

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLK KEZ AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ
GEÇİREN BİREYLERİN TIBBİ YARDIM
İSTEME KONUSUNDA NASIL KARAR
VERDİKLERİNİN İNCELENMESİ**

TUĞBA YARDIMCI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR- 2010

DEU.HSI.MSc-2007970076

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLK KEZ AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ
GEÇİREN BİREYLERİN TIBBİ YARDIM
İSTEME KONUSUNDA NASIL KARAR
VERDİKLERİNİN İNCELENMESİ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TUĞBA YARDIMCI

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
YARD. DOÇ. DR. HATİCE MERT

İZMİR- 2010

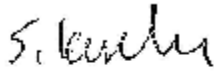
DEU.HSI.MSc-2007970076

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğba Yardımcı "**İlk Kez Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Tıbbi Yardım İstenme Konusunda Nasıl Karar Verdiklerinin İncelenmesi**" konulu yüksek lisans tezini 13.09.2010 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Jüri Başkanı

Yard. Doç. Dr. Hatice MERT



Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI



Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. Ayfer ELÇİGİL

TEŐEKKÜR

Tezimin her aşamasında bilimsel desteğinin yanı sıra manevi desteğini de gÖrdüğüm tez danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Hatice MERT'e,

Tezimi okuyarak geribildirimleriyle bana katkıda bulunan değerli hocalarım sayın Yard. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI, sayın Yard. Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ ve sayın Yard. Doç . Dr. Ayfer ELÇİGİL'e,

Araştırmanın yapılması için onay ve destek veren Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yetkililerine, Kardiyoloji Kliniği'nde görev yapan başta hemşireler olmak üzere tüm ekip üyelerine,

Tez çalıŐmama katılımlarıyla destek sağlayan Bireylere,

Her zaman olduğu gibi bu dönemde de yanımda olduklarını bana hissettiren, sonsuz sabır, ilgi ve desteklerini benden esirgemeyerek ne kadar Őanslı olduğumu bana bir kez daha hissettiren canım aileme,

Destek olan tüm arkadaşlarıma,

SONSUZ TEŐEKKÜRLER...

Tuğba YARDIMCI

İzmir-2010

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİL DİZİNİ	iii
KISALTMALAR	iv
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Akut Miyokart İnfarktüsü	6
2.1.1. Epidemiyolojisi.	6
2.1.2. Etyolojisi	7
2.1.3. Risk Faktörleri.....	7
2.1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	7
2.1.3.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri	8
2.1.3.3. Katkıda Bulunan Risk Faktörleri	11
2.1.4. Akut Miyokart İnfarktüsü Fizyopatolojisi	12
2.1.5. Miyokart İnfarktüsü Belirti ve Bulguları	13
2.1.6. Tanı	13
2.1.6.1. Hasta Öyküsü	13
2.1.6.2. Elektrokardiyografi.....	14
2.1.6.3. Kardiyak Göstergeler	15
2.1.7. Ortak Problemler ve Olası Komplikasyonlar.....	16
2.1.8. Tedavi ve Hemşirelik Bakımı	16
2.1.8.1. Tıbbi Tedavi	16
2.1.8.2. Hemşirelik Tanıları	22
2.1.8.3. Hasta Aile Eğitimi ve Taburculuk Planı.....	24
2.2. Karar Verme.....	25
2.3. AMİ Geçiren Bireylerin Tıbbi Yardım Arama Kararı ve Etkileyen Faktörler	27

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	35
3.3. Araştırmanın Örneklemi	35
3.4. Araştırmanın Yöntemi	36
3.5. Veri Toplama Araçları	36
3.6. Verilerin Toplanması	37
3.7. Verilerin Analizi	37
3.8. Verilerin Rapor Haline Getirilmesi	40
3.9. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği	40
3.10. Araştırmanın Etiği	41

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	42
4.2. Hastaların Tıbbi Yardım İsteme Konusunda Nasıl Karar Verdiklerine İlişkin Bulgular	44
4.2.1. Normal Olmama Duygusu	45
4.2.2. Durumun Yaşamsal Olduğunu Düşünme	50

5. TARTIŞMA

5.1. Normal Olmama Duygusu	55
5.2. Durumun Yaşamsal Olduğunu Düşünme	58

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç	62
6.2. Öneriler	62

KAYNAKLAR

63

EKLER

EK I. Çalışmaya Alınan Bireylerin Özellikleri	70
EK II. Kişisel Bilgi Formu	72
EK III. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	73
EK IV. Etik Kurul Bilgilendirilmiş Onam Formu	75

EK V. DEÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Kurul Kararı	76
EK VI. DEÜ Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi	77
EK VII. Özgeçmiş	77

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	42
Tablo 2. Hastaların Tıbbi Yardım İsteme Konusunda Nasıl Karar Verdiklerine İlişkin Oluşturulan Alt Kategori, Kategori ve Ana Temalar	44

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Veri Toplama ve Analiz Süreci.....	39
--	----

KISALTMALAR

AMI	: Akut Miyokard İnfarktüsü
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MI	: Miyokard İnfarktüsü
DM	: Diyabetes Mellitus
HT	: Hipertansiyon
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
LDL	: Düşük Dansiteli Kolesterol
HDL	: Yüksek Dansiteli Kolesterol
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CRP	: C-Reaktif Protein
NSTEMI	: ST Yükselmesi Olmayan MI
STEMI	: ST Yükselmeli MI
EKG	: Elektrokardiyografi
CK	: Kreatin Kinaz
CK-MM	: İskelet Kasından Salgılanan Kreatin Kinaz
CK-MB	: Kalp Kasından Salgılanan Kreatin Kinaz
CK-BB	: Beyin Dokusundan Salgılanan Kreatin Kinaz
ACC	: American Collage of Cardiology
AHA	: America Heart Associaton
PCI	: Perkütanöz Koroner Girişim
SpO2	: Oksijen Saturasyonu
IV	: İntravenöz
UAP	: Unstabil Anjina Pektoris
AV	: Atriyoventriküler
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
ACEİ	: Anjiyotensin Çevirici Enzim İnhibitörleri
t-PA	: Doku Plazminojen Aktivatörü
APSAC	: Asetil Plazminojen Aktivatörü Kompleks

ÖZET

İLK KEZ AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN BİREYLERİN TIBBİ YARDIM İSTEME KONUSUNDA NASIL KARAR VERDİKLERİNİN İNCELENMESİ

Tuğba YARDIMCI, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, tugba.yardimci@deu.edu.tr

Amaç: İlk kez akut miyokard infarktüsü (AMI) geçirmiş hastaların semptomları başladıktan sonra tıbbi yardım istemeye nasıl karar verdiklerini açığa çıkarmaktır.

Yöntem: Teori üretme tekniği kullanılarak yapılan bu niteliksel araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi kardioloji kliniğinde yürütülmüştür. Örneklem seçimi maksimum varyasyon tekniği ile yapılmıştır. İlk kez AMI geçirmiş 30 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler “yarı yapılandırılmış görüşme formu” kullanılarak “derinlemesine görüşme” yöntemiyle toplanmıştır. Görüşmelerin tamamı hastalardan izin alındıktan sonra ses kayıt cihazına kayıt edilerek yapılmıştır. Veriler “tümevarım-içerik analizi” yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada hastaların tıbbi yardım aramaya karar verme süreleri ortalama yedi saat (436,67dk), ortanca süre ise 90 dakika olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda “normal olmama duygusu” ve “durumun yaşamsal olduğunu düşünme” olmak üzere iki ana tema ortaya çıkmıştır. Tıbbi yardım aramaya karar vermenin, semptomların ciddi olarak algılanması, semptomları yönetememe, korku ve dış faktörler ile oluşan bir süreç olduğu bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmanın sonucu yardım aramaya karar vermede semptomları tanımanın önemini göstermektedir. Bu nedenle topluma, koroner arter hastalığı tanısı olan bireylere ve ailelerine akut miyokard infarktüsü semptomları ve erken tıbbi yardım almanın önemi konusunda eğitim programları geliştirilmesi ve basın-yayın destekli bilinçlendirme kampanyalarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut miyokard infarktüsü, hemşirelik, hastane öncesi gecikme, tıbbi yardım arama, karar verme, teori üretme.

ABSTRACT

A STUDY ON HOW THE PEOPLE HAVING EXPERIENCED MYOCARDIAL INFARCTION FOR THE FIRST TIME DECIDE TO SEEK TREATMENT

Tuğba YARDIMCI, Dokuz Eylül University, Institute of Health Sciences, Internal Medicine Nursing, tugba.yardimci@deu.edu.tr

Aim: To identify how patients who have experienced acute myocardial infarction (AMI) for the first time decide to seek treatment after their symptoms start.

Method: This qualitative study carried out by using the grounded theory technique was conducted in Dokuz Eylül University cardiology clinic. The sampling was performed via maximum variation technique. The sample comprised 30 patients having experienced AMI for the first time. The data were collected by means of “in-depth interview” technique via “semi-structured interview form”. All of the interviews were recorded into tape recorder upon getting the patients’ consent. The data were evaluated with “inductive-content analysis” method.

Findings: The decision-making process lasted seven hours (436.67 min) on average, with a median of 90 minutes. Two main themes emerged at the end of the study: “the feeling of being abnormal” and “thinking of the condition as a matter of life”. Deciding on seeking medical help was found to be a process which emerges with taking the symptoms seriously, being unable to manage the symptoms, fear and external factors.

Conclusion and Recommendations: The results of this study show the importance of being aware of the symptoms in deciding to seek treatment. For this reason, the organization of training programs informing the society, individuals diagnosed with coronary artery disease and their families about the acute myocardial infarction symptoms and the importance of getting an early treatment and also awareness campaign with media support is recommended.

Key words: Acute myocardial infarction, nursing, prehospital delay, seeking treatment, decision-making, grounded theory.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Akut miyokard infarktüsü (AMI) ölümlerle sonuçlanabilen bir hastalık olması, genellikle toplumun üretken yaş grubunda daha sık görülmesi, akut dönem sonrası komplikasyonlara bağlı olarak ciddi sorunlara yol açması nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Eren, Yılmaz, Korkmaz, Aktaş ve ark., 2006). Ülkemizde yürütülen 2005 yılındaki Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı (TEKHARF) takip çalışmasında yıllık tüm ölüm oranı bin yetişkinde 13.9 olarak saptanmıştır. Toplam koroner mortalite ise binde 7.4 düzeyinde bulunmuştur. (Onat, Karabulut, Esen, Uyarel ve ark., 2006).

Geçirilmiş miyokard infarktüsü sonrası sağ kalımı belirleyen başlıca faktörler, koroner kan akımının hızlıca sağlanması ve aritmiler, kalp yetmezliği gibi ciddi komplikasyonların erken tedavisidir. Koroner kan akımının tekrar sağlanması reperfüzyon tedavisinin uygulanması ve uygulama süresi ile yakından ilişkilidir (Eren ve ark., 2006). Semptomların başlangıcı ile hastaneye ulaşma arasında geçen sürenin hem hastane içi, hem de uzun dönem mortalite ile yakından ilişkili olduğu uzun süredir bilinmektedir. Bu nedenle reperfüzyon tedavisinin uygulanabilmesi için hastaların en erken sürede tıbbi gözetim altına girmeleri hayati önem taşımaktadır ve reperfüzyon tedavisinin semptomlar başladıktan sonra 90 dakika içerisinde uygulanması önerilmektedir (Berger, Radford ve Krumholz, 2000; Caldwell, Froelicher ve Drew, 2000; Zerwic, Ryan, Devon ve Drell, 2003; Anderson, Dentaş, Smalling, Sdringola ve Vooletich, 2009). Ancak, birçok hasta için semptomların başlangıcı ile tedavinin başlaması arasında geçen süre oldukça uzundur. Yapılan çalışmalarda hastaların ortalama gecikme süreleri 60 dakika ile beş saat arasında değişmektedir (Ottesen, Kober, Jorgensen ve Torp-Pedersen, 1996; Carney, Fitzsimons ve Dempster, 2002; Burnett, Blumenthal, Mark, Leimberger ve Califf, 1995; Lovlien, Schei ve Hole, 2007; Hirvonen, Halinen, Kala ve Olkinuora, 1998; Banks ve Dracup, 2006; Zerwic ve ark., 2003; Tokem, Fadiloğlu ve Gökçe, 2007; Yıldız ve Durukan, 2004; Eren ve ark., 2006).

Çalışmalarda gecikme nedenleri; bulguların geçeri diye beklenmesi, yalnız yaşama, diyabet hastası olma ve belirtileri kalp dışı nedenlere bağlama (Banks ve Dracup, 2006), semptomların ciddi olmadığını düşünme, semptomları kontrol edebileceğini düşünme, (Zerwic ve ark., 2003; Johansson, Swahn ve Strömberg, 2006; Tokem ve ark., 2007), kişisel tedavi, kendi imkânlarıyla hastaneye gitme, ilerlemiş yaş (Eren ve ark., 2006; Henriksson, Lindahl ve Larsson, 2007), beklenen ile yaşanan semptomların uyumsuzluğu ve eşe danışma olarak belirtilmiştir (Lovlien ve ark., 2007). Tüm çalışmalarda hastaların bilgi yetersizliği gecikmede önemli bir faktör olarak

bulunmuştur. Bununla birlikte bazı çalışmalarda sosyo-demografik özelliklerin gecikme süresini etkilemediği saptanmıştır (Banks ve Dracup, 2006; Zerwic ve ark., 2003; Lovlien ve ark., 2007).

Pattenden, Watt, Lewin ve Stanford (2002) ikinci kez miyokard infarktüsü geçiren bireylerin karar verme süreçlerini etkileyen faktörleri anlamaya yönelik yaptıkları kalitatif çalışmada, hastaların semptomları kalp krizi olacak kadar şiddetli bulmadıklarını ve bu durumun semptomları küçümsemelerine neden olduğunu belirtmişlerdir. Öncesinde AMI deneyimi geçirmiş olmalarının tekrar AMI geçirebilecekleri riskini göz ardı etmelerine neden olduğunu ve önceki deneyimlerinde yaşadıkları semptomlar ile yeni yaşanan semptomlar arasında benzerlik olmayan hastaların karar verme süreçlerinin yavaşladığını saptamışlardır.

Semptomların ortaya çıkışı ile sağlık bakım sistemine giriş arasındaki süreyi azaltmak önemlidir. Semptomların ortaya çıkışından hastaneye ulaşıncaya kadar geçen zaman periyodu tıbbi yardım istemede gecikme olarak isimlendirilmektedir ve üç faza bölünmektedir (Rosenfeld, Lindauer ve Darney, 2005).

1. Karar zamanı; akut semptomların başlamasından tıbbi yardım istemeye karar verme ve bu kararı uygulamaya kadar geçen süre.
2. Transport zamanı; Kararı uygulamaktan tıbbi yardım kuruluşuna ulaşıncaya kadar geçen süre (yolda geçen süre).
3. Tedavi zamanı; acil servise ulaştıktan sonra tıbbi tedavinin başlangıcına kadar geçen süredir.

Bu gecikmenin bir kısmını hastaneye ulaşma ile tedavinin başlangıcı arasında geçen süre oluştursa da, en az 2/3'ünün semptom başlangıcı ile hastaneye varış arasında geçtiği bildirilmiştir. Bu birleşenler arasında en önemli payın hastanın tıbbi yardım istemeye karar vermesine kadar geçen süreye ait olduğu ileri sürülmektedir. Bu yüzden semptomların farkında olma ve karar verme süreci AMI semptomlarına verilen cevapta hastane öncesi gecikmenin önemli bir evresidir (Mckinley, Moser ve Dracup, 2000; Johansson ve ark., 2006).

Yurt dışında ve ülkemizde yapılan pek çok çalışma karar zamanını tek bir sonuç değişkeni ile, dakika ve saat kaydı ile ölçmüş ve bu süre içinde yaşanan semptomları ve uygulanan eylemleri incelemiştir. Fakat bu karar zamanı boyunca neler yaşandığını tanımlayan çalışmalar sınırlıdır. Oysa AMI gibi hayatı tehdit edebilen bir durumda karar verme süreci büyük önem taşımaktadır. Hemşireler hastalara hastaneler, bakım kurumları, ambulanslar, klinikler, tıbbi uygulamalar, halk sağlığı uygulamaları, hastaların kendi evleri ve

Çalışma alanları gibi birçok yerde bakım vermektedirler. Bu alışma alanları hemşirelere AMI geçirmiş ve geçirme riski olan hastaları, yakınlarını ve diğerlerini tanılamak, eğitme ve danışmanlık yapma fırsatı sağlamaktadır. Bu nedenle hastaların tıbbi yardım aramaya karar verme sürecinde yaşadıklarının bilinmesi önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, ilk kez AMI geçirmiş hastaların semptomları başladıktan sonra tıbbi yardım istemeye nasıl karar verdiklerini açığa çıkarmaktır.

Elde edilecek sonuçlar AMI geçirmiş bireylerin yardım istemedeki gecikmelerini azaltmada strateji geliştirmek için kullanılabilir. Ayrıca, henüz AMI geçirmemiş bireyler için birincil koruma uygulamalarında yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ

Akut miyokard infarktüsü, koroner arterlere veya koroner arterlerden birine olan kan akımının azalması ya da kesilmesi sonucu, miyokardın nekroze olması ile oluşan bir tablodur (Mortan, Fontaine, Hudok ve Gallo, 2005; Akdemir ve Birol, 2003; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever, 2010; Badır ve Korkmaz, 2010). Nedeni ateroskleroza bağlı olarak koroner arterlerden birinde kan akımının kısıtlanması ve emboli veya trombus nedeniyle koroner arterin oklüzyonudur. Koroner tromboz, bir aterosklerotik plak rüptürü ile başlamaktadır ve bunu damar tıkayıcı mekanizmalar serisi harekete geçirmektedir (Smeltzer ve ark., 2010).

AMI'nın diğer nedenleri koroner arter vazospazmı (örn: ani konstrüksiyon veya daralma), oksijen desteğinin azalması (örn: akut kan kayıpları, anemi veya düşük kan basıncı) ve oksijen ihtiyacının artmasıdır (örn: tirotoksikoz veya kokain alımı). Tüm bu durumlarda asıl sorun miyokardın oksijen desteği ve talebi arasındaki dengesizliktir. İnfarkt alanının gelişimi zaman alır. Hücreler oksijenden yoksun kaldığı için iskemi gelişir, hücre zedelenmesi oluşur ve bir zaman sonra oksijen eksikliği infarkt veya hücre ölümüyle sonuçlanır (Smeltzer ve ark., 2010; Akdemir ve Birol, 2003; Badır ve Korkmaz, 2010; Komşuoğlu, 2004).

2.1.1. EPİDEMİYOLOJİSİ

İskemik kalp hastalıkları tüm dünyada ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2004 verilerine göre tüm ölümlerin %12.2'sinden sorumludur ve 2004 yılında 7.2 milyon kişi iskemik kalp hastalıklarından dolayı yaşamını yitirmiştir (DSÖ, 2004).

Amerika'da ölüm nedenlerinin ilk sırasında yer almaktadır ve 2009 yılında 1.4 milyon Amerikalının akut koroner sendromlardan bir tanesini deneyimlediği belirtilmektedir. Avrupa'da ise koroner arter hastalıkları erkeklerde 45 yaş üstünde, kadınlarda 65 yaş üstünde ölüm nedenlerinin birinci sırasında yer almaktadır (American Heart Association (AHA), 2008).

Ülkemizde ise iskemik kalp hastalıkları tüm ölümlerin %21.7'sinden sorumludur ve ilk sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008). Ülkemizde yürütülen 2005 yılındaki TEKHARF takip çalışmasında yıllık tüm ölüm oranı bin yetişkinde 13.9 olarak saptanmıştır. Toplam koroner mortalite ise binde 7.4 düzeyinde bulunmuştur. Ayrıca tüm ölümler bakımından, kentli katılımcılara kıyasla kırsal kesimde daha yüksek oranlar bulunmuştur. 45 ile 74 yaş kesiminde tüm ölümler ile koroner kökenli ölümler azalma eğilimindedir (Onat ve ark., 2006; Türk Kardiyoloji Derneği (TKD), 2006).

2.1.2. ETYOLOJİSİ

Miyokard infarktüsünün (MI) en yaygın nedeni koroner arterin ateroskleroza bağlı olarak tam olarak ya da tama yakın tıkanmasıdır. Koroner tıkanmanın diğer nedenleri koroner arter spazmı ve plak içine kanamadır. AMI'da koroner tıkanma nedenleri %90 akut bir tromboz, %5 spazm ve %5 oranında geçici trombosit agregasyonu, aterosklerotik plağın büyümesi olabilmektedir. MI gelişmesinde rol oynayan risk faktörleri, ateroskleroz gelişiminde de rol oynayan faktörlerdir (Smeltzer ve ark., 2010; Mortan ve ark., 2005; Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003; Argon 2004).

2.1.3. RİSK FAKTÖRLERİ

Risk faktörleri, değiştirilemeyen (yaş, cinsiyet, aile öyküsü) ve değiştirilebilen (sigara, hipertansiyon (HT), Diabetes Mellitus (DM), kan kolesterol yüksekliği, metabolik sendrom, obezite, fiziksel inaktivite) risk faktörleri olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır (Smeltzer ve ark., 2010; Mortan ve ark., 2005; Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003; Argon, 2004; Julian, Cowan ve McLenachan, 2008; McCance ve Huether, 2006).

2.1.3.1. Değiştirilemeyen risk faktörleri

Yaş

Aterosklerotik hastalıkların tüm çeşitlerinde yaşla birlikte bir artış söz konusudur. Koroner kalp hastalıklarından ölen bireylerin %84'ü 65 yaş ve üzerindedir (Mortan ve ark., 2005). Amerikan Kalp Birliği kılavuzlarında erkeklerde 45 yaş ve üstü, kadınlarda ise 55 yaş ve üstü önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Alpert, Thygesen ve Harvey, 2007).

Cinsiyet

Kardiyovasküler durumlar kadınlarda erkeklere göre yaşamın geç dönemlerinde oluşur, kadınlar 55 yaşını geçtiklerinde koroner arter hastalığı (KAH) insidansı erkeklerle eşit olmaktadır (Alpert ve ark., 2007). Erkek cinsiyet pek çok çalışmada başlı başına bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Koroner arter hastalıklarının %60'ı erkeklerde görülür. Aterosklerotik kalp hastalıkları erkeklerde 10-20 yıl daha erken başlamakta olup sıklığı kadınlardan 3-6 kat daha fazladır. Kadınların menapozla birlikte ölüm hızları artsa da erkeklerin risk seviyelerine ulaşamamaktadırlar (Kumar, Harvey ve Robbins, 2003; Smeltzer ve ark., 2010).

Aile Hikayesi

Ailede veya birinci derecede akrabalarından erkek olanlarda 55 yaşın, kadınlarda 65 yaşın altında koroner arter hastalığı bulunması major risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Ailesinde erken aterosklerotik kalp hastalığı öyküsü bulunan kişilerde erken ateroskleroz riski 12 kat artmaktadır (Badır ve Korkmaz, 2010).

