

Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Korunma Davranışları

Secondary Preventive Attitudes of the Patients with Myocard Infarction

Sibel SEVİNÇ*, İsmet EŞER**

İletişim/Correspondence: Sibel SEVİNÇ Adres/Adress: Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Buca/İzmir Tel: 0232 3888273 Fax: 0232 4527788 Email: sibelsevis@gmail.com

ÖZ

Amaç: Araştırma, MI geçirmiş hastaların ikincil korunmaya yönelik davranışlarını incelemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma, Şubat 2004 –Mayıs 2004 tarihleri arasında biri devlet diğeri üniversitesi olmak üzere iki hastanenin kardiyoloji klinik ve polikliniklerinde yürütüldü. MI geçirdikten sonra en az bir ay süreyle ev koşullarında yaşamış olup araştırmaya katılmayı kabul eden 92 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu (30 soru) kullanılarak görüşme tekniği ile toplandı. Araştırma bulguları, sayı ve yüzdelikler olarak verilmiş, analizlerde ki-kare önemlilik testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmada, hastaların %52.2'sinin fazla kilolu/obez olduğu, %54.3'ünün sigarayı bıraktığı, %42.4'ünün kendini kötü hissedince tetkik yaptırdığı, stresli bir durumda %53.3'ünün gerilip sinirlendiği, %40.2'sinin hiç egzersiz yapmadığı, göğüs ağrısı olunca %73.9'unun dilaltı ilacını aldığı, geçmez ise sağlık kuruluşuna başvurduğu, %42.4'ünün hiç kırmızı et, %85.9'unun hiç katı yağ tüketmediği, %92.4'ünün her gün sebze ve meyve tükettikleri saptandı. Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyetlerinin egzersiz yapma durumlarını, yaş gruplarının beden kitle indekslerini, eğitim düzeylerinin kontrole gitme durumlarını etkilediği bulundu.

Sonuç: Araştırma sonucunda, hastaların ikincil korunmaya yönelik bazı davranışlarının yeterli olmadığı, bu konuda eğitim ve izlemeye gereksinimleri olduğu kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: İkincil korunma, miyokard infarktüsü, kardiyak rehabilitasyon.

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to examine the secondary preventive attitudes of the patients with myocard infarction.

Method: The data were collected in a state hospital and a university hospital, between February 2004 to May 2004. The sample of study was consisted of 92 inpatients and outpatients with myocard infarction who admitted to participate the study, survived at home at least for one month subsequent to the MI episode. The data of the study was collected one by one interview by using the questionnaire form (30 questions). The results of the study were presented as values and percents and chi-square test was used in analysis.

Results: It is determined that the study revealed that among the patients, 52.2 %is obese, 54.3%quitted smoking, 42.4 %admits for examination whenever he/she feels discomfort, 53.3 %get angry under stressful conditions, 40.2 %never exercise, 73.9 %takes the sublingual whenever he/she feels chest pain and then admit to medical attention if the pain does not resolve, 42.4 %never eat red meat, 85.9 %never consume solid oil and 92.4 %consume daily fresh vegetables and fruits. Relevant to the patients enrolled in the study, there is asignificant difference between gender and exercise status, between age groups and body mass index as well as education status and compatiblity with control visits.

Conclusion: At the end of the study, it is concluded that some of the secondary preventive attitudes of the patients were not adequate and that they need training and monitorisation on this issue.

Key Words: Secondary prevention, myocard infarction, cardiac.

*Bil.Uzm. Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, **Prof.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Yazının gönderilme tarihi: 03.05.2010

Yazının basım için kabul tarihi: 02.03.2011

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar günümüzde endüstrileşmiş ülkelerde önde gelen ölüm nedenlerindedir ve bu sorunun gelişmekte olan ülkelerde 2020 yılında da yaşanması beklenmektedir. Koroner arter hastalığı (KAH), en yaygın görülen kardiyovasküler hastalık olup, yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. İskemik kalp hastalığının klinik ortaya çıkış şekilleri sessiz iskemi, kararlı angina pectoris, kararsız angina, miyokard infarktüsü (MI), kalp yetmezliği ve ani ölümdür (ESC 2008a).

Türkiye’de ise TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışmasının verilerine göre yaklaşık 2 milyon kişide KAH bulunduğu tahmin edilmekte, yılda 90-100 bin yeni olgu meydana gelmekte ve yılda 130.000 kişi KAH nedeniyle kaybedilmektedir. Çalışmanın 2009 taramasında da daha önceki verilerle uyumlu olarak, koroner kalp hastalığından ölüm; son 8.5 yılda, 45-74 yaş kesiminde erkekte 1000 kişi-yılında 7.1, kadında 3.5 olarak belirlenmiş ve Avrupa ülkelerine kıyasla bu oran yüksek bulunmuştur (Enar 2007; Onat ve ark 2010).

