolün” 100’ün altında kalması olduğunu bilmelidir. Bunun sağlanması için, çoğunlukla diyetin, egzersizlerin ve ilaçların kombine edilmeleri gerekecektir. Koroner hastalığı olan kimseler, LDL-kolesterol düzeylerini de, kan basınçları ve ağırlıkları kadar iyi bilmelidirler (27). Sigarayı bırakması konusunda ikna edilmelidir (51). İlk olarak kişinin sigara bağımlılığının ne düzeyde olduğu sorgulanır ve takiben sözlü olarak kişiye sigarayı bırakılmasının yararları açıklanır. Sigarayı bırakmayı başaran bir hastanın miyokardiyal riskinin aşağı yukarı 2 sene içerisinde sıfırlandığını bilmelidir (31).

Göğüs ağrısının kontrolü hakkında bilgi verilir: Hasta, miyokardiyal iskemi nedeniyle oluşan göğüs ağrısını diğer ağrılardan ayırt edebilmesi için eğitilmelidir. Göğüs ağrısını tetikleyecek durumlardan (ağır efor gerektiren aktiviteler, aşırı yorgunluk, soğuk hava, valsalva manevrası, stresli durumlar vb.) sakınması, yemeklerden en az iki saat sonra fiziksel egzersiz yapması ve daima yanlarında nitrogliserin tablet ya da sprey bulundurmaları gerektiği açıklanır. Hastaya göğüs ağrısı olduğunda 5 dakika ara ile 3 kez nitrogliserin alabileceği, nitrogliserin tableti dilinin altına yerleştirmesi ve erimesi için zaman tanınması, tableti yutmaması veya çözünürken su içmemesi açıklanır. Tabletın yanma hissi oluşturacağı, böyle bir his olmazsa ilacın etkisini kaybetmiş olabileceği konusunda bilgi verilir. Nitrogliserin ile geçmeyen, 30 dakikadan uzun süren göğüs, kol, boyun, çene ve sırt ağrısı, nefes darlığı, düzensiz nabız veya nabız hızında beklenmeyen belirgin değişiklik olması, önerilen aktiviteyi tolere edememe, göğüs ağrısı sıklığında ve şiddetinde artış, terleme ve bulantı halinde hekim/hemşireye bilgi vermesi gerektiği açıklanır (27, 35, 44).

Diyeti ile ilgili bilgi verilir: Hastaya doymuş yağ ve kolesterolden kısıtlı diyetin nedeni ve uygulama yolları açıklanır. Kırmızı et yerine beyaz et tüketilmesi, yağlı süt ürünlerinin azaltılması, besinlerin hazırlanmasında ve pişirilmesinde bitkisel yağların tercih edilmesi, doymuş yağ asitlerinin alımının azaltılması (katı margarin), besinlerin kızartma yerine ızgara, buhar, fırınlama, haşlama şeklinde pişirilmesi, yumurta tüketiminin azaltılması konusunda açıklama yapılır (31, 35).

Aktiviteleri hakkında bilgi verilir: Taburcu olduktan sonra; 1. haftada evinde aktivite, aşırı izotonik egzersizlerden kaçınması (merdiven çıkma, gibi) ve yardımla evinde 5 dakika yürüyüş önerilir. 2–3. haftada günlük yürüyüşler giderek arttırılır;

günde 2 kez 30 dakika yürüyüş önerilir. Günlük yürüyüş miktarı, kalp hızına göre giderek arttırılabilir. 4. haftada maksimal egzersiz testi yapılır. Uygunsa araba kullanma ve seksüel temasa izin verilir (21, 31). Yürüyüşe alternatif olarak ise yüzme, bisiklete binme ve değişik ekipmanlar ile yapılan başka aerobik egzersizler tavsiye edilebilir (27).

Hastaya cinsel aktivitesi hakkında açıklama yapılır: Cinsel aktivite, birçok hasta ve partneri için önemli olmasına rağmen, sıklıkla göz ardı edilmektedir. Klasik çalışmalar, cinsel aktivite esnasındaki enerji tüketiminin 5 MET olduğunu göstermektedir. Bu, iki kat merdiven çıkmaya veya kalp hızını 130 vuru/dk ya ve sistolik kan basıncının 150 mmHg'ye çıkararak bir egzersize eşdeğerdir. 5 MET eşdeğeri fiziksel aktivite kapasitesine ulaşmış olan hastalar uygun şekilde cinsel yaşama dönebilirler. Bireysel olarak farklılıklar bulunmasına rağmen bu genellikle evdeki ikinci haftadan sonra mümkün olmaktadır. Buna ilaveten, cinsel yaşama geri dönüş dönemindeki cinsel aktivitede, hastanın partnerinin daha aktif bir rol üstlenmesi önerilmektedir (31). Cinsel aktiviteden iki veya üç hafta kaçınılmalıdır (23).

2.10 Yaşam Kalitesi

Sözlük anlamıyla kalite bir şeyin ya da birinin doğası niteliğindedir. Bakım kalitesi ise, mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır (52, 53). Yaşam kalitesi kavramı, ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine rağmen, oldukça geniş kapsamlı tanımlanması güç, göreceli bir olgudur. Bu kavram, yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder (54, 55). Yaşam kalitesi, bireylerin deneyimleri sonucunda elde ettikleri doyum ve iyilik halidir (4, 56). Yaşam kalitesi bireye özgüdür, zaman içinde değişim gösterebilir. Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme, entelektüel gelişim, çevresel özellikler ve spiritüel iyilik hali ile ilgili boyutları vardır (57).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, “bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve mental tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Yine WHO yaşam kalitesini “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları” şeklinde

tanımlamıştır (58). Yaşam kalitesi kavramı içinde fiziksel sağlık, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkileri ve kişisel inançlar öznellik temelinde yer alır (59).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi şeklinde tanımlanmıştır. Andrew ve Withey yaşam kalitesi kavramını bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi olarak tanımlamışlardır. Murrell Zautra, Norris ve arkadaşları ise yaşam kalitesini mutluluk, doyum ve uyum olarak tanımlamışlardır (60).

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir olayın ifadesidir. Yaşam kalitesi, aile iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşünceleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir. Grant ve Rivena (1990) yaşam kalitesinin çok yönlü olduğunu vurgulamışlar ve yaşam kalitesinin boyutlarını fiziksel ve sosyal iyilik, psiko-sosyal uyum, inanç ve değerler olarak gruplandırmışlardır (61-68). Bireyin sağlıklı olması fiziksel, psikolojik, ekonomik sorunlarının olmaması, ailesi ve çevresi ile iyi ilişkiler içinde olması, öznel yaşamından memnun olduğunu yani yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir (61, 64, 65, 67, 69).

Hörnquist'e göre, sağlık alanında, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde mutlaka ele alınması gereken konular şunlardır:

Biyolojik alan: Beden sağlığı, çeşitli beden fonksiyonları, özgül hastalık/yetersizlik semptomları ve ağrı, yan etkiler, yara iyileşmesi gibi ekstra durumlar,

Psikolojik alan: Esenlik, algılama, etkileşimler, öğrenme, mantık, yaratma yeteneği vb. gibi bilgisel ve pratik yeterlilik,

Sosyolojik alan: Bir bütün olarak yaşam, tümüyle sosyal yaşam, genel sosyal etkileşimler, aile yaşamı, cinsel yaşam ve sosyal etkileşim kapasitesi,

Davranış/aktivite alanı: Tüm aktif yaşam, öz-bakım gücü, hareket, çalışma kapasitesi, temel alışkanlıklar, çalışma arzusu, yeme, içme, uyku, sigara ve diğer alışkanlıklar,

Maddi alan: Bireysel ekonomi, barınma durumu, özel destekler, gayrimenkuller, işten sağlanan kazanç,

Yapısal alan: Yaşamın anlamı, sosyal statü, sosyallik görüşü (55).

Yaşam kalitesindeki etkilenmenin düzeyini belirlemek için çeşitli madde ve sorulardan oluşan ölçekler kullanılmaktadır (10). Kaliteli yaşam için neyin gerekli olduğunu saptamaya yönelik yapılan birçok çalışmada, bireylerin objektif yaşam durumları uygun olmasa da yaşamlarında doyum bulabildikleri saptanarak, bu görüş desteklenmiştir (53).

2.11 Miyokard İnfarktüsünde Hemşirelik Bakımının Yaşam Kalitesine Etkisi

Kronik hastalığın hangi türü olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamaması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalar ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır (70-72). Uzun süreli bakımda hastanın tutum ve davranışları önemlidir. Uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hastanın yaşam kalitesi, yaşamsal doyumunu hastanın kendi öz bakımı ile yakından ilişkilidir (73). Bu bağlamda sağlık hizmetleri, doyum ve memnuniyet verici kaliteli bir yaşama yönelik olmalıdır (52, 74).

Hemşirelik bilimlerinde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya, yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin, gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır (55). Yaşam kalitesi 1980'li yıllarda hemşirelikte tanınmaya başlamıştır (75).

Padilla ve arkadaşları, yaşam kalitesinin bölümlerini hemşirelik ile ilişkilendirerek özetlemiştir. Bu bölümler:

1. Psikolojik iyilik hali: Yaşamdan doyum alma, yaşamın anlamı, yararlılık, mutluluk, dinlenme, meşguliyet, otokontrol, hedefe ulaşma ve anksiyete gibi duygulardır.

2. Fiziksel iyilik hali: Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, uyku, seks, yorgunluk, zindelik gibi durumları içerir.

3. Sosyal ve bireysel iyilik hali: Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi durumları içerir.

4. Finansal ve maddi esenlik hali: Mevcut durumda geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma, sağlık sigortası, ev değiştirebilme, iş güvencesidir (55, 72, 76).

İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum bulmaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin amacı; insanların sağlık durumlarında olumlu gelişmeler meydana getirmek ve bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır (73, 77).

Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımının etkilerini değerlendirmede uygun sonuçlar verir. Hasta bakımında hemşirenin rolü sıklıkla tedavinin yan etkilerini koruma, vücut imajı, fonksiyonu ve fiziki görünümündeki sürekli değişikliklere uyumunu sağlamaktır (78).

Profesyonel bağlamda yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rol oynayan kişilerdir. Çünkü sağlıklı/hasta bireyin gereksinim duyduğu yardımın verilebilmesi ancak bireyle kurulacak olan mesleki ilişkinin niteliği ve niceliğine bağlıdır. Hemşireler holistik yaklaşım doğrultusunda tüm sağlık bakım profesyonellerinin yaşam kalitesi ile ilgili kavramaları ve felsefeleri sorgulayarak uygulamalarına aktarmaları önemlidir (79).

Burchard ve Lewis tarafından yaşam kalitesinin bölümleri ve hemşirelik uygulamaları arasındaki ilişki ile ilgili bir model geliştirilmiştir. Bu modelde, hemşirelik süreci ve yaşam kalitesinin göstergeleri arasındaki ilişki başlıca dört adımda incelenmiştir.

1. Hemşirelik süreci bağımsız değerşkenleri
2. Birleştirici bilişsel değerşkenler
3. Bağımlı sonuç değerşkenleri
4. Dış kaynaklı değerşkenler

Modelde belirtilen hemşirelik süreci bağımsız değerşkenleri; araştırmacı tarafından idare edilebilen hemşirelik süreci aktivitelerini içerir (70).

Sağlıkla-iliğli yaşam kalitesi hastanın aldığu tedaviyi ve hastalığın etkilerini gösterir (80). MI geçiren hastanın tedavisindeki amaç: hastaların eğitimi, egzersiz, diyet, stres yönetim teknikleri, sigaranın bırakılmasıdır (22).