2.1.3.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Sigara Kullanımı

Sigara içme KAH'nın gelişimine ve şiddetine üç yolla katkıda bulunur:

1. Sigara inhalasyonu kan karbon monoksit seviyesini yükseltir. Kanın oksijen taşıyan komponenti olan hemoglobin, karbonmonoksitle oksijenden daha hızlı birleşir. Düşük miktarlardaki mevcut oksijen kalbin pompalama kabiliyetini azaltabilir.
2. Tütünün içinde bulunan nikotinic asit katekolaminlerin serbest kalmasını tetikler ve bu durum kalp hızını ve kan basıncını artırır. Ayrıca nikotinic asit koroner arterlerin konstrükte olmasına da sebep olur. Katekolaminlerdeki artış ani kardiyak ölümün nedeni olabilir.
3. Sigara kullanımı vasküler endotelini kötü şekilde etkiler ve bu durum trombosit adezyonunun artışıyla ve trombüs formasyonu olasılığının artışıyla sonuçlanır (Smeltzer ve ark., 2010).

Gençlerde ve yaşlılarda, tüm ırklarda ve her iki cinsiyette de içilen sigara miktarı ile koroner arter hastalığı arasında güçlü bir ilişki vardır. Sigara içiciliği miyokard infarktüsü ve ani ölüm riskini erkeklerde 2.7, kadınlarda 4.7 kat artırmaktadır (Mortan ve ark., 2005). TEKHARF çalışması, sigara içiciliğinin ülkemizdeki en yaygın risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Sigara içenlerde MI geçirme riski içmeyenlerden iki kat daha fazladır (Onat ve ark., 2006).

Hipertansiyon

Hipertansiyon büyük bir risk faktörüdür ve “sessiz öldürücü” olarak adlandırılır. Çünkü spesifik semptomları ve erken uyarıcı belirtileri yoktur. Bütün aterosklerotik kardiyovasküler olayların %35'inden hipertansiyon sorumludur. Koroner kalp hastalığı hipertansiflerde, normotansiflere göre iki üç kat daha fazladır (Badır ve Korkmaz, 2010; Mortan ve ark., 2005). Kan basıncı düzeyi arttıkça kardiyovasküler hastalık riski de artmaktadır. Kan basıncı 120/80mmHg'dan fazla olan hastalar prehipertansif olarak değerlendirilebilir ve risk

altındadırlar (Smeltzer ve ark., 2010). Uzun süreli yüksek seyreden kan basıncı damar duvarlarının sertleşmesiyle sonuçlanır. Bu durum damar zedelenmesine sebep olur ve intimada inflamatuvar tepki meydana gelir. İnflamasyon mediatörleri büyüme düzenleyici faktörlerin salınımını sağlar ve bu da damarlarda hipertrofiye neden olur. Bu değişiklikler aterosklerozun hızlanmasıyla ve agregasyonu ile sonuçlanır (Smeltzer ve ark., 2010).

Diabetes Mellitus (DM)

Diabetes mellitus kalp hastalıkları gelişimini hızlandırıcı bir etkiye sahiptir. Diyabetli hastaların %65-75'inde kardiyovasküler hastalık ölüm sebebi olarak tanımlanmaktadır (Smeltzer ve ark., 2010).

Hiperglisemi trombositlerin agregasyonunu artırır ayrıca insülin damar duvarının zedelenmesine neden olarak inflamasyon reaksiyonunu başlatarak ateroskleroz gelişimini kolaylaştırır (Akdemir ve Birol, 2003).

Plazma kan glukoz seviyesini düşüren insülin tedavisi, metformin ve diğer terapötik girişimler endotel fonksiyonunu ve hasta sonuçlarını geliştirir (Smeltzer ve ark., 2010).

Yüksek Kan Kolesterol Düzeyi

Yağ metabolizması kalp hastalığının gelişiminde önemli bir katkı sağlayıcıdır. Lipoprotein çeşitleri protein içeriklerine göre kategorize edilirler ve dansite (yoğunluk) olarak ölçülürler. Fazla protein mevcut olduğunda dansite düşer. Yağ metabolizmasının dört elementi – total kolesterol, düşük dansiteli kolesterol (LDL), yüksek dansiteli kolesterol (HDL), trigliseritler – kalp hastalığının gelişimini etkileyen elementler olarak bilinmektedir. Kolesterol gastro intestinal alan tarafından kilomikron olarak adlandırılan lipoprotein globüllerine yönlendirilir. Bu durum lipoprotein temelli hücre membranlarının oluşumu ve diğer önemli metabolik süreçler için önemli bir fizyolojik süreçtir. Fazla miktarda LDL üretildiğinde, LDL parçaları arteriyal endotelyumdaki hassas noktalara bağlanır. Burada makrofajlar onları yutarak plak oluşumuna katkıda bulunur. Kanda yüksek seviyede LDL bulunması koroner kalp hastalıkları riskini arttırmaktadır. Uygun olan seviyesi 100mg/dl'nin altıdır. Yüksek dansiteli kolesterol iyi kolesterol olarak bilinir çünkü düşük dansiteli kolesterol gibi diğer lipoproteinleri karaciğere taşır ve orada indirgenir ve boşaltılır. Bu sebeple yüksek HDL seviyesi kalp hastalıkları açısından koruyucu özelliğe sahiptir.

Total kan kolesterol düzeyleri 200mg/dl'nin altında olan orta yaş yetişkinlerin koroner arter hastalıkları riski daha azdır. Seviye 240mg/dl'nin üzerine çıktığında ise koroner arter kalp hastalığı riski iki katına çıkmaktadır (Mortan ve ark., 2005; Smeltzer ve ark., 2010; Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003).

Metabolik Sendrom

Metabolik anormalliklerin kümeleşmesi olarak da bilinen metabolik sendrom da kardiyovasküler hastalıklar için majör risk faktörüdür.

Birçok Tip 2 diyabetli birey bu klinik tabloya uygundur. Obez hastalarda var olan adipoz doku metabolik değişiklikleri gösteren mediatörleri gizlemektedir. Adipokinler (adipoz doku sitokinleri), serbest yağ asitleri ve diğer bileşenler insülin düzeyini değiştirirler ve kardiyovasküler sistemdeki aterosklerotik değişikliklere katkıda bulunurlar.

C-reaktif protein (CRP) kardiyovasküler risk açısından inflamatuvar belirteç olarak bilinir. Karaciğer hücreleri doku zedelenmesi gibi uyarılara cevap olarak CRP üretir ve bu proteinin seviyesi akut koroner durumlara yatkın olan diyabet hastalarında yükselir (Smeltzer ve ark., 2010).

Obezite

Obezite ve fazla kilo kalp hastalığı sebebiyle ölüm riskini artırma ile ilişkilidir. Fazla kilo hipertansiyon, insülin direnci, diyabet ve dislipidemi insidansını arttırmaktadır. Merkezi obezite (göbek çevresinin geniş olması) koroner kalp hastalıkları açısından periferik veya subkutan obeziteden daha güçlü bir risk faktörüdür. Obezite ölçütü olarak kullanılan beden kitle indeksi (BKİ) ölçütüyle Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sınıflamada 18.8-24.9 normal, 25-29.9 kilo fazlalığı, >30 obezite, >40 ileri derecede obezite olarak tanımlanmaktadır. BKİ'deki bir birimlik artış koroner kalp hastalığının mortalitesinde %4-5 artışa neden olmaktadır. Obezite genel mortalitede de artışa yol açmaktadır (Mortan ark., 2005; Smeltzer ve ark., 2010; Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003).

Fiziksel İnaktivite

Fiziksel aktivite eksikliği kalp hastalıklarının gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Düzensiz egzersiz, aşırı yeme ve obeziteyle birleştiğinde yüksek kolesterolle sonuçlanır ve kalp hastalıkları riski artmış olur. Düzenli yapılan egzersizler kalp hastalıklarının

önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Egzersiz azlığında kan lipit bozuklukları artmakta ve kardiyovasküler fonksiyonel kapasite azalmaktadır.

Düzenli fiziksel aktivite ile kilo kontrolü sağlanır, LDL ve trigliserid düzeyleri düşer, HDL düzeyleri yükselir, insüline duyarlılık artar, kan basıncı düşer, endotele bağlı vazodilatasyon ve fibrinolitik aktivite artar (Smeltzer ve ark., 2010; Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003).

2.1.3.3. Katkıda Bulunan Risk Faktörleri

Stres: Bireylerin strese verdikleri tepkiler kardiyovasküler hastalıklar için katkıda bulunan bir faktör olabilmektedir. Bireyin stres altındayken sergilediği davranışlar (sigara içme, çok fazla yemek yeme gibi) kardiyovasküler hastalıklar için risk teşkil etmektedir (Mortan ve ark, 2005).

Sex hormonları: Sex hormonları kardiyovasküler hastalık riskleri arasında yer almaktadır. Erkeklerin MI geçirme insidansı kadınlardan daha yüksektir (özellikle premenapozal dönemdeki kadınlar). Ancak kadınların yaşı ilerledikçe östrojen seviyelerinin azalmasıyla risk artmaktadır. Kadınlık hormonlarının HDL'yi yükseltme ve total kan kolesterol düzeyini azaltma gibi etkileri vardır ancak erkeklik hormonlarının etkisi tam tersidir (Mortan ve ark., 2005).

Doğum kontrol hapları: Düşük doz oral kontraseptifler yüksek doz oral kontraseptiflere oranla kalp hastalığı gelişiminde daha düşük etkiye sahiptir. Ancak düşük dozlarda oral kontraseptif kullanan bir kadın sigara kullanıyorsa veya hipertansiyonu varsa kalp hastalığı riski artmaktadır (Mortan ve ark., 2005).

Aşırı alkol kullanımı: Yüksek miktarda alkol kullanımı hipertansiyon, kalp yetmezliği, inme, yüksek trigliserid ve aritmilere neden olabilmektedir. Ölçülü alkol kullananlarda kalp hastalığı riski hiç kullanmayanlara oranla daha düşüktür. Ölçülü kullanmaktan kasıt, kadınlar için günde bir kadeh erkekler için iki kadehtir (Mortan ve ark., 2005).

Homosistein Seviyeleri: Homosistein protein katabolizması esnasında ortaya çıkan sülfür içeren bir aminoasittir. Metabolize olması vitamin B6, folat ve vitamin B12 ye bağlıdır. Homosistein büyümeye ve dokuların korunmasına yardımcı olur ayrıca derinin korunmasında ve tırnak bozukluklarında rol oynar. Hiperhomosisteinemi genetik (nadir) veya kazanılmış

olabilir. Yüksek homosistein ve kalp hastalıkları arasında ilişki vardır. Homosistein trombosit yapışkanlığını artırır, arter duvarındaki LDL tortularını yükseltir ve koagülasyon kaskatını aktive eder (Mortan ve ark., 2005).

2.1.4. AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ FİZYOPATOLOJİSİ

Miyokard infarktüsü, koroner arter hastalığının son noktası olarak düşünülebilir. Miyokardın uzun süreli iskemisi sonucu miyokardiyal hücre ölümü olarak tanımlanmaktadır (Thygesen, Joseph, Alpert ve Harvey, 2007). Stabil olmayan aterosklerotik plağın aşınması ya da rüptürü sırasında aterojenik plak içeriğinin kanla teması sonucu iskemiden sorumlu koroner arterde trombus oluşur ve koroner arterin beslediği miyokard dokusu ölebilir (Badır ve Korkmaz, 2010). MI'nın diğer sebepleri ise, koroner arterlerdeki vazospazm (ani konstrüksiyon veya daralma), oksijen desteğindeki azalma (akut kan kayıpları, anemi, hipotansiyon) ve oksijen ihtiyacındaki artmadır (hızlı kap atımı, tirotoksikoz, kokain zehirlenmesi). Tüm bu durumlarda neden, oksijen ihtiyacı ile oksijen sunumu arasındaki dengesizliktir. Hücreler oksijenden mahrum kaldıkları için iskemi gelişir, hücresel zedelenme oluşur ve yeterli oksijenin olmaması sonucunda infarktüs ya da hücre ölümü meydana gelir (Smeltzer ve ark., 2010).

Kalp hücreleri, hücre ölümü meydana gelmeden önce yaklaşık 20 dakika iskemiye dayanabilirler. Miyokard metabolik olarak aktif olduğundan kan akımı azalmasından 8-10 saniye sonra iskemi belirtileri ortaya çıkar. Kan akımının azalmasıyla etkilenen miyokard siyanotik hale gelir. Koroner kan akımının durmasından sonra miyokardiyal oksijen depoları çok hızlı bir şekilde tüketilir (yaklaşık olarak sekiz saniye). Anaerobik metabolizmanın başlamasından dolayı glikojen depoları azalır. Glikolizis ile miyokardiyal enerjinin yalnızca %65-70'i karşılanabilir ve aerobik süreçte olduğundan daha az ATP üretilir. Hidrojen iyonları ve laktik asit birikmeye başlar. Çünkü miyokard dokusunun tamponlama kapasitesi düşüktür ve miyokardiyal hücreler düşük pH'a karşı hassastırlar. Bu ürünlerin birikmesi de miyokardı tehlikeye sokar. Asidoz, lizozomal enzimlerin hasar veren etkilerine karşı miyokardın daha hassas hale gelmesine neden olur ve kontraktilite fonksiyonunu baskılayarak kalp yetmezliğine sebep olabilir (McCance ve Huether, 2006).

AMI'ı tanımlamak için bazı terimler kullanılmaktadır: tipine göre ST yükselmesi olmayan MI ve ST yükselmeli MI (NSTEMI, STEMI), ventrikül duvarındaki zedelenme bölgesine göre (anterior, inferior, postreior, lateral duvar) ve infarktüsün oluşum süresine göre

(akut, uzamış veya eski) isimlendirilir (Smeltzer ve ark., 2010). Ayrıca miyokard infarktı; sol ventrikül duvar kalınlığının tümünü tuttuğu zaman, transmural; yalnız subendokard ve çevre dokuyu tuttuğu zaman ise, nontransmural adını alır (Olgun, 2006; Smeltzer ve ark., 2010; Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003; Argon, 2003; Julian ve ark., 2008; McCance ve Huether, 2006).

Elektrokardiyografi (EKG) sıklıkla MI'ın tipini ve bölgesini belirlemek için kullanılır, Q dalgası gibi EKG belirleyicileri ve hasta öyküsü zamanlamayı tanımlamaktadır (Smeltzer ve ark., 2010).

2.1.5. MİYOKARD İNFARKTÜSÜ BELİRTİ VE BULGULARI

Kardiyovasküler: Göğüs ağrısı; şiddetli olup sternumun arkasından başlayıp, çeneye, sol omuza ve kola yayılım gösterebilir ya da sadece sternumun arkasında olabilir, sırta yayılım gösterebilir, her iki kola birden yayılım gösterebilir ve epigastrik bölgede hissedilebilir. MI'da ağrı 30dk'dan fazla sürer, dinlenmekle geçmeyen tarzdadır ve nitrogliserine cevap vermez. Ayrıca çarpıntı, kalpte patolojik S3, S4 sesi ve murmur olabilir. Eğer MI kalp yetmezliğine neden olmuşsa juguler venlerde dolgunluk olabilir. Sempatik sitimülasyona bağlı olarak kan basıncı artabilir veya kontraktilitenin azalmasına bağlı olarak düşüş de gözlenebilir. Aritmik nabız atriyal fibrilasyonu gösteriyor olabilir. ST segment ve T dalgası değişikliklerinin eklenmesiyle EKG'de taşikardi, bradikardi ve disritimler gözlenebilir. **Solunum:** Dispne, taşipne, nefes darlığı ve pulmoner ödem gelişebilir. **Gastrointestinal:** Bulantı ve kusma olabilir. **Genitoüriner:** İdrar çıkışının azalması kardiyojenik şokun göstergesi olabilir. **Deri:** Kontraktilitenin azalmasıyla oluşan sempatik sitimülasyona bağlı olarak gözlenen soğuk, soluk, nemli cilt kardiyojenik şokun göstergesi olabilir. **Nörolojik:** Anksiyete ve huzursuzluk sempatik sitimülasyonun arttığının veya kontraktilite ve serebral oksijenasyonun azaldığının göstergesidir. Aynı septomlar kardiyojenik şokun göstergesi olabilir. **Psikolojik:** Olası kötü son düşüncelerine bağlı korku ya da yaşananları inkâr etme görülebilir (Smeltzer ve ark., 2010; Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003).

2.1.6. TANI

AMI tanısında; öykü, EKG bulguları ve kardiyak göstergelerden yararlanır. Bu üç kriterden ikisinin hastada pozitif olması tanı koydurucudur (Badır ve Korkmaz, 2010).

2.1.6.1. Hasta Öyküsü:

Hasta öyküsü, semptomların hasta tarafından tanımlanmasını (ağrı), önceki kardiyak hastalıklar, var olan veya geçirilmiş diğer hastalıklar ve ailede kalp hastalığı hikayesini tanımlamayı içerir. Hikaye mutlaka hastaya ait kalp hastalığı risk faktörlerini de içermelidir (Smeltzer ve ark., 2010; Akdemir ve Birol, 2003).

2.1.6.2. Elektrokardiyografi (EKG):

AMI, EKG bulgularına göre ST segment elevasyonlu miyokard infarktüsü ve ST segment elevasyonsuz miyokard infarktüsü olarak sınıflandırılır (Badır ve Korkmaz, 2010). EKG’de ST ve T dalgası yükselir, sivrileşir, hastalığın gelişme döneminde T dalgası negatifleşir, patolojik Q dalgası oluşur (Akdemir ve Birol, 2003). Derivasyonlarda görülen bu değişiklikler kalbin etkilenen yüzü hakkında bilgi vericidir. İnfarktüs zaman aldığı için EKG’deki değişiklikler de değişkendir. İlk EKG bulgusu miyokardiyal iskemi ve zedelenme sonucu oluşur. Miyokardiyal zedelenme T dalgasının yükselmesine ve simetrik hale gelmesine neden olur. AMI’da T dalgası yükselmesi erken dönemde ortaya çıkan bir bulgudur. T dalgalarındaki bu değişiklik infarktüsün başlangıcından 5-30 dakika sonra ortaya çıkar ve hiperakut dönem olarak adlandırılır. Zedelenme bölgesi iskemik hale geldiğinde miyokardiyal repolarizasyon azalır ve gecikir, T dalgasının tersleşmesine neden olur. İskemik odak, miyokardiyum bölgesi dinlenme haline geçtiğinde depolarize olur (Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003; Smeltzer ve ark., 2010; Argon, 2004; Olgun, 2006; AHA, 2008; Thygesen ve ark., 2007; Mortan ve ark., 2005).

Miyokard zedelenmesi ST segment değişikliklerine de neden olur ve hiperakut dönemi ST segment değişiklikleri izler. ST yükselmesi, R dalgasının voltajının azalması ve patolojik Q dalgalarının oluşması oturmuş akut dönem infarktüsü gösterir. Zedelenmiş miyokard hücreleri normal olarak depolarize olurlar ancak repolarizasyonları normal hücrelerden daha hızlıdır ve QRS sonlandıktan 0.06-0.08 saniye sonra ölçüldüğünde ST’nin izoelektrik hattın yukarı doğru en az 1mm yükselmesine neden olur ve bu nokta J noktası olarak adlandırılır. ST yüksekliğini belirlemede J noktası referans alınmaktadır. EKG’de en az iki komşu derivasyonda 1mm’den fazla ST segment elevasyonu ya da Q dalgası bulunması STEMI için tanı koydurucudur (Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003; Smeltzer ve ark., 2010; Argon, 2004; Olgun, 2006; AHA, 2008; Thygesen ve ark., 2007; Mortan ve ark., 2005).

Anormal Q dalgası MI'in bir diğer göstergesidir. Q dalgaları 1-3 gün içinde gelişir. Bu yeni ve önemli Q dalgası 0.04 saniye veya daha fazladır ve R dalgası derinliğinin %25'i kadardır. Anormal Q dalgası, ST segmenti ve T dalgası değişiklikleri olmadan da görülebilir. Bu, akut olmayan önceden geçirilmiş MI'in göstergesidir (Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003; Smeltzer ve ark., 2010; Argon, 2004; Olgun, 2006; AHA, 2008; Thygesen ve ark., 2007; Mortan ve ark., 2005).

2.1.6.3. Kardiyak Göstergeler:

Kardiyak enzimlerin kanda yükselmesi, miyokard hücrelerinde hasarlanma olduğunu gösterir. Biyokimyasal belirteçler hem miyokardiyal nekrozun tanısında, hem de prognozun belirlenmesinde yararlıdır.

Kreatin Kinaz ve İzotopları

Üç tane kreatin kinaz (CK) enzimi vardır: CK-MM (iskelet kası), CK-MB (kalp kası) ve CK-BB (beyin dokusu). CK-MB kardiyak izoenzimdir ve kardiyak hücrelerde bulunur. Bu sebeple sadece bu hücrelerde hasar meydana geldiğinde kandaki seviyesi yükselir. CK-MB'nin kanda yüksek seviyelerde bulunması AMI için bir göstergedir. Kandaki düzeyi, 4-8 saatte yükselmeye başlar, 12-24 saatte en üst seviyeye ulaşır, 48 saatte azalır (Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Kumar ve ark., 2003; Argon, 2004; Akdemir ve Birol, 2003; Mortan ve ark., 2005).

Miyogloblin

Miyogloblin oksijen taşımaya yardım eden bir hem proteindir. CK-MB gibi miyogloblin de kardiyak ve iskelet kasında bulunur. Kandaki düzeyi 2-4 saatte yükselmeye başlar, 8-12 saatte başlangıç düzeyine iner. Yükselmiş miyogloblin seviyesi akut kardiyak durumlar için spesifik bir gösterge değildir. Ancak 4-6 saatlik süre içinde miyogloblinde artış olmaması veya altı saat geçtikten sonra artış olmaması, kardiyak hasarı ekarte etmek için doğru bir kriterdir (Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Kumar ve ark., 2003; Argon, 2004; Akdemir ve Birol, 2003; Mortan ve ark., 2005).

Troponinler

Troponin miyokardda bulunan ve miyokardiyal kontraktileti regüle eden bir proteindir. Troponinin üç tane izomeri vardır. Bunlar: C, I ve T'dir. Troponin T ve I kalp kası için spesifik göstergelerdir ve miyokard zedelenmesi hakkında bilgi verirler. AMI'da troponin

I ve T değeri 3-6 saatte yükselir, 12 saatte en üst seviyeye ulaşır, 7-10 gün yüksek kalır (Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Kumar ve ark., 2003; Argon, 2004; Akdemir ve Birol, 2003; Mortan ve ark, 2005).