Kardiyovasküler hastalıkların kontrolü ve önlenmesine yönelik sağlık politikaları, geleneksel olarak risk faktörlerinin kontrolüne dayanmaktadır. Medikal tedavi, revaskülarizasyon ve koruyucu hekimlik ile koroner kalp hastalığında sağkalım prevelansını arttırmış ve bu da rekürren hastalık, reinfarkt ve komplikasyon gelişme riski olan hasta sayısında artışa yol açmıştır (Demirtaş 2002).

Kalp hastalığı olan birçok kişi normal günlük yaşantısına dönmekte zorluk çekmektedir. Oysa araştırmalar, MI geçiren kişilerin kapasitelerinin sağlıklı yaşlılarından sadece %10 daha az olduğunu göstermektedir (Kıvanç ve Bozkurt 2002). Günümüzde kardiyak rehabilitasyon ve ikincil önleme programları kardiyovasküler hastalığı olan hastaların tıbbi bakımlarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Gürses 2002).

Hemen bütün hastalar için Mİ sarsıcı etkileri olan son derece büyük bir darbedir. Buna karşılık birçok hasta birkaç hafta içerisinde normal faaliyetlerine ve önceki işine dönebilir, fizik kondisyonu infarktüs öncesinden daha üstün bile olabilir (Butler 2002).

Araştırmalar, kardiyak rehabilitasyonun total ve kardiyak mortaliteyi azalttığını göstermektedir. Kardiyak rehabilitasyon, kalp hastalığı olan kişinin fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki açıdan optimal düzeye ulaşması için yapılan çalışmaların tümüdür. Rehabilitasyon programı, hastanın değerlendirilmesi ve hastanın eğitimi, diyet önerileri, risk faktörlerini önleme tedavisi (lipit, hipertansiyon, diyabet tedavisi, kilo kontrolü, sigarayı bıraktırma stratejileri), psikososyal ve mesleki destek tedavisi, fiziksel aktivite önerileri ve egzersiz eğitiminden oluşmaktadır (Karapolat ve Durmaz 2008).

MI’den sonra korunma, ilk infarktüsü atlattıp hayatta kalan hastalarda olayın tekrarlamasının, komplikasyonların veya ölümün önlenmesidir. İkincil korunma, bilinen koroner kalp hastalığı bulunan, kardiyak sebepli ölüm ve tekrarlayan kardiyak olaylar açısından yüksek risk taşıyan hastalarda risk azaltımına odaklanır (Ades 2001; Durademir 1999).

Miyokard infarktüsü sonrası taburculuk planlaması yapılmamış ya da hasta ve ailesi bakım konusunda yeterli düzeye gelmemiş ise, hasta daha ciddi komplikasyonlar ile tekrar hastaneye dönmektedirler. Bu nedenle hastanın geri dönüşünü önlemek ve hastaların hastalıklarını anlamalarını sağlayarak tedavi süreci içine alabilmek için taburculuk planlamasının yapılması gerekir (Ekici 2004).

Taburculuk planlaması, kardiyak rehabilitasyonun bir parçasıdır. Kardiyak rehabilitasyonun temel amacı kişilerin yaşam kalitelerini geliştirmektir. Bu nedenle hastaların ulaşabilecekleri en üst fonksiyonel kapasiteye varmaları için çaba harcanmaktadır. Kapsamlı bir rehabilitasyon programı; risk faktörlerinin geciktirilmesi,

re-mobilizasyon, fiziksel ve psikososyal uyum ile ilgili aktiviteleri içerir. Bu aktivitelerin amacı, hastayı, önceki durumuna getirebilmek ya da aktif üretken bir yaşam için gerekli düzenlemeleri yapmaktır (Oğuz 2003).

Kardiyolog, hemşire, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanından oluşan kardiyak rehabilitasyon ekibinin ortak çabasıyla bireyin MI sonrası sürece uyumu sağlanır. Kardiyak rehabilitasyon ekibinin profesyonel desteği ile, hastalar uzun ve kaliteli bir yaşam sürdürebilirler (Oğuz 2003; Ünsar, Durna ve Süt 2004).

Hasta bakımında büyük rolü olan hemşirenin, MI geçirmiş hastaya bakım, izlem ve tedavi işlemlerini gerçekleştirirken doğacak eğitim fırsatlarını değerlendirebilecek en etkin ekip üyesi olduğu düşünülmektedir.

Hastanelerimizde MI geçirmiş hastalara taburcu olmadan önce ikincil koruma konusunda bilgi verilmekte, önerilerde bulunulmaktadır. Hastaların ev koşullarında ikincil korunmaya yönelik uygulamaları yaşam tarzı olarak benimsemeleri çok önemlidir ancak bu konudaki davranışları inceleyen bir bulgu bulunmamaktadır ve bu nedenle bu konuda yapılmış çalışmalara gereksinim vardır. Hastaların ikincil korunmaya yönelik davranışlarına ilişkin araştırma sonuçlarının hastalara uygulanacak taburculuk planlaması ve eğitim programları için yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma, MI geçirmiş hastaların ikincil korunmaya yönelik davranışlarını incelemek amacı ile planlandı.