MI yaşam kalitesini etkileyen sağlıkla ilgili çeşitli problemlerin sonucudur. Sistemik kontrollerin sağlanması ve sağlık durumunun değerlendirilmesi rutin olarak

yapılmalıdır (80). MI geçiren hastaların tedavi ve bakımındaki amaç sadece yaşamı uzatmak değil, semptomları hafifletmek ve fonksiyonları iyileştirmektir. Buna uygun olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin belirlenmesi önemlidir (15). MI geçiren hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler genellikle; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sağlık durumu vb. yer almaktadır.

MI geçiren kişilerin yaşam kalitelerindeki azalma fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki kısıtlamaları içerir (15). Bu nedenle MI sonrası hastaların yaşam kalitesini incelerken, o hastaların mesleki durumlarını, sosyal ve insanlarla olan ilişkilerini akut ve kronik fiziksel durumlarını göz önünde bulundurmak gerekir (80). Sosyal izolasyon ve depresyon MI sonrası hastaların yaşam kalitesini etkilemekte ve mortalite oranında önemli bir belirleyici olarak yer almaktadır. MI geçiren hastalara en güçlü sosyal destek aile üyelerinden gelmektedir (22).

Anksiyete ve depresyon, çevreye ve sosyal ilişkilere karşı ilginin azalması, seksüel değişiklikler ve uyku bozuklukları MI geçiren birçok hastanın yaşam kalitesinin azalmasıyla sonuçlanır (13). MI geçiren hastaların nefes darlığı ve göğüs ağrısı semptomları yaşam kalitelerini azaltmaktadır (12). Nefes darlığı (özellikle geceleri), düşme, uyku bozukluğu, ölüm korkusu yaratıp bir sonraki güne fiziksel ve emosyonel durumda bozulmaya neden olmaktadır (80). MI sonrası hastaların en az dörtte biri klinik açıdan önemli psikolojik problemlerle karşı karşıya kalırlar. Kardiyak rehabilitasyon programları; egzersiz, eğitim, davranış değişiklikleri ve tıbbi destek sağlayarak KVS hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini daha iyi duruma getirir (13, 15, 23).

2.11.1 Kardiyak Rehabilitasyon Programı

Hastanede uygulanan kardiyak rehabilitasyon, hem klinik, hem de psikolojik açıdan son derece önemlidir. Rehabilitasyon, nekahat döneminde hastanın kardiyak fonksiyonlarının normalleşmesinde ve MI sonrası oluşmuş fizyolojik cevabın geriye dönmesinde etkili olur. Bunun yanı sıra, hastada bir güven duygusu uyandırır (27).

Kardiyak rehabilitasyon programı haftada 2-3 kez, 1 saatlik seanslardan oluşur ve 8-14 haftalık süreci kapsar. Kardiyak rehabilitasyon programı hastalığa yönelik eğitim ve hastalığın kontrolü, yaşam şeklinin değiştirilmesi, sigaranın bırakılması, ideal kiloya

inilmesi, lipid profilinin düzenlenmesi, psiko-sosyal destek sağlanması, HT'nin tedavisi, düzenli egzersiz ve risk faktörlerinin azaltılmasını içeren özel bir programdır (13, 22, 27).

Risk faktörlerini azaltmaya yönelik uygulanacak kardiyak rehabilitasyon programları içinde hemşire; sağlık eğitiminde sürekli ve aktif bir rol üstlenir. Kardiyolog, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi elemanların yer aldığı kardiyak rehabilitasyon ekibi içinde hemşire, interdisipliner ekip yöntemi ile eğitimi planlar, uygular ve değerlendirir. Kardiyak rehabilitasyonda, sağlık eğitiminde temel amaç; hedeflenen yaşam şekli modifikasyonlarının gerçekleşmesini; başka bir deyişle hedeflenen sağlık davranışlarının kazanılmasını sağlamaktır (2).

Kardiyak rehabilitasyonun “majör” evreleri şöyle sıralanabilir:

- Akut (hastanede)
- Subakut (poliklinik, nekahat)
- Yoğun (poliklinik) ve
- Devamlı (poliklinik, uzun vadeli)

Yaşam şekli değişikliklerine uyumda rol oynayan faktörler, hastanın koroner olayın tekrarlama riskinin, hekimi ve tedavi planını algılaması ile ilgilidir (31). Hasta ve yakınlarına vurgulanması gereken nokta, MI'nın “hayatın sonu” değil, “hayatın değişmesi” anlamına geldiğidir (27).

Bu tip bir program, anksiyete, depresyon, öfke, kaygı ve sosyo-ekonomik durum gibi hasta karakteristiklerinin değerlendirilmesiyle, hospitalizasyon sırasında başlayabilir (31).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi:

Araştırma Miyokard İnfarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesini belirlemek ve hemşirelerin verdiği bakımın yaşam kalitesine olan etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı ve analitik olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Aydın Devlet Hastanesi'nin Koroner Yoğun Bakım Üniteleri ve Dahiliye Servislerinde yatmakta olan Miyokard İnfarktüsü geçirmiş hastalar oluşturmaktadır

Araştırmanın örneklemini, ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi ve Aydın Devlet Hastanesi'nin Koroner Yoğun Bakım Üniteleri ve Dahiliye Kliniklerinde MI tanısıyla yatan okur-yazar, görme işitme problemi olmayan, sözel ilişki kurabilen, psikiyatrik problemi olmayan 75 hasta oluşturmuştur.

Aydın Devlet Hastanesi 1962 yılında hizmete başlamış olup, yatak kapasitesi 452'dir. Hastanede modern tıbbın gerektirdiği bütün servisler vardır. ARS, Kalp-Damar, Cerrahi, Koroner, Nöroloji Yoğun Bakım üniteleri olmak üzere 5 tane yoğun bakım ünitesi mevcuttur. Hastanede 210 hemşire hizmet vermektedir. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi 6 yataklı olup, 2 uzman hekim, 1 pratisyen hekim ve 9 hemşire hizmet vermektedir. Genel Dahiliye servisi 52 yataklı olup, kardiyoloji hastaları da aynı serviste tedavi görmektedir. Genel Dahiliye Servisinde 13 hemşire hizmet vermektedir.

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 1992 yılından beri hizmet vermektedir. Hastane 232 yatak kapasitesine sahip olup, 130 hemşire hizmet vermektedir. Hastanede genel yoğun bakım, koroner yoğun bakım ve dahili yoğun bakım olmak üzere 3 tane yoğun bakım ünitesi mevcuttur. Koroner yoğun bakım ünitesi 5 yataklı olup, 3 uzman hekim, 8 asistan ve 7 hemşire hizmet vermektedir. Dahiliye servisleri 2 tane olup stabil duruma gelen kardiyoloji hastaları bu bölümlerde tedavilerini sürdürmektedir.

3.3 Araştırmanın Hipotezleri

H₀: MI geçiren hastaların yaşam kalitesi azalır.

H₁: MI geçiren hastaların yaşam kalitesi artar.

H₂: Verilen hemşirelik bakımı MI geçiren hastaların yaşam kalitesini artırır.

H₃: Verilen hemşirelik bakımı MI geçiren hastaların yaşam kalitesini arttırmaz.

3.4 Veri Toplama Yöntemi

Anket formları, araştırmacı tarafından tek tek görüşülerek ve hasta ile ilgili olan bazı bilgiler (hastaneye geldiğinde konulan ilk tanı, hastanede yatış süresi, başka hastalığı olup olmadığı vb) hasta dosyasından alınmak suretiyle doldurulmuştur.

3.4.1 Veri Toplama Araçları

Veriler 14 Nisan–30 Temmuz 2005 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları olarak; MI geçiren hastalarla görüşme formu, Yaşam Kalitesi Kardiyak Versiyon III Skalası ve hastaların hemşirelik bakım yeterliğini değerlendirme formu kullanılmıştır.

MI geçiren hastalarla görüşme formu (Ek-I): Hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan 27 sorudan oluşan bir formdur. Bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, gelir durumu, hastaneye yatış sayısı, MI geçirme sayısı, hastanede yatış süresi, diğer hastalıkları, ailede MI geçirme durumu, MI geçirmeden önce sigara kullanma durumu, kullanıyor ise kaç adet/gün, MI geçirmeden önce alkol kullanma durumu, kullanıyor ise sıklığı, MI geçirmesi ile yaşam şekli arasında bağlantı kurup kurmadığı, kuruyor ise sebeplerinin neler olduğu, MI hakkında bilgi durumu, bilgisi var ise bu bilgiyi nereden ve kimlerden elde ettiği, taburculuk eğitimi alma durumu, taburculuk eğitimi aldıysa bu bilgiyi kimden aldığı, taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları, hastanın kilosunu ve boyu, beden kitle indeksi'ne göre durumunu içeren sorular yer almaktadır.

Yaşam kalitesini değerlendirme skalası (Ek-II): Hastaların yaşam kalitesini saptamak üzere Ferrans ve M. Powers (1984) tarafından geliştirilen “Kardiyak Versiyon III” skalası kullanılmıştır (81, 82). Yaşam Kalitesi Değerlendirme skalası iki bölüm halinde toplam 72 maddeden oluşmaktadır. Birinci bölümde 1–6 puanlık bir ölçekle hastanın yaşamın çeşitli alanlarındaki memnuniyeti/hoşnut olma durumu araştırılmıştır. Bu bölümde; 1= Çok hoşnutsuzum, 2= Orta düzeyde hoşnutsuzum, 3= Pek hoşnut değilim, 4= Orta düzeyde hoşnutum, 5= Çok hoşnutum ağırlık puanları verilmiştir. Birinci bölümde ters anlatımlı ifadeler bulunmamaktadır. Bu sorular ya da başlıklar 4 alanda gruplanmış ve faktör analizleri ile değerlendirilmiştir. Bu gruplar;

—**Sağlık ve fonksiyonel kapasite** (sağlığınızdans, aldığınız sağlık hizmetinden, göğüs ağrınızın miktarından, solunumlarınızın kesilmeksizin nefes alıp verebilme durumunuzdan, günlük faaliyetleriniz için sahip olduğunuz enerji miktarından, fiziksel olarak bağımsızlığınızdan, yaşamınızı kontrol edebilme miktarınızdan, uzun süre yaşayabileceğinize ilişkin düşüncelerinizden, ailenizin sağlığından, çocuklarınızın sağlığından, ailenizin mutluluk düzeyinden, eşinizle veya önemli insanlarla ilişkilerinizden, cinsel yaşantınızdan, arkadaşlarınızla ilişkilerinizden, diğer insanlardan aldığınız duygusal destekten). Bu alan ölçekte 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 15 sayılı ifadelerle belirtilmiştir.

—**Sosyo-ekonomik durum** (ailenin sorumluluklarını karşıyla gücünüzden, diğerlerine yararlı olma durumunuzdan, yaşamınızdaki endişe ve stres miktarından, evinizin koşullarından, komşularınızdan, yaşam standartlarınızdan, işiniz veya görevinizden, eğitiminizden, işiniz veya emekliyseniz işsiz olmaktan). Bu alan ölçekte 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 ve 24 sayılı ifadelerle belirtilmiştir.

—**Psikolojik/Ruhsal durum** (ekonomik bağımsızlığınızdan, boş zaman faaliyetlerinizden, tatillerde seyahate çıkabilme durumunuzdan, mutlu yaşlılık ve emeklilik potansiyelinizden, zihninizdeki barış ve huzurlu olmaktan, tanrıya inancınızdan, bireysel amaçlara ulaşma durumunuzdan, genelde mutlu hissedebilenizden). Bu alan ölçekte 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 ve 32 sayılı ifadelerle belirtilmiştir.

—**Aile durumu** (genelde yaşamınızdan, görünümünüzden, genelde kendinizden, kalp sorununuz nedeniyle yapmak zorunda kaldığınız değişimlerden) ile ilgilidir. Bu alan ölçekte 33, 34, 35 ve 36 sayılı ifadelerle belirtilmiştir.

