

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PERKÜTAN TRANSLÜMİNAL KORONER ANJİYOPLASTİ VE
KORONER ANJİYOGRAFI SONRASI YAŞAM BİÇİMİ
DEĞİŞİKLİKLERİNİN BELİRLENMESİ VE
HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Jale ODABAŞI

Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

BOLU

2006

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PERKÜTAN TRANSLÜMİNAL KORONER ANJİYOPLASTİ VE
KORONER ANJİYOGRAFI SONRASI YAŞAM BİÇİMİ
DEĞİŞİKLİKLERİNİN BELİRLENMESİ VE
HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Jale ODABAŞI

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN

BOLU
2006

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN
(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu Müdürü)

Üye Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN
(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu Müdürü)

Üye Prof.Dr. Cihangir UYAN
(AİBÜ Bolu Tıp Fakültesi Kardiyoloji
ABD Öğretim Üyesi)

Üye Doç. Dr. Gülten KARADENİZ
(Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Öğretim Üyesi)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Murat S. DÖŞOĞLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda bana her türlü bilimsel desteği veren, sabır ve anlayış gösteren tez danışmanım Prof. Dr. Feray Gökdoğan'a, araştırmam boyunca verdiği desteklerden dolayı bölümümdeki hemşire ve hekim arkadaşlarıma, uygulamaya verdikleri izin ve sağladıkları kolaylıktan dolayı Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yönetimi'ne ve Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Cihangir Uyan'a, bana her zaman güven duyan, büyük bir sabır, ilgi ve anlayışla, maddi ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili aileme en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

PERKÜTAN TRANSLÜMİNAL KORONER ANJİYOPLASTİ VE KORONER ANJİYOGRAFI SONRASI YAŞAM BİÇİMİ DEĞİŞİKLİKLERİNİN BELİRLENMESİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Araştırma, perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTCA) ve koroner anjiyografi sonrası hastaların yaşam biçimi değişikliklerinin ve buna yönelik hemşirelik yaklaşımını belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

Araştırma örneklemini, Eylül 2005 - Şubat 2006 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi kardiyoloji servisine koroner anjiyografi ve PTCA endikasyonu ile yatırılan 106 anjiyografi, dokuz PTCA girişimi uygulanan hasta olmak üzere toplam 115 hasta oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %63.5'ini erkekler oluşturmuş, yaş ortalamasının $x = 57.9 \pm 11.3$ olduğu belirlenmiştir. Okur-yazar ya/yada ilkokulu mezunu olanların çoğunluğu oluşturduğu (%68.7), çoğunluğunun evli olduğu (%82.6) belirlenmiştir. Hastaların %40'ının çalışmadığı ve %33.9'unun ise emekli olduğu, sosyal güvence olarak çoğunlukla SSK (%58.3)'ya bağlı oldukları belirlenmiştir.

Hastaların %78.3'ünün göğüs ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk gibi yakınmaları olduğu için hastaneye başvurduğu, koroner girişim uygulandığı gün hastaların %89.6'sının sürekli kullandığı ilaçlarının olduğu, sigara içen (%30.4), içmiş bırakmış (%32.2) ve hiç içmeyen (%37.4) hastaların benzer yüzdelilerle dağılım gösterdiği ve hastaların büyük çoğunluğunun (%71.3) hiç alkol kullanmadığı, egzersiz ve diyet özelliklerine bakıldığında da; hastaların yarıya yakınının (% 49.5) hiç egzersiz yapmazken, %20.0'ının düzenli egzersiz yaptığı, daha çok orta derecede yağlı ve tuzlu bir diyetle beslendikleri belirlenmiştir.

Koroner anjiyografi ve PTCA girişimi uygulanan hastaların işlemten üç ay sonra %73.9'unun aile yaşantısında ve %86.5'inin günlük yaşantısında bir değişiklik olmadığı, %51.3'inin eskiden yapabildiği işlerde zorluk yaşadığı, büyük bir kısmının diyet (%73.9) ve ilaç tedavisine (%90.1) uyduğu, %55.5'inin aktivitelerine uyduğu, %15.3'ünün sigara kullanma alışkanlığını tamamen değiştirdiği ve sigarayı bıraktığı, %4.5'inin de azalttığı, hastaların %98.2'sinin alkol kullanma alışkanlıklarında bir değişiklik olmadığı yani alkol kullanmadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti, Koroner Anjiyografi, Yaşam Biçimi, Hemşirelik Bakımı.

ABSTRACT

DETERMINING THE CHANGES IN LIFE STYLE OF PATIENTS FOLLOWING A TRANSLUMINAL PERCUTANEOUS CORONARY ANGIOPLASTY (PTCA) AND CORONARY ANGIOGRAPHY AND THE NECESSARY NURSING CARE

This research was carried out to determine the changes in life style of patients following a Transluminal Percutaneous Coronary Angioplasty (PTCA) and Coronary Angiography and the nursing care.

The sample of the research was 155 patients, 106 of which had Coronary Angiography and nine had PTCA hospitalized in Abant İzzet Baysal University Faculty of Medicine Research and Practice Hospital Cardiology Service with angiography and PTCA indication between September 2005 and February 2006. The data were evaluated on the basis of percentage calculation.

63,5% of patiens included into the study were male and mean age was found to be $x = 57.9 \pm 11.3$. Most of them were literate and/or graduated from primary school (68.7%); most of them were married (82.6%); Almost one third of the patients were housewives (35.7%), 40% didn't work and 33.9% were retired and they were affiliated to SSK (Social Security Institution) as social insurance (58.3%).

It was found that 78.3% of the patients went to hospital due to complaints such as chest pain, asthma and fatigue; 89.6% had been permanently using drugs on the day they had coronary application; the patients who smoked (30.4%), quitted smoking (32.2%) and never smoked (37.4%) displayed similar distribution at percentage; most of the patients (71.3%) never drunk alcohol; and when exercise and diet characteristics were taken into consideration, nearly half of the patients (49.5%) never trained physically while 20.0% regularly exercised and they generally had a medium-fat and salty diet.

It was found that, after three months the patients had coronary angiography and PTCA application, 73.9% had no change in their family life; 86.5% had no change in their daily lives; 51.3% had difficulties in tasks they used to accomplish; most of them followed the diet (73.9%) and medication treatment (90.1%); 55.5% carried our their activities; 15.3% completely changed their habit of smoking and quitted smoking; 4.5% lessened smoking and 98.2% had no change in their habits of using alcohol, i.e. didn't drink alcohol.

Keywords: Angioplasty Transluminal Percutaneous Coronary, Coronary Angiography, Life Style, Nursing Care.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	ix
TABLolar.....	x
GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı ve Prevalansı.....	8
2.2. Koroner Arter Hastalığının Nedeni: Atheroskleroz Süreci.....	8
2.3. Risk Faktörleri.....	9
2.3.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri.....	10
2.3.2. Değiştirilebilen risk faktörleri.....	11
2.4. Koroner Kalp Hastalıklarının Klinik Şekilleri.....	13
2.5. Semptomlar.....	14
2.6. Koroner Arter Hastalık Tanısı.....	14
2.6.1. Koroner anjiyografi.....	15
2.7. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi.....	16
2.7.1. Koroner arter hastalığının ilaçla yönetimi.....	16
2.7.2. Koroner revaskularizasyon girişimleri.....	16
2.8. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Biçimi Değişiklikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	19
2.8.1. Yüksek riskli kişilerin tanımlanması.....	20
2.8.2. Yüksek riskli kişilerin yönetimi.....	20
2.8.3. Konu ile ilgili araştırmalar ve hemşirelik yaklaşımı.....	22

3. BİREYLER ve YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Şekli.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi.....	26
3.3. Bağımlı ve bağımsız değişkenler.....	28
3.4. Alt problemler.....	28
3.5. Araştırmanın örnekleme.....	28
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
3.7. Verilerin toplanması.....	29
3.7.1. Veri toplama aracının hazırlanması.....	29
3.7.2. Veri toplama formunun uygulanması.....	29
3.8 Ön uygulama.....	30
3.9. Uygulama.....	30
3.10. Verilerin değerlendirilmesi.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	64
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	76
7. KAYNAKLAR.....	80
EKLER	
EK 1: Soru Formu	

SİMGELER ve KISALTMALAR

ASKH	Atherosklerotik Kalp Hastalığı
CD	Compact Disc
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
İKH	İskemik Kalp Hastalığı
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KKH	Kardiyovasküler Kalp Hastalığı
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
PTCA	Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti

TABLOLAR

Tablo	Sayfa No
4.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri.....	32
4.2. Hastaların Var Olan Hastalıkları.....	35
4.3. Hastaların Kalp Hastalığına İlişkin Özellikleri.....	35
4.4. Hastalara Daha Önce Uygulanan Kardiyak İşlemler.....	37
4.5. Hastaların Hastaneye Başvurma Nedenleri.....	37
4.6. Hastaların Yakınmaları.....	38
4.7. Anjina Fonksiyonel Sınıflandırması.....	38
4.8. Hastaların Sürekli Kullandığı İlaç Olup Olmadığı.....	39
4.9. Hastaların Sürekli Kullandığı İlaç Grupları.....	40
4.10. Hastaların Bazı Alışkanlıkları, Egzersiz ve Diyetlerinin Özellikleri...	41
4.11. Hastaların Sağlığını Algılama Düzeyleri.....	42
4.12. Hastaların Hastalığın Ciddiyetini Algılama Durumları.....	43
4.13. Hastaların Hastalığı ile İlgili Endişe Yaşama Durumları.....	43
4.14. Hastalığın Yaşamlarını Kısıtlamasına İlişkin Hastaların Görüşleri.....	44
4.15. Hastalığın Gelecekteki Planlarını Etkileme Durumlarına İlişkin Hastaların Görüşleri	44
4.16. Hastalara Uygulanan İşlemler.....	45
4.17. Önceden Kardiyak İşlem Uygulanmasına Göre Koroner Anjiyografi ve PTCA Girişimi Yapılan Hastaların Dağılımı.....	45
4.18. Hastalara Uygulanan İşlemlerin Sonuçları.....	46
4.19. Hastaların Uygulanan İşlemin Nedenlerine İlişkin Görüşleri.....	47
4.20. Hastaların Uygulanan İşleme İlişkin Daha Önce Eğitim Alma Durumu.....	48
4.21. İşlemden Hemen Sonra Hastaların İşlem Sonrasındaki Gelişmelere İlişkin Görüşleri.....	49
4.22. İşlemden Hemen Sonra Hastaların Kalp Hastalığının İyileşip İyileşmediğine İlişkin Görüşleri.....	50

4.23.	İşlemden Hemen Sonra Hastaların Hastalığının Kontrol Altına Alınıp Alınmadığına İlişkin Görüşleri.....	51
4.24.	Hastaların Evde Kendilerine Bakım Verecek Kişilerin Varlığı.....	51
4.25.	Hastaların Evde Yardıma Gereklinimi Olup Olmadığına İlişkin Görüşleri.....	52
4.26.	Hastaların Yaşamlarında Kısıtlanma Zorunluluğuna İlişkin Görüşleri	52
4.27.	Hastaların İşlem Sonrası Dikkat Etmesi Gerekenlere İlişkin Görüşleri	53
4.28.	Hastaların İşlem Sonrasına İlişkin Eğitim İsteme Durumları.....	53
4.29.	Hastaların İşlem Sonrası Kontrole Geliş Zamanı.....	54
4.30.	Hastaların İşlem Sonrası Kontrollere Gelip Gelmediği.....	55
4.31.	Hastaların İşlem Sonrası Yaşadıkları Sorunlar (yakınmaları).....	55
4.32.	İşlemden Üç Ay Sonra Hastaların Kalp Hastalığının İyileşip İyileşmediğine İlişkin Görüşleri.....	56
4.33.	İşlemden Üç Ay Sonra Hastaların Hastalığının Kontrol Altına Alınıp Alınmadığına İlişkin Görüşleri.....	56
4.34.	Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Sağlığını Algılama Düzeyleri.....	57
4.35.	Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Yaşam Biçimlerini Tanımlamaları	57
4.36.	Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Yaşamında Bir Değişiklik Olup Olmadığı.....	58
4.37.	Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Dikkat Etmesi Gerekenlere İlişkin Görüşleri.....	59
4.38.	Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Sigara Ve Alkol Alışkanlıklarında Değişiklik Olup Olmadığı.....	60
4.39.	Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Sürekli Kullandığı İlaç Olup Olmadığı.....	61
4.40.	Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra İlaçlarını Nasıl Kullanacağını Bilip Bilmediği.....	61

4.41.	Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Geleceği ile İlgili Endişe Yaşama Durumları.....	62
4.42.	Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Hastalığının Gelecekteki Planlarını Etkileme Durumlarına İlişkin Görüşleri.....	62
4.43.	Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Yaşantılarında Destek Almalarına İlişkin Görüşleri.....	63

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Bir hastalık toplumda ne kadar sık görülüyorsa, ne kadar çok ölüme, iş ve güç kaybına neden oluyorsa, toplum için o kadar önemli bir sağlık sorunudur. Günümüzde kronik hastalıklardan biri olan kalp hastalıkları da erişkin yaş grubundakiler için önemli bir sağlık sorunudur.

Ülkemizde kalp hastalıkları prevelans ve insidansına yönelik on yıllık izlem ve 2000 yılında yenilenen taramalar sonucunda erişkin nüfusta iki milyon kalp hastası olduğu ve bu sayıya her yıl 90 bin kişinin eklendiği bildirilmiştir. Bu olumsuz eğilim devam ettiği takdirde, 2010 yılında halen iki milyon olan kalp hastası sayısının 1.4 milyon daha artarak 3.4 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Koroner arter hastalık (KAH) prevalansı %3.8'lik bir oranla, kalp hastalığı türlerinin dağılımında ilk sırada yer almaktadır ve kalp hastalarının içinde KAH olan 1.6 milyon kişi bulunmaktadır. Bolu il merkezindeki erişkinlerde kronik hastalık prevelansı %14.1 olup, bunun %56.3'ünü kalp-damar hastalıkları oluşturmaktadır (5, 6, 7, 8).

Amerika'da kalp hastalığı prevalansı yaklaşık %8 olup, ABD'de yaklaşık 22 milyon yetişkin kalp hastası vardır. Koroner arter hastalığı olan 13.200.000 hasta sayısı ile kalp hastalıklarının başında gelmektedir. Amerikan Kalp Derneği'nin verilerine göre, bu sayıya 2004 yılında 1.2 milyon yeni ya da tekrarlayan koroner atak eklenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün hazırladığı yaşamı kısıtlayan nedenler listesinde 1990 yılında KAH beşinci sırada iken, 2020 yılında birinci sırayı alacağı tahmin edilmektedir (1, 2, 3, 4).

Koroner arter hastalığının ülkemizdeki yıllık mortalitesi erkeklerde %5.1, kadınlarda ise %3.3'dür ve tüm ölümlerin % 32'si KAH'dan kaynaklanmaktadır. Amerika'da 2001 yılında 700,142 kişi kalp hastalıklarından yaşamını kaybetmesi nedeniyle kalp hastalıkları ölüm nedenleri arasında birinci sırada gösterilmiştir. Amerika için kalp ölümlerinin sayısı nispeten sabitleşmiştir ve yıllık 700.000'dir.

Koroner arter hastalığı bunların %60'ından sorumludur. Rusya (erkeklerde yılda 1343/100.000, kadınlarda 657/100.000) ve Ukrayna (erkeklerde yılda 1490/100.000, kadınlarda 830/100.000) dünyada kalp ve damar hastalık mortalite oranlarının en yüksek olduğu yerlerdir. Gelişmekte olan ülkelerde ise genel olarak ölümlerin %23'ü kalp ve damar hastalıklarına bağlıdır. Dünya nüfusunun 1/5'inin yaşadığı Çin'de 1950'den bu yana ortalama yaşam beklentisi iki katına çıkmış olup kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler üç kat artmıştır. Hindistan'da da kalp ve damar hastalıkları ölümlerin %24'ünden sorumludur ve diğer Asya ülkelerinden farklı olmak koroner arter hastalığı kalp ve damar hastalıkları içinde ilk sıradadır. Latin Amerika'da ise kalp ve damar hastalık mortalitesi %31 oranındadır. Eğer mevcut durum bu şekilde devam ederse ve kalp-damar sağlığı alanında gelişmeye yönelik herhangi bir faaliyet yapılmazsa, 2020 yılında kalp-damar hastalıklarından nedeniyle yaşam süresinin %25 oranında kısılacağı tahmin edilmektedir (4, 5, 9,10, 11).

Tüm dünyada ve ülkemizde KAH prevalansının artması, kardiyovasküler hastalıkların erken tanı ve tedavisine yönelik çabaları arttırmıştır. Koroner arter hastalığının tanısında; öykü ve fizik muayene, laboratuvar, radyolojik ve elektrokardiyografik testler, ekokardiyografi, kalbin nükleer görüntülemesi, tomografi, anjiyografi yer almaktadır. Koroner anjiyografi, arter yoluyla kalp damarlarına kontrast madde verilip, sineanjiyografik filme veya CD'ye kaydedilmesi işlemidir. Koroner anjiyografi, koroner arterlerde tıkalıcı lezyonların varlığını, lokalizasyonlarını ve arterlerin tıkanma derecelerini saptamak, sorunun cerrahi girişimi gerektirip gerektirmediği belirlemek amacıyla uygulanmaktadır (2, 10, 12).

Koroner arter hastalığının tedavisinde; ilaç tedavisi, perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTCA), stent yerleştirilmesi, atherektomi, lazer anjiyoplasti ve koroner arter by-pass cerrahisi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Araştırmalar sonucu, PTCA girişiminin objektif sağlık göstergelerinde gelişme sağladığı, hastanın egzersiz kapasitesi ve fiziksel aktivite düzeyinde belirgin artış görüldüğü, PTCA sonrası anjina pectoris insidansında

azalma olduğu, iş hayatına dönüşün cerrahi ve tıbbi tedaviye oranla daha çabuk olduğu ve hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (1, 12, 13).

Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti girişimi günümüzde stabil anjina pektorisli hastalardan akut miyokard enfarktüsü geçiren hastalara kadar oldukça geniş bir klinik çerçevede uygulanmaktadır. Bu işlem, dünyada yılda yaklaşık bir milyon kişiye uygulanır hale gelmiştir. Her yıl Kanada’da 14.500 kişiye ve Amerika’da yılda 350.000-500.000 kişiye PTCA uygulanmaktadır. Avrupa’da 29 ülkeden elde edilen verilere göre (1996) 1.200.894 kişiye koroner anjiyografi ve toplam 327.672 kişiye PTCA işlemi yapılmıştır. Avustralya’da yılda yüzbinde 75 kişiye PTCA işlemi uygulanmaktadır (14, 15, 16, 17).

Ülkemizde ise 1987 yılından itibaren ve son on yılda gerçekleştirilen tanı ve tedavi amaçlı kateter uygulamaları, gelişmiş pek çok batı ülkesinde gerçekleştirilen işlemlerden daha yüksek sayıya ulaşmıştır. Ülkemizde toplam 66 merkezde 2000 yılında 153.244 kardiyak işlemde 119.078’i tanı amaçlı koroner anjiyografi olarak kaydedilmiştir. Ayrıca koroner anjiyoplasti yapabilen 65 merkezde 23.953 vakada 26.986 lezyona PTCA yapılmıştır. Bolu İlinde de Ağustos 2003-2004 tarihleri arasında 633 kişiye anjiyografi ve 72 kişiye PTCA işlemi yapılmıştır. Türkiye’de yapılan koroner anjiyografi ve PTCA, stent yerleştirilmesi gibi tüm bu invaziv işlemlerin maliyeti ise 2000 yılında 72.9 trilyon Türk Lirası olarak hesaplanmaktadır (1, 16).

Erişkin nüfusun önemli bir bölümünün orta yaş ve erken yaşlılık gibi yaşamın aktif dönemlerinde bu hastalıktan etkilenmeleri, durumun ekonomik boyutunu da arttırmaktadır. Böyle önemli bir sağlık sorununda son derece yüksek maliyetle yürütülebilen tedavi çalışmalarından çok primer ve sekonder korunma çalışmalarına, özellikle risk faktörlerine yönelik korunma çalışmalarına önem verilmesi gerektiği açıktır (5).

Hastaya yapılan koroner anjiyografi ile ilaç tedavisi, anjiyoplasti, koroner bypass cerrahisi gibi tedavi yöntemlerinden hangi tedavinin uygulanacağına karar verilebilmektedir. Bu tanı işlemi, hastanede kısa süre kalmayı gerektirir. Çünkü birçok araştırmada, komplikasyonsuz hastaların koroner anjiyografiden dört saat sonra gibi erken mobilizasyonun kanama komplikasyonu için bir risk faktörü oluşturmadığı saptanmıştır (2, 18).

Kritik bir kardiyak sorun nedeniyle yapılan PTCA girişiminden sonra, hastalarda morbidite ve mortalitenin düşük, iyileşme dönemi ve hastanede kalma süresinin kısa olduğu bildirilmiştir. Tengiz ve arkadaşları elektif PTCA ve stent uygulamasından altı saat sonra erken ambulasyonun olabileceğini belirtmiş, bu uygulamanın güvenilir olduğunu, hastanede kalma süresini kısalttığını saptamışlardır. Farklı araştırmalarda hastalar için hastanede kalma süresinin 1-2 gün olabilmesine karşın ortalama üç gün olduğu belirtilmiştir. Koroner anjiyografi ya da PTCA sonrasında hasta evine gittiğinde risk faktörlerinin değiştirilmesi ve uygun yaşam biçimine dönüştürülmesi gerekir (13, 19, 20, 21, 22).

Bu hastalığın oluşumuna neden olan risk faktörleri değiştirilemeyen (yaş, cinsiyet, ırk, aile öyküsü) ve değiştirilebilen (yüksek serum lipidleri, hipertansiyon, sigara kullanımı, hareketsizlik, obezite, diyabetes mellitus, stres ve davranış şekilleri) risk faktörleri olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Risk faktörleri ile ilgili primer yapılan yaşam biçimi değişikliği davranışlarının, hastalığın ilerlemesinin durdurulması ve uzun dönemli başarılı bir korunmada etkili olması gibi önemli yararları vardır. Bununla birlikte, PTCA ve koroner anjiyografi yapılan ve KAH saptanan hastalar, bypass geçiren ve kalp yetmezliği hastaları gibi diğer koroner gruplara göre yaşam biçimi değişikliklerini başarmada daha az hazırlıklı ve daha az uyumludurlar. Bu durumun, yaşam biçimi değişikliklerini başarmada bir engel oluşturduğu düşünülmektedir (12, 13).

Özellikle değiştirilebilir risk faktörleri olan kişilerin, kalp hastalığı riskini azaltmak için yaşam biçiminde değişiklik yapma konusunda desteklenmesi ve motive edilmesi gerekir. Sağlık sorumluluğunu üstlenmede motivasyonu iyi olan kişiler bu riski nasıl düşüreceğini bilmek isterken, daha az motive kişiler için risk faktörlerini azaltma fikri KAH tehdidini gerçek olarak algılayamamış olabilir. Özellikle semptomların yokluğunda çok az kişi yaşam biçiminde değişiklik yapmak isteyebilir. Bazı kişiler açık semptomlar görülene ya da enfarktüs gelişene kadar bu değişiklikleri geciktirebilir. Kalp atağı geçiren diğer kişiler, yaşam boyunca olan alışkanlıklarını değiştirmeyi kabul edilemez bulabilirler (12).