YÖNTEM

Tanımlayıcı olarak planlanan çalışmanın evrenini 05 Şubat – 31 Mayıs 2004 tarihleri arasında İzmir ilindeki bir devlet ve bir üniversite hastanesinin Kardiyoloji Kliniklerine MI tanısı ile yatan veya taburculuk sonrası Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran hastalar oluşturdu. Bu hastalar arasından, araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 92 hasta araştırmanın örneklemine oluşturdu. Bu

iki hastane farklı sosyokültürel ve ekonomik düzeydeki hastalara ulaşmak amacı ile seçildi.

Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından ilgili literatür gözden geçirilerek hazırlanan soru formu kullanıldı. Soru formu, hastaların sosyo-demografik özellikleri (7 soru), hastalık bulguları (6 soru) ve ikincil korunma davranışlarını tanımlayan sorular (17 soru) olmak üzere toplam 30 sorudan oluşuyordu. Boy ve kilo ölçümü yapılamadığı için, BKİ ile ilgili değerlendirmenin hastaların bu konudaki bildirimleri ve fizik görünümleri doğrultusunda yapılmış olması araştırmanın sınırlılığdır.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde ki-kare önemlilik testi kullanıldı. Araştırma Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Etik Komitesi'nden ve hastane yönetimlerinden yazılı izin ve hastalardan sözlü onam alınarak gerçekleştirildi.

BULGULAR

Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hastaların %68.5'i erkek, %83.7'si 50 yaş üstünde, %59.8'i ilkökul ve altı eğitim almış, %82.6'sı evli, %52.2'si emekli, %93.5'inin geliri-giderine denkti. Hastalardan %28.2'si bir yıldan daha kısa bir süre önce, %37'si 1-5 yıl, %34.8'i 5 yıldan daha uzun bir süre önce MI geçirmişti.

Hastaların çoğunluğunun (%70.7) MI ile ilgili bilgi aldığı, bu bilgiyi %84.6'sının doktordan edindiği saptandı.

Hastaların %37'sinin 1-5 yıl arası, %34.8'inin 5 yıldan daha uzun bir süre önce MI geçirdikleri; %33.7'nin ailesinde MI öyküsü olduğu, bunların %58'ini anne-baba, %29'unu kardeşlerin oluşturduğu saptandı.

Hastaların %72.4'ünün en az bir risk faktörü taşımakta olduğu; %25'inin hipertansiyon, %42.5'inin fazla kilo sorunu olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Hastalıkları ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
MI Geçirme Süresi		
1 yılın altı	26	28.2
1-5 yıl arası	34	37.0
5 yıl üstü	32	34.8
Ailede MI Öyküsü		
Bulunan	31	33.7
Bulunmayan	61	66.3
Yakınlık Derecesi		
Anne-baba	18	58.0
Kardeş	9	29.0
Büyükanne/baba	4	13.0
Risk Faktörleri		
Risk faktörü yok	30	23.4
Diyabet	8	6.2
Hipertansiyon	23	18.0
Obesite	9	7.0
HL	1	0.8
Fazla kilo	39	30.5
Sigara	10	10.8
Stres	49	53.2
Fazla kilo/HT	11	8.6
Fazla kilo/DM	2	1.6
Obezite/HT	5	3.9
BKİ		
Normal kilolu	44	47.8
Fazla kilolu/obez	48	52.2

HL: Hiperlipidemi HT: Hipertansiyon DM: Diabetes mellitus

Hastaların İkincil Korunma Davranışlarına İlişkin Bulgular

Hastaneye kontrole gitme durumlarına bakıldığında, hekim önerisi doğrultusunda kontrole giden hastaların oranı %44.6, kendini iyi hissetmeyince gidenlerin oranı %27.2, ilaçları bittiğinde gidenlerin oranı ise %28.3'tü. Hastaların %42.4'ünün kendini kötü hissedince, %34.8'inin ise hekimin önerdiği sıklıkta tetkik yaptırıldığı, %87'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı saptandı. Hastaların %41.6'i düzenli ilaç kullanmama nedenlerini kurumsal nedenler olarak belirttiği, %54.4'ünün MI'den sonra sigarayı bıraktığı, %32.6'sının hiç sigara içmediği saptandı.