2.1.7. ORTAK PROMLEMLER ve OLASI KOMLİKASYONLAR

- Akut pulmoner ödem
- Kalp yetmezliği
- Kardiyojenik şok
- Aritmiler ve kardiyak arrest
- Perikard effüzyonu
- Kalp tamponatı
- Sol ventrikül yetmezliği
- Miyokard rüptürü
- Perikardit
- Sol ventrikül anevrizması
- Sol ventrikül trombüsü ve arteryel emboli

2.1.8. TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

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

2.1.8.1. Tıbbi Tedavi

Tıbbi tedavinin amacı miyokard hasarını azaltmak, miyokard fonksiyonlarını muhafaza etmek, miyokardın oksijen gereksinimini azaltmak, miyokarda kan ve oksijen sunumunu arttırmak ve komplikasyonları önlemektir (Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Mortan ve ark., 2005). Bu amaçlar American College of Cardiology (ACC) ve American Heart Association (AHA) tarafından geliştirilmiş kılavuzlarla uygulanmaktadır. Bu amaçlar trombolitik tedavi veya perkütanöz koroner girişim (PCI) ile reperfüzyonun sağlanmasıyla gerçekleştirilebilir. MI geçirdiği düşünülen bir hasta acil servise geldiğinde bu amaçların uygulanabilmesi için tanısı ve ilk tedavisi hızlı bir şekilde yapılmalıdır. Çünkü reperfüzyon tedavisi ne kadar hızlı bir şekilde yapılırsa faydaları da o denli artmaktadır. İdeal olarak

hastanın ilk değerlendirmesi, geldikten sonraki ilk 10 dakika içinde yapılmalıdır ya da en geç 20 dakika içinde mutlaka değerlendirmesi yapılmış olmalıdır (Mortan ve ark., 2005).

Oksijen

Kalbin oksijen ihtiyacını azaltmak ve kalbe oksijen sunumunu arttırmak esas amaçlardır. Bu amaca uygun olarak hipoksemiye önlemek için ilk iki saat içinde nazal kanül ile 2-4 litre oksijen uygulanmalıdır (Olgun, 2006; Komşuoğlu, 2004).

Hastanın yaşam bulguları özellikle solunum sayısı dikkatli izlenir. Hastanın oksijenasyonunun takibi çok önemlidir. Oksijen saturasyonu (SpO₂) nun takibi hastanın yeterli oksijenizasyonu hakkında bize fikir verecek değerlerden birisidir ve %90'nın altında olmamasına dikkat edilir. Doktor tarafından alınan arter kan gazı değerleri incelenir değişiklikler hemşire gözlemine kayıt edilir (Akdemir ve Birol, 2003; Badır ve Korkmaz, 2010).

Analjezikler

AMI'da analjezik seçimi ağrı ve anksiyeteyi azaltmak amacıyla intravenöz (IV) olarak uygulanan "morfin"dir. Morfin, miyokarddaki iskeminin etkileriyle ortaya çıkan ağrıyı tedavi etmek için kullanılır. Aynı zamanda hem vazodilatatör hem de arteriyal dilatatör etkisinden dolayı preload (ön yük) ve afterloadu (son yük) da azaltır. Bu durum kalbin çalışma yükünü azaltır ve oksijenasyonu sağlamak için bronşiyollerde gevşemeye neden olur. Morfin, opioid reseptörlerini uyarır, analjezi oluşturur ve hastanın ağrıyı algılamasını değiştirir. IV olarak 2-4mg olarak uygulanır ve gerekirse her beş dakikada bir tekrarlanabilir.

Morfine verilen kardiyovasküler tepki (sinüs bradikardisi ve atriyo ventriküler (AV) bloklar) monitörden dikkatlice izlenir. Özellikle kan basıncını düşürücü etkisinden dolayı kan basıncı sık aralıklarla takip edilir. Solunumu deprese edeceği için solunum sayısı yönünden de hasta değerlendirilir (Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Akdemir ve Birol, 2003).

Nitrogliserin

Damar düz kaslarını gevşeterek önyükü ve doza bağlı olarak sistemik vasküler direnci azaltarak miyokarda olan kan akımını arttırıcı özelliğe sahiptir. Vazoaktif bir ajan olan nitrogliserin, miyokardın oksijen tüketimini kısıtlayarak iskemi ve ağrıyı azaltır. Tedaviye 5-10mcg/dk infüzyon hızı ile başlanır ve hastanın kalp hızı ve kan basıncı yanıtına göre 5-10mcg'lık dozlar halinde arttırılabilir. Nitrogliserin öncelikle venlerde, yüksek dozda ise

arterlerde vazodilatasyona neden olmaktadır. STEMI’de ağrıyı azaltıcı etkisi yoktur. NSTEMI, unstabil anjina pektoris (UAP) ve MI sonrası anjinada ağrıyı giderir. Sağ ventrikül infarktüsünde hipotansiyon olsun ya da olmasın nitratlar kontrendikedir.

Hastanın nitrat aldığı süre boyunca kan basıncı ve nabız kontrolü sık aralıklarla yapılır. Nitrat kullanımına bağlı oluşabilecek yan etkiler hakkında hasta gözlemlenir. Bunlar; yüzde kızarma, hipotansiyon, taşikardi, bulantı, kusma, baş ağrısı, baş dönmesi ve yorgunluktur (Smeltzer ve ark., 2010; Badır ve Korkmaz, 2010; Julian ve ark., 2008).

Beta Blokerler

Bu tip ilaçlar miyokardın kasılma gücünü ve kalp hızını azaltır, atriyo ventriküler iletiyi yavaşlatır. Bu değişiklikler miyokardın oksijen ihtiyacını azaltarak oksijen istem ve sunumunu dengeler. Bunun sonucunda iskemide ve göğüs ağrısında azalmaya yol açtıkları gibi katekolamin ve serbest yağ asidi düzeylerini azalttıkları için antiaritmik bir etki de gösterirler. Kontrendike bir durum yoksa erken dönemde IV olarak başlanır ve oral tedavi ile devam edilir (Mert, 2007; Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003; Olgun, 2006; Alpert ve Rippe, 2003). Oral beta bloker tedavisine eğer hastada; 1) kalp yetmezliği belirtileri 2) düşük out-put 3) kardiyojenik şok belirtileri 4) beta blokaj için diğer kontrendikasyonlar (aktif astım, ikinci ya da üçüncü derece kalp bloğu) yoksa ilk 24 saat içinde başlanmalıdır (Antman, Hand ve Armstrong, 2007).

Beta blokerler hastalarda, kalp yetmezliği, anjina ve bilinç kaybı riskini artıracak şekilde kalp hızını tehlikeli düzeylere düşürebilirler. Bu nedenle hastanın nabız kontrolü ve kan basıncı kontrolü yapılmadan ilaç verilmez. Beta blokerler hipoglisemi belirtilerini maskeleyebilir, insülin kullanımı ile hipoglisemi oluşursa, bu durumda kan glikoz regülasyonunu bozabilir. Aynı zamanda kan glikoz düzeyini de arttırabilir. Hasta diyabetli ise olası etkileri yönünden hasta bilgilendirilir ve kan şekeri kontrolü yapılır. Dispne ve hırıltılı solunum gibi yan etkilerinden dolayı hastanın akciğer sesleri dikkatlice dinlenir (Mert, 2007; Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Akdemir ve Birol, 2003; TKD 2007 bakım kılavuzu; TKD, 2009).

Anjiyotensin Çevirici Enzim İnhibitörleri (ACEİ)

Kan basıncı azaldığında böbreklerden renin salgılanır ve anjiyotensin I ve II oluşur. Anjiyotensin I akciğerlerde anjiyotensin II’ye dönüşür. Vazokonstrüksiyon gelişir ve sonuçta böbreklerden sodyum ve su tutulur, potasyum atılır. ACE inhibitörleri anjiyotensin I’in II’ye

dönmesini engeller. Anjiyotensin II yokluğunda, kan basıncı düşer ve böbreklerden sodyum ve mineraller salgılanır (diürez), kalbin oksijen desteği artar. MI sonrasında ACE inhibitörlerinin kullanımı mortalite oranlarını azaltır ve kalp yetmezliği ile ilişkili olan miyokardiyal hücrelerindeki değişimi önler.

ACE inhibitörleri verilmeden önce hastanın hipotansif olmaması önemlidir. İlaç verilmeden önce hastanın kan basıncı ölçülür. Aldığı çıkardığı takibi yapılır. Hastanın hipovolemik ve hiperkalemik olmamasına dikkat edilir. Hastanın idrar çıkışı, serum sodyum ve potasyum düzeyleri ile kreatin seviyeleri dikkatlice izlenir. Daha iyi tolere edileceğinden ilaç saatleri sabaha planlanır (Mert, 2007; Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Akdemir ve Birol, 2003; Alpert ve Rippe, 2003).

Aspirin

Tanı konur konmaz bütün AMI'lı hastalara eğer bir kontrendikasyon yoksa 162-325 mg çözünür aspirin çiğnetilmeli ve ömür boyu günde 80-300 mg olarak devam etmelidir. Aspirin koroner re-oklüzyonu ve tekrarlayan iskemik olayları azaltmada çok yararlıdır (Kayıçoğlu, Ildızlı ve Hasdemir, 2005; Alpert ve Rippe, 2003; Badır ve Korkmaz, 2010).

Heparin

Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde infarktüs bölgesinde trombüs oluşumunu önlemek amacıyla verilir. STEMI'de kullanım amacı trombüsü eritmek değil yeni oluşacak trombüsleri engellemektir. Etkisi aPTT kontrolü ile değerlendirilir. Başlangıç aPTT değerinin 2-2,5 katı kadar arttırılması hedeflenir.

Hasta kanama belirti ve bulguları açısından değerlendirilir. Venöz veya arteriyal girişim bölgeleri hematoma yönünden değerlendirilir. Nazogastrik sekresyon ve feçes gizli kan yönünden değerlendirilir. Bütün idrar örnekleri hematüri yönünden değerlendirilir. Vasküler girişimler azaltılır (Mert, 2007; Badır ve Korkmaz, 2010; TKD, 2007).

Glikoprotein IIb/IIIa Reseptör Antagonistleri

Glikoprotein IIb/IIIa trombosit yüzeyi üzerinde en sık bulunan proteindir. Aktive olmuş trombosit, bu proteinin reseptörlerinin fibrinojene daha kolay bağlanmasını sağlamaktadır. Bu ilaçlar, trombositlerin depolanmasını ve agregasyonunu önlerler. UAP, NSTEMI'de aspirin ve heparin tedavisine ek olarak kullanılması mortalite oranını önemli ölçüde azaltmaktadır (Badır ve Korkmaz, 2010; Enar, 2005; Julian ve ark., 2008).

Trombolitik Tedavi

Trombolitik ajanlar etkileri sırasında direkt veya indirekt plazminojen aktivatörü olarak rol oynayıp bir proenzim olan plazminojeni aktif enzim formu olan plazmine dönüştürerek etki ederler. Plazmin, fibrinojen ve/veya fibrini parçalayarak pıhtıyı eritir. Trombolitikler genel olarak fibrine spesifik olanlar ve fibrine spesifik olmayanlar diye sınıflandırılabilir. Streptokinaz gibi fibrine spesifik olmayanlar, hem dolaşımdaki hem de pıhtıya bağlı plazminojeni plazmine çevirerek yalnız pıhtıdaki fibrini eritmekle kalmaz sistemik fibrinolize ve fibrinojenolize yol açarlar (Aktürk, 2006). Bu nedenle hastalarda bazı protokollerle uygulanmaktadır.

Trombolitikler AMI'da infarktüstü sorumlu arterde oluşan trombüsü eriterek tekrar kan akımını sağlamak, infarktüs alanını sınırlandırmak, sol ventrikül işlevlerini düzeltmek, mortalite ve morbidite oranlarını azaltmak amacı ile kullanılmaktadır (Smeltzer ve ark., 2010; Badır ve Korkmaz, 2010; Julian ve ark., 2008).

Koroner oklüzyondan 20 dakika sonra miyosit ölümü başlar. Bu nedenle trombolitik tedavinin etkili olabilmesi için MI'ı düşündüren bulguların ortaya çıkışından sonra 3-6 saat içinde uygulanması gerekir. Trombolitikler hastaya MI tanısı EKG ile kanıtlandıktan sonra verilmelidir. İlk 12 saatte kullanımları ile 1000 hastadan dokuzunun, ilk üç saatte 20'sinin, ilk 60 dakikada ise 65'inin yaşamını kurtarmaktadır. Seçilen trombolitik ajan hastanın trombolitik tedaviye uygunluğu açısından ilk 30 dakika içinde değerlendirilmeli ve tedaviye başlanmalıdır (Smeltzer ve ark., 2010; Badır ve Korkmaz, 2010; Akdemir ve Birol, 2003; Aktürk, 2006; Antman ve ark., 2007; TKD AMI'da trombolitik tedavi, 2009; Julian ve ark., 2008). Koroner tromboliz için seçilecek ilaçlar; streptokinaz, ürokinaz, doku plazminojen aktivatörü (t-PA) ve streptokinazın bir türü olan asetil plazminojen aktivatör kompleks (APSAC)'tir. Bu fibrinolitik ajanlar, kardiyak kateterizasyon sırasında doğrudan koroner artere verilebilir veya intravenöz yoldan enjekte edilebilir. Koroner trombolizi takiben, hastalar IV heparin ve aspirinle tedavi edilmelidirler.

Yaygın olarak kullanılan trombolitik ajanlar ve veriliş şekilleri şöyledir:

1)Streptokinaz; 1,5 milyon ünite streptokinaz 100 ml serum fizyolojik veya %5 dekstroz içinde eritilmeli ve bu miktar infüzyon pompası ile 30-60 dakikada verilmelidir. Hızlı verilmesi, reperfüzyon şansını arttırırken, hipotansiyon riskini de arttırır. Aynı venöz yoldan başka hiçbir ilaç verilmemelidir.

2)t-PA: 100 mg t-PA beraberinde olan 100 ml sıvı ile çalkalanmadan yavaşça eritilir, ilk olarak 15 mg t-PA IV bolus olarak verilir. Ardından 0.75 mg/kg (maksimum 50mg) 30 dakikada, ardından 0.50 mg/kg (maksimum 35mg) 60 dakikada infüzyon pompası ile verilir. İlacın verilmiş süresi 90 dakika, maksimum doz da 100 mg'dır.

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

4)Ürokinaz: 1,5 milyon ünite bolus olarak ve diğer 1,5 milyon ünite 1,5 saat içinde verilir. Yaygın olarak kullanılmamaktadır (Akdemir ve Birol, 2003; Alpert ve Rippe, 2003; TKD, 2009; Julian ve ark., 2008; Smeltzer ve ark., 2010).

Trombolitik Tedavinin Endikasyonları ve Mutlak Kontrendikasyonları

Endikasyonları

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

Mutlak Kontrendikasyonları

- Aktif kanama
- Bilinen kanama bozukluğu
- Hemorajik inme hikayesi
- İntrakraniyal damar malformasyon hikayesi
- Son zamanlarda geçirilmiş büyük ameliyat veya travma
- Kontrol edilemeyen hipertansiyon
- Hamilelik

Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti (PTCA): Günümüzde AMI tedavisinde erken dönemde tıkanmayı açmaya yönelik koroner PTCA esas tedavidir. AMI sonrası ilk 4–6 saat içerisinde veya ağrısı devam eden hastalarda 24 saate kadar yapılabilir. Ancak bu işlem kateter laboratuvarlarının bulunduğu belli merkezlerde uygulanabilir (TKD kılavuz, 2009; Akdemir ve Birol, 2003). Genellikle femoral arter ya da ven yolu ile koroner anjiyografi yapılarak ve kontrast madde verilerek koroner arterler incelenir, plakların yer aldığı bölümler saptanır. Floroskopi yardımı ile plak saptandıktan sonra kataterin balonu belirli bir basınçla şişirilip

indirilerek plak üzerine basınç oluşturma yolu ile plak parçalanmaya çalışılarak tıkalı damardan tekrar kan akımı sağlanıncaya kadar işleme devam edilir. İşlem esnasında balonun şişirilmesine bağlı olarak kan akımı azalacağından hasta göğüs ağrısı hissedebilir (Badır ve Korkmaz, 2010). İşlem sonrasında hasta kanama, göğüs ağrısı, bulantı, kusma ve enfeksiyon bulguları yönünden gözlemlenir. İşlem yapılan bölgedeki nabızlar kontrol edilir.

2.1.8.2. Hemşirelik Tanıları

Miyokardiyal iskemi ve nekroza bağlı akut ağrı

Göğüs ağrısının özelliği değerlendirilir (yeri, şiddeti, yayılımı, ağrıyı başlatan ve azaltan faktörler). Göğüs ağrısı esnasında kan basıncı, nabız, solunum değerlendirilir. 12 derivasyonlu EKG çekilir. Yatak istirahati sağlanır. Hekim istemine göre oksijen uygulanır ve pulse oksimetre ile saturasyon takibi yapılır. Anksiyeteyi azaltmak için sakin bir çevre sağlanır. Gerektiğinde ziyaretçi kısıtlanır. Önerilen nitrogliserin ve morfin sülfat uygulanır (Mert, 2007; Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Akdemir ve Birol, 2003; TKD 2007 bakım kılavuzu; TKD, 2009).

Kardiyak outputta azalmaya sekonder olarak iskemik doku perfüzyonunda azalma, etkisiz solunum şekline bağlı gaz değişiminde bozulma

Hekim istemine göre oksijen uygulanır. Oksijen saturasyonu değerlendirilir. Solunum sayısı ve özelliği değerlendirilir. Akciğer sesleri dinlenir ve değerlendirilir. Arteriyal kan gazları izlenir. Yatak başı 20-30 derece yükseltilir. Olası entübasyon için hazırlık yapılır, hekim istemine göre solunum tedavisine yardımcı olunur. Korku ve anksiyeteden kaynaklanan hiperventilasyonu engellemek için hastaya işlemler hakkında bilgi verilir (Mert, 2007; Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Akdemir ve Birol, 2003; TKD 2007 bakım kılavuzu; TKD, 2009).

Azalmış kardiyak outputa sekonder olarak, miyokardiyal iskemi, kontraktilitede azalma ve aritmilere bağlı aktivite intoleransı

Yatak istirahati sürdürülür. EKG değişiklikleri, kalp hızı, kan basıncına göre hastanın aktiviteleri arttırılır. Aktiviteden önce, bitiminde ve üç dakika sonra yaşam bulguları alınır ve değerlendirilir. Gerekli durumlarda özbakım aktivitelerini yaparken yardım edilir. Durumu uygunsa; yatakta oturmasına, kalkmasına, tuvalete gitmesine, duşa girmesine hekim ile iş birliği yaparak izin verilir. Hastaya göğüs ağrısı, nefeste daralma, baş dönmesi, yoğun

yorgunluk ve halsizlik hissettiğinde aktiviteyi sonlandırması gerektiği açıklanır (Mert, 2007; Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Akdemir ve Birol, 2003; TKD 2007 bakım kılavuzu; TKD, 2009).

Yatak istirahati, ağrı için kullanılan ilaçlar, yumuşak diyetle bağlı konstipasyon riski

Sürgü yerine yatak yanında komot kullanması sağlanır. Sıvı kısıtlaması yoksa yeterli sıvı alımı sağlanır. Diyetle posa ve sıvıya yer verilir. Laksatif veya gaita yumuşatıcıların etkinliği izlenir. Barsak peristaltizmi ve motilitesini arttırmak için hastanın toleransına göre aktivite planlaması yapılır. İkinmaması söylenir (Valsalva manevrasını önlemek için) (Mert, 2007; Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Akdemir ve Birol, 2003; TKD 2007 bakım kılavuzu; TKD, 2009).

Ölüm korkusuna bağlı anksiyete

Anksiyete ve korkunun belirti ve bulguları değerlendirilir (huzursuzluk, takipne, taşikardi, korku ifadesi). Hastanın korku düzeyi tanımlanır. Ağrı atakları esnasında hastaya güven ve cesaret verilir. Hastanın çevreye, ekipmanlara ve rutinlere, kardiyak monitorizasyon aletlerine oryantasyonu sağlanır. Hekim isteminde belirtildiği gibi sedasyon uygulanır. Hastanın duygularını ifade etmesine izin verilir. Mümkün olduğunca hasta yalnız bırakılmaz. Hastanın durumu uygunsa yardımcı olması için aile üyelerine izin verilir (Mert, 2007; Badır ve Korkmaz, 2010; Smeltzer ve ark., 2010; Akdemir ve Birol, 2003; TKD 2007 bakım kılavuzu; TKD, 2009).

Trombolitik tedavi nedeniyle travma riski (Kanama)

İşlem öncesinde hastaya iki damar yolu açılır. Kanama belirti ve bulguları değerlendirilir (peteşi, hematoma, ekimoz, hematüri, hematemez, melena, mental durumda değişiklikler). Herhangi bir değişiklik belirlendiğinde hekime bildirilir. Venöz ya da arteriyel girişim bölgeleri hematoma açısından değerlendirilir. Nörolojik komplikasyonlar yönünden hasta değerlendirilir (bilinç durumundaki değişiklikler intrakraniyal kanamanın göstergesi olabilir). Aşırı sızıntı olan girişim bölgelerine 5-10 dakika süre ile basınç uygulanır. Vasküler girişimler kısıtlanır. 24-48 saat süre ile intramüsküler ve subkutan enjeksiyon yapılmaz. Hasta bakımında kanama ve ekimozu yol açan aktivitelerden kaçınılır (tırnaş, damara girme, kuvvetli diş fırçalama, kuvvetli bir şekilde hastayı tutup çevirme). 24-48 saat süre ile üriner kateterizasyondan kaçınılır. Gerekli ise Foley kateter tedaviden önce takılır. İntravenöz kateterlere ihtiyaç kalmadığında hemen çıkarılır. Subklaviyan ve internal juguler girişim

bölgelerini kullanımdan kaçınılır (Mert, 2007; Smeltzer ve ark., 2010; Badır ve Korkmaz, 2010; TKD 2007 bakım kılavuzu; Akdemir ve Birol, 2003).

