

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YAŞLI BİREYLERİN AKUT KORONER SENDROM
SEMPTOMLARINA İLİŞKİN
BİLGİ ve TUTUMLARI**

Arzu AKBABA

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2018**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YAŞLI BİREYLERİN AKUT KORONER SENDROM
SEMPTOMLARINA İLİŞKİN
BİLGİ ve TUTUMLARI**

Arzu AKBABA

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi İmatullah AKYAR**

**ANKARA
2018**

Yaşlı Bireylerin Akut Koroner Sendrom Semptomlarına İlişkin Bilgi ve Tutumları

Öğrenci: Arzu AKBABA

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi İmatullah AKYAR

Bu tez çalışması 28.06.2018 tarihinde jürimiz tarafından "İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Doç.Dr. Sevinç Kutlutürkan
(Gazi Üniversitesi)



Tez Danışmanı:

Dr.Öğr.Üyesi. İmatullah Akyar
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye:

Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye:

Doç. Dr. Leyla Özdemir
(Hacettepe Üniversitesi)



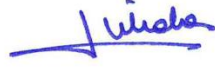
Üye:

Dr.Öğr.Üyesi. Zehra GÖK METİN
(Hacettepe Üniversitesi)



Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

02 Temmuz 2018



Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYINLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir 4 cm kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- **Tezimin/Raporumun 28.06.2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- **Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**
- **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**



03/07/2018

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi İmatullah Akyar danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Arş. Gör. Arzu AKBABA

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında sahip olduğu bilgi ve deneyimleriyle emeğini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr. Üyesi İmatullah Akyar'a,

Yüksek lisans eğitimime katkılarından dolayı çok değerli hocalarım Doç. Dr. Sevgisun Kapucu ve Doç. Dr. Leyla Özdemir'e,

Tezimin analizleri için sabır ve özenle gerekli destekleri sağlayan başta Dr. Öğr. Üyesi Sevilay Karahan'a ve Arş. Gör. Ebru Öztürk'e,

Beni bugünlere getiren biricik aileme, canım arkadaşım Afra Çalık'a ve sonsuz sevgisiyle daima yanımda olan Kağan Türker Akbaba'ya en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Akbaba, A., Yaşlı Bireylerin Akut Koroner Sendrom Semptomlarına İlişkin Bilgi ve Tutumları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018. Araştırma yaşlı bireylerin akut koroner sendrom semptomlarına ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji servisinde izlenen 65 yaş üzeri, akut koroner sendrom tanısı almış, iletişimi engelleyen herhangi bir sorunu olmayan ve araştırmaya katılma konusunda onamları alınmış 117 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Anket Formu ve Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksi kullanılmıştır. Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksi bilgi, tutum ve inanç boyutlarından oluşmakta, puan arttıkça bilgi düzeyinin arttığı belirlenirken, tutum boyutuyla hastalık semptomlarına karşı bireylerin geliştirdiği davranışların uygunluğu ölçülmektedir. Veriler Haziran-Eylül 2017 tarihlerinde yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 69.82 ± 4.71 , %59.8'i erkek, %29.9'u üniversite mezunu ve %72.6'sı çalışmamaktadır. Hastaların akut koroner sendrom yanıt indeksi bilgi boyutu puan ortalaması 14.7 ± 2.17 (0-21) ve tutum boyutu puan ortalaması 12.0 ± 3.28 (5-20) olarak hesaplanmıştır. Çalışma sonucunda hastaların akut koroner sendromla ilgili bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve hastalık semptomlarına karşı olumsuz tutuma sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık profesyonelleri tarafından yaşlı bireylerin akut koroner sendrom farkındalığına ilişkin eğitim programlarının hazırlanması ve olumlu tutum geliştirici hemşirelik müdahaleleri ile yaşlı bireylerin desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, bilgi, tutum, yaşlı hasta

ABSTRACT

Akbaba, A., Older Adults' Knowledge and Attitudes About Acute Coronary Syndrome Symptoms, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Internal Diseases Medical Nursing Program, Master's Thesis, Ankara, 2018. This descriptive study was conducted to determine older adults' knowledge and attitudes about acute coronary syndrome symptoms. Study sample consisted of 117 voluntary patients over 65 years of age with the diagnosis of acute coronary syndrome at the Coronary Intensive Care Unit and Cardiology Department of the Ankara Baskent University Hospital of Ankara University. Data were collected with questionnaire, and the Acute Coronary Syndrome Response Index consisting of knowledge, attitude and belief dimensions. Increase in knowledge dimension scores indicate higher levels of knowledge whereas attitude dimension measures appropriate development of behavior in response to symptoms of acute coronary syndrome. Data were collected through face-to-face interviews conducted between June and September, 2017. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests. The mean age of participants was 69.82 ± 4.71 , 59.8% were men, 29.9% had an undergraduate degree and 72.6% were unemployed. Participants' mean scores of knowledge and attitude dimensions were 14.7 ± 2.17 (0-21) and 12.0 ± 3.28 (5-20) respectively. Results showed that participants had a moderate level of knowledge about acute coronary syndrome and negative attitudes towards its symptoms. Based on these results, it can be recommended that health professionals should structure education programs to raise the awareness about acute coronary syndrome among elderly and supportive nursing care for elderly patients to develop positive attitudes.

Keywords: Acute coronary syndrome, attitude, elderly patient, knowledge

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYINLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Akut Koroner Sendrom	4
2.1.1. Tanım ve Sınıflandırılma	4
2.1.2. Epidemiyoloji	5
2.1.3. Etiyoloji	5
2.1.4. Risk Faktörleri	5
2.1.5. Belirti ve Bulgular	8
2.2. Yaşlılarda Akut Koroner Sendrom	9
2.2.1. Tanı ve Risk Sınıflandırılması	10
2.3. Hastalığa İlişkin Bilgi ve Tutumun Önemi	10
2.4. Yaşlı Akut Koroner Sendromlu Bireylerde Hemşirelik Bakımı	11
3. GEREÇ ve YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Şekli	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	13
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu	14
3.5. Veri Toplama Araçları	14
3.6. Araştırmanın Uygulanması	15
3.7. Verilerin Analizi	16

4. BULGULAR	17
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	18
4.2. AKSYİ Puanlarına İlişkin Bulgular	21
4.3. Hastaların Sosyo-demografik ve Risk Faktörlerine Göre AKSYİ Ortanca Puanları	26
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	32
6.1. Sonuçlar	32
6.2. Öneriler	33
7. KAYNAKLAR	34
8. EKLER	
EK-1. Etik Kurul İzin Yazısı	
EK-2. Başkent Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Yazısı	
EK-3. Ölçek Kullanım İzin Yazıları	
EK-4. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-5. Anket Formu	
EK-6. Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksi	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

AHA	: American Heart Association / Amerikan Kalp Cemiyeti
AMİ	: Akut Miyokard İnfarktüsü
AKS	: Akut Koroner Sendrom
AKSYİ	: Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HDL	: High Density Lipoprotein / Yüksek Dansiteli Lipoprotein
ICD	: Implantable Cardioverter Defibrillator / İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
LDL	: Low Density Lipoprotein / Düşük Dansiteli Lipoprotein
NSTEMİ	: Non-ST Elevation Myocardial Infarction / ST Yükselmesiz Miyokard İnfarktüsü
STEMİ	: ST Elevation Myocardial Infarction / ST Yükselmeli Miyokard İnfarktüsü
TEKHAREF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
USAP	: Unstabil Anjina Pektoris/ Kararsız Anjina Pektoris

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Akut koroner sendromların sınıflandırması	4



TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
4.1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri	18
4.2. Hastaların klinik özellikleri	19
4.3. AKSYİ bilgi ve tutum puan dağılımları	21
4.4. AKSYİ bilgi boyutu tanımlayıcı istatistikler	22
4.5. AKSYİ tutum boyutu tanımlayıcı istatistikler	24
4.6. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre AKSYİ ortanca puanları	26
4.7. Hastaların risk faktörlerine göre AKSYİ ortanca puanları	27



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kardiyovasküler hastalıklar, dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Her yıl Avrupa’da yaklaşık 4 milyon kişinin ölümüne neden olan kardiyovasküler hastalıklar, ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı verilerine göre en çok öldüren hastalıklar arasında %39.8 ile birinci sırada olup; bu oranın yaklaşık yarısını (%40.5) iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır (1, 2).

Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2012 yılı verileri AKS’den ölenlerin yarısından fazlasını 70 yaş üzeri bireylerin oluşturduğunu belirtmektedir (3). TEK HARF çalışmasına göre ülkemizde koroner arter hastalığı 45-54 yaş grubunda %6, 55-64 yaş grubunda %17, 65 yaş ve üzeri bireylerde ise %28 olarak görülmektedir (4, 5).

Koroner olaylar ise çoğunlukla yeni tanı Akut Koroner Sendrom (AKS) olarak bildirilmektedir (6). Akut koroner sendrom, koroner arter akımının ani azalmasıyla birlikte miyokardın yetersiz perfüzyonu sonucu infarktüsüne neden olan klinik tabloların tamamı olarak tanımlanmaktadır. Akut koroner sendrom ST yükselmeli miyokard infarktüsü (STEMI), ST yükselmez miyokard infarktüsü (NSTEMI) ve kararsız anjina pectorisden (USAP) oluşmaktadır (2, 7).

Akut koroner sendrom yönetiminde son yıllarda önemli gelişmeler olmakla birlikte yeni tedavi yaklaşımları ile mortalite oranları belirgin ölçüde azalmıştır (8). Uygulanan tedavinin başarısı hastaların semptomlarının kardiyak kökenli olduğunu erken fark ederek tıbbi yardım aramaları, hastaneye erken ulaşmaları ve tedavinin başlanmasına bağlıdır (8, 9). Semptomların başlangıcından medikal tedaviye kadar geçen sürenin uzaması birçok ciddi komplikasyona neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda semptomlar ile tedavinin başlaması arasındaki sürenin oldukça uzun olduğu, ortalama başvuru süresinin 1.5 saat ile 6 saat arasında değiştiği ifade edilmektedir (10).

En fazla gecikme başlangıç aşamasında hastanın semptomu tanınması ve karar vermesi sırasında gerçekleşmektedir. Gecikmenin özellikle kadın hasta, düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip sağlık güvencesi olmayan hastalarda arttığı, semptom şiddeti,

semptomun tipik olması ve AKS'nin önlenebilir olduğuna inanma durumlarında ise azaldığı belirtilmektedir (11).

Yaşlılarda koroner kalp hastalığı kararlı anjina, akut koroner sendrom, kalp yetmezliği ve ani ölüm şeklinde görülmekte ve miyokard iskemisine bağlı gelişen semptomların tümü AKS olarak adlandırılmaktadır (12). İleri yaşlardaki AKS semptomları genellikle eforla ortaya çıkan substernal baskı hissinden çok atipik karakterde sessiz iskemi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hastaların yaşa bağlı değişiklikleri ve beraberinde bulunan hastalıklara bağlı efor kapasitesinin düşük olması da sessiz iskeminin oluşmasında etkindir. Yaşlı hastalarda anjinadan sonra en sık görülen semptom ise diyastolik disfonksiyon sonucu oluşan dispnedir. Bunun yanında ileri yaştaki bireylerde omuz ve sırt ağrısı, halsizlik, güçsüzlük veya epigastrik rahatsızlık hissi gibi belirtiler de yaşlı hastaların atipik semptomları arasında yer almaktadır (12, 13).