Tablo 2. Hastaların İkincil Korunmaya Yönelik Uygulamalarına Göre Dağılımı

Uygulamalar	Sayı	Yüzde
Kontrole Gitme Durumu		
Hekim önerisiyle	41	44.6
Kendi istediğinde	25	27.1
İlaçları bittiğinde	26	28.3
Tetkik Yaptırma Durumu		
Hiç yaptırmayan	21	22.8
Kendi istediğinde	39	42.4
Hekimin önerisiyle	32	34.8
İlaçlarını Düzenli Kullanma		
Kullanan	80	87.0
Kullanmayan	12	13.0
İlaç Kullanmama Nedenleri		
Önemsememe	3	25.0
Unutma	3	25.0
Kurumsal nedenler	5	41.6
Ekonomik nedenler	1	8.4
Sigara Kullanma Durumu		
MI'den sonra bırakan	50	54.4
MI'den sonra azaltan	4	4.3
Halen içen	6	6.5
Hiç içmeyen	30	32.6
MI'dan önce bırakan	2	2.2
Stresli Durumla Başetme		
Ortamdan uzaklaşan	31	33.7
Nefes egzersizi	11	12.0
Gerilip sinirlenen	49	53.2
Gülen	1	1.1
Egzersiz Yapma Durumu		
Her gün düzenli	25	27.2
Ara sıra	30	32.6
Hiç	37	40.2
Egzersiz Türleri		
Yürüyüş	50	90.9
Kültür- fizik	1	1.9
Yüzme	2	3.6
Bisiklete binme	2	3.6
Soğuk ve Sıcak Havadan Kaçınma		
Kaçınan	72	78.3
Kaçınmayan	20	21.7
Günlük Faaliyetleri Yavaş Yapma		
Kaçınan	63	68.5
Kaçınmayan	29	31.5
Düzenli Uyuma		
Uyuyan	60	65.2
Uyumayan	32	34.8
Konstipasyona Karşı Önlem Alma		
Alan	72	78.3
Almayan	20	21.7

Stresli bir durumla karşılaştıklarında; hastaların %33.7'sinin ortamdan uzaklaştığı, %53.3'ünün gerilip sınırlendiği; %40.2'sinin hiç egzersiz yapmadığı egzersiz yapan hastaların, %90.9'unun yürüyüş yaptığı saptandı.

Göğüs ağrısı olduğunda hastaların; %25'inin dinlenip geçmesini beklediği, %73.9'unun dilaltı yoluyla ilacı alıp geçmezse 15 dk. içinde hastaneye başvurduğu saptandı.

Hastaların ikincil korunmaya yönelik diğer uygulamalarına bakıldığında; %78.3'ünün soğuk, sıcak ve rüzgarlı havada dışarı çıkmaktan kaçındığı, %68.5'inin günlük faaliyetlerini daha yavaş hızda yaptığı, ani hareketlerden kaçındığı, %68.5'inin uyku düzeninin iyi olduğu, %78.3'ünün konstipasyona karşı önlem aldığı saptandı (Tablo 2).

Hastaların beslenme ile ilgili davranışları incelendiğinde; %32.6'sinin hiç tuz kullanmadığı, %20.7'sinin normal kullandığı, %39.1'inin az tuz kullandığı; %79.3'ünün hiç alkol almadığı, %20.7'sinin haftada ayda bir alkol aldığı; %41.3'ünün her gün, %50'sinin haftada bir, kuru baklagil tükettiği; %34.8'inin ayda bir-iki defa kırmızı et tükettiği, %42.4'ünün ise hiç tüketmediği saptandı. Hastaların %84.8'i hiç sakatat, salam, sucuk, pastırma tüketmediği, %69.6 haftada bir

yumurta tüketirken, %16.3'ünün hiç tüketmediği bulundu. Hastaların %57.6'sı her gün, %39.1'i haftada bir, derisi alınmış kümes hayvanı ve balık tüketmekte, hiç tüketmeyen ise bulunmamaktaydı. Hastaların %94.6'sı her gün sıvı yağ tüketirken, %85.9'unun hiç katı yağ tüketmediği, %92.4'ünün her gün sebze ve meyve tükettiği; her gün kızartma, kavrulmuş yağlı yiyecekler tüketen hasta bulunmadığı ve %33.7'sinin bu yiyecekleri ayda bir-iki kez tükettiği, %62'sinin hiç tüketmediği saptandı. Hastaların %31.5'inin her gün, %56.5'inin haftada bir ızgara/haşlanmış besinler tükettiği; %33.7'sinin ayda bir-iki defa tatlı pasta çikolata tükettiği, %50'sinin hiç tüketmediği; %73.9'unun hiç hazır gıda tüketmediği saptandı.

Hastaların Demografik Özelliklerine Göre İkincil Korunma Davranışları

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda hastaların yaş gruplarına göre; kontrole gitme, tetkik yaptırma, egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Elli yaş ve üstündeki hastaların fazla kilolu/obez olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (Tablo 3).

Hastaların eğitim düzeylerine göre; tetkik yaptırma durumları, beden kitle indeksleri ve egzersiz yapma

Tablo 3. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre İkincil Korunma Davranışları

BKİ	50 Yaş ve altı		50 Yaş ve üstü		X ² = 5.561 P < 0.05		
	3	3.3	41	44.6			
Normal kilolu	3	3.3	41	44.6	X ² = 5.561 P < 0.05		
Fazla kilolu/Obez	12	13.0	36	39.1			
Egzersiz Yapma	Erkek		Kadın		X ² = 12.127 P < 0.05		
	1	1.1	24	26.1			
Her gün düzenli	1	1.1	24	26.1	X ² = 12.127 P < 0.05		
Ara sıra	12	13.0	18	19.6			
Hiç	16	17.4	21	22.8			
Kontrole Gitme Durumu	İlkokul ve altı		Ortaokul/lise		Fak./Yük.okul		X ² = 7.398 P < 0.05
	15	17.4	16	17.4	9	9.8	
Hekim önerdiğinde	15	17.4	16	17.4	9	9.8	X ² = 7.398 P < 0.05
İyi hissetmeyince	15	18.5	6	7.6	1	1.1	
İlaçlar bittiğinde	22	23.	4	4.	-	-	

durumları arasında anlamlı fark bulunmazken; eğitim durumlarına göre hastaların kontrole gitme durumları arasında fark olduğu saptandı (Tablo 3).