2.1.8.3. Hasta Aile Eğitimi ve Taburcu Planı

Amaç, hastaların toplum içindeki yerini en kısa zamanda almalarını sağlayarak aktif yaşamlarına döndürmektir. Hasta ve ailesi, kalp ve damarların anatomi-fizyolojisi, anjina ve MI'nin belirti ve bulguları, risk faktörleri, AMI'nin hastalık süreci, ilaçların etkileri ve yan etkileri, nabız sayımı, sigarayı bırakma, kan basıncı kontrolü, kilo kontrolü, bildirmesi gereken belirti ve bulgular, izlemler, stresörlerin kalp üzerine etkisi ve işe geri dönme zamanı hakkında bilgilendirilir. Beslenmeyle ilgili olarak bireye diyetin doymuş yağlardan, yağ asitlerinden ve kolesterolden fakir; sebze, meyve ve lifli gıdalardan zengin olması gerektiği anlatılır. Günlük tuz alımının altı gram ile sınırlandırılması söylenir. Alkol için önerilen miktarın; günlük 40ml viski veya rakı, 250ml şarap, 600ml bira olduğu anlatılır. Günlük kalori miktarının %30 kadarının yağlardan sağlanması gerektiği, şişman bireylerin beslenme uzmanından yardım alarak doğru beslenme ilkelerini öğrenmeleri ve kilo kontrolü sağlamalarının önemi anlatılır. Haftada en az dört gün düzenli olarak, yarım saati aşan sürelerde, hızlı yürüme, merdiven çıkma, yüzme, bisiklete binme, dans etme gibi büyük kas grupları kullanılarak yapılan aerobik egzersizlerin yararlı olduğu anlatılır. Ağırılık kaldırma, itme, çekme gibi izometrik egzersizlerin sakıncalı olduğu konusunda birey uyarılır. Egzersizin, bireyin kendini iyi hissettiği zamanlarda, açken veya yemekten iki saat sonra, yeteri sıvı alınarak, çok sıcak, nemli ve aşırı güneşli olmayan ortamda, rahat elbise ve ayakkabı ile yapılması gerektiği anlatılır. Egzersiz esnasında, aşırı yorgunluk, göğüste baskı, ağrı ve benzeri rahatsızlık, nefes darlığı, kas, iskelet ve eklem ağrısı gibi yakınmalar ortaya çıktığında egzersizin hemen sonlandırılması söylenir. Hasta nitrogliserin kullanıyorsa dilaltı 5mg alabileceği ve 3-5 dakika ara ile üç tablete kadar arttırılabileceği anlatılır. Bu önlemlere rağmen ağrısı geçmiyor ise ve ağrıya terleme, bulantı, kusma, solunum sıkıntısı, çarpıntı gibi şikayetler eklenmiş ise hemen bir acil kliniğe başvurması konusunda birey uyarılır. Cinsel yaşam hakkında bireye, eğer AMI sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ise genelde altı hafta sonra cinsel yaşamlarına başlayabilecekleri anlatılır. Cinsel ilişki öncesi rahat ve dinlenmiş olunması gerektiği ve ağır bir yemekten ya da aktiviteden sonra cinsel ilişkinin önerilmediği söylenir. Ayrıca bireylere 6-8 hafta sonra işe dönebilecekleri söylenir. Duygusal durumu ve stresi kontrol altında tutmanın önemi vurgulanır. İş sırasında gereksinim

duyduklarında sakinleşme molası almaları gerektiği söylenir. Eski işe dönmeden önce egzersiz kapasitesinin belirlenmesinin önemli olduğu anlatılır. (Mert, 2007; Badır ve Korkmaz, 2010).

2.2. KARAR VERME

Karar verme tanım olarak seçim davranışı olarak ifade edilmektedir (Connor ve Becker, 2003). “Karar verme” ve “karar” tanımları birbirleriyle karıştırılmasına rağmen aralarında kesin olan bir fark vardır. Bu fark, karar verme davranışının bir sürece sahip olmasıdır. Karar verme, genel anlamda, alternatifler arasından seçim yapmak olarak tanımlanmaktadır. Eğer seçilecek tek bir seçenek var ise karar vermeden bahsedilemez.

Karar verme, bir durumun birey tarafından problem olarak algılanması ile başlayıp, istendik bir amaca ulaşmak için bir ya da daha fazla seçenek arasından bir davranışa yönelik etkinliğin seçilmesini içeren zihinsel bir süreçtir. Problemlere bakışı netleştirmek ve konuyu algılamayı kolaylaştırmak için karar verme süreci önem taşımaktadır. Karar vermenin kalitesi, seçeneklerin tanımlanması ve bunların arasından seçimi ile artış göstermektedir (Vatansever, 2009).

Karar verme, alternatif eylemler arasından arzu edilen amaca uygun, en iyi olanının seçildiği bir süreçtir (Chabeli, 2006). Karar verme temel düşünme sürecini kullanarak, birçok seçenek arasından en iyi olanının seçilmesi, bir konu ile ilgili ihtiyaç duyulan bilginin toplanarak o konuya alternatif yaklaşımların avantajlarının ve dezavantajlarının karşılaştırılmasının yapılması, ek bilgi gerekip gerekmediğinin belirlenmesi, en etkili çözüme karar verilmesi ve onun doğrulanmasıdır (Çakmakçı, 2009).

Karar verme davranışının ortaya çıkabilmesi için aşağıdaki koşulların yerine gelmesi gerekmektedir (Kuzgun, 1993) :

1. Karar verme ihtiyacını ortaya çıkaran bir güçlüğün varlığı ve bu güçlüğün birey tarafından da hissedilmesi.
2. Güçlüğü giderecek birden fazla seçeneğin bulunması.
3. Bireyin seçeneklerden birine yönelme özgürlüğüne sahip olması.

Karar verme süreci ideal olarak, problemi tanımlama ya da anlamak amacıyla bilgi toplama süreci ile başlamaktadır.

Karar vermeyi etkileyen faktörler;

Problemin algılanmasını iç ve dış faktörler etkilemektedir:

- İç faktörler: karar veren kişinin fiziksel ve duygusal durumu, kişisel özellikleri, kültürel, sosyal ve felsefi geçmişi, geçmiş deneyimleri, bilgi ve tutumlarıdır. Örneğin bireyin benlik saygısı ve kendine güveni karar verme sürecini etkilemektedir.
- Dış faktörler: çevresel koşulları ve zamanı kapsar. Zamanın kısa olması ve çevredekilerin tutumları karar verme seçeneklerini sınırlandırmaktadır (Patricia, 1999; Yoder, 1995; Akt. Vatanserver, 2009).

Karar verme sürecinin evreleri;

1. Karar öncesi dönem; öncelikle bir çatışmayla başlamaktadır ve bu çatışma bireyde karar vermesini güdülendiren bir gerginliğin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Birey ideal olduğunu düşündüğü seçenekler aramaya başlamakta, seçenekleri ve ortaya çıkartacağı sonuçları kapsamlı bir şekilde değerlendirmektedir. Karar verme durumundaki birey, elde ettiği bilgileri kendisine göre değerlendirmekte ve bir sıraya koymaktadır.

2. Karar döneminde karar verici; karar durumuna uyum sağladıktan sonra, elinde bulunan tüm seçenekleri ideal olanla karşılaştırmakta ve elemeye başlamaktadır. Birey ideale en yakın olduğunu düşündüğü seçeneğe yönelmekte ve karar verici olarak uygulamaya koyacağı kararı belirlemektedir.

3. Karar sonrası dönemde ise; karar verici verdiği kararın uygulanması sonucunda ortaya çıkan durum hakkında bir değerlendirme yapmaktadır (Çakmakçı, 2009).

Karar verme sürecinde birbirini mantıklı bir şekilde izleyen aşamalar vardır. Bu aşamalar:

1. Problemin hissedilmesi,
2. Problemin tanımlanması,
3. Seçeneklerin belirlenmesi,
4. Seçeneklere ilişkin bilgi toplanması,
5. Toplanan bilgilerin ihtiyaçlara uygunluğunun değerlendirilmesi,
6. Uygun olan seçeneğin saptanması,
7. Planın uygulanmaya konması,
8. Sonucun değerlendirilmesi.

Bireyin karar verebilmesi için tüm bu karar verme süreçlerinden geçmesi gerekir (Kuzgun, 1993).

2.3. AMI GEÇİREN BİREYLERİN TIBBİ YARDIM ARAMA KARARI ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Akut miyokard infarktüsüne bağlı ölümlerin yaklaşık %40-65'i semptomların başlamasından itibaren ilk bir saat içinde ve genellikle hasta hastaneye varmadan önce olmaktadır. Bu nedenle AMI geçirmekte olan bir hastanın hastane koşullarına süratle yetiştirilmesi son derece büyük önem taşımaktadır. Semptomların başlamasından itibaren hastaya ne kadar erken trombolitik tedavi başlanırsa mortalite o kadar azalmaktadır (Antman ve ark., 2007). Semptomların başlamasından hastaneye varışa dek geçen süredeki gecikme başlıca üç nedenden kaynaklanmaktadır: 1) Hastanın ve yakınlarının olayın ciddiyetini anlayıp medikal yardım aramaya karar vermelerine kadar geçen süre, 2) Hastaneye ulaşım, 3) Hastane içinde nakil ve tedavinin başlamasına karar verilinceye kadar geçen süre (Antman ve ark., 2007). Bu üç faktör içinde en önemlisi hastanın hastaneye gitmeye karar vermesindeki gecikmedir. Hastaların hastaneye erken ulaşmaları ile yardım aramaya karar verme süreçleri arasında güçlü bir bağlantı vardır. Hasta yardım aramaya ne kadar hızlı karar verirse hastaneye ulaşım süreci de o kadar kısalmaktadır.

1. Karar zamanı; akut semptomların başlamasından tıbbi yardım istemeye karar verme ve bu kararı uygulamaya kadar geçen süre

Kaur, Lopez ve Thompson (2006)'un AMI geçiren hastaların erken tedavi almaya karar verme süreçlerini etkileyen faktörleri incelediği kalitatif çalışmada (N:27) semptomların başlangıcından hastaneye gelinceye kadar olan ortalama gecikme süresi kadınlar için 53.7 saat, erkekler için 15.6 saat olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda üç kategori elde etmişlerdir. Bunlar: **tehdidin farkında olma**; göğüs ağrısının farkına varma ve pozitif reaksiyon olarak iki alt kategoriye ayırmışlardır. Bazı hastaların ilk tehdidi algıladığında göğüs ağrısını farklı şekilde anlam vererek, kas ağrısı, hazımsızlık veya çevresel etki gibi yorumlamalar yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bazı hastaların ise göğüs ağrısını gidermek için önlemler alarak pozitif hareket ettiklerini bildirmişlerdir. **Normal olduğu düşüncesinin devam etmesi**; iki alt kategoriye ayırmışlardır: kişisel tedavi ve kişisel özveri. Bazı hastaların ağrılarını gidermek için ağrı bölgelerine Çin yağı sürme gibi geleneksel uygulamalar yaptıklarını ancak alınan hiçbir önlemin göğüs ağrısını uzun süreli dindirmeyi sağlamadığını belirtmişlerdir. Fakat ağrıları aralıklı devam eden hastaların yardım aramayı erteledikleri için geciktikleri ifade edilmiştir. **Kaynakları harekete geçirmeye çalışma**; iki alt kategoriye

ayırılmışlardır: yük olmaktan korkma ve sonuçlarından korkma. Bazı katılımcıların ailelerine kendi problemlerinden dolayı yük olmak ve endişelendirmek istemediklerini ifade etmişlerdir. Bu sebeple ailelerine söylemek için uygun zamanı beklediklerini bildirmişlerdir. Bazı hastaların ise hastaneye yattıktan sonra ne olacağı ile ilgili korku yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastalar tarafından semptomların başlamasıyla yardım aramaya kadar geçen sürede çeşitli kararlar verildiğini ve bu kararların büyük çoğunlukla sağlık bakımıyla ilgili faktörler (acil servisin hızı ve tedavi), kişisel faktörler (semptomların bilişsel yorumlanması), sosyokültürel faktörler (aile durumu, kültürel inançlar ve uygulamalar) ve baş etme stratejilerinin etkilediğini bildirmişlerdir.

Turris (2009)'in kadınların potansiyel kardiyak semptomlarda tedavi arama kararlarını incelediği kalitatif araştırmada (N:16) kadınların yardım arama kararının spesifik bilgi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. **Somutlaştırılmış bilginin**; semptomların kalite, şiddet ve etkileriyle ortaya çıktığı ifade edilmiştir. Somutlaştırılmış bilmenin önemli özelliğinin semptom sayısı, semptomların yoğunluğu, ortaya çıkması ve geçmiş deneyimleri ile değerlendirilmesi ve günlük işleri etkileme derecesinin ne kadar olduğudur. **Zamanla ilgili bilgi**; kadınların semptomları yorumlamasının zamanla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Kadınların zamanı dakika ve saatlerle ölçmediği, onun yerine zamanı sosyal toplantılara göre böldüklerini belirtmiştir (örn: yemek zamanları). Kadınların genellikle semptomlarını tedavi ettirmektense “bekle ve gör” kararını verdikleri vurgulanmıştır. **Mantıksal bilgi**; medyadan, istatistiklerden ve genel bilgilerden elde edilen bilgilerle oluşturulan bilgi olarak tanımlanmıştır. Kadınlar genellikle erkeklerden farklı semptomlar yaşadıklarını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Aile hikayesini kendi bilgisine göre şekillendirme ve kişisel sağlık öyküsü olanların hikayelerinde kalp hastalıklarına karşı risk faktörlerine biçilen değer yer almaktadır. Mantıksal bilginin sadece risk faktörleri aile bireyleri tarafından biliniyorsa acil servise gitme ile sonuçlandığı ifade edilmiştir. **İlişkisel bilgi**; sosyal çevredeki ilişki ve etkileşimlerin bireylerin davranışlarını etkilediğini ve anlamlandırmayı sağladığını bildirmişlerdir. Sosyal roller üzerindeki etkisinin yardım arama kararını etkilediği ifade edilmektedir.

Brink, Karlson ve Hallberg (2002)'in hastalık algısı ve yardım arama davranışı üzerine yaptığı kalitatif araştırmada (N:22) iki kategori oluşturulmuştur. Bunlar; akut reaksiyonlar ve sağlık inançlarıdır. Oluşturulan alt kategoriler ise şöyledir: **Anlama**, ne olduğunu anlayan bireylerin semptomların ciddi olduğunun farkında oldukları ifade edilmiştir. Neyin yanlış

gittiğini tam olarak anlayamamaları da ne yapmaları gerektiği konusunda tereddüt etmedikleri, risklere karşı uyanık oldukları ve eyleme hazır oldukları bildirilmiştir. **Yanlış yorumlama**, bireylerin semptomlarının kardiyak kökenli olduğunu anlayamamaları olarak tanımlanmıştır. **Şaşırma**, şaşkınlık duygusunun birçok hasta için geçerli bir durum olduğu ifade edilmiştir. Bir veya birden fazla iyi bilinen risk faktörüne sahip olsalar bile AMI geçirmiş olmalarına şaşırdukları ifade edilmiştir. Şaşkınlık yaşayan bireylerin “bana olmaz” yanılsamalarının olduğu ve hiçbir zaman onlara olacağını düşünmedikleri vurgulanmıştır. **İhmal**; bazı bireylerin göğüs ağrıları veya diğer ciddi semptomları olmasına rağmen semptomların ciddiyetini ihmal ettiklerini ve zarar görmezlik yanılsamasıyla yardım aramada geciktikleri ifade edilmiştir. Bazı bireylerin koroner kalp hastalıkları riskine karşı uyanık olduğu (risklerin farkında olma) ve bazılarının ise zarar görmezlik ile ilgili yanılsamalarının olduğu bildirilmiştir (zarar görmezlik yanılsamaları).

Devon, Hogan, Ochs ve Shapiro (2010), AKS sebebi ile hastaneye kabul edilen hastalar ile görüşme yapmıştır (N: 256). Beş tane karar verme kategorisi oluşturulduğu ifade edilmiştir. Bu kategoriler; yeni göğüs ağrısı, semptom şiddetini değerlendirme, göğüs ağrısı dışındaki semptomların da şiddetlenmesi, dış motivasyon ve iç motivasyondur. Semptomların başlangıcından acil servise gelinceye kadar olan ortanca süre kadınlar için 9.5 saat, erkekler için altı saat olarak bulunmuştur. Daimi ağrı yaşayan ve STEMI tanısı ile gelen hastaların aralıklı ağrı yaşayan hastalardan daha çabuk hastaneye geldikleri bildirilmiştir. Ayrıca yaşlı hastaların gecikme süreleri daha uzun bulunmuştur.

Bird, Woods ve Warren (2009)'in AMI tedavisinde gecikmeyi etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, cinsiyet ve kültürün tedavi arama ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Kadınların atipik semptomlar yaşmalarına rağmen semptomlarını yok sayma ve yanlış adaptasyon eğiliminde oldukları ifade edilmiştir. Bu durumun diğer kültürlerde de böyle olduğu vurgulanmıştır. Taşınma, sosyoekonomik durum, sağlık güvencesi ve kaynakların ulaşılabilirliği gecikme zamanını etkileyen diğer faktörler olarak saptanmıştır.

Khraim, Scherer, Dorn ve Carey (2009) sağlık yardımı aramaya karar vermedeki gecikmenin öngördürücülerini incelediği tanımlayıcı çalışmasında (N:134) katılımcıların karar gecikme süreleri uzun bulunmuştur (ortanca süre erkeklerde 3.5 saat, kadınlarda 3.6 saat). Gecikme zamanını etkileyen faktörler her iki cins için de, yaş, semptomları geçer diye bekleme, semptomlardan dolayı yaşanan anksiyete ve diğerlerinin semptomlara verdikleri tepkiler olarak bildirilmiştir. Karar zamanının diğer öngördürücülerini ise; genç yaş ve evli

olmanın kadınlar için gecikmeyi uzatıcı etkiye sahip olduğu şeklindedir. Kliniksel değişkenler kadınlarda anlamlı bulunmamıştır. Erkeklerde ise altı klinik değişken gecikme için öngördürücü olarak bulunmuştur. Bunlar; semptomların sürekliliği, ağrı seviyesi, ailede MI öyküsü, anjina hikayesi, pozitif kalp girişim hikayesi ve sigara içmememe olarak bulunmuştur. Aralıklı semptom yaşamının direkt karar vermeyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Semptomların ciddi olarak algılanması, AMI semptomlarını bilme, semptomları kalple ilişkilendirme, semptomların önemli olduğunun farkına varma, hastaneye erken gitmenin farkına varma, trombolitik tedavi hakkında bilgi sahibi olma gecikme süresini kısaltan değişkenler olarak belirtilmiştir.

King ve Mcguire (2007)'nin AMI geçiren kadınlarda semptomların ortaya çıkışı ve yardım arama durumlarını inceledikleri (N:60) çalışmada, kadın ve erkeklerin birçoğunun bekledikleri semptomlar ile yaşadıkların semptomların uyumsuz olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir. Birçoğunun beklediği ağrıdan daha hafif bir ağrı yaşadığını ifade ettiği, yardım arama süresi açısından kadın-erkek arasında fark olmadığı ve semptomları beklediği ile uyumlu olan bireylerin acil servise daha erken ulaştıkları belirtilmiştir.

Quinn (2005)'in AMI semptomları için yardım aramada gecikmeyi incelediği çalışmada (N:100) ortanca gecikme süresi 3.3 saat olarak bulunmuştur. Cinsiyet ve yaşın her iki cinsiyet için de gecikmeyi etkilemediği belirtilmiştir. Yanında yakını olanlar ile olmayanların gecikme süreleri arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Çünkü katılımcılar ile iletişime geçtikleri kişilerin neler olabileceğine dair düşünceleri benzer olduğu ifade edilmiştir. Optimist kişilik özelliğine sahip bireylerin yardım arama isteklerinin daha fazla olduğu ancak bu durumun stabil durumlar için geçerli olduğu, MI gibi akut durumları içermediği bildirilmiştir. Hastalığın ortaya çıkış şekli gecikmeyi etkilemektedir denilmektedir. Hastaların AMI ile ilgili beklentileri ile yaşadıkları arasındaki uyum önemli bir değişken olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle semptomların ortaya çıkış şekli güçlü bir belirleyici olarak nitelendirilmektedir. Semptomlarının kalpten kaynaklandığını düşünen bireylerin daha erken yardım aradıkları bildirilmiştir.

Al-Hassan ve Omran (2005)'in sağlık inançlarının yardım aramaya karar verme süreci üzerine etkilerini araştırdığı çalışmasında (N:79) hastaların %38'inin yardım arama kararına bir saatten fazla geciktiği bulunmuştur. Geç kalanların çoğunlukla kadın ve genç yetişkinler olduğu ifade edilmiştir. Çünkü kadınların kalp hastalıklarını göğüs kanseri gibi daha çok kadınlarda rastlanılan hastalıklar kadar ciddi görmedikleri ve kalp hastalıklarının erkeklere

has olduğunu düşündükleri ifade edilmiştir. Yaş, anlamlı bir belirleyici olarak bulunmuştur çünkü yaşlı bireylerin genç bireylere göre daha erken acil servise ulaştıkları saptanmıştır. Bireylerin yaşadıkları semptomlar ile bekledikleri semptomların uyumsuz olduğu bildirilmiştir.

Dracup, Moser, Mckinley, Ball ve ark. (2003)'ın AMI tedavi zamanını uluslar arası perspektifte incelediği çalışmasında Amerika, İngiltere, Avustralya, Güney Kore ve Japonya'dan AMI hastaları ile görüşmüşlerdir (N:913). Ortanca gecikme süresi İngiltere'de 2.5 saat, Avustralya'da 6.4 saat olarak bulunmuştur. Diğer üç pasifik ülkesinde ise dört saatten fazla bulunmuştur. Ambulans kullanımının en fazla İngiltere'de en az Amerika'da olduğu bildirilmiştir. Tüm ülkelerde ortanca gecikme süresi uzun bulunmuştur.

Leslie, Urie, Hooper ve Morrison (2000)'nun AMI esnasında hastaların yardım arama sebeplerini ve ilk seçim olarak tıbbi iletişim kurma sebeplerini inceledikleri çalışmada (N:313) hastaların sadece %25'inin koroner semptomları başladıktan sonra bir saat içinde yardım aradığı ifade edilmiştir, %40'ında gecikme dört saatten fazla bulunmuştur. Hastaların büyük çoğunluğunun semptomların kardiyak kökenli olmadığını düşündüğü bildirilmiştir. Ayrıca hastaların semptomları geçer diye bekledikleri ya da ciddi olmadığını düşündükleri belirtilmiştir. Genel pratisyeni arama ve onun önerilerine uymanın ilk seçim olarak tercih edildiği ve hastaların her zaman bunun ilk seçim olması gerektiğini düşündükleri bildirilmiştir. Ambulansı aramadaki isteksizliğin sebebi olarak semptomlarının ambulansı arayacak kadar ciddi olmadığını düşünmeleri olduğu ifade edilmiştir.

Alonzo (2007)'nin akut koroner sendromda sağlık bakımı sağlayıcıların danışmanlığının yardım aramadaki gecikmeye etkilerini araştırdığı çalışmada (N:1102) durumsal faktörlerin sosyo-demografik özelliklerden daha önemli olduğu belirtilmiştir. Sağlık bakımı sağlayıcılarından alınan öneriler ile tıbbi servisi aramanın veya acil servise gitmenin tıbbi değerlendirme süresini kısaltan faktörler olduğu belirtilmiştir. Ortanca gecikme süresi sağlık bakımı sağlayıcıları için altı saat, danışmanlar için bir saat 30dk olarak bulunmuştur. Sağlık bakımı sağlayıcılarına danışanların hemodinamisinin iletişime geçmeyenlerden daha kötü olduğu bulunmuştur. Sağlık bakımı sağlayıcılarını aramanın acil servis kullanımını kısalttığı bildirilmiştir.