Atipik semptomların yanı sıra, AKS'den şüphelenilen yaşlı hastalarda standart bir tetkik olan elektrokardiyografide segment değişimi olmayışı da tanısız belirsizliğe katkıda bulunmaktadır (14). Ayrıca yalnız yaşama ve anjina pektoris taklit eden birden fazla kronik hastalığın olması gibi durumlar da yaşlı bireylerde tedaviye ulaşmada engel oluşturmaktadır. 80 yaş ve üzeri hastalarla yapılan bir çalışmada semptomlar başladıktan sonra acil servise başvuru süresi ortalama olarak 6 saatin üzerinde iken, 60 yaşın altında bu ortalama, 4 saatin altında bulunmuştur (15). Yaşlılarda bu gecikmenin en aza indirilmesi içinde bireylerin semptomlarını fark etmesi, tıbbi girişimin gerekliliğine inanması ve en erken şekilde sağlık kuruluşuna gitmesi önemlidir (11). Bu süreçlerin gerçekleştirilmesi yaşlı bireylerin akut koroner sendrom semptomlarına karşı geliştirdiği bilgi ve tutumlarla ilişkili olabilmektedir (8).

Yaşlı bireylerin semptomları tanımasında en kritik adım yaşadıkları durumla ilgili bilgi sahibi olması olarak tanımlanmaktadır. Ancak yalnızca hastalık hakkında bilgi sahibi olmak gecikmeyi önlemek açısından yeterli değildir. Doğru yorumlanan belirtiler ile hastalık arasında olumlu geliştirilen tutumlar tedaviye erken ulaşma konusunda büyük önem taşımaktadır. Alfafos ve ark. (16) yaptıkları çalışmada 160 akut koroner sendromlu erişkin hastanın düşük bilgi düzeyine ve hastalık semptomlarına karşı olumsuz tutuma sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Tullmann ve ark. (17) yaptıkları bir çalışmada yaşlı bireylere verilen eğitim sonrasında hastaların

semptomlar hakkındaki bilgi düzeyi önemli derecede artmış ve hastalığa karşı olumlu davranış geliştirdikleri ortaya çıkmıştır.

Yaşla birlikte görülme sıklığı artan AKS'nin belirtilerini tanıma ve harekete geçme konusunda yaşlı bireylerin bilgi ve tutumları mortalite açısından ve kılavuzlarda yaşlı bireylere yaklaşım açısından önemli bulunmaktadır. MI'ların %67'sinin 65 yaş ve üzerinde görülmesi, yaşlı bireylerde koroner olayların yaklaşık %25-35'inin asemptomatik seyretmesi ve uzun dönem prognozun yaşla birlikte değişiklik göstermesi yaşlı bireylerde AKS tanılanması, önlenmesi ve yönetimi konularının özel olarak ele alınmasını gerektirmektedir (18). Ancak, literatürde yer alan çalışmalar çoğunlukla genç/orta erişkinlerle gerçekleştirilmiş, yaşlı bireyler ile yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda ise örneklem genelde daha düşük kardiyovasküler risk faktörleri ve hemodinamik parametreler açısından daha iyi hastalardan seçilmiştir. Yaşlı bireylerin tutum ve algılarına yönelik bu gözardıcı tutum bu konu üzerinde çalışmalara gereksinim duyulmasına neden olmaktadır (18, 19).

Yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili bir davranışı sergilemesinin sahip olduğu bilgi düzeyi, motivasyon ve davranışsal beceriler ile doğrudan ilişkili olduğu, düşünüldüğünde; yaşlı bireylerin AKS semptomları hakkındaki bilgi düzeyinin belirlenmesi ve semptomlara yönelik farkındalıklarının tespit edilmesinin AKS ile izlenen yaşlı bireylere yaklaşımda katkısının olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile yaşlı hastaların akut koroner sendrom semptomlarına ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Bu doğrultuda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

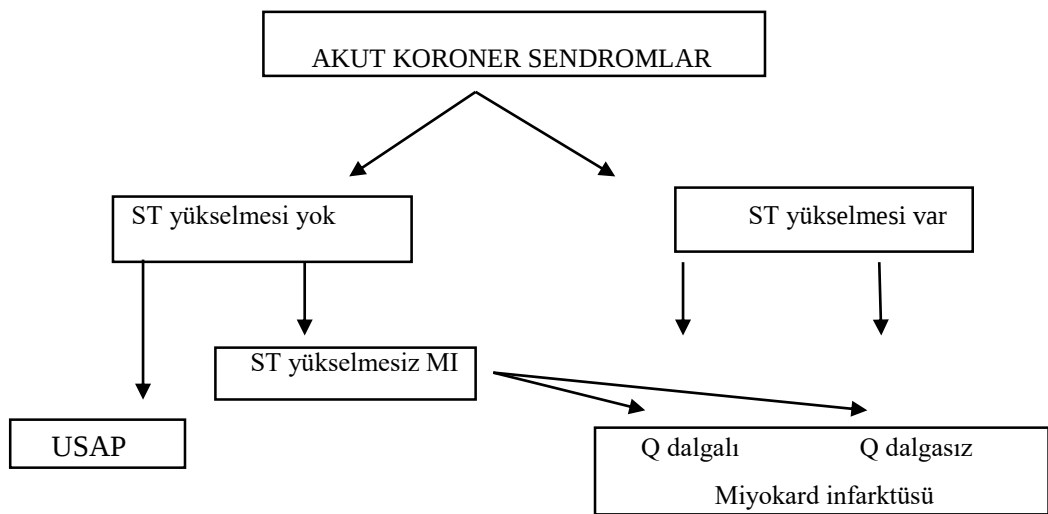
1. 65 yaş ve üzeri AKS tanısı ile izlenen hastaların AKS bilgi ve tutum puanları nedir?
2. 65 yaş ve üzeri AKS tanısı ile izlenen hastaların bilgi ve tutum puanları sosyo-demografik özelliklerine göre değişmekte midir?
3. 65 yaş ve üzeri AKS tanısı ile izlenen hastaların bilgi ve tutum puanları risk faktörlerine göre değişmekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akut Koroner Sendrom

2.1.1. Tanım ve Sınıflandırılma

Akut koroner sendrom, koroner arter akımının ani azalmasıyla birlikte miyokardın yetersiz perfüzyonu sonucu infarktüse neden olan klinik tabloların tamamı olarak tanımlanmaktadır. Akut koroner sendrom USAP, NSTEMI ve STEMI'dan oluşmaktadır (2,7). Kararsız anjina pectoris, istirahat veya egzersiz sırasında oluşabilen, alışılmış anjinalardan süresi daha uzamış, nekrozun biyokimyasal belirteçlerinin negatif olduğu, ciddi iskemik göğüs ağrısı olarak tarif edilmektedir. ST yükselmesiz miyokard infarktüsü ise USAP ile karşılaştırıldığında büyük orandaki tıkanmalarla daha geniş boyuttaki infarktüslere neden olan ve kardiyolojik enzimlerin pozitif olduğu bir tablodur. Akut koroner sendromlar içerisinde mortalitenin en yüksek olduğu sınıf ise STEMI'dır. ST yükselmeli miyokard infarktüsünde tam tıkanma sonucu koroner arterdeki kan akımı tamamen durmaktadır. ST yükselmeli miyokard infarktüslü hastalarının büyük çoğunluğunda Q dalgalı, daha azında Q dalgasız MI gelişmektedir (20). Q dalgasız MI kararsız anjinaya benzemekle birlikte farklı olarak EKG'de yeni Q dalgası olmaksızın kardiyak enzimlerde yükselme meydana gelmektedir (21). Akut koroner sendrom ile ilgili yapılan sınıflandırma Şekil 2.1'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Akut koroner sendromların sınıflandırılması

2.1.2. Epidemiyoloji

Akut koroner sendrom yol açtığı hastane yatışları, iş gücü kaybı, mortalite ve morbidite nedeniyle dünyanın en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır (22). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2015 yılında 17.7 milyon insanın kalp ve damar hastalıkları sebebiyle öldüğü, bu rakamın dünyadaki tüm ölümlerin %31'ini oluşturduğu belirtilmektedir. Kalp damar hastalıkları arasında ise koroner arter hastalığı en yaygın görüleni olup yaklaşık 7.4 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır (23). Ayrıca DSÖ, koroner arter hastalığına bağlı ölümlerin önümüzdeki yirmi yılda kadınlarda %120, erkeklerde %137 artacağını belirtmektedir (21).

Türkiye genelinde AKS' ye yönelik sınırlı veri mevcuttur. TEKHARF 2012 verilerine göre yılda 300 bin yeni koroner olay sonucu yaklaşık 95 bin ölüm meydana gelmektedir. Ölümlerin yaklaşık 55 bininin hastane dışında aniden, 40 bininin de, başta acil serviste olmak üzere, hastaneden taburcu edilene kadar oluştuğu tahmin edilmektedir. Kırk yaş ve üzerindeki nüfusun bir yıldaki artışına karşılık gelen 50-65 bine yakın akut koroner sendromlu kişi de toplama katıldığına, koroner hasta sayısı yılda 140 bin kadar artmaktadır (3).

2.1.3. Etiyoloji

Akut koroner sendromun en sık rastlanan sebebi, trombin oluşumu, fibrin birikimi ve platelet agregasyonu basamaklarını izleyen, kana lipid içeriğinin ve trombojenik bileşenlerin salınımı sonucu oluşan aterosklerotik plağın rüptürü ve erozyonudur (25, 26). AKS'ye yol açan fakat nadir görülen diğer nedenler ise sistemik lupus eritematozus, koroner arter anomalileri, koroner arter diseksiyonu ve emboli olarak tanımlanmaktadır (27).

2.1.4. Risk Faktörleri

Risk faktörlerinin tanımlanması ve tedavi edilmesi, asemptomatik kişilerde koroner arter hastalığının oluşmasını önleyerek primer koruma, hastalığı tespit edilmiş kişilerde ise tekrarlanan durumların oluşumunu önleyerek sekonder koruma sağlamaktadır (28). Kardiyak iskeminin nedeni çoğunlukla koroner aterom gelişimine bağlı olarak koroner arterin daralmasıdır. Koroner aterom gelişimiyle doğrudan ilişkili

birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Yaşam tarzı değişiklikleriyle değiştirilebilen tütün kullanımı, obezite, fiziksel inaktivite ya da ilaçlarla değiştirilebilen hiperkolesterolemi, hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM) ile yaş, cinsiyet ve genetik yatkınlık gibi değiştirilemeyen risk faktörleri akut koroner sendrom oluşum sürecinde önemli rol oynamaktadır (29).

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen risk faktörleri içinde yaş, cinsiyet ve genetik yatkınlık bulunmaktadır. Akut koroner sendrom gelişimi için en büyük risk yaş olup, yaş ilerledikçe risk artmaktadır. Yaşlanma ile birlikte büyük damarların tunica media tabakasında interstisyel fibrozis ve kalsifikasyon artmakta, elastin lifleri yıkılmakta, kollajenin miktarı ve tipi değişmekte böylece santral arterlerde elastikiyet azalarak ateroskleroz oluşumu kolaylaşmaktadır (30). Ayrıca premenopozal dönemde kadınlar erkeklere göre 10 yaş daha geç koroner arter hastalığı ile karşılaşmakta, postmenopozal dönemde ise kadınlar için risk artmaktadır. Bunun nedeni östrojenin yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyini artırırken düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyini azaltması özelliğiyle ateroskleroz oluşumunu engellemesidir (31).