Araştırmalarda koroner arter hastalığının insidansı ile kötü diyet alışkanlıkları, fiziksel hareketsizlik, sigara içme gibi yaşam biçimi davranışları arasında ilişki tanımlamıştır. Bir çok epidemiyolojik çalışma, farklı toplumlarda KAH insidansında yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıklarının etkili olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmalarda ve anjiyografik kontrollerde belirlenen koroner arter hastalığının doğrudan etkisinin azalmasında ya da artmasında arabuluculuk edebilen yaşam biçiminde davranışsal değişiklikler tanımlanmış, yaşam biçiminin düzenlenmesinin yararları açıklanmıştır. Sonuçta yaşam biçimi değişikliklerinin hastalığın ilerleyişinin yavaşlatılması, hatta bazı vakalarda atherosklerozun gerilemesinde önemli olduğu saptanmıştır. Örneğin akut miyokard enfaktüsü sonrasında yapılan diyet değişikliklerinden sonra enfaktüsün tekrarlamasında bir azalma olduğu ortaya konulmuştur. Bu önemli bir bulgu olup, araştırmalarda PTCA sonrası restenozun önlenmesinin uzun bir süre sorun olacağı düşünülmektedir. Yaş ortalamaları 51.7 ± 8.6 olan hastalarda yapılan bir araştırmada yeniden restenoz oranı % 31 olarak saptanmıştır (13, 17, 22, 23).

Ülkemizde de kalp hastalığının epidemiyolojik özelliklerini inceleyen ve 11 yıldır devam etmekte olan TEKHARF çalışmasının 2000 yılında yenilenen taramalarında özellikle kadınlarda fiziksel aktivitede azalma olduğu saptanmıştır. Oysa risk faktörlerinin modifikasyonuna ilişkin çalışmalarda sedanter yaşam biçiminin terk edilip düzenli egzersiz yapılmasının mortaliteyi %20-25 oranında

düşürdüğü saptanmıştır. Benzer şekilde, toplam ölüm hızını, sigaranın bırakılması %50, kolesterolün düşürülmesi %30 ve düzenli egzersizin % 20 oranında azalttığı saptanmıştır. Sonuç olarak, angina pectoris için PTCA ile tedavi olan hastalarda davranışsal değişiklikler önemli bir konu olarak görülmekte, bir çok araştırmada yararlı yaşam biçimi davranış değişiklikleri önerilmektedir (13, 19, 24, 25).

Sağlıklı yaşam biçimini düzenli egzersiz, sigara içmeme, alkol kullanımının kısıtlanması ve iyi düzenlenmiş bir diyet gibi faktörler oluşturmaktadır. Araştırmalarda, bu şekildeki yaşam biçimi değişikliklerinin KAH'ın birincil önlenmesinde belkemiği oluşturduğu ortak olarak belirlenmiştir. Koroner arter hastalığının ikincil korunmasında da beta blokerler, aspirin ya da statinler ile ilaç tedavisinin yanında hastaların tedavisinde temel olan yaşam biçiminin yararlı olduğu saptanmıştır (13, 17).

Kalp hastalıklarında hastaların erken tanı ve tedavisi kadar bu hastaların takibi ve rehabilitasyon programlarının uygulanması da önem taşımaktadır. Hastaları, ilaçların düzenli kullanımı yanı sıra diyet, eğitim ve egzersiz programlarını kapsayan yaşam biçimi değişiklikleri hakkında bilgilendirmek gerekir. Çünkü hasta için en uygun olan tedavi yöntemi kadar önemli olan diğer faktör, hastanın her şekilde tedaviye, diyet, yaşam tarzı, aktivite programları gibi diğer destek girişimlerine uyumu ile doğru orantılıdır (26, 27).

Plach ve arkadaşlarının çalışmasında bilgi düzeyinin risk faktörlerinin etkisini azalttığı ve sağlığı geliştirme davranışlarını arttırdığı kanıtlanmıştır. Eğitimin yanı sıra, aile uygun yaşam biçimi değişikliklerini uygulamada önemli bir yere sahiptir. Çünkü aile üyeleri ilerlemiş önemli bir kardiyak olayda ciddi uyarı belirtilerini, kardiyak durumun derecesi ve yaşam biçimi davranışlarının önemini anlayamayabilir ve uygun yaşam biçimi davranışları uygulamayabilir. Langton ve Thompson, kısa süreli hastanede kalma ile kardiyak bir olayın başlangıcı ve önemli acil koşullarla başatmede ailenin katılımının yararlarını tanımlamıştır (22, 28).

Hastaların uygun yaşam biçimi davranışı göstermelerine etkili diğer bir faktör de, hastaların durumlarını nasıl algıladığıdır. Hastalar hastanede kaldığı süre içerisinde az bilgi sahibi olup kardiyak kökenli göğüs ağrısı yaşamayacakları, kalbin düzeleceği gibi yanlış algılara sahip olabilirler. Risk faktörlerinin kontrolünde yaşam biçimi değişiklikleri de yapmayabilirler. Araştırmalarda, zayıf bir uyumun hastalık ile ilgili işlev bozukluğu, aşırı anksiyete, heyecan, endişe ve zayıf iyileşme algısı ile ilgili olduğu saptanmıştır (29, 30).

Anjiyografi sonrası saptanan KAH veya PTCA sonrasında sağlığın algılanmasındaki yanlışlıklar, ailenin de hastaya yeterli desteği vermemesi ya da durumun ciddiyetinin farkında olmaması, kısa süreli hastanede kalma ve yüksek düzeyde anksiyete gibi nedenlerle iyi bir eğitim alamama sonucu hastanın bilgi eksikliği, işlem sonrasında da hastaların yeterli takip edilmemesi ve rehabilitasyon programlarının uygulanmaması gibi nedenlerle hastalar yaşam biçimi değişikliklerini yapmayabilirler (22, 29, 30).

Hastaya uygulanan bir tedavinin hastanın yaşamında olumlu sonuçlar ortaya çıkarmasında, hastaya hastanede yattığı süre içerisinde verilen bakım ve eğitim önemli olduğu gibi sigaranın bırakılması, alkol alımının kısıtlanması, diyet ve egzersiz gibi yaşam biçimine ilişkin değişikliklerle olumlu gelişmelere neden olan KAH'ında, hastalara yönelik bakım ve taburculuk sonrasındaki dönemde de izlem açısından hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bireylerin eğitimi, hazırlığı, durumları ile baş etmede, tedaviye uyumlarında, uygun yaşam biçimi değişikliği yapmalarında etkili olabilir. Hemşire hastaların tutumlarını tanımlamalı ve hastanın çeşitli risklere eğilimini açıklayarak gerçek hedefler geliştirmesine yardımcı olmalıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Klinik gözlemlerimiz, anjiyografi ve PTCA sonrası bazı hastaların verdikleri tepkilerden yola çıkarak, hastaların durumları ile ilgili yaşam biçimi değişikliklerinin önemini çok iyi kavrayamadığı ve sigaranın bırakılması gerekliliği dışındaki diğer yaşam biçimi davranışları hakkında yeterli bilgiye ve motivasyona sahip olmadıkları yönündedir. Bu araştırma yukarıdaki görüşlerden yola çıkarak, hastaların koroner anjiyografi ve PTCA sonrası yaşam biçimi değişikliklerini ve buna yönelik hemşirelik yaklaşımını belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı ve Prevalansı

Koroner arter hastalığı ya da kısaca KAH, ateroskleroza içeren kan damarları hastalığının bir tipidir. Aterosklerozis, yunanca iki kelimedenden oluşmuştur; *athere* “yağlı tabaka” ve *skleroz* “sert, sıkı” . Bu kelimeler, aterosklerozun yumuşak yağ birikimi şeklinde başladığı ve yaşla birlikte sertleştiğini anlatır. Ateroskleroz, büyük ve orta boyuttaki arterlerin, temel olarak intima tabakasına yerleşen, kesintisiz bir süreçtir. Bu hastalık sürecini tanımlamak için kullanılan terimler arasında aterosklerotik kalp hastalığı (ASKH), kardiyovasküler kalp hastalığı (KKH), iskemik kalp hastalığı (İKH), koroner kalp hastalığı (KKH) yer alır (12, 35, 36).

Amerika’ da Koroner arter hastalığı (KAH) olan hasta sayısı 13.200.000’dir. Amerikan Kalp Derneğinin verilerine göre bu sayıya 2004 yılında 1.2 milyon yeni ya da tekrarlayan koroner atak eklenmiştir. Amerika için kalp ölümlerinin sayısı nispeten sabitleşmiştir ve yıllık 700.000’dir. Koroner arter hastalığı bunların %60’ından sorumludur. Ülkemizde ise TEKHARF çalışması koroner arter hastalığının Türkiye’deki durumu hakkında bilgiler vermektedir. Buna göre ülkemizde 1.6 milyon kişi koroner arter hastasıdır ve erişkin nüfusta koroner arter hastalığı prevalansı %3.8’dir. Ancak hastalığın klinik bulgularını vermeye başladığı yaş gruplarına bakıldığında 60-69 yaş grubunda prevalansın %14’ü aştığı görülmektedir (4, 5, 6, 7, 10, 35, 37).

2.2. Koroner Arter Hastalığının Nedeni: Ateroskleroz Süreci

Aterosklerozis, koroner arter hastalığının başlıca nedenidir. Aterosklerotik süreci hangi olayın ya da olaylar dizisinin başlattığı bilinmemektedir. Bu süreci açıklamaya yönelik geliştirilen hipotezler içinde en yaygın kabulü “*hasara tepki hipotezi*” görmektedir. Buna göre olayı endotel disfonksiyonu başlatmaktadır. Metabolik, mekanik, toksik, immünolojik olaylar ile enfeksiyonlar endotel disfonksiyonuna neden olurlar. Bilinen risk faktörlerinin hemen hepsi (sigara, hipertansiyon, diyabet, hiperkolesterolemi, okside LDL kolesterol) endotelde işlevsel bozukluğa yol açabilir. Disfonksiyon, tek hücre sırasında oluşan bu tabakanın, kan

ile damar duvarı arasında bariyer olma özelliğini, seçici geçirgenliği ve antitrombotik yapısını bozar. Bunun sonucunda gelişen inflamatuvar ve proliferatif olaylar dizisi aterosklerotik plağın oluşmasına neden olur (35).

Plağın yapısı ve oluşturduğu klinik tablo ile arasındaki ilişki incelendiğinde, kararlı (stabil) aterosklerotik plak ve kararsız (unstabil) aterosklerotik plaktan söz edilir. Bir aterom plağının kararlı diye nitelendirilmesi, komplikasyon riskinin düşük olduğunu anlatır. Bir aterom plağı lümeninde kritik düzeyde daralma yapacak kadar büyür ise oluşturacağı klinik tablo kararlı angina pektorisidir. Bir aterom plağının komplike olması ile de koroner arteri kritik düzeyde daraltacak kadar büyük olması gerekmez. Daha küçük oldukları için önceden myokard iskemisine neden olmayan anca kararsız olan plaklar da yaralanarak akut koroner sendromlara yol açabilirler (35, 38).

2.3. Risk Faktörleri

Risk faktörleri, bireyde hastalığın gelişme şansını belirleyen, hastalığın yüksek insidansı ile ilişkili özelliklerdir. Bir hastalık nedeni de olabilirler. Risk faktörlerinin çoğu, ateroskleroz ile ilişkili bulunmuştur. Ateroskleroz, genler ve çevre arasında çok sayıda etkileşimin bir sonucudur. Genetik faktörler nadiren tek başına bir semptomatik ateroskleroza neden olabilirler. Ancak çevresel faktörler hastalığın ilerleme hızını, belirgin şekilde etkileyerek KAH gelişip gelişmeyeceğini etkiler. Aterosklerozun neden olduğu klinik olaylar için kolesterol (total ve LDL), düşük serum HDL kolesterol, sigara, yüksek kan basıncı, diyabetes mellitus ve ileri yaşı içeren bazı bağımsız majör risk faktörleri tanımlanmıştır. Farklı toplumlardaki risk faktörleri, değişkenlik gösterebilir. Örneğin, diyabetes mellitus Avrupa’da majör bir risk faktörü olarak tanımlanırken, ABD topluluklarında minor bir risk faktörü olabilir. Tedavi edilmedikleri takdirde bu risk faktörlerinden herhangi biri klinik hastalığa yol açabilirler (10, 12, 36, 38).

Risk faktörleri; değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olmak üzere sınıflandırılabilirler (12, 36).

2.3.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri

Yaş. Yaş, KAH açısından güçlü bir risk faktörüdür. Nedeni bilinmemekle beraber, ateroskleroz oluşumu ile KAH mortalitesi yaşla artmaktadır. Yaşa bağlı arter sertleşmesiyle artan nabız ve sistolik kan basıncı miyokard enfarktüsü ve koroner ölümü öngören güçlü parametrelerdir (38).

Cinsiyet. Her iki cinste majör kardiyovasküler risk faktörlerinin aynı olmasına karşın, KAH erkeklerde kadınlardan 10-15 yıl daha erken başlamaktadır. Diyabetes mellitus kadınlarda kadın olma faktörünün kazandırdığı koruma faktörünü yok edecek düzeyde güçlü bir risk faktörüdür. Cinsiyetin KAH riski üzerindeki çarpıcı etkisi kolesterole bağımlıdır. Kolesterol düzeyi ne kadar yüksekse olay riski daha yüksektir ve cinsiyetten bağımsız olarak olay daha erken ortaya çıkmaktadır. Premenapozal dönemle uyumlu olarak KAH'ndan koruyucu en olası faktörün östrojen olabileceği düşünülmektedir. Menapoz sonrası östrojen tedavisiyle endotel fonksiyonlarında iyileşme görülmesi östrojenin damar duvarında doğrudan ateroskleroza karşı koruyucu etkilerinin olduğunu düşündürmektedir (12, 36, 38).

İrk. Miyokard infarktüsü insidansı, en fazla beyaz ırkta ve orta yaş erkeklerde görülür. Afrika kökenli Amerikalılar hipertansiyona daha yatkın olmalarına karşın, aynı yaştaki beyaz ırka göre KAH yönünden daha az risk altındadırlar. Tam tersi olarak da Afrika kökenli Amerikalı kadınlar ise, beyaz kadınlara göre KAH açısından daha daha yüksek risk taşımaktadırlar (12, 36).

Aile öyküsü ve kalıtım. Koroner arter hastalığının oluşumunda genetik yatkınlık önemli bir faktördür. Koroner arter duvarındaki bazı konjenital defektler, kişilerde plak oluşumuna yatkınlığı arttırmaktadır. Otozomal dominant bir özellik olan hiperlipoproteinemia, koroner arter hastalığının erken yaşlarda görülmesi ile yakından ilişkilidir (12, 36).

2.3.2. Değiştirilebilen risk faktörleri

Serum kolesterol düzeyleri. Serum kolesterol düzeyleri ve KAH arasında tüm dünyada güçlü bir bağıntı vardır. Total kolesterol düzeyleri 150 mg/dl olan toplumlarda başka bir majör risk faktörü olsa bile aterosklerotik olaylar seyrek. Yapılan çalışmalar erkek ve kadınlarda KAH semptomları olsun ya da olmasın LDL'nin aterosklerozun önemli bir nedeni olduğu doğrulanmaktadır. Yüksek LDL kolesterol düzeyi primer risk faktörü olarak görülmektedir. Düşük HDL kolesterol ve lipid dışı faktörler de LDL' nin etkisini artırır (38).

Hipertansiyon. Hipertansiyon, KAH için bağımsız majör bir risk faktörüdür. Yüksek ve düşük riskli toplumlarda KAH'na bağlı ölüm riski ile hipertansiyon ilişkili bulunmuştur. Hipertansiyon ve hiperkolesterolemi koroner ateroskleroz oluşumunda güçlü biçimde etkileşir. Framingham çalışmasının son verilerine göre KAH riskini öngörmeye nabız basıncı, sistolik ve diyastolik basınçtan daha üstündür (38).

Sigara. Sigara, yüksek ve düşük riskli toplumlarda aterosklerozla ilişkili klinik olaylarda majör ve değiştirilebilen tek risk faktörüdür. Birleşik Devletlerde KAH'na bağlı ölümlerin %30'u sigara içmeye bağlanmaktadır. Günde her on sigara içimi, kardiyovasküler mortaliteyi erkeklerde %18, kadınlarda %31 arttırmaktadır. Sigara içme patojenik olarak kolesterole bağlı bir risk faktörüdür ve diğer risk faktörleriyle sinerjistik yönde etki ederek KAH riskini artırır. Sigara HDL' yi düşürür, sigara içen sağlıklı genç erişkinlerde endotel bağımlı vazodilatasyonda doza bağlı ve geriye dönebilen bir bozulma saptanmıştır, böylece koroner arter spazmına da katkıda bulunur. Fibrinojen seviyesini ve trombosit agregasyonunu artırır. Ayrıca yanan sigarada oluşan karbonmonoksit, karboksihemoglobin seviyesini artırır ve kanın O₂ taşıma kapasitesini azaltarak anginayı uyarmada gerekli egzersiz seviyesi düşer (36, 38).

Bedensel hareketsizlik. Bedensel hareketsizlik, bedensel egzersizin düzenli ve yeterli olmamasıdır. Bazı uzmanlar bedensel egzersizi, haftada üç kez, en az 30 dk kadar terlemeye ve kalp hızını dakikada 30 ile 50 atım arttıran egzersizler olarak

tanımlamaktadırlar. Bedensel aktivitelerin HDL düzeyini arttırdığı ve fibrinolitik aktiviteyi sağladığı ve böylece pıhtı oluşumunu azalttığı düşünülmektedir. Ayrıca egzersizin kollateral dolaşım gelişmesini sağladığına inanılmaktadır. Bedensel yönden hareketsiz olan kişilerde egzersizin, lipid metabolizmasını daha etkili hale getirerek, HDL₂ yapımını arttırarak ve çalışan kas gruplarında O₂'nin daha iyi kullanılmasını böylece de kalp yükünün azaltılmasını sağlayarak KAH riskini azalttığı düşünülmektedir. Bedensel yönden aktif kişilerde, obezite nadiren görülmekte, böylece KAH yönünden iki risk faktörünü ortadan kaldırdığı gözlenmektedir (35, 36).

Obezite. Normal ağırlıklı kişilere göre şişmanlarda (kişinin boy ve vücut yapısına göre ağırlığının %30 ve daha fazla olması) KAH'dan ölüm oranı istatistiksel olarak daha yüksektir. Risk, obezite derecesiyle orantılı olarak artmaktadır. Obez kişilerde, ateroskleroz ile güçlü ilişkisi olan LDL düzeyinin arttığı düşünülmektedir. Obesite artarken kalbin boyutu da büyür ve myokardın O₂ gereksinimi de artar (36).

Diyabetes mellitus. Diyabet, önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür. Epidemiyolojik çalışmalar, kardiyovasküler mortalitenin diyabetli olmayanlara göre diyabetli erkeklerde iki-üç kat, diyabetli kadınlarda ise üç-beş kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Diyabetli hastalarda ölümlerin %70-80' i kardiyovasküler hastalıklara bağlıdır. Diyabetin ateroskleroza etkisi tam olarak belli değildir ve ateroskleroza hızlandırmıyorsa trombotik olayları teşvik ederek ateroskleroza bağlı olay riskini arttırabilmektedir (35, 38).

Stres ve davranış şekilleri. Framingham çalışması, KAH gelişmesinde davranışların ve yaşam biçiminin tetikleyici olduğuna ilişkin bulgular göstermektedir. A ve B tipi davranış tanımlanmıştır. A tipi davranış, mükemmeliyetçi ve aşırı çalışma davranışı içerir. Zamanın yetmemesine bağlı sıkıntıları vardır, bu stres ve gerginlik yaratır. Bu kişiler, B tipi kişilere göre kalp ataklarına daha yatkındırlar. B tipi kişilikte olanlar her şeyi olurlarına bırakır, kişisel sınırlılıklarını bilirler, kendilerine gevşemek için zaman verirler ve önceliklerini korurlar. Framingham çalışmasında, A tipi kadınlarda KAH insidansı iki kat, B tipi

kadınlarda angina insidansı ise üç kat fazla bulunmuştur. B tipi erkeklerle karşılaştırıldığında A tipi erkekler arasında angina, MI, KAH insidansı iki kat fazladır (36).

Sempatik stimülasyon ve stresin KAH gelişimine yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir. Sempatik stimülasyon, epinefrin ve norepinefrin salınımını arttırmaya neden olur. Bu stimülasyon, kalp hızı ve myokardın kasılma gücünü arttırarak, O₂ tüketimini arttırır (12, 36).

Alkol. Fazla alkol tüketenlerde HDL'nin atero koruyucu özelliği yitirilmektedir. Aşırı alkol alımının daha sonra rebound tromboza yol açtığı, miyokard enfarktüsü, inme, ventrikül fibrilasyonuna bağlı ani ölüm riskini arttırdığı izlenmiştir (10, 38).

2.4. Koroner Kalp Hastalıklarının Klinik Şekilleri

Koroner kalp hastalıklarının tip ve derecesine göre sınıflandırılması keyfi olup tatmin edici değildir. Çünkü klinik bulguları birbiri içine girmiş ve progresif iskemi, nekroz, spazm, fibrozis ve sol ventrikül disfonksiyonu ile farklı bir dağılım gösterir. Bulguların herhangi biri başlangıçta ortaya çıkabilir ve hasta aynı klinik şekilde kalabileceği gibi, başka bir şekle de geçebilir. Bu sendromun koroner arter patolojisi ile ilişkisini belirlemek de güçtür. Çünkü aynı aterosklerotik lezyon (trombüsle birlikte veya değil), ani ölüm, miyokard enfarktüsü, kararlı veya kararsız anginanın herhangi birinden sorumlu olabilir veya hiç birinde semptom olamayabilir. Bundan başka klinik semptomları da kararlı veya kararsız anginadan, akut miyokard enfarktüsü ve sonuçta kronik kalp yetersizliğine doğru belli bir düzen içinde ilerleme göstermez (10, 39).

2.5. Semptomlar

Koroner sendrom kliniği, asemptomatik durumdan semptomatik angina pektoris ve miyokard enfarktüsüne kadar geniş bir dağılım gösterebilir. Kalbin O₂ gereksinimi, sağlanan kan hacmini aştığında geçici myokard iskemisi ile angina pektoris oluşur. Miyokard iskemisi ve metabolik artıkların birikmesi, koroner arterlerle birlikte olan sempatik sinirleri uyarır. Hastalar genellikle anginayı ağrı olarak değil, göğüste sıkışma, baskı hissi, yanma, huzursuzluk veya hazımsızlık olarak tanımlar. Angina, nokta veya bıçaklanma şeklinde lokalize edilemez ve spazmodik değildir. Anginanın yayılımı, kişiler arasında farklılık gösterebilir ancak kararsız angina veya miyokard infarktüsü eklenmedikçe, her hasta için genellikle aynı bölgededir. Hastaların %80-90'ı rahatsızlığı, göğüste, sternumun hafif soluna veya arkasında hissederler. Anjina sıklıkla egzersizle gelişir ve istirahatle yatıştır. Torasik ve üst ekstremiteler kaslarını çalıştıran egzersizle veya yokuşa doğru hızlı yürüme anjina atakları başlatır. Yemek sonrası, heyecanlanma veya soğuğa maruz kalma durumlarında daha düşük seviyeli egzersizler anjinayı başlatır. Sabahları veya kuvvetli heyecandan sonra angina eşiği daha düşüktür. Ağır mental stres egzersiz yapmadan da angina ataklarını uyarabilir (10, 38).