Lozzi, Carstensen, Rasmussen ve Nelson (2005)'in ambulansı tercih eden ve etmeyen hastaların karşılaştırmasını yaptığı ve hastaların neden semptomları ortaya çıktığında ambulansı aramadıklarını araştırdığı çalışmasında (N: 215) hastalardan 113'ünün kişisel

ulaşım aracı kullandığı, bunlardan 60 tanesinin semptomlarının ambulansı arayacak kadar ciddi olmadığını düşündükleri, 17 tanesinin ise ilk olarak genel pratisyene danıştıkları belirtilmiştir. Ambulans kullanan bireylerin daha yaşlı olduğu, ambulansı aramayan bireylerin ambulansla hastaneye giden bireylerden daha az semptom yaşadığı bulunmuştur. Önceki iskemik kalp hastalığı hikayesi, HT ve yüksek kolesterol ambulans arama ile ilişkili diğer etkenler olarak bildirilmiştir.

Tokem ve ark. (2007)'nin ülkemizde yaptıkları ve MI geçiren hastaların yakınlarının hastane öncesi erken dönemde uyguladıkları girişimler ve hastaneye ulaşma sürelerini inceledikleri çalışmada (N:150), MI geçiren bireylerin ve yakınlarının semptomlarını fark etmeleri ile hastaneye ulaşma süreleri ortalama 29.04 dakika olarak bulunmuştur. Hastaların %94.7'si 0-1 saat arasında, %4'ü 1-2 saat içinde, %1.4'ü ise 2,5 saat içinde hastaneye ulaştığı bildirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre; MI geçiren bireylerin yakınlarının AMI gibi akut bir durumda yapılması gereken ilk yardım uygulamalarını büyük oranda yerine getiremedikleri, ambulans kullanım oranlarının düşük seviyelerde olduğu, buna karşın hastaneye başvurma süresinin kısa olduğu belirtilmiştir.

Sarı, Acar, Özer, Erer ve ark. (2008)'in Türkiye'de yaptıkları ve AMI'lı hastaların hastaneye gecikmelerini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada (N:439) hastaların hastane öncesi ortanca ve ortalama süreleri sırasıyla 60dk ve 185.2 ± 334.8 dk olarak bulunmuştur. Kadın cinsiyet, yaşın ≥ 55 olması ve dokuz yıldan az eğitim görmüş olma hastaneye gelişin uzamasıyla ilişkili bulunmuştur. Klinik özelliklerden ise koroner arter hastalığı varlığı, sigara içme, diyabetin olmamasının süreyi kısaltıcı etki gösterdiği ifade edilmiştir. Yapılan çok değişkenli regresyon analizinde, dokuz yıldan az eğitim, kadın cinsiyet, yaş ≥ 55 olması ve KAH öyküsü olmaması hastane öncesi gecikmenin bağımsız öngördürücüleri olarak bulunmuştur. Tam teşekküllü bir merkeze başvuruyu belirleyen etkenler ise; ileri yaş, sigara içme, aspirin kullanımı ve KAH öyküsü olması olarak belirtilmiştir.

2. Transport zamanı; Kararı uygulamaktan tıbbi yardım kuruluşuna ulaşmaya kadar geçen süre (yolda geçen süre)

Kerr, Holden, Smith, Kelly ve Bunker (2006)'in AMI geçirmiş hastaların ambulans kullanımı öngördürücüleriyle ilgili yaptığı prospektif çalışmada (N:105) hastalardan 48 tanesinin ambulansı aradığı belirtilmiştir. Ambulansı arayan bireylerin semptomların

başlangıcı ile hastaneye gitme arasında geçen süreleri aramayanlardan daha kısa olarak bulunmuştur (ortanca: 2.1-7.8 saat). Öngördürücüler; ileri yaş, semptomların hafta sonu yaşanması, şiddetli göğüs ağrısı, semptomların evde başlaması ve düşük gelir olarak belirtilmiştir. Şiddetli göğüs ağrısı ve semptomların evde başlaması ambulans kullanımının bağımsız öngördürücüleri olarak bildirilmiştir.

Eren ve ark. (2006)'nın ülkemizde yaptığı çalışmada AMI hastalarının %53,37'sinin ambulans ile %46,43'ünün yakınlarının araçları ile hastaneye ulaştığı belirtilmiştir. Ambulans ya da yakınlarının araçları ile hastaneye gelen hastaların hastaneye ulaşım süresi ve trombolitik tedavi uygulanması arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

3. Tedavi zamanı; acil servise ulaştıktan sonra tıbbi tedavinin başlangıcına kadar geçen süredir (Rosenfeld, 2005).

Hirvonen, Halinen, Kala ve Olkinuora (1998)'nin AMI geçirmiş hastaların trombolitik tedaviye gecikme nedenlerini incelediği çalışmada (N:1012) bulgular hasta gecikmesi, transport gecikmesi, hastane öncesi gecikme, hastane içi gecikme ve total gecikme olarak sunulmuştur. Hastane içi trombolizise geç kalmada ortalama süre 40dk olarak belirtilmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin %33'ünde hastane içi trombolizis tedavisine geç kalma, acil doktorunun hem AMI tanısını koymada hem de trombolik tedavi uygulama konusunda karar vermesinde zorlanmasından kaynaklandığı ifade edilmiştir. Eğer tanısız güçlükler varsa ya da konsültasyona ihtiyaç duyuluyorsa gecikmenin iki katına çıktığı vurgulanmaktadır. Eğer trombolitik tedavi sağlık merkezinde veriliyorsa sağlık merkezine kabulden tedavi alınmaya kadar geçen süre 30dk olarak bildirilmiştir. Acil serviste, rutin olarak trombolizis uygulanan hastanelerde, koroner yoğun bakım gibi spesifik yerlerde rutin olarak uygulanmayan yerlere göre gecikme süresinin 10dk daha kısa olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın en önemli sonucu olarak doktorların tanısız zorluklarla karşılaşmaları ya da tedavi kararı vermeden önce konsültasyon ihtiyacı duymalarından kaynaklanan gecikme olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle hastane içi gecikmenin, hasta gecikmesinden daha uzun olduğu ifade edilmiştir.

Canto, Zalenski, Ornato, Rogers ve ark. (2002)'nin AMI hastalarının acil yardım sistemlerini kullanımları ile ilgili yaptıkları çalışmada, hastaların yalnızca %53,4'ünün bu sistemleri kullandığı belirtilmiştir. Acil yardım sistemlerini kullanmayan hastaların daha genç oldukları, erkek oldukları ve semptomlarının prezentasyonu açısından daha düşük riske sahip oldukları belirtilmiştir. Acil yardım sistemlerini kullanmanın akut reperfüzyon tedavisi

uygulanması ve fibrinolitik tedaviye veya PTCA'ya ulaşım süresi ile bağımsız olarak ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Eren ve ark. (2006)'nın ülkemizde yaptığı çalışmada ise AMI tanısı alan hastaların %16,85'ine tanı konulmadaki gecikme nedeni ile trombolitik tedavi uygulanmadığı belirtilmiştir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu çalışma, teori üretme (grounded theory) yöntemi kullanılarak yapılan niteliksel bir çalışmadır. Teori üretme yönteminde, veriye dayalı olarak açıklayıcı kuram oluşturulur. Bu yöntem, insan davranışlarını şekillendiren sosyal deneyim ve sosyal etkileşim sürecinin keşfedilmesini sağlar. Anlamlara ve yaşantılara odaklanır. Teori üretmede hedef “doğru” dan ziyade sorunun ilişkili olduğu durumları açıklamaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2006; Speziale ve Carpenter, 2007). Bu yaklaşım, bir olguya ilişkin teorinin tümevarım yoluyla oluşturulması için bir dizi sistematik prosedürü kullanarak insanların ve toplumun gerçekleşen olayları nasıl deneyimlediklerine ve nasıl tepki verdiklerine ilişkin anlayış sağlar (Strauss ve Corbin, 1990). Çalışmada hastaların, AMI semptomları başladıktan sonra hastaneye gitmeye karar verme sürecinde yaşadıkları deneyimler anlaşılmasına çalışılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer:

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji kliniğinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Örnekleme:

Bu araştırmanın örneklem seçiminde maksimum varyasyon tekniği kullanılmıştır. Maksimum varyasyonda amaç; göreceli olarak küçük bir örneklem oluşturmak ve bu örnekleme çalışılan probleme taraf olabilecek bireylerin çeşitliliğini maksimum derecede yansıtmaktır.

Amaç genelleme yapmak değil, çeşitlilik arz eden durumlar arasında herhangi ortak ya da paylaşılan olguların olup olmadığını bulmaya çalışmak ve bu çeşitliliğe göre problemin farklı boyutlarını ortaya koymaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2006; Speziale ve Carpenter, 2007). Bu nedenle çalışmada hastaların yaş, eğitim, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum ve hastaneye ulaşma zamanı açısından heterojen olmasına dikkat edilmiştir.

Örneklem Ölçütleri:

1. İlk kez AMI geçirmiş olma: AMI geçirdiğinin uzmanlar tarafından dökümanente edilmiş olması
2. Kişiye, yere ve zamana oryante olma,

3. Türkçe konuşabilme,
4. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etme

Örneklem Büyüklüğü:

Niteliksel araştırmalarda araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına yönelik kesin bir kural belirtilmemektedir. Bu daha çok araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda belirlenmektedir. Görüşmelerin artık yeni bir bilgi ortaya çıkmayınca kadar sürdürülmesinin yeterli olacağı belirtilmektedir. Bu nedenle araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilir (Yıldırım ve Şimşek, 2006; Speziale ve Carpenter, 2007). Bu araştırmada da veri toplama işlemi, elde edilen verilerin tümü dikkate alınarak yapılan değerlendirilmede, verilerin artık kendini tekrarladığının hissedildiği noktaya kadar devam etmiştir ve toplam 30 AMI geçirmiş birey ile görüşülmüştür. Örneklem alınan bireylerin ayrıntılı özellikleri EK I'de verilmiştir.

3.4. Araştırmanın Yöntemi

Teori üretme yaklaşımında görüşmeler ve gözlemler en çok kullanılan veri toplama yöntemleridir. Bu çalışmada, önceden belirlenmiş ve ciddi bir amaç için yapılan soru sorma ve yanıtlama tarzına dayalı karşılıklı ve etkileşimli bir iletişim süreci olan “*Derinlemesine Görüşme Yöntemi*” kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2006).

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada hastalara ilişkin sosyodemografik verileri içeren “Kişisel Bilgi Formu” (EK II), yarı yapılandırılmış görüşme formu (EK III) ve Olympus marka ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşme soruları ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır (Kaur ve ark., 2006; Brink ve ark., 2002; Rosenfeld ve ark., 2005; Porras, Whitehead, Strike ve Steptoe, 2009) ve hazırlanan sorulara ilişkin Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda görev yapan ve alanında uzman olan İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’ndan üç, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı’ndan bir öğretim üyesi olmak üzere toplam dört öğretim üyesinin görüşleri alınmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Kardiyoloji kliniğinde araştırmanın örneklem ölçütlerine uygun hastalar ile görüşme yapılmıştır. Hastalarla yapılacak görüşmeler hastaneden taburcu olmadan bir gün önce yapılmıştır. Görüşme sırasında, hastaların ağrısız ve hemodinamik olarak stabil olmasına dikkat edilmiştir. Hastalarla görüşmeye başlamadan önce, araştırmanın amacı ve araştırmanın nasıl yapılacağı, ses kaydının olacağı konusunda bilgi verilerek araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan gönüllü olarak katıldıklarını belirten yazılı onam alınmıştır (Ek.4). Görüşmeler kardiyoloji kliniğinde uygun bir görüşme odasında yürütülmüş ve 30-45 dakika sürmüştür.

Teori üretme yaklaşımı; araştırmacının geliştirdiği teorinin doyuma ulaştığına emin oluncaya kadar devam eden döngüsel bir süreçtir (veri toplama - veri analizi – karşılaştırma - tekrar veri toplama - veri analizi ve devam eder). Bu çalışmada da veri toplama ve analizi birlikte yürütülmüştür (Şekil 1).

3.7. Verilerin Analizi

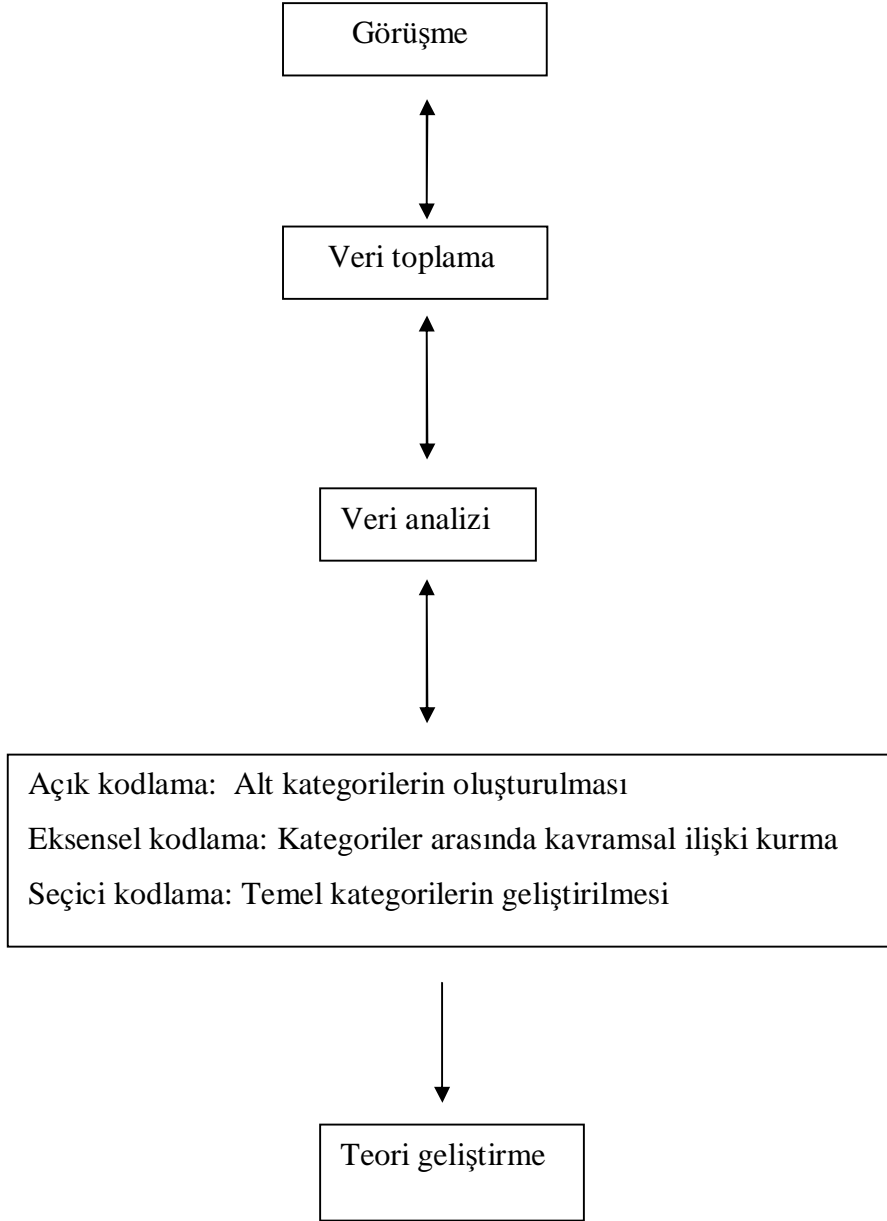
Toplanan verilerin analizinde teori üretme yaklaşımında sıklıkla kullanılan “sürekli karşılaştırmalı analiz” kullanılmıştır. Sürekli karşılaştırmalı veri analizi, incelenen verilerin tümevarım kategori şeklinde kodlanması ve aynı zamanda incelenmekte olan verilerle de sürekli olarak karşılaştırılmasını gerektirir. Bir başka deyişle, bu süreçte veriler toplandıktan hemen sonra analiz edilir ve ortaya çıkan kavramlar, olgular ve süreçler daha sonraki veri toplama aşamalarına dahil edilir. Bu yöntemde verilerin önceden düzenlenmiş kategorilere göre analiz edilmesinden ziyade, elde edildikten sonra kategorilere ayrılması söz konusudur (Yıldırım ve Şimşek, 2006; Wood ve Haber, 2002). Bu amaçla toplanan verilerin önce kavramlaştırılması, daha sonra da ortaya çıkan kavramlara göre mantıklı bir şekilde organize edilmesi ve buna göre veriyi açıklayan temaların saptanması gerekmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2006).

Verilerin analizinde ilk önce ses kayıt cihazına kaydedilen görüşmeler araştırmacı tarafından aynı gün kişisel bilgisayara aktarılmış ve verilerin doğal haline hiç dokunulmadan düz yazı şeklinde yazılmıştır. Veriler yazılırken bireylerin isimleri kullanılmamış, analizde kolaylık sağlaması bakımından görüşme yapılan her birey numaralandırılarak kodlanmıştır. Daha sonra verilerin analizi açık (open coding), eksensel (axial coding) ve seçici kodlama (selective coding) olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmiştir.

Açık Kodlama: Verilerden hareketle kavramların tanımlandığı, alt kategorilerinin ve boyutlarının ortaya çıkartıldığı ilk analitik süreçtir (Strauss ve Corbin, 1998). Verilerin kodlanmasında anlamlı bütünler bölümlere ayrılır. Bu anlamlı bütünlere verilen kodların farklı bölümlerde yer alan benzer kodlarla ilişkilendirilip ilişkilendirilmeyeceğine bakılır (Strauss ve Corbin, 1990; Yıldırım ve Şimşek, 2006). Bu çalışmada bireylerle yapılan görüşmelerden elde edilen veriler satır satır incelenerek yer alan olgular araştırmanın amacına uygun olarak bir sözcük ya da sözcük grubu ile tanımlanarak kodlanmıştır. Ortaya çıkan kavramların detaylı ve kapsamlı bir biçimde anlaşılması ve diğer kavramlarla ilişkilerinin ortaya konulması amacıyla sorular sorularak karşılaştırmalı analiz yapılmıştır. Böylelikle, alt kategorilere ve bu kategorilerin farklı boyutlarına ulaşılmıştır. Bütün veriler bu şekilde incelendikten sonra, benzer anlamlara sahip veriler, aynı kodlarla isimlendirilmiştir. Her görüşmeci için bir kod listesi oluşturulmuştur. Açık kodlama sonucunda dokuz kategori oluşmuştur.

Eksensel Kodlama: Kategoriler, alt kategoriler ve boyutlar arasında ilişki kurma sürecidir. Bu süreçte, kim, ne zaman, nerede, niçin, nasıl, hangi önemde (ne sonuçlarla) sorularının yanıtları sunulur (Strauss ve Corbin, 1990). Bu çalışmada kategoriler arasında kavramsal ilişkiler geliştirilmiştir. Eksensel kodlama sonucunda açık kodlama ile elde edilen dokuz alt kategori dört kategori altında yer almıştır.

Seçici Kodlama: Bulguların entegre ve rafine edildiği bir süreçtir. Bulguların entegre edilmesindeki ilk basamak merkez kategoriye karar vermektir. Bu, araştırmanın ana temasıdır. (Polit ve Beck, 2008). Seçici kodlama eksensel kodlamayla üretilen önermeler üzerine kurulur. Seçici kodlamada kategoriler bütünleştirilerek daha büyük ve genel bir şema oluşturulur. Bu çalışmada seçici kodlama işleminde iki temel kategori geliştirilmiştir.



Şekil 1. Veri Toplama ve Analiz Süreci

3.8. Verilerin Rapor Haline Getirilmesi

Veriler raporlanırken, oluşturulan temalara nasıl ulaşıldığını göstermek için görüşmeye katılanların ifadelerinden örnekler verilmiştir. Bu örnekler verilirken yorum katmadan verinin doğasına mümkün olduğu ölçüde sadık kalınarak aktarılmıştır.

Görüşmecilerin duygulanımları sonucunda gösterdikleri tepkiler “ (güldü), (ağladı)” şeklinde gösterilmiştir (Kümbetoğlu, 2008). Görüşme yapılan hastaların yaşları, cinsiyetleri ve tıbbi yardım istemeye karar verme süreleri cümlelerin sonunda “{ }” işareti içinde gösterilmiştir.

3.9. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği

Araştırmanın geçerliliği ve güvenirliği için Lincoln ve Guba (1985)’nin önerdiği ölçütler dikkate alınmıştır (Lincoln ve Guba, 1985).

Geçerlik: Lincoln ve Guba ”iç geçerlik” yerine ”inandırıcılık”, ”dış geçerlik” yerine ”aktarılabirlik” kavramlarını kullanmayı tercih etmektedirler (Lincoln ve Guba, 1985). **İnandırıcılık**, araştırma soruları yoluyla gerçeğin doğru temsil edilmesini içermektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Bu çalışmada inandırıcılık için, veri doygunluğu elde edilinceye kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Yardım aramaya karar verme sürecinin anlaşılmasını sağlamak için görüşülen kişilerle uzun süreli etkileşim sağlanmıştır. Bütün görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Ayrıca araştırmacı kendi gözlem ve deneyimlerine yönelik notlar almıştır. Araştırmanın her aşamasında konusunda uzman olan danışman öğretim üyesinin görüşleri alınmıştır. Danışman öğretim üyesi; araştırma süresince toplanan verilere, bunların yazımına kadar olan süreçlere eleştirel gözle bakmıştır ve araştırmacıya geri bildirimde bulunmuştur. **Aktarılabirlik**, araştırma sonuçlarının doğrudan benzer ortamlara genellenemeyeceği, ancak bu tür ortamlara sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılara ulaşılması ve test edilecek denenceler oluşturulması anlamına gelmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Aktarılabirlik için amaçlı örneklem kullanılmıştır, doğrudan alıntılar verilmiştir ve araştırmanın planı, bu çalışmayı yeniden tekrar etmek isteyen araştırmacılar için kapsamlı bir şekilde rapor edilmiştir.

Güvenirlik: Çalışmada “iç güvenirlik” yerine “tutarlık” ve “dış güvenirlik” yerine “teyit edilebilirlik” kavramları kullanılmıştır (Lincoln ve Guba, 1985). **Tutarlık**, olay ve olguların değişkenliğini kabul etmek ve bu değişkenliği araştırmaya tutarlı bir biçimde yansıtabilmektir. Bu çalışmada tutarlık için, bir başka araştırmacıdan destek alınmış, olay ve

olguların değişkenliğini kabul eden ve bu değişkenliği araştırmaya tutarlı bir biçimde yansıtılabilen bir yaklaşım sağlanmıştır. *Teyit Edilebilirlik*, nitel araştırmalarda nesnellik kavramının yerine kullanılan bir kavramdır. Bu kavram çerçevesinde nitel araştırmacıdan beklenen ulaştığı sonuçları topladığı verilerle sürekli olarak teyit etmesi ve bu çerçevede okuyucuya mantıklı bir açıklama sunabilmesidir. Teyit edilebilirlik için teyit incelemesi yapılması önerilmektedir. Bu araştırmada teyit edilebilirlik için, araştırmacı tarafından ulaşılan sonuçlar açık ve anlaşılır bir biçimde okuyucuya aktarılmış, veri kaynakları, araştırma sürecinde oluşan ortamlar ve süreçler açıkça tanımlanmıştır. Ayrıca tüm veri toplama araçları, analiz aşamasında yapılan kodlamalar ve rapora temel oluşturun algılar ve notlar gerektiğinde teyit incelemesine sunulmak üzere saklanmıştır (Rolfe, 2006; Yıldırım ve şimşek, 2006; Polit ve Beck, 2008).

3.10. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik kurulundan 14.01.2009 tarihli ve B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/56 sayılı onay (EK.5), çalışmanın yapıldığı kurumdan 13.02.2009 tarihli ve B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83-85 sayılı izin alınmıştır (EK.6). Araştırmacı tarafından, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler belirlendikten sonra araştırma konusunda bilgi verilmiş ve araştırmayı katılmayı kabul eden bireylerden yazılı izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular iki bölümde incelenmiştir. Birinci bölümde ilk kez AMI geçirmiş hastaların tanımlayıcı özellikleri, ikinci bölümde ise ilk kez akut miyokard infarktüsü geçiren bireylerin tıbbi yardım isteme konusunda nasıl karar verdiklerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

4.1.HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max
Yaş	58,97	11,019	58,50	41-81
Karar Zamanı (dk)	436,67	879,873	90,00	15-3905
	N		%	
Cinsiyet				
Kadın	6		20	
Erkek	24		80	
Eğitim				
Okur yazar	4		13,3	
İlköğretim (8 yıl)	12		40,0	
Ortaöğretim(lise)	9		30,0	
Yüksek öğretim	5		16,7	
Medeni Durum				
Evli	26		86,7	
Bekar	4		13,3	
İkamet				
İzmir içi	17		56,7	
İlçe	7		23,3	
Belde-köy	1		3,3	
Komşu ilden	5		16,7	
Diyabet				
Var	8		26,7	
Yok	22		73,3	
Yanında biri var mı?				
Var	21		70,0	
Yok	9		30,0	
Ulaşım aracı				
Özel araba	14		46,7	
Ambulans	5		16,7	
Taksi	9		30,0	
Yürüyerek	2		6,7	

Tablo 1’de hastaların tanımlayıcı özellikleri ve hastaneye ulaşma süreleri yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 58.97 olup, tıbbi yardım istemeye karar verme sürelerinin ortalaması 436.67 dakika, ortanca süre ise 90 dakikadır. Hastaların %80’i (24) erkek, yarıya yakını (%40) ilköğretim mezunudur. Hastaların %86.7’si (26) evlidir ve çoğunluğu (%56.7) İzmir içinde ikamet etmektedir. Hastaların %26.7’si (8) diyabet hastasıdır ve %70’inin (21) semptomlar esnasında yanında birileri vardır. Hastaların %46.7’sinin (14) özel arabaları ile hastaneye ulaşmış olduğu belirlenmiştir.

4.2.HASTALARIN TIBBİ YARDIM İSTEME KONUSUNDA NASIL KARAR VERDİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde ilk kez akut miyokard infarktüsü geçiren bireylerin tıbbi yardım isteme konusunda nasıl karar verdiklerini belirlemek için yapılan içerik analizi sonuçları sunulmuştur. Hastaların tıbbi yardım isteme konusunda nasıl karar verdiklerine ilişkin bulgular iki ana tema ve dört kategori olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Tıbbi Yardım İsteme Konusunda Nasıl Karar Verdiklerine İlişkin Oluşturulan Alt Kategori, Kategori ve Ana Temalar

ALT KATEGORİLER	KATEGORİ	ANA TEMA
Ağrının şiddetli olması Ağrının devam etmesi Ağrının daha önce deneyimlediklerinden farklı olması	Semptomların Ciddiyeti	Normal Olmama Duygusu
Yeni semptomların eklenmesi		
Yapılan eylemlerin etkisiz olması	Semptomları Yönetememe	
Kalple ilişkili olduğunu düşünme Ölüm korkusu Sakat kalma korkusu	Korku	Durumun Yaşamsal Olduğunu Düşünme
Yakınların/Diğerlerinin ısrarı	Dış Faktörler	

4.2.1. NORMAL OLMAMA DUYGUSU

Hastalar ağrıları çok şiddetli, daha önce yaşadığı ağrılardan farklı, devam eden nitelikte olduğunda ve yeni semptomlar eklendiğinde yolunda gitmeyen bir şeyler olduğunu düşünmekte ve bu durum kendilerini farklı hissetmelerine neden olmaktadır. Ayrıca yapılan kişisel girişimlerin de sonuç vermemesiyle hastalar durumlarının ciddi olduğunu algılamaktadır. Semptomların ciddi olarak algılanması ve semptomları yönetememe, durumun normal olmadığını düşündürmektedir. Bu nedenle bu iki kategori normal olmama duygusu ana temasını oluşturmuştur.

Semptomların Ciddiyeti

Hastalar yaşadıklarının ciddi bir durum olduğunu anladıklarında yardım aramaya karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Ağrının şiddetli olması, devam etmesi, daha önce hiç yaşamadığı özellikte olması ve yeni semptomların eklenmesi semptomların ciddi olduğunu düşündürmektedir.

Ağrının şiddetli olması; Yapılan görüşmelerde hastalar, yaşadıkları ağrı çok şiddetli olduğunda ve dayanılmayacak düzeye geldiğinde hastaneye gitmeye karar verdiklerini ifade etmişlerdir.

“O acıyı bir daha çekmek istemiyorum, o gerçekten dehşet bir ağrı, kötü bir ağrı. O ağrıya dayanmak var ya kalmak zaten imkansızdı. Artık yavaş yavaş kendi ayaklarım beni hastaneye yönlendirmeye çalışıyordu. Çünkü dayanılacak bir ağrı değildi. Hayatımda yaşadığım en büyük ağrı o” {44 yaşında, erkek, 290dk}.

“Ağrının adı yok, tarifı yok yani onu yaşayan bilir. Normal bir sancı değil. Normal bir şey değil. Sanki böyle yanma giriyor bıçak gibi bir arkaya bir öne. Sağ taraf ama sol taraf değil. Çok şiddetli bir ağrı. Bir an nefesim daraldı yani anlatılmaz yaşanır o.” {58 yaşında, erkek, 30dk}.

“Değişik bir göz karartısıyla geldi. Şurdan bi tuttu (göğsünü gösteriyor). Ben öyle bir ağrı görmedim. Böyle bıçak batar gibi. Saplamışlar bi şey gibi böyle. Burası oldu odun gibi böyle kolum (kollarını gösteriyor). Ben dedim gideyim ben dedim artık ne yapayım” {81 yaşında, erkek, 30dk}.

“Valla göğsümde bir yanma başladı. Yanma ağrısı. Yanma oldu. Bir ağrı oldu. Gittikçe ağrı fazlalaştı. O zaman dedim ki bir şeyler oldu. Kalp krizi diyemedim ama aklıma geldi. O şekilde bir arabaya binip hastaneye en yakın hastaneye gittik. Göğüs ağrım tam göğsümün ortasındaydı. İki şey arasında bir yanma. Yanma gittikçe daha fazla daha acı olmaya başladı. Böyle anlayabildim...” {62 yaşında, erkek, 20dk}.

“İşte şiddetli bir ağrı olunca dedim bu böyle devam edecek olursa hem dayanılacak bir şey değil, hem bir ilaç falan alırım hem de bir tetkik olsun neden bu ağrı.” {63 yaşında, kadın, 90dk}.

“Ağrı nasıl kemikler sıkıştır bi cendereye sokulur bu göğüs kemikleri böyle bir baskıya giriyo onu çıkarmak kaldırmak mümkün değil...” {71 yaşında, kadın, 205dk}.

Ağrının devam etmesi; Yapılan görüşmelerde hastalar, ağrının uzun bir süre devam etmesinin karar verme sürecinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

“Saat gecenin bir buçuğunda başladı benim.... Sabah kalktım kahvaltı yaptım ağrı hala devam ediyordu.. Sabah işe gittim... ağrı hala devam ediyor...” {45 yaşında, erkek, 480dk}.

“Sızı şeklinde ağrımaya başladı. Gittikçe yükselmeye başladı. Yükselmeye başlayınca ben hemen arkadaşına dedim beni hastaneye götür ben kötüleştim. Buraya gelene kadar aynı sızı devam, ağrı devam etti yani.” {60 yaşında, erkek, 30dk}.

“...daha da şiddetlendi. Bir saniye bile geçmedi ağrım. Artarak çoğaldı.” {60 yaşında, kadın, 15dk}.

Ağrının daha önce deneyimlediklerinden farklı olması; Yapılan görüşmelerde hastalar, öyle bir ağrı daha önce hiç yaşamadıklarını ve tarif etmekte çok zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Hastalar önceden yaşadıkları ağrılara benzer ağrılar yaşıyorlarsa durumu olağan olarak algılamakta ve yardım arama gereği duymamaktadırlar.

“Böyle yanmayla karışık bir ağrı. Değişik bir ağrı yani bu zamana kadar hiç tatmadığım bir ağrı” {63 yaşında, kadın, 90dk}.

“Fakat göğsümdeki ağrı bilmiyorum yani böyle bi korkunç bi basınç basınçtan öte onla beraber büyük bir ağrı vardı. Ben bugüne kadar öyle bir ağrı yaşamamıştım... “ {50 yaşında, erkek, 25dk}.

“Şimdiye kadar pek çok ağrı yaşadım ama kalp ağrısını tarif etmek imkansız. İlk hissettiğim o ağrı hiçbir ağrıya benzetemedim ben. Şimdi yaşıyorum 44. Bu 44 yaş içerisinde bir çok hastalıklarımız olmuştur. Diş ağrısı, kulak ağrısı, göz ağrısı, vs yani. Ama kalp ağrısını tarif etmek imkansız. Nerenin ağrıdığını hissetmiyorsunuz. İnanıyorum ki en büyük ağrı o, kalp ağrısı. Hani derler ya bir fil adamın üstüne oturmuş gibisinden bir şey ve ağrının nereye yansıdığını ve nerenin ağrıdığını hissedemiyosun çünkü bütün vücudunuz ağrıyo...” {44 yaşında, erkek, 290dk}.

“Kalp krizi olarak düşünmedim tam olarak ama bir terslik olduğunu hissettim. Diyemem ki kalp krizi diyemem ki mide spazmı. Ama bir terslik olduğunu hissediyorsun” {60 yaşında, kadın, 15dk}.

“Göğüs kısmımın sol tarafı ağırlıkta olmak kaydıyla böyle ince göğüs kafesimde bir sızı sonra arkam da dokununca hissetmeyecek hale geldi. Bugüne kadar öyle bir şey olmamıştı yani.” {58 yaşında, erkek, 15dk}.

Yeni Semptomların Eklenmesi; Yapılan görüşmelerde hastaların ağrılarında yeni semptomlar eklendiğinde yolunda gitmeyen bir şeylerin olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Hastalar tarafından en fazla tekrarlanan semptomlar; nefes darlığı ve terlemedir. Hastalar özellikle nefes almada zorluk çektikleri zaman hastaneye gitme ihtiyacı duymaktadırlar. O

zamana kadar semptomlara dayanmaya çalışarak hastaneye gitmeyi erteleme eğiliminde olmaktadır. Ayrıca birçok hasta için soğuk soğuk terleme de normal bir belirti değildir ve terleme ortaya çıktığında yardım arama davranışı göstermektedirler.

Nefes darlığının olması; Yapılan görüşmelerde hastalar nefes darlığı yaşadıklarını ve yaşadıkları bu nefes darlığının karar verme sürecini etkilediğini ifade etmişlerdir.

“Sen normal yaşantıda normal bir şekilde nefes alıp veriyorsun. Normal olduğunu sen hissedersin. Bir de onun anormal olduğunu hissedersin demi? Nefes alamıyorsun. Bir ağrı içerisinde, huzursuzsun sağa yatıyorsun başın ağrıyor, sola yatıyorsun başın ağrıyor. Normal değilsin bir kere. Sen olsan normal olmadığını halde normalim diyebilir misin?” {72 yaşında, erkek, 180 dk}.

“Fakat bu arada ben kendimce evde çok ağır bir durum geçirdiğim için dışarı kendimi zor atabildim. Merdivenlerin basamaklarında gerginleştirerek göğüs kafesimi dışarı çıkararak hareketlerde bulundum yani. Çünkü nefes alamıyordum.” {58 yaşında, erkek, 15dk}.

“Nefes alırken sanki bir acı hissediyorsun. Hani bize deneylerde baz falan koklatırlardı ya onun gibi bir şey hissediyorsun yani bir nefes darlığı da çekiyorsun o arada.” {44 yaşında, erkek, 25dk}.

“Şurasını şöyle gazıklan gerer gibi demirlen gerer gibi böyle geriyo (göğsünü gösteriyor). Burası böyle hurlama nefesimi tıkiyo. Nefesim çıkmıyo. ...nefes alamıyorum.” {72 yaşında, erkek, 30dk}.

“Sıkışıklık işte nefes darlığı, böyle nefes alamıyordum. Konuşamıyordum. Beş dakika daha dursam ölürdüm yani.” {75 yaşında, erkek, 30dk}.

“Hayır geçmeyeceğini anlamıştım çok kötüydü. Nefes alamayacak duruma gelmişim. Kalp krizi dediğim zaman da eşim zaten hemen gidiyoruz demişti.” {55 yaşında, kadın, 35dk}.

Terlemenin olması; Yapılan görüşmelerde hastalar ağrıya eşlik eden bir terlemenin olduğunu ve yardım arama davranışına karar vermede bu terlemenin etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

“Terliyorum ama bu arada ağrıyla beraber. Gece uykumdan kalkıyorum göğüs ağrısından. Bol terliyorum ve ağrım oluyor.” {50 yaşında, erkek, 1440dk}.

“Nasıl anlatayım yani hani böyle dersiniz ya boncuk boncuk terledim diye öyle. Yazın ortasındaki ter gibi değil. Böyle başka bir ter.” {60 yaşında, kadın, 15dk}.

“ İlk etapta bir şey söylemedim kimseye. Ama ondan sonra baktım yavaş yavaş balkon serin olduğu halde ben terlemeye başladım. Hiç dedim yani başıma gelmeyen bir şey. Allah Allah dedim noluyor?” {58 yaşında, erkek, 30dk}.

“İşte bu kriz başladı, terleme, ağrı, sıkıntı başladı. Ondan sonra oturdum orada tabi kapı girişine. Ondan sonra buraya geldik. Ambulansla. “ {60 yaşında, erkek, 60dk}.

“Böyle soğuk soğuk bi ter. Kızım koştu tabi. Böyle dedim ben fena oluyorum.” {81 yaşında, erkek, 30dk}.

Semptomları Yönetememe

Semptomları yönetememe kategorisi hastaların yaptıkları eylemlerin etkisiz olmasını tanımlamaktadır. Yapılan görüşmelerde bireyler semptomları başladığında önce kendi kendilerine tedavi etmeye çalıştıklarını ve bir takım uygulamalar yaptıklarını ifade etmişlerdir. Ancak yaptıkları uygulamalar semptomları geçirmediğinde yani durumlarını yönetemediklerinde yardım aramaya karar verdiklerini belirtmişlerdir.

“Zaten ayağa kalkamıyorsun. Ayakta duramıyorsun. Doktorluk iş var.” {72 yaşında, erkek, 180dk}.

“O ağrı geçtikten sonra yine işime veyahut da yaşantıma devam edecektim. Olmadığı için sırayla gözümüzü açtık ki buradayım. “ {41 yaşında, erkek, 2580dk}.

“...Ağrıyı evde geçiremeyeceğimi düşündüm” {46 yaşında, erkek, 225dk}.

“Aspirin ağızda sulandırmak suretiyle rahatladım. Bu arada her zaman limon suyu içerisine bizde adettir biraz soda rahatlırsın şişkinlik varsa. Onu yaptıktan sonra daha biraz daha bozuldum. Burada anladım ki limon iyi gelmedi diye düşündüm” {58 yaşında, erkek, 15dk}.

4.2.2. DURUMUN YAŞAMSAL OLDUĞUNU DÜŞÜNME

Bu tema, yaşanan semptomların kalple ilişkili olduğu düşünüldüğünde, ölüm ya da sakat kalma korkusu yaşandığında ve yakınları ya da çevresindeki bireyler sağlık kuruluşuna gitmesi konusunda ısrar ettiğinde yardım aramaya karar vermeyi açıklamaktadır. Yaşanan bu durumlarda bireyler yaşamlarının tehlikede olduğunu düşünmektedirler. Hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda, bireyler artık yaşadıkları semptomlar geçmediğinde durumun kalp ile ilişkili olabileceğini düşündüklerini ve kalp gibi hayati bir organ ile ilgili durum yaşadıklarından dolayı yaşamın tehdit edildiğini düşündüklerini ve bazı korkular yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu düşünceler doğrultusunda yardım aramaya karar verdiklerini belirtmişlerdir.

Korku

Bu kategoride, bireyler yaşadıkları semptomların hayati tehlike taşıdığının farkına varmaktadır. Yaşamının tehdit edildiğini düşünen birey geleceğe yönelik düşünmeye başlamakta, semptomlarını kalp ile ilişkilendirmekte ya da farklı nedenlerle ölüm korkusu ve sakat kalma korkusu yaşamaktadır.

Kalp ile ilişkili olduğunu düşünme; Yapılan görüşmelerde hastalar semptomlarını kalp ile ilişkilendirdikten sonra yardım aramaya karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Hastalar, kalp krizi ile ilgili yakınlarından edindiği deneyimler ve aldıkları eğitimler, medya ve çevreden edindiği bilgiler nedeniyle semptomlarını kalp ile ilişkilendirmişlerdir.

“Ya üşütmedir ya tansiyon olabilir ya vücut sızı şeklinde vuruyordu git gide şiddetleniyordu. Sonra ben terlemeye başlayınca dedim muhakkak kalptir. İşte arkadaş beni öyle aldı geldi buraya taksisiyle.”{60 yaşında, erkek, 30dk}.

“Bir de benim amcam kalp krizinden öldü yani bizim sülalemizin, ailemizin büyükleri amcalar büyük amcalar falan genelde hep kalp krizinden ölüyorlar erkekleri. Kadınlarda bir şey yok. Biraz da ondan dolayı geldim. Hazırdım yani. Öyle şeyim yoktu yani.” {46 yaşında, erkek, 225dk}.

“Çünkü annem yani olduğu için yani şimdi başımdan geçti ya dedim %100 kalp krizi geçiriyorum yani aklıma geldi yani. Bildiklerimle uyumluydu aynı. ...Anneminkiyle aynı yani. İşte ondan yani ben acil olarak şeye gittim sağlık ocağına gittim yani. Yoksa belki de ben o gün çalışacaktım. Bir şey yok derdim yani.” {48 yaşında, erkek, 20dk}.

“Benim yakın zamanda erkek kardeşim de kalp krizi geçirdi stend var. Onların yaşadıkları şeyleri biliyordum. O yüzden. Dayım kalp krizi geçirmişti onunki de aynı şekilde. Kardeşim. Babamı zaten 49 yaşında kaybettik kalpten gitti o da. Halam ondan da daha küçük gitti... Tecrübe.” {55 yaşında, kadın, 35dk}.

“Ben sınıf öğretmenliği okudum biz ilk yardım dersleri falan aldık. AKUT ta falan da çalıştım. O belirtileri oradan biliyorum. Herhalde bu aldığım eğitim bu belirtilerin onu işaret ettiğini oraya doğru gittiğini hissettiğim için geldim.” {44 yaşında, erkek, 25dk}.

“Sağlık programlarına bakmayı dinlemeyi, okumayı severim. Ben sağlıkçı değilim ama ilk anda bir sağlıkçının yapacağı şeyleri yapmaya kendimi muktedir görürüm yani. İşte bu kadar” {60 yaşında, kadın, 15dk}.

Ölüm Korkusu; Yapılan görüşmelerde hastalar semptomlar esnasında ölüm korkusu yaşadıklarını ve bu korkunun karar verme sürecinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Öleceği düşüncesine kapılan hastalar bir an önce hastaneye gitmek istemişlerdir. Ayrıca sevdiklerini bir daha görememekten korktuklarını da ifade etmişlerdir.

“Hee korktuk tabi korkulmaz mı canım. Ölüm hep Allah’ımızın için ve Cenabı Allah’ın işi bu da yine de korktum yani...” {59 yaşında, erkek, 1440dk}.

“Çok korku yaşadım canım ölüyorum diye. Arabaya şey yaptım onu hatırlıyorum. Öleceğim diyorum. Nereye gömülürüm...” {75 yaşında, kadın, 125dk}.

“Yalnız öleceğimi düşündüm. Ölüyorum dedim.” {71 yaşında, kadın, 205dk}.

“Valla dedim neler oluyor Allah korusun ya bu ağrıdan kurtulamayacağım yani yetiştiremeyecekler ya da yani karmaşık bir durum. Ama ilk önce korku. Diyorsunuz ki bu ağrı inşallah geçer bana bir şey olmaz... Ölüm korkusu. Kısaca öyle diyebiliriz. O anki ilk defa yaşadığın için değişik bir ağrı şey olduğu için zannettim ölüyorum yani. Yani insanın o anki düşüncesi o olur. Acaba ölüyor muyum? Ölüm korkusu yani kısacası.” {58 yaşında, erkek, 30dk}.

“Ölüm korkusunu hissettim. Hem gece hem gündüz. Hem de kalp krizinden sonra. O gece de yani öleceğim galiba dedim yani. Herhalde ben bugün sabaha çıkmayacağım dedim öleceğim dedim yani.” {45 yaşında, erkek, 480dk}.

Bireyler sevdiklerini bir daha görememekten dolayı yaşadıkları korkuyu şöyle ifade etmişlerdir:

“Stres oluşuyor bir miktar da. Şimdi çocuklar var küçük çok fazla düşünmemekle beraber düşünüyorsun yani bana bir şey olursa çoluk çocuğum ne yapar. Ondan sonra da işte ne yapacaksın ölümlü dünya herkes geldi gidiyor.” {44 yaşında, erkek, 25dk}.

“Hani daha Türkçesi korkumdan geldim yani. Biraz daha yaşayayım, sevdiklerimle yaşayayım diye geldim... Korktum tabi çocuklarımı göremeyecek miyim acaba bir daha diye.” {53 yaşında, kadın, 120dk}.

“İnsan ne olur çoluk çocuğunu düşünür. Öleceğini düşünür başka bir şey düşünmez ki.” {60 yaşında, erkek, 60dk}.

“Ölüm çok kötü bi olaymış. Gerçekten can tatlı diyorlar. Korku, panik,... ne kadar da korkmuyorum dese de insan yaşıyor. Geride bıraktıklarınızı düşünüyosunuz, sevdiklerinizi, sevdiklerinden ayrılıyorsun öyle bir şey yaşamamak için” {55 yaşında, erkek, 125dk}.

Sakat kalma korkusu; Yapılan görüşmelerde hastalar sakat kalma korkusundan dolayı yardım arama davranışında bulduklarını ifade etmişlerdir. Bazı hastalar yaşadıklarının sonucunda ölümden ziyade sakat kalarak başka bireylere muhtaç olmaktan ve çalışmamaktan korkmaktadırlar. Bu nedenle hastaneye gittiklerini belirtmişlerdir.

“Tabi yani korktum... Çünkü bazılarını da görüyordum ayakları kesiliyor bizim oralarda marangoz arkadaşım var içki yüzünden mi neden ayağı kesildi kangrene falan çeviriyor diye. Tabi bunlar gözünün önüne geliyor. Burayı düşünmedik ama kolumuza gelince dedim böyle olur da kolum geç kalır da kesilirse yarım kola kalacağız yani tek kola kalacağız diye onları düşünüyorsun. O kararı zaten onları düşünerek gittim.” {41 yaşında, erkek, 2580dk}.

“O ağrılarda neler gelebilir felç olma şeyi geldi. Ölüm gelmez ölümden korkmuyorum ben. Felç olmak, riskli yaşamaktan korktum endişelendim ben.” {55 yaşında, erkek, 125dk}.

Dış Faktörler

Bireyin semptomlar esnasında yanında olan yakınlarının ya da çevredeki bireylerin yaşadıkları deneyimler ya da bilgileri dahilinde bireye yardım arama konusunda ısrar etmeleri dış faktörler kategorisini oluşturmuştur. Görüşmelerde hastalar yakınlarının karar verme sürecini hızlandırdığından ve yardım arama davranışını teşvik ettiklerinden bahsetmişlerdir. Sadece bir hasta, yakınının karar verme sürecini olumsuz etkilediğini, ancak hasta kendisinin kararlı davranarak hastaneye gittiğini belirtmiştir.

“Neyse ben bir şey yapmak istemedim yani bir yere gitmek istemedim. Benim oğlum dedi ne olursun dedi hazırlan dedi gidelim. Hastaneye.” {75 yaşında, erkek, 30dk}.

“Ben de geçici bir ağrı algısı zannederek ve akşam pencere açık olup da ciğer üşütmesi anlamında bir ağrı olduğunu düşündüm. Belli bir süre geçmedikten sonra elemanımın ısrarı üzerine saat ikiye on kala, dokuzda başlayan ağrıya ben ikiye on kalaya kadar idare etmeye çalıştım. Elemanımın ve gelen öğrencilerin baskısıyla acile yatış yapmak zorunda kaldım ve kalp krizi riski olduğunu duydum. Kalp krizi geçirdiğimi acilde bana söylediler.” {44 yaşında, erkek, 290dk}.

“Kahvaltudan sonra gene sancımaya başladı. Öyle eskileri gibi çok sancımıyordu ama dedi ki kızım hastaneye gidelim hastaneye gidelim. Baskı yapıyor bana illa hastaneye gidelim. Dur kızım geçer geçer hatta o gün akşama ben oyaladım onu. Sonra baktım rahatlar gibi oldum. Hadi gidelim şimdi dedim.” {55 yaşında, erkek, 3905dk}.

“Bana kalsa biraz daha bekleyecektim. Eşim zorladı. Yalnız olsam cesaret edemezdim çıkmaya.” {55 yaşında, kadın, 35dk}.

5. TARTIŞMA

İlk kez AMI geçiren bireylerin yardım arama davranışına karar verme süreçleri kompleks bir durumdur ve bu karar verme sürecini etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bu çalışmanın sonucunda yardım aramaya karar verme sürecine ilişkin iki ana tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar, normal olmama duygusu ve durumun yaşamsal olduğunu düşünmedir.

5.1. NORMAL OLMAMA DUYGUSU

Semptomların ciddiyeti ve semptomları yönetememe kategorileri normal olmama duygusu isimli temayı oluşturmuştur.

Semptomların ciddiyeti

Çalışmanın sonuçlarına göre, karar verme sürecinin ağrının şiddetli olması, devam etmesi, daha önce deneyimlediklerinden farklı olması, tedavi edilemez ağrı olması ve yeni semptomların eklenmesi ile hastanın semptomlarını ciddi olarak algılaması ve sonuçta normal olmamama duygusu yaşamasıyla oluştuğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da semptomların ciddi olduğunu algılayan bireylerin daha erken hastaneye ulaştıkları ve ciddiyet algısının bireylerin yaşadıkları şiddetli göğüs ağrısı ve uzun süre devam etmesi gibi benzer sonuçlarla oluştuğu belirtilmiştir (Al- Hassan ve Omran, 2005; Leslie ve ark., 2000; Turris, 2009; Devon ve ark., 2010; Johansson ve ark., 2007; Rosenfeld ve ark., 2005; Brink ve ark., 2002; Henriksson ve ark., 2007; Lozzi ve ark., 2005; Khraim ve ark., 2009).

Çalışmadan elde edilen sonuçlar ve literatür doğrultusunda bireylerin yaşadıkları semptomların ciddi olduğunu algıladıklarında ve yönetemediklerinde yardım aramayı istedikleri düşünülebilir. Çünkü hastalar semptomlarını önce yönetmeye çalışmışlar, semptomlar geçmediğinde ve daha da şiddetlenerek arttığında durumlarının ciddi olduğuna karar vermişlerdir.

§ Ağrının şiddetli olması;

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, ağrının şiddetinin karar verme sürecini etkilediği bulunmuştur. Hastalar, ağrının çok şiddetli olduğunu, semptomlara dayanamadıklarını ve hastaneye gitmeye karar verdiklerini ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Zerwic ve ark., 2003; Lovlien ve ark., 2007; Fukuoka, Dracup, Ohno, Koboyashi ve Hirayama, 2005; Dracup ve ark., 2003; Kaur ve ark., 2006; Bird ve ark., 2009; Berger ve ark., 2000; Pattenden ve ark., 2002; Ottesen ve ark., 1996; Burnett ve ark., 1995; Johansson ve ark., 2007; Rosenfeld ve ark., 2005; Kerr

ve ark., 2006; Lozzi ve ark., 2005; Porras ve ark., 2009; Quinn, 2005; King ve Mcguire, 2007; Turris, 2009; Devon ve ark., 2010; Henrikson ve ark., 2007; Alonzo, 2007; Shoenberg, Peters ve Drew, 2003). Yalnızca ulaşılabilen iki çalışmada ağrının şiddetinin karar verme sürecini etkilemediği belirtilmiştir (Brink ve ark., 2002; Al-Hassan ve Omran; 2005). Brink ve ark. (2002)'nin çalışmasında ağrı ne kadar şiddetli olsa da karar verme sürecini etkilememesinin nedeni hastaların geçer diye beklemesinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Al-Hassan ve Omran (2005) ise göğüs ağrısının karar verme sürecini etkilememesinin, hastaların yaşadığı semptomların beklediği semptomlara benzememesinden kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Çalışma sonuçları ve ilgili literatür doğrultusunda, hastaların ağrı tolere edilemez duruma geldiğinde ve normal fonksiyonlarını engellemeye başladığında ciddi bir sağlık problemi yaşadıklarına dair kaygı yaşamaya başladıkları ve bu nedenle yardım aramaya karar verdikleri düşünülebilir.

§ Sürekli olması;

Bu çalışmada, ağrıları devam eden nitelikte olan hastaların durumlarını ciddi olarak algıladıkları ve bir sağlık kuruluşuna gitmeleri gerektiğini düşündükleri bulunmuştur. Brink ve ark. (2002)'nin hastalık algısı ve yardım arama davranışı üzerine yaptığı kalitatif çalışmada bireylerin geç kalma nedenlerinden biri de aralıklı yaşanan ağrıları önceden yaşanan ağrılarla karıştırmaları olarak bulunmuştur. Kaur ve ark. (2006)'nin yaptığı kalitatif çalışmada da aralıklarla ağrı yaşayan bireylerin gecikmelerinin uzun olduğu, çünkü bireylerin AMI semptomları devam etmesine rağmen aralıklarla ortaya çıkmasından dolayı günlük yaşam aktivitelerine devam edebildikleri bulunmuştur. Bu nedenle bireylerin normal oldukları düşüncesini sürdürdükleri ifade edilmiştir. Khraim (2009)'un 134 hasta ile yaptığı niceliksel çalışmada, aralıklı semptom yaşamının doğrudan karar gecikmesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Devon ve ark. (2010)'nin 272 hasta ile yaptığı ve akut koroner sendromlarda tedavi arama zamanını araştırdığı çalışmasında ağrı hastalar tarafından sürekli, dindirilemeyen, şiddeti gittikçe artan ağrı olarak tanımlanmıştır ve hastaneye gitmeye yönlendiren semptom olduğu bildirilmiştir.

Bireyler ağrıları ara ara devam ettiğinde semptomlarını önemsememektedirler. Çünkü aralıklı devam eden ağrı hastaların beklediği bir durum değildir ve bu nedenle kalp krizi gibi önemli bir durumun belirtisi olamayacağını düşünmekte ve olayı küçümsemektedirler. Semptomların sürekli olmasının hastaları yardım aramaya yönlendirmesinin nedeni, durumu

kendi kendilerine yönetemeyeceklerine karar vermeleri ve durumun önemini fark etmeleri olabilir.

§ *Ağrının daha önce deneyimlediklerinden farklı olması*

Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre, hastalar AMI sırasında yaşadıkları ağrının daha önce yaşadıkları ağrılardan farklı olması nedeniyle tıbbi yardım aramaya karar vermişlerdir. Devon ve ark. (2010)'nın çalışmasında, bireyleri yardım aramaya yönlendiren nedenlerden birisi öncesinde hiç böyle bir ağrı deneyimlememiş olmaları olarak bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Lovlien ve ark., 2007; Fukuoka ve ark., 2005; Porras ve ark., 2009; Kerr ve ark., 2006; Henrikson ve ark., 2007; Johansson ve ark., 2007; Shoenberg ve ark., 2003; Kaur ve ark., 2006; Turris, 2009).

Hastalar önceden yaşadıkları ağrılara benzer ağrı yaşadıklarında durumu olağan olarak algılamakta ve yardım arama gereği duymamaktadırlar. Bu nedenle yardım arama kararının farklı bir ağrı yaşadıklarında bu durumun normal olmadığını ve bir sorun olduğunu fark etmeleri ile oluştuğu düşünülmektedir.

§ *Yeni semptomların eklenmesi*

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, hastaların terlemeleri olduğunda veya nefes darlığı yaşadıklarında yardım aramaya karar verdikleri bulunmuştur.

Porras ve ark. (2009)'nın 228 hasta ile yaptığı ve hastaların karar verme süreçleri ve etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında, nefes darlığı gibi ağrısız semptom yaşayan bireylerin gecikme sürelerinin daha kısa olduğu bildirilmiştir. Zerwic ve ark. (2003)'nin yaptıkları niceliksel çalışmada, hastalarda terlemenin olmamasının gecikme süresini uzattığı bulunmuştur. Ayrıca yine aynı çalışmada hastaların yalnızca ağrı ve nefes darlığı dayanılmaz olduğunda yardım aramaya karar verdikleri bulunmuştur. Devon ve ark. (2010)'nın yaptığı çalışmada göğüs ağrısının dışında hafifletilemeyen semptomlar olarak bildirilen nefes darlığı ve terleme yaşamalarının acil servise gitme ile sonuçlandığı bildirilmiştir. Turris (2009)'in 16 kadın hasta üzerinde yaptığı kalitatif araştırmada “yeni semptomların gelişmesi” durumunun kadınların içsel belirtilerini yeniden gözden geçirmesini sağladığı ve bu yeniden düşünmenin sıklıkla acil servise gitmekle sonuçlandığı bildirilmiştir.

Hastaların nefes darlığı yaşadktan sonra yardım arama davranışında bulunmalarının nedeni, nefes alamadıklarında yaşamalarını devam ettiremeyeceklerini düşünmeleri ve ölüm korkusu yaşamaları olarak düşünülmektedir. Ayrıca hastalar yaşadıkları terleme daha önceki

terlemelerden farklı olduğu için ters giden bir şeyler olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bu durum hastaların içinde buldukları durumun ciddiyetini algılamaları ile açıklanabilir.

Semptomları Yönetememe

Çalışmada hastalar, yaşadıkları ağrıyı yönetmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Ancak yaptıkları uygulamaların semptomlarını azaltmadığının farkına vardıkları zaman hastaneye gitmeyi düşündüklerini ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Devon ve ark. (2010)'nın çalışmasında, hastaların ağrılarını kendi kendilerine tedavi etmeye çalıştıkları, tedavileri işe yaramadığında ise semptomları yeniden gözden geçirdiklerini ve ondan sonra durumun ciddi olduğunu düşündükleri ve acil servise gitmeye karar verdikleri bildirilmiştir. Henriksson ve ark. (2007)'nin yaptığı kalitatif çalışmada hastaların semptomları ılımlı seyrettiği için AMI olmadığını düşündükleri ve hastaların öncelikle ağrıyı geçirmeye çalıştıkları ancak semptomlar geçmediğinde hastaneye gitmeyi düşündükleri belirtilmiştir.

Bir olayı kontrol edebilmenin temelinde kişinin baş edebileceğine ilişkin inancı yer almaktadır. Kişi yaşamındaki olaylarla baş edemeyeceğine inanıyorsa durumu tehdit olarak algılar ve kontrol edemeyeceğine inanır. Bu çalışmada bireylerin semptomları geçirmek için yaptıkları uygulamaların sonuç vermemesi ve bu nedenle ağrıyla baş edemeyeceklerini düşünmeleri durumlarını ciddi olarak algılamalarına ve yardım arama davranışında bulunmalarına neden olduğu düşünülmektedir.

5.2. DURUMUN YAŞAMSAL OLDUĞUNU DÜŞÜNME

Korku ve dış faktörler katagorileri durumun yaşamsal olduğunu düşünme isimli temayı oluşturmuştur.

Korku

Hastaların durumlarının kalp ile ilişkili olduğunu düşünmelerinin, ölüm korkusu ve sakat kalma korkusu yaşamalarının durumun yaşamsal olduğunu düşünmelerine neden olduğu belirlenmiştir ve bu alt kategoriler korku kategorisini oluşturmuştur.

§ *Kalp ile ilişkili olduğunu düşünme;*

Çalışmada bireylerin kalp krizi ile ilgili düşünceleri ve yaşadıkları semptomlar birbiri ile örtüşüyorsa kalp krizi geçirdiklerini düşündükleri ve yardım aramaya karar verdikleri bulunmuştur. Bu sonuç, yapılan diğer çalışmalarla uyumludur ve hastalar semptomlarını kalp ile ilişkilendirebiliyorsa gecikme sürelerinin kısaldığı belirtilmiştir (Leslie ve ark., 2000; Dracup ve ark., 2003; Porras ve ark., 2009; Bird ve ark., 2009; Quinn, 2005; Khraim ve ark., 2009; Henriksson ve ark., 2007; Kaur ve ark., 2006; Brink ve ark., 2002; Franco, Rabelo, Goldemeyer ve Souza, 2008; Shoenberg ve ark., 2003; Rosenfeld ve ark., 2005; Johansson ve ark., 2007; Hirvonen ve ark., 1998; Lovlien ve ark., 2007). Ancak King ve McGuire (2007)'nin yaptığı çalışmada, bireylerin semptomlarının kardiyak kökenli olduğunu anlaması ile yardım arama zamanı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Hastalar semptomlarını kalp ile ilişkilendirdiklerinde hastaneye gitmeye karar vermektedirler. Bunun nedeni hastaların kalbin hayati önem taşıyan bir organ olduğunu düşünmeleri ve eğer gerçekten kalp ile ilişkili bir durum yaşıyorlarsa bu durumun sonucunda hayatlarını kaybetme ihtimallerinin olduğunu düşünmeleri olabilir.

Ailede kalp krizi geçirmiş bir bireyin olması da hastaların semptomlarını daha kolay tanımalarına ve hızlı bir şekilde kalp ile ilişkilendirmelerine neden olmaktadır. Turris (2009)'in yaptığı kalitatif çalışmada, risk faktörlerine karşı biçilen değerler güçlü aile hikayesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak bu durumun her zaman acil servise gitme ile sonuçlanmadığı belirtilmiştir. Brink ve ark. (2002)'nin yaptığı kalitatif çalışmada, ailesinde kalp krizi öyküsü olan bazı bireylerin durumlarının farkında olduklarını ve ne yapacaklarını bildikleri bulunmuştur. Ancak bazı bireylerin ailesinde kalp krizi öyküsü olmasına rağmen kendi başlarına geleceğini düşünmedikleri belirtilmiştir.

Ülkemizde koroner arter hastalıklarının fazla görülmesi nedeniyle, çalışmaya dahil edilen bir çok hastanın aile öyküsünde kalp krizi bulunmaktadır. Ailesinde kalp krizi hikayesi olan hastaların semptomları daha hızlı tanımaları ve deneyimleri nedeniyle durumlarının yaşamsal olduğunu düşünmelerinin karar verme sürecini etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada bireylerin semptomları kalp krizi ile ilişkilendirmesinde kalp krizi konusunda bilgi sahibi olmalarının da etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışma ile benzer şekilde Quinn (2005)'in yaptığı çalışmada da, hastaların zihinlerindeki AMI resmi ile yaşadıkları arasındaki uyum önemli bir değişken olarak bulunmuştur. Lovlien ve ark. (2007)'nin hastane öncesi gecikmeyi incelediği kalitatif araştırmada semptomların beklenen semptomlar ile uyumlu olmasının hastaneye ulaşma zamanını kısalttığı bulunmuştur.

Bireylerin AMI deneyiminden önce, kalp krizi belirtileri hakkında zihinlerinde; çevreden aldıkları duyular, medyadan edindikleri bilgiler ya da şahit oldukları durumlardan elde ettikleri bir takım şemalar vardır. Bu şema genellikle şiddetli göğüs ağrısı başta olmak üzere klasik kalp krizi belirtilerinden oluşmaktadır. Eğer hastalar beklenildiği gibi göğüs ağrısı yaşıyor ya da ağrıya başka semptomlar da eşlik ediyorsa ve bu semptomlar zihinlerindeki şema ile uyumlu ise durumlarını önemsemektedirler. Dolayısıyla yardım arama davranışında bulunmaktadırlar. Bu sonuç AMI riski taşıyan ya da AMI geçirmiş olan bireylere eğitim verilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

§ *Ölüm korkusu, sakat kalma korkusu*

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre hastaların yardım arama davranışı göstermelerinde yaşadıkları bazı korkuların etkili olduğu bulunmuştur. Hastalar sakat kalmaktan, sevdiklerini bir daha görememekten korktuklarını ve ölüm korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Johansson ve ark. (2007)'nin 15 hasta ile yaptığı kalitatif araştırmada, hastaların ölüm korkusu yaşadıkları ve ölümü kontrol edemeyecekleri bir durum olarak algıladıkları ve bu algının hastaneye varış süresini kısalttığı bildirilmiştir. Birçok hastanın da durumun ölümcül olabileceğini düşündüğü ve yardım aramaya karar verdiği bulunmuştur.

Yaşamının tehdit edildiğini düşünen birey geleceğe yönelik düşünmeye başlamakta ve yaşamını kontrol altına almaya ve sürdürmeye çalışmaktadır. Çünkü öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamamak, işine devam edememek, birilerine bağımlı olmak ve yaşamın sonlanacağını düşünmek onlara korku vermektedir. Bu nedenle yardım aramaya karar vermektedirler.

Dış Faktörler

Çalışmada, yardım aramaya karar verme sürecinin semptomlar esnasında bireyin yanında yakınlarının ya da diğer bireylerin olmasından da etkilendiği bulunmuştur.

- *Yakınların/diğerlerinin ısrarı*

Bu çalışmada bireyler genellikle AMI semptomları yaşarken yanlarında yakınlarının ya da çevreden bireylerin olmasının bir avantaj olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalar semptomlar esnasında yardım arayacak durumda olmadıklarını, yakınlarının onların adına yardım arama girişiminde bulduklarını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda hasta yakınlarının hastalar

istemese de yardım arama konusunda onları teşvik ettikleri (Henriksson ve ark., 2007) ve semptomlar esnasında yanında diğer kişilerin bulunmasının hastaların yardım arama sürecini kısalttığı bulunmuştur (Patenden ve ark., 2002; Johansson ve ark., 2007; Devon ve ark., 2010; Rosenfeld ve ark., 2005).

Bu çalışmada yalnızca bir hasta, yakınının hastaneye gitme konusunda isteksiz olduğunu belirtmiştir. Lovlien ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada da eşe danışmanın her iki cinsiyet içinde gecikmeyi uzattığı bulunmuştur. Bir başka çalışmada da hastaların yanında yakınlarının olması ile hastaneye ulaşma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Quinn, 2005).