İkinci bölümde ise 1–6 puanlık bir ölçekle yaşamın 36 alanıyla ilgili önemlilik dereceleri araştırılmıştır. Bu bölümde; 1= Hiç önemsiz, 2= Orta derecede önemsiz, 3= Önemsiz, 4= Az önemli, 5= Çok önemli şeklinde ağırlık puanları verilmiştir. Bu bölümde ters anlatımlı ifadeler bulunmamaktadır.

Hastaların hemşirelik bakım yeterliliğini değerlendirme formu (Ek-III) : Bu form araştırma kapsamına alınan hastalara verilen hemşirelik bakımının yeterliliğini değerlendirmek amacıyla Yard. Dr. Fisun Şenuzun Ergün tarafından hazırlanan ve “Perkütan Transluminel Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastalara Yönelik Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Hastanın Yaşam Kalitesine ve Bakım Yeterliliğine Olan Etkisinin İncelenmesi” başlıklı yüksek lisans tezinde kullandığı formdur (49). Bu form 1–3 puanlık bir ölçek kullanılarak toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Bu formda; 1=Yetersiz, 2=Orta düzeyde yeterli, 3= Çok yeterli ağırlık puanları verilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36, alınabilecek en düşük puan 12’dir. Hastaların hemşirelik bakımından beklentilerini belirtebilecekleri açık uçlu bir bölümde içermektedir. Oluşturulan anket formunun güvenilirliğini saptamak amacı ile 10 hastaya uygulanmış ve SPSS for Windows 6.0 istatistik programı kullanılarak (Reability Analysis-scale alpha), cronbach alpha katsayısı hesaplanmış ve 0,9601 bulunmuştur.

3.4.2 Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenilirliği

Ferrans ve M. Powers tarafından skalanın geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, çalışmanın kesin güvenilirliği (Stability reability) 87 korelasyonda iki hafta aralıklarla testler uygulanarak elde edilmiş ve 93’lük Cronbach’s Alpha ile homojen güvenilirliği saptanmıştır (81). Skalının Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu tarafından yapılmıştır (82). Kardiyak Versiyon III skalasının Ferrans ve M. Powers tarafından elde edilen güvenilirlik katsayısı **0.75**, Hatipoğlu’nun çalışmasından elde edilen güvenilirlik katsayısı **0.72** olarak bulunmuştur.

Birbirine yakın sonuçların bulunması Türk toplumunda uygulanabilirliğini göstermektedir.

3.4.3 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Anket formları, araştırmacı tarafından hastalarla tek tek görüşülerek ve hasta ile ilgili bazı bilgiler (hastaneye geldiğinde konulan ilk tanı, başka hastalığının olup olmadığı, hastanede yatış süresi ve kilosu) hasta dosyasından alınmak suretiyle doldurulmuştur. Anket formlarını yanıtlama süresi 20-25 dakika sürmüştür.

3.5 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmada, aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımı ve ilişkileri incelenmiştir.

Bağımlı değişkenler: Araştırmaya katılan hastalara uygulanan yaşam kalitesi ve bakım yeterliliğini değerlendirme skalası puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aile içindeki konum, hastaneye yatış sayısı, MI geçirme sayısı, hastanede yatış süresi, kalp hastalığından başka hastalıkları olma durumu, ailede MI olma durumu, sigara kullanma durumu, MI geçirmesiyle yaşam şekli arasında ilişki kurma durumu, MI hakkında bilgi durumu, taburculuk eğitimi alma durumu, taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları, vücut kitle indeksine göre durumu bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 10.00 for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde; Independent-Samples T-test, Mann-Whitney U ve tanımlayıcı istatistikler (sayı-yüzdeler) kullanılmıştır.

3.7 Süre ve Olanaklar

Araştırma Eylül 2004 tarihinde planlanmış olup, 13.04.2005 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuş ve kabul edilmiştir.

Araştırmanın verileri 14 Nisan–30 Temmuz 2005 tarihleri arasında araştırmacı tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Aydın Devlet Hastanesi'nin Koroner Yoğun Bakım Üniteleri ve Dahiliye Kliniklerinde yatmakta olan Miyokard İnfarktüsü geçirmiş 75 hastadan elde edilmiştir.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

- * Hastaların MI geçirme sayısı göz önüne alınmamıştır.
- * Araştırma hakkında açıklama yapıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- * Herhangi bir fiziksel sorunu (görme, işitme vb.) olan,
- * Genel durumu elverişli olmayan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.9574(28 Tf101.88 0 Td()T.61789(01-40511(3-15k1b)1-40381(e)-2.80892rs s.0434(e)-13.4444 0 T055.7

(in) 90e

4. BULGULAR

Bu araştırmanın bulguları tanımlayıcı bulgular olarak sunulmuştur. Tanımlayıcı bulgular araştırma örneklemindeki hastalara ait tanıtıcı bulgular ve yaşam kalitesi bulgularını içermektedir.

Tablo 4.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Hastane adı		
ADÜ	45	60.0
ADH	30	40.0
Yatmakta olduğu servis		
Yoğun bakım	57	76.0
Servis	18	24.0
Yaş		
60 yaş üzeri	38	50.7
60 yaş ve altı	37	49.3
Cinsiyet		
Erkek	50	66.7
Kadın	25	33.3
Medeni durum		
Evli	55	73.3
Evli değil	20	26.7
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	58	77.3
İlköğretim üzeri	17	22.7
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	38	50.7
Çalışıyor	37	49.3
Sosyal güvence		
Emekli sandığı	37	49.3
Bağ kur	17	22.7
SSK	12	16.0
Yeşil kart	7	9.3
Güvence yok	2	2.7
Gelir-gider durumu		
Geliri giderini karşılıyor	50	66.7
Geliri giderini karşılamıyor	25	33.3
Aile içindeki konumu		
Aile reisi	47	62.7
Aile reisi değil	28	37.3
Toplam	75	100.0

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların %60’ı ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde, %40’ı ADH’de tedavi görmektedir. Hastaların %76’sı yoğun bakım ünitelerinde, %24’ü normal servislerde yatmaktadır. 60 yaş üzeri olan hastalar %50.7, 60 yaş ve altında olan hastalar %49.3 şeklinde dağılım göstermektedir. Hastaların %66.7’si erkektir, evli olanlar çoğunluktadır (%73.3). Eğitim durumlarına bakıldığında %77.3’ü ilköğretim ve altı eğitim almışlardır. Çalışma durumları incelendiğinde, çalışmayanlar %50.7, çalışanlar %49.3’lük orana sahiptir. Sosyal güvencelerine göre dağılımları incelendiğinde, çoğunluğun sosyal güvenceye sahip olduğu ve bu oranı oluşturan hastaların %49.3 emekli sandığına bağlı oldukları saptanmıştır. Gelir-gider durumları incelendiğinde, geliri giderini karşılayanlar çoğunluktadır (%66.7). Hastaların aile içindeki konumuna bakıldığında ise aile reisi olanlar %62.7, aile reisi olmayanlar ise %37.3’tür.

Tablo 4.2 Hastalıkların Hastaneye Yatış Sayısı ve Süresine İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Yatış Sayısı ve Süresine İlişkin Özellikler	Sayı	%
Hastaneye yatış sayısı		
2 üzeri	40	53.3
2 ve altı	35	46.7
MI geçirme sayısı		
İlk MI	53	70.7
2 ve üzeri	22	29.3
Hastanede yatış süresi		
4 gün ve altı	44	58.7
4 gün üzeri	31	41.3
Toplam	75	100.0

Tablo 4.2’de hastaların hastaneye yatış sayısı ve süresine ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hastaneye yatış sayısı 2’nin üstünde olanlar %53.3, 2 ve daha az sayıda hastanede yatışı olan hastalar % 46.7’lik orana sahiptir. Hastaların %70.7’si ilk kez MI geçirmiş, %29.3’ü 2 ve daha fazla sayıda MI geçirmiştir. Hastaların hastanede yatış sürelerine bakıldığında, %58.7’si 4 gün ve altı, %41.3’ü 4 günden daha uzun süreli hastanede yatmaktadır.

Tablo 4.3 Hastaların MI Geçirmesine Neden Olabilecek Bazı Risk Faktörlerinin Dağılımı

MI'a Neden Olabilecek Bazı Risk Faktörleri	Sayı	%
Kalp hastalığından başka hastalığı olma durumu		
Yok	19	25.3
HT	27	36.0
HT/DM	9	12.0
KAH	8	10.7
DM	4	5.3
DM/HT/KBY	4	5.3
Solunum Sistemi	2	2.7
HT/KAH	1	1.3
Diğer	1	1.3
Ailede MI geçirme durumu		
Hayır	41	54.7
Anne/Baba	24	32.0
Kardeş/Kardeşler	6	8.0
Büyükanne/Büyükbaba	1	1.3
Diğer	3	4.0
MI geçirmeden önce sigara kullanma durumu		
İçiyor, bırakmış	28	37.3
İçmemiş	25	33.3
İçiyor	22	29.3
MI geçirmeden önce alkol kullanma durumu		
Hayır	42	56.0
Evet	20	26.7
İçiyor, bırakmış	13	17.3
Alkol kullananlarda sıklık		
Alkol kullanmayan	42	56.0
Arada bir	12	16.0
Haftada 1-2 kez	10	13.3
Haftada bir	7	9.3
Her gün	4	5.3
BKİ'ye göre durumu		
Normal sınırlarda değil	50	66.7
Normal sınırlarda	25	33.3
Toplam	75	100.0

Tablo 4.3'de hastaların MI geçirmesine neden olabilecek bazı risk faktörlerinin dağılımı yer almaktadır. Kalp hastalığından başka hastalığı olanlar arasında %36.0

oranla HT ilk sırada yer almaktadır. Ailesinde MI geçirmeyenler %54.7, geçirenler %45.3'dür. MI geçirmeden önce sigara içmiş fakat bırakmış olanlar % 37.3, hiç içmemiş olanlar %33.3, halen sigara içmeye devam edenlerin oranı ise %29.3'tür. MI geçirmeden önce alkol kullanmayanlar çoğunluktadır (%56.0). Alkol kullanan hastaların %16.0'ı arada bir, %13.3'ü haftada 1-2 kez, %9.3'ü haftada bir ve %5.3'ü her gün alkol aldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların BKİ'ne göre durumlarına bakıldığında %66.7'sinin normal sınırlarda BKİ'ye sahip olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.4 Hastaların MI Geçirme Durumu ile İlgili Faktörlere Bakışlarının Dağılımı

MI Geçirme Durumu ile İlgili Faktörlere Bakışları	Sayı	%
MI ile yaşam şekli arasında bağlantı kurma durumu		
Bağlantı kurmayanlar	25	33.3
Stres/sıkıntı	28	37.3
Sigara/alkol/stres	7	9.3
Beslenme alışkanlığı	5	6.7
Sigara	3	4.0
Yorgunluk	3	4.0
Beslenme alışkanlığı/stres	2	2.7
Sigara/alkol	1	1.3
Sigara/stres	1	1.3
MI hakkında bilgi durumu		
Hayır	55	73.3
Dergi/broşür/kitapçık/gazete	8	10.7
Radyo/TV	7	9.3
Hepsi	3	4.0
Doktor	2	2.7
Toplam	75	100.0

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi hastaların %37.3'ü MI geçirmelerini stres/sıkıntı faktörüne bağlamaktadır. MI hakkında bilgisi olmayanlar çoğunluktadır (%73.3). MI hakkında bilgisi olanların %10.7'si bu bilgiyi dergi/broşür/kitapçık/gazeteden elde ettiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.5 Hastaların Taburculuk Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımları

Taburculuk Eğitimi Alma Durumları	Sayı	%
Taburculuk eğitimi alma durumu		
Eğitim almayan	62	82.7
Doktor	10	13.3
Broşür	2	2.7
Hemşire	1	1.3
Taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları		
Kısmen uygulayabilenler	46	61.3
Tamamen uygulayabilenler	29	38.7
Toplam	75	100.0

Tablo 4.5’de hastaların taburculuk eğitimi alma durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Taburculuk eğitimi almayan hastalar araştırmanın çoğunluğunu oluşturmaktadır (%82.7). Hastaların %13.3’ünün doktor, %2.7’si broşürden ve %1.3’ünün hemşireler tarafından taburculuk eğitimi aldıkları saptanmıştır. Taburculuk sonrası evde bakım uygulamalarını kısmen yerine getirebilecek olanlar %61.3’ü, tamamen uygulayabilecek olanlar %38.7’lik oranı oluşturmaktadır.