Anginayı deneyimleyen kişide korku duyguları eşlik eder. Prinzmetal angina majör bir koroner arterin spazmı nedeniyle sıklıkla istirahat sırasında oluşur ve daha uzun sürer, kişiyi uykudan uyandırabilir. Eğer hasta miyokard enfarktüsü geçiriyorsa, ağrıya bulantı-kusma, ateş, kan basıncı ve nabız değişiklikleri eklenebilir (36, 38).

2.6. Koroner Arter Hastalık Tanısı

Uygun öykü ile hastaların %90'ından fazlası için tanı konulabilmektedir. Bunun dışında serum lipidlerini değerlendirmede laboratuvar bulguları; geçirilmiş MI bulguları, nonspesifik ST-T değişiklikleri, AV veya intraventriküler ileti defetleri gibi bulguları belirlemede EKG; akciğer ve iskelet bozukluklarını ekarte etmede telegrafi; angina teşhisini kanıtlamak, bilinen KAH olan hastalarda prognoz açısından tedaviye yanıtı değerlendirmede, sessiz myokard iskemisi yönünden asemptomatik grubu taramada egzersiz stres testi; iskeminin sintigrafik değerlendirilmesi; ekokardiyografi; koroner arterlerde darlığın lokalizasyon ve

şiddetini göstermede koroner anjiyografi gibi tanı yöntemleri kullanılabilir (10, 35, 41).

2.6.1. Koroner anjiyografi

Arter yoluyla kalp damarlarına kontrast madde verilip sineanjiyografik filme veya CD' ye kaydedilmesi işlemine "*koroner anjiyografi*" denir. Andre Cournand ve Dickinson Richard'ın 1940 yılındaki çalışmaları ile anjiyo işlemi, invaziv kardiyolojide yerini almıştır (10).

American College of Cardiology (ACC) ve American Heart Association (AHA) klavuzlarına göre koroner anjiyografinin endikasyonları; asemptomatik veya kararlı angina, kararsız angina, revaskülarizasyon sonrası iske mi, miyokard infarktüsü sonrası ve nonspesifik göğüs ağrısı olarak sıralanmaktadır. Günümüzde kalp kateterizasyonu için en yaygın endikasyon, semptomların fiziksel aktiviteyi kısıtlaması, akut koroner iskemik sendromlu hastalarda, PTCA, stent ve bypass gibi invaziv ve tedavi girişimi düşünülmesidir. Akut iskemik sendromlu hastalarda kalp kateterizasyonunun hedefi sorumlu koroner arteri tespit etmek ve mümkünse PTCA ile damar açıklığını sağlamaktır. Ayrıca kateterizasyon işlemi açık kalp operasyonuna karar vermek için, damar darlıkları, darlığın tipi (spazm, trombus, aterom plağı), sol ana koroner arter hastalığı ve beraberinde ciddi kapak hastalığı gibi önemli bilgiler sağlar. Perkütan koroner girişim her hasta için Her hastada kardiyak kateterizasyon için endikasyonları kadar, tüm kontrendikasyonların da dikkatli düşünülmesi aynı derece önemlidir. Kalp kateterizasyonunun komplikasyonları olarak ölüm, miyokard enfarktüsü, geçici ya da kalıcı nörolojik olaylar, acil bypass, kardiyak perforasyon, aritmiler, onarım gerektiren lokal vasküler sorunlar, vazovagal reaksiyonlar, alerji vb. sayılabilir. (10, 38).

Hastanın hazırlığı. Koroner anjiyografiye hazırlıkta bir gün öncesinde hasta dosyası (biyokimya, tele, hepatit markerlar, eko, vb) laboratuvara götürülecek şekilde hazırlanır. Hastanın kontrast maddeye alerjisi olup olmadığı sorgulanır. Periferik arter hastalığı varsa değerlendirilir. Böbrek yetersizliği varsa uygun opak madde ve miktarı belirlenir. Hasta anjiyografiye gelmeden önce uygun sedasyon yapılır (10).

Hastanın koroner anjiyografiye hazırlanışında ise hastaya işlem ve aletler hakkında bilgi verilir ve onamı imzalatılır. Koroner anjiyografi laboratuvarında ise hastanın dosyası tekrar gözden geçirilir. Hasta masaya yatırılır ve üzerine steril bir örtü örtülür. Monitörize edilir. Derin nefes alma ve öksürük egzersizleri yapılır. Kateterizasyon seti hazır hale getirilir. Bütün sistem ve sterilizasyon gözden geçirilerek kontrol edilir (10).

2.7. Koroner Arter Hastalığının Tedavisi

Tedavide temel hedefler semptomları azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak, myokardın hasarını azaltmak ve tekrarlamaları önlemektir (42).

2.7.1. Koroner arter hastalığının ilaçla yönetimi

Koroner arter hastalığının ilaçla yönetiminde antiplatelet (aspirin), antikoagülan (heparin), antiagregan, trombolitik tedavi, vazodilatatör (nitratlar), angina profilaksisinde beta adrenerjik blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiotensin-converting enzim inhibitörleri ve lipid düşürücü ilaçlar kullanılabilmektedir (35, 36, 38, 41, 42, 43, 44).

2.7.2. Koroner revaskularizasyon girişimleri

KAH tedavisinde perkütan transluminal koroner anjiyoplasti, (PTCA), stent yerleştirilmesi, atherektomi, laser anjiyoplasti gibi cerrahi olmayan koroner revaskularizasyon girişimleri yer alır (36, 38, 45).

Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti (PTCA). Ucunda şişirilebilen balonu olan bir kateter, uygun bir koroner artere sokulur. Lezyon yeri belirlendiğinde kateter lezyonu geçer geçmez balon şişirilir ve atherosklerotik plak bastırılır. Böylece damar dilatasyonu sağlanır (35, 36).

Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti ya da lümen genişliğini arttırabilmek için aterosklerotik plağın cerrahi olmayan yaklaşımla mekanik değişikliğe uğratılması kavramı ilk olarak 1964 yılında Dr. Dotter ve Judkins

tarafından öne sürülmüştür. Perkütan arteryal yolla iliofemoral arterdeki aterosklerotik plaktan çeşitli sert kateterleri geçirerek lümen çapındaki düzelmeyi göstermişlerdir. 1977 yılında ise Dr. Gruentzing, bypass cerrahisine gereksinim olmadan balonlar kullanılarak aterosklerotik daralmayı gidermek için klinikteki ilk perkütan transluminal koroner anjiyoplasti uygulamasını gerçekleştirmiştir (38, 41, 45).

Bazı hastalarda PTCA koroner bypass cerrahinin gerçek bir alternatifidir. Kateter laboratuvarında yapılması, yalnızca lokal anestezi ve sedasyon gerektirmesi, işleme bağlı morbiditenin düşük olması, iyi seçilen hastalarda işleme bağlı mortalitenin düşük olması, kısa süre hastanede kalınması, erken işe dönme ve işlemin tekrarlanmaya elverişli olması yöntemin önemli avantajlarıdır. Koroner bypass cerrahisi ile PTCA'nın uzun dönemli sonuçlarını karşılaştıran çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, PTCA ile koroner bypass operasyonu arasında mortalite açısından bir fark saptanamazken, anjiyoplastinin yararlarını sınırlayan üç ana durum söz konusudur. Birincisi; disseksiyon ve ani tıkanma gibi işleme bağlı olarak ortaya çıkan komplikasyonlardır. İkincisi, başarılı anjiyoplasti işleminden sonra genellikle ilk altı ayda ortaya çıkan restenozdur. Üçüncüsü, oldukça uzun ve diffüz lezyonlar ile kronik total okluzyonlar gibi kompleks patolojilerin varlığında PTCA işleminin başarısızlığa uğramasıdır. Yapılan çalışmalarda, PTCA grubunda erken dönem sorunu olan restenoz nedeni ile tekrar girişim olasılığı yüksek çıkmıştır (38, 41, 45).

Anjiyoplastiden sonraki aylarda restenoz %50'ye varan oranlarda olduğundan, işlem sırasında stent kullanımı gündeme gelmiş ve stent uygulanan akut MI olgularında mortalite, reenfarktüs ve revaskülarizasyon gereksinimi oranları düşük bulunmuştur. Stentler, genişleyebilir ağ gibi yapıdadır, arteryal duvarı baskılayarak ve vazokontrüksiyona direnç göstererek damar açıklığını sürdürmek için kullanılmaktadır. Stentler, damarı açık tutmak için anjiyoplasti alanının üzerine dikkatle yerleştirilir (35, 36, 38).

Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti endikasyonu ile kontrendikasyonları arasında belirgin bir ayrım yapılamamaktadır. Ancak, PTCA komplikasyonları sayılmak istenirse; koroner arter spazmı, akut tıkanma, kılavuz telin kırılması, yan dala tıkanma, distal damar embolisi, perforasyon, büyük kasık hematomu gibi arteriyal kateterizasyon komplikasyonları ve ölüm gibi komplikasyonlar sıralanabilir. Stent teknolojisinin de gelişmesiyle ilk yıllarda kontrendike olan lezyonlar bile artık düşük risk olarak kabul edilmektedir. PTCA için yüksek riskli grupta ileri yaş, bozulmuş sol ventrikül fonksiyonları olanlar, diyabetes mellitus, kararsız angina pectoris, erken dönem akut miyokard enfarktüsü, üç damar hastalığı, tek canlı kalan miyokard bölgesini besleyen damara girişim, kadın cinsiyet, önceden aspirin kullanmama, vb. yer almaktadır (45).

Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti personeli; girişimi yapacak kardiyolog, asistan hekim, steril bir hemşire, işlemi izleyen bir sirkulasyon hemşiresi, radyoloji teknisyeni, hemodinamik ölçümleri yapan teknisyen, hazır bekleyen bypass ekibinden oluşur (38, 45).

Hastanın PTCA girişimi öncesi hazırlığı. Hastaya işlemle ilgili ayrıntılı bilgi verilmesi gerekir. Hemşireler tarafından yapılan açıklamalar endişeyi azaltmaya yardımcı olur ve hasta ve ailesinin yeterince bilgilendiğinden emin olunur. İşlemin koroner anjiyografiden biraz daha uzun süreceği belirtilmelidir. Genel anesteziye gerek olmadığı ve femoral sheath'in anjiyoplastiden birkaç saat sonrasına kadar kasıklarında kalması gerektiği hastaya anlatılır. Balonun şişirilmesi sırasında göğüs ağrısının oluşabileceği, koroner bypass girişiminin gerekebileceği, çok az oranda (%0.5) mortalitenin söz konusu olduğu ve bazı durumlarda sonraki altı ay içerisinde restenoz (%10-30) nedeni ile işlemin tekrarlanması gereğinin olabileceği belirtilir. Hastaya PTCA girişimi ile ilgili ayrıntılı bilgi verildikten sonra, anlayıp anlamadığına ilişkin geri bildirimleri sorgulanır ve daha sonra yazılı onamı alınır. Son yıllarda koroner anjiyoplasti sırasında yüksek oranda stent takılması nedeniyle, aspirine ikinci bir antiagregan eklenmelidir. Tiklodipin, en az 3 gün öncesinden başlanır. Kan grubu belirlenir ve yüksek riskli gruplar için hazır taze kan bulundurulur (38, 45).

Hastanın PTCA girişimi sonrası bakımı. İşlem sonrası hasta geceyi serviste geçirir. Femoral arterdeki sheath genellikle işlemden 4 saat sonra çekilir. PTCA sonrasında hastanın EKG kaydı alınmalıdır. Dilate edilen damarın akut tıkanması göğüs ağrısıyla ve ilgili derivasyonlarda hızla yükselen ST segmentleriyle karakterizedir. Hastalara 150-300 mg/gün aspirin tedavisine devam edilir. Stent takıldı ise tiklodipin tedavisi sürdürülür (38, 45).

2.8. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Biçimi Değişiklikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı

Yaşam biçiminin değiştirilmesi, bireyin sigara içimi, alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları, günlük aktivite düzeyi, gibi sosyal davranış biçimleri ve psikososyal sorunlarının olumlu yönde değiştirilmesini hedefleyen bir yaklaşımdır. Kişiler sağlıklı iken sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesinde risk faktörleri ile ilgili değişikliklerin yapılması önemlidir. Semptomatik aterosklerotik lezyonların oluşması için kolesterol tek başına nadiren yeterlidir. Sigara ve hipertansiyon gibi tek başlarına atherojenik olmayan birçok kardiyovasküler risk faktörü, tıkalı arter hastalık oluşumunu hızlandırır. Klinik olarak hastalığı başlatan hiperkolesterolemiden çok hastalığı hızlandıran etmenlerin tedavi edilmesi daha önemli olabilir. Risk faktörünün önlenmesi ya da değiştirilmesi, hastalığı önler, halen hastalığı bulunanlarda prognoza olumlu etki yapar. Örneğin, LDL'nin 100 mg/dl'nin altına düşürülmesi hastalık ilerlemesini yavaşlatır. Ya da sigara içimine devam edilmesi, yeni semptomlarla hastalığı geri döndürebilir. Primer bakım takipte çok önemlidir. Bu nedenle kalp hastalıklarının önlenmesi ve erken tanısı üzerinde durulmalıdır. Çünkü, obezite ve 13-19 yaş grubunda sigara içimi artmış, fiziksel aktivite azalmış, hipertansif veya diyabetik kişilerin çoğu, hastalığının farkında değildir (5, 10, 24, 25, 36, 38).

Kardiyoloji alanında hizmet sunan hemşirelerin tüm kardiyovasküler hastalıklar ile özellikle koroner kalp hastalığı olan bireylerin hem fizyolojik hem de psikososyolojik sorunlarını tanıma ve bakımı planlama, kalp

hastalıklarından etkilenen birey ve aileye yardım etmek üzere yeterli bilgi birikimine ve anlayışa sahip olmalıdır (46).

2.8.1. Yüksek riskli kişilerin tanımlanması

Hemşire, akut bakım alanlarında ve toplumda KAH yönünden yüksek risk taşıyan kişileri tanıması gerekir. Yüksek risk yönünden taramalar, kişisel ve ailesel sağlık öykülerinin alınmasını içerir. Ailesinde kalp hastalığı öyküsü olup olmadığı yönünden hasta soruşturulur. Herhangi bir kardiyovasküler bulgu varsa, kaydedilmelidir. Yaşam biçimi şekillerini ortaya çıkartmak üzere yeme alışkanlıkları, diyetin tipi ve egzersiz düzeyi gibi çevresel faktörler tanımlanmalıdır. Sigara içme alışkanlıkları, alkol alımı, A tipi davranışları, yaşamındaki son stresli olaylar, uyuma alışkanlıkları ve anksiyete ve depresyon varlığı gibi psikososyal durumu irdelenir. İş yeri ve işin tipi; kirliliğe sunuk kalma, alerjenler ya da zararlı kimyasallar ve işle ilişkili emosyonel stresin derecesi gibi aktivite çeşidi hakkında önemli bilgiler sağlar. (36, 38).

Hemşire, hastanın hastanın sağlık ve hastalık inanışları ve tutumlarını tanımlamalıdır. Bu bilgiler, hastalık ve yaşam biçimi değişikliklerin hastayı nasıl etkilediğine ilişkin bazı veriler sağlayabilir ve kalp hastalığı hakkındaki yanlış anlaşımaları ortadan kaldırır. Hastanın eğitim düzeyi hakkındaki bilgi, eğitime hangi düzeyde başlanacağı konusunda karara yardımcı olabilir. Eğer hasta ilaç kullanıyorsa, ilaçların neler olduğu, ne zaman alındığı ve hastanın bu ilaçlara tutumunu bilmek önemlidir (36).

2.8.2. Yüksek riskli kişilerin yönetimi

Yüksek riskli kişiler tanımlandığında, koruyucu uygulamalar yapılmalıdır. Yaş, cinsiyet ve genetik kalıtım gibi risk faktörleri değiştirilemez. Bununla birlikte, bu risk faktörlerinden birine sahip olan kişiler, değiştirilebilir risk faktörlerinin ilave etkilerini değiştirerek ya da kontrol ederek, KAH riskini değiştirebilirler. Örneğin, ailesinde kalp hastalığı öyküsü olan genç bir adam, ideal kilosunu sürdürerek, yeterli bedensel egzersiz yaparak, doymuş yağ alımını azaltarak ve sigara içmeyerek miyokard enfarktüsü riskini azaltabilir (36) .

Beslenme yönetimi. Toplumlarda total yağ tüketimi, koroner kalp hastalığına bağlı mortalite oranları ile ilişkilidir. Yüksek serum kolesterol düzeyi olan hastalar öncelikle normal kiloya dönmelidirler. Hiperkolesterolemi için diyet tedavisi, yağ alımının azaltılmasına odaklanmalıdır. Doymuş yağ ve kolesterol alımını azaltan diyetin önemi üzerinde durulmalıdır. Doymuş yağlar ve kolesterolün başlıca kaynakları; kırmızı et, yumurta ve süt ürünleridir. Diyetle total kolesterol düzeyinde ortalama azalma %10-15 oranındadır. Yağdan fakir diyeti tam olarak uygulayan motive kişilerde total kolesterol düzeyi belirgin bir şekilde düşebilir (12, 25, 36, 42).

İlaçla yönetimi. Tedavi genellikle diyet kısıtlamaları ile başlar. Diyetteki yağ içeriği azaltılır ve kolesterol alımı kısıtlanır ve egzersiz eğitimi başlatılır. Serum kolesterol düzeyi diyet tedavisinden sonra yeniden tanımlanır. Eğer yüksekse, ilaç tedavisine başlanır (36, 42).

Bedensel sağlık. Son yıllarda bedensel sağlık, önemli bir alan haline gelmiştir. Toplumlar, tüm yaşlardaki kişiler için sağlık gereksinimlerine yönelik aerobik egzersizlerden yürüme, jogging programlarına kadar değişen egzersiz programları geliştirmişlerdir. KAH bulunan hastalarda egzersiz tedavisi iyileşmeye yardımcı olur. Yoğun fiziksel aktiviteden ziyade, orta düzeyde fiziksel aktivite önerilir. Çünkü, yoğun ve şiddetli fiziksel aktivite sırasında kardiyak arrest riski beş kat artmaktadır. Sedanter yaşam biçimini benimseyenlere göre uygun, orta düzeyde ve 30 dakikalık bir egzersiz ile fatal koroner olay riski yarı yarıya düşürebilmektedir. Amaç, aktif bir yaşam tarzı edinmek ve bunu devam ettirmektir. Düzenli fizik aktivite, kiloyu kontrol etmesinin yanı sıra, HDL kolesterolü yükseltir ve kemik kitlesi ve şeklini korumaya yardımcı olur. En alt düzeyde anksiyete ve depresyona karşı koruyucu olduğuna dair bulgular da vardır (10, 36, 42, 47, 48).

2.8.3. Konu ile ilgili araştırmalar ve hemşirelik yaklaşımı

Uluslararası düzeyde anjiyografi ve PTCA ile ilgili hemşirelik bakımı, acil durumlar, hastaların eğitim gereksinimi, hastanın izlemi, kanamanın ve komplikasyonların önlenmesi, ağrının giderilmesi, iyileşme algısı koroner arter hastalarının yaşamını sürdürmesi ve yaşam biçimi değişikliklerine uyum gibi bir çok konuda araştırmalar yürütölmüştür (1, 2, 18, 21, 22, 26, 29, 30, 32, 34).

White ve Frasure-Simith (1995), PTCA hastalarının hastanede sınırlı süre kalışı ve semptomların geri dönme riski nedeniyle koroner bypass yapılan hastalardan daha fazla belirsizlik yaşadıklarını saptamışlardır. PTCA sonrası hastaların bazılarının korku, kuşku, endişe yaşadıkları gibi, bazılarının da koroner arter hastalığının ilerleyişini güçsüzlüğün durduğunu belirterek yaşam biçimi değişiklikleri yapmadıkları, yaşam biçimi değişikliği yapanların da engellenme hissi yaşadıkları saptanmıştır. İşe geri dönmede, yaşam biçimi değişikliklerinin yapılması ve kişisel sağlık algısı ve yeterlilik önemli bir yere sahiptir (10, 22, 29, 32).

Higgins ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada, hastaların anjiyoplasti sonrası şiddetli endişe, uyku bozukluğu, yorgunluk, düşük enerji hissi yaşadığı saptanmıştır. Ladwig ve arkadaşlarının çalışmasında ise (2000), kendilerini eksik hisseden hastaların daha fazla endişe ve depresyon yaşadığı saptanmıştır Cronin ve arkadaşları (2000), PTCA sonrası hastaların iyileşmeleri ile ilgili çalışmalarında hastaların yaşam biçimlerinde değişiklik yapmaları gerektiğinin farkında olmadıklarını belirlemişlerdir (21, 29, 33).

Cronqvist ve arkadaşları (2000), PTCA hastalarının yaşadıkları rahatsızlık algılaması ve başetme yöntemlerini incelemiş, PTCA hastalarının tedavi sonrası algıladıkları önemli rahatsızlığın bel ağrısı olduğunu, ağrının korkunç olarak değerlendirildiğini ve hastalar tarafından en çok kullanılan baş etme yöntemlerinin, durumunu kontrol altında tutmaya çalışma, durumun kabullenilmesi, olumlu düşünme, bulunduğu durumdan çıkmaya çalışma, neşeli

olmaya çalışma, bir şeyleri kendi kendine çözmeye çalışma gibi yöntemler olduğunu saptamıştır (30).

Ülkemizde de bu alanda çalışmaların yapıldığı görülmektedir. İyianı'nın çalışmasında (1996), hemşirelerin koroner anjiyografi sonrası uyguladıkları bakım ve bakıma ilişkin bilgileri araştırılmış ve hemşirelerin koroner anjiyografi sonrası hemşirelik bakımına ilişkin bilgi puan ortalamalarının ve buna bağlı olarak koroner anjiyografi sonrası hastaya uygulanan hemşirelik bakım puan ortalamalarının da düşük olduğu saptanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda, hemşirelere koroner anjiyografi sonrası hemşirelik bakımına ilişkin hizmet-içi sürekli eğitim verilmesi, uygulamada kullanılabilen bir bakım formunun hazırlanması, konu ile ilgili hastayı bilgilendirme ve taburculuk eğitimine ilişkin yazılı bir bilgi formu hazırlanması önerilmiştir (2).

Farklı bir çalışmada, koroner anjiyografi sonrası kanama komplikasyonu ve sıklığını etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Bu çalışma sonucunda, koroner anjiyografi uygulanan kişilerde işlem sonrası kanama komplikasyonunu etkileyebilecek tüm risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve tüm ekibin bu bilgilerden haberdar olması gerektiği belirtilmiştir (18).