Hastaların cinsiyetlerine göre kontrole gitme durumları, tetkik yaptırma durumları, beden kitle indeksleri arasında anlamlı fark bulunmazken; cinsiyet ile egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 3) .

Hastaların MI geçirme sürelerine göre kontrole gitme, tetkik yaptırma, beden kitle indeksleri ve egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

TARTIŞMA

Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Hastanın hastaneye kabulü ile başlayan kardiyak rehabilitasyonla hastaların risk faktörleri tanılanmalı ve risk faktörlerinin modifikasyonuna odaklanılmalıdır. Rehabilitasyonda başarının anahtarı hasta ve ailesinin programda aktif olarak rol almalarıdır. Rehabilitasyon ekibinde hemşirenin rolü, toplantıların organizasyonu, hasta ve ailenin eğitimi, egzersiz için rehberlik yapmak ve en önemlisi ekibin koordinasyon halinde çalışmasını sağlamaktır (Badır ve Korkmaz 2010).

Bu çalışmada, hastaların büyük çoğunluğu MI konusunda doktorlardan bilgi edinirken, hemşire ve basılı kaynaklardan bilgi edinme oranının çok düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, çalışmanın yapıldığı kurumlarda hasta bilgilendirme ve eğitiminin hekimler tarafından yapıldığını, hemşirelerin taburculuk eğitimine yeterli önemi vermediklerini ve hasta eğitiminde etkin rol almadıklarını düşündürmektedir. Hastaların çoğunluğunun ilkokul ve altı eğitim almış olmalarının basılı kaynaklardan çok az yararlanmalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

KAH'ında genetik geçişin önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Hastaların %33.7'sinin ailesinde KAH öyküsünün bulunması gibi içsel risk faktörlerinin varlığı ikincil korumanın önemini arttırmaktadır. Ül-

kemizde yapılan çalışmalarda bu oran %38-44 arasında bulunmuştur (Bulut 2000; Şenol 2000).

Hastaların yarısından çoğu (%52.2)'nun önemli bir risk faktörü olan fazla kilo/ obezite sorunlarının olduğu görülmektedir. Obezitenin çeşitli hastalıklarla ilişkisi bilinmekte olup morbidite ve mortaliteyi artırıcı etkisi de ortaya konulmuştur. Fazla kilolu olma Avrupa Bölgesinde her yıl 1 milyondan fazla ölümün ve hasta olarak geçirilen 12 milyon yaşam yılının sorumlusudur (Sağlık Bakanlığı 2010-2014).

Hastaların İkincil Korunma Davranışlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Hastaların çoğunluğunun en az bir risk faktörü taşıdığı, fazla kilo/obezite ve hipertansiyon, sigaranın hastaların sahip olduğu başlıca risk faktörleri olduğu görülmektedir. Bir kalp damar hastasında dikkati çeken nokta sıklıkla çok sayıda risk faktörünün bir arada bulunmasıdır. Bu hastalarda üç veya daha fazla risk faktörünün bir arada bulunma ihtimali bu faktörlerin şans eseri bir arada bulunma ihtimallerinden dört kat daha fazla olasılıkta gerçekleşmektedir. Bu durum risk faktörleri arasında da ciddi etkileşimler olduğunu düşündüren önemli bir bulgudur. Diğer yandan risk faktörlerinin bir araya gelmesi sonucunda ortaya çıkan risk, ayrı ayrı bulunmalarından kaynaklanan riskin toplamından daha büyüktür (Güleç 2009). Bunların ikincil koruma ile kontrol altına alınabilecek dışsal faktörler olması ikincil korumanın önemini daha çok ortaya koymaktadır.

Perers ve ark. (2006)'nın çalışmasında da sigara, hipertansiyon, diyabet, anjina ve kronik hastalığı olan koroner arter hastalarının yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Redfern, Ellis Briffa ve Freedman (2007)'in Avustralya'da yaptığı çalışmada, kardiyak rehabilitasyon programına katılmayan koroner arter hastalarında, katılan gruba göre risk faktörü sayısı fazla, yaşam kalitesi ve risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyi düşük bulunmuştur.

Ülkemizde hipertansiyon oldukça yaygın bir sorundur. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen 2004 yılında yapılan Türkiye'nin Hastalık Yükü çalışmasında, Türkiye'de her dört ölümden birinin nedeninin hipertansiyon

olduğu belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2004). PatenT (Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey) çalışması verileri ve HinT (Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması) çalışması verileri, Türkiye’de hipertansiyonun son derece sık ancak yeterince tedavi edilmeyen bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Hipertansiyon kontrol oranı, tüm hipertansiflerde 2003 verilerine göre (PatenT) %8 iken, 2007 verilerine göre (HinT) %14’tür; antihipertansif tedavi alanlarda 2003 verilerine göre (PatenT) %20, 2007 verilerine göre (HinT) %27’dir (Altun ve ark. 2005; Arıcı ve ark. 2010). Kocaeli’de yapılan hipertansiyon çalışmasında da aynı sonuçlara ulaşılmıştır (Sarıışık, Oğuz ve Uzunlulu 2009).

Türkiye’de yetişkinlerde obezite prevalansını geniş çapta araştıran dört büyük çalışma bulunmaktadır. Türkiye’de TEKHARF, Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA), Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) Çalışması ve TOAD-Türkiye Obezite Profili Çalışmasıdır (Sağlık Bakanlığı 2010-2014). Tüm çalışmalarda obezite oranı yüksek bulunurken, 2010 yılında ön sonuçları açıklanan TURDEP III çalışmasında Türkiye’de obezite sıklığı %32 bulunmuştur. Sonuç olarak 1998’de yapılan TURDEP-I’e göre, yeni tamamlanan TURDEP-II çalışmasında Türkiye’de 12 yılda, obezite %44 artmıştır. (TURDEP II 2010).

Avrupa ülkelerinde yapılan geniş kapsamlı çalışmalarda MI sonrası hastaların benzer riskleri taşıdıkları saptanmıştır (Demirtaş 2002; Kotseva ve ark. 2009; Reimer, Swart ve Bacquer 2006; Worcester, Stojcevski, Murphy ve Goble 2003).

Hastaların çoğunluğunun kendini kötü hissedince veya ihtiyaç duyunca kontrole gitmesi ve tetkik yaptırması hastaların hekimleriyle yeterince işbirliği yapmadıklarını, hekim önerileri doğrultusunda değil kendi sağlık algıları doğrultusunda hareket ettiklerini göstermektedir. Bu durumun, kontrole gitmenin önemini farkında olmama veya kurumdan kaynaklanan nedenlerle ilgili (polikliniklerde uzun süre sıra bekleme, sıra almama v.b.) olabileceği düşünülmektedir.

Düzenli ilaç kullanımının ani kardiyak ölümden belirgin azalma sağlandığı, infarktüs sonrasında sol ventrikül disfonksiyonu olan hastalarda morbidite ve mortaliteyi olumlu etkilediği belirtilmektedir. Bu nedenle, koroner arter hastalığının uzun süreli tedavisinde ilaçların düzenli kullanılması gerekir (Demirtaş 2002; Enar 2007; Koylan 2002). Bu çalışmada Düzenli ilaç kullanmayan hastaların oranı (%13) düşük olmakla birlikte bu hastaların MI gelişme riski altında olmaları nedeniyle önemli bir sorundur. Hastalar düzenli ilaç kullanmama nedeni olarak en yüksek oranda hizmete ulaşma güçlüğü belirtmişlerdir.

Psikososyal stresler akut MI riskini artırır (Narayan 2005). Hastaların çoğunluğunun (%53.3) stresle baş etme güçlüğü yaşadığı görülmektedir. İsveç’te kadınların ilk MI sonrası sosyal desteklerinin 4 yıl izlendiği bir çalışmada; MI sonrasında kadınların bir yıldan uzun süre boyunca desteğe ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Çalışmada kardiyak rehabilitasyon programına katılmayan kadınlar 4 yıllık dönem boyunca profesyonel desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (Wieslander, Baigi, Turesson ve Fridlung 2002).

Hastalar maksimal çalışma kapasitesini ve maksimal oksijen kullanma kapasitesini arttırmak, göğüs ağrısı sıklığını azaltmak, kalp hızı ve kan basıncını düzeltmek amacıyla egzersiz yapmalıdır (Demirtaş 2002).

Sedanter yaşam tarzı, erken ölüm riskinin iki katına yükselmesi ve daha yüksek KVVH (Kardiyovasküler Hastalık) riskiyle ilişkilidir. Erişkin yaşam boyunca sedanter yaşam tarzından kaçınılması, toplam yaşam beklentisini ve KVVH’sız yaşam beklentisini (1.3-3.5 yıl) uzatabilir. Fiziksel antrenmanların aterosklerozun seyri üzerinde çok çeşitli yararlı etkileri vardır ve toplam mortalitede %20-25 oranında azalmayla sonuçlanmaktadır (ESC 2008b).

Bu çalışmada, düzenli egzersiz yapan hastaların oranının düşük olduğu ve hastaların en fazla yaptığı egzersizin yürüyüş olduğu bulunmuştur. Yürüyüşün her koşulda yapılabilir bir egzersiz olması nedeniyle hastalar tarafından tercih edildiği düşünülmektedir. Hastalarda en yüksek oranda görülen risk faktörünün fazla

kilo/obezite olması egzersiz yapma alışkanlığının geliştirilmesinin önemini de ortaya koymaktadır. Hastalara erken mobilizasyon ve rehabilitasyon programının bir parçası olarak verilen eğitim ve ev programlarının etkinliğinin araştırıldığı 304 hastanın on yıl izlendiği bir çalışmada hastaların risk faktörlerini değiştirme yönünde başarılı olduğu gözlenmiştir (Gürses 2002).

Hastaların çoğunluğunun göğüs ağrısıyla baş etme, olumsuz hava koşullarından korunma, günlük faaliyetleri yerine getirme, konstipasyonla baş etme konusunda bilinçli olduğu, uyku düzeni sağlama konusunda ise görece olarak sorun yaşadıkları görülmektedir.

Hastaların beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; büyük çoğunluğun diyet konusunda bilinçli oldukları görülmektedir. Nitekim, hastaların sadece %0.8'nin kolesterol yüksekliği sorununun olması bu görüşü desteklemektedir.

Ancak bu çalışmanın aksine TEKHARF 2003-2004 katılımcılarının beslenmesinde, günlük enerji içindeki karbonhidrat içeriği ile Türk toplumunun temel besin kaynağı olarak bilinen tahıl ve tahıl ürünlerinin ve kurubaklagillerin tüketimi son 10-20 yılda azalmış, taze meyve ve şeker tüketimi artmış, enerji içindeki yağ ve görünmeyen yağ paylarında da artış olduğu saptanmıştır (Arslan ve ark. 2006).

Hastalara verilen bilginin yanı sıra ekonomik koşulların, coğrafi bölgenin ve tencerede pişen yemek tüketme alışkanlığının sebze, kuru baklagil ağırlıklı beslenmeyi olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Hastaların Demografik Özelliklerine Göre İkincil Korunma Davranışları İlişkisinin İncelenmesi

Bu çalışmada, egzersiz yapan hastaların oranının düşük, hastaların büyük çoğunluğunun 50 ve üzeri yaş grubunda olmalarının da fazla kilo/obezite sorununu etkileyen etmenler olduğu düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 7 coğrafik bölgeden seçilen 7 ilde 30 yaş üstü 15.468 bireyde yapılan "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım (SBKK)" çalışmasında bireylerin fiziksel aktivite alışkanlığı da sorgulanmış ve bireylerin sadece %3.5'i düzenli (haftada en az 3 gün, 30

dakika orta şiddette) fiziksel aktivite yaptıklarını beyan etmişlerdir. Ayrıca, Ulusal Hane Halkı Araştırmasına göre (beş bölge 18 yaş üstü 11.481 bireyde) ise ülkemizde bireylerin %20.32'sinin hareketsiz yaşadığı, %15.99'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2010-2014).

Her gün düzenli egzersiz yapan erkek hasta oranının kadınlardan yüksek olmasının kadınların ev işi, ev gezmeleri gibi nedenlerle zamanlarını çoğunlukla evde geçirmeleri ve egzersiz için vakit ayırmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. TEKHARF Çalışması'nda genelde erkeklerin fiziksel aktivitelerinin kadınlardan %11 kadar daha yüksek olduğu saptanmıştır. İrlanda'da yapılan ulusal çalışmada, kadınlar ve erkekler arasında aktivite seçimi açısından farklılık olmasına rağmen yaklaşık aynı düzeyde aktivitede buldukları rapor edilmiştir. Kanada'da yapılan ulusal çalışmada ise, erkeklerin kadınlara göre aktif olduğu bulunmuştur (Özcan, Bozdemir ve Saatçi 2002).

Fakülte/yüksekokul mezunu hastaların büyük çoğunluğunun diğer hastalara göre hekim önerisiyle daha fazla kontrole gittikleri görülmüştür. Eğitim düzeyinin, hastaların kontrole gitmenin önemine ilişkin farkındalığını arttırdığı söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bulguların sonucunda; hastaların bazı ikincil korunma davranışlarının yeterli olmadığı, bu konuda eğitim ve izlemeye gereksinimleri olduğu kanısına varılmıştır. Her gün düzenli egzersiz yapan erkek hasta oranının kadınlardan yüksek olduğu, fakülte/yüksekokul mezunu hastaların diğer hastalara göre hekim önerisiyle daha fazla kontrole gittikleri, hastaların MI geçirme sürelerinin ikincil korunma davranışlarını etkilemediği bulunmuştur.

Hastalara ikincil korunma konusunda eğitim, takip, tetkik hizmetleri sunacak ve hizmete ulaşmayı kolaylaştıracak polikliniklerin oluşturulması; hemşirelerin hasta eğitiminde etkin rol almalarının sağlanması ve ikincil korunma konusunda hastalara yönelik uygulamaların olumlu ve eksik yönlerini saptamak için, daha geniş örneklemli araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ades, P. (2001). Kardiyak rehabilitasyon ve koroner kalp hastalığının sekonder önlenmesi. *Literatür Dergi Eki*, Kasım 1-9.
- Altun, B. ve ark. (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of Hypertension*, 23: 1817-1823.
- Arıcı, M. ve ark. (2010). Hypertension incidence in Turkey (HinT): A population-based study. *Journal of Hypertension*, 28: 240-244.
- Arslan, P. ve ark. (2006). TEKHARF 2003-2004 taraması katılımcılarının genel beslenme örüntüsü ve beslenme alışkanlıkları. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 34(6): 331-339.
- Badır, A., Korkmaz, F. D. (2010). Koroner arter hastalıkları. Karadokvan, A., Aslan F. E. (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Nobel Kitabevi, Adana, 510-512.
- Bulut, H. (2000). Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde MI tanısı ile yatan hastaların hastalığına ilişkin bilgi düzeyleri. *Yayınlanmamış Lisans Tezi*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir.
- Butler, J. (2002). Akut miyokard infarktüsü tedavisi. *Sendrom*, 2: 1-7.
- Demirtaş, E. (2002). Koroner kalp hastalığında primer ve sekonder koruma. *Türkiye Klinikleri Yayını*, 13: 75-82.
- Durademir, A. (1999). Akut miyokard infarktüsü sonrası ikinci faz kardiyak rehabilitasyon. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 3(1): 31-34.
- Ekici, B. (2004). Hastanın taburcu edilmesi ve çocuğun taburculuğuna yönelik bakım standardı oluşturma. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(1): 12-16.
- Enar, R. (2007). Temel Kardiyoloji Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar. Nobel Tıp Kitabevleri, Nobel matbaacılık, İstanbul, 557-559.
- ESC Kılavuzları (2008a). ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavi Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 1, 90-152.
- ESC Kılavuzları (2008b). Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu: Özet. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 1, 153-192.
- Güleç, S. (2009). Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 37(2): 1-10.
- Gürses, N. (2002). Akut miyokard infarktüsü sonrası rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri Yayını*, 15: 357-361.
- Karapolat, H., Durmaz, B. (2008). Kardiyak rehabilitasyonda egzersiz. *Anadolu Kardiyol Derg.*, 8: 51-57.
- Kıvanç, M., Bozkurt, G. (2002). Miyokard infarktüsü sonrasında hastaların cinsel yaşam aktiviteleri ile ilgili endişeleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 6(2): 90-93.
- Kotseva, K., ve ark. (2009). EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: A comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*, 373: 929-940.
- Koylan, N. (2002). Akut miyokard infarktüsü sonrasında risk belirlenmesi kronik koroner kalp hastalığının tedavisinde bireysel yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Yayını*, 13: 25-28.
- Narayan, V. K. M. (2005). Psychosocial risk factors for acute miocard infarction. *Clinical Diabetes*, 23(1): 35-36.
- Oğuz, S. (2003) Kardiyak Rehabilitasyon. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6(4): 14-18.
- Onat, A. ve ark. (2010). TEKHARF 2009 taraması: Kırsal kesim ve kentlerde benzer kardiyovasküler ölüm riski. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 38(3): 159-163.
- Özcan, S., Bozdemir, N., Saatçi, E. (2002). Kalp sağlığı taraması için başvuran erişkinlerin fiziksel aktivite durumları ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(2): 7-16.
- Perers, E. ve ark. (2006). Low risk is associated with poorer quality of life than high risk following acute coronary syndrome. *Coronary Artery Disease*, 17(6): 501-510.
- Redfern, J., Ellis, E. R., Briffa, T., Freedman, S. B. (2007). High risk-factor level and low risk-factor knowledge in patients not accessing cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. *MJA*, 186(1): 21-25.
- Reimer, W., Swart, E., Bacquer, D. (2006). Smoking behaviour in European patients with established coronary heart disease. *European Heart Journal*, 27: 35-41.
- Sağlık Bakanlığı (2004). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200704061339590.NBDtr.pdf>
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/home/turkiye_obezite_sismanlik_ile_mucadele_ve_kontrolprogrami_2010_2014.pdf
- Sarıışık, A., Oğuz, A., Uzunlulu, M. (2009). Control of hypertension in Turkey – Is it improving? The Kocaeli 2 study. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 37(6): 13-16.
- Şenol, D. (2000). İlk kez MI tanısıyla hastaneye yatan hastalarda, hastalığı ve taburculuğu ile ilgili bilgilendirme durumları. *Yayınlanmamış Lisans Tezi*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir.

TURDEP-II Sonuçlarının Özeti (2010). http://www.itf.istanbul.edu.tr/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf

Ünsar, S., Durna, Z., Süt, N. (2004). Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(2): 27-40.

Worcester, M., Stojcevski, Z., Murphy, B., Goble, A. J. (2003). Factors associated with non-attendance at secondary prevention clinic

for cardiac patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2151: 157.

Wieslander, I., Baigi, A., Turesson, C., Fridlung, B. (2005). Women's social support and social network after their first myocardial infarction: A 4-year follow-up with focus on cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4: 278-285.