Tablo 4.6 Genel Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Ortalama n=75	Standart sapma	Minimum	Maksimum
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	65.74	9.17	34.00	85.00
Psikolojik/Ruhsal	36.73	6.05	20.00	47.00
Aile	17.70	3.01	6.00	24.00
Sosyo-Ekonomik	41.02	7.09	18.00	54.00
Önemlilik	203.09	12.67	145.00	216.00
Toplam puan	161.21	22.11	101.00	203.00
Bakım yeterliliği	30.81	3.36	17.00	38.00

Tablo 4.6’da hastaların toplam yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmanın bulgularına göre; hastaların aldığı genel yaşam kalitesi en yüksek puan 203.00, en düşük 101.00’dır. Bakım yeterliliğinden aldıkları en yüksek puan 38.00, en düşük 17.00’dır.

**Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliğinin Bazı Bağımsız Değişkenlerle
Karşılaştırılması**

Tablo 4.7 Hastaların Yaş Dağılımı ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Yaş		p
	60 yaş ve altı n=37	60 yaş üstü n=38	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	65.60±10.16	65.90±8.25	0.88
Psikolojik/Ruhsal	35.48±6.98	37.94±4.77	0.78
Aile	17.40±3.63	18.00±2.25	0.39
Sosyo-Ekonomik	39.86±7.56	42.15±6.50	0.16
Önemlilik	202.54±12.73	203.63±12.76	0.71
Toplam puan	158.35±23.84	164.00±20.22	0.27
Bakım yeterliliği	30.45±3.83	31.15±2.84	0.37

*Independent-Samples T-test

Tablo 4.7’de hastaların yaş dağılımı ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yaş dağılımı ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8 Hastaların Cinsiyeti ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Cinsiyet		p
	Kadın n=25	Erkek n=50	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	66.28±7.08	65.48±10.12	0.97
Psikolojik/Ruhsal	36.60±5.56	36.80±6.34	0.92
Aile	17.20±2.46	17.96±3.24	0.15
Sosyo-Ekonomik	41.28±5.48	40.90±7.83	0.84
Önemlilik	205.76±7.06	201.26±7.03	0.49
Toplam puan	161.36±18.92	161.14±23.73	0.77
Bakım yeterliliği	31.40±2.43	30.52±3.73	0.52

*Mann-Whitney U

Tablo 4.8’de hastaların cinsiyeti ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Cinsiyet ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9 Hastaların Medeni Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Medeni durum		P
	Evli n=55	Evli değil n=20	
Sağlık fonksiyonel kapasite	66.63±9.11	63.30±9.12	0.17
Psikolojik/Ruhsal	36.74±6.54	36.70±4.58	0.99
Aile	18.18±3.07	16.40±2.45	0.00
Sosyo-Ekonomik	41.52±7.17	39.65±6.86	0.27
Önemlilik	203.78±13.52	201.20±10.05	0.13
Toplam puan	163.09±22.36	156.05±21.09	0.18
Bakım yeterliliği	30.69±3.65	31.05±2.45	0.61

*Mann-Whitney U

Tablo 4.9’da hastaların medeni durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Medeni durum ile aile alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.10 Hastaların Eğitim Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Eğitim durumu		P
	İlköğretim üzeri n=17	İlköğretim ve altı n=58	
Sağlık fonksiyonel kapasite	65.58±8.72	65.79±9.38	0.94
Psikolojik/Ruhsal	37.00±7.55	36.65±5.61	0.48
Aile	16.94±4.47	17.93±2.43	0.74
Sosyo-Ekonomik	43.58±7.00	40.37±7.00	0.06
Önemlilik	201.47±17.35	203.56±11.09	0.77
Toplam puan	163.11±23.53	160.65±21.86	0.40
Bakım yeterliliği	29.76±4.82	31.12±2.77	0.36

*Mann-Whitney U

Tablo 4.10'da hastaların eğitim durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Eğitim durumu ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11 Hastaların Çalışma Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Çalışma durumu		P
	Çalışıyor n=37	Çalışmıyor n=28	
Sağlık fonksiyonel kapasite	66.51±10.75	65.00±7.39	0.47
Psikolojik/Ruhsal	35.62±6.54	37.81±5.40	0.11
Aile	17.51±3.52	17.89±2.44	0.58
Sosyo-Ekonomik	39.62±7.53	42.39±6.45	0.09
Önemlilik	202.67±13.02	203.50±12.48	0.78
Toplam puan	159.27±25.03	163.10±19.00	0.45
Bakım yeterliliği	30.72±3.07	30.89±3.65	0.83

*Independent Samples T-test

Tablo 4.11’de hastaların çalışma durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Çalışma durumu ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12 Hastaların Gelir Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Gelir durumu		P
	Gelir gideri karşılıyor n=50	Gelir gideri karşılamıyor n=25	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	67.86±7.61	61.52±10.65	0.01
Psikolojik/Ruhsal	38.86±4.34	32.52±6.83	0.00
Aile	17.96±2.95	17.20±3.12	0.19
Sosyo-Ekonomik	43.42±5.45	36.24±7.67	0.00
Önemlilik	203.80±9.02	201.68±18.05	0.66
Toplam puan	168.08±17.04	147.48±24.91	0.00
Bakım yeterliliği	30.70±3.22	31.04±3.67	0.51

*Mann-Whitney U

Tablo 4.12’de hastaların kendi ifadelerine göre gelir durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Gelir durumu ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal, sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.13 Hastaların Aile İçindeki Konumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Aile içindeki konum		P
	Aile reisi n=47	Aile reisi değil n=28	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	66.27±9.74	64.85±8.22	0.41
Psikolojik/Ruhsal	36.93±6.43	36.39±5.45	0.79
Aile	18.17±3.12	16.92±2.67	0.05
Sosyo-Ekonomik	41.27±7.71	40.60±6.02	0.45
Önemlilik	202.44±14.83	204.17±7.95	0.66
Toplam puan	162.65±23.23	158.78±20.27	0.37
Bakım yeterliliği	30.46±3.83	31.39±2.33	0.45

*Mann-Whitney U

Tablo 4.13’de hastaların aile içindeki konumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastaların aile içindeki konumu ile aile alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.14 Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Hastaneye yatış sayısı		P
	2 ve altı n=35	2 üzeri n=40	
Sağlık fonksiyonel kapasite	67.91±8.41	63.85±9.49	0.05
Psikolojik/Ruhsal	36.42±6.53	37.00±5.67	0.60
Aile	17.42±3.08	17.95±2.96	0.45
Sosyo-Ekonomik	41.08±7.02	40.97±7.24	0.94
Önemlilik	202.02±16.43	204.02±8.22	0.50
Toplam puan	162.85±22.21	159.77±22.21	0.55
Bakım yeterliliği	30.60±3.41	31.00±3.35	0.60

*Independent Samples T-test

Tablo 4.14’de hastaların hastaneye yatış sayısı ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastaneye yatış sayısı ile sağlık ve fonksiyonel kapasite alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.15 Hastaların MI Geçirme Sayısı ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	MI geçirme sayısı		P
	İlk MI n=53	2 ve üzeri n=22	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	66.92±8.77	62.90±9.71	0.07
Psikolojik/Ruhsal	37.30±5.58	35.36±7.02	0.32
Aile	17.79±2.82	17.50±3.48	0.86
Sosyo-Ekonomik	41.75±7.06	39.27±7.03	0.12
Önemlilik	204.56±11.28	199.68±15.27	0.10
Toplam puan	163.77±21.03	155.04±23.90	0.09
Bakım yeterliliği	30.71±3.43	31.04±3.25	0.56

*Mann-Whitney U

Tablo 4.15’de hastaların MI geçirme sayısı ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. MI geçirme sayısı ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.16 Hastaların Hastanede Yatış Süresi ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Hastanede yatış süresi		P
	4 gün ve altı n=44	4 gün üstü n=31	
Sağlık fonksiyonel kapasite	66.22±9.50	65.06±8.80	0.59
Psikolojik/Ruhsal	36.22±6.03	37.45±6.12	0.39
Aile	17.52±3.24	17.96±2.67	0.53
Sosyo-Ekonomik	40.77±6.95	41.38±7.39	0.71
Önemlilik	203.06±12.44	203.16±13.41	0.98
Toplam puan	160.75±22.55	161.87±21.83	0.83
Bakım yeterliliği	31.63±3.11	29.64±3.41	0.01

*Independent-Samples T-test

Tablo 4.16’da hastaların hastanede yatış süresi ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastanede yatış süresi ile bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.17 Hastaların Kalp Hastalığından Başka Hastalıkları Olma Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Kalp hastalığından başka hastalıkları		p
	Var n=56	Yok n=19	
Sağlık fonksiyonel kapasite	65.78±9.10	65.63±9.63	0.97
Psikolojik/Ruhsal	37.07±5.98	35.73±6.31	0.44
Aile	17.57±3.20	18.10±2.40	0.94
Sosyo-Ekonomik	41.92±6.57	38.36±8.07	0.10
Önemlilik	203.33±11.39	202.36±16.21	0.58
Toplam puan	162.35±22.25	157.84±21.95	0.63
Bakım yeterliliği	30.96±3.50	30.36±2.96	0.35

*Mann-Whitney U

Tablo 4.17’de hastaların kalp hastalığından başka hastalıklarının olma durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Kalp hastalığından başka hastalık olma durumu ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.18 Hastaların Ailesinde MI Olma Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Ailesinde MI olma durumu		p
	Evet n=34	Hayır n=41	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	64.38±9.69	66.87±8.68	0.24
Psikolojik/Ruhsal	17.82±3.00	17.60±3.04	0.97
Aile	17.82±7.58	17.60±6.74	0.76
Sosyo-Ekonomik	41.41±15.67	40.70±9.31	0.67
Önemlilik	200.85±15.67	204.95±9.31	0.16
Toplam puan	160.32±23.18	161.95±21.45	0.75
Bakım yeterliliği	30.29±4.08	31.24±2.59	0.22

*Independent-Samples T-test

Tablo 4.18’de hastaların ailesinde MI olma durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ailede MI olma durumu ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.19 Hastaların Sigara Kullanma Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Sigara kullanma durumu		p
	İçiyor n=50	İçmiyor n=25	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	65.26±10.07	66.72±7.15	0.61
Psikolojik/Ruhsal	36.70±6.11	36.80±6.06	0.78
Aile	17.74±3.28	17.64±2.44	0.91
Sosyo-Ekonomik	40.60±7.44	41.88±6.40	0.43
Önemlilik	201.78±14.64	205.72±6.84	0.52
Toplam puan	160.30±23.19	163.04±20.11	0.77
Bakım yeterliliği	30.50±3.67	31.44±2.59	0.51

*Mann-Whitney U

Tablo 4.19’da Hastaların sigara içme durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Sigara içme durumu ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.20 Hastaların MI Geçirmelerini Yaşam Şekillerine Bağlama Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu		p
	Evet n=50	Hayır n=25	
Sağlık fonksiyonel kapasite	63.92±9.92	69.40±6.15	0.01
Psikolojik/Ruhsal	35.22±6.70	39.76±2.63	0.00
Aile	17.48±3.56	18.16±1.28	0.67
Sosyo-Ekonomik	39.38±7.72	44.32±4.04	0.01
Önemlilik	202.22±14.98	204.84±5.66	0.66
Toplam puan	156.00±24.71	171.64±9.57	0.00
Bakım yeterliliği	31.44±3.26	29.56±3.26	0.00