Ergün'ün (1998), PTCA uygulanan hastalara yönelik geliştirilen standart hemşirelik bakım modelinin hastanın yaşam kalitesine ve bakım yeterliliğine olan etkisini incelediği çalışmasında ise, standart hemşirelik bakımı vermenin PTCA uygulanan hastaların yaşam kalitesini yükselttiği ve hastaların verilen hemşirelik bakımını çok daha yeterli buldukları ortaya konulmuştur (1).

Esen ve arkadaşlarının çalışmasında, koroner anjiyografi uygulanacak hastaların girişime ilişkin bilgi gereksinimlerinin belirlenmiş, hastaların %60'ının konu ile ilgili bilgisi olmadığı, %88'inin bilgi edinmek istediği, %62'sinin konu ile ilgili bilgisi olmadığı için çok endişeli olduğu bulunmuştur (34).

Okçin'in çalışmasında ise (2000), koroner stent uygulanan hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin hastaların tedaviye uyum durumlarına olan etkisi incelenmiştir. Bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, koroner stent uygulanan hastaların, girişime ve girişim sonrası tedavi, bakım ve kullandıkları ilaçlara yönelik bilgi gereksinimleri olduğu ve planlı sağlık eğitimi verilmesinin koroner stent uygulanan hastaların tedaviye uyum durumunu olumlu yönde etkilediği ortaya konulmuştur (26).

Prospektif randomize çalışmalarda PTCA yöntemi ile tedavi olan hastalarda yaşam biçiminde davranışsal değişiklikler açısından oryantasyon programlarının etkileri değerlendirilmiştir. Bu programlar, sigarayı bırakma, stres yönetimi, düzenlenmesi, egzersiz gibi yaşam biçimi davranışları ile risk faktörlerinde değişimin uzun dönemli başarısı sağlanmaya çalışılmaktadır. Ortalama yaşam süresinin artması, KAH'nın görülme yaşının düşmesi ve verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artmasıyla KAH ile yaşamını sürdürmek zorunda kalan grupta büyük artış olmuştur (13, 19).

KAH riski taşıyan kişiler için sağlığı yükseltici davranışlar konusunda eğitim vermede hemşire önemli bir rol oynayabilir. İleri yaşlarda önemli bir yaşam biçimi değişiklik zorunluluğunu azaltmak için erken yaşlarda olumlu yaşam biçimi alışkanlıklarının edinilmesi önemlidir. Özellikle değiştirilebilir risk faktörleri olan kişiler, kalp hastalığı riskini azaltmak için yaşam biçiminde değişiklikler yapmak üzere desteklenme ve motive edilme gereksinimini duyarlar. Motivasyonu iyi olan kişiler bu riski nasıl düşüreceğini bilmek isterler. Sağlık sorumluluğunu üstlenmede daha az motive kişiler yaşam biçiminde değişiklik yapmak istemediğinden risk faktörleri azaltılamayabilir. Hemşire, bu kişilerin bireysel değerlerini netleştirmeye yardımcı olmalıdır. Daha sonra hemşire, risk faktörleri ve çeşitli risklere eğilimini açıklayarak KAH eğilimini tanımlamada ve kişiye aynı zamanda gerçek hedefler geliştirmesine yardımcı olabilir. Bu risk faktörlerinden ilk önce hangisini değiştireceğini seçmesine izin verir. Bazı kişiler açık semptomlar görülene ya da enfarktüs gelişene kadar bu değişiklikleri geciktirebilir. Kalp atağı geçiren diğer kişiler yaşam boyunca olan alışkanlıklarını değiştirmeyi kabul edilemez bulabilir.

Hemşire böyle tutumları tanımlamalı ve seçim hakkının olduğunu belirtmeli ancak sonuçlarını da açıklamalıdır (36, 38).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, hastaların anjiyografi ve PTCA sonrası yaşam biçimi değişiklikleri ve buna yönelik hemşirelik yaklaşımını belirlemek amacıyla yürütülen tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Bu araştırma, Bolu'daki Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi kardiyoloji servisine Eylül-Kasım 2005 tarihleri arasında başvuran koroner anjiyografi ve PTCA işlemi uygulanan hastalarla birlikte yapılmıştır. Adı geçen hastane Kasım 2003 tarihinde hizmete açılmıştır. Hastanede toplam 260 yatak, altı klinik ve 15 poliklinik vardır. Bolu'da Anjiyografi ve PTCA işlemlerinin yapıldığı tek hastane olması nedeniyle, araştırma evreni olarak bu hastane seçilmiştir.

Hastanede toplam 70 hemşire görev yapmaktadır. Hemşirelerin günlük çalışma saati 8:00-16:00 ve 16:00-08:00 olmak üzere iki vardiya şeklindedir. Kardiyoloji bölümünde, iki poliklinik ve yoğun bakımı da içinde olan bir klinik vardır. Klinik 19 yatak kapasitesine sahiptir. Koroner anjiyografi ve PTCA, anjiyografi laboratuvarında, salı ve perşembe olmak üzere haftada iki gün uygulanmaktadır. Yılda ortalama 650 kişiye anjiyografi ve 70 kişiye PTCA işlemi yapılmaktadır.

Kardiyoloji bölümünde üç öğretim üyesi ve beş asistan hekim, bir ön lisans, bir lise ve dört lisans mezunu hemşire çalışmaktadır. Anjiyografi ve PTCA işleminin yapıldığı günlerde bir eğitilmiş hemşire anjiyografi hemşiresi olarak steril, bir hemşire yardımcı hemşire olarak çalışmakta ve en az iki hemşire de işlem öncesi ve sonrası hastaların hemşirelik bakımını yapmaktadır.

Hemşireler, kalp hastalıkları ve kalp hastalarının bakımları konusunda eğitim almıştır. Koroner anjiyografi öncesi ve sonrası bakım kardiyoloji kliniğinde yapılmaktadır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi standart bakım formlarından yararlanılarak hazırlanan bakım formları kullanılmaktadır. Hekim tarafından anjiyografi ya da PTCA işlemi endikasyonu konulan ve bu işlemi yaptıрма kararı alan hastalar servisten işlem için randevu almakta ve randevu günü servise gelmektedir. Servise geldiğinde koroner Anjiyografi veya PTCA yapılacak olan hastalar, 08:30-09:00 saatleri arasında yatış işlemlerini yaptırmakta, hastanede kaldıkları sürede bir refakatçiye izin verilmektedir.

Yatış işlemi yapılan hastalar hemşireler tarafından odalarına yerleştirilmekte ve işlemle ilgili bedensel hazırlıkları yapılmaktadır. Hastaların bedensel hazırlığı; hastanın önlüğünün giydirilmesi, damar yolunun açılması, elektrokardiyografi (EKG) ve yaşam bulgularının ölçülmesi, takı vs çıkarttırılması, mesane ve barsak boşaltımının sağlanması gibi işlemleri kapsamaktadır.

İşlemden önce her hasta bir asistan hekim tarafından muayene edilmektedir. İşlemden önce bedensel hazırlığı yapılan hastaya hem hemşireler hem de hekimler tarafından işlemin nasıl olacağı, süresi, işlem sonrası kum torbasının konulacağı, altı saat boyunca hareketsiz yatması gerekeceği gibi konularda bilgi verilmekte, hastaların korku endişe vb. tepkileri paylaşılmaktadır. İşlemden sonra da hastaların hemşireler tarafından hastanın yaşam bulguları, periferik nabızları ölçülüp, EKG'si çekilmekte, hekimler tarafından arteriyal şheatleri çekilip, yarım saat elle basınç uygulanıp, kum torbası konulmaktadır. Daha sonra, hemşireler tarafından kanama kontrolü, yaşam bulguları, periferik nabız, ısı ve renk takibine devam edilmektedir.

Kum torbası hastaların kasık bölgesinde altı saat kaldıktan sonra, hemşireler tarafından hasta mobilize edilmekte ve 24 saatlik bir izlem sonrasında hastalar ertesi gün aynı saatlerde taburcu olmaktadır. Hastalara akşam ve sabah hekim ve hemşireler tarafından en az iki ziyaret yapılmakta ve ziyaret sırasında

işlemin sonucu, sigara içilmemesi, diyet gibi konularda spontan eğitim hekimler tarafından, hasta taburcu olurken de ilaçların nasıl kullanılacağı, diyet değişiklikleri hemşireler tarafından anlatılmaktadır. Yaşam biçimi, diyet, ilaçların düzenli kullanımı, sigaranın içilmemesi gibi konularda spontan taburculuk eğitimi verilmektedir.

3.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler: Hastaların koroner anjiyografi ve PTCA sonrasındaki yaşam biçimi değişiklikleri.

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence, bilgi düzeyi, PTCA/anjiyografi sonucu, devam eden ağrı, dispne gibi semptomlar.

3.4. Alt Problemler

1. Perkutan Transluminal Koroner Anjiyoplasti (PTCA) olan hastaların tanımlayıcı özellikleri nelerdir?
2. Koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların hastalık durumlarına ilişkin hastaların özellikleri nelerdir?
3. Koroner anjiyografi ve PTCA yapılan hastalara uygulanan girişimle ilgili hastaların özellikleri nelerdir?
4. Hastaların koroner anjiyografi ya da PTCA girişimi işleminden hemen sonrasındaki görüşleri nelerdir?
5. Hastaların koroner anjiyografi ve PTCA girişiminden üç ay sonrasındaki yaşam biçimi değişiklikleri nelerdir?

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma kapsamına, Eylül 2005 - Şubat 2006 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Servisine Koroner anjiyografi ve PTCA endikasyonu ile hastaneye yatırılan hastalardan rastgele örnekleme ile seçilen, araştırma konusunda bilgilendirilen, araştırmaya katılmayı kabul eden ve konuşabilen hastalar

alınmıştır. Stent yerleştirilen hastalar da örnekleme dahil edilmiştir. Kuruma acil olarak başvuran ve primer PTCA yapılacak hastaların da örnekleme alınması planlanmış ancak araştırma süresince kuruma acil hasta gelmemiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Bolu’da koroner anjiyografi ve PTCA işleminin yapıldığı tek yer olduğu için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Tıp Fakültesi Hastanesi’nde koroner girişim yapılan hastalar üzerinde uygulanmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

3.7.1. Veri Toplama Aracının Hazırlığı

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanmış bir soru formu kullanılmıştır. Soru formunu, birinci bölümünde hastaların sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümünde hastalık ve işleme ait özellikler, üçüncü bölümde yaşam biçiminin belirlenmesine yönelik özellikler, dördüncü bölümünde anjiyografi/PTCA işleminden sonra hastanın sürdürdüğü yaşam biçimini ve değişikliklerin olup olmadığını belirlemeye yönelik açık ve kapalı uçlu toplam 54 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Hastalara araştırmanın amacı açıklanmış ve hastaların onayı alınarak, araştırma kapsamına alınmıştır. Soru formu, araştırmacı tarafından tek tek görüşme yöntemiyle ve hasta ile ilgili olan bazı bilgilerin (başka bir hastalığı olup olmadığı, hangi tür ilaçları kullandığı, işlem sonucu) doğrulanması için hasta dosyası incelenerek toplanmıştır. Hastaların soruları yanıtlama süresi ortalama 15 dakika sürmüştür. Soru formunun; hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalık ve işlem ile ilgili özellikleri ve mevcut yaşam biçimi ile ilgili özelliklerin yer aldığı birinci, ikinci ve üçüncü bölümündeki sorular hastaya işlemin uygulanmasından sonra, yatak istirahatinin bitip, kum torbasının alındığı dönemde uygulanmıştır. Hastalara üç ay sonra tekrar görüşmek için eve ziyarete gelineceği söylenmiş ve işlemten üç ay sonra hastanın sürdürdüğü yaşam biçimini ve değişikliklerin olup olmadığını belirlemeye yönelik soruların

bulunduğu dördüncü bölümü içeren soru formu, hastaların evlerine gidilerek uygulanmıştır.

3.8 Ön Uygulama

Soru formunun geçerliliği için araştırmanın ön uygulaması, 16-18 Ağustos 2005 tarihleri arasında Bolu Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde, koroner anjiyografi ve PTCA endikasyonu ile hastaneye yatırılan 10 hastaya yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmaya başlanmıştır. Bu tarihlerde soru formunun birinci bölümünde yer alan hastaların sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümünde yer alan hastalık ve işleme ait özellikleri, üçüncü bölümde yer alan yaşam biçiminin belirlenmesine yönelik özellikler hastalara yöneltilmiş, koroner anjiyografi/ PTCA işleminden sonra hastanın sürdürdüğü yaşam biçimi ve değişikliklerin olup olmadığını belirlemeye yönelik soruların yer aldığı dördüncü bölüm ise 05-09 Eylül 2005 tarihleri arasında hastaların evlerine gidilerek uygulanmıştır. Elde edilen verilere göre gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.9. Uygulama

Ön uygulamada elde edilen verilere göre gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra 13 Eylül 2005 tarihinde araştırmanın uygulamasına başlanmıştır. Veri toplama formu bir ay uygulandıktan sonra bir ay anjiyografi ekibinin şua izni nedeniyle anjiyografi ve PTCA işlemlerinin hastanede yapımına ara verildiği için uygulama formunun da uygulanmasına ara (10.Ekim.2005) verilmiştir. Dört hafta sonra (08.Kasım.2005), Kasım 2005’de veri toplama formunun uygulanmasına bir ay daha devam edilmiştir. Toplam iki ay uygulanması planlanan uygulama süresi PTCA hastalarının az olması nedeniyle yalnızca PTCA hastalarının araştırmaya dahil edilmesi için uzatılmıştır. Daha önce (anjiyografi işlemi uygulandığında) soru formu uygulanan hastalar araştırmaya dahil edilmediği için, daha önce soru formunun uygulanmadığı PTCA hastaları aranmıştır. Yeterli PTCA işlemi uygulanan hasta sayısına ulaşıldıktan sonra araştırma 07.02.2006 tarihinde sonlandırılmıştır. Araştırma kapsamına, 106 anjiyografi ve dokuz PTCA uygulanan toplam 115 hasta

alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların üç ay bekleme süresinden sonra yaşam biçimlerini belirlemek üzere hazırlanan veri toplama formunun dördüncü bölümünü içeren kısmı, 07.05.2006 tarihinde uygulanmaya ve hastalar evlerinde ziyaret edilmeye başlanmıştır. Haziran 2006'da araştırma sonlandırılmıştır. Araştırma süresince, araştırmaya katılmak istemeyen hasta olmamıştır ve araştırma kapsamına alınan hastalar içerisinde sadece bir hasta restenoz ile hastaneye başvurmuş ve tekrar PTCA+stent işlemi uygulanmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından tek tek bilgisayara kaydedilmiştir ve değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde özel bir bilgisayar programı Statistical Package of Social Science (SPSS) programından yararlanılmıştır. Hastalara uygulanan soru formundan elde edilen bilgiler sayı ve yüzde olarak incelenmiş ve tablolar halinde verilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları, beş ana başlık halinde gruplandırılmıştır. Birinci bölümde koroner anjiyografi ve Perkutan Transluminel Koroner Anjiyoplasti (PTCA) olan hastaların tanımlayıcı özellikleri; ikinci bölümde koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların hastalık durumlarına ilişkin bulgular; üçüncü bölümde koroner anjiyografi ve PTCA yapılan hastalara uygulanan girişimle ilgili bulgular; dördüncü bölümde hastaların koroner anjiyografi ya da PTCA girişimi işleminden hemen sonrasındaki görüşleri ve beşinci bölümde ise hastaların koroner anjiyografi ve PTCA girişiminden üç ay sonrasındaki yaşam biçimi değişiklikleri ayrıntılı olarak irdelenmiş ve değerlendirilmiştir.

4.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu alt bölümde; koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, evde birlikte yaşadığı kişiler ve sayısına ilişkin tanımlayıcı bazı özellikler yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n=115)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	73	63.5
Kadın	42	36.5
Yaş Grubu		
< 40 yaş	4	3.4
40-49 yaş	26	22.6
50-59 yaş	34	29.6
60-69 yaş	31	27.0
≥ 70 yaş	20	17.4

Devam ediyor ...

Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	14	12.2
Okur-yazar/ İlkokul	79	68.7
Ortaokul / Lise	12	10.4
Üniversite	10	8.7
Medeni Durumu		
Evli	95	82.6
Dul	20	17.4
Mesleği		
Ev Hanımı	41	35.7
Çiftçi	9	7.8
Memur	22	19.1
İşçi	23	20.0
Esnaf	20	17.4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	30	26.1
Çalışmıyor	46	40.0
Emekli	39	33.9
Sosyal Güvence		
SSK	67	58.3
Emekli Sandığı	36	31.3
Bağ-Kur	9	7.8
Yeşil Kart	3	2.6
Gelir Düzeyi		
Gelir gidere eşit	86	74.8
Gelir gidere göre fazla	7	6.1
Gelir gidere göre az	22	19.1
Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısı		
Yalnız yaşıyor	5	4.4
2-3 kişi	54	47.0
4 ve ↑	56	48.6
Toplam	115	100.0

* Hastalar birden fazla yakını ile yaşadığı için toplam sayısı fazladır.

Bu araştırma kapsamında yer alan anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastalara ilişkin bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmektedir. Tablo 1’den de görüleceği gibi bu hastaların yarısından fazlasını erkekler (%63.5) oluşturmuş, 40 yaş sonrası yaş gruplarında benzer bir dağılım olduğu, hastaların yaş ortalamasının 57.9 ± 11.3 olduğu, okur-yazar ya/yada ilkokulu mezunu olanların çoğunluğu oluşturduğu (%68.7), çoğunluğunun evli olduğu (%82.6), yaklaşık üçte birini ev hanımları (%35.7) oluşturmasına karşın memur, işçi ve esnaf gibi diğer meslek grupları arasında benzer yüzdelerle dağılım görüldüğü, halen %40’ının çalışmadığı ve %33.9’unun ise emekli olduğu, sosyal güvence olarak çoğunlukla SSK (%58.3) ve Emekli Sandığına (%31.3) bağlı oldukları, çoğunlukla gelir düzeylerinin giderlerine eşit olduğu (%74.8) ve yaklaşık yarısının (%48.6) evde dört ve daha fazla kişiyle birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Hastalar çoğunlukla eşi (%36.7) ve çocukları (%57.8) ile birlikte yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 1’de yer almamaktadır).

4.2. Koroner Anjiyografi ve PTCA Girişimi Yapılan Hastaların Hastalık Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu alt bölümde, koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların hastalık durumlarına ilişkin tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Bu çerçevede hastaların var olan hastalıkları, kalp hastalıklarına ilişkin bazı özellikleri (daha önce kalp krizi geçirme, acile başvurma, hastanede yatma, ailede kronik hastalık olma durumları); hastalara daha önce kardiyak işlem uygulanıp uygulanmadığı, hastaneye başvurma nedenleri, yakınmaları, angina fonksiyonel sınıflamasında hangi gruba girdikleri, hastaların sürekli kullandığı ilaç olup olmadığı ve kullandıkları ilaç grupları; yaşam biçimine yönelik bazı alışkanlıkları, diyet ve egzersiz özellikleri yer almıştır. Ayrıca, hastaların sağlığını ve hastalığının ciddiyetini algılama durumları, hastalığı ile ilgili endişe yaşama durumları, hastalığın yaşamlarını kısıtlamasına ve hastalığın gelecekteki planlarını etkileme durumlarına ilişkin hastaların görüşlerine de bu bölümde yer verilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Var Olan Kronik Hastalıkları (n=115)

Hastalık	Sayı	%
Koroner arter hastalığı	91	41.7
Diğer kalp hastalığı	22	10.0
Hipertansiyon	64	29.4
Diyabet	25	11.6
Diğer	16	7.3
Toplam	218*	100.0

*Hastaların birden fazla kronik hastalığı olduğu için toplam sayısı fazla çıkmıştır.

Koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların var olan kronik hastalıkları tablo 4.2’de verilmiştir. Buna göre, hastaların koroner arter hastalığının yanı sıra bazılarının diğer bir kalp hastalığına da sahip oldukları (%10.0) [diğer kalp hastalığı olan 7 hastada aritmi (%31.8), 5 hastada kapak hastalığı (%22.7) ve 10 hastada konjestif kalp yetmezliğinin (%45.5)] belirlenmiştir. Bazılarında kalp hastalığının yanı sıra hipertansiyon, diyabet ve diğer sistem hastalıklarının da olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3. Hastaların Kalp Hastalığına İlişkin Özellikleri (n=115)

Özellikler	Sayı	%
Kalp Krizi Geçirme		
Evet	34	29.6
Hayır	81	70.4
Acile Başvurma		
Evet	58	50.4
Hayır	57	49.6
Hastanede Yatma		
Evet	60	52.2
Hayır	55	47.8

Devam ediyor...

Ailede Kronik Hastalık Durumu		
Kalp Hastalığı		
Var	62	53.9
Yok	53	46.1
Hipertansiyon		
Var	57	49.6
Yok	58	50.4
Diyabet		
Var	36	31.3
Yok	79	68.7
Diğer		
Var	4	3.6
Yok	111	96.4
Toplam	115	100.0

Koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların kalp hastalığına ilişkin daha önce kalp krizi geçirme durumu, acile başvurma, hastanede yatma ve aile öyküsü gibi özellikleri Tablo 4.3’de gösterilmektedir. Buna göre, hastaların %29.6’sının daha önce kalp krizi geçirdiği, daha önce kalp krizi geçiren hastalardan iki kişinin iki kez, diğerlerinin bir kez kalp krizi geçirdiği belirlenmiştir. Hastaların yaklaşık yarısının (%50.4) daha önce acile başvurduğu ve daha önce kalp hastalığı nedeniyle hastanede yattığı (%52.2), hastanede yatan hastaların da çoğunun (%88.3) bir ya da iki kez hastanede yattığı belirlenmiştir.

Hastaların %53.9’unun ailesinde kalp hastalığı olduğu, kalp hastalığı olan kişi sayısının 0 ile 4 kişi arasında değiştiği ve ortalama 1.02 ± 1.14 kişide kalp hastalığı olduğu hastalar tarafından bildirilmiştir. Ayrıca %49.6’sının ailesinde hipertansiyon ve %31.3’ünün diyabet hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hastalara Daha Önce Uygulanan Kardiyak İşlemler (n=115)

Kardiyak İşlem	Sayı	%
Anjiyografi	39	45.9
PTCA	21	24.7
Stent	20	23.5
By-pass	5	5.9
Toplam	85*	100.0

Tablo 4.4’de koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastalara daha önce uygulanan kardiyak işlemler verilmiştir. Daha önce kardiyak işlem uygulanan hastaların %45.9’u daha önce en az bir kez anjiyografi, %24.7’si PTCA ve %23.5’i ise stent işlemi yapıldığını bildirmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların Hastaneye Başvurma Nedenleri (n=115)

Başvurma Nedeni	Sayı	%
Yakınması olduğu için	90	78.3
Kontrol için	22	19.1
Diğer	3	2.6
Toplam	115	100.0

Tablo 4.5’de koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların %78.3’ünün göğüs ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk gibi yakınmaları olduğu için hastaneye başvurduğu, %2.6’sının diğer nedenlerle (dahiliye, göğüs, göz gibi polikliniklerden sevk ile) hastaneye başvurduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların Yakınmaları (n=115)

Hastaların Yakınmaları	Sayı	%
Göğüs ağrısı	101	20.9
Çarpıntı	66	13.7
Yorgunluk	91	18.9
Güçsüzlük	90	18.6
Nefes darlığı	74	15.3
Uyku sorunu	61	12.6
Toplam	483*	100.0

*Hastaların birden fazla yakınması olduğu için toplam fazla çıkmıştır.

Koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların çoğunlukla göğüs ağrısı (%20.9), yorgunluk (%18.9), güçsüzlük (%18.6) ve nefes darlığından (%15.3) yakındıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Anjina Fonksiyonel Sınıflandırması (n=115)

Angina Sınıfı	Sayı	%
Klas I	50	43.5
Klas II	54	47.0
Klas III	11	9.5
Klas IV	-	-
Toplam	115	100.0

Tablo 4.7’de hastaların yaşadıkları göğüs ağrısının anjina fonksiyonel sınıflamasına göre gruplandırılması verilmiştir. Kanada kardiyovasküler derneğinin anjina pektoris sınıflaması’na göre; hastaların %43.5’inin **Klas I** (yürüme, merdiven çıkma gibi doğal aktivitelerde ağrı olmayıp, iş ya da herhangi bir uğraş uzun süre hızlı ya da ağır olduğunda ağrı oluşması); %47.0’sinin **Klas II** (olağan aktivitelerde

hafif zorluk yaşıyan, hızlı yürüme ya da merdiven çıkmada yokuş çıkmada, yemekten sonra, soğukta, rüzgara karşı, heyecanlı durumlarda ya da uyandıktan sonraki ilk saatlerde ağrı olan, normal hızda ve normal koşullarda iki bloktan fazla yürürse ya da bir kattan fazla merdiven çıktığında ağrı olması); hastaların %9.5'inin **Klas III** (olağan aktivitelerde ciddi zorluk, normal şartlarda bir iki blok yürüyünce ve bir kat merdiven çıktığında ağrı olması) sınıfında yer aldığı belirlenmiştir. **Klas IV** sınıfında (sıkıntı duymadan hiçbir fizik aktivite yapamayan, istirahatte de ağrı olması) ise herhangi bir hastanın yer almadığı görülmüştür.

Tablo 4.8. Hastaların Sürekli Kullandığı İlaç Olup Olmadığı (n=115)

İlaç Kullanımı	Sayı	%
Kullanmıyor	12	10.4
Kullanıyor	103	89.6
Toplam	115	100.0

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi, koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların %89.6'sının sürekli ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların Sürekli Kullandığı İlaç Grupları (n=115)

İlaç Grubu	Sayı	%
Antihipertansif	65	16.8
Nitrat	37	9.5
Statin	51	13.2
Klopidogrel	14	3.6
Beta bloker	69	17.8
Aspirin	84	21.7
Kalp glikoziti	6	1.5
Antiiskemik	11	2.8
Diüretik	10	2.6
Antidiyabetik	17	4.3
Diğer	24	6.2
Toplam	388*	100.0

*Hastalar birden fazla ilaç kullandıkları için toplam fazla çıkmıştır.

Tablo 4.9’da araştırma kapsamındaki ilaç kullanan hastaların sürekli kullandığı ilaç grupları verilmiştir. Buna göre hastaların çoğunlukla, aspirin (%21.7), beta bloker (%17.8), antihipertansif (%16.8), statin (%13.2) ve nitrat (%9.5) grubu ilaçlar kullandıkları belirlenmiştir. Diğer ilaç gruplarını da solunum sistemi, gastrointestinal sistem ilaçları, psikiyatrik ilaçlar gibi ilaç grupları oluşturmaktadır.

Tablo 4.10. Hastaların Bazı Alışkanlıkları, Egzersiz ve Diyetlerinin Özellikleri (n=115)

Alışkanlıklar	Sayı	%
Sigara İçme		
Halen içen	35	30.4
İçmiş bırakmış	37	32.2
Hiç içmeyen	43	37.4
Alkol Kullanma		
Halen içen	16	13.9
İçmiş bırakmış	17	14.8
Hiç içmeyen	82	71.3
Egzersiz Yapma		
Hiç egzersiz yapmıyor	57	49.5
Ara sıra yapıyor	35	30.5
Haftada en az 2-3 kez 30-45 dk.	23	20.0
Toplam	115	100.0
Diyet		
Et ağırlıklı	21	14.8
Yağ ve tuzdan fakir	33	23.2
Yağ ve tuzdan zengin	26	18.3
Unlu yiyecekler	4	2.8
Orta derecede yağlı ve tuzlu	56	39.5
Diğer	2	1.4
Toplam	142*	100.0

* Birden fazla diyet türü belirten hastalar olduğu için toplam fazla çıkmıştır.

Araştırma kapsamında yer alan koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların bazı alışkanlıkları, egzersiz ve diyet özellikleri tablo 4.10’da görülmektedir. Hastaların sigara ve alkol kullanma alışkanlığına bakılacak olursa; sigara içen, içmiş bırakmış ve hiç içmeyen hastaların benzer yüzdelerle dağılım gösterdiği ve hastaların büyük çoğunluğunun (%71.3) hiç alkol kullanmadığı, egzersiz ve diyet özelliklerine bakıldığında da; hastaların yarıya yakınının (% 49.5) hiç egzersiz yapmazken, %20.0’ının düzenli egzersiz yaptığı, daha çok orta derecede yağlı ve tuzlu bir diyet ile beslendikleri belirlenmiştir. Diğer diyet grubunda beslenen hastaları şekersiz diyeti olan ve beyaz et ağırlıklı beslenen hastalar oluşturmaktadır.

Tablo 4.11. Hastaların Sağlığını Algılama Düzeyleri (n=115)

Sağlığı Algılama	Sayı	%
Çok iyi	5	4.4
İyi	51	44.3
Orta	52	45.2
Kötü	6	5.2
Çok kötü	1	0.9
Toplam	115	100.0

Koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların çoğunlukla sağlığını “iyi” (%44.3) ve “orta” (%45.2) düzeyde algıladıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.12. Hastaların Hastalığın Ciddiyetini Algılama Durumları (n=115)

Ciddiyeti Algılama	Sayı	%
Ciddi	82	71.3
Ciddi değil	26	22.6
Bilmiyorum	7	6.1
Toplam	115	100.0

Hastaların hastalığının ciddiyetini algılama durumları Tablo 4.12’de verilmiştir. Hastaların %71.3’ünün durumunu ciddi olarak algılamasına karşın, durumunun ciddiyeti hakkında bir fikri olmayan hastaların olduğu (%6.1) belirlenmiştir.

Tablo 4.13. Hastaların Hastalığı ile İlgili Endişe Yaşama Durumları (n=115)

Endişe Yaşama	Sayı	%
Yaşıyor	80	69.6
Yaşamıyor	35	30.4
Toplam	115	100.0

Hastaların hastalığı ile ilgili endişe yaşama durumları Tablo 4.13’de verilmiştir. Buna göre hastaların %69.6’sı hastalığı ile ilgili endişe yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.14. Hastalığın Yaşamlarını Kısıtlamasına İlişkin Hastaların Görüşleri (n=115)

Yaşamı Kısıtlaması	Sayı	%
Kısıtlıyor	87	75.7
Kısıtlamıyor	28	24.3
Toplam	115	100.0

Tablo 4.14’de hastaların hastalığının yaşamlarını kısıtlamasına ilişkin görüşleri belirtilmiştir. Buna göre, hastaların %75.7’sinin hastalığının yaşamını kısıtladığı görüşünde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.15. Hastalığın Gelecekteki Planlarını Etkileme Durumlarına İlişkin Hastaların Görüşleri (n=115)

Gelecekteki Planlar	Sayı	%
Etkiliyor	68	59.1
Etkilemiyor	47	40.9
Toplam	115	100.0

Tablo 4.15’de hastalığın gelecekteki planlarını etkileme durumlarına ilişkin hastaların görüşleri görülmektedir. Görüldüğü gibi; hastaların %59.1’inin hastalığının gelecekteki planlarını etkilediği görüşünde olduğu belirlenmiştir.

4.3. Koroner Anjiyografi ve PTCA Girişimi Yapılan Hastalara Uygulanan Girişimle İlgili Bulgular

Bu alt başlıkta, koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastalara uygulanan girişimle ilgili bulgular bulunmaktadır. Burada koroner anjiyografi ya da PTCA girişiminin uygulandığı gün hastalara yapılan işlem ve işlem sonuçları, hastalara daha önce uygulanmış olan kardiyak işlemler, hastaların işlem günü kendilerine uygulanan işlemin nedenlerine ilişkin görüşleri ve işlem ile ilgili daha önce sağlık eğitimi alıp almadıklarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.16. Hastalara Uygulanan İşlemler (n=115)

İşlem Adı	Sayı	%
PTCA	9	7.8
Koroner Anjiyografi	106	92.2
Toplam	115	100.0

Tablo 4.16’da hastaların %92.2’sine koroner anjiyografi ve %7.8’ine ise PTCA girişimi uygulandığı görülmektedir.

Tablo 4.17. Önceden Kardiyak İşlem Uygulanmasına Göre Koroner Anjiyografi ve PTCA Girişimi Yapılan Hastaların Dağılımı (n=115)

Önceki Kardiyak İşlem	PTCA		Anjiyografi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anjiyografi	9	64.3	30	20.5	39	24.3
PTCA	3	21.4	18	12.2	21	13.0
Stent	2	14.3	18	12.2	20	12.4
By-pass	-	-	5	3.4	5	3.1
Yapılmayan	-	-	76	51.7	76	47.2
Toplam	14*	100.0	147*	100.0	161*	100.0

* Birden fazla koroner girişim uygulanan hasta olduğu için toplam fazla çıkmıştır.

Tablo 4.17’de önceden kardiyak işlem uygulanmasına göre koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların dağılımı verilmiştir. Görüldüğü gibi koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların %20.5’ine daha önce anjiyografi uygulandığı, %12.2’sine daha önce PTCA ve stent işlemi uygulandığı, %3.4’üne de daha önce bypass ameliyatı yapıldığı, %51.7’sine ise daha önce hiçbir kardiyak işlemin uygulanmadığı belirlenmiştir. PTCA işlemi uygulanan hastaların ise %64.3’üne daha önce anjiyografi işlemi, %21.4’üne PTCA işlemi, %14.3’üne stent işlemi yapıldığı, PTCA işlemi uygulanan hastaların hiçbirine daha önce bypass operasyonu yapılmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.18. Hastalara Uygulanan İşlemlerin Sonuçları (n=115)

İşlem Sonucu	Sayı	%
Başarılı PTCA+ Stent	9	7.9
Normal koroner arterler	24	20.9
Tıbbi tedavi	35	30.4
PTCA+stent endikasyonu	29	25.2
By-pass endikasyonu	18	15.6
Toplam	115	100.0

Tablo 4.18’de hastalara uygulanan işlemlerin sonuçları görülmektedir. Hastaların %7.9’una başarılı PTCA+stent uygulandığı, %20.9’u için normal koroner arterler kararı alındığı, %15.6’sına ise bypass endikasyonu konulduğu belirlenmiştir. Buna göre koroner arter hastalığı tanısı konulan hastaların çoğunlukta olduğu (%71.2) görülmektedir.

Tablo 4.19. Hastaların Uygulanan İşlemin Nedenlerine İlişkin Görüşleri (n=115)

İşlem Nedeni İle İlgili Görüşler	Sayı	%
Bilmiyor	24	20.9
İyileşmek için	24	20.9
Damar tıkanıklığı/ açmak için	21	18.1
Göğüste ağrı	1	0.9
Kalbin durumunu öğrenmek/kontrol için	42	36.5
Tansiyon sorununu araştırmak için	1	0.9
Anjiyo sonrası stent takılırsa kan daha iyi pompalanacağı için	1	0.9
Hekim istediği için		
Toplam	115	100.0

Koroner anjiyografi ve PTCA işlemi uygulanan hastaların kendilerine uygulanan işlemin nedenlerine ilişkin görüşleri Tablo 4.19’da yer almaktadır. Görüldüğü gibi hastaların %18.1’i damarlarının açılması ve %20.9’u iyileşmeleri için bu işlemin yapıldığını düşünürken ancak %36.5’i kalbinin durumunu öğrenmek, damarlarının kontrol edilmesi için bu işlemin uygulandığını ifade ettiği, hastaların %20.9’unun ise kendilerine uygulanan işlemin nedenine ilişkin bir bilgisi olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.20. Hastaların Uygulanan İşleme İlişkin Daha Önce Eğitim Alma Durumu (n=115)

Eğitim	Sayı	%
Eğitim almış	15	13.0
Eğitim almamış	100	87.0
Toplam	115	100.0

Tablo 4.20’de hastaların uygulanan işleme ilişkin daha önce eğitim alıp almadıkları verilmiştir. Hastaların %13.0’ı daha önce eğitim alırken, % 87.0’ının ise daha önce eğitim almadığı belirlenmiştir.

4.4. Hastaların Koroner Anjiyografi ve PTCA Girişiminden Hemen Sonrasındaki Görüşleri

Bu alt bölümde hastaların koroner anjiyografi ve PTCA girişimi uygulanan hastaların girişimden hemen sonrasında (işlem günü) yaşamlarında bundan sonraki gelişmelere (ağrı, nefes darlığı, uyku sorunu gibi semptomlar ve eski enerjiye dönme, eski işlerine dönme ve bundan sonraki yaşamının nasıl olacağı) , kalp hastalıklarının iyileşip iyileşmediğine, kontrol altına alınıp alınmadığına ilişkin görüşleri ve evde kendilerine bakacak kişilerin varlığı, evde yardıma ihtiyaçları olup olmadığına, hastalığının hayatlarını kısıtlama zorunluluğuna, işlem sonrası dikkat etmesi gerekenlere ilişkin görüşleri ve işlem sonrasına ilişkin eğitim isteme durumlarına bu bölümde yer verilmiştir.

Tablo 4.21. İşlemden Hemen Sonra Hastaların İşlem Sonrasındaki Gelişmelere İlişkin Görüşleri (n=115)

Görüşler	Sayı	%
Ağrı olmayacak		
Evet	24	20.9
Hayır	12	10.4
Bilmiyorum	79	68.7
Nefes darlığı çekmeyeceğim		
Evet	34	29.6
Hayır	11	9.6
Bilmiyorum	70	60.8
Uyku Sorunum olmayacak		
Evet	38	33.0
Hayır	15	13.0
Bilmiyorum	62	54.0
Eski enerjime kavuşacağım		
Evet	43	37.4
Hayır	18	15.6
Bilmiyorum	54	47.0
Eski işlerimi yapmaya devam edebilirim		
Evet	69	60.0
Hayır	20	17.4
Bilmiyorum	26	22.6
Daha iyi bir yaşamım olacak		
Evet	68	59.1
Hayır	7	6.1
Bilmiyorum	40	34.8
Toplam	115	100.0

Tablo 4.21’de işlemden hemen sonra hastaların işlem sonrasındaki gelişmelere ilişkin görüşleri verilmiştir. Buna göre; hastaların yarısından fazlasının bundan sonra ağrı, nefes darlığı, uyku problemi gibi semptomların tekrar olup olmayacağına ilişkin bir fikri olmadığı, %47.0’ının eski enerjilerine dönüp dönmeyeceklerini hakkında bir fikri olmadığı, ayrıca yarıdan fazlasının (%60.0) eski işlerini yapmaya devam edebileceklerini ve daha iyi bir yaşantılarının olacağını (%59.1) düşündükleri belirlenmiştir.

Tablo 4.22. İşlemden Hemen Sonra Hastaların Kalp Hastalığının İyileşip İyileşmediğine İlişkin Görüşleri (n=115)

Görüşler	Sayı	%
İyileştim	46	40.0
İyileşmedim	30	26.1
Bilmiyorum	39	33.9
Toplam	115	100.0

Tablo 4.22’de işlemden hemen sonra hastaların kalp hastalığının iyileşip iyileşmediğine ilişkin görüşleri verilmiştir. Görüldüğü gibi hastaların %40.0’ının işlemden sonra iyileştiğini düşünüyorken, %33.9’unun ise durumu hakkında bir fikri olmadığı belirlenmiştir. İyileşmediğini düşünen ve durumu hakkında bir fikri olmayanların benzer yüzdelerde dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.23. İşlemden Hemen Sonra Hastaların Hastalığının Kontrol Altına Alınıp Alınmadığına İlişkin Görüşleri (n=115)

Görüşler	Sayı	%
Kontrol altına alındı	103	89.6
Kontrol altına alınmadı	3	2.6
Bilmiyorum	9	7.8
Toplam	115	100.0

Tablo 4.23’de. işlemden hemen sonra hastaların hastalığının kontrol altına alınıp alınmadığına ilişkin görüşleri verilmiştir. Görüldüğü gibi hastaların %89.6’sının hastalığının kontrol altına alındığını düşündüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.24. Hastaların Evde Kendilerine Bakım Verecek Kişilerin Varlığı (n=115)

Bakım Verecek Kişi	Sayı	%
Var	108	93.9
Yok	7	6.1
Toplam	115	100.0

Tablo 4.24’de hastaların evde kendilerine bakacak kişilerin olup olmadığı verilmiştir. Buna göre; hastaların %93.9’unun eve döndüğünde bakacak kimsesi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.25. Hastaların Evde Yardıma Gereksinimi Olup Olmadığına İlişkin Görüşleri (n=115)

Yardıma Gereksinimi	Sayı	%
Var	36	31.3
Yok	79	68.7
Toplam	115	100.0

Tablo 4.25’de hastaların evde yardıma gereksinimi olup olmadığına ilişkin görüşleri verilmiştir. Hastaların %68.7’sinin yardıma ihtiyacı olmadığı görüşünde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.26. Hastaların Yaşamlarında Kısıtlanma Zorunluluğuna İlişkin Görüşleri (n=115)

Kısıtlamalar	Sayı	%
Yapmak zorundayım	106	92.2
Yapmak zorunda değilim	9	7.8
Toplam	115	100.0

Tablo 4.26’da hastaların yaşamlarında kısıtlanma zorunluluğuna ilişkin görüşleri verilmiştir. Buna göre hastaların %92.2’sinin bundan sonra yaşamlarında kısıtlamalar yapması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir. Ancak yaşamında kısıtlama yapma zorunluluğu olmadığını düşünen hastaların da olduğu (%7.8) görülmektedir.

Tablo 4.27. Hastaların İşlem Sonrası Dikkat Etmesi Gerekenlere İlişkin Görüşleri (n=115)

Dikkat Etmesi Gerekenler	Sayı	%
Diyet	85	38.6
İlaç tedavisi	52	23.6
Aktivite (iş, cinsel yaşam vb)	50	22.7
Sigara içmemeliyim	14	6.4
Stres yönetimi	4	1.8
Hiçbiri	1	0.5
Bilmiyorum	14	6.4
Toplam	220*	100.0

*Hastalar dikkat etmeleri gereken birden fazla konu ifade ettikleri için toplam fazla sayıda çıkmıştır.

Anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların işlem sonrası dikkat etmesi gerekenlere ilişkin görüşleri Tablo 4.27’de verilmiştir. Görüldüğü gibi, %38.6’sı diyet, %23.6’sı ilaç, %22.7’si aktivitelerine dikkat etmesi gerektiği görüşündeyken, %6.4’ünün ise nelere dikkat etmesi gerektiğini bilmediği belirlenmiştir.

Tablo 4.28. Hastaların İşlem Sonrasına İlişkin Eğitim İsteme Durumları (n=115)

Eğitim	Sayı	%
İstiyor	97	84.3
İstemiyor	18	15.7
Toplam	115	100.0

Tablo 4.28’de hastaların işlem sonrasına ilişkin eğitim isteme durumları verilmiştir. Buna göre hastaların %84.3’ünün eğitim almak istediği belirlenmiştir.

Tablo 4.29. Hastaların İşlem Sonrası Kontrole Geliş Zamanı (n=115)

Kontrole Gelme	Sayı	%
0-3 ay sonra	44	38.3
4-6 ay sonra	30	31.3
Bilmiyorum	41	30.4
Toplam	115	100.0

Tablo4.29’da hastaların işlem sonrası ne zaman kontrole gelmeleri gerektiğine ilişkin cevapları yer almaktadır. Buna göre hastaların %38.3’ü üç ay sonra kontrole gelmesi gerektiğini ifade ederken, %30.4’ü ne zaman kontrole geleceğini bilmediğini ifade etmiştir.

4.5. Hastaların Koroner Anjiyografi ve PTCA Girişiminden Üç Ay Sonrasındaki Yaşam Biçimi Değişiklikleri

Bu alt bölümde koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların işlemden üç ay sonrasındaki yaşam biçimi değişikliklerinin belirlenmesine yönelik bilgiler yer almaktadır. Bu kapsamda hastaların işlemden üç ay sonra kontrole gelip gelmediği, işlem sonrası yaşadıkları sorunlar, kalp hastalığının iyileşip iyileşmediğine ve hastalığının kontrol altına alınıp alınmadığına ilişkin görüşleri, sağlığını algılama düzeyleri, yaşam biçimlerini tanımlamaları, yaşamında bir değişiklik olup olmadığı, işlemden sonra dikkat etmesi gerekenlere ilişkin görüşleri, sürekli kullandığı ilaç olup olmadığı, ilaç kullanan hastaların ilaçlarını nasıl kullanacağını bilip bilmediği, geleceği ile ilgili endişe yaşama durumları, hastalığının gelecekteki planlarını etkileme durumlarına ilişkin görüşleri, yaşantılarında destek almalarına ilişkin görüşleri bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 4.30. Hastaların İşlem Sonrası Kontrollere Gelip Gelmediği (n=111)

Kontrolle Gelme	Sayı	%
Evet	59	53.1
Hayır	52	46.9
Toplam	111*	100.0

* İşlemden üç ay sonra hastalardan dördünün ex olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle örneklem sayısı eksiktir.

Araştırma kapsamında yer alan anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların üç ay sonrasında, bu süre içerisinde kontrole gelip gelmediği Tablo 4.30’da gösterilmektedir. Görüldüğü gibi hastaların %53.1’inin kontrole geldiği, %46.9’unun kontrole gelmediği belirlenmiştir.

Tablo 4.31. Hastaların İşlem Sonrası Yaşadıkları Sorunlar (yakınmaları) (n=111)

Hastaların Yakınmaları	Sayı	%
Göğüs ağrısı	40	25.0
Çarpıntı	13	8.1
Yorgunluk	41	25.6
Güçsüzlük	30	18.8
Nefes darlığı	19	11.9
Uyku sorunu	17	10.6
Toplam	160*	100.0

*Hastaların birden fazla yakınması olduğu için toplam fazla çıkmıştır.