Yardım arama konusunda yakınların ısrar etmesinin nedeni kendi bilgi ve deneyimleri ya da hastanın objektif bulguları nedeniyle bireyin AMI geçirdiğini veya önemli bir sağlık problemi olduğunu düşünmeleri olabilir. Bu bulgu hasta yakınlarına AMI belirtileri ve erken tıbbi yardım almanın önemi konusunda eğitim verilmesinin önemini göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak bireylerin tıbbi yardım aramaya nasıl karar verdikleri incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, yaşanan ağrının şiddetli olması, devam etmesi, daha önce hiç yaşamadığı özellikte olması, yeni semptomların eklenmesi, yapılan eylemlerin etkisiz olması, kalple ilişkili olduğunu düşünme, ölüm korkusu, sakat kalma korkusu ve diğerlerinin ısrarının hastaların tıbbi yardım aramaya karar verme sürecini etkilediği bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Hastaların erken sürede tıbbi tedaviye ulaşabilmeleri için öncelikle yaşadıkları durumun farkında olmaları gerekmektedir. Bu çalışmanın sonucu yardım aramaya karar vermede semptomları tanımının önemini göstermektedir. Bu nedenle;

Genel olarak toplumu, özel olarak da koroner arter hastalığı tanısı olan bireyleri hedefleyerek AMI semptomları ve erken tıbbi yardım almanın önemi konusunda eğitim programları geliştirilmesi,

Hastaların semptomların aralıklı ve farklı özellikte olabileceği konusunda bilgilendirilmesi,

Karar verme sürecinde hasta yakınlarının etkili olması nedeniyle aileye AMI belirtileri ve akut durumda başvurabilecekleri merkezler konusunda eğitim verilmesi,

Basın-yayın destekli bilinçlendirme kampanyalarının düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Heart Association (AHA)/American College of Cardiology (ACC). Performance Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) (*Circulation*. 2008;118:2596-2648.) 2008 American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association, Inc. <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/118/24/2596>
2. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics 2008 Update. <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.187998v1>.
3. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, Birinci baskı, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın No: 2, 2003,433-445,.
4. Aktürk E. Akut miyokard infarktüsünde primer PTKA sonrası TIMI kare sayısı ile ortalama trombosit hacminin karşılaştırılması, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Malatya, Uzmanlık Tezi, 2006.
5. Al-Hassan MA, Omran SM. The effects of health beliefs on health care-seeking decisions of Jordanian patients with myocardial infarction symptoms. *International Journal of Nursing Practice* 2005; 11: 13–20.
6. Alpert JS, Rippe JM (Eds): Kalp damar hastalıkları tanı ve tedavi el kitabı. (Çev.Z.Öngen) Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 1. Baskı, İstanbul, 2003: 215-248.
7. Alpert JS, Thygesen K, Harvey D. Universal definition of myocardial infarction, White; on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction *Circulation* 2007;116;2634-2653;
8. Alonzo AA. The effect of health care provider consultation on acute coronary syndrome care-seeking delay, *Heart Lung*, 2007;36:307–318.
9. Anderson VH, Dentaş AE, Smalling RW, Sdringola S, Vooletich MT. Reperfusion strategies in ST-elevation myocardial infarction, *The American Journal of Cardiology*, 2009;103:2, 284-286.
10. Antman EM, Hand M, Armstrong PW et al. 2007 Focused update of the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. *Circulation* 2007, 117, 296-329. <http://circ.ahajournals.org>

11. Argon G. Akut miyokard infarktüsünde bakım, In: Fadıloğlu , III. Ege dahili tıp gnleri, İ hastalıkları hemşireliği kongre el kitabı III, 2004.
12. Banks AD, Dracup K. Factors associated with prolonged prehospital delay of African Americans with acute myocardial infarction, *American Journal of Critical Care*, 2006;15:No: 2.
13. Badır A, Korkmaz FD. Koroner arter hastalıkları. In: Karadakovan A, Eti Aslan F, editors. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*, Nobel kitapevi, 2010, 499- 533.
14. Berger AK, Radford MJ, Krumholz HM. Factors associated with delay in reperfusion therapy in elderly patients with acute myocardial infarction: Analysis of the Cooperative Cardiovascular Project. *American Heart Journal* 2000;139:985-992.
15. Bird MW, Woods AG, Warren NA. Factors influencing treatment delays for acute myocardial infarction, *Crit Care Nurs Quarterly*, Vol. 32, No. 1, pp. 19–23
16. Brink E, Karlson BW, Hallberg M. To be stricken with acute myocardial infarction: A grounded theory study of symptom perception and care-seeking behaviour, *Journal of Health Psychology* 2002, Vol 7(5) 533–543
17. Burnett RE, Blumenthal JA, Mark DB, Leimberger JD and Califf RM. Distinguishing between early and late responders to symptoms of acute myocardial infarction, *Am Journal of Cardiology* 1995; 75: 1019-1022.
18. Caldwell MA, Froelicher ES, Drew BJ. Prehospital delay time in acute myocardial infarction: an exploratory study on relation to hospital outcomes and cost, *American Heart Journal*, Volume 139, Number 5, May 2000, 787-796
19. Canto JG, Zalenski RJ, Ornato JP, Rogers WJ ve ark. Use of emergency medical services in acute myocardial infarction and subsequent quality of care. Observations from the national registry of myocardial infarction 2., *Circulation*, 2002;106:3018-3023.
20. Carney R, Fitzsimons D, Dempster M. Why people experiencing acute myocardial infarction delay seeking medical assistance. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2002;1: 237-42.
21. Chabeli MM. Higher order thinking skills competencies required by outcomes-based education from learners, *Curationis*, 2006; 29(3), 78-86.
22. Connor PE, Becker BW. Personnel Value Systems and Decision- Making Styles of Public Managers. *Public Personnel Management*, 2003, Volume 32, No. 1, 155-180.

23. Çakmakçı E. Karar verme becerilerinin kazandırılmasında drama dersinin ilköğretim 4. sınıf öğrencileri üzerindeki etkilerinin incelenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Sınıf Öğretmenliği Anabilim Dalı, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
24. Devon AH, Hogan N, Ochs AL, Shapiro M. Time to treatment for acute coronary syndromes, The cost of indecision, Journal of Cardiovascular Nursing, 2010, Vol:25, No:2, 106–114.
25. Dracup K, Moser DK, McKinley S, Ball C, Yamasaki K, Kim C, Doering LV, Caldwell MA: An international perspective on the time to treatment for acute myocardial infarction, Journal of Nursing Scholarship, 2003; 35:4, 317-323.
26. Dünya Sağlık Örgütü, Global Burden Disease Report, 2004
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part2.pdf Erişim Tarihi: 28.03.2010
27. Enar R (Ed). Kanıta dayalı akut miyokard infarktüsü kitabı, Nobel tıp kitapevleri, İstanbul,2005,105-115.
<http://rasimenar.com/bilgiler/kitaplar/AMiTRKD/bolum02/05.pdf> Erişim tarihi: 19.04.2010.
28. Eren ŞH, Yılmaz K, Korkmaz İ, Aktaş C ve ark. Acil serviste akut miyokard enfarktüsü tanısı almış hastalarda trombolitik tedavi uygulanmasını etkileyen faktörler, Fırat Tıp Dergisi 2006;11(3): 163-165
29. Franco B, Rabelo ER, Goldemeyer S, Souza EN. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: Implications For Health Education, Rev Latino-am Enfermagem 2008 maio-junho; 16(3):414-8
30. Fukuoka Y, Dracup K, Ohno M, Kobayashi F, Hirayama H. Symptom severity as a predictor of reported differences of prehospital delay between medical records and structured interviews among patients with AMI. European Journal of Cardiovascular Nursing 4 (2005) 171 – 176.
31. Henriksson C, Lindahl B, Larsson M. Patients' and relatives' thoughts and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction. European Journal of Cardiovascular Nursing 2007;6:280-286.
32. Hirvonen TP, Halinen MO, Kala RA, Olkinuora JT. Delays in thrombolytic therapy for acute myocardial infarction in Finland. Results of a national thrombolytic therapy

- delay study. Finnish Hospitals' Thrombolysis Survey Group. *European Heart Journal* 1998;19:885-92.
33. Johansson I, Swahn E, Strömberg A: Manegeability, vulnerability and interaction: A qualitative analysis of acute myocardial infarction patients' conceptions of event. *European Journal Of Cardiovascular Nursing* 2007;6:184-191.
 34. Julian DG, Cowan CJ, McLenachan JM. *Kardiyoloji* (Çev. B. Yavuz, K. Aytemir), Sekizinci Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008: 108-134.
 35. Kaur R, Lopez V, Thompson DR. Factors influencing Hong Kong Chinese patients' decision-making in seeking early treatment for acute myocardial infarction, *Research in Nursing & Health*, 2006, 29, 636–646
 36. Kayıkçioğlu M, Ildızlı M, Hasdemir C. Acil servise göğüs ağrısı ile gelen hastaya yaklaşım. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2005, 12(2): 92-102.
 37. Kerr D, Holden D, Smith J, Kelly AM and Bunker S. Predictors of ambulance use in patients with acute myocardial infarction in Australia. *Emerg. Med. J.* 2006;23;948-952
 38. Khraim FM, Scherer YK, Dorn JM, Carey MG. Predictors of decision delay to seeking health care among Jordanians with acute myocardial infarction, *Journal of Nursing Scholarship*, 2009; 41:3, 260–267.
 39. King KB, Mcguire MA. Symptom presentaion and time to seek care in women and men with acute myocardial infarction, *Heart&Lung*, 2007; 36: 235–243.
 40. Komşuoğlu B (Ed) *Klinik Kardiyoloji: 1. Baskı*, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Sti, İstanbul, 2004: 543-547.
 41. Kumar V, Harvey RS, Robbins SL (Eds): *Temel Patoloji*. (Çev. U.Çevikbas). Yedinci Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, İstanbul, 2003.
 42. Kuzgun Y. Karar Stratejileri Ölçeği: Geliştirilmesi ve Standardizasyonu. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları 22-25 Eylül 1993, Ankara: Türk Psikologlar Derneği,161-170.
 43. Kümbetoğlu B. *Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma*. İstanbul, Bağlam yayıncılık, 2008.
 44. Leslie WS, Urie A, Hooper J, Morrison CE. Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent patern of accessing care. *Heart* 2000;84;137-141.

45. Lincoln SY, Guba GE. Naturalistic inquiry. 1985. <http://books.google.com>. Erişim Tarihi: 27.02.2010.
46. Lovlien M, Schei B, Hole T. Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiyovasculer Nursing* 2007;6:308-313.
47. Lozzi L, Carstensen S, Rasmussen H, Nelson G. Why do acute myocardial infarction patients not call an ambulance? An interview with patients presenting to hospital with acute myocardial infarction symptoms. *Internal Medicine Journal* 2005; 35: 668–671
48. McCance KL, Huether SE. Pathophysiology. The biologic basis of disease in adults and children. Fifth edition, Elsevier Mosby, Philadelphia, 2006, 1100-1115.
49. McKinley S, Moser KD, Dracup K. Treatment-seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America And Australia: *Heart&Lung* 2000;29:237-47.
50. Mert H. Hemşirelik bakım planları, In:Akbayrak N, Ançel G, Albayrak A, Dahiliyecerrahi hemşireliği ve psikososyal boyutu, Ankara, Alter Kitapevi, 2007, 233- 240.
51. Mortan GM., Fontaine DK., Hudok CM., Gallo BM. *Critical Care Nursing, A Holistic Approach*, Eighth Edition, Lippincott Williams&Wilkin, 2005, 422-446
52. Olgun S. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımının değerlendirilmesi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Manisa, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
53. Onat A, Karabulut A, Esen AM, Uyarel H ve Ark. TEKHARF çalışması 2005 taramasına ilişkin mortalite ve koroner olay analizi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş.* 2006;34(3):149-153.
54. Ottesen MM, Kober L, Jorgensen S, Torp-Pedersen C. On behalf of the TRACE study group: Determinants of delay between symptoms and hospital admission in 5978 patients with acute myocardial infarction. *European Heart Journal* 1996;17: 429- 37.
55. Pattenden J, Watt I, Lewin RJP, Stanford N. Decision making processes in people with syptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. *British Medical Journal*; Apr 27, 2002; 324, 7344; Proquest Health And Medical Complete Pg. 1006.
56. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, volume:2, eighth edition, 2008, 522–555.

57. Porras LP, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay, *European Journal of Cardiovascular Nursing* 8 (2009) 26–33.
58. Quinn JR. Delay in seeking care for symptoms of acute myocardial infarction: Applying a theoretical model. *Research in Nursing & Health*, 2005, 28, 283–294
59. Rolfe G. Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *J Adv. Nurs.* 2006; 53(3): 304-310.
60. Rosenfeld AG, Lindauer A, Darney BG. Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: Description of decision-making patterns. *American Journal of Critical Care* 2005;14:285–293.
61. Sağlık Bakanlığı, Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı, Risk faktörlerine yönelik stratejik plan ve eylem planı, Ankara, 2008, 8-11.
62. Sarı İ, Acar Z, Özer O, Erer B ve ark. Akut miyokard infarktüsülü hastalarda hastaneye geç geliş ile ilişkili faktörler, *Türk Kardiyoloji Derneği*, 2008; 36(3), 156–162.
63. Schoenberg NE, Peters JC, Drew EM. Unraveling the mysteries of timing: women’s perceptions about time to treatment for cardiac symptoms, *Social Science&Medicine* 56 (2003) 271–284
64. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner&Suddarth’s Text Book of Medical Surgical Nursing*, Twelfth edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 2010, 756-777.
65. Speziale HJS, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing. advancing the humanistic imperative*. Fourth Edition, Lippincott Williams&Wilkins, 2007.
66. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, 1990,CA: Sage.
67. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research, Techniques and procedures for developing grounded theory*. Second edition, USA, 1998, 55-217.
68. Thygesen K, Joseph S, Alpert, Harvey D. White on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction Universal definition of myocardial infarction *European Heart Journal* (2007) 28, 2525–2538

69. Tokem Y, Fadıloğlu , Göke F. Miyokard infarktüsü geçiren hastaların yakınlarının hastane öncesi erken dönemde uyguladıkları girişimler ve hastaneye ulaşma süreleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2007;7:149-155.
70. Turris SA. Women’s decisions to seek treatment for the symptoms of potential cardiac illness, Journal of Nursing Scholarship, 2009; 41:1, 5–12
71. Türk Kardiyoloji Derneği, Akut Miyokard İnfarktüsünde Genel İlaç Tedavisi Prensipleri, 2009 <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k07/7b9b1.htm?wbnum=1357> Erişim tarihi: 10.07.2009.
72. Türk Kardiyoloji Derneği, Akut Miyokard İnfarktüsünde Trombolitik Tedavi, 2009 <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k07/33439.htm?wbnum=1353> Erişim tarihi: 10.07.2009
73. Türk Kardiyoloji Derneği, Kalp yetersizliği, akut koroner sendromlar, hipertansiyon hemşirelik bakım kılavuzu, Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları 2007, 37-56
74. Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, 2006. <http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=276> Erişim Tarihi 28.3.2010
75. Vatansever Z. Primipar gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
76. Wood GL, Haber J. Nursing Research. Methods, Critical Appraisal and Utilization. Fifth Ed. USA, 2002.
77. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2006
78. Yıldız M, Durukan P. Acil servise ambulansla transportu yapılan hastaların analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2004;4:144-8.
79. Zerwic JJ, Ryan CJ, Devon HA, Drell MJ. Treatment seeking for acute myocardial infarction symptoms differences in delay across sex and race. Nursing Research: May-June 2003, Vol: 52, No:3.

EK I. ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN ÖZELLİKLERİ

Görüşmeci	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Medeni durum	İkamet	DM tanısı	Yanında biri var mıydı	Karar zamanı	Ulaşım aracı
G1	Kadın	63	Orta öğretim	Evli	İzmir	Yok	Evet	90dk	Otobüs
G2	Erkek	41	İlköğretim	Evli	Belde-köy	Yok	Hayır	2580dk	Taksi
G3	Erkek	75	İlköğretim	Evli	İzmir	Var	Hayır	1260dk	Taksi
G4	Erkek	59	İlköğretim	Evli	Komşu il	Var	Evet	1440dk	Özel araba
G5	Erkek	55	Yüksek öğrenim	Evli	İzmir	Yok	Evet	125dk	Taksi
G6	Erkek	44	Ortaöğretim	Bekar	İzmir	Yok	Hayır	290dk	Yürüyerek
G7	Kadın	75	İlköğretim	Bekar	İzmir	Yok	Evet	125dk	Özel araba
G8	Kadın	71	İlköğretim	Bekar	İzmir	Yok	Hayır	205dk	Özel araba
G9	Erkek	72	Ortaöğretim	Evli	İzmir	Yok	Evet	180dk	Taksi
G10	Erkek	68	Yüksek öğrenim	Evli	Komşu il	Yok	Evet	60dk	Özel araba
G11	Erkek	58	Ortaöğretim	Bekar	İzmir	Var	Evet	30dk	Ambulans
G12	Erkek	44	Yüksek öğrenim	Evli	İzmir	Yok	Evet	25dk	Taksi
G13	Kadın	53	İlköğretim	Evli	İzmir	Yok	Evet	120dk	Özel araba
G14	Erkek	46	İlköğretim	Evli	İlçe	Yok	Evet	225dk	Ambulans
G15	Erkek	55	Yüksek öğrenim	Evli	İzmir	Yok	Hayır	3905dk	Taksi
G16	Kadın	60	Ortaöğretim	Evli	İlçe	Yok	Hayır	15dk	Taksi
G17	Erkek	66	Yüksek öğrenim	Evli	İzmir	Var	Evet	120dk	Ambulans
G18	Erkek	48	Ortaöğretim	Evli	Komşu il	Yok	Hayır	90dk	Özel araba
G19	Erkek	50	İlköğretim	Evli	İlçe	Var	Hayır	1440dk	Özel araba
G20	Erkek	75	İlköğretim	Evli	İzmir	Var	Evet	30dk	Özel araba
G21	Erkek	58	Ortaöğretim	Evli	Komşu il	Var	Evet	15dk	Ambulans
G22	Erkek	60	Ortaöğretim	Evli	İzmir	Yok	Evet	60dk	Ambulans
G23	Kadın	55	İlköğretim	Evli	İzmir	Yok	Evet	35dk	Özel araba
G24	Erkek	62	İlköğretim	Evli	İlçe	Yok	Evet	20dk	Özel

									araba
G25	Erkek	81	Okuryazar	Evli	İlçe	Yok	Evet	30dk	Taksi
G26	Erkek	48	Okuryazar	Evli	İlçe	Yok	Evet	20dk	Taksi
G27	Erkek	45	İlköğretim	Evli	İzmir	Yok	Hayır	480dk	Özel araba
G28	Erkek	50	Ortaöğretim	Evli	İlçe	Var	Evet	25dk	Özel araba
G29	Erkek	60	Okuryazar	Evli	İzmir	Yok	Evet	30dk	Özel araba
G30	Erkek	72	Okuryazar	Evli	Komşu il	Yok	Evet	30dk	Özel araba

EK II. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Ad, Soyad :.....
2. Cinsiyet : Kadın Erkek
3. Yaş :.....
4. Eğitim : Okur yazar değil
 Okur yazar
 İlköğretim mezunu
 Ortaöğretim mezunu
 Yüksek Öğretim mezunu
5. Medeni Durum : Evli
 Bekar
6. İkamet edilen yer : Büyükşehir sınırları içinde
 İlçe
 Belde- Köy
 Komşu ilden sevkli
7. Diyabetes Mellitus Tanısı: Var Yok
8. Semptomlar başladığında yanında birisi var mıydı? Kim vardı?
9. Semptomlar başladıktan sonra tıbbi yardım istemeye karar verme zamanı:
10. Ulaşım aracı : Özel araba
 Ambulans
 Taksi

EK III. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Tarih:

Görüşmenin Başlama Saat:.....**Bitiş saati:**.....

Görüşmeci:.....

GİRİŞ:

Merhaba, benim adım **Tuğba Yardımcı** ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Kalp krizi geçiren kişilerin şikayetleri başladıktan sonra hastaneye gelmeye nasıl karar verdiklerini anlamaya yönelik bir çalışma yapıyorum. Bu araştırmada ortaya çıkacak sonuçların, bundan sonra kalp krizi geçiren bireylerin belirtilerini daha iyi tanınmasına ve yapılan hemşirelik ve diğer sağlık hizmetlerine katkıda bulunacağını umut ediyorum. Bu nedenle sizin, hastaneye gelmeye nasıl karar verdiğinizi öğrenmek istiyorum.

- Bana bu görüşme süresince söylediklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken görüştüğümüz bireylerin isimlerini kesinlikle rapora yansıtmayacağız.
- Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?
- Görüşmeyi izin verirseniz kaydetmek istiyorum. Bunun sizce bir sakıncası var mı?
- Bu görüşmenin yaklaşık 30-40dk. Süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirseniz sorulara başlamak istiyorum.

GÖRÜŞME SORULARI

1. Şikayetlerinizin ortaya çıkışından hastaneye gelinceye kadar olan süre içinde neler yaşadınız anlatır mısınız?

§ Nasıl belirtiler yaşadınız? Şikayetlerinizi biraz daha açar mısınız? (Ağrının şiddeti, özellikleri, yaşanan belirtiler).

§ Neler düşündünüz örnekler verebilir misiniz?

§ Ne tür duygular yaşadınız? (korku, stres,...).

§ Belirtiler başladığında yalnız mıydınız?

2. Bu bulgular ortaya çıktığında hastaneye gitmeye nasıl karar verdiniz?

§ Kararınızı neler etkiledi?

§ Çevrenizdeki bireyler karar verme sürecinizi nasıl etkiledi?

EK IV. ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Deneğin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....


Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK. V



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARLARI	
Sayı: B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/56	Tarih: 14/01/2009
<p><u>Etik Kurul Üveleri</u> Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan) Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan Yrd.) Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye) Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)</p> <p><u>Etik Kurul Sekreteri</u> Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK</p>	<p>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE</p> <p>Etik Kurulumuzun 14 Ocak 2009 tarih ve 42/4/09 sayılı toplantısında, 01 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Hatice MERT'in danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba YARDIMCI'nın "İlk Kez Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Tıbbi Yardım İsteme Konusunda Nasıl Karar Verdiklerinin İncelenmesi" konulu tez önerisinin; -Taburculuktan bir gün önce verilerin toplanması önerisiyle uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur. Oy birliği ile kabul edilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p> Prof.Dr.Zühal BAHAR Etik Kurul Başkanı</p>

EK. VI



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70 B3 - 85
KONU:

BALÇOVA-İZMİR
.../.../2009

13.02.2009 00 15 34

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'ne

İLGİ:06.02.2009 tarihli B.30.2.DEÜ.0.Y3.00.01/195 sayılı yazımız..

İlgi yazımızda belirtilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinizden Tuğba YARDIMCI ve Sinem CİDDİ'nin belirtilen konulardaki tez araştırmalarını Hastanemiz Kardiyoloji Anabilim Dalında yapmalarını uygundur.

Geceğinin yapılmasını saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim ASTARCIOĞLU
Başhekim

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 35310 İnciraltı/İZMİR
Tel: +90(232)412 33 15 Faks: +90(232) 255 95 23
E-posta: genel@deu.edu.tr sağlık@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için iletişim:
Hem. Hiz. Müd. Gözay BŞİKTEGİL
Elektronik: www.deu.edu.tr

EK. VII**ÖZGEÇMİŞ**
Tuğba YARDIMCI

Adı Soyadı:	TUĞBA YARDIMCI
Doğum Yeri:	Sungurlu/ÇORUM
Doğum Tarihi:	01.09.1985
Uyruğu:	T.C.
Medeni Hali:	Bekar
Adresi:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Telefon:	0232 412 47 94
E-posta:	tugba.yardimci@deu.edu.tr tugbayardimci@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

ÜNİVERSİTE	FAKÜLTE/ENSTİTÜ	ÖĞRENİM ALANI	DERECE	MEZUNİYET YILI
Aksaray Üniversitesi	Aksaray Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2007

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

KURUM/KURULUŞ	ÜLKE	ŞEHİR	BÖLÜM/BİRİM	GÖREV TÜRÜ	GÖREV DÖNEMİ
Acıbadem Bursa Hastanesi	Türkiye	Bursa	Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	Hemşire	2007
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Dahili Birimler Yoğun Bakım Ünitesi	Hemşire	2008-2009
Sinop Üniversitesi	Türkiye	Sinop	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2009-2010
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2010-...