*Mann-Whitney U

Tablo 4.20’de hastaların MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal, sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.21 Hastaların MI Hakkında Bilgi Durumu İle Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	MI hakkında bilgi durumu		p
	Evet n=20	Hayır n=55	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	67.30±8.37	65.18±9.46	0.43
Psikolojik/Ruhsal	37.60±6.00	36.41±6.10	0.29
Aile	18.05±2.39	17.58±3.21	0.87
Sosyo-Ekonomik	43.45±6.62	40.14±7.11	0.03
Önemlilik	203.55±15.36	202.92±11.70	0.29
Toplam puan	166.40±19.58	15.32±22.84	0.19
Bakım yeterliliği	30.05±4.50	31.09±2.84	0.57

*Mann-Whitney U

Tablo 4.21’de Hastaların MI hakkında bilgi durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. MI hakkında bilgi durumu ile sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.22 Hastaların Taburculuk Eğitimi Alma Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Taburculuk eğitimi alma durumu		p
	Evet n=12	Hayır n=63	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	63.08±7.40	66.25±9.44	0.14
Psikolojik/Ruhsal	35.75±6.89	36.92±5.92	0.56
Aile	17.50±2.43	17.74±3.12	0.29
Sosyo-Ekonomik	40.08±5.75	41.21±7.35	0.40
Önemlilik	199.00±18.81	203.87±11.18	0.69
Toplam puan	156.41±19.75	162.12±22.56	0.27
Bakım yeterliliği	29.25±2.80	31.11±3.39	0.03

*Mann-Whitney U

Tablo 4.22’de hastaların taburculuk eğitimi alma durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Taburculuk eğitimi ile bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.23 Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Bakım Uygulamaları İle Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	Taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları		p
	Evet n=29	Kısmen n=46	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	69.31±7.52	63.50±9.48	0.01
Psikolojik/Ruhsal	38.41±5.29	35.67±6.31	0.04
Aile	18.13±2.24	17.43±3.40	0.76
Sosyo-Ekonomik	42.51±5.87	40.08±7.68	0.15
Önemlilik	204.17±8.45	202.41±14.78	0.73
Toplam puan	168.37±17.86	156.69±23.49	0.01
Bakım yeterliliği	31.48±2.95	30.39±3.56	0.44

*Mann-Whitney U

Tablo 4.23’de hastaların taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.24 Hastaların Beden Kitle İndeksi'ne Göre Durumu ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Puan türü	BKİ'ye göre durumu		p
	Normal sınırlarda n=25	Normal sınırlarda değil n=50	
Sağlık ve fonksiyonel kapasite	62.68±10.55	67.28±8.09	0.12
Psikolojik/Ruhsal	35.36±8.40	37.42±4.39	0.83
Aile	17.52±3.40	17.80±2.82	0.28
Sosyo-Ekonomik	39.84±9.47	41.42±5.57	0.81
Önemlilik	202.24±13.38	203.52±12.42	0.33
Toplam puan	155.40±28.79	164.12±17.51	0.63
Bakım yeterliliği	30.52±4.44	30.96±2.71	0.73

*Mann-Whitney U

Tablo 4.24'de hastaların BKİ'ye göre durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. BKİ ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

5.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

MI geçiren hastaların yaşam kalitesi ve hemşirelik yaklaşımının yaşam kalitesi ile ilişkisinin saptandığı araştırmada, araştırma grubunun %66.7'sini erkek hastalar oluşturmuştur (Tablo 4.1). Literatür bilgisi MI'ın erkeklerde daha fazla görüldüğü yönündedir (19, 27, 35, 83, 84). Yapılan araştırmalar da MI'ın erkeklerde daha fazla olduğunu belirtmektedir. Samsun il merkezinde yapılan bir araştırma 25–44 yaş arası erkeklerin ölüm nedenleri arasında en üst sırada MI olduğunu göstermektedir, kadınlar ise 3. sırada yer almaktadır (85). Yine başka bir çalışma, MI'ın erkeklerde daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur (86). Bu çalışmadan elde edilen bulgular, diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

KAH yaş ile bağlantılıdır. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Ancak son yıllarda insanların daha fazla strese maruz kalmaları nedeniyle yaş ortalamasının düştüğü ve genç neslin de KAH'a aday olduğu belirtilmektedir. Bu araştırmada 60 yaş altı hasta grubu ile 60 yaş üstü hasta grubu birbirine çok yakın oranlardadır. WHO'nun yaşlılığın başlama yaşını 60 kabul etmesi göz önüne alınırsa 60'lı yaşlarda KAH görülmesi, yaşamı erken yaşta tehdit etmesi açısından önemlidir. Başka bir çalışmada da KAH görülen hastaların yaş ortalaması 62.72'dir (15). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, yukarıdaki çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Bilindiği gibi, özellikle sigara kullanımı KAH'ı oluşturan major risk faktörlerindedir (19, 27, 35, 83, 84). Bu çalışmada elde edilen bulgular hastaların tamamının sigara içtiğini göstermiştir. Bu durum MI ile sigara kullanımı arasındaki riski açıkça belirleyici ve çarpıcı bir sonuç olarak getirmiştir.

Yapılan çalışmalar kardiyak semptomlar nedeniyle hastanede yatış sayısı ile hastalık, sağlık ve bilgilendirme arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir (15, 83). Bu çalışmada hastaların %29.3'ünün 2 ve daha fazla sayıda MI geçirdiği ve 4 günden daha uzun süreli hastanede yattığı bulunmuştur (Tablo 4.2). Çalışmalar, hastanede yatış sayısı fazla olanların, daha fazla bilgiye ve iyilik haline sahip olduğunu vurgulamaktadır (15, 83).

Ayrıca bu çalışmalar MI dışında kalp hastalığı olmayanların aile sağlığının daha üst düzeyde olduğunu göstermektedir (15, 83). Çalışmamızda, hastaların %36'sında HT, %10.7'sinde KAH, %1.3'ünde HT/KAH olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bu durumun, çalışmaya katılan hastaların aile sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların %37.3'ü MI ile risk faktörleri arasında en çok stres, sıkıntı gibi bir risk ilişkisi olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Çağımızın hastalığı olan stres, gerçekten de literatürde de MI için major risk faktörü olarak gösterilmektedir (36, 83). Bu durum hastaların, yaşam şeklinin ve yoğun strese maruz kaldıklarının, bu durumun da hastalıkları ile olan ilişkisinin farkında oldukları şeklinde yorumlanabilir.

5.2 MI Geçiren Hastalara Ait Özellikler ile Yaşam Kalitesi ve Bakım Yeterliliği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Bu çalışmada;

Hastaların yaş dağılımı ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları incelendiğinde; yaş ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.7). Elde edilen sonuç yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (12, 13).

Hastaların cinsiyeti ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyet ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.8). Çalışmalarda, koroner risk faktörlerinin bayanlar açısından erkeklere benzerlik gösterdiği, MI sonrası ilk ayda mortalite oranının %75'lik oranla bayanlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir. Buna ilave olarak, kadınların fiziksel fonksiyon ve aktivitelerinin; sağlık durumu ve yaşam kalitesinin düşük olduğu bildirilmiştir (87).

Çalışmalar, özellikle evli olan ve MI geçirmiş bireylerde hem hastalıkla ilgili korkularının (yeniden MI geçirme, iyileşmede görülen problemler, anksiyete, aşırı

korunma gibi), hem de bireysel korkular; özellikle evlilikle ilgili problemler, cinsellikle ilgili problemler, kendi öz kaynaklarının kaybı gibi problemlerin yaşandığını ve bu durumun bireylerin yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir (12, 15, 83). Çalışmamızda medeni durum ile sağlık ve fonksiyonel kapasite ve psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.9). Ancak hastaların medeni durumu ile aile alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve evli olanların aile alt ölçek puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da aile ilişkileri, aktiviteleri ve değerleri arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu durum evli hastaların daha fazla emosyonel desteğe sahip oldukları şeklinde belirtilmektedir (13). Evli olanlardaki eş desteği yaşam kalitesini artırıcı yöndedir (83, 88). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. MI özellikle eşler açısından, aile üyeleri üzerinde psiko-sosyal kriz meydana getirir. MI geçiren hasta eşlerinin korkuları; eşlerini kaybetmek, mümkün olabilecek diğer bir MI, ölüm, iyileşme sürecinin uzaması, finansal problemler, eşlerinin gelecekteki bakım gereksinimleri, eşlerinin cinsel yeteneği ve önceki sosyal aktivitelerini yeniden gerçekleştirememesi şeklinde sıralanmaktadır. Önceki çalışmalar hasta eşlerinde yüksek düzeyde anksiyete, depresyon, hipertansiyon, aşırı yorgunluk, gerginlik, uyku ve iştah bozuklukları ve psiko-somatik semptomlar yaşadıklarını ortaya koymuştur (83).

Eğitim düzeyinin birçok faktör üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Ancak bu çalışmada hastaların yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları eğitimle ilişkilendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.10). Yaşam kalitesi ile ilgili bir çalışma, eğitim düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ölçüde etkili olduğunu göstermiştir (15). Çalışmamız, bu çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermemiştir. Ancak elde ettiğimiz sonucun, araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyinin çoğunlukla ilköğretim düzeyinde olmalarından kaynaklandığı şeklinde açıklanabilir.

Hastaların çalışma durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.11). Farklı çalışmalarda,

çalışma durumunun, sağlık durumu değişkenlerini anlamlı ölçüde etkilediği görülmüştür (13). Aynı çalışmada çalışmayan grubun mental komponent skorlarının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Mesleki faktörlerin MI geçiren hastalarda yaşam kalitesini nasıl etkilediğine dair spesifik bir kaynak bulunmamasına rağmen, çalışıyor olmanın mesleği olanlarla aynı durumda değerlendirilebileceği ve sonucun değişmediği söylenebilir. Çalışmalar yaşam kalitesini incelerken mesleki durumun göz önüne alınması gerektiğini belirtmektedir (80).

Hastaların gelir durumu ile sağlık ve fonksiyonel kapasite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Aynı zamanda gelir düzeyi yüksek olanların psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalaması da yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Geliri giderini karşılayanların sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalaması ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.12). Bu sonuçlar yüksek gelir düzeyinin yaşam kalitesini de yükselttiği ve bireylerin yaşamını olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların aile içindeki konumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları incelendiğinde; aile içindeki konum ile aile alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.13). Gelenekselliğimize göre, erkek bireylerin toplumsal rolünü öncelikle aile reisi olma belirlemektedir. Araştırmamızdan elde edilen sonuç, erkeklerin geleneksel rolünün yaşam kalitesi ve bakım yeterliliğine yansıdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği şeklindedir.

Hastaların hastaneye yatış sayısı ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamalarının incelenmesi sonucunda; hastaneye yatış sayısı ile sağlık ve fonksiyonel kapasite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.14). Literatür, hastaların hastanede kalma süresinin hasta üzerinde hem olumlu, hem de olumsuz etkisi olduğunu açıklamaktadır (15). Ancak KAH ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar; kardiyak semptomlar nedeniyle, hastanede yatış süresi ve sayısının, hastalık-sağlık ve bilgilendirme arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (12, 15, 83). Bu durum, bizim araştırmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Hastaların MI geçirme sayısı, yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamalarını etkilememiştir (Tablo 4.15). Bu durum daha önce MI geçirmiş olanların,

olaya daha deneyimli ve bilinçli bakıyor olmaları şeklinde yorumlanabilir. Hastalık deneyiminin, bireyi daha güçlü kıldığı da söylenebilir.