Koroner anjiyografi ve PTCA girişimi uygulanan hastaların işlem sonrası yaşadıkları sorunlar tablo 4.31’de verilmiştir. Görüldüğü gibi, hastaların işlem sonrası %25.6’sının yorgunluk, % 25.0’ının göğüs ağrısı, , %18.8’inin güçsüzlük sorunu yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.32. İşlemden Üç Ay Sonra Hastaların Kalp Hastalığının İyileşip İyileşmediğine İlişkin Görüşleri (n=111)

Görüşler	Sayı	%
İyileştim	48	43.2
İyileşmedim	63	56.8
Bilmiyorum	-	-
Toplam	111	100.0

Tablo 4.32’de hastaların işlemden üç ay sonra kalp hastalığının iyileşip iyileşmediğine ilişkin görüşleri verilmiştir. Koroner anjiyografi ve PTCA girişimi uygulanan hastaların, %43.2’si iyileştiğini düşündüğü, buna karşılık %56.8’inin iyileşmediğini düşündüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.33. İşlemden Üç Ay Sonra Hastaların Hastalığının Kontrol Altına Alınıp Alınmadığına İlişkin Görüşleri (n=111)

Görüşler	Sayı	%
Kontrol altına alındı	106	95.5
Kontrol altına alınmadı	5	4.5
Bilmiyorum	-	-
Toplam	111	100.0

Tablo 4.33’de hastaların işlemden üç ay sonra hastalığının kontrol altına alınıp alınmadığına ilişkin görüşleri verilmiştir. Buna göre, koroner anjiyografi ve PTCA girişimi uygulanan hastaların %95.5’inin hastalığının kontrol altına alındığı görüşünde olduğu görülmektedir

Tablo 4.34. Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Sağlığını Algılama Düzeyleri (n=111)

Sağlığı Algılama	Sayı	%
Çok iyi	5	4.5
İyi	77	69.4
Orta	19	17.1
Kötü	9	8.1
Çok kötü	1	0.9
Toplam	111	100.0

Tablo 4.34’de hastaların işlemden üç ay sonra sağlığını algılama düzeyleri görülmektedir. Görüldüğü gibi hastaların %69.4’ünün sağlığını iyi olarak algıladığı, %8.1’inin ise sağlığını kötü olarak algıladığı belirlenmiştir.

Tablo 4.35. Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Yaşam Biçimlerini Tanımlamaları (n=111)

Yaşam Biçimi	Sayı	%
Aktif (çok yoğun)	53	47.8
Sedanter (hareketsiz)	58	52.2
Toplam	111	100.0

Koroner anjiyografi ve PTCA girişimi uygulanan hastaların yaşam biçimleri tablo 4.35’de görülmektedir. Hastaların ifadelerinden %47.8’inin aktif bir yaşam biçimi olduğu, %52.2’sinin ise sedanter bir yaşam biçimi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.36. Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Yaşamında Bir Değişiklik Olup Olmadığı (n=111)

Yaşantıda Değişiklik	Sayı	%
Aile Yaşantısında Değişiklik		
Hayır	82	73.9
Ailem/Eşim bana daha çok vakit ayırmak zorunda kalıyor	21	18.9
Aileme olan sorumluluklarımı yerine getiremiyorum	2	1.8
Eşimin sorumlulukları arttı	4	3.6
Diğer (sorumluluklarım arttı)	2	1.8
Günlük Yaşantıda Değişiklik	15	13.5
Değişiklik var	96	86.5
Değişiklik yok		
Eskiden yapabildiği işleri yapmada zorluk çekme	57	51.3
Var	54	48.7
Yok		
Yaşamı kısıtlaması		
Kısıtlıyor	67	60.4
Kısıtlamıyor	44	39.6
Toplam	111	100.0

Hastaların işlemden üç ay sonra yaşamında bir değişiklik olup olmadığına ilişkin aile yaşantısındaki değişiklikler, günlük yaşantısında değişiklik olup olmadığı, iş yaşantısında değişiklik, hastalığının yaşamını kısıtlama durumu ile ilgili bilgiler tablo 4.36’da verilmiştir. Görüldüğü gibi, hastaların %73.9’unun aile yaşantısında bir değişiklik olmadığı, %86.5’inin günlük yaşantısında bir değişiklik olmadığı, %51.3’ünün eskiden yapabildiği işlerde zorluk yaşadığı, %60.4’ünün ise hastalığının yaşamını kısıtladığını görüşünde olduğu belirlenmiştir. Günlük yaşantısında değişiklik olduğunu ifade eden hastaların, eskisi kadar fazla çalışmadıkları, kendilerini yormamaya dikkat ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.37. Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Dikkat Etmesi Gerekenlere İlişkin Görüşleri (n=111)

Öneri	Sayı	%
Diyet		
Yok	3	2.7
Var/ Evet	82	73.9
Var/ Hayır	16	14.4
Var/ Kısmen	10	9.0
İlaç Tedavisi		
Yok	3	2.7
Var/ Evet	100	90.1
Var/ Hayır	6	5.4
Var/ Kısmen	2	1.8
Aktivite (İş Cinsel YaşamVb)		
Yok	7	6.3
Var/ Evet	61	55.0
Var/ Hayır	24	21.6
Var/ Kısmen	19	17.1
Toplam	111	100.0

Hastaların işlemden üç ay sonra yaşam biçimi değişikliğine yönelik dikkat etmesi gerekenlere uyup uymadığına ilişkin görüşleri tablo 4.37’de verilmiştir. Görüldüğü gibi, hastaların büyük bir kısmının diyet (%73.9) ve ilaç tedavisine (%90.1) uyduğu, %55.5’inin aktivitelerine uyarken hastaların % 14.4’ünün diyetine, %5.4’ünün ilaç tedavisine, %21.6’sının ise aktivitelerine uymadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.38. Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Sigara Ve Alkol Alışkanlıklarında Değişiklik Olup Olmadığı (n=111)

Alışkanlık	Sayı	%
Sigara		
Tamamen değişti	17	15.3
Değişti azalttı	5	4.5
Değişmedi	89	80.2
Alkol		
Tamamen değişti	1	0.9
Değişti azalttı	1	0.9
Değişmedi	109	98.2
Toplam	111	100.0

Tablo 4.38’de hastaların işlemden üç ay sonra sigara ve alkol alışkanlıklarında değişiklik olup olmadığı verilmiştir. Görüldüğü gibi hastaların %15.3’ünün sigara kullanma alışkanlığını tamamen değiştirmiş ve sigarayı bırakmış olduğu, %4.5’inin de azalttığı, hastaların %98.2’sinin alkol kullanma alışkanlıklarında bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.39. Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Sürekli Kullandığı İlaç Olup Olmadığı (n=111)

İlaç Kullanımı	Sayı	%
Kullanmıyor	4	3.6
Kullanıyor	107	96.4
Toplam	111	100.0

Tablo 4.39’da hastaların işlemden üç ay sonra sürekli kullandığı ilaçlarının olup olmadığı verilmiştir. Görüldüğü gibi hastaların tamamına yakınının (%96.4) sürekli kullandığı ilaçlarının olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.40. Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra İlaçlarını Nasıl Kullanacağını Bilip Bilmediği (n=107)

İlaç Kullanımı	Sayı	%
Biliyor	104	97.2
Bilmiyor	3	2.8
Toplam	107	100.0

Hastaların işlemden üç ay sonra ilaçlarını nasıl kullanacağını bilip bilmediği tablo 4.40’da görülmektedir. Hastaların ifadelerinden %97.2’sinin ilaçlarını nasıl kullanacağını bildiği belirlenmiştir.

Tablo 4.41. Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Geleceği ile İlgili Endişe Yaşama Durumları (n=111)

Endişe Yaşama	Sayı	%
Yaşıyor	43	38.7
Yaşamıyor	68	61.3
Toplam	111	100.0

Tablo 4.41’de hastaların işlemden üç ay sonra geleceği ile ilgili endişe yaşama durumları verilmiştir. Buna göre, hastaların %38.7’sinin geleceği ile ilgili endişe yaşarken, %61.3’ünün geleceği ile ilgili bir endişesi olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.42. Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Hastalığının Gelecekteki Planlarını Etkileme Durumlarına İlişkin Görüşleri (n=111)

Gelecekteki Planlar	Sayı	%
Etkiliyor	40	36.0
Etkilemiyor	71	64.0
Toplam	111	100.0

Tablo 4.41’de hastaların işlemden üç ay sonra hastalığının gelecekteki planlarını etkileme durumlarına ilişkin görüşleri verilmiştir. Hastaların ifadelerinden %64.0’ının hastalığının gelecekteki planlarını etkilemediği görüşünde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.43. Hastaların İşlemden Üç Ay Sonra Yaşantılarında Destek Almalarına İlişkin Görüşleri (n=111)

Destek Alma	Sayı	%
Evet	78	70.3
Hayır	33	29.7
Toplam	111	100.0

Koroner anjiyografi ve PTCA girişimi uygulanan hastaların işlemden üç ay sonra yaşantılarında (yaşam biçimlerinde değişiklik yapmada?) destek almalarına ilişkin görüşleri tablo 4.42’de verilmiştir. Görüldüğü gibi hastaların %70.3’ünün yaşamlarında destek aldığı belirlenmiştir.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde, koroner anjiyografi ve Perkutan Transluminal Koroner Anjiyoplasti (PTCA) olan hastaların tanımlayıcı özellikleri, koroner anjiyografi ve PTCA girişimi yapılan hastaların hastalık durumlarına ilişkin bulgular, hastalara uygulanan girişimle ilgili bulgular, hastaların koroner anjiyografi ya da PTCA girişimi işleminden hemen sonrası ve üç ay sonrasındaki yaşam biçimi değişiklikleri ile ilgili bulgular literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğunu (%63.5) erkek hastalar oluşturmaktadır. Onat ve arkadaşlarının (2005) 1990 yılında başlayan ve izlemleri devam eden Türk erişkinlerinde kalp sağlığı (TEKHARF) çalışmasında da kadınların erkeklere kıyasla koroner kalp hastalığına daha az yakalandığına dikkat çekilmektedir Ancak kadınlarda menapozdan sonra ateroskleroz gelişme riski erkeklerle aynı olmaktadır (37, 42).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %3.4'ü 40 yaş altı, %22.6'sı 40-49 yaş, %29.6'sı 50-59 yaş, % 27.0'ı 60-69 yaş grubundadır. Hastaların yaş ortalaması 57.9 ± 11.3 olarak bulunmuştur. Onat ve arkadaşları (2005)'nın Türkiye genelinde yaptıkları çalışmada 14 yıllık izlem sonucu 2003-2004 yılında yenilenen verilerine göre 40 yaş altı koroner kalp hastalığı prevalansı % 1, 40-49 yaş grubunda %2 dolayında, 50-59 yaş grubundaki kadın ve erkeklerde %12 ve 60 yaş üstü grupta bu prevelansın %20'yi geçtiği bildirilmektedir. Ayrıca, diğer faktörlerden bağımsız olarak her yaşın koroner kalp hastalığı olasılığını erkekte %6.1 ve kadında %6.6 yükselttiği gösterilmiştir (2001). Bu araştırmada hastaların yaşla ilgili değişken literatürle benzerlik göstermektedir (37, 49, 50).

Bu çalışmadaki hastaların çoğu okur-yazar ve ilkökul mezunları olup (%68.7), üniversite mezunu olanlar (%8.7) daha azdır. Koroner arter hastalarında eğitimin yaşam biçim değişikliğinin sağlanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanılmasında önemli olduğu vurgulanmaktadır (51). Hastaların

eğitim düzeyinin düşük olmasının, hastalara verilecek sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam biçimi edinmede engel oluşturabileceği düşünülmektedir.

Hastaların % 82.6'sının evli, 17.4'ünün ise bekar olduğu, çoğunluğunun yalnız yaşamadığı (%95.6) saptanmıştır. Koroner arter hastalığında uygun yaşam biçimi davranışları edinmede ailenin ve kişiler arası desteğin önemi üzerinde durulmaktadır (22, 51).

Araştırma kapsamındaki hastaların yaklaşık üçte birini ev hanımlarının (%35.7) oluşturduğu, %40'ının çalışmadığı ve %33.9'unun ise emekli olduğu bulunmuştur. Hastaların çalışma durumları literatürle benzerlik göstermektedir (1, 26, 52). Koroner anjiyografi ve PTCA işlemi uygulanan hastalar arasında emeklilerin ve çalışmayan hastaların fazla olması ilerleyen yaşla birlikte çoğunlukla hareketsiz yaşam biçimini beraberinde getirdiğini düşündürmektedir. Literatürde, bedensel yönden aktif kişilerde koroner arter hastalığı riskinin azaldığı bildirilmektedir. (1, 12, 26, 52).

Hastaların sosyal güvence olarak çoğunlukla SSK (%58.3) ve Emekli Sandığına (%31.3) bağlı oldukları, çoğunlukla gelir düzeylerinin giderlerine eşit olduğu (%74.8) belirlenmiştir. Durna ve arkadaşları (2000)'nin koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda kardiyak risk faktörlerinin ve sağlık davranışlarının belirlenmesine yönelik çalışmasında hastaların %50'sinin gelir düzeyinin orta olduğu, %61.7'sinin SSK'ya bağlı olduğu belirtilmektedir. Okçin'in (2000) çalışmasında ise hastaların %71.6'sının gelir düzeyinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir (26, 52). Koroner arter hastalığının hasta ve yakınlarına maddi bir yük getirdiği ve kronik bir hastalık olması nedeniyle sosyal bir güvencenin olmadığı ya da gelir düzeyinin çok düşük olduğu durumlarda hastaların tedavi olanaklarından yararlanabilmesini zorlaştırabildiği bildirilmektedir. Literatürde daha düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kişilerde, yaşamı tehdit edici ateroskleroz komplikasyonları gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (42). Bu araştırmadaki hastaların çoğunun gelir düzeylerinin giderine eşit olduğu (%74.8) ve

sosyal güvencesi olmayan hasta olmadığı için hastaların tedaviyi kabul etmesinde önemli sorunlar yaşanmayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmadaki hastaların bilinen bir koroner arter hastalığı (%41.7), hipertansiyon (%29.4), diyabet (%11.6) ve başka bir kronik hastalığa (%7.3) sahip oldukları saptanmıştır. İşlem sonrası hastaların %7.9'una başarılı PTCA+stent uygulandığı, %20.9'u için normal koroner arter tanısı konduğu, %15.6'sına ise bypass endikasyonu konulduğu belirlenmiştir. Buna göre, koroner arter hastalık tanısı olan hastalar (%71.2) çoğunluktadır.

Okçin (2000)'in koroner stent uygulanan hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin hastaların tedaviye uyum durumlarına olan etkisine yönelik çalışmasında, hastaların %43.3'ünün daha önceden kronik bir hastalığı varken %56.7'sinin kronik bir hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Ergün (1998)'ün perkütan transluminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalara yönelik geliştirilen standart hemşirelik bakım modelinin hastanın yaşam kalitesine ve bakım yeterliliğine olan etkisini incelediği çalışmasında hastaların %43.3'ünü hipertansiyonlu, %16.7'sini diyabetli hastalar oluşturmuştur. Hipertansiyon, koroner arter hastalığı oluşturma riskini arttırmaktadır. Koroner mortalite ile hem sistolik hem de diyastolik kan basınçları arasında ilişki bulunmuştur. Diyabetli bireylerde, ateroskleroz daha sık ve erken yaşta görülmektedir. Diyabet koroner arter hastalığı riskini orta yaşlı erkeklerde iki kat, kadınlarda üç kat arttırmaktadır. Ayrıca diyabetli hastalarda, aterosklerotik kalp hastalığına bağlı olay riskinin, daha önce KAH ile ilgili bir olay geçiren hastalar kadar yüksek olduğu belirtilmektedir. Diyabetik hastalardaki mortalitenin %80'inin nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Lundberg ve arkadaşları (1997)'nin miyokard infarktüsü için risk faktörü olan diyabeti, cinsiyete göre araştırdığı çalışmasında diyabetik olmayanlarla karşılaştırıldığında, miyokard infarktüsünden mortalitenin diyabetik kadınlarda yedi kat, diyabetik erkeklerde ise dört kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dotevall ve arkadaşları (2005)'nin akut koroner sendromlu hastalarla yaptıkları çalışmalarında, mortalite hızının diyabetli olmayan erkeklerde %3.3 diyabetli erkeklerde ise %4.1 olarak saptanmıştır. Diğer taraftan, diyabetli kişilerde

koroner arterlere yapılan PTCA ve stent implantasyonunun restenoz oranı, diyabetli olmayan hastalara göre daha yüksektir (1, 26, 35, 42, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 65).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %29.6'sının daha önce kalp krizi geçirdiği, %50.4'ünün kalp rahatsızlığı nedeniyle daha önce bir acil servise başvurduğu, %52.2'sinin ise daha önce kalp rahatsızlığı nedeniyle hastanede yattığı belirlenmiştir. Daha önce bir kalp hastalığı geçiren ve hastanede yatan hastaların yaşam biçimleri ile ilgili eğitilmiş ya da bilgi düzeyinin yüksek olabileceği ve yaşam biçimi değişikliklerine katılımları kolay olacağı beklenir.

Hastaların %53.9'unun ailesinde kalp hastalığı ve %49.6'sında hipertansiyon %31.3'ünde ise diyabetli kişiler olduğu belirlenmiştir. Literatürde ailede erken koroner arter hastalığı öyküsünün varlığı, gelecek nesiller için koroner arter hastalığı riskini 1.3-1.6 kat arttıracak belirtilmektedir. Bu araştırmada hastaların yarısından fazlasının ailesinde kalp hastası olması koroner arter hastalıklarında değiştirilemeyen risk faktörlerinden kalıtımın etkisini desteklemektedir. Ailesinde hipertansiyon olan kişilerde ise, hipertansiyon gelişme olasılığının daha yüksek olduğu, hipertansiyonun da atherosklerotik komplikasyonların gelişmesi açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Maral ve arkadaşları (2001)'nin Ankara'nın gölbaşı ilçesi kırsal alanında on beş yaş ve üzeri kişilerde diyabet prevalansı ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik çalışmasında olmayanlara göre ailesinde diyabetli olanlarda diyabetin 2.58 kez daha fazla olduğu saptanmıştır. (35, 42, 62).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %92.2'sini koroner anjiyografi, %7.8'ini ise PTCA işlemi uygulanan hastalar oluşturmuştur. Koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların %20.5'ine daha önce anjiyografi uygulanmış, %51.7'sine ise daha önce hiçbir kardiyak işlemin uygulanmazken; PTCA işlemi uygulanan hastaların ise %64.3'üne daha önce anjiyografi işlemi, %21.4'üne PTCA işlemi, %14.3'üne stent işlemi yapıldığı, PTCA işlemi uygulanan hastaların hiçbirine daha önce bypass operasyonu yapılmadığı belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda koroner girişim yapılacak hastaların korku, endişe, anksiyete, heyecan, güvensizlik gibi duygular yaşadığı, olumsuz düşünceler içinde olabildikleri ve bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (18, 21, 30, 33). Hastaların daha önce başlarından kardiyak bir

girişim geçmiş olması onların işleme olan tepkileri üzerinde olumlu ya da olumsuz etkisi olabilir. Daha önce kardiyak bir işlem uygulanan hastanın işlem hakkında deneyimleri, işleme ve hastalığa tepkileri etkileyebilir. İşlem ile ilgili korku, endişenin daha az ya da daha fazla olmasına yol açabilir.

Araştırmadaki hastaların kendilerine uygulanan işlemle ilgili olarak damarları açmak (%18.1) ve iyileşmek (%20.9'), kalbinin durumunu öğrenmek (%36.5), damarları kontrol etmek için bu işlemin uygulandığını; diğer taraftan hastaların %20.9'u ise kendilerine uygulanan işlemin nedenine ilişkin bir bilgisi olmadığını belirtmişlerdir. Hastaların kendilerine uygulanan işlemin nedenini bilmemesi, anjiyografi uygulanan hastaların iyileşmek için kendisine bu işlemin uygulandığını düşünmesi ya da yanlış algılarının olması, hastaların eğitim gereksinimlerinin olduğunu düşündürmektedir. Bu araştırmada hastaların %87.0'si bugüne kadar herhangi bir eğitim almamışlardır. Buna göre A.İ.B.Ü tıp fakültesi hastanesine başvuran ve ilk kez kardiyak işlem uygulanacak hastaların eğitim almama yüzdelerinin oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

Bu araştırmadaki hastaların %78.3'ünün bir yakınması olduğu için hastaneye başvurduğu ve çoğunlukla göğüs ağrısı (%20.9), yorgunluk (%18.9), güçsüzlük (%18.6) ve nefes darlığından (%15.3) yakındıkları belirlenmiştir. İşlemden hemen sonra hastaların %20.9'u ağrısının olmayacağını, %29.6'sı nefes darlığı çekmeyeceğini, %33.0'ı uyku sorunu yaşamayacağını, %37.4'ü eski enerjisine kavuşacağını, %60.0'ı eski işlerine devam edeceğini ve % 59.1'i daha iyi bir yaşantısı olacağını ifade etmiştir. Hastaların yarısından fazlası ise, gelecekte ağrı, nefes darlığı ve uyku sorununun geçip geçmeyeceği ile ilgili bir fikri olmadığı saptanmıştır. İşlemden üç ay sonra hastaların yaşadıkları sorunlar araştırıldığında ise, hastaların işlem sonrası çoğunlukla %25.6'sının yorgunluk, %25.0'ının göğüs ağrısı,, %18.8'inin güçsüzlük sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Literatürde taburcu olduktan sonraki dönemde göğüs ağrısının devam edebildiği, anksiyete, durumları ve gelecek ile ilgili belirsizlik, depresyon, hastalığını inkar etme ve başkalarına olan güven sorunları gibi psikolojik sorunların da görülebildiği bildirilmektedir (18, 21, 30).

Bir çok araştırmada hastaların göğüs ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk, uyku sorunu gibi yakınmaları olduğu, ayrıca durumları ile ilgili anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (1, 31, 32, 33, 49). Bu araştırmada da hastalar yaşadıkları göğüs ağrısı yönünden, angina fonksiyonel sınıflandırmasına gruplandırılmışlardır. Buna göre, hastaların çoğunluğu Klas I (%43.5) ve Klas II (%47) grubunda yer almışlardır.

PTCA sonrası asemptomatik hastaların sağlığını daha iyi algıladığı, ancak PTCA sonrası klinik vakalar yaşayan (restenoz, MI, vb), aynı anda birden fazla kronik hastalığı olan, anjina ve dispne yakınması devam eden, yeniden revaskülarizasyona gereksinim duyulan hastaların sağlığını daha “kötü” algıladıkları görülmüştür (15, 21, 31, 33). Yapılan araştırmalarda hastaların kardiyak işlem öncesinde işlem hakkında, işlem sonrasında beklenen semptomlar hakkında bilgi ve psikolojik destek almak istedikleri gösterilmiştir. Ancak hastaların çok az bir kısmı PTCA’dan sonra yaşayabilecekleri semptomların ne olduğu ve ne anlama geldiği konusunda bilgiye gereksinim duyduklarını ifade etmiştir (1, 2, 21, 29). Esen (1998)’in koroner anjiyografi uygulanacak hastaların girişime ilişkin bilgi gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmasında hastaların % 60’ının konu ile ilgili bilgisi olmadığı, %88’inin bilgi edinmek istediği, % 62’sinin konu ile ilgili bilgisi olmadığı için çok endişeli olduğu görülmüştür (34).