Tüm risk faktörleri içerisinde genetik yatkınlık koroner arter hastalığı oluşumu için aterosklerozun tüm basamaklarında ciddi bir risk faktördür (31). Lipid apolipoprotein metabolizması, inflamatuvar cevap, endotel fonksiyonları, trombosit fonksiyonları, tromboz, fibrinoliz, homosistein metabolizması, insulin hassasiyeti ve kan basıncı regülasyonunu içeren birçok kimyasal süreç ateroskleroz gelişimi ve ilerlemesinde etkilidir. Bu olayların her birinin oluşumunda genler tarafından kodlanan enzimler, reseptörler ve ligandlar rol almaktadır. Bu bileşenlerin çevresel ve genetik olarak etkilenmesi hastalık sürecini de etkileyerek koroner arter hastalığı oluşumu üzerinde önemli bir yer tutmaktadır (32, 33).

Koroner arter hastalığı gelişimi için en güçlü aile öyküsü, birinci derece akrabalarda erken yaşta KAH öyküsü olmasıdır. İki ya da daha fazla birinci derece akrabalarında KAH olan bireylerde ise bu risk 3-6 kat artmaktadır (32).

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Tütün kullanımı kalp damar hastalıkları için önemli bir risk faktörü olup, MI ve ani ölüm riskini erkeklerde 2.7 kadınlarda 4.7 kat artırmaktadır (34). Tütün kalp damar sistemi üzerine toksik etkilerini nikotin, karbonmonoksit ve oksidan maddeler aracılığıyla göstermektedir. Kardiyovasküler hemodinaminin bozulması, endotel disfonksiyonu, inflamasyon ve trombojenite artışı sigaranın yol açtığı başlıca kardiyovasküler hastalık mekanizmalarıdır (35).

Yaşam tarzı değişiklikleriyle kontrol altına alınabilecek bir diğer risk faktörü ise obezitedir ve 30 kg/m² beden kitle indeksi obezite tanısı için sınır kabul edilmektedir (36). Özellikle abdominal bölgede yüksek oranda yağ birikimi ile karakterize olan obezite koroner arter hastalığı için önemli bir risk oluşturmaktadır (32, 34). Obeziteye bağlı oluşan akut koroner sendrom riski için altta yatan patofizyolojik nedenler arasında obezitenin sebep olduğu serbest yağ asidi yapım ya da yıkımı, hiperkoagülabilitate, inflamatuvar olayların artışı ve insülin duyarlılığındaki düşüş sayılabilmektedir (37).

Sedanter yaşam tarzı da akut koroner sendrom açısından önemli bir risk faktörüdür. Düzenli fiziksel aktivite ile kan basıncı regülasyonu sağlanmakta, LDL kolesterol düzeyi düşmekte, kilo azalmakta, endotele bağlı vazodilatasyon ve fibrinolitik aktivasyon gibi olumlu etkiler koroner arter hastalığı gelişme riskini azaltmaktadır. Ayrıca fiziksel inaktivite obezitenin yanında insulin direnci, hipertansiyon, dislipidemi gibi risk faktörlerinin de ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (4, 38, 39).

Modifiye Edilebilen Risk Faktörleri

Koroner arter hastalıklarının oluşumunda ilaçlarla modifiye edilebilen risk faktörlerinden en sık görülenler hipertansiyon ve hiperkolesterolemidir. Tüm aterosklerotik olayların %35'i, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'i ve inmeye bağlı ölümlerin %51'i ise hipertansiyona bağlı gerçekleşmektedir (40, 41). Kan basıncındaki yükselme endotel fonksiyonlarında bozulmaya yol açarak ateroskleroz oluşumunu hızlandırmaktadır (29). Ayrıca hipertansiyon her iki cinsiyette Mİ riskini 2-3 kat artırmaktadır. Diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak diyastolik kan

basıncında 15 mmHg ya da sistolik kan basıncında 25 mmHg'lık artış yeniden infarktüs gelişme riskini sırasıyla %40 ve %37 oranlarında artırmaktadır (42).

AKS oluşumunda önemli rol oynayan faktörlerden bir diğeri hiperkolesterolemidir. Total kolesterol ve LDL'nin yükselmesi ateroskleroz oluşumuna katkı sağlarken, HDL düzeyinin yükselmesi koroner arter hastalıklarından korunmayı sağlamaktadır (43, 44).

Kalp hastalıklarının gelişiminde diabetes mellitusun da hızlandırıcı bir etkisi vardır. Hiperglisemi, trombosit agregasyonunu artırarak ateroskleroz gelişimini kolaylaştırmaktadır (45). Diyabetik ateroskleroz daha erken gelişen, genellikle total plak halinde ve instabil olması özelliğiyle diğer ateroskleroz yapılarından ayrılmaktadır. Akut koroner sendrom tanısı alan hastaların %20-25'i diabetes mellitus tanısı ile izlenmektedir. Diabetes mellitus tanısı olan hasta ölümlerinin %75-80'inin nedeni ise kalp damar hastalıklarıdır (46).

2.1.5. Belirti ve Bulgular

Akut koroner sendromların en güçlü ve tipik belirtisi göğüs ağrısıdır. Miyokard iskemisi sonucu gelişen göğüs ağrısına anjina pectoris (AP) adı verilir. Anjina pectorisin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak iskeminin kasta laktik asit, histamin, kininler veya hücrel proteolitik enzimler gibi ağrı uyandıran maddelerin birikimine bağlı geliştiğine inanılmaktadır. Maddelerin bu yüksek konsantrasyonlarının kalp kasında sinir uçlarını uyatarak oluşturduğu ağrının afferent sempatik sinirlerle merkezi sinir sistemine iletiildiğine inanılmaktadır (9).

Anjina pectoris genelde göğüste sternum etrafında yerleşik olmasının yanında epigastriumdan çene altı veya dişlere, iki kol ve el bileklerine kadar her yerde hissedilebilir. Ağrı hissi genelde baskı, daralma veya ağırlık hissi şeklinde tanımlanmaktadır. Nefes darlığı anjinaya eşlik edebilirken ek olarak bulantı, kusma, baygınlık, yorgunluk ve huzursuzluk gibi atipik belirtiler de görülebilmektedir (47).

2.2. Yaşlılarda Akut Koroner Sendrom

Dünya Sağlık Örgütü kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri bireyleri yaşlı olarak kabul etmektedir (48). İleri yaşlarda tanılanan kalp hastalıklarının büyük bir kısmını iskemik kalp hastalıkları oluşturmaktadır (49).

Akut koroner sendromun yaşlı bireylerde sıklığının artması hipertansiyon, sigara, fiziksel inaktivite, hiperlipidemi, diyabet ve genetik gibi bilinen risk faktörlerinin yanı sıra yaşa bağlı değişimler ile ilişkilendirilmektedir (49). Yaşlanmayla birlikte kardiyovasküler sistemin miyokard, sinir iletimi, barorefleks ve vasküler sistem mekanizmasındaki değişimleri akut koroner sendromun belirgin hale gelmesinde kilit rol oynamaktadır (50).

Miyokard ve Sinir İletimi Mekanizması: Yaşlanmayla birlikte amiloid ve lipofusin gibi maddelerin birikmesiyle hipertrofik hale gelen miyokardın esnekliği ve pompalama yeteneği azalmaktadır (45, 50). Bunun yanında miyokardın sempatik sinir sistemi uyarılarına karşı hassasiyeti ve verdiği yanıtın gücünde de belirgin ölçüde azalmalar meydana gelmektedir. Sinir iletimindeki yavaşlamalar ise sino-atrial nod üzerinde yağ, kollajen ve liflerin birikmesinden kaynaklanmaktadır (50).

Vasküler Sistem: Vasküler sistemin bozulmasında temel etken damarların media ve intima tabakasında meydana gelen değişimlerdir. Koroner arterlerin intima tabakasında kollajen, kolesterol ve kalsiyum birikimi ateroskleroza, media tabakasında meydana gelen değişimler ise periferel direncin artışına neden olmaktadır (51). Artan periferel direnç, baroreseptör fonksiyonlarına zarar verirken hayati organlara olan kan akışını azaltmaktadır (50).

Barorefleks Mekanizması: Barorefleks mekanizması kan basıncı regülasyonundan sorumlu olan fizyolojik bir süreçtir. Ateroskleroz ya da adrenerjik uyarılara karşı yanıtın azalması baroreseptör mekanizmasındaki hassasiyeti azaltmaktadır. Duyarlılığı azalmış baroreseptörler kan basıncının stabil olarak sürdürülmesine engel olur ve kan basıncında ani değişimlere neden olmaktadır (50).

2.2.1. Tanı ve Risk Sınıflandırılması

Yaşlılarda akut koroner sendrom genellikle atipik belirtiler ve hafif semptomlarla seyretmektedir (52). Bazı araştırmacılar halsizlik, nefes darlığı, çarpıntı, epigastrik bölgede ağrı, mide ekşimesi ve iştahsızlık gibi belirtileri atipik belirtiler olarak belirlemiştir. Atipik belirtiler daha çok 75 yaş üstünde, kadınlarda, diyabet, kronik böbrek yetersizliği veya demansı olan kişilerde sıklıkla gözlenmektedir. Diyabetik bireylerde, diyabetik nöropati ve nosiseptif iletinin bozulması nedeniyle göğüs ağrısı şiddetli hissedilmemektedir (53, 54).

Yaşlılarda kardiyak patolojilerde belirtiler ağrıdan çok kalbin diastolik fonksiyonunun bozulmasından dolayı egzersiz sırasında nefes darlığı şeklinde kendini göstermektedir (55). Tipik göğüs ağrısının olmayışının nedeni bireylerin ağrı eşiğinin yüksek olması ve geçirilmiş infarktüsüne bağlı otonom sinir iletimi hasarlarıdır (12).

Ayrıca yaşlı hastaların çizgili kas kitlesinin azalmasından dolayı miyokard iskemisi oluşturacak düzeyde egzersiz yapamaması akut koroner sendroma karşı yakınmasızmış gibi görünmelerine neden olabilmektedir (56). Bu açıdan yaşlanmayla birlikte bilişsel yetersizliklerin ve günlük aktivitelerdeki azalmanın bireylerin semptomlarının belirginleşmesini engelleyebileceği unutulmamalıdır (57).

2.3. Hastalığa İlişkin Bilgi ve Tutumun Önemi

Hastalık, bireyin sağlığını tehdit eden unsurları fark etmesi veya bir hastalığın anlam ve önemini algılaması olarak tanımlanmaktadır (58). Hastalar hastalıklarıyla ilgili bilişsel temsiller kurarak, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli tutumlar geliştirir (59). Yaşantı ve deneyimlerle örgütlenen tutum, bireylerin davranışlarını yönlendirici önemli bir unsurdur. Tutumu oluşturan öğeler, bireyin bir konu hakkında bildikleri (bilişsel öge), o konudan hoşlanması ya da tehdit olarak algılaması (duygusal öge) ve bu durum karşısında gösterdiği davranış (davranışsal öge) olarak tanımlanmaktadır (60). Tutumların temelini hastaların sahip olduğu temel tıbbi bilgiler oluşturmaktadır. Bu bakımdan tutum ve bilgi kavramlarının birbirinden bağımsız düşünülemeyeceği iç içe geçen bu kavramların sürekli etkileşim halinde oldukları belirtilmektedir (61).

Bireylerin hastalık semptomları hakkında bilgi sahibi olması durumun ciddiyetini anlayarak, nasıl sonuçlanacağı hakkında öngörü sahibi olması eyleme geçmedeki davranışlarını etkilemede önemli olmaktadır. Bilgi motivasyon davranış modeli de, kişilerin davranışını, tutumunu etkilemede bilgi düzeyinin önemli olduğunu, olumlu davranış tutumu geliştirilmesinde bireylerin bilgi ve motivasyon yaklaşımının belirlenmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu bakımdan AKS gibi erken tanının hayat kurtarıcı olduğu durumlarda yaşlı hastanın hastalık ile ilgili bilgi ve tutumu son derece büyük önem taşımaktadır (62). Yaşlı bireylerin hastalıkla ilgili tutumlarını sağlığı koruyucu davranışa dönüştürmede bilgi düzeylerinin artırılması, olumlu tutumun ve beklentilerin geliştirilmesi, öz yeterliliğin geliştirilmesi, rutin koruyucu uygulamaları benimsemesi ve izlemesi adımlarının izlenmesi gerekmektedir (63). Doğanay ve ark. (2012) yaptıkları bir çalışmada yaşlı AKS'li hastaların kötü sağlık algısının mortalite üzerine artırıcı etkiye sahip olduğunu göstermiştir (64). Ayrıca O'Brien ve ark. (2014) 1947 AKS'li hastaya eğitim vererek hastaların hastalık semptomlarına yönelik bilgi düzeylerinde artış sağlamış ve semptomlara yönelik pozitif tutumlarının oluşmasını sağlamışlardır. Yapılan bu çalışmalar hastalıkla ilgili bilgi eksikliği ve sorun olarak görülen tutumların saptanmasının önemini ve değiştirebilirliğini vurgulamaktadır (65).

2.4. Yaşlı Akut Koroner Sendromlu Bireylerde Hemşirelik Bakımı

Alanında uzmanlaşmış, mevcut kılavuzlara ve terminolojiye hakim olan kardiyoloji hemşireleri AKS yönetiminin önleme, erken tanı ve tedavi aşamalarının her noktasında kilit rol oynamaktadır (66, 67). AKS yönetiminde ilk yaklaşım risk faktörlerinin tanımlanması ve davranış değişiklikleriyle risk faktörlerinin kontrol altına alınmasıdır. Risk faktörlerinin kontrol altına alınmasının yanı sıra, bireylere sigaranın bırakılması, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, kilo ve kan basıncı kontrolü gibi sağlığı koruyucu davranışlarının kazandırılması da önleyici yaklaşımlar kapsamında hemşirenin sorumluluğundadır (68). Hemşire bu görevini sağlık profesyonelleri, bireyler ve ailelerin arasında işbirliğini sağlayarak yaparken aynı zamanda kişilerin motivasyonunu artırma yoluyla davranış değişikliğinin devamlı olmasını hedeflemektedir (69, 70). Bu konuda yapılan çalışmalar risk faktörlerin azaltılması ve yaşam tarzı değişikliklerinin kazandırılmasında hemşireler tarafından

yönetilen programların oldukça etkili olduğunu göstermiştir (71). Hemşireler gözlem yetenekleriyle gelişmelerin farkında olarak hastalığın erken tanısı ve yönetimiyle ilgili kararlara destek olmaktadır (72). Erken tanı aşamasında risk azaltma tedavisinin uygulanması, hastaların ev ziyaretiyle izlenmesi, hastaya uygulanan girişimlerin sonuçlarıyla birlikte kaydedilmesi ve klinik bakımın kontrollü bir şekilde sağlanmasından hemşireler sorumludurlar (73). Erken tanı aşamasında risk azaltmanın yanı sıra hemşireler hastaların akut koroner sendrom belirtilerini tanıma ve sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda farkındalıklarını artırma uygulamalarını da gerçekleştirmelidir. Yaşlı bireylerde koroner olayların tanımlanmasında semptomların genç erişkinlerden farklı olması, atipik seyretmesi, eşlik eden hastalık ve tedavilerin yarattığı etkiler belirtilerin tanınmasını güçleştirmekte, yaşlı bireyin farkındalığının artırılmasını ve yaşlı bireyin kendi kendine izlemi erken tanı ve müdahale açısından daha da önemli olmaktadır (74).

Akut koroner sendrom yönetiminde erken ve etkin müdahalenin hayat kurtarıcı olduğunu düşünüldüğünde hemşirelerin tedavi aşamasında görevleri oldukça kritiktir. Hastaların gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve bu gereksinimlerin öncelik sırasını belirlemek tedavinin hızı ve etkinliği açısından oldukça önemlidir. Tedavi yönetiminde hemşire miyokard yükünü azaltmayı ve kardiyak debinin maksimum düzeye çıkarılmasını hedeflemektedir. Bu amaca yönelik hemşirenin rolleri tedavilerin sağlanması, tedavi etkilerini ve komplikasyonlarını belirlemek için dikkatli hasta izlemi, komplikasyonların hızlı tedavisinin sağlanması, psikososyal destek, eğitim ve taburculuk planlanmasını kapsamaktadır (75). Taburculuk planlanması kapsamında akut koroner sendromlu yaşlı hastalara verilecek eğitim, ilaçların düzenlenmesi, sigaranın bırakılması, lipid yönetimi, kan basıncı kontrolü, diyabet yönetimi, kilo kontrolü ve uygun fiziksel aktivite konularını içermektedir (76, 77).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma yaşlı hastaların akut koroner sendrom semptomları hakkındaki bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Başkent Üniversitesi Hastanesi kardiyoloji servis ve koroner yoğun bakım ünitesinde Nisan 2017 ile Ekim 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Tedavi ünitesi 14 yatak kapasiteli olup, 8 yatak yoğun bakımda 6 yatak ise kardiyoloji servis kısmında bulunmaktadır. Kliniğin toplam hemşire sayısı 18 olup hemşire başına düşen hasta sayısı 2-4 arasındadır. Birimdeki görevli hemşireler rutin tedavi ve bakımın yanı sıra, merkezi ve hasta başı monitörleri ile devamlı olarak hastaların ritim takibini yapmakta, non-invaziv monitörizasyon tekniklerini kullanarak, kardiyak ritim izlemi ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile acil durumlarda müdahaleyi gerçekleştirmektedir. Ayrıca klinikte anjio, stent, pace-maker, elektro fizyolojik çalışma, ablasyon, pace maker ve implante edilebilir kardiyoverter defibrilatör (ICD) takılması gibi işlemlerin öncesinde ve sonrasında hastaların eğitim, danışmanlık, izlem ve bakımından hemşireler sorumludur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Haziran-Eylül 2017 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Hastanesi kardiyoloji servis ve koroner yoğun bakım ünitesindeki akut koroner sendrom tanısı almış 254 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme için 0,05 alpha değerinde, 0,25 etki büyüklüğünde ve %95 güç düzeyinde yapılan güç analizi sonucunda ulaşılması gereken minimum kişi sayısı 89 olarak belirlenmiştir. Araştırma örnekleme örnekleme kriterlerini karşılayan 117 kişi alınmıştır.

Araştırmanın örneklemini;

- a) 65 yaş üzeri olan
- b) AKS tanısı ile izlenen
- c) İletişimi engelleyen herhangi bir sorunu olmayan

- d) Çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmaya istekli olduklarına dair onam alınmış hastalar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu 24.04.2017 tarihli GO 17/379-30 karar nolu Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve kuruldan etik açıdan onam alınmıştır (EK-1). Çalışmanın yürütülmesi için Başkent Üniversitesi Başhekimliğinden uygulama için idari izin alınmıştır (EK-2). Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksini geliştiren Riegel Barbara ve Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapan Arş. Gör. Meryem Yıldız'dan gerekli izinler alınmıştır (EK-3). Araştırmaya katılan hastalar ise çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmaya istekli olduklarına dair kendilerinden yazılı onam alınmıştır (EK-4).

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada araştırmacı tarafından oluşturulan hastaların sosyo-demografik ve hastalıklarına ilişkin özellikleri içeren anket formu, bilgi ve tutumlarını belirlemek için Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksi kullanılmıştır.

Anket Formu (EK-5)

İlgili literatür taranarak (15, 78) hazırlanan formda; hastaların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastalığın süresi) ve hastalığın klinik özelliklerine yönelik 9 soru bulunmaktadır.

Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksi (EK-6)

Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksi, 2007 yılında Riegel ve arkadaşları tarafından hastaların AKS semptomları hakkındaki bilgi, tutum ve inançlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (8). Otuz üç maddeden oluşan bu indekste, AKS tanılı hastaların, hastalığın semptomlarına ilişkin bilgi, tutum ve inançlarını değerlendiren üç boyut bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Yıldız (2016) tarafından yapılmış olup bilgi, tutum ve inanç boyutlarının Cronbach's alfa katsayısı sırasıyla 0.73, 0.83 ve 0.66 olarak bulunmuştur (78). Bu çalışmada bilgi

boyutu Kuder-Richardson Reliability Coefficients KR20 katsayısı 0.72 ve Cronbach's alfa tutum boyutu katsayısı 0.80 belirlenmiştir. İnanç boyutu güvenilirliğinin düşük çıkması nedeniyle çalışmada bulgularına yer verilmemiştir.

Bilgi boyutunda, akut koroner sendromla ilişkili semptomlar (15 madde) ve akut koroner sendromlarla ilişkili olmayan semptomlar (6 madde) olmak üzere toplam 21 maddelik, iki seçenekli ifadeler yer almaktadır. Cevapların doğru (1) ve yanlış (0) olmasına göre bilgi boyutunun puan değerlendirmesi 0-21 arasında değerlendirilmektedir. Bilgi puan ortalamaları arttıkça hastaların bilgi düzeyi artmaktadır (8).

Tutum boyutunda bulunan 5 madde, hastaların AKS semptomlarını tanıma (3 madde) ve yardım isteme durumlarını (2 madde) değerlendirmektedir. Tutum boyutunda yanıtlar 4'lü likert (hiç değilim- biraz eminim- oldukça eminim- çok eminim) biçiminde değerlendirilmekte ve her madde 1-4 arasında puanlanmaktadır (5-20). Tutum puan ortalamaları arttıkça hastaların semptomları tanıma ve yardım isteyebilme eğilimleri artmaktadır (8).

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Ön Uygulama

Başkent Üniversitesi Hastanesi kardiyoloji servis ve koroner yoğun bakım ünitesinde 10 hasta ile 2-5 Haziran 2017 tarihleri arasında formların anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla ön uygulama yapılmış, formlarda değişiklik yapılması nedeniyle ilgili hastalar örnekleme dahil edilmemiştir.

Uygulama

Araştırmacı Haziran-Eylül 2017 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi kardiyoloji servis ve koroner yoğun bakım ünitesine AKS tanısıyla yatışı yapılmış 254 hastayı uygunluk açısından değerlendirmiştir. Uygulama süresince iletişim problemi yaşanan, çalışmaya katılmak istemeyen hasta (39), 65 yaş altında olan (63) ve hatalı anket dolduran (35) hasta çalışma dışı bırakılarak 117 hastayla çalışma tamamlanmıştır. Kriterlere uyan hastalar araştırma hakkında bilgilendirilmiştir. Araştırmacı onamı alınan hastalara birlikte belirlenen bir zamanda odalarında yüz yüze

görüşme tekniğiyle veri toplama formlarını dağıtmış ve hastalar formları doldurmuştur. Veri toplama yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Analizi

Veriler, IBM SPSS Statistics 23.0 paket programına aktarılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın değişkenleri, Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak normal dağılıma uygunluk açısından değerlendirilmiştir ($p=.000$). Tanımlayıcı istatistik hesaplamalarında, normal dağılım gösteren sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma; normal dağılmayan sayısal değişkenler için medyan değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise sıklık dağılımları (sayı, yüzde) şeklinde verilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlanmadığı için iki bağımsız grup arasındaki fark Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Araştırmada p değerinin 0,05'in altında olması, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırma bulguları üç başlık altında incelenecektir.

1. Hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Akut koroner sendrom yanıt indeksi (AKSYİ) bilgi ve tutum boyutlarına ait bulgular
3. Hastaların bireysel özellikleri ve risk faktörlerine göre AKSYİ ölçek puanlarına ilişkin bulgular



4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri (n=117)

Özellikler	n	%
Yaş (Ort. SS. Min.Max)	117	69.82±4.71 (65-88)
Cinsiyet		
Kadın	47	40.2
Erkek	70	59.8
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	17	14.5
İlkokul	29	25.5
Ortaokul	14	12.0
Lise	22	18.0
Üniversite	35	30.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	32	27.3
Çalışmıyor	85	72.7
Gelir Durumu		
Geliri gidere eşit	54	46.0
Geliri daha fazla	20	18.0
Gideri daha fazla	43	36.0

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 69.82±4.71, (65-88) , %59.8’i erkek, %30’u üniversite mezunu, %72.7’si çalışmamakta (emekli) ve %46’sının gelir gider durumu birbirine eşittir.

Tablo 4.2. Hastaların klinik özellikleri (n=117)

Klinik Özellikler	n	%
Tanı süresi		
Yeni tanı	40	34.2
6 ay ve üzeri	77	65.8
AKS tipi		
USAP	79	67.5
NSTEMI	23	19.7
STEMI	15	12.8
Uygulanan girişimler		
Anjio	69	59.0
Stent	48	41.0
Risk Faktörleri*		
Aile öyküsü	80	68.4
Geçirilmiş MI	41	35.0
Geçirilmiş kalp ameliyatı	75	64.1
Hiperkolesterolemi	84	71.8
Hipertansiyon	88	75.2
Diabetes Mellitus	56	47.9
Fiziksel Hareket**	41	35.0
Tütün Kullanımı		
İçiyor	74	63.3
İçmiyor	43	36.7
Alkol Tüketim***		
İçiyor	18	15.4
İçmiyor	99	84.6
Erken menopoz**** (n=47)	11	23.4

* Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

** Fiziksel hareket haftada üç kez yarım saat yürüyüş olarak tanımlanmıştır.

***DSÖ standartlarına göre haftalık erkeklerde 4 standart içki, kadınlarda 2 standart içkiyi aşanlar 'alkol içiyor' grubuna dahil edilmiştir.

****Erken menopoz yaş sınırı literatür sınırlarına bağlı olarak 50 yaş kabul edilmiştir.

Tablo 4.2’de hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların %65.8’inin tanı süresi 6 ay ve üzeri, %67.5’inin USAP ve %59’unun koroner anjiyografi işlemi geçirdiği saptanmıştır. Risk faktörleri içerisinde hipertansiyon %75.2, hiperkolesterolemi %71.8, aile öyküsü %68.4 oranında görülürken erken menopoz %23.4 ve alkol tüketimi %15.3 olarak belirlenmiştir.



4.2. AKSYİ Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. AKSYİ bilgi ve tutum puan dağılımları

Boyutlar	Ort±SS	Min.-Max.
Bilgi	14.7±2.17	7-18
Tutum	12.0±3.28	5-19

Tablo 4.3’ te yaşlı hastaların AKS yanıt indeksi bilgi ve tutum boyutlarının puan ortalamaları verilmiştir. Bilgi boyutunun ortalaması 14.7±2.17 ve tutum boyutunun ortalaması 12.0±3.28 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.4. AKSYİ bilgi boyutu tanımlayıcı istatistikleri

Maddeler		n	%
AKS ile ilişkili semptomlar			
Madde 5.	Göğüste ağrı/baskı/sıkışma	110	94.0
Madde 21.	Güçsüzlük/yorgunluk	110	94.0
Madde 20.	Terleme	107	91.5
Madde 6.	Göğüste rahatsızlık (ağırlık, yanma, hassasiyet)	104	88.9
Madde 2.	Kol veya omuz ağrısı	102	87.2
Madde 18.	Nefes darlığı/nefes almada zorluk	102	87.2
Madde 16.	Soluk, kül rengi cilt, renk değişikliği/kaybı	101	86.3
Madde 17.	Çarpıntı/kalp hızında artma	100	85.5
Madde 4.	Sırt ağrısı	97	82.9
Madde 12.	Bilinç kaybı, bayılma	80	68.4
Madde 13.	Bulantı, kusma	77	65.8
Madde 14.	Boyun ağrısı	76	65.0
Madde 10.	Mide yanması/hazımsızlık/mide sorunu	72	61.5
Madde 8.	Baş dönmesi, sersemlik	71	60.7
Madde 11.	Çene ağrısı	53	45.3
AKS ile ilişkili olmayan semptomlar			
Madde 15.	Kol veya elde uyuşukluk/ karıncalanma	101	86.3
Madde 9.	Baş ağrısı	62	53.0
Madde 19.	Konuşmada bozulma	59	50.4
Madde 3.	Kol felci	53	45.3
Madde 7.	Öksürük	39	33.3
Madde 1.	Alt karın bölgesinde ağrı	29	24.8

Tablo 4.4’ te AKS yanıt indeksi bilgi boyutu tanımlayıcı istatistiklerine ilişkin sıklık dağılımları verilmektedir. Hastalar göğüste ağrı ve güçsüzlük/yorgunluk belirtilerini %94 oranında eşit olarak bilirken, terleme %91, göğüste rahatsızlık %88.9, kol/omuz ağrısı ve nefes darlığı belirtilerini %87.2 oranında doğru bilmektedir. Hastaların AKS ile ilişkili olmayan semptomlar arasından kol veya elde

uyuşukluk/karınalanmayı %86.3 ve alt karın bölgesinde ağrıyı %24.8 oranında yanlış bildikleri belirlenmiştir.



Tablo 4.5. AKSYİ tutum boyutu tanımlayıcı istatistikleri

Madde No	Maddeler	Hiç emin değilim		Biraz eminim		Oldukça eminim		Çok eminim	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 22.	Bir başkasının kalp krizi belirti ve bulgularını tanıyabileceğinizden ne kadar eminsiniz?	27	(23.1)	51	(43.6)	33	(28.2)	5	(5.1)
Madde 23.	Kendinizde kalp krizi belirti ve bulgularını tanıyabileceğinizden ne kadar eminsiniz?	16	(13.7)	45	(38.5)	44	(37.6)	44	(37.6)
Madde 24.	Kalp krizi ile diğer hastalıkların belirti ve bulguları arasındaki farkları ayırt edebileceğinizden ne kadar eminsiniz?	44	(37.6)	50	(42.7)	21	(17.9)	2	(1.7)
Madde 25.	Kalp krizi geçirdiğini düşündüğünüz biri için yardım isteyebileceğinizden ne kadar eminsiniz?	10	(8.5)	28	(23.9)	51	(43.6)	28	(23.9)
Madde 26.	Kalp krizi geçirdiğinizi düşünüyorsanız yardım isteyebileceğinizden ne kadar eminsiniz?	13	(11.1)	25	(21.4)	50	(42.7)	29	(24.8)

Tablo 4.5'te AKS yanıt indeksi tutum boyutu tanımlayıcı istatistiklerine ilişkin puanlar verilmektedir. Hastalar semptomları tanıma alt boyutunda sorulan “Bir başkasının kalp krizi belirti ve bulgularını tanıyabileceğinizden ne kadar eminsiniz?” ifadesine %43.6 biraz eminim, “Kendinizde kalp krizi belirti ve bulgularını tanıyabileceğinizden ne kadar eminsiniz?” ifadesine %38.5 biraz eminim ve “Kalp krizi ile diğer hastalıkların belirti ve bulguları arasındaki farkları ayırt edebileceğinizden ne kadar eminsiniz?” ifadesine %42.7 biraz eminim yanıtını vermişlerdir.

Yardıma isteme alt boyutunda ise “Kalp krizi geçirdiğini düşündüğünüz biri için yardıma isteyebileceğinizden ne kadar eminsiniz?” ifadesine %43.6 oldukça eminim ve “Kalp krizi geçirdiğinizi düşünüyorsanız yardıma isteyebileceğinizden ne kadar eminsiniz?” ifadesine %42.7 oldukça eminim yanıtını vermişlerdir.



4.3. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve Risk Faktörlerine göre AKSYİ Ortanca Puanları

Tablo 4.6. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre AKSYİ ortanca puanları

Bilgi			Tutum	
	Ortanca (Ç1-Ç3)	<i>p değeri</i>	Ortanca (Ç1-Ç3)	<i>p değeri</i>
Bireysel Özellikler				
Cinsiyet Kadın Erkek	15 (14-16) 15 (14-16)	p=.327	12 (9-14) 12 (10-14)	p=.531
Eğitim Düzeyi Okuryazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	15 (13-16) 15 (14-16) 15 (14-17) 15 (14-16) 15 (14-16)	p=.668	9 (7-13) 11 (9-13) 12 (12-15) 12 (10-14) 13 (12-16.5)*	p=.002
Gelir Durumu Gelir=Gider Geliri giderden fazla Gideri gelirden fazla	15 (14-16) 15 (14-17) 14 (13-16)	p=.084	12.5 (11-15) 14 (12-16)* 11 (8-12)	p=.000
Koroner Kalp Hastalığı Süresi				
Yeni tanı 6 ay ve üzeri	15 (13.25-16) 15 (14-16)	p=.190	11 (9-13) 12 (10.5-16)*	p=.028

*İstatiksel olarak anlamlı grup

Tablo 4.6’da hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre AKSYİ bilgi ve tutum boyutu ortanca puanlarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların bireysel özellikleri ile bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hastaların eğitim düzeyi, gelir gider durumu ve koroner kalp hastalığı süresi ile tutum boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Eğitim düzeyi üniversite, geliri giderinden fazla ve 6 ay üzeri süredir koroner kalp hastalığına sahip olan hastaların tutum boyut puan ortancalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7. Hastaların risk faktörlerine göre AKSYİ ortalama puanları

Bilgi				Tutum
Risk Faktörleri	Ortanca (Ç1-Ç3)	<i>p</i> <i>değeri</i>	Ortanca (Ç1-Ç3)	<i>p değeri</i>
Aile Öyküsü				
Var	15 (14-16)	p=.657	12 (10-15)	p=.520
Yok	15 (13.5-16.5)		12 (10-14)	
Geçirilmiş MI				
Var	15 (14-16)	p=.143	12 (10-15)	p=.288
Yok	15 (13-16)		12 (9.25-14)	
Geçirilmiş Kalp Ameliyatı				
Var	15 (14-16)	p=.722	12 (10-14)	p=.577
Yok	15 (14-16)		12 (9-15)	
Hiperkolesterolemi				
Var	15 (14-16)	p=.601	12 (10-15)	p=.126
Yok	15 (14-16)		11 (9-13.5)	
Hipertansiyon				
Var	15 (14-16)	p=.406	12 (10-15)	p=.457
Yok	15 (14-16)		12 (9-13)	
Diabetes Mellitus				
Var	15 (14-16)	p=.409	12.5 (10-15)	p=.119
Yok	15 (14-16)		12 (9-13.5)	
Sigara				
İçen	15 (14-16)	p=.274	12 (10-15)	p=.057
İçmemiş	15 (14-16)		12 (9-15)	
Fiziksel Hareket				
Var	15 (14-16)	p=.837	12 (12-15)*	p=.023
Yok	15 (14-16)		12 (9-13)	
Alkol Tüketimi				
Var	15 (14-16)	p=.353	12 (11-13.5)	p=.831
Yok	15 (14-16)		12 (9-14)	
Erken Menopoz				
Var	15 (12-16)	p= .244	9 (7-12)	p=.011
Yok	5 (14-16)		12 (10-15)*	

Tablo 4.7’de hastaların risk faktörlerine göre AKSYİ bilgi ve tutum boyutu ortalama puanlarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların risk faktörleri ile bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların risk faktörleri arasından fiziksel hareket ve erken menopoz ile tutum boyut

puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Fiziksel olarak hareketli ve menopoza girme yaşı normal sınırlarda olan hastaların tutum boyut puan ortancalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde yaşlı hastaların akut koroner sendrom semptomlarına yönelik bilgi ve tutumlarına ilişkin elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızda hastaların yarısından fazlası erkek, üçte biri ise üniversite mezunu, yarıdan fazlasının 6 ay ve üzeri süredir koroner arter hastalığı tanısı ile izlendiği ve koroner anjiyografi işlemi geçirdiği saptanmıştır. Hastalar en az bir risk faktörüne sahip olup bunların arasında en fazla görülenler hipertansiyon ve hiperkolesterolemi olurken en az bulunan risk faktörleri alkol tüketimi ile erken menopoz olmuştur.

Çalışmamızda yaşlı bireylerin AKS semptomlarını tanımaya ilişkin bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Akut koroner sendromun erken tanısı ve reperfüzyon tedavisinin etkinliği için en önemli aşamalardan biri hastaların semptomları tanımlamasıdır. Hastalar akut koroner sendrom belirtileri ve şüphe uyandıracak durumlarda yapması gereken uygulamalar konusunda bilgi sahibi olması beklenmektedir. Alfafos ve ark. (16) yaptıkları çalışmada 160 akut koroner sendromlu erişkin hastanın düşük bilgi düzeyine sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Çalışma grubumuzun eğitim düzeyinin üniversite ve üzerinde olmasının bilgi düzeyi açısından farklılığı açıklayabileceği düşünülmekle birlikte, orta düzeyde bilgi hastaların eğitim ihtiyacını vurgulama niteliğinde olup, sağlık profesyonellerine özellikle de hastalarla en fazla vakit geçiren hemşirelere eğitim programları hazırlama konusunda gereksinimi ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda AKS ile ilişkili en çok bilinen belirtiler göğüste ağrı/ baskı/ sıkışma, güçsüzlük/ yorgunluk, terleme, göğüste rahatsızlık (ağrı, yanma, hassasiyet), kol veya omuz ağrısı ve nefes darlığı/ nefes almada zorluk olmuştur. Gallagher ve ark. (79) çalışmasında en çok bilinen belirtilerin göğüste ağrı / baskı / sıkışma (%94) ve nefes darlığı/ nefes almada zorluk (%63) olduğu görülmüştür. Cao ve ark. (80) çalışmasında ise göğüste ağrı/ baskı (%94.6), kol veya omuz ağrısı (%92.4), nefes darlığı/ nefes almada zorluk (%88.4) ve göğüste rahatsızlık (%84.7) en bilinen belirtiler olmuştur. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzer sonuçlar göstermiş olup en fazla bilinen akut koroner sendrom belirtisinin tipik belirtiler olduğu ve bunların içinden en tipik belirtinin “göğüs ağrısı” olduğunu ortaya koymuştur.

Akut koroner sendromun yaşlı hastalarda atipik prezentasyonu olmasından dolayı hastalığın teşhisi gecikmekte ve tedavi için en değerli olan zaman boşa harcanmaktadır (80, 81). Çalışmamızda akut koroner sendromda nefes darlığı, bulantı, kusma gibi atipik semptomların göğüs ağrısından sonra en sık bilindiği ortaya çıkmıştır. Özellikle nefes darlığı semptomu göğüs ağrısından sonra en sık görülen ikinci semptom olması, atipik semptomların yaşlılar tarafından bilinmesi oldukça olumlu bir sonuçtur.

Akut koroner sendromla ilişkili olmayan semptomlar alt boyutunda ise en çok bilinen belirti kol veya elde uyuşukluk/ karıncalanma olmuştur. Akut koroner sendrom yanıt indeksinin kullanıldığı diğer çalışmalarda (14, 82) kol veya elde uyuşukluk/ karıncalanma belirtisi en yüksek puanı almıştır. Bu sonuçların yaşlı hastalardaki sinirsel iletim ve nöro hormonal sistemdeki dejeneratif değişikliklere bağlı olarak gelişebileceği ve yaşlı hastalar tarafından çok deneyimlendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda tutum boyutu hastaların semptomları tanıma ve yardım isteme özelliklerini incelemiştir ve yaşlı hastaların akut koroner sendrom semptomlarına yönelik bazı olumsuz tutumlar içinde oldukları ortaya çıkmıştır. Sonucumuz literatürdeki çalışmalarla benzer niteliktedir (17,65).

Tutum boyutunun semptomları tanıma alt boyutunda ise yaşlılar kendilerinde ve başkasında kalp krizi belirti ve bulgularını tanıyabileceğinden biraz emin olduklarını belirtmişlerdir. Yaşlı bireylerin orta düzeyde bilgi sahibi olması bu bulguyu destekler nitelikte olmakla birlikte var olan bilgiyi davranışa yansıtma ya da varolan bilgiyi kullanma konusunda desteğe gereksinim duydukları düşünülmektedir.

Yardım isteme alt boyutunda ise yaşlılar kendisinin veya başkasının kalp krizi geçirdiğini düşündüğünde, yardım isteyebileceklerinden oldukça emin oldukları belirtmişlerdir. Sonuçlar literatür ile uyumlu olup (79, 82) hastaların yardım istemeye eğilimli olması ve bu konuda kendilerini yetkin hissettiklerini belirtmesi medikal tedaviye erken ulaşmaları açısından olumlu olacaktır.

Bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve risk faktörlerinin bilgi ve tutum boyutu üzerine etkisi incelendiğinde bu faktörlerin hastaların bilgi düzeylerini etkilemediği ancak hastalığa karşı tutumlarında olumlu bir etki oluşturduğu ortaya çıkmıştır. Sosyo-demografik özellikler içerisinden üniversite mezunu, geliri giderinden fazla ve altı aydan fazla süredir hastalık tanısı alan hastaların hastalığa karşı

olumlu tutuma sahip olduğu bulunmuştur. O'Brien ve ark. (65) yaptıkları çalışmada da bilgi düzeyi sosyo-demografik özelliklerden etkilenmediği ortaya çıkmıştır. McKinley ve ark. (83) araştırmasında ise hastaların bilgi düzeylerinin yüksek gelir ve eğitim durumunun üniversite olması durumuyla paralel olarak artış gösterdiği ortaya çıkmıştır. Literatürdeki bazı araştırmalar da bu sonucu destekler nitelikte olup, eğitim düzeyi yüksek hastaların daha olumlu tutuma sahip olduklarını göstermiştir (10, 14). Bu sonuçlar eğitimin, bireylerin sağlıkları konusunda karar verme ve olumlu sağlık davranışlarına yönelmelerinde önemli belirleyicilerden biri olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda risk faktörleri içerisinde fiziksel olarak hareketli ve menopoza girme yaşı normal sınırlarda olan hastaların hastalığa karşı geliştirdikleri tutumun olumlu olduğu saptanmıştır. Fiziksel hareket var olma durumu ile olumlu tutuma sahip olma arasındaki bu anlamlı ilişki tutumların bir sonraki aşamada eylemlere dönüştüğünün kanıtı olması bakımından önemli bir sonuçtur. Ayrıca fiziksel olarak hareketli bireylerin sağlığı koruyucu davranışlara daha eğilimli olduğu düşünüldüğünde semptomları tanıma ve eyleme geçme beklenen davranış olarak yorumlanmaktadır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yaşlı hastaların akut koroner sendrom hakkındaki bilgi ve tutumlarının belirlenmesinin amaçlandığı çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Yaşlı hastaların;

1. Akut koroner sendrom belirtileri içerisinde en çok göğüste ağrı/baskı/sıkışma, güçsüzlük/yorgunluk, terleme, göğüste rahatsızlık, kol/omuz ağrısı ve nefes darlığı belirtilerini, AKS ile ilişkili olmayan semptomlar içerisinde ise en fazla kol veya elde uyuşukluk/karıncaalanma belirtisini akut koroner sendrom belirtisi olarak bildikleri,
2. Bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu,
3. Kendilerinde ve başkasında kalp krizi belirti ve bulgularını tanıyabileceklerinden biraz emin oldukları,
4. Kalp krizi ve diğer hastalık belirti ve bulgularını tanıma konusunda şüpheli oldukları,
5. Kendileri ya da bir başkası için yardım isteyebilecekleri,
6. Eğer göğüs ağrıları varsa hemen hastaneye gitmeleri gerektiğini bilmelerine rağmen beklemeyi tercih ettikleri,
7. Sahip oldukları risk faktörleri ve sosyo-demografik özelliklerin bilgi düzeylerini etkilemediği, eğitim düzeyi üniversite, geliri giderinden fazla ve 6 ay üzeri koroner kalp hastalığına sahip olanların hastalığa karşı olumlu tutuma sahip oldukları,
8. Fiziksel olarak hareketli ve menopoza girme yaşı normal sınırlarda olanların hastalığa karşı olumlu tutum geliştirdikleri saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Yaşlı hastaların akut koroner sendrom hakkındaki bilgi ve tutumlarının belirlenmesinin amaçlandığı çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Yaşlı hastalara bilgi düzeyini artırmak amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından eğitim programlarının hazırlanması ve bu programların yasalar ile desteklenmesi
2. Hastalığa karşı geliştirilen olumsuz tutumların değiştirilmesi için girişimlerin planlanması
3. Akut koroner sendrom hakkındaki bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yaşlı hastalara özgü daha fazla araştırma yapılması
4. Akut koroner sendrom yanıt indeksi ölçeğinin yaşlı hastalarda görülen semptomlara göre revize edilmesi ya da semptomlara odaklanan ölçek geliştirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. TÜİK. Ölüm nedenleri istatistikleri [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 11 Kasım 2017]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr>.
2. EHN. European cardiovascular disease statistic [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 10 Nisan 2017]. Erişim adresi: <http://www.ehnheart.org>.
3. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B, Gümrükçüoğlu HA, Aydın M, Çakmak HA, ve ark. TEKHARF 2012: Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2013;41(5):373-8.
4. Onat A. Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı: Türk erişkinlerinde kalp hastalıkları ve risk faktörleri çalışması, 2005. TEKHARF çalışması, Web sitesi: <http://tekharf.org>. 2008.
5. Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K, et al. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Global programme on evidence for health policy discussion paper. 2003;54.
6. Özkan AA. Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. Türk Kardiyol Dern Arş. 2013;41(1):1-3.
7. White H. Unstable angina: ischemic syndromes. Textbook of Cardiovascular Medicine Philadelphia: Lippincott-Raven. 1998;36594.
8. Riegel B, McKinley S, Moser DK, Meischke H, Doering L, Dracup K. Psychometric evaluation of the acute coronary syndrome (ACS) response index. Research in nursing & health. 2007;30(6):584-94.
9. Yükselmeli A, Grubu AMETG. ST-segment yükselmeli akut miyokart enfarktüsü ile başvuran hastaların tedavisine ilişkin ESC kılavuzu. 2012.
10. Dracup K, McKinley S, Riegel B, Mieschke H, Doering LV, Moser DK. A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. Journal of cardiovascular nursing. 2006;21(3):186-93.
11. Braunworld E. Kardiyolojide gelişmeler. Ankara: Güneş Kitapevi; 2005.
12. Arnoğul S. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: Nobel Kitabevi; 2006.
13. Kutsal Y. Temel Geriatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007.
14. Engberding N, Wenger N. Acute Coronary Syndromes in the Elderly. F1000Research. 2017; 1-7).
15. Engin S. Yaşlılarda Akut miyokard infarktüsünün farklı dışa vurumları. Dirim Tıp Dergisi. 2008;82:27-32.
16. Alfasfos N, Darawad MW, Nofal B, Samarkandi OA, Abdulqader B. Knowledge, attitudes, beliefs and perceived risk of acute coronary syndrome among Jordanian patients. Health. 2016;8(15):1830.

17. Tullmann DF, Haugh KH, Dracup KA, Bourguignon C. A randomized controlled trial to reduce delay in older adults seeking help for symptoms of acute myocardial infarction. *Research in nursing & health*. 2007;30(5):485-97.
18. Işık F. ST segment yükselmesiz akut koroner sendrom ile başvuran yaşlı hastalarda girişimsel tedavi ile konservatif tedavinin altı aylık dönemde mortalite üzerine etkilerinin karşılaştırılması [Yüksek lisans tezi]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2014.
19. AHA. Risk factors and coronary heart disease [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 11 Kasım 2017]. Erişim adresi: <http://www.heartorg.com>.
20. Braunwald E. Unstable angina and non-ST elevation myocardial infarction. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2012;185(9):924-32.
21. Müderrisoğlu H, Yıldırım A. Akut koroner sendromlar ve sınıflaması. *Türk Kardiyoloji Dergisi*. 2001;4(3):12-5.
22. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Ganiats TG, Holmes DR, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;130(25):2354-94.
23. WHO. Cardiovascular diseases [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 11 Kasım 2017]. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/2017> [updated 18.07.2017].
24. Mackay J, Mensah GA, Greenlund K. The atlas of heart disease and stroke: World Health Organization; 2004.
25. Albert N. Non-ST segment elevation acute coronary syndromes: Treatment guidelines for the nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2007;19:277-89.
26. KJ O. Acute coronary syndrome, even nurses outside the ED should recognize its signs and symptoms. 2009; 109(5):42-52.
27. Akın S. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve bakımı. İçinde: Durna Z, eds İç Hastalıkları Hemşireliği Akademi Basım, İstanbul. 2013:167-9.
28. Özcanlı D. Akut koroner sendromlar sonrası kısıtlılık ve semptomların değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2012.
29. Hamm CW, Möllmann H, Bassand J.P, Van de Werf F. Acute coronary syndrome. The ESC 54 Textbook of Cardiovascular Medicine New York Oxford University; 2009. p. 535-97.
30. Çakan FÖ. İleri yaşta kardiyovasküler fizyolojide değişiklikler. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2017;45(5):5-8.
31. Göldoğan E, Yağmur J, Yoloğlu S, Asyalı MH, Çolak C. Destek vektör makinesi modelleri ile miyokard infarktüsün sınıflandırılması. 2015.
32. Scheuner MT. Genetic evaluation for coronary artery disease. *Genetics in medicine*. 2003;5(4):269-85.

33. Bampali K, Mouzarou A, Lamnisou K, Babalis D. Genetics and coronary artery disease: present and future. *Hellenic J Cardiol*. 2014;55(2):156-63.
34. Morton PG, Fontaine D, Hudak C, Gallo B. *Critical care nursing: a holistic approach*: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
35. Alıcı M. Kardiyovasküler hastalıklar ve sigara. *Türkiye Klinikleri Dergisi*. 2017;10(4):228-34.
36. Organization WH. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. 2011.
37. Helvacı A. Obeziteye bağlı kardiyovasküler hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2014;30:5-14.
38. Adıbelli D. Kadınlara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini azaltmaya etkisi [Yüksek lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2014.
39. Yağlı N, Sağlam M, İnce D, Çalık E, ve ark. Akut koroner sendromlu olgularda fiziksel aktivite, yaşam kalitesi ve psiksosyal fonksiyon arasındaki ilişki. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2013;24(2):151-5.
40. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara, Akademi Kitabevi. 2014.
41. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız B, Altun B, Ertürk Ş. Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*. 2015;43(4):402-9.
42. TKD. Koroner kalp hastalığı korunma ve tedavi kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*. 2002.
43. Health NIO. Third report of the national cholesterol education program (NCEP). Expert panel on detection, evaluation, an treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). 2002;284.
44. Buğan B. Risk factors for coronary artery disease. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2014;5(2).
45. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Saner. 2011.
46. Brunner LS. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
47. Oto A, Müderrisoğlu H, Aytemir K. Kardiyolojide acil durumlar ve yoğun bakım. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. 2008.
48. WHO. *The uses of epidemiology in the study of the elderly*. Geneva; 1984.
49. Altındış M. Yaşlılarda güncel sağlık sorunları ve bakımı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2013.
50. Miller C. *Nursing for Wellness*. China: Lippincott Williams& Wilkins; 2012.
51. Fleg JL, Strait J. Age-associated changes in cardiovascular structure and function: a fertile milieu for future disease. *Heart failure reviews*. 2012;17(4-5):545-54.

52. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, Steg PG, Budaj A, White K, et al. Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. 2009.
53. Bozyel S, Ural E. Yaşlılık ve koroner arter hastalığı. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics. 2013;6(1):30.
54. Moser DK, Riegel B. Cardiac nursing: a companion to Braunwald's heart disease: Elsevier Health Sciences; 2008.
55. Ochiai ME, Lopes NH, Buzo CG, Pierri H. Atypical manifestation of myocardial ischemia in the. Arquivos brasileiros de cardiologia. 2014;102(3):31-3.
56. Öngen Z. Yaşlıda iskemik kalp hastalıkları. In: Beğer T, editor. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri-Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu; 12-13 Kasım; İstanbul 1998. p. 31-8.
57. Taymaz T. Yaşlı hasta ve atipik prezentasyon. Akad Geriatri. 2012;4:61-8.
58. Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB, 2006. Illness representation of patients with systolic heart failure. Progress in cardiovascular nursing, 21, 4, 190-5.)
59. Scharloo M, Kaptein AA, Schlösser M, Pouwels H, Bel EH, Rabe KF, WoutersEF, 2007. Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Asthma, 44, 7, 575-81.)
60. Ayhan Y, Kocaman Gve Bektaş M. (2015). Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi,7 (2-3):21-35
61. Karabulutlu EY, Okanlı A, 2011. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 4, 25-30
62. Petrie KJ, Weinman J, 2006. Why illness perceptions matter. Clinical medicine (London, England), 6, 6, 536-9
63. Abraham C. Developing evidence-based content for health promotion materials. In: Abraham C, Kools M, eds. Writing Health Communication: An Evidence-Based Guide. London: SAGE Publications Ltd, 2012:83-99
64. Doğanay S ve Uçku Ş. (2012). Yaşlılarda Kötü Sağlık Algısı Koroner Kalp Hastalığı ve Ölümleri Belirler Mi?, Türk Geriatri Dergisi, 15(4), 396-402).
65. O'Brien F, McKee G, Mooney M, O'Donnell S, Moser D. Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. Patient education and counseling. 2014;96(2):179-87.
66. Smith JN, Negrelli JM, Manek MB, Hawes EM, Viera AJ. Diagnosis and management of acute coronary syndrome: an evidence-based update. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2015;28(2):283-93.
67. Housholder-Hughes SD. Non-ST segment elevation acute coronary syndrome impact of nursing care on optimal outcomes. AACN advanced critical care. 2011;22(2):113-24.

68. Mendis S, Puska P, Norrving B, Organization WH. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: Geneva: World Health Organization; 2011.
69. Quality D. Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Council of Nurses, Geneva. 2010.
70. Gökkoca Z. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2001;10(10):371-4.
71. Institute JB. Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. Australian nursing journal (July 1993). 2010;18(3):28.
72. Chummun H, Gopaul K, Lutchman A. Current guidance on the management of acute coronary syndrome. British Journal of Nursing. 2009;18(21).
73. Irmak Z, Fesci H. Akut miyokard infarktüsünde sekonder koruma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2005;12(1):084-96.
74. İkitimur B, Öngen Z. Yaşlılarda koroner hastalığı. Türk Geriatri Dergisi. 2010(2):13-20.
75. Elliott D, Aitken L, Chaboyer W. Critical care nursing. Sydney: Mosby Elsevier. 2007:448-53.
76. Daga LC, Kaul U, Mansoor A. Approach to STEMI and NSTEMI. J Assoc Physicians India. 2011;59(Suppl):19-25.
77. Henderson RA. Ischaemic heart disease: management of non-ST-elevation acute coronary syndrome. Medicine. 2010;38(8):424-30.
78. Yıldız M. Akut koroner sendrom yanıt indeksi geçerlik ve güvenirlik çalışması [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2016.
79. Gallagher R, Roach K, Belshaw J, Kirkness A, Sadler L, Warrington D. A pre-test post-test study of a brief educational intervention demonstrates improved knowledge of potential acute myocardial infarction symptoms and appropriate responses in cardiac rehabilitation patients. Australian Critical Care. 2013;26(2):49-54.
80. Cao X, Cao Y, Salamonson Y, DiGiacomo M, Chen Y, Chang S, et al. Translation and validation of the Chinese version of the Acute Coronary Syndrome Response Index (C-ACSRI). International journal of nursing studies. 2012;49(10):1277-90.
81. Önge Z. Akut koroner sendromlar: Kavramı, sınıflaması, risk düzeyi belirlemesi ve tedavi ilkeleri. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2008;64:103-12.
82. Buckley T, McKinley S, Gallagher R, Dracup K, Moser D, Aitken L. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2007;6(2):105-11.

83. McKinley S, Dracup K, Moser DK, Riegel B, Doering LV, Meischke H, et al. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(8):1037-46.



8. EKLER

EK-1. Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 — 655

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 24 NİSAN 2017 PAZARTESİ
Toplantı No : 2017/11
Proje No : GO 17/379 (Değerlendirme Tarihi: 24.04.2017)
Karar No : GO 17/379- 30

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. İmatullah AKYAR' ın sorumlu araştırmacı olduğu ve Arzu ÖZÖZTÜRK' ün yüksek lisans tezi olan, GO 17/379 kayıt numaralı, **"Yaşlı Hastaların Akut Koroner Sendrom Semptomlarına İlişkin Bilgi, Tutum ve İnançları"** başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | | |
|---|--------|--|
| 1.Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | İZİNLİ | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | İZİNLİ | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | İZİNLİ | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | İZİNLİ | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | İZİNLİ | 14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | İZİNLİ | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | İZİNLİ | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | İZİNLİ | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGEL (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | İZİNLİ | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK-2. Başkent Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Yazısı



Sayı : 31220125-020/
Konu : Uygulama İzni

12545

30/06/2017

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na

İlgi : 02.06.2017 tarih ve 12189 sayılı yazınız,

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. İmatullah Akyar'ın sorumlu araştırmacı olduğu ve Hemşire Arzu Özöztürk'ün, yüksek lisans tezi olarak yürüttüğü "Yaşlı Bireylerin Akut Koroner Sendrom Semptomlarına İlişkin Bilgi, Tutum ve İnançları" konulu çalışmanın anket uygulamasını 15 Haziran - 04 Eylül 2017 tarihleri arasında hastanemizin Kardiyoloji ve Koroner Yoğun Bakım Servisi'nde yapabilmesi tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Adnan TORGAY
Başhekim

30/06/2017 Yönetici Sekreteri

: Hanife ALTUNTAŞ

Doğrulama Adresi: https://ebys.baskent.edu.tr/enVision/Validate_doc.aspx?V=BENFIVCK

Fevzi Çakmak Cad.10.Sok. No:45 Bahçelievler/Ankara
Birim Telefon No: 0 312 203 68 68/1900 Faks No: 0 312 223 86 65
E-Posta: bashekimlik@baskent-ank.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent-ank.edu.tr

Bilgi İçin: Hanife ALTUNTAŞ
Unvan: Yönetici Sekreteri
Telefon No: 3122036868/1900



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

EK-3. Ölçek Kullanım İzin Yazıları

Arzu Ozozturk <arzuozozturk@gmail.com>

Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksi Kullanım İzin

5 ileti

Arzu Ozozturk <arzuozozturk@gmail.com>

22 Mart 2017
11:38

Alıcı: meryem.yildiz7@gmail.com

Sayın Meryem Yıldız

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. " Akut Koroner Sendrom Tanısı Almış Yaşlı Bireylerin Hastalık Semptomlarına İlişkin Bilgi, Tutum ve İnançları" başlıklı çalışmayı tez çalışması olarak yürütmeyi planlamaktayım. "Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksi" ölçeğini kullanarak prospektif olarak yapılması planlanan çalışmam için tarafınızca Türkçe validasyonu sağlanan ölçeğin kullanımı için izninizi talep etmekteyim.

Arzu Özöztürk
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Meryem Yıldız <meryem.yildiz7@gmail.com>

22 Mart 2017 12:32

Alıcı: Arzu Ozozturk <arzuozozturk@gmail.com>

Sayın Arzu Özöztürk,

Ölçeği kullanabilirsiniz, tez çalışmamda mevcuttur. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

İyi günler.

--

Araş.Gör. Meryem Yıldız

İstanbul Üniversitesi

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Abide-i Hürriyet Cd. 34381 Şişli-İstanbul/ Türkiye

Telefon: +90 212 440 0000 (27133)

Fax : +90 212 224 49 90

EK-4. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Akut Koroner Sendrom hastalığıyla ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi 'Yaşlı Bireylerin Akut Koroner Sendrom Semptomlarına İlişkin Bilgi, Tutum ve İnançları'dır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllölük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, yaşlı hastaların akut koroner sendrom semptomları hakkındaki bilgi ve tutumlarının belirlenmesidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Arzu AKBABA tarafından hazırlanan anket sorularını cevaplayacaksınız.

Anket çalışmasının sizin üzerinizde herhangi bir yan etkisi olmayacaktır. Ayrıca bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Arzu Akbaba tarafından Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Faköltesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, araştırmacı Arzu AKBABA'yı arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı Adı, soyadı:

Adres :

Tel :

Katılımcıyla görüşen araştırmacı:

Adı soyadı, ünvanı:

Adres:

EK-5: Anket Formu

Adı, Soyadı:

1. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaş:
3. Eğitim Düzeyi: ☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
4. Çalışma durumu: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor
5. Gelir Durumu: ☐ Geliri gidere eşit
☐ Geliri daha fazla
☐ Gideri daha fazla
6. Koroner Kalp Hastalığı süresi: ☐ yeni tanı ☐ 6 aydan uzun
7. Koroner Kalp Hastalığı tipi: ☐ Kararsız Anjina Pektoris (USAP)
☐ ST yükselmesiz miyokart infarktüsü (NSTEMİ)
☐ ST yükselmeli miyokart infarktüsü (STEMİ)
8. Uygulanan girişimler: ☐ Anjiyografi
☐ PTKA (Stent)
9. Risk Faktörleri (Birden fazla işaretlenebilir.)
 - ☐ Aile hikayesi ☐ Var ☐ Yok
 - ☐ Geçirilmiş MI ☐ Var ☐ Yok
 - ☐ Geçirilmiş kalp ameliyatı (CABG,KAG,PTKA) :
☐ Var ☐ Yok
 - ☐ Hiperkolesterolemi: ☐ Var ☐ Yok
 - ☐ Hipertansiyon : ☐ Var ☐ Yok
 - ☐ Diabetes Mellitus : ☐ Var ☐ Yok
 - ☐ Sigara
 - ☐ İçiyor
 - ☐ İçmiyor
 - ☐ Fiziksel hareket ☐ Var ☐ Yok
(haftada 2 kez 30 dak yürüyüş)
 - ☐ Alkol Tüketim ☐ Var ☐ Yok
 - ☐ Erken Menopoz: ☐ Var ☐ Yok

EK-6: Akut Koroner Sendrom Yanıt İndeksi

Bu ankette sağlığınız ve kalp krizi belirtileri hakkındaki algılarınıza yönelik sorular vardır. Çalışmanın doğru sonuç verebilmesi için her bölümde yer alan bütün soruları cevaplamanızı rica ederiz.

Bilgi Boyutu

Eğer belirtinin bir kalp krizi belirtisi olmadığını düşünüyorsanız, lütfen 0' ı, eğer belirtinin bir kalp krizi belirtisi olduğunu düşünüyorsanız, lütfen 1'i daire içine alınız.

		Hayır	Evet
1.	Alt karın bölgesinde ağrı (ters kodlu)	0	1
2.	Kol veya omuz ağrısı	0	1
3.	Kol felci (ters kodlu)	0	1
4.	Sırt ağrısı	0	1
5.	Göğüste ağrı / baskı / sıkışma	0	1
6.	Göğüste rahatsızlık (ağırlık, yanma, hassasiyet)	0	1
7.	Öksürük (ters kodlu)	0	1
8.	Baş dönmesi, sersemlik	0	1
9.	Baş ağrısı (ters kodlu)	0	1
10.	Mide yanması / hazımsızlık / mide sorunu	0	1
11.	Çene ağrısı	0	1
12.	Bilinç kaybı / bayılma	0	1
13.	Bulantı/ kusma	0	1
14.	Boyun ağrısı	0	1
15.	Kol veya elde uyuşukluk / karıncalanma (ters kodlu)	0	1
16.	Soluk, kül rengi cilt, renk değişikliği / kaybı	0	1
17.	Çarpıntı / kalp hızında artma	0	1
18.	Nefes darlığı / nefes almada zorluk	0	1
19.	Konuşmada bozulma (ters kodlu)	0	1
20.	Terleme	0	1
21.	Güçsüzlük / yorgunluk	0	1

Tutum Boyutu

Bundan sonraki sorular, bazı tutum ifadeleri ile ilgilidir. Lütfen hiç değilim için 1'i, biraz eminim için 2'yi, oldukça eminim için 3'ü, çok eminim için 4'ü daire içine alınız.

22. Bir başkasının kalp krizi belirti ve bulgularını tanıyabileceğinizden ne kadar eminsiniz?

1 hiç değilim	2 biraz eminim	3 oldukça eminim	4 çok eminim
---------------	----------------	------------------	--------------

23. Kendinizde kalp krizi belirti ve bulgularını tanıyabileceğinizden ne kadar eminsiniz?

1 hiç değilim	2 biraz eminim	3 oldukça eminim	4 çok eminim
---------------	----------------	------------------	--------------

24. Kalp krizi ile diğer hastalıkların belirti ve bulguları arasındaki farkları ayırt edebileceğinizden ne kadar eminsiniz?

1 hiç değilim	2 biraz eminim	3 oldukça eminim	4 çok eminim
---------------	----------------	------------------	--------------

25. Kalp krizi geçirdiğini düşündüğünüz biri için yardım isteyebileceğinizden ne kadar eminsiniz?

1 hiç değilim	2 biraz eminim	3 oldukça eminim	4 çok eminim
---------------	----------------	------------------	--------------

26. Kalp krizi geçirdiğinizi düşünüyorsanız, yardım isteyebileceğinizden ne kadar eminsiniz?

1 hiç değilim	2 biraz eminim	3 oldukça eminim	4 çok eminim
---------------	----------------	------------------	--------------

İnanç Boyutu

Bundan sonraki sorular bazı görüş ifadeleri ile ilgilidir. Lütfen kesinlikle katılıyorum için 1'i, katılıyorum için 2'yi, katılmıyorum için 3'ü, kesinlikle katılmıyorum için 4'ü daire içine alınız.

27. Eğer 15 dakikada geçmeyen bir göğüs ağrım varsa en kısa zamanda hastaneye gitmeliyim. (ters kodlu)

1 kesinlikle katılıyorum	2 katılıyorum	3 katılmıyorum	4 kesinlikle katılmıyorum
--------------------------	---------------	----------------	---------------------------

28. Eğer kalp krizi geçirdiğimi düşünüp hastaneye gittiğimde, kalp krizi geçirmediğim ortaya çıkarsa utanırdım.

1 kesinlikle katılıyorum	2 katılıyorum	3 katılmıyorum	4 kesinlikle katılmıyorum
--------------------------	---------------	----------------	---------------------------

29. Eğer kalp krizi geçirdiğimi düşünürsem hastaneye gitmeden önce bundan çok emin olana kadar beklerim.

1 kesinlikle katılıyorum	2 katılıyorum	3 katılmıyorum	4 kesinlikle katılmıyorum
--------------------------	---------------	----------------	---------------------------

30. Eğer kalp krizi geçirdiğimi düşünürsem ambulansın evime gelmesi yerine, birinin beni hastaneye götürmesini tercih ederim.

1 kesinlikle katılıyorum	2 katılıyorum	3 katılmıyorum	4 kesinlikle katılmıyorum
--------------------------	---------------	----------------	---------------------------

31. Tedavi masraflarım nedeniyle, hastaneye gitmeden önce kalp krizi geçiriyor olduğumdan kesinlikle emin olmak isterim.

1 kesinlikle katılıyorum	2 katılıyorum	3 katılmıyorum	4 kesinlikle katılmıyorum
--------------------------	---------------	----------------	---------------------------

32. Eğer göğüs ağrım varsa ve bunun kalp krizi olduğundan çok emin değilsem de hastaneye gitmem gerekir. (ters kodlu)

1 kesinlikle katılıyorum	2 katılıyorum	3 katılmıyorum	4 kesinlikle katılmıyorum
--------------------------	---------------	----------------	---------------------------

33. Eğer kalp krizi geçirdiğimi düşünürsem hemen hastaneye giderim. (ters kodlu)

1 kesinlikle katılıyorum	2 katılıyorum	3 katılmıyorum	4 kesinlikle katılmıyorum
--------------------------	---------------	----------------	---------------------------



9. ÖZGEÇMİŞ

Arzu AKBABA

Kişisel Bilgiler

Cinsiyeti : Kadın
Doğum Tarihi : 23/06/1991
Doğum Yeri : Eskişehir
E-mail : arzuozoturk@gmail.com

Eğitim

- Eskişehir Yunusemre Anadolu Lisesi
- Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
2009-2014
- Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
2015-2018

Kariyer Hedefim

Lisans eğitimim süresince edindiğim bilgi ve becerilerimi, iç hastalıkları hemşireliği yüksek lisans programı ve akademik programlar da edineceğim bilgi ve birikimle geliştirerek hizmet edeceğim kurumlara, bakım vereceğim hastalara ve eğitim vereceğim öğrencilere olumlu yönde katkıda bulunabilmek

İş deneyimleri

2014-2018 Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Servisi
Hemşire

2018-Halen Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Araştırma Görevlisi

Eğitim ve Projeler

GATA Hemşirelik Yüksekokulu tarafından düzenlenen “ Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu” Mart2014

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi “Kemik İliği Nakli Hemşirelik Eğitim Kursu” Mart 2014

Başkent Üniversitesi Genelinde Yayınlanmış “Organ Nakli Farkındalığı Artırma Kısa Film Projesi” Mayıs 2013

Başkent Üniversitesi Bitirme Projesi “ Hemşirelik ve Mobbing” Mayıs 2014