Hastaların hastanede yatış süreleri ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları incelendiğinde; hastanede yatış süresi ile bakım yeterliliği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 4 gün ve 4 günden daha kısa süre hastanede yatışı olan hastaların bakım yeterliliği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.16). Bu durum MI'dan sonraki ilk günlerde hastaların bakım gereksinimlerinin hemşireler tarafından karşılanması ve bunun da bakım yeterliliğini arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların kalp hastalığından başka hastalıklarının olma durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları incelendiğinde; kalp hastalığından başka hastalık olma durumu ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.17). Çalışmamızda MI'dan başka hastalığı olan hastaların genellikle kronik hastalıkları vardır. Hastaların yaş ortalamaları ve hastalık çeşitleri göz önüne alındığında uzun süreli hastalıklardır. Bu durum, hastalıklarla birlikte yaşamayı öğrendikleri sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Hastalıkları ile yaşamayı öğrenmeleri yaşam kalitesi ve bakım yeterliliğini değiştirmemiştir. Ancak çalışmalar, özellikle kadınlarda birden fazla hastalığın var olmasının, fiziksel ve fonksiyonel kapasiteyi düşürdüğü, aktivitelerini azalttığı ve daha düşük sağlık ve yaşam kalitesi düzeyine sahip olduklarını göstermektedir (87). Elde ettiğimiz sonuçlar, bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Hastaların ailesinde MI olma durumu ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.18). %54.7 gibi bir çoğunluğun da ailesinde MI geçiren yoktur. Ulaşılan sonucun, bu oranlarla ilgili olacağı da düşünülebilir. Ancak %32 gibi bir oranda anne/baba MI geçirmiştir. Bu durum hastalığa aşına olduklarını ya da baş etme davranışları için sinerjik etki yaptığı şeklinde de yorumlanabilir.

Hastaların sigara içme durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları incelendiğinde; yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi

toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.19). Bu durum, hastaların MI geçirmeden önce çoğunun sigara içiyor olmaları, bir kısmının da sigarayı sonradan bırakmış olmaları ile ilgili olabilir. Sigarayı bırakan grubun henüz bu yararlı etkiden yararlanmamış olduğu da düşünülebilir.

Günümüzde MI bütün dünyada ciddi bir sağlık sorunu olup, kişinin yaşamı boyunca karşılaşılabileceği en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (14, 78). Sigara kullanımı ise MI için değiştirilebilir major risk faktörlerinden birini oluşturmaktadır. Hastalarımızın %37.3'ünün sigarayı bırakmış olmaları olumlu bir bulgudur. Çünkü MI gibi hastalıklar yaşam şeklinin değiştirilmesiyle kontrol altına alınabildiği bilinmektedir (12, 16, 35). Hastaların MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlamaları ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları incelenmiş; MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlamaları ile sağlık ve fonksiyonel kapasite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, yine aynı gruplarda psikolojik/ruhsal ve sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, bu durumun yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması ile de istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı belirlenmiştir (Tablo 4.20). Yaşam şekli MI'ı oluşturan risk faktörlerinde büyük ölçüde belirleyicidir. Sigaranın bırakılması, beslenme, spor ve egzersiz, gibi sağlıklı yaşam davranışları bu durumu önleyici/azaltıcı rol oynayabilir. Ayrıca bireylere/hastalara yaşam şeklinin değiştirilebilir olduğu öğretilmelidir (15, 27, 35, 51) Araştırmamızdan elde edilen sonuç, hastaların ne kadar doğru bir saptama yaptıklarını, yaşam şekli ve hastalıklarının farkında olduklarını göstermektedir.

Hastaların MI hakkında bilgi durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; MI hakkında bilgi durumu ile sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.21). Ancak elde edilen bu sonuç ile sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalaması arasındaki ilişki yorumlanamamıştır.

Hastaların taburculuk eğitimi alma durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Taburculuk eğitimi ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış,

ancak bakım yeterliliği puan ortalaması arasında anlamlı fark yaratmıştır (Tablo 4.22). Taburculuk eğitimi hastanede yatan tüm hastalara verilmesi gereken bir eğitimidir ve mutlaka taburculuk sürecinde yer almalıdır. Mümkünse hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog gibi bir ekipten oluşan profesyonel bir grup tarafından verilmesi son derece yararlı olacaktır. Özellikle MI gibi, hastada yaşam şekli değişikliklerini gerektiren hastalıklarda daha da anlam kazanmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastaların hastanede yattığı süre içinde gereksinim duyduğu bilgilendirme alanları; diyet, kullandığı ilaçlar, aktiviteleri ve risk faktörleri şeklinde sıralanırken, hastaneden taburcu olduktan sonraki bilgilendirme alanları ise hobileri, seksüel aktivite, medikal takip ve aktiviteleri şeklinde sıralanmaktadır (88). Literatürde MI sonrası hasta eşlerinin taburculuk eğitimine daha yatkın olduğu, eşlere verilen rolün hastalara daha fazla destek sağlayarak anksiyetesini azaltıp, iyileşmesini hızlandırdığı vurgulanmaktadır (89).

Hastaların taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları incelendiğinde; Taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.23). Bu bulguların araştırmamızın en çarpıcı bulguları olduğu söylenebilir. Hastaların taburculuk sonrası kendi bakımlarını üstlenmeleri, yaşam şeklindeki değişiklikleri kabullenmesi, davranış değişikliği yaratarak yaşama geçirebilmeleri son derece zor ve aynı zamanda gerekli bir durumdur. Sonuçlar, hastaların bu durumun farkında olduklarını göstermektedir. Literatür, artık MI ile ilgili risk faktörlerini, yaşam stili faktörleri olarak yer vermektedir. Yaşam stili değişikliklerine, semptomların kontrolü de ilave edilmektedir (89). Özbakım MI gibi yaşamsal durumlarda ve kronik hastalıklarda hastaya mutlaka kazandırılması gereken bir davranıştır (35, 41). Bu bakıma eşlerin de katılması ve birlikte eğitilmeleri gereklidir. Ancak bu şekilde MI geçiren hastalar, ikinci bir MI, şok, kalp yetmezliği gibi önemli komplikasyonlardan korunabilirler (27, 35, 36). Yapılan çalışmalarda yaşam şekli değişikliklerinin önemini vurgulamaktadır (29, 83, 88, 90). Elde ettiğimiz sonuca göre, yaşam şekli değişikliklerini gerçekleştirebileceğini düşünen hastaların yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamalarının yüksek olması araştırmanın sonuçlarını doğrulamaktadır.

Hastaların BKİ'ye göre durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları incelendiğinde; BKİ ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.24). Literatürde BKİ'nin yaşam kalitesi üzerine etkisine yönelik bilgiye rastlanamamıştır.

SONUÇLAR

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

Araştırma kapsamına giren hastaların %66.7'si erkek, %33.3'ü kadındır.

Hastaların %73.3'ü evlidir.

Hastaların %66.7'sinin geliri giderini karşılamaktadır.

Hastaların %74.7'sinin kalp hastalığından başka bir hastalığı da vardır.

Hastaların %29.3'ü sigara içmeye devam etmekte ve %37.3'ünün de sigarayı bıraktığı saptanmıştır.

Hastaların %37.3'ü stresle hastalıkları arasında bağlantı olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların medeni durumu aile alt ölçek puan ortalamasını anlamlı etkilemiştir.

Evli olanlarda skorlar daha yüksek bulunmuştur.

Geliri giderini karşılayan hastaların sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal ve sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı durum yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasında da anlamlılık yaratmıştır.

Hastaların aile içindeki konumu, yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında, aile alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Geleneksel rolün yaşam kalitesini etkilediği yorumuna varılmıştır.

Hastaların hastanede yatış süreleri ile bakım yeterliliği puan ortalaması incelendiğinde, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hastaların MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlamaları ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal, sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları, yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve bakım yeterliliği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hastaların MI hakkında bilgi durumu ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamasının incelenmesi sonucunda; MI hakkında bilgi durumu ile sosyo-

ekonomik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hastaların taburculuk eğitimi alma durumu bakım yeterliliği puan ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı etkilemiştir.

Hastaların taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda; sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

ÖNERİLER

Bu araştırmadan çıkan en çarpıcı sonuç hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra evde bakım uygulamalarını gerçekleştirebilecek olanların skorlarının daha yüksek olması ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmasıdır. Bu nedenle hastalarda yaşam tehdidi yaratan tüm hastalıklarda olduğu gibi MI geçiren hastalarda da yaşam şeklini değiştirme konusunda özel eğitim programlarına alınmaları gerekliliği önerilmektedir. Bu eğitim programlarının hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog gibi profesyonel bir ekiple verilmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Hastalara yaşam şekillerinin değiştirilmesiyle MI riskinin kalkacağı/azalacağı ve yaşam şeklinin değiştirilebilir olduğu öğretilmelidir. MI geçirmiş tüm hastalar, taburculuk eğitimi verilmeden taburcu edilmemelidir. Özellikle hastaların tabu saydıkları cinsel danışmanlık yanı sıra; diyet, aktivite, mesleğe devam etme durumu ve durumu konusunda özel programlar hazırlanmalıdır.

Hastanede hasta ile en çok birlikte çalışan sağlık personelinen biri olan hemşirenin eğitimdeki rolü çok önemlidir ve eğitime aktif olarak katılımı gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Guytan C. A., Hall E.J.(Eds): *Tıbbi Fizyoloji*. (Çev. H. Çavuşoğlu), Nobel Kitabevi, 147. Baskı, İstanbul, 1986.
2. Ünsar S., Durna Z., Süt N. Koroner arter hastalıklarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirelerin rolü. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, Mart-Nisan 2004, 7(2):28-29.
3. <http://turyay.com.tr>. Kalp Krizi. 09.02.2005.
4. Göz F., Göz M., Boran G. Bir grup hastanın koroner kalp hastalığına yönelik risk faktörleri yönünden değerlendirilmesi, *Marmara Üniversitesi HYO 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Antalya, 29-2 Kasım 2000.
5. Tuncel F. Sağlıklı yaşam, düzenli egzersiz, *Bilim Teknik Dergisi*. 1994, 27 (322):6670.
6. Kayıkçıoğlu M., İldızlı M., Hasdemir C. Acil servise göğüs ağrısı ile gelen hastaya yaklaşım. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2005, 12(2): 92-102.
7. Fadıloğlu Ç., Karadokovan A., Miyokard infarktüsli hastaların hastalığı algılaması, *Ege Üniversitesi HYO 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*. Atatürk Kültür Merkezi, İzmir, 12-14 Eylül 1990.
8. Özdemir R., Güven A., Pekdemir H. (Eds). *Klinik Kardiyoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti, İstanbul: 2000. 121-129.
9. Komsuoğlu B(Ed) *Klinik Kardiyoloji*: 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti, 2004: 543-547.
10. Özerdoğan N. Kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi *İ.Ü.F.N.H.Y.O. Dergisi*. 2003,13:(51).
11. Bilge A, Pektaş İ, Ünal G. Yetiştirme yurtlarında kalan gençlerin ruhsal durumlarının yaşam kalitelerine etkilerinin incelenmesi, *E.Ü 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, Atatürk Kültür Merkezi, İzmir, 8-10 Nisan 2004.
12. Bengtsson I., Hagman M. and Wedel H. Aged and angina as predictors of quality of life after myocardial infarction, *Scand Cardiovasc J*. 2001:252-258.
13. Sin M.K., Sanderson B., Weaver M., Giger J., Pemberton J., Klapow J. Personal characteristics, health status, physical activity, and quality of life in cardiac rehabilitation participants, *International Journal of Nursing Studies* 2004:173-181.

14. Kettunen S., Solovieva S., Laamanen R. & Santavirta N. Myocardial infarction, spouses' reactions and their need of support, *Journal of Advanced Nursing*. 1999, 30(2): 479-488.
15. Chan D.S.K., Chau J.P.C., & Chang A.M. Acute coronary syndromes: cardiac rehabilitation programmes and quality of life. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, 49(6): 591-599.
16. Luckmann and Sorensen's. *Medical-Surgical Nursing: Fourth Edition*, Saunders: 1993:PP 1150-1164.
17. Akdemir İ., Dinçkol H. Kardiyoloji. In: Kadayıfçı A (Ed), *Uzmanlar TUS Serisi Dahiliye*, Atlas Kitapçılık, Yenilenmiş Baskı, Ankara, 2003.
18. Çağatay G., Soydan İ (Eds). *Klinik Kardiyoloji*: 1. Baskı, Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, 1997.
19. Andreoli T.E., Canpenter R.C.G., Griggs J.L., Loscalzos J. (Eds): *Cecil Essentials of Medicine Türkçesi* (Çev. H Çavuşoğlu), 5. Baskı, Yüce Yayım, İstanbul, 2002.
20. Keskin Ö., Kalemoglu M, Topçu C, Cingözbay Y, Asemptomatik Miyokard İnfarktüsü. *Sendrom, Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, Aralık 2002, 14(12).
21. Gök H(Ed), *Klinik Kardiyoloji*. Geliştirilmiş 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti, İstanbul, 2002: 273-275.
22. Robinson K.R. Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction, *The Journal of Cardiovascular Nursing*. Oct 1999, 14(1): 75-82.
23. Nolan J., Greenwood J., Mackintosh A.(Eds): *Kardiyak Aciller*. (Çev. C. Tetikkurt). Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti, İstanbul, 2000.
24. Heper C., Heper Y., Mogol E.(Eds): *Kardiyoloji 2000*. Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd Şti, İstanbul, 2000: 281-308.
25. <http://medicalpark.com.tr/kardiyoloji>; Kalp hastalığına yakalanma risklerini arttıran faktörler, 28.04.2005.
26. Tokem Y., Bahar Z., Özcan A. Miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan eğitim programının bakım sonuçlarına etkisi. *7. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Atatürk Üniversitesi HYO, Erzurum 22-24 Haziran 1999.
27. Crawford M.H., DiMarco J.P. (Eds) *Cardiology*: London, Mosby International limited, 2001: 12.

28. Harrison T.R., Resnick W.R., Thorn G.W, Adams R.D, Berson P.B, Brounwald E., Isselbacher K.J.(Eds): *İç Hastalıkları Prensipleri*, (Çev.Y.Sağlıker), Nobel Tıp Kitabevleri, 1. Cilt, 15. Edisyon, İstanbul, 2004:1386-1392.
29. Thompson D.R. Roebuck A. The measurement of health-related quality of life in patients with coronary health disease, *The Journal of Cardiovascular Nursing*. Oct 2001, 16(1): 28-30.
30. File://A:/Bayındır Hastaneleri. Kalp ve Damar Hastalıkları. 09.02.2005.
31. Ezra A.A, Liebson P.R.(Eds): *Miyokard İnfarktüsü Sonrasında Günsel Tanı ve Tedavi*, 1. Baskı, İstanbul, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., 2005.
32. Bilgin İ., Karadeniz G. Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan MI geçirmiş hastalarda stres ile hastalıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi *Cumhuriyet Üniversitesi HYO 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, Sivas, 24-26 Haziran 1992.
33. Temizel ve Arkadaşları Akut Miyokard İnfarktüsünde Serum Homosistein Düzeyi. *MN Kardiyoloji*, 10/6-2003. 430-434.
34. Kumar V., Cotran R.S., Robbins S.L. (Eds): *Temel Patoloji*. (Çev. U.Çevikbaş). 7. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti, İstanbul, 2003.
35. Birol L., Akdemir N., Bedük T. (Eds) *İç Hastalıkları Hemşireliği: Geliştirilmiş* 6. Baskı Ankara: Vehbi Koç Yayınları, 1997:293-307.
36. Alpert J.S., Rippe J.M (Eds): *Kalp Damar Hastalıkları Tanı ve Tedavi El Kitabı*. (Çev.Z.Öngen) Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 1. Baskı, İstanbul, 2003: 215-248.
37. Özhan N, Doğar N. Koroner bypass ameliyatı geçiren hastaların sigara içme konusundaki düşünceleri. *3. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, 24-26 Haziran Cumhuriyet Üniversitesi HYO, Sivas, 1992.
38. Enar R(Ed): *Akut Miyokard İnfarktüsü: Geliştirilmiş* 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti., 2004:77-85.
39. Argon G., Bahar Z, Erefe İ. Koroner kalp hastalığının oluşumunda sigaranın etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, Sivas, 24-26 Haziran 1992.
40. Soydan İ: TEKHARF çalışmasında hipertansiyon yönünden elde edilen veriler ve bunların yorumu, In: A. Onat (Ed) *TEKHARF Yüzyıl Dönümünde Türk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası ve Koroner Kalp Hastalığı*. Mas Matbaacılık A.Ş. 2001. 50.

41. Enar R., Özkan AA.(Eds) *Akut Miyokard İnfarktüsü Trombolitik Tedavi: İstanbul, Tatlıdil Matbaacılık, 1998.*
42. Kayıkçıoğlu M., Akut miyokard infarktüsü ve trombolitik tedavi İle eşzamanlı başlayan pravastatinin etkisi. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 1999.*
43. Friedman H.H (Ed): *Semptoma Yönelik Tanı El Kitabı* (Çev.T.Pınar) Nobel Tıp Kitapevleri Ltd Şti, İstanbul, Eylül 2004.
44. Enç N., Yiğit Z., Ergün Ş.E., Akın S., Uysal H., İncekara E., Akut Koroner Sendromlar, *Hemşirelik Bakım Klavuzu. 2003:51-74.*
45. İliçin G, Ünal S, Biberöğlü K, Akalın S, Süleymanlar G (Eds): *Temel İç Hastalıkları.1. Cilt, Güneş Kitabevi, İstanbul, 1996:322-326.*
46. Behar S., Schor S., Kariv I., et al. Evaluation of electrocardiogram in emergency room as a decision-making tool, *Chest. 1977, 71:486-491.*
47. Hampton J.R.(Ed): *Pratik EKG.* (Çev.C. Tetikkurt), Nobel Tıp Kitabevler. Ltd Şti, 3. Baskı, İstanbul, 1999.
48. <http://tkd.org.tr>. akut Miyokard İnfarktüsünde Hastane Öncesi Yaklaşım ve Tedavi. 28.04.2005.
49. Ergün Ş. F. Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalara yönelik geliştirilen standart hemşirelik bakım modelinin hastanın yaşam kalitesine ve bakım yeterliliğine olan etkisinin incelenmesi, *Ege Üniv. S.B.E. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.*
50. Thelan L., Urden LD., Lough ME., Stacy KM. (Eds): *Critical care nursing diagnosis and management*, Philadelphia, A Times Mirror Company, 1998: 490
51. Pehlivanoglu S., Binici G: Koroner arter hastalığında primer ve sekonder korunma: yaşam şeklinin değiştirilmesi. H Kültürsay (ed). Koroner Kalp Hastalığı Pirimer ve Sekonder Korunma. ARGOS İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret A.Ş., s. 231, İstanbul, 2001.
52. Özgen H. Sağlık hizmetlerinde kalite nedir?. *Toplum ve Hekim. 1995, 10:69-70.*
53. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı, *Sendrom. 1997, 9(10):108-111.*
54. Akvardar Y. Alkol bağımlılığı ve yaşam kalitesi. *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, E.Ü. Atatürk Kültür Merkezi, İzmir. 8-10 Nisan 2004.*

55. Pınar R. Diabetes mellituslu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi*, İstanbul, 1995:14-29.
56. Özerdoğan Ö.N., Beji K.N. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. *İ.Ü.F.N.H.Y.O. Dergisi*, 2003, 13:(51).
57. Çınar Ş., Eşer İ. Yaşlılıkta yaşam kalitesi ve egzersizin önemi, *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, E.Ü. Atatürk Kültür Merkezi İzmir 8-10 Nisan 2004.
58. Çeçen D., Eser E., Baydur H. Bir işyerinde çalışan işçilerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, E.Ü. Atatürk Kültür Merkezi İzmir, 8-10 Nisan 2004.
59. Turgul Ö., Mandıracıoğlu A., Özüğürlü B., Özgener N., Deveci H. Narlıdere ilçesinde 65 yaş üstü nüfusun yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, E.Ü. Atatürk Kültür Merkezi İzmir, 8-10 Nisan 2004.
60. Üstün M.E. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşireliğin önemi. *Celal Bayar Üniversitesi S.B.E. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Manisa, 2003:10-17.
61. Alleyna G.A. Health and the quality of life. *Rev Panom Salud Publica*. 2001;9(1):1-6.
62. Aygencel G., Öztürk C. Akciğer kanserlerinde yaşam kalitesi değerlendirilmesi. *Hematoloji- Onkoloji*. 2001, 3(3): 260-268.
63. Beser (Gördeles) N., Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi, *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi*. 2003, 7(1).
64. Bilge A., Çam O. Bir psikiyatri kliniğinde hasta bakım kalitesinin incelenmesi, *1. Uluslararası ve 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*, Antalya, 29 Ekim- 2 Kasım 2000.
65. Brenner and Rector (Ed) *The Kidney*. Fourt Edication. Voll. Philadelphia: WB. Saunders Comp. 1991: 2430-2441.
66. Gooddinson SM ve Singleton J., Quality of life: A critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International journal of Nursing Studies*.1989, 26:327-341.

67. Grimmer K., Moss J., The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *Int Qual Health Care*. 2001;13(2):109.
68. Webster K., Cella Quality of life patient with low-grade non-hodgkin's lymphoma, *Oncology*. 1998, 12(5); 697-714.
69. Akdeniz C., Aydemir Ö., Akdeniz F., Gelsemen Ş., Kültür S. Sağlık düzeyi ölçeğinin türkçeye uyarlanması ve güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 1999, 9(2): 104-108.
70. Akyol A., Yaşam kalitesi ve yaklaşımları, *E.Ü.H.Y.O. Dergisi*. 1993, 9(2):75-79.
71. Eski S., Fesci H., Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*. 2002;4(1):16.
72. Özyürek P. Lomber disk ameliyatı olmuş erişkin hastaların genel sağlık statüsü boyutlarının ölçülmesi. *Ege Üniv. S.B.E. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2000.
73. Ören B.G., Söyük S., Yürügen B. Sürekli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların özbakıma ilişkin tutumları ve sosyo-demografik özellikleri ile özbakım arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma, *Çınar Dergisi*. 2000, 6(3-4):64-66.
74. Cella DF. Quality of life: concepts and definition, *Journal of Pain Symptom Management*. 1996, 9(3): 186-192.
75. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi*, 1999. 3(2).
76. Canam C. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems, *Rehabilitation Nursing*. 1999, 24(5):27-32.
77. Stricland OL., Challenges in measuring patient outcomes, *Outcomes Measurement and Management*. 1997, 32(3): 495-500.
78. Donoghue J., Duffield C., Pelletier D. Health promotion as a nursing function: perception held by university students of nursing, *Int.J.Nurs.Stud*. 1993, 30(6):527-535.
79. Koç Z. Hasta bakımı hizmetleri ve yaşam kalitesi. 1. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, E.Ü. Atatürk Kültür Merkezi, İzmir, 8-10 Nisan 2004.

80. Roebuck A., Furze G. & Thomson D.R. Health-relate quality of life after myocardial infaction: an interview study, *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 34(6): 787-794.
81. Bliley V., Ferrans C.G., Psycholosic aspects of cardiovascular care, *Heart & Lung*. 1993, (3):193-199.
82. Hatipoğlu S., By-pass ameliyatında hastaları etkileyen stresörler ve yaşam kalitesi değişimleri, *GATA Hemşirelik Yüksek Okulu*, Ankara, 1995.
83. Astedt-K. P., Lehti K., Tarkka M.T. & Paavilainen E. Determinants of perceived health in families of patients with heart. *Journal of Advanced Nursing* 2004, 48(2):115-123.
84. Delibay N. Toplumun akut miyokard infarktüsü ile ilgili bilgilerinin incelenmesi, *Ege Üniv. S.B.E. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 1998.
85. Doğan H., Sağlık ocaklarımızdan, *Sted*. 2004, 13(10): 387-388.
86. Erdoğan Ö. MI tanısıyla hastaneye yatan hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin hastaların bilgi düzeylerine ve tedaviye uyum durumlarına olan etkisinin incelenmesi, *Ege Üniv. S.B.E. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 1994.
87. Kristofferzon M.L., Löfmark R. & Carlsson M. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, 44(4): 360-374.
88. Moyniham M.,Assessing the educational needs of post-myocardial infarction patients. *Nursing Clinics of North America*. 1984, 19(3):441-447.
89. Turton J. Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff, *Journal of Advanced Nursing* 1998, 27: 770-778.
90. Martinez M.S., Aranguren B.S., Iturralde I.E., Zubillaga E.M., Goni M.J.U., Estevez J.I., Primary care nursing of coronary patients and reduction of re-infarction risk, *Journal of the Royal Institute of Public Health*. 2004:1-6.

EK-I**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARLA GÖRÜŞME FORMU**

DENEK NO:

SERVİS:

1. Yaşınız:**2. Cinsiyetiniz :** 1. Kadın 2. Erkek**3. Medeni durumunuz :**

1. Evli 2. Bekar 3. Dul 4. Boşanmış/Ayrı yaşıyor

4. Eğitim durumunuz :

1. Okur- yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Fakülte/Yüksekokul

5. Mesleğiniz : (Belirtiniz)1. İşsiz 2. Memur 3. Emekli 4. Ev hanımı
5. İşçi 6. Serbest meslek 7. Çiftçi**6. Sosyal güvenceniz nedir?**

1. Emekli sandığı 2. Bağ kur 3. Yeşil kart 4. SSK 5. Güvence yok

7. Ailenizin gelir gider durumu nedir?

1. Gelir gidere göre fazla 2. Gelir gidere göre eşit 3. Gelir gidere göre az

8. Aile içindeki konumunuz nedir? (Aile reisi, anne, büyükanne, büyükbaba vb. belirtiniz.)**9. Kaçınıcı kez hastaneye yattınız?****10. Kaç kez MI geçirdiniz?**

1. 1 kez 2. 2 kez 3. 2 ve daha fazla

11. Ne kadar süredir hastanede yatıyorsunuz?**12. (Hastanın hastanede yattığı sırada) Kalp hastalığından başka bir hastalığı varmı?** (dosyadan)1. HT 2. DM 3. Sol. Sis 4. GİS problemleri
5. Hematolojik 6. Nörolojik 7. Başka hastalığı yok 8. Diğer.....

EK-II

YAŞAM KALİTESİ KARDİYAK VERSİYON III SKALASI

BÖLÜM 1. Aşağıda sıralanan cümlelerin her biri için, bu alanlarda memnuniyetiniz ne düzeyde? Bu düzeyi en tanımlayan yanıtı lütfen seçiniz.

Aşağıdakilerle ilgili memnuniyet düzeyiniz nasıl?	Çok hoşnutsuzum	Orta Düzeyde Hoşnutsuzum	Pek Hoşnut Değilim	Az Hoşnutum	Orta Düzeyde Hoşnutum	Çok Hoşnutum
1. Sağlığınızdan	1	2	3	4	5	6
2. Aldığınız sağlık hizmetinden	1	2	3	4	5	6
3. Göğüs ağrınızın miktarından	1	2	3	4	5	6
4. Solunumlarınızın kesilmeksizin nefes alabilme durumunuzdan	1	2	3	4	5	6
5. Günlük faaliyetleriniz için sahip olduğunuz enerji miktarından	1	2	3	4	5	6
6. Fiziksel olarak bağımsızlığınızdan	1	2	3	4	5	6
7. Yaşamınızı kontrol edebilme miktarınızdan	1	2	3	4	5	6
8. Uzun süre yaşayabileceğinize ilişkin düşüncelerinizden	1	2	3	4	5	6
9. Ailenizin sağlığından	1	2	3	4	5	6
10. Çocuklarınızın sağlığından	1	2	3	4	5	6
11. Ailenizin mutluluk düzeyinden	1	2	3	4	5	6
12. Eşinizle veya önemli insanlarla ilişkilerinizden	1	2	3	4	5	6
13. Cinsel yaşantınızdan	1	2	3	4	5	6
14. Arkadaşlarınızla ilişkilerinizden	1	2	3	4	5	6
15. Diğer kişilerden aldığınız duygusal destekten	1	2	3	4	5	6
16. Ailenin sorumluluklarını karşılama gücünüzden	1	2	3	4	5	6

Aşağıdakilerle ilgili memnuniyet düzeyiniz nasıl?

	Çok hoşnutsuzum	Orta Düzeyde Hoşnutsuzum	Pek Hoşnut Değilim	Az Hoşnutum	Orta Düzeyde Hoşnutum	Çok Hoşnutum
17. Diğerlerine yararlı olma durumunuzdan	1	2	3	4	5	6
18. Yaşamınızdaki endişe ve stres miktarından	1	2	3	4	5	6
19. Evinizin koşullarından	1	2	3	4	5	6
20. Komşularınızdan	1	2	3	4	5	6
21. Yaşam standartlarınızdan	1	2	3	4	5	6
22. İşiniz veya görevinizden	1	2	3	4	5	6
23. Eğitiminizden	1	2	3	4	5	6
24. İşiniz veya emekliyseniz işsiz olmaktan	1	2	3	4	5	6
25. Ekonomik bağımsızlığınızdan	1	2	3	4	5	6
26. Boş zaman faaliyetlerinizden	1	2	3	4	5	6
27. Tatillerde seyahate çıkabilme durumunuzdan	1	2	3	4	5	6
28. Mutlu yaşlılık ve emeklilik potansiyelinizden	1	2	3	4	5	6
29. Zihninizdeki barış ve huzurlu olmaktan	1	2	3	4	5	6
30. Tanrıya inancınızdan	1	2	3	4	5	6
31. Bireysel amaçlarınıza ulaşma durumunuzdan	1	2	3	4	5	6
32. Genelde mutlu hissedebilmenizden	1	2	3	4	5	6
33. Genelde yaşamınızdan	1	2	3	4	5	6
34. Görünümünüzden	1	2	3	4	5	6
35. Genelde kendinizden	1	2	3	4	5	6
36. Kalp sorununuz nedeniyle yapmak zorunda kaldığınız değişimlerden (Örn: Diyetle değişimler, fiziksel aktivite veya sigara içme)	1	2	3	4	5	6

BÖLÜM 2. Aşağıda sıralanan cümlelerin sizin yaşamınızda ne kadar önemli olduklarına göre aşağıdaki ifadeleri işaretleyiniz.

Sizin için bunlar ne kadar önemli?						
	Hiç önemli	Orta derecede önemli	Önemsiz	Az önemli	Önemli	Çok önemli
1. Sağlığınız	1	2	3	4	5	6
2. Aldığınız sağlık hizmetinin niteliği	1	2	3	4	5	6
3. Göğüs ağrınızın tümüyle ortadan kalkması	1	2	3	4	5	6
4. Kesintisiz rahat soluk alabilmeniz	1	2	3	4	5	6
5. Günlük faaliyetleriniz için yeterli enerjiye sahip olabilmeniz	1	2	3	4	5	6
6. Fiziksel olarak bağımsızlığınız	1	2	3	4	5	6
7. Yaşamınızın kontrolünün elinizde olması	1	2	3	4	5	6
8. Uzun süre yaşayabilme ihtimaliniz	1	2	3	4	5	6
9. Ailenizin sağlığı	1	2	3	4	5	6
10. Çocuklarınızın sağlığı	1	2	3	4	5	6
11. Ailenizin mutluluğu	1	2	3	4	5	6
12. Eşinizle veya önemli kişilerle ilişkileriniz	1	2	3	4	5	6
13. Cinsel yaşamınız	1	2	3	4	5	6
14. Arkadaşlarınızla ilişkileriniz	1	2	3	4	5	6
15. Diğer insanların size duygusal destek olması	1	2	3	4	5	6
16. Ailenizde size ait sorumlulukları üstlenebilmeniz	1	2	3	4	5	6
17. Diğer insanların işine yarama	1	2	3	4	5	6
18. Makul düzeyde stresinizin veya endişenizin olması	1	2	3	4	5	6
19. Eviniz	1	2	3	4	5	6

Sizin için bunlar ne kadar önemli?

	Hiç önemli	Orta derecede önemli	Önemsiz	Az önemli	Önemli	Çok önemli
20. Komşularınız	1	2	3	4	5	6
21. Yaşam standartlarınız iyi olması	1	2	3	4	5	6
22. İşiniz veya göreviniz	1	2	3	4	5	6
23. Eğitiminiz	1	2	3	4	5	6
24. (Emekli veya işsiz değilseniz) bir işinizin olması	1	2	3	4	5	6
25. Ekonomik bağımsızlığınız	1	2	3	4	5	6
26. Boş zaman faaliyetleriniz	1	2	3	4	5	6
27. Yolculuğa çıkabilmeniz	1	2	3	4	5	6
28. Mutlu yaşlılık (emeklilik) yaşayabilmeniz	1	2	3	4	5	6
29. Zihninizdeki olması	1	2	3	4	5	6
30. Tanrıya inancınız	1	2	3	4	5	6
31. Kişisel amaçlarınız	1	2	3	4	5	6
32. Genelde mutluluğunuz	1	2	3	4	5	6
33. Yaşamınızdan memnun olmanız	1	2	3	4	5	6
34. Kişisel görünümünüz	1	2	3	4	5	6
35. Kendiniz	1	2	3	4	5	6
36. Kalp sorununuz nedeniyle yapmak zorunda kaldığınız değişimler (Örn: Diyetle değişimler, fiziksel aktivite veya sigara içme)	1	2	3	4	5	6

Kaynak: (Ferrans and Powers-1984)

EK-III

**HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIM YETERLİLİĞİNİ
DEĞERLENDİRME FORMU**

	Çok yeterli	Orta düzeyde yeterli	Yetersiz	Beklentileriniz
1. Hemşire tarafından ilk yattığımda servisin tanıtılması				
2. Hemşirelerin anlayışlı ve nazik olması				
3. Aldığım hemşirelik bakımı				
4. Hemşireler tarafından tedavim hakkında bilgi verilmesi				
5. Hemşireler tarafından hastalığım hakkında bilgi verilmesi				
6. Hemşirelerin planlanan testleri ve işlemleri bana açıklaması				
7. Fiziksel gereksinimlerimin karşılanması (yemek, tuvalet vb.)				
8. Hemşire tarafından uygulanacak işleme (Anjio, PTCA) yönelik bilgi verilmesi				
9. Hemşireler tarafından genel durumum ve gelişmeler hakkında bilgi verilmesi				
10. Hemşireler tarafından evde bakımım konusunda bilgi verilmesi				
11. Yardıma ihtiyacım olduğunda hemşireye her zaman ulaşabilme				
12. Ağrı problemim olduğunda hemşireler tarafından yeterince ilgilenilme				

ÖZGEÇMİŞ

15.11.1977 Aydın doğumlu olan Sevil Olgun ilköğretimini tamamladıktan sonra 1996 yılında Çine Lisesi'nden mezun olmuştur. 1994-1996 yılları arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünde önlisans eğitimini tamamlamıştır. 31.12.1997 tarihinde Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hemşire ünvanıyla göreve başlamıştır. 1998 yılında tekrar girdiği üniversite sınavıyla Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nü kazanmış ve 2002 yılında lisans eğitimini tamamlamıştır. 2003 yılında Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programını kazanmıştır. Halen Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili Bilimler Servisinde görev yapmaktadır.