Tedavi edilen veya tedavi edilmemiş olan göğüs ağrısı ile ilgili olası sorunlar ve semptomların ne anlama geldiği ve ne yapması gerektiklerine ilişkin hastalar taburcu olmadan önce bilgilendirilmelidir (29). Hastalarda kalp hastalığının ortadan kalktığı, kendilerinin tamamen iyileştiği, bir daha göğüs ağrısı yaşamayacağı ve dikkat etmesi gereken kısıtlamalar kalmadığı gibi yanlış algıların olması, sağlık/sağlıksızlık durumlarının yanlış yorumlanması sonucu semptomların inkar edilmesi, koruyucu önlemler almama, tedaviye uyum güçlükleri, sağlık kurumunu kullanmama ya da sınırlı kullanma, yaşam biçiminde uygun değişiklikleri yapmama gibi durumlara yol açabilir ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebilir (21, 26, 29, 30, 72). Bu araştırmada hastaların %84.3 gibi büyük bir çoğunluğu eğitim almayı istediklerini belirtmişlerdir. Diğer taraftan hastaların %40.0’ı işlemten sonra iyileştiklerini, %89.6’sı hastalığının kontrol altına alındığı görüşündedirler. İşlemden

üç ay sonra ise hastaların %43.2'sinin iyileştiğini düşündüğü, buna karşılık %56.8'inin iyileşmediğini, %95.5'i işlemten üç ay sonra hastalığının kontrol altına alındığını düşünmektedirler. Bu bulgulara göre, zamanla iyileştiklerini ve hastalığın kontrol altına alındığını düşünen hastaların yüzdesinde artış görülmektedir.

Hastaların durumları ile ilgili algı ve görüşleri incelendiğinde, hastaların işlem günü sağlıklarını çoğunlukla “iyi” (%44.3) ve “orta” (%45.2) düzeyde ve durumlarını “ciddi” olarak algıladıkları (%71.3) saptanmıştır. İşlemten üç ay sonra sağlığını “iyi” (%69.4) olarak algılayanların yüzdesinde işlem gününe göre bir artma olduğu görülmektedir. Sağlık sorununu bir tehdit olarak görenler, kendilerin daha hassas ve zedelenebilir hissettiği için durumunu daha ciddi olarak algılayabilirler Bu nedenle, kişilerin sağlık ve hastalık algıları, sağlığa uygun yaşam biçimi davranışının belirlenmesinde, yanlış eğilimlerin ortaya çıkarılmasında, eğitim gereksinimlerinin saptanmasında, bireye özgü tedavi ve bakımın planlanmasında son derece önemli bir faktördür. Benzer şekilde Miralda ve arkadaşları(1999) yaptıkları çalışmada hastaların yarıdan fazlasının (%55) kendisini iyi hissettiği; Ergün'ün çalışmasında da hastaların yarıdan fazlasının (deney, %66; kontrol, %63.33) işlem sonrası sağlığından memnun oldukları belirlenmiştir. Ladwig ve arkadaşları (2000)'nın çalışmasında da iyileşme sürecinde hastaların kendilerinin iyi olacağına inanmalarının öneminden bahsedilmektedir (31, 33, 67).

Literatürdeki bu çalışmaların örneklemini PTCA ve stent işlemi uygulanan hastalar oluşturmalarına karşın, bizim çalışmamızda anjiyografi uygulanan hastalar (%92.2) çoğunluğu oluşturmuştur. İyileştiğini düşünen hastaların fazla olmasının nedeni, işlem sonrası anjiyografi sonucuna göre planlanan tedavinin uygulanması ya da hastaların anjiyografi ile iyileşeceği gibi yanlış bir algıya sahip olması da olabilir. İkinci durumda sağlık eğitiminin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

İşlem günü hastaların %69.6'sı hastalığı ile ilgili endişe yaşadığı, %75.7'si hastalığının yaşamını kısıtladığı ve %59.1'i hastalığının gelecekteki planlarını etkilediği görüşündedirler. İşlemten üç ay sonra, hastaların yarıdan fazlası (%61.3) gelecekle ilgili endişelerinin olmadığı ve hastalığının gelecekteki planlarını

etkilemediği (%64.0) ifadeleri ile işlem sonrası hastaların endişelerinin azaldığı söylenebilir. White ve Frasure-Simith (1995) PTCA hastaları ile koroner bypass olan hastalarının psiko-sosyal stres semptomları ve yaşadıkları belirsizliği karşılaştırdıkları çalışmalarında; PTCA geçiren hastaların hastanede sınırlı kalma ve semptomların geri dönme riski nedeniyle koroner bypass olan hastalardan daha fazla belirsizlik yaşadıklarını belirlemişlerdir (32). Higgins ve arkadaşları (2000)'nın koroner anjiyoplasti sonrası iyileşme algıları ile ilgili çalışmasında da hastaların gelecekle ilgili endişelerinin olduğu belirtilmektedir (21).

Çalışmamızdaki hastaların işlemten sonra gelecekle ilgili endişe yaşamayan hastaların fazla olmasının, hastaların iyileşme algıları ile ilgili olabileceğini düşündürmüştür. Lukkarinen (1999)'in koroner arter hastalığı ile yaşama yönelik çalışmasında kabullenici olmayan hastaları yeni yaşam biçimiyle başa çıkmanın zor olduğunu ve bu ciddi hastalık nedeniyle yaşam biçimlerinde ne gibi değişiklikler olacağı, kişisel yaşam planları hakkında sağlık personelinin yardım almaları gerektiğini vurgulamaktadır (71). Hastaların yaşam biçimi değişiklikleriyle ilgili bilgi istemeleri araştırmamızla benzerlik taşımasının yanı sıra, bu araştırmada da gelecekle ilgili endişe yaşayan (%38.7) ve hastalığının gelecekteki planlarını etkilediği (%36.0) görüşünde olan hastaların da olduğu görülmektedir.

Koroner girişimden sonra hastalar, kalbin tamamen düzeldiği, göğüs ağrısı yaşamayacağı gibi yanlış iyileşme algılarına da sahip olabilmektedir. Gulanick ve Naito'nun yaptıkları çalışmada, PTCA'dan sonra katılımcıların %86'sı beklenen yarar elde ettiğini hissettiği, restenozla ilgili aşırı endişe yaşamadığını, koroner arter hastalığının ilerleyişinin ve güçsüzlüğün durduğunu belirterek yaşam biçimi değişiklikleri yapmadığı, yaşam biçimi değişikliği yapanların ise engellenme hissi yaşadıklarını saptamıştır (21, 29, 73). Cronin ve arkadaşları(2000)'nın PTCA sonrası iyileşme ile ilgili çalışmalarında ise, hastaların % 40'ından fazlası PTCA sonrası yaşadıkları ve tekrarlayan göğüs ağrısına karşı durumun yanlış yorumlanması ve semptomların inkar edilmesi gibi uygun olmayan tepkiler gösterdikleri saptanmıştır. Bunun da bilgi eksikliği ve yaşam biçiminde değişiklik yapmaları gerektiğini iyi algılayamamaları nedeniyle olduğu düşünülmektedir (29). Koroner arter hastalarının

yaşadıkları psikososyal sorunlar üzerinde duran araştırmalar da bulunmaktadır (13, 29, 50, 70, 71, 73). Araştırmalarda saptanan sorunlar ile bu çalışmadaki saptanan sorunlar benzerdir.

İşlem günü hastaların %38.3'ü üç ay sonra kontrole gelmesi gerektiğini ifade ederken, %30.4'ü ne zaman kontrole geleceğini bilmediğini ifade etmiştir. İşlemden üç ay sonra ise hastaların yarıdan fazlasının (%53.1) en az bir kez kontrole geldiği belirlenmiştir. İşlem günü ne zaman kontrole geleceğini bilmeyen hastaların olmasının nedeni soru formunun hastaya işlem günü yani taburculuk eğitiminin verildiği işlemden bir gün sonra değil, işlem günü uygulanmasıdır.

İşlem günü hastaların tamamına yakını (%92.2) yaşamında kısıtlamalar yapmak zorunda olduklarını; çoğunlukla diyet (%38.6), ilaç (%23.6), aktivitelerine (%22.7) dikkat etmeleri gerektiğini bildirmişlerdir. İşlemden üç ay sonra, hastaların büyük bir bölümü diyet (%73.9), ilaç tedavisi (%90.1) ve aktiviteleri (%55.5) izledikleri belirlenmiştir. Kardiyovasküler korunmada yaşam biçimi değişikliği önemli bir yere sahiptir. Yapılan geniş kohort çalışmalarında diyetle uyulması, kilo kaybı, egzersiz yapma ve sigara bırakılmasının lipid profilini düzelterek, kan basıncını düşürerek kardiyovasküler hastalık riskini ve kardiyovasküler mortaliteyi anlamlı derecede azalttığı gösterilmiştir (59, 60, 61).

Araştırma kapsamındaki hastaların büyük bir çoğunluğunun (%89.6) ilaç kullandıkları; çoğunlukla aspirin (%21.7), beta bloker (%17.8), antihipertansif (%16.8), statin (%13.2) ve nitrat (%9.5) grubu ilaçların oluşturduğu belirlenmiştir. İşlemden üç ay sonra hastaların tamamına yakınının (96.4) sürekli kullandığı ilaçlarının olduğu, hastaların %97.2'sinin ilaçlarını nasıl kullanması gerektiğini bildikleri ve işlem sonrası dikkat etmesi gerekenlerle ilgili olarak çoğunun (%90.1) ilaç tedavisine uyduğu belirlenmiştir. Literatürde koroner arter hastalığının tedavisinde kullanılan ilaç yaklaşımlarından, antiagregan-antitrombotik tedavi, lipid düşürücü tedavi, antiiskemik tedavi ve hipertansiyon tedavisi gibi yaklaşımlar üzerinde durulmakta ve bu amaçla aspirin, heparin, klopidoğrel, statin, nitrat, betabloker, kalsiyum antagonistleri gibi ilaçlar grupları kullanıldığı yer almaktadır

(27, 35, 42, 66, 68). Koroner arter hastalığı ve risk faktörlerinden korunma ömür boyu sürmesi gerektiğinden, kardiyovasküler riski azaltmak amacıyla verilen ilaçlar da yaşam boyu kullanılmaktadır. Bu nedenle koroner arter hastalarının düzenli kontrollerle ilaçlarını nasıl kullandığı ve ilaç tedavisine uyup uymadığı bilinmelidir. (74). Bu araştırmadaki hastaların çoğunlukla ilaç tedavisine uyması, hastalığı ciddi olarak algılamalarıyla ilişkilendirilebilir.

Hastaların işlem günü olan alışkanlıklarına bakıldığında; hastaların %37.4'ünün hiç sigara içmediği, sigara içen (%30.4) ve içmiş bırakmış (%32.2) olanların da benzer yüzdelerle dağılım gösterdiği belirlenmiştir. İşlemden üç ay sonra, hastaların %15.3'ünün sigara kullanma alışkanlığını tamamen değiştirmiş ve sigarayı bırakmış olduğu, % 4.5'inin de azalttığı belirlenmiştir. Prokam (1998) sigara içme, lipoproteinler ve koroner kalp hastalığı riski ile ilgili çalışmasında sigara kullanımının kardiyovasküler hastalık insidansını yaklaşık iki katına çıkardığı ve diğer risk faktörlerinin etkisini de arttırdığını bildirmektedir (63).

Alkol alışkanlığı yönünden, hastaların büyük çoğunluğunun alkol kullanmadığı (%71.3) saptanmıştır. İşlemden üç ay sonra da hastaların alkol kullanma alışkanlıklarında değişim olmadığı (% 98.2), hastaların % 0.9'unun alkolü bıraktığı, % 0.9'unun ise alkolü azalttığı belirlenmiştir. Okçin(2000)'in koroner stent uygulanan hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin hastaların tedaviye uyum durumlarına olan etkisini incelediği çalışmasında hastaların %56.7'sinin alkol kullandığı ve Ergün(1998)'ün çalışmasında ise hastaların %65.0'mının hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir (1, 26). Bizim çalışmamızdaki hastaların çoğunun alkol kullanmaması, Ergün'ün çalışması ile benzerdir.

İşlem günü sorulduğunda hastaların çoğunun orta derecede yağlı ve tuzlu bir diyetle beslendikleri (%39.5) ve %18.3'ünün ise diyetine dikkat etmeyerek yağ ve tuzdan zengin ve et ağırlıklı (%14.8) beslendikleri; işlemden üç ay sonra dikkat etmesi gerekenler ile ilgili görüşleri araştırıldığında büyük bir kısmının diyetine uydukları (%73.9) belirlenmiştir. Bu bulgular, hastanın işlem sonrası hastalığını ciddi olarak algılaması ve anlatılanları uygulamaya çalışmasıyla ilgili olabilir.

Bu araştırmadaki hastaların işlem günü yarıya yakınının (%49.5) hiç egzersiz yapmadığı ve %30.5'inin ise ara sıra egzersiz yaptığı belirlenmiştir. İşlemden üç ay sonra ise aktivitelerine dikkat eden hastaların yüzdesinde (%55.0) artış olduğu görülmektedir. Hastaların %47.8'i aktif bir yaşam tanımlarken, %52.2'si sedanter bir yaşam tanımlamışlardır. Literatürde fiziksel yönden hareketsiz kişilerde sıklıkla koroner arter risk faktörlerinin de bulunduğu, fiziksel aktivitenin gelecekte diğer risk faktörlerinin gelişip gelişmeyeceğini belirlediği, düzenli fiziksel aktivitenin koroner arter hastalığı insidansı riskinde %50'ye varabilen bir azalma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Fiziksel aktivitenin lipid profili üzerinde de yararlı etkisi olduğu fibrinolitik aktiviteyi uyardığı, insülin duyarlılığını arttırdığı, kilonun korunmasında yararlı olduğu gibi psikolojik yararlarının da olduğu bildirilmektedir. (42, 64, 35).

Bu araştırmada sedanter bir yaşam tanımlayan hastaların fazla olması, değiştirilebilen risk faktörü açısından değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Araştırmada elde edilen bulgular literatüre uygunluk göstermektedir. Okin(200)'in çalışmasında da hastaların hastaların çoğunluğu (%73.3) düzenli egzersiz yapmadıklarını ifade etmişlerdir (26). Ergün'n çalışmasında hastaların %70 (deney) ve %53.3 (kontrol) gibi yarıdan fazlası kalp sorunu nedeniyle yaşamında yapmak zorunda olduğu değişimlerin çok önemli olduğunu ifade etmiştir (1).

Hastaların işlemden üç ay sonrasındaki değişikliklere bakıldığında; hastaların %73.9'u aile yaşantısında herhangi bir değişiklik olmadığı; aile yaşantısında değişiklik olduğunu bildiren hastaların ise, çoğunlukla ailelerinin kendisine daha çok vakit ayırmak zorunda kaldıkları (%18.9), %86.5'inin günlük yaşantısında herhangi bir değişiklik olmadığı, %51.3'ünün eskiden yapabildiği işlerde zorluk yaşadığı, %60.4'ünün ise hastalığının yaşamını kısıtladığı görüşünde oldukları belirlenmiştir. Moser ve Dracup (1995)'n kardiyak bir olaydan sonra hastaların psikososyal iyileşmeleri ile ilgili yaptıkları araştırmada, anksiyete ve ölüm hissi gibi duygusal durumu olan hastaların sıklıkla eski işlerine, boş zamanlarına ve cinsel yaşam düzeylerine geri dnemediklerini bildirmektedirler (75). Lukkarinen (1999), koroner arter hastalarını, hastalığı ve yaşam biçimini kabul eden ve etmeyen olarak iki gruba

ayırımı ve yaşam biçimini kabul edici hastaların günlük yaşamlarında önemli değişiklikler olduğu, kabul etmeyen hastaların ise durumlarının önemini kavramamış, sigara ve diyet alışkanlıkları gibi alışkanlıklarında değişiklikler yapmamış olduklarını belirlemiştir (71).

İşlem günü hastaların tamamına yakınının (%93.9) evde kendilerine bakım verecek kişilerin olmasına karşın, yarıdan çoğu (%68.7) yardıma gereksinimi olmadığını düşünmektedir. Hastaların eve döndüklerinde bakım verecek kişilerin olması, uygun yaşam biçimi değişikliklerin gerçekleştirilmesinde yararlı olabilir. Hastaların yardıma gereksinimleri olmadıklarını düşünmesi ise, hastalıkla baş etmelerinde önemli olabilir. İşlemden üç ay sonra, hastaların %70.3'ünün ailelerinden destek aldıkları belirlenmiştir. Kişilerin ailesindeki üyelerinin hastanın var olan yaşam biçimini koruması ya da değişim yapması konusunda etkili oldukları öne sürülmektedir. Eastwood (2001)'un koroner anjiyoplasti ve koroner stent uygulamasını izleyen dönemde erkeklerin yaşam biçimi davranışlarını araştırdığı çalışmasında katılımcılardan bazıları özellikle ailesinin değerleri ve gereksinimleri üzerinde durmuş; eş ve çocuklarının, onların sağlığının gelişmesi ve anksiyetesinin azalmasında yardımcı olmak üzere öneriler aldıkları belirtilmiştir (22). Aile hastanın yaşam biçimini etkileyebilmekte ve aile desteğinin hastanın hem anksiyetesi ile baş etmesi hem de hastalığını ve yaşam biçimi değişikliğini kabullenmesinde önemli yeri olabilmektedir. Aile üyelerinin, hastaların yaşam biçimi değişikliklerinde destekleyici ya da engelleyici olan etkisinin farkında olması açısından hemşirelerin hasta ailelerine uygulayacağı sağlık eğitiminin önemli olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların anjiyografi ve PTCA işleminden hemen ve üç ay sonrası yaşam biçimi değişiklikleri ve buna yönelik hemşirelik yaklaşımını belirlemek amacıyla yürütülen bu araştırmanın sonucunda; başvuru sırasındaki yakınmaların (göğüs ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk,vb)(%78.3) işlemden üç ay sonra da halen devam ettiği; işlem günü hastaların gelecekle ilgili endişe yaşadığı (%69.6), hastalığının gelecekteki planlarını etkileyeceğini (%59.1) düşündüğü, işlem sonrasına ilişkin eğitim almak istedikleri (%84.3);

İşlemden üç ay sonra hastaların çoğu iyileştiği (%43.2), hastalığının kontrol altına alındığı (%95.5), aile yaşantısında (%73.9) ve günlük yaşantısında bir değişiklik olmadığı (%86.5), eskiden yapabildiği işlerde zorluk yaşadıkları (%51.1) ve hastalığının yaşamını kısıtladığı (%60.4) görüşünde olup, geleceğiyle ilgili endişelerinin olmadığı (%61.3) ve hastalığının gelecekteki planlarını etkilemeyeceğini (%64.0) düşünmekte ve çevresinden destek almaktadırlar (%70.3). Sigara kullanma alışkanlığında bırakma (%15.3) ve azaltma (%4.5) gibi değişiklik olurken, alkol kullanma alışkanlığında herhangi bir değişiklik olmadığı (%98.2), ilaçlarını nasıl kullanacağını bildiği (%97.2), işlemden üç ay sonra diyet (%73.9), ilaç tedavisi (%90.1) ve aktivitelerine uyum sağladığı (%55.5) bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Hastaların hastalıklarını kabullenmeleri ve uygun yaşam biçimi değişikliklerini uygulama ve hastanede alacakları eğitim ve psikolojik destekte hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hastanede aldıkları eğitim ve destek ve hastane dışındaki uygun takiplerle hastaların durumlarının farkında olmaları ve uygun yaşam biçimi değişiklikleri kazanmaları sağlanabilir.
- ✓ Koroner arter hastalığı ile ilgili değiştirilebilen risk faktörlerinin azaltılması ve hastaya uygun yaşam biçimi kazandırılması için hasta ve ailelerine eğitim ve uygulamalar yapılmalıdır.

- ✓ Hastaların yaşam biçimi değişiklikleri ile ilgili yapılacak farklı çalışmalarda, işlem günü hastalara yaşam biçimi değişikliği ile ilgili eğitim verilip işlem sonrasında hastaların yaşam biçimi değişikliği ve eğitimin etkinliği değerlendirilebilir.
- ✓ Farklı bir araştırmada, hastalar deney ve kontrol gruplarına ayrılarak deney grubundaki hastalara işlem günü eğitim verilip, yaşam biçimi değişiklikleri ve eğitimin etkinliğini değerlendirmek için deney ve kontrol grubundaki hastaların yaşam biçimi değişiklikleri karşılaştırılabilir.
- ✓ Bu araştırmada hastaların koroner girişimden üç ay sonraki dönemde yaşam biçimlerinde değişiklik olup olmadığı araştırılmıştır. Farklı araştırmacılara koroner girişim sonrası üç aydan daha uzun süre için yaşam biçimi değişikliklerini takip etmeleri de önerilir.
- ✓ Daha uzun süreli yaşam biçiminde değişikliklerin araştırıldığı araştırmalarda, yaşam biçiminin etkinliğini değerlendirmek için yaşam biçiminde değişiklik yapan hastalar ile yapmayan hastaların takibine devam edilip işlem sonrası klinik vaka (miyokard infarktüsü, restenoz gibi) yaşayıp yaşamama durumları araştırılabilir.

7. KAYNAKLAR

- 1- Ergün FŞ. Perkütan Tranluminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalara yönelik geliştirilen standart hemşirelik bakım modelinin hastanın yaşam kalitesine ve bakım yeterliliğine olan etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü, İzmir, 1998.
- 2- İyian G. Hemşirelerin koroner anjiyografi sonrası uyguladıkları bakım ve bakıma ilişkin bilgileri. Bilim uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1996.
- 3- Erişim: (http://www.wrongdiagnosis.com/c/coronary_heart_disease/basics.htm) Erişim tarihi: 06.11.2004.
- 4- World Health Organization launches new initiative to address the health needs of a rapidly ageing population 2004, Genevre.
Erişim:(www.who.int/worldhealthday/2004/infomaterials/en/brochure_jan04_en.pdf)
Erişim tarihi: 11.09.2004.
- 5- Kültürsay H. Giriş ve epidemiyoloji. Pehlivanoglu S, Binici G. Koroner arter hastalığında primer ve sekonder korunma. Kültürsay H. Ed. Kalp Hastalığı Primer ve Sekonder Koruma. İstanbul: 2001.
- 6- Onat A, Sansoy V, Pfizer İlaçları geleneksel "Medya Bilgi Paylaşım Günleri", Konuşma sunumu. 2000; (Erişim: <http://www.hastarehberi.com/kardiyoloji/kalp2/kalphastdatis.htm>)
Erişim tarihi: 18.05.2004.
- 7- Türk Kalp Vakfı. Erişim; (<http://www.hastarehberi.com/kardiyoloji/kalp4/kalpkrizi2.htm>).
Erişim tarihi: 28.09.2004.
- 8- Yıldırım Y. Bolu il merkezindeki erişkinlerde kronik hastalık prevalansı ve kronik hastalıkla yaşama durumlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2000.
- 9- National Center for Health Statistics, 2001; (Erişim: <http://www.cdc.gov/>) , Erişim tarihi: (05.07.2001)
- 10- Gök H. Klinik Kardiyoloji. 2.Baskı. Konya: Nobel Tıp Kitapevleri, 2002.
- 11- Ulusal kalp sağlığı politikası ana ilkeleri, (Erişim: http://www.tkd-online.org/link/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi.pdf)
- 12- Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. Medical Surgical Nursing (Assessmentn and Management of Clinical Problems. fifth ed, Mosby: 2000.

13- Lisspers J, Sundin Ö, Hofman Bang C, Nordlander R, Nygren A, Ryden L, Öhman A. Behavioral effects of a comprehensive, multifactorial program for lifestyle change after percutaneous transluminal coronary angioplasty: a prospective, randomized controlled study. J Psychosom Res 1999; 46(2):143-54.

14- Aytekin V. Akut koroner sendromu tedavisinde girişimsel kardioloji yöntemleri. Türk Kardioloji Seminerleri 2000; 11 (3): 72-77.

15- Fulton TR, Peet GI, McGrath MA, Hilton JD, Smith RE. Pharmacology in critical care, effects of 3 analgesic regimens on the perception of pain after removal of femoral artery sheaths. American Journal of Critical Care 2000; 9(2).

16- Sancaklar O, Aytekin V, Kozan Ö, Ömürlü K, Öztürk S, Özmen F. Türkiye' de invaziv kardioloji: 2000 yılı sonuçları. Türk Girişimsel Kardioloji Dergisi 2001; 5:193-203.

17- Wallner S, Watzinger N, Lindschinger M, Smolle KH, Toplak H, Eber B, Dittrich P, Elmadfa I, Klein W, Krejs GJ, Wascher TC. Effects of intensified lifestyle modification on the need for further revascularization after coronary angioplasty. European Journal of Clinical Investigation 1999; 29:372-379.

18- Yılmaz GY. Koroner Anjiyografi sonrası kanama komplikasyonu ve sıklığını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2000.

19- Bölükbaşı N. Kardiyak Rehabilitasyon.

Erişim: <http://www.med.gazi.edu.tr/egitim/donem5/ftrehast/kardiyakrehabnbolukbas.htm>. 2004. Erişim tarihi: 23.10.2004.

20- Tengiz I, Ercan E, Bozdemir H, Durmaz O, Gurgun C, Nalbantgil I. Six hour ambulation after elective coronary angioplasty and stenting with 7f guiding catheters ald low dose heparin. Polish Heart Journal 2003; 58(2):93-7

21- Higgins M, Dunn S, Theobald K. The patients' perception of recovery after coronary angioplasty, Aust Crit Care 2000; 13(3):83 - 8

22- Eastwood GM. Lifestyle pattern change in males following percutaneous transluminal coronary angioplasty/intracoronary stenting. International Journal of Nursing Practice 2001; 7:131-137

23- Dokumacı B, Uyan C, Töre HF, Özkan M, Işık E, Pektaş O. İkiyüz koroner lezyona ptca sonuçlarımız ve restenoz oranı. Türk Kardioloji Derneği Arşivi 1992; 20(6).

24- Iestra JA, Kromhout D, Vander Schouw Y T, Grobbee DE, Boshuizen HC, Van Staveren WA. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. ACP J Club 2006; 144(1):16.

- 25- Sebrechts EH, Falger PR, Bar FW, Kester AD, Appels A. Cholesterol changes in coronary patients after a short behavior modification program. *Int J Behav Med* 2003; 10(4):315-330.
- 26- Okçin F. Koroner stent uygulanan hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin hastaların tedaviye uyum durumlarına olan etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2000.
- 27- Zoghi M. Akut koroner sendromların tedavisi ve yeni yaklaşımlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2002; 6 (1):33-39.
- 28- Plach S, Wierenga ME, Heidrich SM. Effect of a postdischarge education class on coronary arter disease knowledge and self-reported health-promotion behaviors. *Heart Lung* 1996; 25 (5):367-72.
- 29- Cronin SN, Freeman LH, Ryan G, Drake DM, Recovery after percutaneous transluminal coronary angioplasty: assessment after discharge. *Critical Care Nurse* 2000; 20.
- 30- Cronqvist A, Wredling R, Nordlander R, Langius A, Björvell H. Perceived discomfort and related coping phenomena in patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Coronary Health Care* 2000; 4:123-129.
- 31- Miralda G P, Alonso J, Brotons C, Cascant P, Ribera A, Moral I, Romero B, Domingo E, Anto J M, Soler J. Perceived health over 3 years after percutaneous coronary balloon angioplasty. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999; 52 (7):615-623.
- 32- White RE, Frassure-Smith N. Uncertainty and psychologic stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. *Heart Lung* 1995; 24 (1):19-27.
- 33- Ladwig KH, Mühlberger N, Walter H, Schumacher K, Popp K, Holle R, Roth EZ, Schömig A. Gender differences in emotional disability and negative health perception in cardiac patients 6 months after stent implantation. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 48:501-508.
- 34- Esen A, Boşnak T, Alkan P, Özkurt T, Şençelikel Y, Ata A. Koroner Anjio Uygulanacak Hastaların Girişime İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD Başkanlığı, İzmir, 1998.
- 35- Öngen Z, Aran N, Erdine S, Kültürsay H, Gürgün C, İlkay E, Kozan Ö, Berkalp B, Nişancı Y, Sansoy V, Oğuz A. Aterosklerotik kalp hastalıkları. Erol Ç. Ed. Klinik kardiyoloji, Ankara: MN Medikal & Nobel, 2004.
- 36- Gökdoğan F. Yayınlanmamış ders notları 2000.
- 37- Onat A, Sansoy V, Hergenç G, Soydan İ, Adalet K. Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı: Halkımıza İlişkin Temel Veri Üretiminden Evrensel Tıbbı Katkılarıyla (TEKHARF). İstanbul: Yelken basım, 2005.

38- Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA. Esen AM. Ed. Hurt's The Heart. 3. cilt, 10. baskı, İstanbul: And Yayıncılık, 2002.

39-Erişim: (<http://www.odevsitesi.com/ornekler/arsiv1/31928-diyabet-ve-koroner-arter-hastaligi.asp>). Erişim tarihi: 04.05.2006.

40- Topsakal R. Koroner arter hastalığı.

Erişim: (http://tip.erciyes.edu.tr/Ders_Notlari/ramazantopsakal/KoronerArterhastaliklari) Yıl. Erişim tarihi: 12.05.2005

41- Apple S, Lindsay J. Temel ve Pratik Açidan Girişimsel Kardiyoloji. Çeviri: Cin G, Temizhan A, Çamsarı A. Washington, 2003.

42- Crawford MH, DiMarko JP. Crawford Kardiyoloji. 1. Baskı. 1. Cilt. Basıldığı yer: Mosby, 2003.

43 - Diener, PHC, Bogousslavsky PJ, Brass PLM, Cimminiello PC, Csiba PL, Kaste PM, Leys PD, Matias Guiu PJ, Rupprecht PHJ. Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet Volume 2004; 364 (9431):331-337.

44- CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). The Lancet 1996; 348:1329-39.

45- Binak K, İlerigelen B, Güzelsoy D, Okat T. Teknik Kardiyoloji. 2. baskı, İstanbul: Novartis, 2001.

46- Enç N. Koroner Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bilgisi ve rolü ne olmalıdır? Hemşirelik Dergisi 2004; 53.

47- Martinsen EW, Medhus A, Sandvik L. Benefits of exercise for the treatment of depression. Sports Med 1990; 9:380-9.

48- Wattles MG, The role of the exercise physiologist in mental health, professionalization of exercise physiology. An international electronic journal for exercise physiologists 2001; 4(4).

49- Pischke C, Weidner G, Elliott-Eller M, Scherwits L, Merrit-Worden T, Marlin R, Lipsenthal L, Finkel R, Saunders D, McCormac P, Scheer JM, Collins RE, Guameri EM, Ornish D. Comparison of coronary risk factors and quality of life in coronary artery disease patients with versus without diabetes mellitus. Am J Cardiol 2006; 97:1267-1273.

50- Michalsen A, Grossman P, Lehmann N, Knoblauch NTM, Paul A, Moebus S, Budde T, Dobos GJ, Psychological and quality-of-life outcomes from a comprehensive stress reduction

and lifestyle program in patients with coronary artery disease: results of a randomized trial, *psychother psychosom* 2005; 74:344-352.

51- Ünsar S, Durna Z, Süt N, Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Sağlık Eğitiminde Hemşirenin Rolü, *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2004; 7(2):27-41.

52- Durna Z, Enç N, Can G. Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda kardiyak risk faktörlerinin ve sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bülteni* 2000; 12:46.

53- Baret-Connor EL, Cohn BA, Wingard DL, Edelstein SL. Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in man? The Rancho Bernardo Study. *JAMA* 1991;627-30.

54- Sansoy V. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri: Kardiyoloji* 2003;16(5).

55- Stamler J, Neaton J, Wentworth D. Blood pressure (sistolic and diastolic) and risk of fatal coronary heart disease. *Hipertansiyon* 1993; 13:2-12.

56- Lundberg V, Stegmayr B, Asplund K, Eliasson M, Huhtasaari F. Diabetes as a risk factor for myocardial infarction: population and gender perspectives. *J Intern Med* 1997; 24:485-92.

57- Dotevall A, Hasdai D, Wallentin L, Battler A, Rosengren A. Diabetes mellitus: clinical presentation and outcome in men and women with acute coronary syndromes. Data from the Euro Heart Survey ACS Diabetic Medicine 2005; 22 (11):1542.

58- Durna K, Şahin M. Diyabetli hastalarda perkütan koroner girişimler. *Türk Kardiyoloji Seminerleri* 2005; 5 (3):291-305.

59- Demirağ NG. Diyabetin kontrolü ve kardiyovasküler prognoz. *Türk Kardiyoloji Seminerleri* 2005, 5(3):313-321.

60- Klein S, Sheard NF, Pi-Sunyer X, Daly A, Wylie-Rosett J, Kulkarni K, Clark NG. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies. *Diabetes Care* 2004; 27(8):2067-73.

61- Baykan M. Diyabetiklerde antitrombotik tedavi. *Türk Kardiyoloji Seminerleri* 2005; 5(3):322-332.

62- Maral I, Aksakal N, Baykan Z, Özkan S, Yıldırım A, Aycan S, Aygün R, Bumin MA. Ankara'nın gölbaşı ilçesi kırsal alanında on beş yaş ve üzeri kişilerde diabetes mellitus prevalansı ve risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2001; 21(5).

- 63- Cullen P, Schulte H, Assmann G. Smoking, lipoproteins, and coronary heart disease risk: data from the Münster Heart Study. (PROCAM). Eur Heart J. 1998; 19:1632-1641.
- 64- Sağun G, Oğuz A. Diyabetin önlenmesi: ilaç dışı yöntemler. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2005; 5 (3):260- 273.
- 65- Şahin S, Demircin M. Diyabetik hastalarda koroner bypass cerrahisi. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2005; 5 (3):306-3012.
- 66- Türk Kardiyoloji Derneği'nce hazırlanan koroner arter hastalığı yaklaşım ve tedavi klavuzu. Koroner Arter Hastalığında Risk Etmenlerini Düzeltmenin Etkinliği 1998: 4-14.
- 67- Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi (Halk Sağlığında Davranış Bilimleri). Birinci basım, İstanbul; Remzi Kitabevi, 2000.
- 68- Domaniç N. Hiperlipidemilerin ilaçla tedavisi. Türkiye Klinikleri: Kardiyoloji 2003; 16(5):28-48.
- 69- Gulanick M, Bliley A, Perino B, Keough V. Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: the patient's perspective. Heart Lung 1998; 27(4):253-262.
- 70- Lukkarinen H, Kyngas H. Experiences of the onset of coronary artery disease in a spouse, Eur J Cardiovasc Nurs 2003; (3):89-94.
- 71- Lukkarinen H. Life course of people with coronary artery disease. Journal of Clinical Nursing 1999; 8:701-711.
- 72- Weinstein ND, Nicolich M. Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviours. Health Psychology; 1993; 12(3):235-245.
- 73- Gulanick M, Naito A. Patients' reactions to angioplasty: realistic or not? Journal of Clinical Care 1994; 3(5):368- 372.
- 74- Baykan M. Diyabetiklerde antitrombotik tedavi. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2005; 5 (3):322-332.
- 75- Moser DK, Dracup K. Psychosocial recovery from a cardiac event: the influence of perceived control. Heart Lung 1995; 24(4):273-80.

EK 1: Soru Formu

Sayın AİBÜ Kardiyoloji Servisine Başvuran Hastalarımız,

Bu çalışma, mezuniyet sonrası hemşirelik eğitiminde, “*Anjiyografi ve Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti Sonrasında Hastaların Yaşam Biçimi Değişikliklerini*” belirlemeye yöneliktir. Sizden alınan bilgiler, bilimsel bir araştırma için kullanılacak ve bu araştırmadaki kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecek ve gelecekte sizlere verilen sağlık hizmetlerinin niteliğini arttırmada katkıda bulunabilecektir.

PERKÜTAN TRANSLÜMİNAL KORONER ANJİYOPLASTİ VE KORONER ANJİYOGRAFI SONRASI YAŞAM BİÇİMİ DEĞİŞİKLİKLERİNİN VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMININ BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

Anket

No:

□□□

Tarih:

İşlem:

İşlemin sonucu:

Adres:

.....
.....
.....

Ev Tel:.....

CepTel:.....

A- SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLE

1- Cinsiyetiniz:

☐ Kadın

☐ Erkek

2- Yaş:

3- Eğitim durumunuz:

☐ Okur-yazar değil

☐ Ortaokul mezunu

☐ Okur-yazar

☐ Lise/dengi okul mezunu

☐ İlkokul mezunu

☐ Fakülte/ Yüksekokul mezunu

4- Medeni durumunuz:

☐ Evli

☐ Dul

☐ Bekar

☐ Ayrı yaşıyor/boşanmış

5- Mesleğiniz:

6- Şu anda çalışıyor musunuz?

☐ Çalışıyor

☐ Çalışmıyor

☐ Emekli

7- Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız?

☐ SSK

☐ Yeşil kart

☐ Emekli Sandığı

☐ Özel sigorta

☐ Bağ-Kur

☐ Diğer (ise açıklayınız:

8- Ailenin gelir düzeyini gider düzeyine göre nasıl tanımlarsınız?

☐ Gelir gidere eşittir

☐ Gelir gidere göre fazladır

☐ Gelir gidere göre azdır

9- Genellikle (yılın 6 ayından daha fazla) evinizde yaşayan kaç kişi var?

.....kişi

B- HASTALIK VE GİRİŞİM İLE İLGİLİ SORULAR

10- Aşağıdaki hastalıklardan birine/birkaçına sahip misiniz?

- ☐ Hekim tarafından tanısı konulmuş bir kalp hastalığı
- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Diabet
- ☐ Diğer

11- Daha önce kalp krizi geçirdiniz mi?

- ☐ Evet (.....kez)
- ☐ Hayır

12- Bugüne kadar koroner arter hastalığınız nedeniyle hiç acile başvurduğunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

13- Bugüne kadar koroner arter hastalığınız nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?

- ☐ Evet (.....kez)
- ☐ Hayır

14- Ailenizde aşağıdaki hastalık(lar)a sahip kişiler var mı ?

- ☐ Hekim tarafından tanısı konulmuş bir kalp hastalığı (.....kişi)
- ☐ Hipertansiyon (.....kişi)
- ☐ Diyabet (.....kişi)
- ☐ Diğer (.....kişi)
- ☐ Yok

15- Daha önce aşağıdaki işlemlerden biri/birkaçı uygulandı mı?

- | | | |
|-------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Anjiyografi | ☐ Evet | ☐ Hayır |
| Ptca | ☐ Evet | ☐ Hayır |
| Stent | ☐ Evet | ☐ Hayır |
| By-pass | ☐ Evet | ☐ Hayır |

16- Hastaneye hangi yakınmalarla başvurduğunuz?

- ☐ Göğüs ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk gibi yakınmalarım var
- ☐ Kontrol için başvurum
- ☐ Diğer

17- Aşağıdaki yakınmaları yaşıyor musunuz?

Göğüs ağrısı	☐ Evet	☐ Hayır
Çarpıntı	☐ Evet	☐ Hayır
Yorgunluk	☐ Evet	☐ Hayır
Güçsüzlük	☐ Evet	☐ Hayır
Nefes darlığı	☐ Evet	☐ Hayır
Uyku sorunu	☐ Evet	☐ Hayır

18- Hastanın anjina fonksiyonel sınıfı *(Hasta dosyasından elde edilecektir)*

- ☐ Klas I (Yürüme, merdiven çıkma gibi doğal aktivitelerde ağrı olmaz. İş ya da herhangi bir uğraş uzun süre, hızlı ya da ağırsa ağrı oluşabilir)
- ☐ Klas II (Olağan aktivitelerde hafif zorluk. Hızlı yürüme ya da merdiven çıkmada, yokuş çıkmada, yemekten sonra, soğukta, rüzgara karşı, heyecanlı durumlarda ya da uyandıktan sonraki ilk saatlerde ağrı olursa. Normal hızda ve normal koşullarda iki bloktan fazla yürürse ya da bir kattan fazla merdiven çıkarsa),
- ☐ Klas III (Olağan aktivitede ciddi zorluk. Normal şartlarda bir - iki blok yürüyünce, ve bir kat merdiven çıkınca ağrı olur)
- ☐ Klas IV (Sıkıntı duymadan hiçbir fizik aktiviteyi yapamaz. İstirahatte de ağrı

olur)

19- Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

20- Sürekli kullandığı ilaçları olan hastaların kullandığı ilaç grupları nelerdir? *(hasta dosyasından kontrol edilecektir)*

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Antihipertansif | ☐ Beta bloker | ☐ Diüretik |
| ☐ Nitrat | ☐ Aspirin | ☐ Antidiyabetik |
| ☐ Statin | ☐ Kalp glikoziti | ☐ Diğer |
| ☐ Klopidoğrel | ☐ Antiiskemik | |

21- Hastaların Bazı Alışkanlıkları, Egzersiz ve Diyetlerinin Özellikleri

Sigara	Alkol	Egzersiz	Diyet
☐ Halen içiyor	☐ Halen içiyor	☐ Hiç egzersiz yapmıyor	☐ Et ağırlıklı
☐ İçmiş bırakmış	☐ İçmiş bırakmış	☐ Ara sıra yapıyor	☐ Yağ ve tuzdan fakir
☐ Hiç içmeyen	☐ Hiç içmeyen	☐ Haftada en az 2-3 kez 30-45 dk egzersiz yapıyor	☐ Yağ ve Tuzdan zengin
			☐ Unlu yiyecekler
			☐ Orta derecede yağlı ve tuzlu
			☐ Diğer:

22- Şu anda sağlığını nasıl tanımlıyorsunuz?

☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü

23- Durumunuzun ciddi olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

24- Hastalığınızla ilgili endişe yaşıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

25- Bu hastalığın yaşamınızı kısıtladığını düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

26- Hastalığınızın gelecek ile ilgili planlarınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

27- Bu işlemin size niçin uygulandığını düşünüyorsunuz?

28- Bu zamana kadar koroner anjiyografi, PTCA işlemleri ile ilgili sağlık eğitimi/danışmanlığı aldınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

29- Bu işlemden sonra aşağıdaki durumlar hakkında ne düşünüyorsunuz?

Ağrım olmayacak

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

Nefes darlığı çekmeyeceğim

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

Uyku Sorunum olmayacak

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

Eski enerjime kavuşacağım

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

Eski işlerimi yapmaya devam edebilirim

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

Daha iyi bir yaşamım olacak

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

30- Bu işlemle birlikte kalp hastalığınızın tamamen iyileştiğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

31- Bu işlemle birlikte hastalığınızın kontrol altına alındığını düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

32- Eve döndüğünüzde size bakacak kimseniz var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

33- Yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

34- Bu işlemden sonra hayatınızda bazı kısıtlamalar yapmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

35- Anjiyografi/PTCA'dan sonra nelere dikkat edilmelidir?

☐ Diyet

☐ Sigara içmemeliyim

☐ İlaç tedavisi

☐ Stres yönetimi

☐ Aktivite (iş, cinsel yaşam vb)

☐ Bilmiyorum

☐ Hiçbiri

36- Anjiyografi/PTCA'dan sonra nasıl yaşamanız gerektiği ile ilgili bilgi almak istiyor musunuz?

☐ Evet (ise belirtiniz:

☐ Hayır

37- Bu işlemten sonra ne zaman kontrole gelmeniz gerekiyor?

☐ 0-3 ay sonra

☐ 4-6 ay sonra

☐ Bilmiyorum

C- YAŞAM BİÇİMİNE YÖNELİK SORULAR (KORONER ANJİYOGRafi/PTACA'DAN ÜÇ AY SONRA)

Tarih:

38- Anjiyografi/PTCA'dan sonra kontrole geldiniz mi?

☐ Evet

☐ Hayır

39- Anjiyografi/PTCA'dan sonra aşağıdaki sorunları yaşadınız mı (yakınmaları)?

Göğüs ağrısı

☐ Evet

☐ Hayır

Çarpıntı

☐ Evet

☐ Hayır

Yorgunluk

☐ Evet

☐ Hayır

Güçsüzlük

☐ Evet

☐ Hayır

Nefes darlığı

☐ Evet

☐ Hayır

Uyku sorunu

☐ Evet

☐ Hayır

40- Bu işlemle birlikte kalp hastalığınızın tamamen iyileştiğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

41- Bu işlemle birlikte hastalığınızın kontrol altına alındığını düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

42- Şu anda sağlığını nasıl tanımlıyorsunuz?

☐ Çok iyi

☐ İyi

☐ Orta

☐ Kötü

☐ Çok kötü

43- Yaşam biçiminizi nasıl tanımlıyorsunuz?

☐ Aktif (çok yoğun)

☐ Sedanter (hareketsiz)

44- Ailenizle birlikte yaşıntınızda bir değişiklik oldu mu?

☐ Hayır

☐ Ailem/Eşim bana daha çok vakit ayırmak zorunda kalıyor

☐ Aileme olan sorumluluklarımı yerine getiremiyorum

☐ Eşimin sorumlulukları arttı

☐ Diğer

45- Günlük yaşantınızda bir değişiklik oldu mu?

☐ Evet (ise açıklayınız:

☐ Hayır

46- Eskiden yapabildiğiniz işleri yapmada zorluk çekiyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

47- Bu hastalığın hayatınızı kısıtladığını düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

48- Anjiyografi/PTCA'dan sonraki yaşantınızda dikkat etmeniz gerekenlere (diyet, egzersiz ve aktivitelerinize) uydüğunuzu düşünüyor musunuz?

Beslenme, diyet (var/yok) ☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

İlaç tedavisi (var/yok) ☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

Aktivite (iş, cinsel yaşam vb) (var/yok) ☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

49- Sigara ve alkol alışkanlıklarında değişiklik oldu mu?

☐ Tamamen değişti

☐ Değişti/azalttı

☐ Değişmedi

50- Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı?

☐ Hayır

☐ Evet

51- İlaçlarınızı nasıl kullanmanız gerektiğini biliyor musun?

☐ Evet

☐ Hayır

52- Gelecek ile ilgili endişe yaşıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

53- Hastalığınızın gelecek ile ilgili planlarınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

54- Bundan sonraki yaşantınızda dikkat etmeniz gereken konular ile ilgili destek görüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır