

**K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN MİYOKARD İNFARKTÜSÜ (KALP
KRİZİ) HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ ve KORUNMA
DAVRANIŞLARI**

Nermin BASRİ

**Acil Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**LEFKOŞA
2017**

K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN MİYOKARD İNFARKTÜSÜ (KALP
KRİZİ) HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ ve KORUNMA
DAVRANIŞLARI**

Nermin BASRI

Acil Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr.İkbal ÇAVDAR

LEFKOŞA
2017

NAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma, jürimiz tarafından **ACİL HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMINDA BİLİM UZMANLIĞI TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Doç. Dr. Ümran Dal YILMAZ

Yakın Doğu Üniversitesi

Üye (Danışman):

Doç. Dr. İkbâl ÇAVDAR

İstanbul Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Aysel GÜRKAN

Marmara Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir

Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür

TEŞEKKÜR

Öğrenimim boyunca çalışmamın her aşamasında, her konuda desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve çalışmamın planlanmasında, sürdürülmesinde, rapor edilmesinde sabırla, sürekli katkı veren tez danışmanım Sayın Doç. Dr. İkbâl ÇAVDAR'a, tez jürimde bulunarak bana destek veren sayın hocalarım, Doç. Dr. Ümran Dal YILMAZ'a ve Doç. Dr. Aysel GÜRKAN'a, teşekkürlerimi sunuyorum.

Tüm eğitimim boyunca bir an olsun maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen ve her zaman yanımda olan beni gururlandıran canımdan çok sevdiğim babam Salih BASRİ'ye, annem Özlem BASRİ'ye ve kardeşlerime de çok teşekkür ediyorum.

Çalışmam boyunca bioistatistik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan çok sevgili hocam Doç. Dr. İlker ETİKAN'a ve Sedat Yüce'ye çok teşekkürlerimi sunuyorum.

Nermin BASRİ

ÖZET

Basri, N. 18 Yaş Üstü Bireylerin Miyokardİnfarktüsü (Kalp Krizi) Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Korunma Davranışları. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa, 2017.

Araştırmamız Geçitkale Belediyesi ve Geçitkale Belediyesine bağlı köylerde yaşayan 18 yaş üzeri bireylerin Miyokardİnfarktüsü (Kalp Krizi) Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Korunma Davranışlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde bulunan Geçitkale Belediyesi ve Belediye ye bağlı köylerde yaşayan 18 yaş üzerindeki 2299 birey oluşturmuştur. Araştırma evreninin tamamına ulaşılması zor olduğundan dolayı evreni temsil edecek şekilde basit tesadüfi örnekleme yöntemi ve evreni bilinen örnekleme formülü kullanılarak örneklem 329 olarak belirlenmiştir. Araştırma verileri Aralık 2016 – Ocak 2017 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formu aracılığı ile toplanmıştır. Bilgi formu bireylerin tanımlayıcı özelliklerini içeren 28 soru ve kalp krizi ve korunma davranışlarına ait 6 soru olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formundan elde edilen verilerin analizinde Statistical PackageforSocialScience (SPSS 21,0) istatistiksel veri analizi paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların 176'ı kadın, 153'ü erkek, %19,15'i (n=63) 30 yaş ve altı, %24,92'si (n=82) 51-60 yaş grubunda yer almaktadır. Katılımcıların kalp krizi risk faktörlerine ilişkin ilk 3 sırada en çok belirttikleri risk faktörü şişmanlık, stres ve sigara tüketimi olarak bulunmuştur. Katılımcıların kalp krizi belirtilerinden ise en fazla belirttikleri kalp krizi belirtileri, göğüs ağrısı, göğüste baskı, yanma şeklinde ağrının varolması, soğuk terleme ve zor nefes alıp vermek olduğu saptanmıştır. 50 yaş ve altı katılımcıların kalp krizinin tanımını bilme oranı, 50 yaş ve üstü katılımcılara göre daha yüksek, kadın bireylerin erkek bireylere göre kalp krizi risk faktörlerini bilme durumları ve erkek bireylerin yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde hastanın kalbi durmuş ise kalp masajı yapacağını ifade etme oranları kadın bireylere göre anlamlı bulunmuştur. Güncel bilgiler ışığında halka kalp krizi hakkında eğitimlerin, sertifika programlarının artırılması, güncel bilgiler ışığında halka, uzman kişiler tarafından kalp masajı uygulamasına yönelik eğitimler düzenlemesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Miyokardİnfarktüsü, Toplum Eğitimi, Bilgi Düzeyi, Korunma

ABSTRACT

Basri, N. Knowledge Levels and Prevention Behaviours of People Over Eighteen Years Old about Myocardial Infarction (Heart Attack) Near East University, Institute of Medical Science, Emergency Nursing Graduate Program, Postgraduate Thesis. Nicosia, 2017.

Our research has been done descriptively to determine knowledge levels and prevention behaviours of people over eighteen years old about myocardial infarction (heart attack) in Gecitkale Municipality and in the villages of Gecitkale Municipality. The target population of the study has been the 2299 people over eighteen years old in Gecitkale Municipality and in the villages of Gecitkale Municipality, Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Sample has been identified as 329 by using simple random sampling method and target known sampling formula due to the difficulties of reaching the whole target. Research data was collected by the researcher with the information form, developed by the researcher between December 2016 and January 2017. Information form is 33 questions, 28 questions about descriptive characteristics of individuals and 6 questions about heart attack and prevention behaviours. Statistical Package for Social Science (SPSS 21,0) was used to analyse the data obtained from the survey form which was used as data collectors in this survey. 176 of participants were female, 153 of them were male. %19,15 (n=63) of them were in the group of 30 years and under, %24,92 (n=82) of them were in the group of between 51 and 60. Obesity, stress and smoking are found as the most known risk factors of the most common three heart attack risk factors of participants. The well known heart attack symptoms observed from the participants were chest pain, pressure on the chest, presence of heartburn, diaphoresis and difficulty in breathing. The rate of knowing the definition of heart attack among the participants 50 years old and below was higher than those 50 years old and over. Knowledge about the heart attack risk factors among the female participants comparing to the male participants is higher however, the performance of cardiac massage following cardiac arrest in case of a heart attack was acknowledged by more of the male participants than the female. It is suggested to increase the education and certificate programmes and training about heart massage by experts to the public about heart attack according to the up to date information.

Key Words: Myocardial Infarction, Community Education, Knowledge Level, Prevention

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY SAYFASI

iii

TEŞEKKÜR

iv

ÖZET

v

ABSTRACT

vi

İÇİNDEKİLER

vii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

xi

TABLolar DİZİNİ

xii

1. GİRİŞ

1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

1

1.2. Araştırmanın Amacı

4

2. GENEL BİLGİLER 5**2.1. Koroner Arter Hastalığı**

5

2.2. Koroner Arter Hastalığı ve Miyokardİnfarktüsünün Epidemiyolojisi

6

2.3. Miyokardİnfarktüsünün Tanımı

7

2.4. Miyokardİnfarktüsünün Etiyolojisi ve Patofizyolojisi

8

2.4.1. Miyokardİnfarktüsünün Risk Faktörleri

8

2.4.2. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

9

2.4.3. Değiştirilebilen Risk Faktörleri

11

2.6. Miyokardİnfarktüsü Belirti ve Bulguları

17

2.7. Miyokardİnfarktüsü Tanı ve Tedavi Yöntemleri

18

2.8. Miyokardİnfarktüsü Geçiren Kişiyeye Yaklaşım

20

2.9. Akut Miyokardİnfarktüsü Komplikasyonları

20

2.10. Koroner Arter Hastalığından ve Miyokardİnfarktüsünden Korunmak İçin Dikkat Edilmesi Gerekenler

20

Sayfa**2.11. Koroner Arter Hastalığı ve Hemşirenin Rolü**

22

3. GEREÇ VE YÖNTEM

24

3.1. Araştırmanın Türü

24

3.2. Araştırma Soruları

24

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

24

3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem	24
3.5.	Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	25
3.6.	Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.7.	Araştırmanın Etik İlkeleri	26
3.8.	Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	26
4.	BULGULAR	27
5.	TARTIŞMA	58
5.1.	Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	58
5.2.	Katılımcıların Kalp Krizi ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Korunma Davranışları	60
5.3.	Katılımcıların Kalp Krizi ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Korunma Davranışlarının Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması	64
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	67
6.1.	Sonuçlar	67
6.2.	Öneriler	68

KAYNAKLAR

EKLER

EK 1: Veri Toplama Formu

EK 2: Etik Kurul İzni

Ek 3: Geçitkale Belediyesi Belediye Başkanının İzni

EK 4:Aydınlatılmış Onam Formu

EK 5:Özgeçmiş

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHA AmericanHeartAssociation (Amerikan Kalp Birliği)

AKS Akut Koroner Sendrom

AMI Akut Miyokardİnfarktüsü

BKI Beden Kitle İndeksi

CK KreatinKinaz

DALY Disability-Adjusted Life Year (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları)

DASH DietaryApproachesto Stop Hypertension (Hipertansiyonu Engelleyici Diyet Uygulaması)

DM DiabetesMellitus

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

EKG Elektrokardiyografi

HDL High DensityLipoprotein(Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)

HT Hipertansiyon

KAH Koroner Arter Hastalığı

KB Kan Basıncı

KKH Koroner Kalp Hastalığı

KKTCKuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

KVH Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL LowDensityLipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)

MI MiyokardInfarktüsü

NCEP ATP NationalCentersforEnvironmentalPrediction(Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli)

NSTEMI ST Yükselmez (Elevasyonsuz)MiyokardInfarktüsü

STEMI ST Yükselmeli (Elevasyonlu)MiyokardInfarktüsü

UKPDS UK Prospective Diabetes Study (İngiltere Prospektif Diyabet Çalışması)

USAP Unstable Angina Pectoris (Kararsız Angina Pectoris)

TEKHARF Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

TRNC Turkish Republic of Northern Cyprus (Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti)

VF Ventriküler Fibrilasyon

VT Ventriküler Taşikardi

WHO World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
4.1. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BKİ) Gruplarının Dağılımı	28
4.2. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumlarının Dağılımı	31
4.3. Katılımcıların Yanlarında Birinin Kalp Krizi Geçirmesi Durumlarının Dağılımı	37
4.4. Katılımcıların Ambulansın Numarasını Bilme Durumlarının Dağılımı	37

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	27
4.2. Katılımcıların Sağlık Durumları	29
4.3. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumları	30
4.4. Katılımcıların Kalp Krizi Konusunda Eğitim Alma Durumları	33
4.5. Katılımcıların Kalp Krizi Risk Faktörlerine İlişkin Görüşleri	34
4.6. Katılımcıların Kalp Krizinde Korunma Davranışları	35

4.7.	Katılımcıların Kalp Krizi Belirtilerine İlişkin Görüşleri	35
4.8.	Katılımcıların Vücutlarındaki Gerçekleşen Değişikliklerin Kalp Krizi Olduğunu Düşünme Durumları	36
4.9.	Katılımcıların Yanlarında Birinin Kalp Krizi Geçirmesi Halinde Gösterecekleri Davranışları	38
4.10.	Katılımcıların Cinsiyetlerine, Yaş Gruplarına ve Kalp Masajı Hakkında Bilgi Alma Durumlarına Göre Kalp Krizinin Tanımını Bilme Dağılımının Karşılaştırılması	39
4.11.	Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Kalp Krizi Risk Faktörlerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	40
4.12.	Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Kalp Krizi Belirtilerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	42
4.13.	Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yanlarında Birinin Kalp Krizi Geçirmesi Halinde Gösterecekleri Davranışlarının Karşılaştırılması	44
4.14.	Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kalp Krizi Risk Faktörlerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	46
4.15.	Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kalp Krizi Belirtilerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	48
4.16.	Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Yanlarında Birinin Kalp Krizi Geçirmesi Halinde Gösterecekleri Davranışların Karşılaştırılması	50

Sayfa

4.17.	Katılımcıların Kalp Masajı ile İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Kalp Krizi Risk Faktörlerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	52
4.18.	Katılımcıların Kalp Masajı ile İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Kalp Krizi Belirtilerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	54
4.19.	Katılımcıların Kalp Masajı ile İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Yanlarında Birinin Kalp Krizi Geçirmesi Halinde Gösterecekleri Davranışlarının Karşılaştırılması	56

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Kardiyak problemler, gelişmiş ülkelerde erken ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Ani ölümlerin yarısı Kardiyovasküler Hastalıklar(KVH) nedeniyle meydana gelmektedir (Doğu ve diğ.2015). Vasküler sisteme ait aterosklerotik sürecin sonuçlarıyla bağlantılı hastalıklar, genel nüfusta çok fazla görülen morbidite ve mortalite nedenleridir (Demircan, 2012). KVH, bir çok kişinin yaşam kalitesini azaltmakta ve toplumda çok fazla görülen bir sağlık sorunu olarak nitelendirilmektedir (Olgun ve diğ.,2010).

KVH, kalp ve dolaşım sisteminin tüm hastalıklarını kapsamaktadır (Çoşansu ve Arı, 2009). Dünyadaki ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alan (Çoşansu ve Arı, 2009) KVH olarak bilinen durumlar içinde, Koroner Arter Hastalığı (KAH), Serebrovasküler Hastalıklar (inme, geçici iskemik atak), Periferik Damar Hastalıkları ile Aort Anevrizmaları yer almaktadır (Demircan, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 yılına ait verilerine göre, yılda 17.5 milyon insan KVH nedeniyle kaybedilmektedir. Yine DSÖ 2012 yılı verilerine göre, dünya çapında ölümlerin %31'i KVH sonucu meydana gelmektedir. Bu ölümlerin yılda 7.4 milyonu Koroner Kalp Hastalıkları (KKH), 6.4 milyonu ise inme nedeniyle meydana gelmektedir (WHO Media Centre, 2016). KKH başka bir ifadeyle, koroner sendromlar ya da Koroner Arter Hastalığı (KAH); kararsız angina pectoris (USAP), ST yükselmesiz (elevasyonsuz) miyokard infarktüsü (NSTEMI) ve ST yükselmeli (elevasyonlu) miyokard infarktüsü (STEMI)'nden oluşan ciddi ve hayatı tehdit eden önemli bir klinik tablodur (Keleş, 2015). KVH'nın 2/3'ü Miyokard Infarktüsü (MI) olarak karşımıza çıkmaktadır (Olgun ve diğ., 2010). MI, KAH içerisinde en yaygın olarak ortaya çıkan hastalık olduğu veson 30 yıl süresince en sık karşılaşılan mortalite nedenleri arasında yer aldığı bildirilmektedir (Türkmen ve Çam, 2012). KAH temelinde gelişen Akut Miyokard Infarktüsü (AMI), kronik hastalıklara yol açmakla birlikte hayatı tehdit eden, ölümcül, toplum sağlığını olumsuz etkileyebilen klinik bir tablodur (Hacıaloğlu ve diğ., 2011; Olgun ve diğ., 2010). 2012 yılında bulaşıcı olmayan hastalık ölümlerinde KVH 17.5 milyon (%46.2) ile önde gelen nedeni oluşturarak ölüm nedenlerini 8.2 milyon (%21.7) ile kanser, 4 milyon (10.7)

ile kronik solunum rahatsızlıkları(KOAH,astım) ve 1.5 milyon (%4) ile diyabet takip etmektedir (Global Statüs Report on Noncommunicable Disease,2014).

Yapılan çalışmalar, kişilerin yaşam tarzı değişiklikleriyle yaşam kalitesinin artırılabilceğini vurgulamaktadır.Olgun ve diğ. (2010) yaptığı çalışmada hastaların %37.3'ünün sigarayı bırakmış olmalarının MI gibi bir sağlık sorunun yaşam tarzının düzenlenmesiyle kontrol altına alınabileceği sonucuna ulaşılmıştır.Çalışmalara göre sigara tüketimi ile KVV insidansının yükseldiği ve bu nedenle meydana gelen ölümlerin de çok fazla olduğu ortaya çıkmıştır.Son zamanlarda KVV hakkında her ne kadar farkındalık artsa da, risk faktörleri ile mücadele konusunda ne kadar çalışma yapılsada hem gelişmiş hemde gelişmekte olan ülkelerde en sık karşılaşılan ölüm nedeni yine KVV'dır.Primer kişilerin sahip olduğu risk faktörlerinin önceden belirlenerek gerekli önlemlerin alınması ile ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek KAH'ın önüne geçme olasılığı artar.Hastalık oluşmadan uygulanan bu önlemler Primer Korunma olarak tanımlanmaktadır. (Hacıoğlu ve diğ., 2011; Türkmen ve Güven, 2010).Risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olmak üzere 2 çeşittir.Değiştirilebilen risk faktörleri arasında sigara tüketimi,sağlıksızbeslenme,yüksekkolesterol ve kan şekeri,yüksektansiyon,yetersiz fiziksel aktivite,stres,zararlıalışkanlıklar, fazla kilo yer almaktadır (Türkmen ve Güven, 2010).Değiştirilemeyen risk faktörler arasında yaş,cinsiyet,ailede kalp rahatsızlığı öyküsü yer almaktadır.Değiştirilebilen risk faktörleri kontrol altında tutulup tedavi edilerek primer koruma sağlanabildiği ifade edilmektedir(Koroner Arter Hastalık Tedavisi Rehberi,2009).

Badir ve ark. (2014) hemşirelik lisans öğrencilerinin KVV ile ilgili bilgi düzeyleri konusundaki çalışmada öğrencilerin %94.2'si kalp hastalıkları için birinci sıradaki risk faktörünün hipertansiyon (HT) olduğunu ve öğrencilerin %87.3'ünün kan basıncının (KB) kontrol edilerek önlenilen bir risk faktörü olabileceğinin farkında olduğu belirtilmiştir.Yine aynı çalışmada öğrencilerin %93.6'sı yüksek kolesterolün kalp hastalıkları için risk faktörü olduğunu bildikleri,%35.3'ünün ise KAH 'ın önlenilecek bir hastalık olduğunu bilmedikleri sonucuna varılmıştır.

Üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada,öğrencilerMI'nü düşük oranda(%35)tanımlayabilmişler verisk faktörü olarak ilk sırada sigara ardından stres

bulunmuştur (Hacılioğlu ve diğ.,2011).Memiş ve diğ.’nin yaptığı bir çalışmada,katılımcıların %42.3’ünün kalp krizinin ne olduğunu,%23.2’sinin alarm belirtilerinden herhangi birini bilmediğini,%11.8’inin ise risk faktörlerinden herhangi birinin farkında olmadığı belirlenmiştir.Katılımcılar kalp krizi alarm belirtisi olarak ilk 3 sırada,bilinç kaybı/baygınlık,göğüs ağrısı ve ağrının yayılmasını belirtmişlerdir.Risk faktörü olarak birinci sırada stres,ikinci sırada ise sigara yer almıştır (Memiş ve diğ.,2009). Onar’ın (2012) araştırmasında ise 503 kabin memuruyla çalışılmış ve bu çalışmanın sonucunda kabin memurlarının %87.7’si MI’nün alarm belirtilerini bildiği ve MI konusunda farkındalığın olduğu sonucuna varılmıştır.Yüksek okul ve üzeri olan kişilerin lise eğitimi olan kişilere göre risk faktörleri ve toplam farkındalık puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Tuncay (2010) çalışmasında, sağlık istatistiklerine göre, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde (KKTC) en önde gelen ölüm nedeninin kalp hastalıkları olduğunu KKTC’nde 1977-2003 yılları arasında gerçekleşen ölümler arasında kalp hastalıklarının ilk sırada yer aldığını ayrıca 2000-2007 yılları arasında üçbin kişinin kalp ve damar hastası olduğunu saptandığını belirtmiştir.KKTC’de yapılan bir toplantıda ise Vaiz, KKTC’de her sene yaklaşık olarak 300 kişinin kalp krizi geçirdiği ve bu kişilerden 30’unun hastaneye ulaşmadan hayatını kaybettiği ifade etmiştir. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi’ne yılda ortalama 350 kişinin, Gazimağusa Devlet Hastanesi’ne 100 civarında kişinin kalp krizi şikâyetiyle başvurduğunu söyleyen Vaiz, yılda 2 bin 500 kişinin Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kardiyoloji Bölümü’nde kalp ve damar hastalıkları şikayeti nedeniyle müşahade altına alındığını aktarmıştır (Kıbrıs Türk Tabipler Birliği 2016).

KKTC’de 18 yaş üstü bireylerde MI hakkında bilgi düzeyini ve korunma davranışlarını belirleyen her hangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu bilgilerin ışığı altında toplumun kalp krizi konusundaki farkındalığının artırılması hayati önem taşımaktadır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada 18 yaş üstü bireylerin Miyokardİnfarktüsü (Kalp Krizi) Hakkında Bilgi Düzeylerinin ve Korunma Davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamızda ise;

- 1- Kalp krizi risk faktörleri ve kalp krizi belirtileri farkındalık düzeyi yüksek midir?
- 2- Cinsiyet kalp krizi risk faktörlerinde farkındalığı etkiliyor mu?
- 3- 18 yaş üstü bireyler kalp krizinden korunma davranışlarını biliyor mu ve uyguluyor mu? sorularına yanıt aranmıştır

2-GENEL BİLGİLER:

2.1. Koroner Arter Hastalığı:

Koroner Arter Hastalığı(KAH),en sık ortaya çıkan kardiyovasküler sistem hastalığıdır ve endüstri toplumlarında yetişkin ölümlerinin %50'sinden fazlasından sorumludur.Ölüm ve sakat kalma oranının fazla olması,üretken yaş sınıflarında daha fazla ortaya çıkması,tedavi maliyetinin fazla olması ve sağlık açısından önemli komplikasyonlara yol açması nedenlerinden dolayı toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Badır ve Korkmaz,2010).

KAH,koroner damarların aterosklerotik plaklarla tıkanarak besledikleri kalp kasının iskemisi ve bu nedene bağlı olarak ortaya çıkan klinik bir tablodur (Kolpay ve Erol,2013). Bu tıkanmalara çoğunlukla kolesterol plakları neden olmaktadır (Durusoy ve diğ.,2010).Koroner damarlarda meydana gelen aterosklerotik plaklar,çocukluk döneminde birikmeye başlayarak yavaş yavaş ilerleyen süreci oluşturur (Badır ve Korkmaz, 2010). KAH'ın ortaya çıkışı genellikle sessiz ve sinsi bir şekilde görülebilir(İnangil ve Şendir, 2014).Bazı kişilerde yavaş ilerlemesine karşın bazı kişilerde ise hızlı ilerlemektedir.Bazen 30'lu yaşlarda meydana gelebilirken,bazen de 50'li yaşlara kadar sessiz kalabilmektedir (Badır ve Korkmaz, 2010). KAH,40 yaşının altındaki kişilerde daha az sayıda görülürken,40 yaş üstü kişilerde ateroskleroz oluşumunun daha fazla ilerlemesi sonucunda görülme sıklığı artmaktadır.KAH arasında en fazla ortaya çıkanlardan biri MI'dır.Aterosklerozun ilerlemesi MI ile doğru orantılıdır (Türkmen ve Çam, 2012).

KAH'da hastanın yaşam süresi genellikle 10-12 yıl olup,1dakika ile 12 yıl arasında değişim göstermektedir.Akut Koroner Sendrom(AKS) ise aterosklerotik plağın yırtılması veya aşınması sonucunda meydana gelen trombotik reaksiyona bağlı olarak gelişen ciddi ve acil klinik bir tablodur.Tekrarlayan ataklar sonucunda damar çapında genellikle darlık meydana gelir.Koroner arterlerde daralma olduğu zaman kalbe daha az kan geçişi meydana gelir.Kan akımı daha fazla azalır ise MI'a yol açabilmektedir. Eğer az kan geçişi olur ise angina pectoris yani göğüs ağrısı meydana gelir.Oluşan bu darlık sonucunda koroner arterlerde tam tıkanma meydana

gelirse ölümlerle sonuçlanabilen ciddi ve hayatı tehdit eden tablo olan AMI ortaya çıkar (İnançgil ve Şendir, 2014; Kolpay ve Erol, 2013). AKS tanımı koroner arterlerdeki plakların parçalanması zamanında meydana gelen iskemik olayların tümünü tanımlamak için geliştirilmiştir. AKS, KAH'ın ciddi bir aşamanın klinik olarak yansıması olarak ortaya çıkmaktadır (Doğan ve diğ., 2015; Yüksel ve Şahin, 2011). KAH; USAP, NSTEMI ve STEMI'nden oluşan ciddi ve hayatı tehdit eden önemli bir klinik tablodur (Keleş ve diğ., 2015).

KAH'ın gelişimine yol açan risk faktörleri arasında, HT, diyabet (DM), sedanter yaşam, obezite, hiperkolesterolemi, sigara ve aile öyküsü yer almaktadır. Bu faktörler aterosklerotik hastalık sürecinin ilerlemesine yol açmaktadır (İncazlı ve Özer, 2016).

2.2 Koroner Arter Hastalığı ve Miyokard Infarktüsü'nün Epidemiyolojisi

Yirminci yüzyılın başlangıcında KAH tüm evrendeki ölümlerin %10'undan daha azına sebep olurken; 21. yüzyılın başlangıcında gelişmiş olan toplumlarda ölümlerin neredeyse yarısını oluşturmakta, gelişmekte olan toplumlarda ise %25'inden sorumlu olduğu vurgulanmaktadır. 2020 senesine ulaşıldığında KAH kaynaklı ölümlerin yılda 25.000.000 olabileceği ve KAH'ın tüm dünyada birinci sırada sakatlık ve ölüm nedeni olarak bulaşıcı hastalıklarından daha fazla olacağı tahmin edilmektedir. (Santulli, 2013; Durusoy ve diğ., 2010). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ); 2012 yılına ait verilerine göre, yılda 17.5 milyon insan KAH nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Yine DSÖ 2012 yılı verilerine göre, dünya çapında ölümlerin %31'i KAH sonucu meydana gelmektedir. Bu ölümlerin yılda 7.4 milyonu KAH nedeniyle, 6.4 milyonu ise inme nedeniyle meydana gelmektedir (WHO Media Centre, 2016). Kardiyovasküler kaynaklı hastalıklar, Avrupa'daki ölümlerin her sene 4 milyondan fazla kişinin ölmesine neden olmaktadır. 65 yaşın altındaki ölümler erkeklerde kadınlara göre daha fazladır. 65 yaş üzerinde ölüm oranı ise neredeyse eşittir (ESC Cep Kılavuzları. Dislipidemi, 2016). KAH'ın 2/3'ü MI olarak karşımıza çıkmaktadır (Olgun ve diğ., 2010). Dünyada en fazla nüfusa sahip olan Hindistan'da meydana gelen ölümlerin %24'ünden KAH sorumludur. KAH ise KAH içerisinde birinci sırada yer almaktadır. Latin Amerika'da KAH mortalitesinin %31 oranında olduğu ve KAH'ın inmeden fazla

olduğubelirtilmektedir.Orta Doğu'ya bakıldığında ise ekonomik gelirin ve endüstrileşmede artışın,batı şekli beslenmenin sahiplenilmesi sonucunda KVHmeydana gelen ölümlerin önemli nedeni olmuştur.KVH tüm ölümlerin %25-%45'inden sorumludur.KAH'nın oranı inmeye göre daha fazladır (3:1)(Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme Ve Kontrol Programı Birincil, İkincil Ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan Ve Eylem Planı (2010-2014)).

Türkiye'de ulusal düzeyde mortalite nedenleri içerisinde birinci sırayı 205.457 ölümle KVH yer almaktadır.Tümmortalite sebeplerinin %47.73'nü oluşturmaktadır. Türkiye ulusal düzeyde KVH hastalık yükü, sakatlığa ayarlanmış yaşam yılları (DALY) sonucuna göre;toplam hastalık yükünün erkeklerde %20,5'ini, kadınlarda ise %18'ini KVH oluşturmaktadır (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014)).

TEKHARF 2014 çalışması sonuçlarında ‘‘koroner kalp hastalığı kökenli ölümler 45-47 yaş kesiminde 24 yıla kadar izlenen kohort erkeklerinde bin kişiyılında 7.3,kadınlarda 3.8 oranındaydı;2000 yılında önceki döneme kıyasla sonraki dönemde %18'lik bir gerileme kaydedildi.’’ şeklinde ifade edilmektedir.2014 çalışma sonuçlarına göre KKH kökenli ölümlerin cinsiyet dağılımına bakıldığında 45-74 yaş aralığında ki kişilerin ölümleri yılda bin kişide 13.0'dır.Bu oran erkeklerde 16.4 iken kadınlarda 9.7 olduğu gözlenmiştir (Onat ve diğ.,2015).

KAH erken tanı ile tedavi edilerek, risk faktörleri en aza indirildiğinde MI insidansını azaltmak mümkün olabilmektedir. KAH risk faktörlerine sahip olma MI gelişme riskini artırmaktadır (Göbwald ve diğ., 2013).

2.3. Miyokard Infarktüsü Tanımı

MiyokardInfarktüsü(MI),bir ya da daha fazla koroner arterin birtrombüs tarafından tamamen tıkanması sonucu tıkanan bölgeye kan akımının engellenmesinden dolayı kalp kasının oksijensiz kalması ile nekroze olması olarak tanımlanır (Mendis ve diğ.,2011;Cutting, 2004; Dilmener ve diğ., 1996).

2.4. Miyokard Infarktüsü'nün Etiyolojisi ve Patofizyolojisi:

MI'ın etyolojisinde;koroner ateroskleroz,koroner kan akımının azalması,koroner spazm veya koroner emboli,konjenital anomaliler yer almaktadır(Dilmener ve diğ., 1996).

MI'ın önemli nedeni ateroskleroz'dur.Ateroskleroz,kolesterol gibi yağlı birikintilerin bir veya daha fazla arterin iç kısmında birikerek toplanmasıdır.Bu birikme işlemi kişilerin doğduğu andan itibaren başlar.Bu yağ birikintileri biriktikçe ve büyüdükçe koroner arter çapını aşamalı olarak daraltır ve kan akışının azalmasına neden olur.Vücudumuzda bulunan tüm arterlerle birlikte kalp damarlarında,endotelin altında da çok fazla kolesterol depolanmaktadır.Depolanan bu bölgelerde bağ dokusunun temel hücresi olan fibroblastlarartmaktadır.Bu olaydan sonra hücre ölümü aşaması izlenir ve bölgede kalsiyum birikmesi ortaya çıkar.Kalsiyum birikmesi sonucunda damar içinde aterosklerotik plak oluşumu başlar.Oluşan aterosklerotik plağın damar içine açılması sonucunda pıhtılaşma başlar.Oluşantrombüs yani pıhtı damarı kısmen ya da tümüyle tıkayabilir.Bazı zamanlarda oluşan trombüs meydana geldiği yerden kopup,parçalara ayrılarak başka bir bölgeyidetıkayabilir.Birtrombüs veya emboli kalpte bulunan bir damarı ya da birden fazla damarı tıkarsa kan akımını tamamen durdurabilir,bu durum miyokardın ölümüne yol açar.Miyokardın ölümü ise MiyokardInfarktüsü olarak tanımlanır (Hall, 2014). Kısaca ani gelişen bu olayın meydana çıkmasına neden olan durum koroner trombozdur (Yılmaz, 2012).

2.5. Miyokard Infarktüsü Risk Faktörleri

KAH ile MI risk faktörleri hemen hemen aynıdır.Çünkü;KAH risk faktörleri MI'a zemin hazırlamaktadır.En önemli risk faktörleri;heredite(aile erken yaşta kalp krizi geçirme öyküsü),ileri yaş,erkekcinsiyet,obezite,DM,yüksek tansiyon,hiperlipidemi'dir.Alkoltüketimi,stres,hareketsizlik,oralkontraseptif kullanımı özellikle de sigara ile birlikte kullanıldığı zaman risk artmaktadır.Bu risk faktörlerine ek olarak kandaki ürik asitin fazla olması KAH gelişmesini etkilemektedir.KB yüksekliği, lipid metabolizma problemleri, DM, sigara içme, stresli yaşam gibi faktörleri vücuttaki damar yapısını bozarak aterosklerotik süreci hızlandırdığından kardiyak riskler artmaktadır (Gülşen ve Babalık, 2015).

Risk faktörü ne kadar çok ise, bireyin erken yaşta KAH'a yakalanma ve MI geçirme olasılığı artmaktadır (Cutting, 2004). Bazı risk faktörleri değiştirilebilir, bazı risk faktörleri değiştirilememektedir. Değiştirilebilen risk faktörleri bireylerin imkanları doğrultusunda, dikkate alınarak, kurallara uyarak değiştirilebilir, değiştirilebilen risk faktörleri, önlenir veya ortadan kaldırılabilmektedir. Yüksek tansiyon, şeker hastalığı, yüksek kolesterol düzeyi, aşırı kilo, yetersiz egzersiz, uyuşturucu kullanımı, stres değiştirilebilen risk faktörleri arasında yer almaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri ise bireyin elinde olmayan nedenlerden dolayı doğuştan getirdiği özelliklerdir. Yaş, erkek cinsiyet ve aile öyküsü değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yer almaktadır (Tanrıverdi ve Tetik, 2017; Cutting, 2004).

2.5.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörler

Yaş: Yaşlanmayı durdurmak mümkün olmadığından yaş, kardiyovasküler riskin esas belirleyicileri arasında yer almaktadır ve KAH, MI ve diğer hastalıklar için değiştirilemeyen risk faktörlerindendir. Yaşlanma aterosklerozun gelişmesinde en önemli faktörlerden biridir. Yaşla birlikte ateroskleroz gelişimi artmaktadır. 50 yaşından itibaren ateroskleroz gelişimi hızlanmaktadır. Erkeklerde 45 yaş, kadınlarda ise 55 yaş KAH açısından önemli risk faktörüdür. Bireylerin çoğu 65 yaşlarında bu riske sahip olmakta ve yaşın ilerlemesiyle birlikte KAH ve MI gelişme riski de artmaktadır (ESC Cep Kılavuzları, 2016; 2016 Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu, 2015; Coşansu ve Arı, 2009). Fırat ve Dedeli'nin (2016) çalışmasında MI geçiren hastaların yaş ortalaması 57.4, Smyth ve diğ. nin (2016) çalışmasında 58.1 olarak bulunmuştur. Göbwald ve ark'nın (2013) MI prevalans çalışmasında 40-79 yaş grubunda prevalansın %4.5 olduğu belirlenmiştir. MI prevalansı yaşla birlikte artmakta olup, 40-49 yaşlarda prevalans %1.5 iken, 70-79 yaş grubunda ise %10.2'ye yükseldiği belirtilmiştir.

Cinsiyet: Genel olarak kalp krizi kadınlara oranla erkeklerde daha fazla görülmektedir. Chung (1982) erkeklerin 45 yaşına kadar kalp krizi geçirme durumunun kadınlara göre 13 kat daha fazla olduğunu aktarmıştır. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2014 tarama sonuçlarına göre KKH kökenli ölümlerin son 14 yılda 45-74 yaş grubunda bin kişi

yılbaşına erkeklerde %7.0,kadınlarda ise %3.8 olduğu bildirilmiştir(Onat ve diğ.,2015).Yapılan çalışmalarda KAH tanısı konmuş hastaların çoğunluğunun erkek olduğuve MI geçirme durumunun ise erkeklerde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir.Yapılan çalışma sonuçları birbirine benzerdir(Tokgözlüoğlu ve diğ., 2017;Kutlu ve diğ., 2016; Smyth ve diğ., 2016;Göbwalde ve diğ., 2013;Türkmen ve Çam, 2012; Kunçer ve Özbay, 2011; Özyurt, 2010).

Kadınların menopozdan önce KAH ve MI'ya yakalanma riskleri daha düşüktür.Östrojen hormonu kalp hastalıklarına karşı kadınları korurken,menopoz sonrası kadınlardaki kalp rahatsızlıkları artış gösterebilmektedir.Bu nedenle postmenopozal dönemde azalan östrojen seviyesi nedeniyle kadınlarda total kolestrol,trigliserid,düşük yoğunluklu lipoprptein (LDL) seviyeleri yükselmeye,yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) ise düşmeye başlar.Bu değişimler sonucunda kadınlarda hafif çarpıntı,ateroskleroz,anjina pektoris ve KAH gelişme riski artmaktadır(Cutting, 2004).

Kalıtım: KAH için en önemli etkenler arasında aile öyküsünde 1.derece bir yakınında erken yaşta KKH öyküsünün olması çok önemli bir risk faktörüdür.Babada veya diğer birinci derece erkek akrabalarda 55 yaşından önce KAH öyküsü varlığı ve anne veya diğer birinci derece olan kadın akrabalarda 65 yaşından önce KAH öyküsünün varlığı o kişide ateroskleroz gelişimini 1.3-1.6 kat daha fazla artırmaktadır (İliçin ve diğ.,2003). Chung,bazı bireylerin erken yaşlarda kalp krizi geçirme olasılığının yüksek olduğunu belirtmiştir.Ebeveynlerin ve kardeşlerin herhangi birinin ya da birden fazlasının erken yaşlarda kalp krizi geçirmesi durumunda ailenin diğer bireylerinde kalp krizi geçirme riski olasılığını artırmakta olduğunu belirtmiştir.Aynı zamanda, hiperlipidemi,DM,HT kısmen genetik olmasınakarşın bu risk faktörlerinin doğru beslenme,doğru fiziksel aktivite ve doğru ilaçla en aza indirilebileceğinin önemini vurgulamıştır (Chung, 1982).

Akıllı'nın (2010) yaptığı çalışmada MI geçiren bireylerin %64'ünün aile öyküsünde KAH ve MI olduğu sonucuna varılmıştır.Ceylan'ın (2010) yaptığı çalışmada ise 50 yaşından genç KAH hastalarında en sık görülen risk faktörleri arasında %48.5'inde aile öyküsü yer almıştır.Kadınların 1.derece akrabalarında KAH öyküsü olması ve kadınların 65 yaşından önce KAH'a yakalanma oranı %23.1

bulunurken erkeklerin 1.derece akrabalarında KAH öyküsünün olmasıyla 55 yaşından önce KAH'na yakalanma oranının %30.6 olduğu saptanmıştır.Türker'in (2010) yaptığı çalışmada da aile öyküsü ve hiperlipidemi ile NSTEMI gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.Aşlamacı'nın (2013) yaptığı çalışmada MI geçiren hastaların çocuklarında kardiyovasküler risk faktörlerinin artmış olduğu gözlemlenmiştir.

2.5.2.Değiştirilebilen Risk Faktörler

Hipertansiyon (HT) : Normalde istirahat sırasında sistolik/diyastolik basınç 120/80mmHg'dir.Sistolik basıncın 140 mmHg ve fazla olması ve diyastolik basıncın 90mmHg ve fazla olması durumu hipertansiyon olarak kabul edilmektedir(Arıcı ve diğ.,2015;Hall, 2014. ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu.2013).HT,miyokardın oksijen gereksinimini artıran bir etkidir. Kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'inden sorumlu olduğu bildirilmiştir (Arıcı ve diğ.,2015). Kalbin iş yükünün artması nedeniyle tansiyon yükselmesi sonucunda kişilerin KAH'a,konjestif kalp yetmezliğine ya da her ikisine birden yol açarak kalp kriziyle birlikte ölüme yol açmaktadır (Hall, 2014).Yüksek tansiyonun,koroner atardamarlardaki ateroskleroz sürecini artırdığı,arterlerin iç tabakasına zarar vererek süreci hızlandığı kanıtlanmıştır.Yapılan çalışmalar 40-55 yaş arasındaki yüksek tansiyonlu erkeklerin koroner arter hastalığı riskinin, normal tansiyonu olan erkeklerden 3 kat daha fazla olduğu ortaya konmuştur.Bir çok hipertansif birey, obezite,hiperlipidemi,DM,hareketsizlik gibi başka risk faktörlerine de sahip olmaktadır.KB'nin normal aralıklarda tutulması ile yüksek tansiyon kaynaklı meydana gelebilecek hastalık yükünün %8.6'sı önlenabilmektedir (Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme Ve Kontrol Programı Birincil, İkincil Ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan Ve Eylem Planı 2010-2014). Hipertansiyon,erkek ve kadında AMI riskini 2-3 kat oranında artırmaktadır.Diyastolik kan basıncındaki 15mmHg veya sistolik kan basıncındaki 25mmHg'lik yükseliş tekrar MI riskini artırmaktadır (Eşref ve Alioğlu, 2015).KByükseldikçe MI riskinin artmasından dolayı kan basıncının kontrol altında tutulması kardiyak açıdan çok önemlidir(Bayülgen, 2015).Yaşam biçimi değişiklikleriyle yüksek tansiyon kontrol altına alınabilmektedir.Yüksek tansiyonun kontrol altında tutulması gelişebilecek olan KAH'ı engelleyebilmektedir.Hipertansiyonu engelleyici diyet

uygulanması(DASH diyeti)ve sodyum alınınının en aza indirilmesiyle sistolik kan basıncı düşürülebilmektedir(Kaplan ve Victor, 2013).Sevinç ve Eşer'in (2011) 92 MI geçiren kişi ile yaptığı çalışmada bireylerin %25'inin HT tanısının olduğu bulunmuştur.

Hiperlipidemi:

Hiperlipidemi,kandabulunan kolesterol,trigliserid,LDLkolestrolün yüksekliğini belirtmek için kullanılan bir terimdir.National Centers for Environmental Prediction (Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli) (NCEP ATP) III verilerine göre LDL kolesterolün normal seviyesi <100 mg/dl,total kolesterol ün normal seviyesi <200 mg/dl,trigliseridin normal seviyesi <150 mg/dl dir.HDL seviyesinin normal değeri ise erkeklerde>40mg/dl,kadınlarda >50mg/dl olmalıdır.Kandakikolesterol ve trigliserid normal değerlerin üzerine çıktığında koroner arterlerde dahil olmak üzere çeşitli arterlerde ateroskleroz gelişimi hızlanır.Bu nedenle hiperlipidemi KAH'a yakalanma riskini artırmaktadır.Vücutta kolesterol miktarı arttığı zaman fazla kolesterol kan damarlarının iç yüzeylerinde birikerek,damarların iç çapını daraltır,damar duvarlarını sertleştirir ve damarların elastikiyetini azaltır.Daralan ve sertleşen kısımlarda yeterli kan dolaşımı meydana gelemeyeceğinden organlar tam beslenemez hale gelmektedir.Özellikle kan ve beyine yeterli dolaşım sağlanamaz.Kanda hem kolesterol hemdetrigliserid seviyesinin yükselmesi kalp krizi riskini artırmaktadır (Tamer ve diğ.,2016; Lipid Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016). Günümüz şartlarındaki,teknolojik gelişmeler,ekonomik şartlar,fiziksel inaktivitenin artması ve hayvansal ürün tüketimindeki artış,kişilerin hiperlipidemi riskini artırmaktadır.Hiperlipidemi riskinin artması kişilerin KAH riskini artırmakta olup,MI geçirme riskini de yükseltmektedir(Omar ve Keleş, 2014). Çayır'ın (2013) yaptığı çalışmada MI geçiren 149 bireyden 79'unun yani %68.7'sinin HT tanısı bulunmaktadır.

Diyabetes Mellitus (Şeker Hastalığı):

DM,pankreasın yeterli insülin salgılayamaması veya vücudun ürettiği insülini etkin bir şekilde kullanamaması ya da her 2 durumda bir bozukluk ya da eksiklik sonucu,kandaki glikoz seviyesinin yükselmesi ile belirti veren metabolik bir hastalıktır (Akdemir ve Birol, 2004; Chung, 1982).DM,KAH için önemli bir risk faktörüdür.Koronerateroskleroz

diyabetli bireylerde daha fazla ve ciddi boyutta görülmektedir. Diyabetli bireylerde kandaki kolesterol seviyesi diyabetli olmayan kişilere göre daha yüksek eğilimdedir. Diyabetli kişilerde HT insidansının diyabetli olmayan bireylere göre 2 kat daha fazla olduğunu belirtilmiştir (Çayır ve Turan, 2015). İnsülin direkt etki ile böbrek tubullerinde sodyum tutulumunu artırarak KB'nin yükselmesine neden olmaktadır (Helvacı ve diğ., 2014). Özarslan (2013) çalışmasında AMI geçiren diyabet tanılı bireylerin, diyabet tanısı olmayan bireylere göre ölüm oranının 2 kat daha fazla olduğunu ve daha genç yaşta MI geçirdiğini aktarmıştır.

Obezite (Aşırı Kilo): Obezite, vücutta aşırı yağ birikimi nedeniyle çok fazla kiloluluk durumudur. DSÖ fazla kiloluğu, Beden Kitle İndeksi (BKİ) 25,0-29.9 kg/m² olarak obeziteyi ise BKİ ≥ 30 kg/m² olarak kabul etmektedir (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2014; http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/). Obezite genellikle fazla kalori alımı, yağ kalorileri, doymuş yağ ve diyetle şeker ile fiziksel inaktivasyonla bağlantılıdır. Abdominal obezite (erkeklerde bel çevresi >102 cm, kadınlarda ise bel çevresinin >88 cm olması) KAH ve MI gelişme riskini büyük ölçüde artırmaktadır (Eagle ve Baligs, 2007). Obezitenin beraberinde getirdiği hastalıklar arasında en önemli KKH, DM ve HT yer almaktadır. Bu 3 önemli hastalık ile beraber obezitenin de olması bireylerin MI riski artmaktadır. Bir çok gözlemsel çalışmada obezitenin KKH mortalite artışına neden olduğu bildirilmiştir (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2014). Sevinç ve Eşer'in (2011) çalışmasında 92 MI geçirmiş bireyin %42.5'unun fazla kilolu olduğu ortaya çıkmıştır. Fırat ve Dedeli'nin (2016) çalışmasında araştırmaya katılan MI geçirmiş kişilerin sosyodemografik özellikleri ve MI için risk faktörleri incelendiğinde kişilerin büyük çoğunluğunda HT, DM ve fazla kilolu oldukları gözlenmiştir.

2009 yılında Sağlık Bakanlığı'nın KKTC'de diyabetli oranını belirlemek amacıyla 1780 kişinin katılımıyla gerçekleştirdiği II. Diyabet Taraması'nın raporuna göre halkın %31.6'sında obezite görülürken, fazla kilolular ile obez bireylerin toplam oranının %67'ye kadar yükseldiği belirtilmiştir (KKTC Sağlık Bakanlığı II. Diyabet Taraması, 2009).

Sigara Ve Alkol Tüketimi: Sigara içmek, yaşamın ileri döneminde oluşabilecek kardiyovasküler olaylar, iskemik ve MI açısından en önemli

değiştirilebilen risk faktörlerindendir (Coşansu ve Arı, 2009).Sigarayı bırakmak kardiyovasküler riskin en aza indirilmesinde en etkin yöntemlerden biridir (Kaplan ve Victor, 2013). Sigaranın etkisine bakıldığında,ilk sempatik sinir sistemini uyardığı,sempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla kan basıncının arttığı ve miyokardınoksijenlenmesini azalttığı görülmektedir. Bazzona ve diğ.'nin çalışma sonucunuaktaran Tuncer ve Alioğlu (2015), sigara içenlerde MI ve kardiyak ölüm riski, içmeyenlere göre erkeklerde 2.7 ve kadınlarda ise 4.7 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.MI geçirmiş kişilerin sigara tüketmesi durumunda tekrar MI geçirme riski ve ani ölüm riski artmaktadır (Taş ve Büyükbeşe, 2013).Sigara içmek erkeklerde 3 kat,kadınlarda ise 6 kat MI geçirme olasılığını artırmaktadır.Sigara dumanının en zararlı bileşikleri nikotin,kadran ve karbonmonoksittir.Nikotin koroner arterleri daraltarak kanın akışını yavaşlatır.Bu nedenle kalp,daralmış koroner arterler yoluyla yeterli kan temin etmek ve damarları beslemek için daha fazla çalışmak zorunda kalmaktadır.Giderek artan daralma sonucunda koroner arterler tamamen tıkanabilmekte ve kalp krizine neden olabilmektedir.Aktif ya da pasif sigara içiciliği plak oluşumuna,plakların büyüyüp ilerlemesine bağlı olarak akut olayların artışına neden olmaktadır(Eagle ve Baligs, 2007; Chung, 1982).Ayrıca sigara içmek,kandaki yağ oranını ve kandaki trombositlerin yapışkanlığını artırarak damarlarda oluşan kan pıhtılarını arttırır.Kan pıhtılarının artması kan akışını azaltarak,koroner damarları tıkar kalp krizi riskini artırır.Aladağ'ın (2012) yaptığı çalışmada KAH için en önemli risk faktörünün sigara içiciliği olduğu gösterilmiştir.Şengül'ün (2006) yaptığı çalışmada MI geçiren bireylerin %95'nin sigara tükettiği saptanmıştır.Yapılan çalışma sonucunda en önemli nedenin %81 oranında sigara tüketimi,%64 oranında stres, %40 oranında ise aile öyküsü olduğu belirtilmiştir.

Alkol kullanımı da KAH'a bağlı ölümler için risk faktörüdür.Alkol tüketimi kalp kasında hasara,kardiyak aritmiye neden olabilmektedir. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020)'ndan aktarılan bilgiye göre;2012 yılında alkol tüketimi dünya çapında 3,3milyon ölüme sebep olurken bu ölümlerin %50'den fazlasının kalp ve damar hastalıkları,diyabet,karaciğer sirozu ve kanser nedeniyle olduğu bildirilmiştir.Ve yine Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı(2015-2020)'ndan aktarılan bilgiye göre 2012 yılında 15 yaş üzeri 100 kişinin alkol kullanma oranı %10 olarak bildirilmiştir(Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı

Eylem Planı (2015-2020)).Ayrıca günde 3 kezden fazla alkol tüketmek KB seviyesini artırmaktadır (Kaplan ve Victor, 2013).Fazla alkol kullanımının kandaki trigliserid oranını yükselterek risk oluşturduğu ifade edilmektedir.Sarımehmetoğlu ve Helvacı(2014) ‘Amerikan Kalp Birliği (AHA)’nin 2014 yılında güncellenen tavsiyesinde “alkol almıyorsanız başlamayın” önerisinde bulunulduğunu belirtmiştir. Ayrıca, alkol alıyor ve bırakamıyorsanız alkolün, kadınlar için günde 1 kez 12 oz (1 oz yaklaşık 30 ml) bira veya 4 oz şarap veya 1,5 oz % 40 alkollü içecek veya 1 oz % 50 alkollü içecek, erkekler için ise aynı miktar veya bu miktarın en fazla 2 katı kadar miktarlarla sınırlanmasının önerildiği yer almaktadır. Özyurt’un (2010) çalışmasında araştırma kapsamına alınan bireylerden düzenli alkol aldığını ifade edenlerin KVH açısından alkol kullanmayan kişilere göre 2.21 kat daha fazla yüksek risk grubunda oldukları saptanmıştır.

Hareketsizlik (Yetersiz Fiziksel Aktivite): Yetersiz fiziksel aktivite,5 dakikadan daha az sürede yapılan hareket olarak tanımlanmaktadır.Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin kardiyovasküler sistem üzerinde olumlu etkileri vardır.Düzenli yapılan egzersizle kan damarlarında vazodilatasyon oluşmakta bunun yanı sıra KB,lipid seviyeleri,kan glukoz seviyeleri kontrol altına alınabilmektedir.Düzenli yapılan fiziksel aktivite KB, kan glukoz seviyesini ve LDL seviyesini düşürür böylece kardiyak açıdan gelişebilecek komplikasyonları azaltır.Fiziksel aktivite her yaşta erkeklerde ve kadınlarda KAH gelişimi riskini %50 oranında azaltmaktadır (Kunçer ve Özbay, 2011;Mendis ve diğ.,2011;Eagle ve Baligs, 2007).Hareketsizlik,KAH için önemli değiştirilebilen bir risk faktörüdür.Çünkü hareketsizlik ateroskleroz gelişimini hızlandırarak,kişilerin erken yaşta KAH’a yakalanma ve MI geçirme olasılığını artırmaktadır.Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite KAH’dan korunmanın temelini oluşturmaktadır.Aerobik egzersizler KAH için koruyucudur(ESC Cep Kılavuzları, 2016;Coşansu ve Arı, 2009).Aşırı yapılan fiziksel aktivite ise sempatik sinir sistemini uyarak kalp atım hızını ve KB’yi artırarak miyokardın oksijen gereksinimini artırmaktadır ve ateroplakların kopmasına da neden olabilmektedir.Hareketsizlik veya aşırı fiziksel egzersiz AMI’ı tetikleyici risk faktörü olabilmektedir.Yorucu ve ağır egzersizler yarardan çok zarar verebilmekle birlikte sakatlanma ile akut olay riskini artırabilmektedir.Düzenli yapılan fiziksel aktivite KAH’ın uzun vadede önlenmesi

için önemlidir.Düzenli egzersiz yapmanın yararları arasında gelişmiş esneklik, düşük KB,azalmış vücut yağı,artmış HDL-C,azalmış trigliserid düzeyi,insülin duyarlılığı,azalmış tromboz yer almaktadır (Yeşil ve Altıok, 2012; Klot ve diğ.,2008;Eagle ve Baligs, 2007).Bulut'un (2013) aktardığı sistematik derlemeye göre;günümüzde hızla gelişen teknoloji kişilerin yaşam tarzlarını önemli derecede etkilemektedir.Bu gelişmelerin getirdiği kolaylıklar nedeniyle bir çokkişinin yaptığı fiziksel aktivite düzeyi düşmekte ve kişileri hareketsizliğe yöneltmektedir.Genel olarak bireylerin günlük olarak en az 1000 adım atması beklenmektedir.

Smyth ve diğ'nin (2016)yaptığı çalışmada AMI geçiren kişilerin,AMI geçirmeden 1 saat önce aşırı fiziksel egzersiz,öfke veya strese maruz kaldıkları bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada çalışmaya katılan bireylerin saat 18:00 ile gece yarısı arasında daha fazla AMI geçirdikleri,gece yarısı ve sabah saat 6 arasında daha az AMI geçirdikleri belirtilmiştir.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programında aktarılan bilgiye göre;yeterli fiziksel aktivite durumunun yeterli olması durumunda kalp hastalıklarına bağlı 31.519 ölümün önlenebileceği vurgulanmıştır(Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme Ve Kontrol Programı Birincil, İkincil Ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan Ve Eylem Planı 2010-2014).

Stres: Birçok çalışma kişilerdeki aşırı stresin,kişilerin KAH'a karşı yatkınlılığını artırdığını ileri sürmüştür.Psikososyal stresin, kişilerde ateroskleroz gelişimini artırdığı ve kandaki trigliserid seviyelerinin yükselmesine neden olabileceği gösterilmiştir (Chung, 1982).Kutlu ve diğ. (2016) çalışmasında;aşırı stresin, sempatik sinir sistemi aktivasyonunu artırarak ve koroner vazospazma neden olarak AMI'ne yol açabileceğini belirtmiştir.Aşırı stres esnasında miyokardın oksijen gereksinimi artmaktadır ve bu nedenle anjina atakları meydana gelebilmektedir.Stres durumunda,KB ve kalp hızı arttığından miyokardın oksijen gereksinimi de artmaktadır(Guyton ve Hall, 2007).

Psikososyal kaynaklı stresler AMI geçirme riskini artırmaktadır.Sevinç ve Eşer'in çalışmasında daha önce MI geçiren bireylerin %33.7'nin stresli bir olayla karşılaştıkları zaman stresli ortamlardan uzaklaştığını belirtmiştir.Buradan da anlaşılabacağı gibi stresin MI için bir risk faktörü olduğu farkındalığının oluştuğu anlaşılmaktadır (Sevinç ve Eşer, 2011).Türkmen ve Çam'ın (2012)

çalışmasında,araştırmaya katılan MI geçirmiş olan bireylerin,MI geçirmeden önce yoğun stres,üzücü olay,öfkelenme,sinirlenme durumu yaşadıklarını ifade ettikleri belirtilmiştir.

Madde Bağımlılığı: KAH ve MI risk faktörlerine madde bağımlılığında eklenmiştir.Özellikle esrar içiciliği, MI'a sebep olmaktadır.Sarımehmetoğlu ve Helvacı'nın (2014) sistematik derlemesinde;bağımlılık yapan maddelerin kardiyovasküler sisteme etkileri arasında;hipotansiyon,HT,kalp ritm bozuklukları, miyokard iskemisi ve infarktüsü,kardiyak nedenli ani ölümlerin yer aldığı belirtilmiştir.Ayhan ve diğ.'nin (2014) çalışmasında 33 yaşında 1 erkeğin yüksek dozda bonzai kullanımından 12 saat sonra AMI geçirdiği yapılan tetkikler sonucu ortaya çıktığı aktarılmıştır. Changve ark'nın (2014)çalışmasında eroine bağlı olarak 27 yaşında AMI geçiren bir bireyin olduğu bildirilmiştir. Mir ve diğ. (2011) yaptığı çalışmada,gençlerde STEMI insidansının düşük olduğunu fakat uyuşturucu kullanımına bağlı STEMI gelişebileceği ihtimali olduğunu belirtmiştir.

2.6. Miyokard Infarktüsü Belirti ve Bulguları

Anjina pectoris ve MI belirtileri genelde karıştırılmaktadır.Her iki durumda da göğüs ağrısının lokalizasyonu benzerdir.Ama anjina pektorse göre göğüs ağrısının şiddeti ve yoğunluğu MI' da daha fazladır.Tipik anjinada ağrı genel olarak 1 dakika ile 20 dk arasında sürmektedir.20 dakikadan fazla olan ağrılarda ise kalp krizinden şüphelenilmelidir.Anjina pektorsteki ağrı dinlenme esnasında azalırken,MI'da ağrı dinlenme ile azalmamaktadır.Anjina pektorsteki ağrı genelde nitrogliserinlere cevap verirken MI'da nitrogliserinlere cevap alınamamaktadır.Genel olarak ağrı göğüste baskı hissi olarak ifade edilmektedir.Ağrı göğüs kısmının tümünde,orta bölümünde,göğüs kemiğinin arkasındaki bölgelerde hissedilir.Sıklıkla boyuna,çeneye,omuzlara,kollara,ellere ve sırta yayılabilir.Bazı kişiler boğulma hissi,nefes darlığı,halsizlik,bulantı-kusma,bayılma,soğuk terleme ve anksiyete hisseder.Tüm bu belirtiler MI'nün belirtileri arasında yer almaktadır (Keleş, 2015; Heart Attack 2008; Akdemir ve Birol, 2004;Ornato ve Hand,2001).Frag ve diğ'nin. (2011) yaptığı çalışmada kalp krizi belirtileri arasında sırta,çenede,boyunda ağrı,baygınlık hissi,zor nefes alıp-verme,göğüs ağrısı,kollarda ve omuzlarda yayılan ağrı yer almıştır ve kalp krizi belirtileri sorusunda katılımcıların %92'si göğüs

ağrısı,%49.4'ü çene-boyun-sırt ağrısı olduğunu belirtmişlerdir.Yine aynı çalışmada kalp krizi belirtileri arasına belirti olarak (1 ya da 2 gözde görme bozukluğu) tuzak soru eklenmiş ve katılımcıların %31.9'u bu tuzak soruya düşmüş ve görme bozukluğunun da kalp krizi belirtisi olacağını düşünmüşlerdir.Bu çalışmada halk tarafından kalp krizi belirtilerinden en fazla göğüs ağrısının bilindiği sonucu ortaya çıkmıştır.Memiş ve diğ.'nin (2009) yaptığı çalışmada,katılımcıların kalp krizi belirtisi olarak ilk 3 sırada bilinç kaybı,göğüs ağrısı ve ağrının yayılması yer almıştır.Kim ve diğ.'nin (2016) yaptığı çalışmada ise katılımcıların %79.1'ikalp krizinin majör belirtisinin göğüs ağrısı,%70.2'si göğüs ağrısından sonra zor nefes alıp verme,%49.4'übaşdönmesi-sersemlik, %34.8'i çene,boyun,sırt ağrısı ve %32.9'u ise kollarda ve omuzlarda ağrı olduğunu belirtmişlerdir.Katılımcıların %88.7'si kalp krizinin en az 1 belirtisini biliyorken sadece %10.9'u kalp krizinin tüm belirtilerini bildiği bulunmuştur.

Ratner ve diğ.'nin (2008) çalışmasında 10 doğru kalp krizi belirtisine yer verilmiştir.Bu belirtiler; göğüste baskı/basınç/sıkışma hissi,kollarda ağrı,zor nefes alıp-verme,mide bulantısı/hazımsızlık,terleme,sırtta ve omuzlarda ağrı,başdönmesi/sersemlik,çene ağrısı, güçsüzlük ve huzursuzluk/panik/anksiyete olarak belirtilmiştir.Bu çalışmada katılımcıların %3.2'si kalp krizinin hiçbir belirtisini tanımlayamamış,%53.3'ü kalp krizi belirtilerinden 3 ve daha fazlasını tanımlamıştır.Swanoski ve diğ.'nin (2012) çalışmasında kalp krizinin belirtileri ile ilgili verilen doğru cevaplarda ise katılımcıların %92.7'si göğüs ağrısı,%86.5'ikollarda ve omuzlarda ağrı varlığı,%84.9'u zor nefes-alıp verme olduğu belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda halk tarafından kalp krizi belirtilerinden en fazla göğüs ağrısının bilindiği,diğer belirtilerin daha az bilindiği ortaya çıkmıştır.

2.7.Miyokard Infarktüsü Tanı ve Tedavi Yöntemleri

MI'da erken tanı çok önemlidir. AMI'nün erken tanınması tedavi başarısının artmasında önemli bir belirleyicidir.Semptomlar ne kadar erken farkedilirse ve hastaneye ulaşım zamanı ne kadar hızlı olursa nekroze alanın ilerlemesi daha azalacaktır. AMI'nde ani ölüm oranı oldukça yüksektir.MI kesin tanısında uygun klinik semptomlar, elektrokardiyografi (EKG) değişiklikleri(ST elevasyonu,ST depresyonu veya patolojik Q oluşumunun varlığı), AMI durumlarında ST elevasyonu

görülmektedir.ST elevasyonun olduğu bölgeler MI türü hakkında bilgi vericidir.EKG, tanı için yararlılığı yüksek bir test olup infarktüsün şiddetini,tutulan koroner arter bölgesini saptamaya yardımcı olmaktadır.MI durumunda biyokimyasal markerların(troponin, CK-MB, LDH) pozitifliği ve değerlerin yükselmesi MI tanısına yardımcıdır.Miyokard hasarını en iyi gösteren,en hassas,en sık tercih edilen biyomarker troponindir.Troponin; Troponin T, troponin I, troponin C olmak üzere üç farkı yapıda bulunur. Troponin T ve troponin I AMI'dan sonra ortalama 3-12 saat içinde yükselmeye başlar ve 24 saat içinde zirveye ulaşır.7-14 gün içinde yavaş yavaş gerileyerek normale ulaşır. MI tanısı konması için yukarıda sözü edilen durumlardan en az ikisinin aynı anda bulunması gerekmektedir. Troponin değeri sadece MI'da değil pulmoner emboli,miyokardit,sepsis,septik şok,böbrek yetmezliği, hipotiroidide de yükselebilir. Bu nedenle ayırıcı tanı çok iyi yapılmalıdır. Göğüs ağrısıyla acil servise başvuran her hastanın mutlaka en kısa zamanda 12 derivasyonlu EKG sinin çekilip değerlendirilmesi gerekmektedir (Gülşen ve Babalık, 2015; Keleş, 2015; Aşlamacı, 2013; European Society of Cardiology, 2013; Kul,2009).

Tedavide amaç,engellenen koroner akımın en kısa sürede yeniden sağlanmasıdır. Hastanın 10 dakika içinde tanısının konması en geç 1 saat içinde fibrinolitik tedavi ya da en geç 1.5 saat içinde perkutan koroner anjiografinin uygulanması gerekmektedir.Eğer hastanın primer perkutan girişim uygulanacak merkeze ulaşımı 120 dakikadan fazla sürecekse fibrinolitik tedavinin tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir. AMI'nde tutulan koroner arterin tekrar kan akışının sağlanması için en etkili tedavi yöntemi perkütan revaskülarizasyondur. Primer perkütan koroner angiografi,MI sırasında hastaya fibrinolitik tedavi uygulanmadan yapılan anjioplasti ve/veya stentleme yöntemidir.Stentleme yöntemiyle revaskülarizasyon yeniden sağlanmaktadır.Hastanın tedavisi koroner yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirilmelidir.Hasta istirahate alınmalı,oksijen desteği sağlanmalıdır. İntravenöz yol için damar yolu malzemeleri hazırlanmalı, defibrilatör hazır bulundurulmalıdır.Hastanın oksijen saturasyonu %90'ın altında ise oksijen nazal maske ile 2-4 lt/dk olacak şekilde verilmelidir. Hastaya mutlaka aspirin 150 mg-300mg çiğnetilmelidir. Aspirin çok etkili bir trombolitik grubu ilaçtır.Hastaya yapılacak ilk girişimlerden biri hastada var olan ağrının bir an önce giderilmesidir.Ağrıyı gidermek için analjezikler(morfin, aldolan vb.) nitratlar,beta-blokerler kullanılmaktadır.Morfin 4-8mg intravenöz olarak yapılır,ağrı geçmez ise 5-

15 dakikada bir 2 mg ek doz yapılabilir. Morfinin en önemli yan etkisi hipotansiyon, bradikardi ve bulantı-kusmadır. Solunum depresyonu açısından hasta dikkatli izlenmelidir. Eğer hasta hipotansif, taşikardik, bradikardik ise nitratların uygulanması önerilmemektedir. Ayrıca renin, anjiotensin, aldosteron sistemi üzerine etki eden ajan ilaçlar ve statin grubu ilaçların da hastaya verilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Gülşen ve Babalık, 2015; European Society of Cardiology, 2013; Yüksel ve Şahin, 2011; Dilmener ve diğ., 1996).

2.8. Miyokard Infarktüsü Geçiren Kişiye Yaklaşım

Kalp krizinde erken tanı ve hastaneye erken ulaşmanın çok önemli olduğu bilinmektedir. Hasta ilk önce istirahate alınmalı, ambulans aranmalı, dil altı nitrogliserin verilmeli, aspirin çiğnetilmeli, hastanın oksijen alması sağlanmalıdır. En kısa zamanda MI geçiren kişi hastaneye ulaştırılmalıdır (Keleş, 2015). Kim ve diğ.'nin (2016), Frag ve diğ.'nin (2011) çalışmasında, sırasıyla katılımcıların %67, %86.8'i AMI belirtilerini gözlemlediğinde ambulansı arayacaklarını bildirmiştir. Yardımcı çalışmasında (2010) ilk kez AMI geçiren kişilerin tıbbi yardım istemelerini etkileyen faktörlerin, ağrının şiddetli ve sürekli olması, ağrının daha önceki deneyimlerindeki ağrıdan çok farklı olması, sakat kalma ve ölüm korkusu, göğüs ağrısı dışında yeni semptomların eklenmesi, yakınlarının/diğer kişilerin ısrarı olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada ilk kez AMI geçiren kişilerin sadece %16.7'si ambulansla hastaneye ulaştığı bulunmuştur.

2.9. Akut Miyokard Infarktüsü Komplikasyonları

- Ani kardiyak ölüm (Kalp debisinin azalmasına bağlı, akciğer ödemeine bağlı, kalbin rüptürüne ve ciddi aritmilere bağlı olarak gelişmektedir).
- Hayatı tehdit eden ciddi aritmiler (Ventriküler Taşikardi (VT) , Ventriküler Fibrilasyon (VF)
- Kalp yetersizliği
- Kardiyojenik şok
- Akut mitral yetmezlik
- Perikardit (Keleş, 2015; Hall, 2014).

2.10. Koroner Arter Hastalığı ve Miyokard Infarktüsünden Korunmak İçin Dikkat Edilmesi Gerekenler

Sigaranın Bırakılması: Primer koruma hedefleri arasında en etkili faktör olarak sigaranın bırakılması yer almaktadır. Bir çok çalışmada sigara kullanımı ile KAH ilişkisi ve MI geçirme durumu yüksek bulunmuştur (Tuncer ve Alioğlu, 2015; Taş ve Büyükbeşe, 2013; Türkmen ve Güven, 2010).

Dengeli ve Yeterli Beslenme: Diyetle doymuş yağ asitleri ve doymamış yağ asitlerinin yeri çok önemlidir. Çünkü vücuda alınan doymuş yağ asitleri hem total kolesterolü hemde LDL'yi artırmakta olup KAH için önemli risk oluşturmaktadır. Doymamış yağ asitlerinin ise total kolesterolü ve LDL'yi azalttığı bilinmektedir. Total kolesterol ve LDL'nin yüksek olması KAH için önemli bir risk faktörüdür. Omega-3 yağ asitleri ise kardiyak aritmileri engelleyerek, trigliserit düzeylerini düşürerek, trombüs oluşumunu azaltarak KAH riskini azaltmaktadır. Taze meyve ve sebze tüketimi de KAH'a yakalanma riskini azaltmaktadır. Alkol tüketimi KAH'dan korunma açısından önerilmemektedir. Özyurt'un çalışmasında (2010) araştırma kapsamına alınan bireylerden düzenli alkol aldığını ifade edenlerin KVH açısından alkol kullanmayan kişilere göre 2.21 kat daha fazla yüksek risk grubunda oldukları saptanmıştır.

Düzenli Fiziksel Aktivitenin Yapılması: Düzenli ve orta düzeyde yapılan fiziksel aktivite sağlık açısından önemlidir. Haftada en az 4-5 gün 30-45 dakika orta düzeyde egzersiz yapılmasının KAH'dan korunmada etkili olduğu bildirilmiştir. Çünkü düzenli yapılan fiziksel aktivite kandaki trigliserid ve LDL'yi düşürerek, KB'yi düzenleyerek ve sağlıklı kilo kaybı sağlayarak KAH'a yakalanma riskini azaltmaktadır (Türkmen ve Güven, 2010; Klot ve diğ., 2008; Eagle ve Baligs, 2007).

Kan Basıncı Kontrolünün Sağlanması: Tuz alımının azaltılmasıyla, düzenli egzersizle, kilo kaybı ve hekim istemine göre verilen antihipertansif ilaçlarla KB kontrol altına alınabilmektedir (Kaplan ve Victor, 2013; Türkmen ve Güven, 2010).

Dislipideminin Önlenmesi: Dislipidemi KAH için en önemli etkidir. LDL kolesterolün düşürülmesiyle KAH insidansı azalmaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleriyle dislipidemiler kontrol altına alınabilmekte ancak yaşam tarzı değişikliği yetersizliğiyle kontrol altına alınamayan durumlarda ve yüksek riskli kişilerde hekim istemine göre farmakolojik ilaç tedavilerine başvurulmaktadır. Statin grubu ilaçların dislipidemilerin önlenmesinde önemli rolü vardır (Türkmen ve Güven, 2010).

Diyabet ve Kan şekeri kontrolünün Sağlanması: Açlık kan şekeri 72-126 mg/dl arasında olmalıdır. Kan şekerinin düzenlenmesinde öncelikle bireylerin diyeti düzenlenmelidir. Diyabetli bireylerde sebze ve meyve, tam taneli tahıllardan oluşan diyetle KAH riski azaltılabilmektedir. Diyetle yeterli kontrol sağlanamaz ise oral diyabetik ilaçlara, ilaçlar ile kontrol sağlanmaz ise insülin tedavisine başlanmaktadır. Diyabetli bireylerin, glisemi, dislipidemi ve KB değerlerini kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzlarında enerji, doymuş ve trans yağlar, kolesterol ve sodyum alımını azaltmaları ve fiziksel aktivitelerini arttırmaları gerekmektedir (Türkmen ve Güven, 2010). Türkmen ve Güvanyaptıkları sistematik derlemede İngiltere Prospektif Diyabet Çalışmasında (UKPDS) HbA1C'deki her %12'lik düşüşün MI riskinde %18 bir azalmayla sonuçlandığını belirtmiştir (Türkmen ve Güven, 2010; World Health Organization: Prevention of Cardiovascular Disease, 2007).

2.11. Koroner Arter Hastalığı ve Hemşirenin Rolü

Hemşireler, sağlık ekibinin etkin bir üyesidir. Bireyin, ailenin veya toplumun sağlığını korumak, sağlığını iyileştirmek ve doğru sağlık davranışlarını kazandırmak hemşirenin temel rolleri arasında yer almaktadır. Bireyleri sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri konusunda bilgilendirme gerekliliği günümüzde hemşirelere önemli eğitim, rehberlik ve danışmanlık rolleri de yüklemektedir (Türkmen ve diğ., 2012; Korkmaz, 2011; Taylan ve diğ., 2011; Taş ve Büyükbeşe, 2013). Sağlık bakım sistemi içinde yer alan hemşireler, bireylerin sağlığını geliştirmede ve hastalıklardan korunmasında etkili sağlık profesyonelleridir (Bayrak Özasan, 2013). Sağlık bakım sisteminde önemli rollere sahip olan hemşireler, pek çok ülkede sağlığı korumak için temel olan hasta eğitimi ve danışmanlık, iletişim ve davranış değişikliklerini sağlama üzerine odaklanmıştır. Aynı zamanda, toplum tarafından güvenilir bilgi ve destek

kaynakları olarak görülen hemşireler, bakımın koordinasyonunu ve sağlık ekibi üyeleri ile işbirliğini içeren görevler üstlenmektedir (İnangil ve Şendir, 2014).

Sağlık ekibi içinde hemşirelerin kardiyovasküler veya diğer kronik hastalıkların önlenmesinde, riskli kişilerde hastalığın ortaya çıkışının geciktirilmesinde ve olası komplikasyonların azaltılmasında toplumda farkındalık yaratma, bireyleri eğitme, bireylere sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırma ve hastalandıklarında da bireylerin tedaviye uyumunu sağlamada önemli sorumlulukları vardır (Türkmen ve diğ.,2012).

Hemşire tarafından, KAH gelişim riskini önlemek ve dolayısıyla MI gelişim riskini önlemek veya en aza indirmek için öncelikle bireye, aileye ve topluma sağlıklı yaşam tarzı değişikliği kazandırılması ve bu yaşam tarzının sürdürülmesinin sağlanması çok önemlidir. Bu nedenle korunma yolları hakkında bireye, aileye ve topluma gereksinimlerine göre eğitim verilmesi ve motive edici girişimlerde bulunulması, riskleri en aza indirmek veya önlemek oldukça önemlidir (Akbulut ve diğ., 2016; İnangil ve Şendir, 2012; Savaşan ve diğ., 2013;Türkmen ve Çam, 2012; Yeşil ve diğ., 2012).

KAH ve MI için bireylere eğitimler ve topluma yönelik araştırmalar yapılmalıdır. Toplumdaki yüksek riskli kişilerin ve hastaların belirlenip kardiyovasküler olaylara karşı korunması sağlanmalıdır. KVVH'la mücadelede tüm sağlık grupları ile beraber hemşirelerinde etkin rolü olmalıdır. Hemşireler gerektiği durumlarda güncel bilgiler ışığında bilimsel kaynaklara dayalı eğitimler hazırlamalıdır. Verilecek eğitimlerde bireylerin öğrenim gereksinimleri,eğitim seviyeleri ve öğrenmeye istek durumuna göre planlanmalıdır.Verilecek eğitimlerin içeriğinde ise kalp krizinin tanımı,belirtileri,risk faktörleri ve bu risk faktörlerinin azaltılmasının yolları ve yaşam tarzı değişikliğinin önemine yer verilmelidir (Yılmaz ve Boylu, 2016; Türen ve Efil, 2014).

KKTC'de Türkiye de olduğu gibi kardiyak rehabilitasyon programları geliştirilmelidir. Kardiyak rehabilitasyon programında hemşireler etkin rol oynamaktadır.Kardiyak rehabilitasyon, kalp hastalığına sahip bireylerin fiziksel,sosyal,psikolojik yönden en iyi düzeyde sağlığına kavuşması için yapılan rehabilitasyon yani iyileştirme programıdır.Hasta eğitiminde amaç kişinin sağlığının korunması ve sürdürülmesi,kişiy e hastalıkları önleme davranışlarının kazandırılması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır.Hemşireler bilimsel çalışmalar doğrultusunda

bireylere en uygun davranış değişimi yaklaşımlarını belirlemek için çaba sarfetmelidir (Alkan, 2016; Uysal, 2012).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanı Türü

Araştırma 18 yaş üzeri bireylerin miyokard infarktüsü (kalp Krizi) hakkında bilgi düzeyleri ve korunma davranışlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekteşirilmiş ve araştırmada tarama modeli kullanılmıştır.

3.2. Araştırma soruları

18 yaş üzeri bireylerin miyokard infarktüsü (kalp Krizi) hakkında bilgi düzeyleri ve korunma davranışlarını saptamak amacıyla yapılan çalışmada;

1-Kalp krizi risk faktörleri ve kalp krizi belirtileri farkındalık düzeyi yüksek midir?

2-Cinsiyet kalp krizi risk faktörlerinde farkındalığı etkiliyor mu?

3-18 yaş üstü bireyler Kalp krizinden korunma davranışlarını biliyor mu ve uyguluyor mu? sorularına yanıt aranmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma,Aralık 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında Geçitkale Belediyesi ve Geçitkale Belediyesine bağlı köylerde yapılmıştır.

3.4. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini KKTC’de bulunan Geçitkale Belediyesi ve Belediye ye bağlı köylerde yaşayan 18 yaş üzerindeki 2299 birey oluşturmuştur.

Araştırma evreninin tamamına ulaşılması zor olduğundan dolayı evreni temsil edecek şekilde basit tesadüfi örnekleme yöntemi ve evreni bilinen örnekleme formülü kullanılarak bir örneklem seçilmiştir. Buna göre araştırma evreninde yer alan 2299 kişilik %95 güven aralığı ve %5 örnekleme hatası ile görüşülmesi gereken 329 kişi çalışma örneklemini oluşturmuştur.

Örneklem Sayısı

N: Çalışma Evrenindeki kişi sayısı

n:Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t:Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d:Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasıdır.

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{(N - 1)d^2 + t^2 * p * q} \quad n = \frac{2299 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(2298)(0.025)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50} = 329$$

3.5. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formu aracılığı ile toplanmıştır. Bilgi formu bireylerin tanımlayıcı özelliklerini içeren 28 soru ve kalp krizi ve korunma davranışlarına ait 6 soru olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmanın veri toplama formlarının uygulanabilmesi için, Geçitkale Belediye Başkanlığından gerekli izin alınmıştır.

Veri toplama formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla evrenin %10’una yani 32 bireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri

toplama formunda gerekli düzeltmeler yapılmış ve ön uygulamaya alınan bireyler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Literatür bilgisine dayanılarak (Kim ve diğ., 2016; Onar, 2012; Hacıoğlu ve diğ., 2011; Frag ve diğ., 2007) hazırlanan anket formu araştırmacı tarafından Geçitkale ve Geçitkale Belediye'sine bağlı bulunan köylerdeki 18 yaş üzeri bireylerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuş ve bireylerin anket formunu cevaplama süresi yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma KKTC'de bulunan Geçitkale Belediyesi ve Belediye ye bağlı köylerde yaşayan 18 yaş üzerindeki bireyler ile sınırlıdır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın planlanması aşamasında öncelikle Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurul onayı (Ek 2), Geçitkale Belediyesi Başkanlığından (Ek 3) araştırmaya katılan bireylerin gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları bildirilmiştir. Anket formlarına isim yazılmamıştır.

3.8. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formundan elde edilen verilerin analizinde Statistical Package for Social Science (SPSS 21,0) istatistiksel veri analizi paket programı kullanılmıştır.

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin, sağlık durumlarının, sigara kullanma durumlarının, kalp krizi konusunda eğitim alma durumlarının, kalp krizi risk faktörlerine ilişkin görüşlerinin, kalp krizinden korunmak için yaptıklarının, kalp krizi belirtilerine ilişkin görüşlerinin, gerçekleşen değişikliklerin kalp krizi olduğunu düşünme durumlarının, yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde gösterecekleri davranışların saptanmasında frekans analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin cinsiyetlerinin yaş gruplarına ve kalp masajı hakkında bilgi alma durumlarına göre kalp krizi risk faktörlerine ilişkin görüşlerinin, kalp krizi belirtilerine ilişkin görüşlerinin ve yanlarında birinin kalp

krizi geçirmesi halinde gösterecekleri davranışlarının karşılaştırılmasın ki kare analizi kullanılmış ve sonuçlar çapraz tablolar ile verilmiştir.

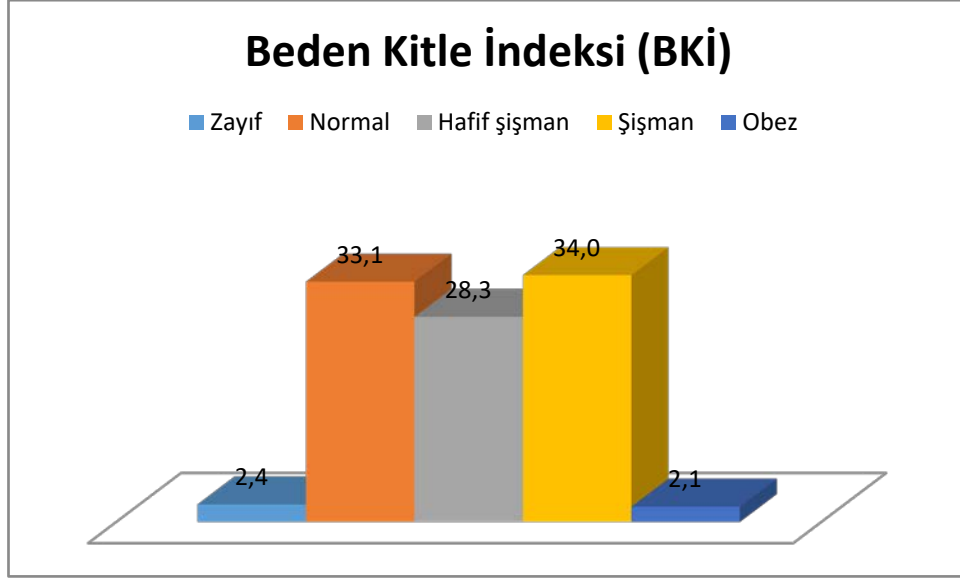
4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri(N=329)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	176	53,50
Erkek	153	46,50
Yaş Grubu		
30 yaş ve altı	63	19,15
31-40 yaş arası	71	21,58
41-50 yaş arası	63	19,15
51-60 yaş arası	82	24,92
61 yaş ve üzeri	50	15,20
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	5	1,52
İlkokul	88	26,75
Ortaokul	63	19,15
Lise	117	35,56
Lisans/Lisansüstü	56	17,02
Medeni durum		
Evli	262	79,64
Bekar	55	16,72
Boşanmış/Dul	12	3,65
Şuan çalışma durumu		
Çalışan	154	46,81
Çalışmayan	175	53,19

Tablo 4.1.'de araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tablo 4.1. incelendiğinde katılımcıların %53,50'sinin (n=176) kadın, %24,92'sinin (n=82) 51-60 yaş grubunda olduğu, %35,56'sının (n=117) lise mezunu %79,64'ünün (n=262) evli , %53,19'nun (n=175) çalışmadığı saptandı.

Şekil 4.1.'de katılımcıların BKİ değerlerine göre dağılımı incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %2,4'ünün zayıf olduğu, %33,1'inin normal, %28,3'ünün hafif şişman, %34,0'ünün şişman ve %2,1'inin obez olduğu görülmektedir.



Şekil 4.1. Katılımcıların BKİ gruplarının dağılımı

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Durumları (N=329)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalık		
Var	133	40,43
Yok	196	59,57
Hastalık (n=133) *		
Yüksek tansiyon	96	72,18
Şeker	61	45,86
Tiroid	27	20,30
Astım	12	9,02
Diğer (<i>Romatizma, kalp yetmezliği, multiple skleroz, böbrek trans</i>)	8	6,02
Daha önce kalp krizi geçirme		
Geçiren	32	9,73
Geçirmeyen	297	90,27
Kalp krizi teşhisi koyan (n=32)		
Hekim	29	90,63
Hemşire	1	3,13
Kendi Tahmini	2	6,25
Aile de kalp krizi öyküsü var mı		
Var	99	30,09
Yok	230	69,91
Kalp krizi geçiren aile bireyi (n=99)		
Anne	23	23,23
Baba	38	38,38
Kardeş	16	16,16
Diğer (<i>Amca, dayı, Büyükanne</i>)	22	22,22

**Birden fazla kronik hastalık / birden fazla yanıt*

Tablo4.2’de görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen bireylerin %40,43’ünün (n=133) hekim tarafından tanısı konmuş bir kronik rahatsızlığının olduğu bulundu. Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların %72,18’inin (n=96) yüksek tansiyon, %45,86’sının (n=61) şeker, %20,30’unun (n=27) tiroid bozukluğu ve %9,02’sinin

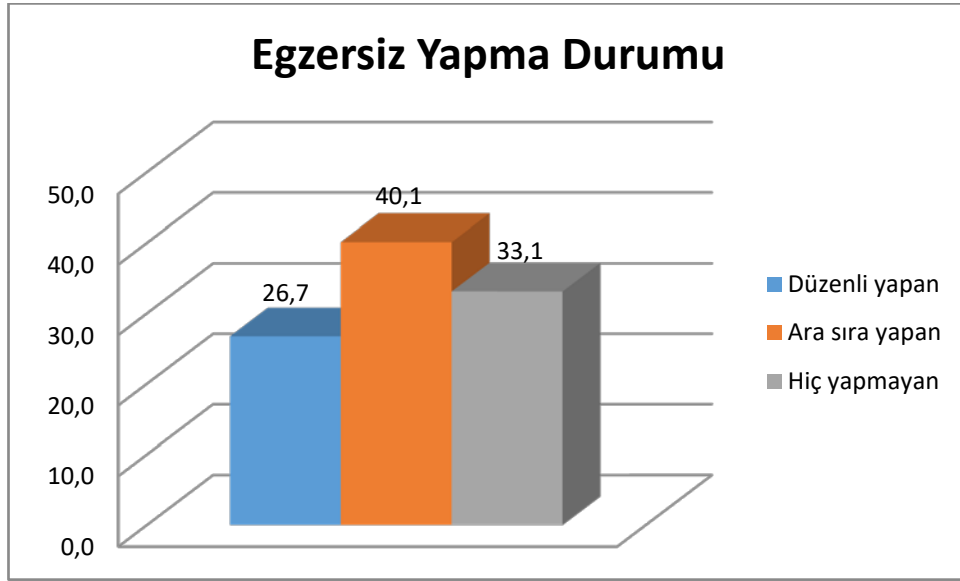
(n=12) astımı olduğu belirlendi. Katılımcıların %9,73'ü (n=32) daha önce kalp krizi geçirdiğini ifade etmiş olup, kalp krizi geçiren hastaların %90,63'ü (n= 29) tanının hekim tarafından konulduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %30,09'unun (n=99) aile bireylerinde kalp krizi öyküsü bulunduğu ve ailesinde kalp krizi öyküsü olan katılımcıların %23,23'ünün (n=23) annesinin, %38,38'inin (n=38) de babasının daha önce kalp krizi geçirdiği saptandı.

Tablo 4.3. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumları (N=329)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanma durumu		
Kullanan	99	30,09
Hiç kullanmayan	171	51,98
Daha önce kullanıp bırakan	59	17,93
Günlük kullanılan sigara sayısı (n=98)		
1 paketten az	30	30,61
1 paket	29	29,59
2 paket	28	28,57
2 paketten fazla	11	11,22

Katılımcıların sigara kullanma durumlarının dağılımına bakıldığında, %30,09'unun (n=99) sigara kullandığı, %51,9'inin (n=171) hiç kullanmadığı ve %17,93'ünün (n=59) daha önce sigara kullandığı ancak bıraktığı gözlemlenmiştir. Sigara kullanan katılımcıların %30,61'inin (n=30) günde bir paketten az, %29,59'unun (n=29) bir paket, %28,57'sinin (n=28) 2 paket ve %11,22'sinin (n=11) 2 paketten fazla sigara tükettiği saptanmıştır.

Şekil 4.2.'de katılımcıların egzersiz yapma durumlarına göre dağılımına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, %26,7'sinin düzenli olarak egzersiz yaptığı, %40,1'inin ara-sıra egzersiz yaptığı, %33,1'inin hiç egzersiz yapmadığı görülmektedir.



Şekil 4.2. Katılımcıların egzersiz yapma durumlarının dağılımı

Tablo 4.4. Katılımcıların Kalp Krizi Konusunda Eğitim Alma Durumları(N=329)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kalp krizi ile ilgili eğitim alma *		
Alan	36	10,94
Almayan	293	89,06
Eğitimi kimden aldığı (n=36)		
Hekim	5	12,82
Hemşire	3	7,69
Tv/İnternet	5	12,82
Seminer/Kurs	26	66,67
Kalp masajı hakkında bilgi alma		
Alan	192	58,36
Almayan	137	41,64
Bilgi alınan kişi (n=192) *		
Hekim-hemşire	9	4,69
İlkyardım kursu	73	38,02
Tv-internet	111	57,81

* Birden fazla yanıt

Tablo 4.4.'te araştırmaya dahil edilen bireylerin kalp krizi konusunda eğitim alma durumları incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan bireylerin sadece %10,94'ünün (n=36) kalp krizi ile ilgili eğitim aldığı, kalp krizi ile ilgili eğitim alan bireylerin %12,82'sinin (n=5) bu eğitimi hekimden, %7,69'unun (n=3) hemşireden, %12,82'inin (n=5) TV yada internetten, %66,67'sinin (n=26) seminer yada kurslardan aldığı ifade edilmiştir. %58,6'ı (n=192) kalp masajı hakkında bilgi aldığını ifade etmiştir. Kalp masajı hakkında bilgi alan katılımcıların %4,69'u (n=9) hekim yada hemşireden, %38,02'si (n=73) ilk yardım kursundan, %57,81'i (n=111) ise TV yada internetten bilgi edinmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Kalp Krizi Risk Faktörlerine İlişkin Görüşleri
(N=329)

	Risk Faktörü		Risk Faktörü Değil		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	N	%
Yüksek Tansiyon	283	86,02	34	10,33	12	3,65
Kısa boylu olmak	22	6,69	242	73,56	65	19,76
Şişmanlık	314	95,44	13	3,95	2	0,61
Stres	318	96,66	9	2,74	2	0,61
Beyaz tenli olmak	15	4,56	229	69,60	85	25,84
40 yaş altı kadın olmak	68	20,67	180	54,71	81	24,62
Şeker Hastalığı	219	66,57	60	18,24	50	15,20
Sigara kullanmak	307	93,31	18	5,47	4	1,22
Ailede kalp krizi öyküsü	251	76,29	57	17,33	21	6,38
Kolesterolün yüksek olması	268	81,46	32	9,73	29	8,81
Aşırı alkol kullanımı	246	74,77	48	14,59	35	10,64
Uyuşturucu bağımlılığı	241	73,25	33	10,03	55	16,72
Diyet ve düzenli beslenme alışkanlığı	37	11,25	278	84,50	14	4,26
Cinsiyet	129	39,21	163	49,54	37	11,25
Hareketsiz Yaşam	312	94,83	13	3,95	4	1,22

Kalp krizi risk faktörlerine ilişkin görüşlerde katılımcıların %86,02'sinin (n=283) yüksek tansiyonu, %95,44'ünün (n=314) şişmanlığı, %96,66'sının (n=318) stresi, 66,57'sinin (n=219) şeker hastalığını, %93,31'inin (n=307) sigara kullanmayı, %81,46'sının (n=268) yüksek kolesterolü, %73,25'inin (n=241) uyuşturucu bağımlığını, %39,21'inin (n=126) cinsiyeti, %94,83'ünün (n=312) hareketsiz yaşamı kalp krizi risk faktörü olarak ifade ettikleri saptanmıştır.

Tablo 4.6. Katılımcıların Kalp Krizinden Korunma Davranışları(N=329)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kalp krizinden korunmak için bir şey yapma		
Yapan	111	33,74
Yapmayan	218	66,26
Yapılanlar (n=111)		
Az yağlı ve az tuzlu yemekler tüketiyorum.	98	88,29
Aşırı yemek yemiyorum.	86	77,48
Sigara içmiyorum.	83	74,77
Kan yağları tahlilleri yaptırıyorum.	82	73,87
Düzenli uyuyorum.	77	69,37
Hekim kontrolüne gidiyorum.	75	67,57
Düzenli olarak yürüyüş yapıyorum.	74	66,67
Sık sık tansiyonumu ölçüyorum.	69	62,16
Öfkelenmemeye çalışıyorum.	66	59,46

Katılımcıların kalp krizinden korunma davranışları incelendiğinde, %33,74'ünün (n=111) kalp krizinden korunmak için bir şeyler yaptığı, %66,26'sının (n=218) ise herhangi bir şey yapmadığı saptanmıştır. Kalp krizinden korunmak için bir şeyler yaptığını ifade eden katılımcıların %88,29'u (n=98) az yağlı ve az tuzlu yemekler tükettiğini, %77,48'i (n=86) aşırı yemek yemediğini, %74,77'si (n=83) sigara içmediğini, %73,87'si (n=82) kan yağları tahlilleri yaptırdığını, %69,37'si (n=77) düzenli uyduğunu, %67,57'si (n=75) hekim kontrolüne gittiğini, %66,67'si (n=74) düzenli olarak yürüyüş yaptığını, %62,16'sı (n=69) sık sık tansiyonunu ölçtüğünü ve %59,46'sı (n=66) öfkelenmemeye çalıştığını belirtmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların Kalp Krizi Belirtilerine İlişkin Görüşleri(N=329)

Kalp Krizi Belirtileri	Belirtidir		Belirti Değildir		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Göğüs ağrısı	310	94,22	6	1,82	13	3,95
Soğuk terleme	288	87,54	13	3,95	28	8,51
Zor nefes alıp-verme	288	87,54	10	3,04	31	9,42
Bulantı-kusma	180	54,71	81	24,62	68	20,67
Bayılma	154	46,81	92	27,96	83	25,23
Göğüste baskı, yanma tarzında ağrı varlığı	300	91,19	8	2,43	21	6,38
Alt çeneye, boyuna, sırta yayılan ağrı	188	57,14	52	15,81	88	26,75
Sol kola, bazen her 2 kola, omuzlara yayılan ağrı	286	86,93	17	5,17	26	7,90
Aşırı kaygı, yoğun sıkıntı hissi	236	71,73	36	10,94	57	17,33

Tablo 4.7.'de araştırma kapsamına alınan bireylerin kalp krizi belirtilerine ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların %94,22'si (n=310) göğüs ağrısını, %87,54'ü (n=288) soğuk terlemeyi, %87,54'ü (n=288) zor nefes alıp vermeyi, %54,71'i (n=180) bulantı-kusmayı, %46,81'i (n=154) bayılmayı, %91,19'u (n=300) göğüste baskı, yanma şeklinde ağrı olmasını, %57,14'ü (n=188) alt çeneye, boyuna ve sırta yayılan ağrı varlığını, %86,93'ü (n=286) sol kola, bazen her 2 kola ve omuzlara yayılan ağrı varlığını, %71,73'ünün (n=236) aşırı kaygı ve yoğun sıkıntı hissini kalp krizi belirtisi olarak gördüklerini ifade etmiştir.

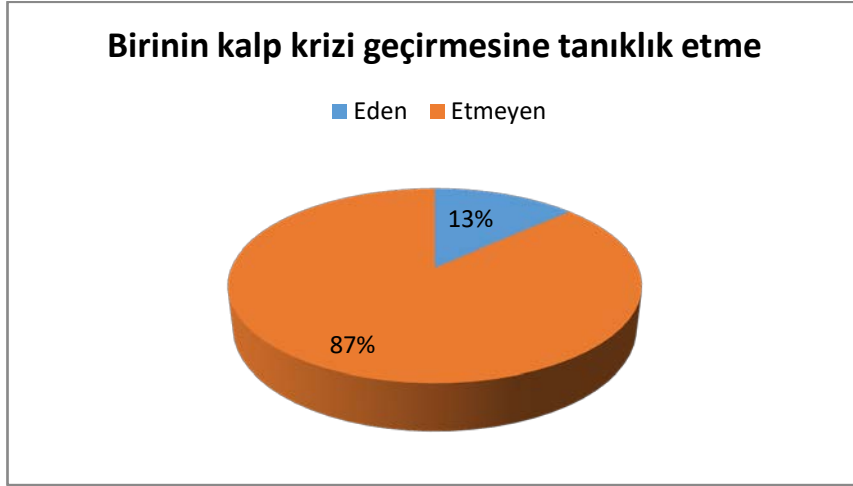
Tablo 4.8. Katılımcıların Vücutlarında Gerçekleşen Değişikliklerin Kalp Krizi Olduğunu Düşünme Durumları(N=329)

	Düşünürüm		Düşünmem		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	N	%
Yüksek ateş	19	5,78	293	89,06	17	5,17
Baş dönmesi ve sersemleme	60	18,24	253	76,90	16	4,86
Fenalık hissi	168	51,06	146	44,38	15	4,56
Çarpıntı	233	70,82	88	26,75	8	2,43
Nefes darlığı	236	71,73	82	24,92	11	3,34
Vücutta kırmızı lekeler	14	4,26	283	86,02	32	9,73
Kaşıntı	9	2,74	291	88,45	29	8,81
Soğuk terleme	242	73,56	73	22,19	14	4,26
İshal	22	6,69	281	85,41	25	7,60
Susama hissi	26	7,90	271	82,37	32	9,73
Öksürük	59	17,93	253	76,90	17	5,17
Mide ağrısı	184	55,93	132	40,12	13	3,95
Kusma	89	27,05	214	65,05	26	7,90
Hazımsızlık	67	20,36	230	69,91	32	9,73

Katılımcıların vücutlarında gerçekleşen değişikliklerin kalp krizi olduğunu düşünme durumlarının dağılımında, %51,06'sının (n=168) vücutlarında fenalık hissi olduğunda, %70,82'sinin (n=233) çarpıntı, %71,73'ünün (n=236) nefes darlığı, %73,56'sının (n=242) soğuk terleme, %55,93'inin (n=184) mide ağrısı olduğunda kalp krizi belirtisi olabileceğini düşündüğü tespit edilmiştir.

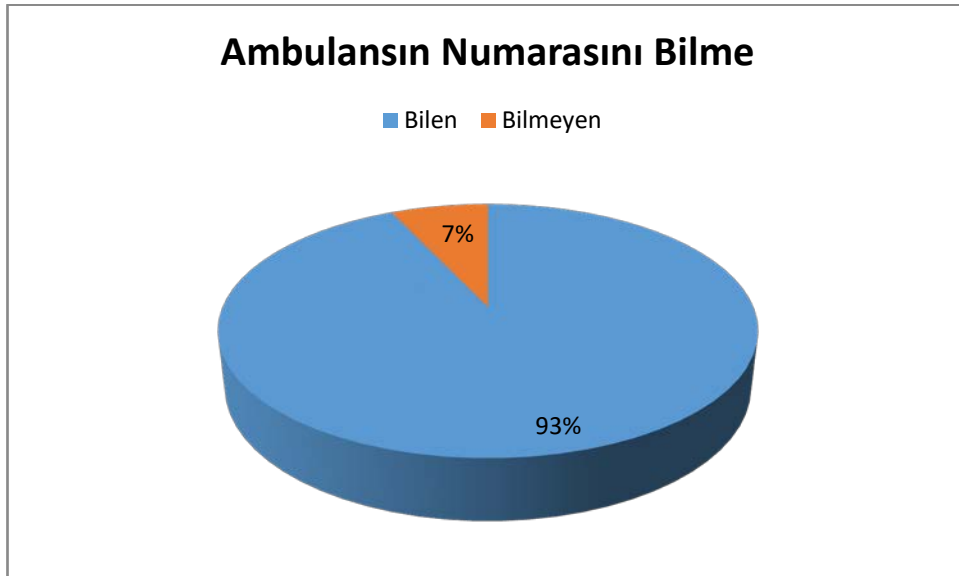
Katılımcıların %89,06'sı (n=293) vücutlarında yüksek ateş, baş dönmesi ve sersemleme, %86,02'si (n=253) kırmızı lekeler, %88,45'i (n=283) kaşıntı, %85,41'i (n=281) ishal, %82,37'si (n=271) susama hissi, %76,90'ı (n=253) öksürük, %65,05'i (n=214) kusma ve %69,91'i (n=230) hazımsızlık görülmesi halinde kalp krizi belirtisi olarak düşünmediklerini ifade etmiştir.

Şekil 4.3.'te katılımcıların yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi durumlarının dağılımı verilmiş olup, katılımcıların %13,0'ünün yanında birinin kalp krizi geçirdiği ve katılımcıların buna tanıklık ettiği görülmektedir.



Şekil 4.3. Katılımcıların yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi durumlarının dağılımı

Şekil 4.4. incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin %93,0'ünün ambulansın numarasını bildiği belirlenmiştir.



Şekil 4.4. Katılımcıların ambulansın numarasını bilme durumlarının dağılımı

Tablo 4.9. Katılımcıların Yanlarında Birinin Kalp Krizi Geçirmesi Halinde Gösterecekleri Davranışlar(N=329)

	Evet		Hayır	
	n	%	N	%
Ambulansı ararım.	299	90,88	30	9,12
Üzerindeki kıyafetleri gevşetirim	288	87,54	41	12,46
İyi misin diye sorarım	268	81,46	61	18,54
Hemen yakınını ararım	208	63,22	121	36,78
Alıp hastaneye götürürüm	201	61,09	127	38,60
Kalbi durmuş ise kalp masajı yaparım	192	58,36	137	41,64
Yanımda varsa su veririm	163	49,54	166	50,46
Ateşine bakarım	161	48,94	168	51,06
Yanımda varsa sspirin çiğnetirim	125	37,99	204	62,01
Yanımda varsa kolonya koklatırım	98	29,79	231	70,21
Korkarım bir şey yapacağımı düşünmüyorum	39	11,85	290	88,15
Hemen oradan ayrılırım.	7	2,13	322	97,87

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde gösterecekleri davranışların dağılımına bakıldığında katılımcıların %90,88'inin (n=299) ambulansı ararım, %87,54'ünün (n=288) üzerindeki kıyafetleri gevşetirim, %81,46'sının (n=268) iyi misin diye sorarım, %63,22'sinin (n=208) hemen yakınlarını ararım, %58,36'sının (n=192) kalbi durmuş ise kalp masajı yaparım, %49,54'ünün (n=163) su veririm, %48,94'ünün (n=161) ateşine bakarım, %37,99'unun (n=125) aspirin çiğnetirim, %29,79'unun (n=39) kolonya koklatırım yanıtını verdiği saptanmıştır.

Tablo 4.10. Kalp Krizinin Tanımını Bilme ile Cinsiyet, Yaş grubu ve Kalp Masajı Hakkında Bilgi Alma Durumlarının Karşılaştırılması (N=329)

	Bilmeyen		Bilen		X ²	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	103	58,52	73	41,48	0,03	0,85
Erkek	88	57,52	65	42,48		
Yaş Grubu						
50 altı	91	47,40	101	52,60	21,51	0,00*
50 yaş ve üstü	100	72,99	37	27,01		
Kalp masajı hakkında bilgi						
Alan	103	53,65	89	46,35	3,68	0,04*
Almayan	88	64,23	49	35,77		

* $p < 0,05$

Tablo 4.10.'da araştırma kapsamına alınan bireylerin cinsiyet, yaş ve kalp masajı hakkında bilgi alma durumlarına göre kalp krizinin tanımını bilme durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin Ki kare analizi sonucunda, katılımcıların cinsiyet ile kalp krizinin tanımını bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş gruplarına göre kalp krizinin tanımını bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p < 0,05$). 50 yaş ve altı katılımcıların kalp krizinin tanımını bilme oranı, 50 yaş ve üstü katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kalp masajı hakkında bilgi alma durumlarına göre kalp krizinin tanımını bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve bilgi alan katılımcıların kalp krizinin tanımını bilme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 4.11. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Kalp Krizi Risk Faktörlerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması (N=329)

Risk Faktörleri	RiskFaktörüdür				Risk faktöründeğildir				Bilmiyorum				X ²	p
	Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Yüksek tansiyon	159	90,34	124	81,05	11	6,25	23	15,03	6	3,41	6	3,92	6,99	0,03*
Kısa boylu olmak	11	6,25	11	7,19	123	69,89	119	77,78	42	23,86	23	15,03	4,03	0,13
Şişmanlık	167	94,89	147	96,08	8	4,55	5	3,27	1	0,57	1	0,65	-	-
Stres	174	98,86	144	94,12	2	1,14	7	4,58	0	0,00	2	1,31	-	-
Beyaz tenli olmak	9	5,11	6	3,92	120	68,18	109	71,24	47	26,70	38	24,84	0,48	0,79
40 yaş altı kadın olmak	41	23,30	27	17,65	101	57,39	79	51,63	34	19,32	47	30,72	6,08	0,05
Şeker hastalığı	122	69,32	97	63,40	26	14,77	34	22,22	28	15,91	22	14,38	3,05	0,22
Sigara kullanmak	168	95,45	139	90,85	7	3,98	11	7,19	1	0,57	3	1,96	-	-
Ailede kalp krizi öyküsü	139	78,98	112	73,20	26	14,77	31	20,26	11	6,25	10	6,54	1,79	0,41
Kolesterolün yüksek olması	155	88,07	113	73,86	8	4,55	24	15,69	13	7,39	16	10,46	13,35	0,00*
Aşırı alkol kullanımı	145	82,39	101	66,01	15	8,52	33	21,57	16	9,09	19	12,42	13,33	0,00*
Uyuşturucu bağımlılığı	140	79,55	101	66,01	13	7,39	20	13,07	23	13,07	32	20,92	7,70	0,02*
Diyet ve düzenli beslenme alışkanlığı	19	10,80	18	11,76	151	85,80	127	83,01	6	3,41	8	5,23	0,78	0,68
Cinsiyet	74	42,05	55	35,95	84	47,73	79	51,63	18	10,23	19	12,42	1,38	0,50
Hareketsiz yaşam	170	96,59	142	92,81	4	2,27	9	5,88	2	1,14	2	1,31	-	-

*p<0,05

Tablo 4.11. Katılımcıların cinsiyetlerine göre kalp krizi risk faktörlerine ilişkin görüşlerinin karşılaştırılmasında kadın bireylerin %90,34'ü (n=159), erkek bireylerin ise %81,05'i (n=124) yüksek tansiyonu kalp krizi risk faktörü olarak gördükleri saptanmış, kadın ve erkek bireylerin yüksek tansiyonu kalp krizi risk faktörü olarak görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadın bireylerin yüksek tansiyonu kalp krizi risk faktörü olarak görme oranı erkek bireylere göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin yüksek kolesterolü kalp krizi risk faktörü olarak görme oranı %88,07 (n=155), erkek bireylerin ise %73,86'dır (n=113). Bireylerin cinsiyetlerine göre yüksek kolesterolü kalp krizi risk faktörü olarak görme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup, kadın bireylerin yüksek kolestrolü risk faktörü olarak görme oranı erkeklere göre daha yüksektir.

Araştırmaya alınan kadın bireylerin %88,07'si (n=145) aşırı alkol kullanımını, %82,39'u (n=140) ise uyuşturucu bağımlılığını kalp krizi risk faktörü olarak görürken, bu oranlar erkek bireylerde %66,01'dir (n=101) . Kadın ve erkek bireylerin aşırı alkol kullanımını ve uyuşturucu bağımlılığını kalp krizi riski olarak görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadın bireylerin aşırı alkol kullanımını ve uyuşturucu bağımlılığını kalp krizi risk faktörü olarak görme oranı, erkek bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.12. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Kalp Krizi Belirtilerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması (N=329)

Kalp Krizi Belirtileri	Belirtidir				Belirti Değildir				Bilmiyorum				X ²	p
	Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Göğüs ağrısı	165	93,75	145	94,77	4	2,27	2	1,31	7	3,98	6	3,92	-	-
Soğuk terleme	157	89,20	131	85,62	5	2,84	8	5,23	14	7,95	14	9,15	1,44	0,49
Zor nefes alıp-verme	159	90,34	129	84,31	5	2,84	5	3,27	12	6,82	19	12,42	3,11	0,21
Bulantı-kusma	101	57,39	79	51,63	37	21,02	44	28,76	38	21,59	30	19,61	2,64	0,27
Bayılma	83	47,16	71	46,41	47	26,70	45	29,41	46	26,14	37	24,18	0,35	0,84
Göğüste baskı, yanma tarzında ağrı varlığı	160	90,91	140	91,50	4	2,27	4	2,61	12	6,82	9	5,88	0,15	0,93
Alt çeneye, boyuna, sırtta yayılan ağrı	110	62,50	78	50,98	19	10,80	33	21,57	46	26,14	42	27,45	7,96	0,02*
Sol kola, bazen 2 kola, omuzlara yayılan ağrı	160	90,91	126	82,35	5	2,84	12	7,84	11	6,25	15	9,80	5,96	0,05
Aşırı kaygı, yoğun sıkıntı hissi	130	73,86	106	69,28	18	10,23	18	11,76	28	15,91	29	18,95	0,85	0,65

*p<0,05

Tablo 4.12.'de araştırma kapsamına alınan bireylerin cinsiyetlerine göre kalp krizi belirtilerine ilişkin görüşlerinin karşılaştırılmasına ilişkin Ki Kare analizi sonuçları verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre göğüs ağrısını, soğuk terlemeyi, zor nefes alıp-vermeyi, bulantı ve kusmayı, bayılmayı, göğüste baskı, yanma tarzında ağrı olmasını, sol kola, bazen her 2 kola, omuzlara yayılan ağrı olmasını ve aşırı kaygı ve yoğun sıkıntı hissini kalp krizi belirtisi olarak görme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Kadın ve erkek bireylerin bu belirtileri kalp krizi belirtisi olarak görme durumları benzerdir.

Araştırmaya dahil edilen kadın bireylerin alt çeneye, boyuna ve sırta yayılan ağrıların olması durumunu kalp krizi belirtisi olarak tanımlama oranı %62,50 ($n=110$) iken bu oran erkek bireylerde %50,98'dir ($n=78$). Araştırma kapsamına alınan kadın ve erkek bireylerin alt çeneye, boyuna ve sırta yayılan ağrıların olması durumunu kalp krizi belirtisi olarak tanımlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadın katılımcıların alt çeneye, boyuna ve sırta yayılan ağrıların olması durumunu kalp krizi belirtisi olarak tanımlama oranı erkek katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo 4.13. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yanlarında Birinin Kalp Krizi Geçirmesi Halinde Gösterecekleri Davranışların Karşılaştırılması (N=329)

Davranışlar	Evet				Hayır				X ²	p
	Kadın		Erkek		Kadın		Erkek			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hemen oradan ayrılıyorum	6	3,41	1	0,57	170	96,59	152	86,36	2,98	0,08
Korkarım bir şey yapacağımı düşünmüyorum	30	17,05	9	5,11	146	82,95	144	81,82	9,76	0,00*
Hemen yakınıni ararım	112	63,64	96	54,55	64	36,36	57	32,39	0,03	0,87
Ambulansı ararım	155	88,07	144	81,82	21	11,93	9	5,11	3,61	0,06
İyi misin diye sorarım	142	80,68	126	71,59	34	19,32	27	15,34	0,15	0,70
Yanımda varsa,su veririm	84	47,73	79	44,89	92	52,27	74	42,05	0,50	0,48
Yanımda varsa kolonya koklatırım	48	27,27	50	28,41	128	72,73	103	58,52	1,14	0,28
Yanımda varsa aspirin çiğnetirim	62	35,23	63	35,80	114	64,77	90	51,14	1,23	0,27
Ateşine bakarım	85	48,30	76	43,18	91	51,70	77	43,75	0,06	0,80
Üzerindeki kıyafetleri gevşetirim	151	85,80	137	77,84	25	14,20	16	9,09	1,05	0,30
Kalbi durmuş ise kalp masajı yaparım	91	51,70	101	57,39	85	48,30	52	29,55	6,90	0,01*
Alıp hastaneye götürürüm	102	57,95	99	56,25	74	42,05	53	30,11	1,77	0,18

*p<0,05

Katılımcıların cinsiyetlerine göre yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde gösterecekleri davranışlarının karşılaştırılmasında kadın ve erkek bireylerin birinin kalp krizi geçirmesi halinde “korkarım ve bir şey yapamayacağımı düşünürüm” yanıtı verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış, kadın bireylerin bu yanıtını verme oranı, erkek bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadın bireylerin %51,70’i ($n=91$) yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde “hastanın kalbi durmuş ise kalp masajı yapacağını” ifade etmiş, erkek bireylerin ise %57,39’u ($n=101$) bu davranışı sergileyeceğini belirtmiştir .Erkek bireylerin yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde hastanın kalbi durmuş ise kalp masajı yapacağını ifade etme oranları kadın bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin cinsiyetlerine göre yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde sergileyecekleri diğer davranışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kalp Krizi Risk Faktörlerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması (N=329)

	Risk Faktörüdür				Risk faktörü değildir				Bilmiyorum				X ²	p
	50 yaş <		50 yaş ≥		50 yaş <		50yaş ≥		50 yaş <		50 yaş ≥			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Yüksek tansiyon	169	88,02	114	83,21	18	9,38	16	11,68	5	2,60	7	5,11	2,00	0,37
Kısa boylu olmak	11	5,73	11	8,03	154	80,21	88	64,23	27	14,06	38	27,74	10,97	0,00*
Şişmanlık	183	95,31	131	95,62	9	4,69	4	2,92	0	0,00	2	1,46	-	-
Stres	188	97,92	130	94,89	4	2,08	5	3,65	0	0,00	2	1,46	-	-
Beyaz tenli olmak	8	4,17	7	5,11	144	75,00	85	62,04	40	20,83	45	32,85	6,55	0,04*
40 yaş altı kadın olmak	40	20,83	28	20,44	107	55,73	73	53,28	45	23,44	36	26,28	0,36	0,84
Şeker hastalığı	128	66,67	91	66,42	35	18,23	25	18,25	29	15,10	21	15,33	0,00	1,00
Sigara kullanmak	181	94,27	126	91,97	8	4,17	10	7,30	3	1,56	1	0,73	-	-
Ailede kalp krizi öyküsü	145	75,52	106	77,37	33	17,19	24	17,52	14	7,29	7	5,11	0,64	0,73
Kolesterolün yüksek olması	161	83,85	107	78,10	13	6,77	19	13,87	18	9,38	11	8,03	4,63	0,10
Aşırı alkol kullanımı	145	75,52	101	73,72	28	14,58	20	14,60	19	9,90	16	11,68	0,27	0,87
Uyuşturucu bağımlılığı	137	71,35	104	75,91	18	9,38	15	10,95	37	19,27	18	13,14	2,22	0,33
Diyet ve düzenli beslenme alışkanlığı	25	13,02	12	8,76	159	82,81	119	86,86	8	4,17	6	4,38	1,45	0,48
Cinsiyet	74	38,54	55	40,15	102	53,13	61	44,53	16	8,33	21	15,33	4,72	0,09
Hareketsiz yaşam	186	96,88	126	91,97	4	2,08	9	6,57	2	1,04	2	1,46	-	-

*p<0,05

Yaş gruplarına göre kalp krizi risk faktörlerine ilişkin görüşlerinin karşılaştırılmasında 50 yaş altı bireylerin %80,21'i (n=154), 50 yaş ve üstü bireylerin %64,23'ü (n=88) kısa boylu olmanın kalp krizi risk faktörü olmadığını belirttiği saptanmıştır. 50 yaş altı bireylerin kısa boylu olmanın kalp krizi risk faktörü olmadığını ifade etme oranı 50 yaş ve üstü bireylere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Araştırmaya dahil edilen 50 yaş altı bireylerin %75,0'i (n=144), 50 yaş ve üzeri bireylerin %62,04'ü (n=85) beyaz tenli olmanın kalp krizi risk faktörü olmadığını ifade etmiştir. 50 yaş altı bireylerin beyaz tenli olmanın kalp krizi risk faktörü olmadığını ifade etme oranı 50 yaş ve üstü bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.15. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kalp Krizi Belirtilerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması (N=329)

Kalp Krizi Belirtileri	Belirtidir				Belirti Değildir				Bilmiyorum				X ²	p
	50 yaş <		50 yaş ≥		50 yaş <		50yaş ≥		50 yaş <		50 yaş ≥			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Göğüs ağrısı	187	97,40	123	89,78	2	1,04	4	2,92	3	1,56	10	7,30	-	-
Soğuk terleme	168	87,50	120	87,59	7	3,65	6	4,38	17	8,85	11	8,03	0,17	0,92
Zor nefes alıp-verme	172	89,58	116	84,67	8	4,17	2	1,46	12	6,25	19	13,87	7,07	0,03*
Bulantı-kusma	104	54,17	76	55,47	49	25,52	32	23,36	39	20,31	29	21,17	0,21	0,90
Bayılma	96	50,00	58	42,34	46	23,96	46	33,58	50	26,04	33	24,09	3,77	0,15
Göğüste baskı, yanma tarzında ağrı varlığı	181	94,27	119	86,86	4	2,08	4	2,92	7	3,65	14	10,22	-	-
Alt çeneye, boyuna, sırtta yayılan ağrı	106	55,21	82	59,85	27	14,06	25	18,25	58	30,21	30	21,90	3,25	0,20
Sol kola, bazen her 2 kola, omuzlara yayılan ağrı	172	89,58	114	83,21	6	3,13	11	8,03	14	7,29	12	8,76	4,31	0,12
Aşırı kaygı, yoğun sıkıntı hissi	138	71,88	98	71,53	21	10,94	15	10,95	33	17,19	24	17,52	0,01	1,00

*p<0,05

Tablo 4.15.'e baktığımızda katılımcıların yaş gruplarına göre göğüs ağrısını, soğuk terlemeyi, bulantı ve kusmayı, bayılmayı, göğüste baskı, yanma tarzında ağrı olmasını, alt çeneye, boyuna ve sırta yayılan ağrıyı sol kola, bazen her 2 kola, omuzlara yayılan ağrı olmasını ve aşırı kaygı ve yoğun sıkıntı hissini kalp krizi belirtisi olarak tanımlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$).

Araştırmaya alınan 50 yaş altı bireylerin zor nefes alıp-verme durumunu kalp krizi belirtisi olarak tanımlama oranı %89,58 ($n=172$), 50 yaş üstü bireylerde ise %84,67'dir ($n=116$). Katılımcıların yaş gruplarına göre zor nefes alıp-verme durumunu kalp krizi belirtisi olarak tanımlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). 50 yaş ve altı yaş grubunda yer alan katılımcıların bu durumu kalp krizi belirtisi olarak tanımlama oranı daha yüksektir.

Tablo 4.16. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Yanlarında Birinin Kalp Krizi Geçirmesi Halinde Gösterecekleri Davranışlarının Karşılaştırılması (N=329)

	Evet				Hayır				X2	p
	50 yaş <		50 yaş ≥		50 yaş <		50yaş ≥			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hemen oradan ayrılıyorum	3	1,56	4	2,92	189	98,44	133	97,08	-	-
Korkarım, bir şey yapacağımı düşünmüyorum	24	12,50	15	10,95	168	87,50	122	89,05	0,18	0,40
Hemen yakınını ararım	113	58,85	95	69,34	79	41,15	42	30,66	3,78	0,03*
Ambulansı ararım	180	93,75	119	86,86	12	6,25	18	13,14	4,58	0,03*
İyi misin diye sorarım	153	79,69	115	83,94	39	20,31	22	16,06	0,96	0,33
Yanımda varsa su veririm	93	48,44	70	51,09	99	51,56	67	48,91	0,23	0,63
Yanımda varsa kolonya koklatırım	49	25,52	49	35,77	143	74,48	88	64,23	4,01	0,05
Yanımda varsa aspirin çiğnetirim.	74	38,54	51	37,23	118	61,46	86	62,77	0,06	0,81
Ateşine bakarım	98	51,04	63	45,99	94	48,96	74	54,01	0,82	0,37
Üzerindeki kıyafetleri gevşetirim	167	86,98	121	88,32	25	13,02	16	11,68	0,13	0,72
Kalbi durmuş ise kalp masajı yaparım	112	58,33	80	58,39	80	41,67	57	41,61	0,00	0,99
Alıp hastaneye götürürüm	117	60,94	84	61,31	74	38,54	53	38,69	0,00	0,99

* $p < 0,05$

Araştırmaya katılan 50 yaş altı bireylerin %58,85'i (n=11) 50 yaş ve üstü bireylerin ise %69,34'ünün (n=95) yanlarında "birinin kalp krizi geçirmesi halinde hemen yakınını ararım" yanıtını verdiği görülmektedir. Katılımcıların yaş gruplarına göre yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde hemen yakınını ararım yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış, 50 yaş ve üstü bireylerin bu yanıtı verme oranları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların yaş gruplarına göre yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde ambulansı arama davranışları incelendiğinde, 50 yaş altı bireylerin %93,75'inin (n=180) , 50 yaş ve üstü bireylerin ise %86,86'sının (n=119) bu yanıtı verdiği saptanmıştır. 50 yaş altı bireylerin yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde ambulansı arama oranı, 50 yaş ve üstü bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş gruplarına göre yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde sergileyecekleri diğer davranışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.17. Katılımcıların Kalp Masajı İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Kalp Krizi Risk Faktörlerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması (N=329)

	Risk Faktörüdür				Risk faktörü değildir				Bilmiyorum				X ²	p
	Alan		Almayan		Alan		Almayan		Alan		Almayan			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Yüksek tansiyon	173	90,10	110	80,29	14	7,29	20	14,60	5	2,60	7	5,11	6,40	0,04*
Kısa boylu olmak	11	5,73	11	8,03	143	74,48	99	72,26	38	19,79	27	19,71	0,69	0,71
Şişmanlık	188	97,92	126	91,97	4	2,08	9	6,57	0	0,00	2	1,46	-	-
Stres	187	97,40	131	95,62	5	2,60	4	2,92	0	0,00	2	1,46	-	-
Beyaz tenli olmak	9	4,69	6	4,38	138	71,88	91	66,42	45	23,44	40	29,20	1,38	0,50
40 yaş altı kadın olmak	43	22,40	25	18,25	111	57,81	69	50,36	38	19,79	43	31,39	5,84	0,05
Şeker hastalığı	143	74,48	76	55,47	28	14,58	32	23,36	21	10,94	29	21,17	13,22	0,00*
Sigara kullanmak	181	94,27	126	91,97	10	5,21	8	5,84	1	0,52	3	2,19	-	-
Ailede kalp krizi öyküsü	155	80,73	96	70,07	31	16,15	26	18,98	6	3,13	15	10,95	9,23	0,01*
Kolesterolün yüksek olması	162	84,38	106	77,37	18	9,38	14	10,22	12	6,25	17	12,41	3,98	0,14
Aşırı alkol kullanımı	152	79,17	94	68,61	27	14,06	21	15,33	13	6,77	22	16,06	7,76	0,02*
Uyuşturucu bağımlılığı	158	82,29	83	60,58	14	7,29	19	13,87	20	10,42	35	25,55	19,54	0,00*
Diyet ve düzenli beslenme alışkanlığı	23	11,98	14	10,22	161	83,85	117	85,40	8	4,17	6	4,38	0,25	0,88
Cinsiyet	81	42,19	48	35,04	94	48,96	69	50,36	17	8,85	20	14,60	3,42	0,18
Hareketsiz yaşam	184	95,83	128	93,43	6	3,13	7	5,11	2	1,04	2	1,46	0,96	0,62

*p<0,05

Tablo 4.17.'de kalp masajı hakkında bilgi alan bireylerin yüksek tansiyon, ailede kalp krizi öyküsü, aşırı alkol kullanımı, uyuşturucu bağımlılığı ve şeker hastalığını kalp krizi risk faktörü olarak görme oranları, bilgi almayan bireylere göre daha yüksek olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.18. Katılımcıların Kalp Masajı İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Kalp Krizi Belirtilerine İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması (N=329)

Kalp krizi belirtileri	Belirtidir				Belirti Değildir				Bilmiyorum				X ²	p
	Alan		Almayan		Alan		Almayan		Alan		Almayan			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Göğüs ağrısı	182	94,79	128	93,43	3	1,56	3	2,19	7	3,65	6	4,38	-	-
Soğuk terleme	174	90,63	114	83,21	7	3,65	6	4,38	11	5,73	17	12,41	4,80	0,09
Zor nefes alıp-verme	182	94,79	106	77,37	1	0,52	9	6,57	9	4,69	22	16,06	23,37	0,00*
Bulantı-kusma	117	60,94	63	45,99	43	22,40	38	27,74	32	16,67	36	26,28	7,77	0,02*
Bayılma	104	54,17	50	36,50	52	27,08	40	29,20	36	18,75	47	34,31	13,13	0,00*
Göğüste baskı, yanma tarzında ağrı varlığı	185	96,35	115	83,94	2	1,04	6	4,38	5	2,60	16	11,68	-	-
Alt çeneye, boyuna, sırta yayılan ağrı	121	63,02	67	48,91	32	16,67	20	14,60	39	20,31	49	35,77	10,15	0,01*
Sol kola, bazen her 2 kola, omuzlara yayılan ağrı	176	91,67	110	80,29	10	5,21	7	5,11	6	3,13	20	14,60	14,51	0,00*
Aşırı kaygı, yoğun sıkıntı hissi	151	78,65	85	62,04	16	8,33	20	14,60	25	13,02	32	23,36	10,87	0,00*

* $p < 0,05$

Tablo 4.18.'de katılımcıların kalp masajı ile ilgili bilgi alma durumlarına göre kalp krizi belirtilerine ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında, araştırma kapsamına alınan bireylerin kalp masajı ile ilgili bilgi alma durumlarına göre soğuk terlemeyi kalp krizi belirtisi olarak tanımlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların kalp masajı ile ilgili bilgi alma durumlarına göre zor nefes alı-vermeyi bulantı ve kusmayı, bayılmayı, göğüste baskı, yanma tarzında ağrı olmasını, alt çeneye, boyuna ve sırtta yayılan ağrıyı sol kola, bazen her 2 kola, omuzlara yayılan ağrı olmasını ve aşırı kaygı ve yoğun sıkıntı hissini kalp krizi belirtisi olarak tanımlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kalp masajı ile ilgili bilgi alan bireylerin, bilgi almayan bireylere göre görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.19. Katılımcıların Kalp Masajı İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Yanlarında Birinin Kalp Krizi Geçirmesi Halinde Gösterecekleri Davranışlarının Karşılaştırılması (N=329)

	Evet				Hayır				X ²	p
	Alan		Almayan		Alan		Almayan			
	N	%	n	%	n	%	n	%		
Hemen oradan ayrılırim	2	1,04	5	3,65	190	98,96	132	96,35	-	-
Korkarım, bir şey yapacağımı düşünmüyorum	15	7,81	24	17,52	177	92,19	113	82,48	7,21	0,01*
Hemen yakınıni ararım	128	66,67	80	58,39	64	33,33	57	41,61	2,35	0,13
Ambulansı ararım	184	95,83	115	83,94	8	4,17	22	16,06	13,64	0,00*
İyi misin diye sorarım	168	87,50	100	72,99	24	12,50	37	27,01	11,14	0,00*
Yanımda varsa su veririm	96	50,00	67	48,91	96	50,00	70	51,09	0,04	0,84
Yanımda varsa kolonya koklatırım	56	29,17	42	30,66	136	70,83	95	69,34	0,08	0,77
Yanımda varsa aspirin çiğnetirim	84	43,75	41	29,93	108	56,25	96	70,07	6,48	0,01*
Ateşine bakarım	110	57,29	51	37,23	82	42,71	86	62,77	12,88	0,00*
Üzerindeki kıyafetleri gevşetirim	183	95,31	105	76,64	9	4,69	32	23,36	25,55	0,00*
Kalbi durmuş ise kalp masajı yaparım	153	79,69	39	28,47	39	20,31	98	71,53	86,31	0,00*
Alıp hastaneye götürürüm.	122	63,54	79	57,66	70	36,46	57	41,61	1,00	0,32

*p<0,05

Tablo 4.19. incelendiğinde araştırmaya dahil edilen bireylerin kalp masajı hakkında bilgi almadurumlarına göre yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde ambulansı arama, iyi misin diye sorma, aspirin çiğnetme, ateşine bakma, hastanın üzerindeki kıyafetleri gevşetme, hastanın kalbi durmuş ise kalp masajı yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kalp masajı hakkında bilgi alan bireylerin yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde ambulansı arama, iyi misin diye sorma, aspirin çiğnetme, ateşine bakma, hastanın üzerindeki kıyafetleri gevşetme, hastanın kalbi durmuş ise kalp masajı yapma oranları, kalp masajı hakkında eğitim almayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

Kardiyak sorunlar, gelişmiş ülkelerde erken ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. KAH içerisinde en yaygın olarak ortaya çıkan MI, son 30 yıl süresince en sık karşılaşılan mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. MI'dan korunma ve önlem alma ile ilgili farkındalık sağlama yaşamsal önem taşımaktadır.

18 yaş üzeri bireylerin MI hakkında bilgi düzeyleri ve korunma davranışlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda;

-Katılımcıların tanıtıcı özellikleri (Tablo 4.1. , 4.2. , 4.3. , şekil 4.1.),

-Katılımcıların kalp krizi ile ilgili bilgi düzeyleri ve korunma davranışları (Tablo 4.4. , 4.5. , 4.6. , 4.7. , 4.8. , 4.9. , şekil 4.2. ,4.3. , 4.4.),

-Katılımcıların kalp krizi ile ilgili bilgi düzeyleri ve korunma davranışlarının bazı tanıtıcı özellikler ile karşılaştırılması (Tablo 4.10. - 4.19.) şeklinde 3 başlık halinde tartışıldı.

5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Çalışmamız, Geçitkale Belediyesi ve belediyeye bağlı 6 köyde toplam 329 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların yarısından fazlası kadın, yarıya yakını erkek ve 18-65 yaş grubu bireylerden oluşmaktadır. Çalışmamıza dahil edilen kişilerin çoğunluğu lise mezunudur (**Tablo 4.1**). Çalışmamız katılımcıların yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi bakımından yapılan çalışmalara benzerlik göstermektedir (Kim ve diğ., 2016; Onar, 2012; Swanoski ve diğ., 2012; Memiş ve diğ., 2009; Ratner ve diğ., 2008).

Fazla kilo ve obezite insan sağlığı açısından olumsuz risk faktörüdür. Fazla kilo ve obezite KAH ve MI gelişme riskini büyük ölçüde artırmaktadır (Eagle ve Baligs, 2007). Çalışmaya katılan bireylerin sadece %33.1'i normal kiloda olup diğer katılımcılar şişman, fazla kilolu ve çok az katılımcının da obez olduğu belirlenmiştir (**Şekil 4.1**). Fırat ve Dedeli'nin (2016) çalışmasında katılımcıların % 34.6'sı normal kilolu, %43.0'ı fazla kilolu olduğu bulunmuştur. Kutlu ve diğ. (2016) çalışmasında da katılımcıların yarısına yakını % 47.8'i fazla kilolu ve %29.8'i olduğu bulunmuştur. Sevinç ve Eşer'in (2012) çalışmasında katılımcıların %52.2'sinin fazla kilolu olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgumuz Fırat ve Dedeli'nin ve Kutlu ve diğ.

çalışma bulgusuyla uyum göstermektedir. Ancak zıt çalışmalar da mevcuttur. Onar 'ın çalışmasında (2012) katılımcıların yarısından fazlası %60.8'i normal kilo aralığında, %34.6'sı fazla kilolu grupta yer almaktadır. Onar'ın (2012) çalışmasında normal kiloya sahip bireylerin daha genç yaş grubunda yer alması ve çalışan bireylerin olması vb. faktörler diğer çalışmalardan bu durumu farklı kıldığı düşünülmektedir. Günümüzde fazla hazır yiyecek tüketiminin artması, yeni teknolojilerin sağladığı kolaylıklar hareketsizliği artırarak kilo alımını kolaylaştırdığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun kalp krizi geçirmediği, sadece dörtte birinden fazlasının ailesinde kalp krizi öyküsü olduğu ve daha çoğunlukla babada kalp krizi öyküsü olduğu görülmüştür (**Tablo 4.2**). Onar'ın (2012) çalışmasında bireylerin % 23.3'ünde kalp hastalığı öyküsü olduğu ve %14.7'sinin babasında kalp hastalığı olduğu bulunmuştur. Sevinç ve Eşer'in (2011) çalışmasında, katılımcıların %33.7'sinin ailesinde kalp krizi öykü olduğu ve kalp krizi öyküsünün % 58'inin anne ve baba da olduğu belirtilmiştir. Özdemir'in (2012) çalışmasında kalp krizi geçiren katılımcıların %80.9'nun erkek cinsiyet olduğu bulunmuştur. Erkek bireylerde daha fazla kalp hastalığı ve MI öyküsü görülmektedir. Bulgumuz Onar'ın ve Özdemir'in bulgusuyla benzerdir.

Sigara içme KAH ve MI gelişimini engellemek için önlenabilir bir risk faktörüdür. Çalışmamızda katılımcıların sigara içme durumu incelendiğinde katılımcıların yarısından fazlası hayatında hiç sigara kullanmamış, az bir oranda katılımcının (%30.9) halen daha sigara kullanmakta olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.3**). Düzöz(2003) çalışmasında katılımcıların %67.8'inin ve Dinçer (2016) de %45.6'nın sigara içtiğini bildirmiştir. Smyth ve diğ.'nin (2017) çalışmasında ise katılımcıların %45.2'nin halen daha sigara içtiği, , %20'nin daha önce kullanıp bıraktığı belirtilmiştir. Savaşan ve diğ. (2013) çalışmasında ise katılımcıların %35'i sigara içtiğini belirtmişlerdir. Çalışma bulgusu Savaşan ve diğ. 'nin bulgusuyla benzerdir. Bu çalışmada sigara tüketmeyenlerin bulgusunun fazla olması memnuniyet vericidir. Sigara kullanmayanların ve kullanıp bırakanların fazla olması olumlu ve sevindiricidir. Halkın sigaranın zararlarını bilmesi ve sigaranın kalp krizi için risk faktörü olduğunu bilme farkındalıklarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

5.2. Katılımcıların Kalp Krizi İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Korunma Davranışları

Kalp krizi ile ilgili bilgi düzeyleri ve korunma davranışlarını incelediğimizde kalp kriziyle ilgili eğitim alma oranının ve sağlık çalışanından eğitim alma oranının tüm katılımcılara bakıldığında oldukça düşük olduğu görülmektedir. Çalışmada kalp kriziyle ilgili bilgisi olan katılımcıların bu bilgiyi seminer ve kurstan (%66.67), televizyon-internetten (%12.82) aldıklarını belirtmiştir (**Tablo 4.4**). Ratner ve diğ. (2008) yaptığı çalışmada kalp kriziyle ilgili sağlık uzmanından eğitim alma durumuna bakıldığında oranın %30.9, Sevinç ve Eşer'in (2011) çalışmasında katılımcıların %70.7'si kalp krizi ve risk faktörleri hakkında eğitim aldığını ve katılımcıların %84.9'sı bu eğitimi hekimden aldığı, Memiş ve diğ. (2009) çalışmasında katılımcıların kalp krizi ile bilgiyi belirti ve risk faktörlerini %12.6'sı hekimden öğrendiklerini belirtmiştir. Onar'ın çalışmasında kalp krizi belirti ve risk faktörlerini öğrenme kaynakları incelendiğinde ise katılımcıların %49.7'si (n=250) şirket eğitiminden, %22.7'si (n=114) medyadan, %6.6'sı (n=30) internetten (n=37) öğrenildiği sonucuna varılmıştır. Düzöz'ün (2003) çalışmasında katılımcıların %71.1'i AMI hakkında bilgi edindiklerini ve bu bilginin %50.0'ı hekimden, %31.3'ü kitle iletişim araçlarından ve %18.8'i ise hemşirelerden aldığını belirtmiştir. Barhart ve diğ. (2005) çalışmasında katılımcıların MI konusunda bilgi alma kaynakları incelendiğinde katılımcıların yarısından fazlası bilgiyi televizyondan aldığını bildirmiştir. Halkın kalp krizi konusunda uzman kişiler tarafından eğitilmesi ve kalp krizine karşı farkındalığın artırılması gerekmektedir. Doğru bilgiler, bilimsel kaynaklar doğrultusunda sağlık ekibinin uzman kişileri tarafından sağlanmalıdır. Kitle ve iletişim araçları her zaman doğru bilgiyi veremediğinden bu konuda halkı bilinçlendirmek hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının temel görevleri arasındadır. Çalışmamıza katılan katılımcıların kalp masajı hakkında bilgi aldığını (%58,6), kalp masajı hakkında bilgi alan katılımcıların %57,81'i TV ya da internetten bilgi edinmiştir (**Tablo 4.4**). Memiş ve diğ. (2009) çalışmasında katılımcıların % 14.4'ü kalp masajını bildiklerini belirtmişler ve bilgiyi edinme yolunu %48.7'si televizyon olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız Memiş ve diğ. Çalışmasıyla örtüşmektedir. Yine medyadan elde edilen bilgilerin yüksek oranda

olduğu karşımıza çıkmaktadır. Alanında uzman kişiler tarafından verilen bilgi ve eğitimlerde medyanın toplum eğitimindeki önemi yadsınamaz.

MI bir ya da daha fazla koroner arterin bir trombüs tarafından tamamen tıkanması sonucu tıkanan bölgeye kan akımının engellenmesinden dolayı kalp kasının oksijensiz kalması ile nekroze olması olarak tanımlanır. (Mendis ve diğ., 2011; Cutting, 2004; Dilmener ve diğ., 1996). Kalbe giden kan akımının azalması ya da tamamen durması sonucu miyokardın nekroze olması olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda kalp krizi tanımına bireylerin yarısı (%58.05) doğru yanıtı vermiştir. Park ve diğ. (2014) çalışmasında katılımcıların %80'i (n=817) kalp krizi tanımını doğru olarak bildiği bildirilmiştir. Onar'ın (2012) çalışmasında kalp krizinin tanımını bilenler %82.3 oranındadır. Memiş ve diğ. (2009) çalışmasında ise %57.7'sinin kalp krizinin tanımını bildikleri bulunmuş. Kalp krizinin tanımını bilme yönünden çalışmamız Memiş ve diğ. (2009) yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir. Kalp krizi ile ilgili eğitim alma oranının oldukça düşük olması üzücü ancak kalp krizinin tanımının katılımcıların yarısı tarafından bilinmesi yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Yetersiz düşünmemizin nedeni ise katılımcıların yarısından fazlası kalp krizi tanımını kitle iletişim araçlarından öğrendiğini belirtmesinden kaynaklanmaktadır. Kitle iletişim araçlarından verilen bilgilerin doğruluğu tartışma söz konusudur.

Kalp krizi risk faktörleri arasında heredite, ileri yaş, erkek cinsiyet, obezite, diabetes mellitus (şeker hastalığı), yüksek tansiyon, hiperlipidemi, alkol / sigara tüketimi, stres, hareketsizlik, oral kontraseptif, madde kullanımı yer almaktadır. KAH ve MI ile ilgili en sık bilinen risk faktörleri incelendiğinde bizim çalışmamızda risk faktörü olarak birinci sırada stres, ikinci sırada şişmanlık, üçüncü sırada ise hareketsiz yaşam olduğu yer almıştır. Sıralamaya konulduğunda ise en az bilinen risk faktörünün ise cinsiyet olduğu sonucunu gözlemlemiş bulunmaktayız. Onar'ın (2012) çalışmasında katılımcılar risk faktörlerini belirtmede ilk 3 sırada, daha önceden MI geçirmiş olmak, aile öyküsü ve şişmanlığın risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Hacıaloğlu ve diğ. (2011) yaptığı çalışmada risk faktörleri sıralandığında ilk sırada sigara, stres ve genetik (aile öyküsü) yer almıştır. Memiş ve diğ. (2009) çalışmalarında ise ilk sırada stres, daha sonra sigara ve

beslenme/ yağlı yemekler tüketmek olduğu bildirilmiştir. Çalışmamız yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Onar,2012; Hacıaloğlu ve diğ., 2011; Memiş ve diğ., 2009). Çalışmada, kalp krizi risk faktörlerinin katılımcılar tarafından yüksek oranlarda bilinmesi sevindiricidir (**Tablo 4.5**).

KAH ve kalp krizinden korunmak için sigaranın bırakılması, dengeli ve yeterli beslenme, düzenli fiziksel aktivitenin yapılması, kan basıncı kontrolünün sağlanması, dislipidemilerin önlenmesi, diyabet ve kan şekeri kontrolünün sağlanması gereklidir. Çalışmamızda katılımcıların kalp krizi ile ilgili korunma davranışlarını incelediğimizde katılımcıların sadece %33.74'ünün kalp krizinden korunmak için bir takım uygulamalarda bulunduğu bulunmuştur. Katılımcıların yarısından fazlası kalp krizinden korunmak için her hangi bir uygulamada bulunmamaktadır(**Tablo 4.6**). Tüm katılımcıların sadece %26.7'sinin düzenli egzersiz yaptığı ortaya çıkmıştır (**Şekil 4.2**). Kalp krizinden korunmak için en çok dikkat edilen noktaların ise az yağlı ve az tuzlu yemekler tüketmek (%88.26), sigara kullanmamak (%74.77) ve kan tahlilleri yaptırmak (%73.87) olduğu ortaya çıkmıştır. Sevinç ve Eşer'in (2011) çalışmasında hastaların korunma davranışları incelendiğinde hastaların tuz kullanımı ve uyku düzenleri konusunda çalışmamızla örtüşmektedir. Çalışmamızda düzenli uyku uyuma oranı %69.37'dir (**Tablo 4.6**). Görüldüğü gibi kalp krizinden korunmak için alınan korunma davranışı oranları yetersizdir. Bu nedenle toplum farkındalığını arttırmak için sosyal aktiviteler, eğitimler düzenlenmeli, bu konuda üniversiteler, halk sağlığı birimleri, medya etkin olarak kullanılarak bir kitle hareketi sağlanmalı ve toplum bilinçlendirilmelidir. Korunma davranışlarını artırmak önlenebilen risk faktörlerini en aza indirmek demektir.

Kalp krizi belirti ve bulguları arasında göğüs ağrısı, sıklıkla boyuna, çeneye, omuzlara, kollara, ellere ve sırta yayılan ağrı, bazı kişilerde boğulma hissi, nefes darlığı, halsizlik, bulantı-kusma, bayılma, soğuk terleme ve anksiyete yer almaktadır. Çalışmamıza katılan bireylerin kalp krizi belirtileri hakkındaki bilgilerine bakıldığında sırasıyla göğüs ağrısı (% 94.22), göğüste baskı/yanma tarzında ağrı (%91.19), soğuk terlemeve zor nefes alıp vermek (%87.57), sol kola bazen her 2 kola, omuzlara yayılan ağrı (%86.93), aşırı kaygı ve yoğun sıkıntı hissi (%71.73), alt çeneye, boyuna, sırta yayılan ağrı (%57.1), bulantı-kusma (%54.71) ve bayılma

(%46.8) olduğunu belirtmiştir. Sıralama göz önüne alındığında kalp kriziyle ilgili en fazla belirti göğüs ağrısıdır. En az bilinen kalp kriziyle ilgili belirti ise bayılmadır (**Tablo 4.7**). Yapılan çalışmalarda kalp krizi belirtilerinde en fazla ifade edilen belirtinin göğüs ağrısı olduğu gözlenmiştir (Kim ve diğ., 2016; Onar, 2012; Swanoski ve diğ., 2012; Memiş ve diğ., 2009; Ratner ve diğ., 2008; Barnhart ve diğ., 2005). Kim ve diğ. (2016) çalışmasında en az ifade edilen belirti kollara ve omuzlara yayılan ağrının olduğunu, Onar'ın (2012) ve Barnhart ve diğ., (2005) çalışmasında en az ifade edilen belirti terleme olabileceği, Ratner ve diğ., (2008) çalışmasında ise en az ifade edilen belirti çene ağrısı olduğu ifade edilmiştir. Yapılan bu çalışmalar büyük çoğunlukla bizim çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Göğüs ağrısı dışındaki belirtiler daha az bilinmektedir. Diğer belirtilerin daha az bilinmesinin nedeninin kalp kriziyle ilgili alınan eğitimlerin daha çoğunlukla medya iletişim kaynaklarından elde edildiğini düşündürmektedir.

Katılımcıların vücutlarında meydana gelen değişikliklerde kalp krizini düşünme durumları incelendiğinde, katılımcıların vücutlarında fenalık hissi olduğunda, çarpıntı, nefes darlığı, soğuk terleme, mide ağrısı olduğundan kalp krizi belirtisi olabileceğini düşündüğü gözlemlenmiştir (**Tablo 4.8**). Yardımcı'nın (2010) çalışmasında MI geçiren kişilerin göğüs ağrısı ve göğüs ağrısının şiddetinin artması dışında yeni semptomların eklenmesi, terleme ve nefes darlığı yaşadıkları zaman tekrar MI geçirdiklerini düşünüp tıbbi yardım almaya karar verdiklerini etkilediği bulunmuştur. Çalışmamız Yardımcı'nın çalışmasıyla terleme ve zor nefes alma belirtisi yönünden uyumlu bulunmuştur.

Türkiye'de ve KKTC'de acil ambulans numarası 112'dir. Çalışmamızda araştırmaya katılan kişilerin büyük çoğunluğun ambulansın numarasını bildiği tespit edilmiştir (**Şekil 4.4**). Yapılan çalışmalarda sırası ile ambulansın numarasını bilme oranı %100, %97.4, % 89.4'tür (Özdiñç ve diğ., 2014; Sönmez ve diğ., 2014; Ekşi ve Torlak, 2011). Ekşi ve Torlak'ın (2011) çalışmasında oranın daha düşük olmasının nedeni ise 61 yaş üzerindeki kişilerin çağrı numaralarını bilme oranının daha düşük olduğundan kaynaklanmaktadır. Çalışmamızla ve yapılan diğer çalışmalarda ambulansın numarasını bilme uyumlu bulunmuştur. Katılımcıların tamamına yakınının ambulansın numarasını bilme oranı oldukça olumlu bir sonuçtur. Farkındalığın yüksek olması sevindiricidir.

Çalışmamıza katılan bireylerin çok az bir kısmı kalp krizi geçiren birine tanıklık etmiştir(**Şekil 4.3**). Çalışma bulgusu Kim ve diğ. nin (2016) çalışma bulgusu ile benzerdir.

Katılımcıların yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde nasıl davranacakları sorgulandığında “ambulansı ararım ve kıyafetlerini gevşetirim ” en yüksek katılımı alırken, yanıtıcı olarak verilen “su veririm, kolonya koklatırım, ateşine bakarım” maddelerinin de yaklaşık üçte bir oranında belirtilmesi katılımcıların kalp krizi ile ilgili farkındalıklarının arttırılması gerektiğini düşündürmektedir. (**Tablo 4.9**).

5.3. Katılımcıların Kalp Krizi İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Korunma Davranışlarının Bazı Tanıtıcı Özellikler İle Karşılaştırılması

Bu bölümde kişilerin cinsiyet, yaş ve eğitim durumlarına göre karşılaştırma yapılmıştır.

Çalışmamızda kalp krizinin tanımını bilme ve cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 4.10**)($p<0,05$). Bizim çalışmamızda kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, Barnhart ve diğ. çalışmasında cinsiyetler arasında farkın anlamlı olduğu gözlemlenmiştir(Barnhart ve diğ., 2005).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş gruplarına göre kalp krizinin tanımını bilme durumları arasında ise istatistiksel olarak fark anlamlıdır(**Tablo 4.10**)($p<0,05$). 50 yaş ve altı katılımcıların kalp krizinin tanımını bilme oranı, 50 yaş ve üstü katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bize 50 yaş altı gruplarda kalp krizinin yaşamsal açıdan çok tehlikeli olmasından dolayı bu grubun bu konuda daha fazla araştırma, bilgi sahibi olma özelliğinin olduğunu düşündürmektedir. Ancak Barnhart ve diğ. (2005) bu çalışmaya zıt olarak kalp krizinin tanımını bilme ve yaş arasında anlamlı fark bulmadıklarını belirtmiştir.

Kalp masajı hakkında eğitim alma ile kalp krizinin tanımını bilme durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ve eğitim alan katılımcıların kalp krizinin tanımını bilme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (**Tablo 4.10**)($p<0,05$). Eğitim alan bireylerin kalp krizinin tanımını bilmesi beklenendir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre kalp krizi risk faktörlerine ilişkin görüşlerinin karşılaştırılmasında kadın bireyler erkek bireylere göre yüksek

tansiyonu, yüksek kolesterolü, uyuşturucu bağımlılığını ve alkol kullanımını kalp krizi risk faktörü olarak gördüklerini daha fazla ifade etmişlerdir ($p<0.05$). Kalp krizi risk faktörlerinde kadınların bilgi düzeyi erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Kadınların bilgi düzeyinin erkeklere göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar (Onar,2012; Dubark ve diğ., 2006) çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir. Kadınların bilgi düzeylerinin erkeklere göre daha fazla yüksek olmasının nedeni kadınların sağlıklarına erkeklere göre daha fazla özen gösterdiğini düşündürmektedir.

Kalp krizi belirtilerinin bilinmesi hayati önem taşımaktadır. Kalp krizi belirtileri arasında göğüs ağrısı, soğuk terleme, zor nefes alıp-verme, bulantı- kusma, göğüste baskı, yanma tarzında ağrı varlığı, alt çeneye, boyuna, sırta yayılan ağrı, sol kola, bazen her iki kola, omuzlara yayılan ağrı, aşırı kaygı ve yoğun sıkıntı hissi yer almaktadır (Keleş, 2015; Heart Attack 2008; Akdemir ve Birol, 2004; Ornato ve Hand, 2001). Çalışmamıza Kadın ve erkek bireylerin bu belirtileri kalp krizi belirtisi olarak görme durumları benzerdir. Ancak, kadın katılımcıların alt çeneye, boyuna ve sırta yayılan ağrıların olması durumunu kalp krizi belirtisi olarak tanımlama oranı erkek katılımcılara göre daha yüksektir (**Tablo 4.12**)($p<0,05$). Ratner ve diğ. (2008) çalışmasında kadın katılımcıların, kalp krizi belirtilerinden olan omuz-sırt ve çeneye yayılan ağrı ve panik-anksiyete durumunu erkeklere kıyasla daha fazla bildiklerini bildirmişlerdir.Yine aynı çalışmada diğer kalp krizi belirtileri bilgi düzeyinin kadın grubunda daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kim ve diğ.(2016) çalışmasında, Ratner ve diğ. (2008), Dubark ve diğ. (2006) kalp krizi belirtileri bilgi düzeyinin kadınlarda daha fazla olduğunu belirtmiştir.Yapılan çalışmalarda kalp krizi belirtilerini erkeklere oranla kadınlar daha fazla bilmektedir (Kim ve diğ., 2016; Fang ve diğ., 2011; Ratner ve diğ., 2008; Dubark ve diğ., 2006). Ancak, Memiş ve diğ., (2009) çalışmasında cinsiyetle MI belirtilerini tanımlama arasında anlamlı fark bulmadığını belirtmiştir. Memiş'in çalışmasında fark çıkmamasının nedeni katılımcıların eğitim seviyelerinin benzer olduğu düşünülmektedir.

Yaş azaldıkça ambulansı arama oranı daha yüksektir. Fang ve diğ. (2011) çalışmasında katılımcıların kalp krizi durumuna tanıklık etme durumunda %86.8'i 911'i yani acil ambulansı arayacağını, Kim ve ark. (2016) çalışmasındayine aynı şekilde kalp krizine tanıklık etmeleri durumunda %67'si acil ambulansı arayacağını, Barnhart ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada %69.5'i ambulansı

arayacağını,Swanoski ve ark. (2012) çalışmasında da aynı sonuç gözlenmiştir.Ancak bu çalışmalarda yaşlara göre kıyaslama yapılmamıştır fakat bizim çalışmamızla benzer olan yön katılımcıların neredeyse yarısından fazlasının ambulansı arayacakları olmasıdır. Bu sonuçlar bize katılımcıların kalp krizinin acil bir durum olduğunu ve hastanın en kısa zamanda hastaneye ulaştırılmasının önemli olduğunu farkında olduklarını göstermesi açısından memnuniyet vericidir.

Çalışmamızda kalp masajı eğitimi alan bireylerin kalp krizinin belirtilerini bilme oranı kalp masajı eğitimi almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (**Tablo 4.18**). Bunun nedeninin kalp masajı eğitiminde kalp krizi belirtilerine yer verildiğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan bireylerin kalp masajı hakkında bilgi alma ile yanlarında birinin kalp krizi geçirmesi halinde ambulansı arama, iyi misin diye sorma, aspirin çiğnetme, ateşine bakma, hastanın üzerindeki kıyafetleri gevşetme, hastanın kalbi durmuş ise kalp masajı yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (**Tablo 4.19**). Memiş ve diğ. nin (2009) çalışmasında katılımcıların kalp krizine tanıklık etme durumunda %22.2'si ambulansı arayacağını, % 12.3'ü alıp hastaneye götüreceğini,%17.7'si kalp masajı yapacağını belirtmişlerdir. Çalışmamız Memiş ve diğ. nin çalışmasıyla yapacakları uygulamalar benzer olup uygulama yüzdeleri farklılık göstermektedir. Bunun nedeni ise katılımcıların aldığı eğitimin seviyesinin farklı olmasından kaynaklanacağı düşünülmektedir.Yapılan çalışmalarda katılımcıların kalp krizine tanıklık etme durumunda ambulansı arama oranları Swanoski ve diğ. nin (2012) %86.9'u, Kim ve diğ. nin (2016) çalışmasında %67.0'ı,Fang ve diğ. nin (2011) çalışmasında %86.8'i, Barnhart ve diğ. nin (2005) %69.5'ive %10.7'si aspirin vereceğini belirtilmiştir.Yapılan bu çalışmalara kıyasla bizim çalışmamızda ambulansı arama farkındalığının daha yüksek bulunması sevindiricidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Geçitkale Belediyesi ve Geçitkale Belediyesine bağlı köylerde yaşayan bireylerin miyokard infarktüsü konusunda bilgi düzeyleri ve korunma davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar;

Çalışmaya katılan bireylerin 176'sı kadın, 153'ü erkek, %35,56'sı lise mezunu,%79,64'ü evli idi.

Katılımcıların %40,43'ünün hekim tarafından tanısı konmuş bir kronik rahatsızlığının olduğu ve %9,73'ünün daha önce kalp krizi geçirdiği, %30,09'unun sigara içtiği %26,7'sinin düzenli olarak egzersiz yaptığı ve %33,74'ünün kalp krizinden korunmak için bir şeyler yaptığı, %10,94'ünün kalp krizi ile ilgili eğitim aldığı ve %58,6'nın kalp masajı hakkında bilgi aldığı, kalp masajı hakkında bilgi alan katılımcıların %57,81'inin ise bu bilgiyi TV ya da internetten aldığı belirlendi.

Katılımcıların kalp krizi konusundaki bilgi düzeyleri orta yeterliliktedir.Çünkü bilgi edinme kaynakları kitle iletişim araçlarından elde edildiği gözlenmiştir. Kitle iletişim araçlarının aktardığı bilgiler denetlenmelidir.

İlk 3 sırada en çok bilinen kalp krizi risk faktörünün, şişmanlık,stresvesigara kullanımı olduğu ifade edildi.

Katılımcıların kalp krizi belirtilerine ilişkin görüşlerinde ise en fazla bilinen kalp krizi belirtisinin, göğüs ağrısı, göğüste baskı, yanma şeklinde ağrının varolması, soğuk terleme ve zor nefes alıp vermek olduğu gözlemlendi.

Katılımcıların %93'ünün ambulansın numarasını bildiği, kalp krizine tanıklık etme durumunda çok büyük çoğunluğun ambulansı arayacağı yarısının ise kalp masajı yaparım şeklinde yanıtladığı belirlendi.

50 yaş ve altı katılımcıların kalp krizinin tanımını bilme oranı, 50 yaş ve üstü katılımcılara göre daha yüksek bulundu.

Kadın bireylerin erkek bireylere göre kalp krizi risk faktörlerini daha fazla bildikleri, katılımcıların yarısından fazlasının kalp krizinden korunmak için herhangi bir uygulama yapmadığı ve kalp krizinden korunma davranışları yetersiz bulundu.

6.2. Öneriler

- ✓ Güncel bilgiler ışığında toplumunkalp krizi hakkında farkındalığının sağlanması ve arttırılması için eğitimlerin düzenlenmesi,
- ✓ Kalp krizine yönelik korunma davranışlarını,risk faktörlerini ve kalp krizi esnasında neler yapılabileceğini içeren uzman kişiler tarafından hazırlanan kamu spotlarının hazırlanması,
- ✓ Halka uzman kişiler tarafından kalp masajı uygulamasına yönelik eğitimler düzenlenmesi,
- ✓ Toplumu egzersize yönlendirecek yürüyüş programlarının düzenlenmesi ve katılımın sağlanması,
- ✓ KKTC’de kardiyak rehabilitasyon merkezlerinin açılması,
- ✓ Toplumun kalp krizi konusunda farkındalığı ile ilgili daha kapsamlı ileri araştırmalar önerilmektedir.

KAYNAKLAR:

Akbulut, E., Tülüce, D., Kahraman, BB.(2016). Kardiyak Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), 140-146. Erişim Tarihi:5 Nisan 2017, doi: 10.5543/khd.2016.54254

Akdemir,N.,Birol,L.(2004).Pankreas Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.(s.708-725).Ankara:Sistem Ofset.

Akıllı,R. E.(2010).Çukurova Bölgesinde Yeni Genetik Risk Faktörlerinin Genç Yaşta Miyokart Enfarktüsü Üzerine Etkisi.Uzmanlık tezi,Çukurova Üniversitesi,Adana.

Aladağ,N.(2012).Akut Koroner Sendrom İle Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri,Risk Faktörleri ve Tedavi Yöntemleri.Uzmanlık tezi,Yüzüncü Yüzyıl Üniversitesi,Van.

Alkan, H. Ö. (2016). Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2), 41-47.

Arıcı,M.,Birdane,A.,Güler,K., Yıldız,B.O.,Altun,B.,Ertürk,Ş.,Aydoğdu,S., Özbakkaloğlu,M.,Ersöz,H.Ö.,Süleymanlar,G.,Tükek,T.,Tokgözlü,T.,Erdem,Y.(2015) .Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu. Türk KardiyolDern Arş – ArchTurkSocCardiol, 43(4),402–409. doi: 10.5543/tkda.2015.16243.

Erişim:18 Mart 2017,
http://www.turkendokrin.org/files/Turk_hipertansiyon_uzlasi_raporu.pdf

Aşlamacı, D. (2013). Erken Miyokard Geçiren Hastaların Çocuklarındaki Riks Faktörü. Uzmanlıktezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.

Ayhan,H.,Aslan,A.N.,Süygün,H.,Durmaz,T.(2014).Bonzai Kullanımı Sonrası Ortaya Çıkan Akut Miyokard Enfarktüsü.*Türk Kardiyol Dern ARŞ-Arch Turk Soc Cardiol*,42(2),560-563. Doi:10.5543/tdka.2014.70670.

Badır, A.,Korkmaz,D.F.(2010).Koroner Arter Hastalıkları. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*.(s.499-533), Adana: Nobel Kitabevi.

Badir,A.,Tekkas,K.,Topcu,S.(2014).Knowledge of CardiovascularDisease in TurkishUndergrauteNursingStudents.*EuropeanJournal of Cardiovascular Nursing*,1-9. DOI:10.1177/14745151145405554.

Barnhart, J.M., Cohen, O., Kramer, H.M. (2005). Awareness of Heart Attack Symptoms and Lifesaving Actions Among New York City Ares Residents. *Journal of Urban Health:Bulletin of the New York Academy of Medicine*,82(2), 207-215. doi:10.1093/jurban/jti045.

Bayrak Özarslan, B. (2013).Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Bayülgen,M.Y. (2015).Koroner Anjioplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını ve Etkileyen Faktörler.Yüksek Lisans tezi,MersinÜniversitesi,Mersin.

Bulut,S.(2013).Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici;Fiziksel Aktivite.*Türk Hijyen ve Deneyisel Biyoloji Dergisi*,70(2),205-214.

Ceylan,Y.(2010).Akut Koroner Sendrom Klingi ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. Uzmanlık tezi,Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.

Chang,K.W.,Yen,Y.H.,Chan,K.C.,Huang,S.F.,Hung,C.(2014).MyocardialInfarctionw ith Normal CoronaryArteries in a

PatientwithHeroinUseandInfectiveEndocarditis.Erişim:19 Mart 2017,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4805025/>

Chung,E.(1982).*HeartAttack*.UnitedStates of America:Appleton-Century-Crofts.(sf.21-35;212-213,204)

Coşansu,K.,Arı,O.(2009).Kardiyovasküler Hastalık Epidemiyolojisi.İlerigelen B(Çev.Ed.)*Kardiyoloji*,(s.1-31).İstanbul,İstanbul Kitapevi.

Cutting,D.(2004).*Stop ThatHeart Attack*, (3.bs.s.7-27).London:Class Publishing.

Çayır,A.Turan Mİ.(2015).DiabetesMellitusla İlişkili Kardiyak Bozukluklar.AnkaraMed J.15(4),231-234. DOI: 10.17098/amj.97668

Çayır,M.(2013).Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Doyumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışların İncelenmesi.Yüksek Lisans tezi,Atatürk Üniversitesi,Erzurum.

Demircan,S. (2012). Ateroskleroz: Primer ve SekonderKorunma.Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental andClinicalMedicine, 29, s.141-146.

Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. (2013).*Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği*.Erişim:5 Nisan 2017,
http://www.turkendokrin.org/files/pdf/diabetes_klvz2011_web.pdf

Dilmener,M., Bozfakıoğlu, Y., Değerli,Ü. (1996).*Özet Tanı ve Tedavi*. (4.bs. s.473-480).İstanbul:Nobel Tıp Kitapevi. İlk Basım:1984.

Dinçer, M. (2016). Kardiyak Risk Faktörlerinin Hastanede Yatış Süresine Etkileri Üzerine Bir Uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1), 1-26.

Doğan,V.,Başaran,Ö.,Biteker,M.(2015). Non-StElestasyonlu Akut Koroner Sendromlarda Risk Sınıflaması ve Girişim Zamanı.*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*,2(3),55-58.

Doğu,Ö.,Kaya,H.,Gündüz,H.,Parlak,Z.(2015).Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylere Eğitim ve Danışmanlıkta Web Tabanlı Uzaktan Eğitim Önerisi.*MN Kardiyoloji Dergisi*,22(4),217-222. Erişim:23 12 2017,http://www.medicalnetwork.com.tr/2008_dosya/MN%20Kardiyoloji%20C22%20S4%2010%202015.pdf

Dubard, C.A., Garrett,J., Gizlice,Z. (2006). Effect of Language on Heart Attack and Stroke Awareness Among U.S. Hispanics. *Am J Prev Med*, 30(3), 189-196.

Durusoy,E.,Yıldırım,T.,Altun,A.(2010).Koroner Arter Hastalığı Poliklinik Takibi.*TrakyaUniv Tıp Fak.Derg.*1,13-18.

Eagle,K.A.,Baligs,R.R.(2007).Koroner Arter Hastalığının PrimerÖnlenmesi.*Genel Kardiyovasküler Hastalıkların Değerlendirilmesi ve Tedavisi*.(Çev.Ed.İbrahim,K.).İstanbul:İstanbul Tıp Kitapevi.(sf.88-109).

Ekşi, A., Torlak, S.E,. (2011). Avrupa Acil Çağrı Numarası Uygulama Sürecinde Acil Çağrı Hizmetlerinden Yararlanma Durumu: Antalya ve İzmir İllerinin Karşılaştırılması. *Türkiye Acil Tıp Dergisi-Tr J Emerg Med*, 11(4), 149-154. Doi:10.5505/1304.7361.2011.04834.

ESC Cep Kılavuzları.(2016).2016 Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu.

ESC Cep Kılavuzları.(2016).*Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin ESC/EAS Kılavuzu*.EuropeanHeart Journal,2016, doi:10.1093/eurheartj/ehw272
ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu.(2013).Erişim:18 Mart 2016,https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdf

European Society of Cardiology(2013). ST-segment Yükselmeli Akut Miyokart Enfarktüsü ile Başvuran Hastaların Tedavisine İlişkin ESC Kılavuzu. Erişim: 7 Nisan 2017,https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_41_70_1_51.pdf

Frag,J.,Gillespie,C.,Keenan,N.L.,Greenlund,K. J.(2011).Awareness of Heart Attack Symptoms among US Adults in 2007,and Changes in Awareness from 2001 to 2007.*Future Cardiol*,7(3),311-320. ISSN:1479-6678.

Fırat,F. A.,Dedeli,Ö.(2016).Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.*Journal of Cardiovascular Nursing*,7(14),153-161. Doi:10.5543/khd.2016.72792

Göbwald,A.,Schienkiewitz,E., Nowossadeck,E., Busch,M. A.(2013).Prevalence of MyocardialİnfarctionandCoronaryHeartDisease in AdultsAged 40-79 Years in Germany.

Guyton,AG.,Hall,J. E.(2007).Tıbbi Fizyoloji(11.bs.s.730760). Çev.Ed.Çavuşoğlu,H.Yağın,BÇ). Ankara:Nobel Kitap Evleri.(1956). ISBN: 978-975-420-558-9

Gülşen,K.,Babalık,E. (2015). STSegment Yükselmeli Akut Miyokard Enfarktüsü E,Ercan(Ed.).*Kardiyoloji Tanı ve Tedavi Yaklaşımları*(s. 17-31).İstanbul:Selen Yayıncılık.

Hacılioğlu,G., Mert, N., Deniz, S., Orak, E. (2011). Bir Vakıf Üniversite Öğrencilerinin Miyokardİnfarktüsü Risk Faktörleri Risk Faktörleri İle İlgili Farkındalık Düzeyleri. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 19(2), 99-104.

Hall,J. E. (2014).*Guyton&HallTıbbi Fizyoloji Cep Kitabı*(12.bs.).(Zeynep. S,Çev).(s.136-137;155-156).İstanbul:Nobel Tıp Kitapevleri.

Heart Attack(2008). Erişim: 24 Haziran 2016, www.nhs.uk/translationturkish/Documents/Heart_attack_Turkish_FINAL.pdf

Helvacı,A.,Tipi,F. F., Belen,E.(2014).Obeziteye Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar.*Ok Meydanı Tıp Dergisi*,30(1),5-14. doi:10.5222/otd.suppl.2014.005

İliçin,G.,Biberoğlu,K., Süleymanlar,G., Ünal,S.(2003).İç Hastalıkları.(2.bs.s.449-474).Ankara:Güneş Kitapevi.

İnangil,D.,Şendir,M.(2014).Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü.*Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,2, 96-101.

İncazlı,S. B.,Özer,S.(2016). Kardiyovasküler Hastalıklarda Önemli Bir Belirleyici: Ağız Sağlığı.*Journal of Cardiovascular Nursing*,7(12),55-65.

Kaplan,N. M.Victor,R. G.(2013).Hipertansiyon Tedavisi:Yaşam Biçimi Değişiklikleri.(Çev.Ed.Ö,Kozan.) *Kaplan's Clinical Hypertension-Kaplan Klinik Hipertansiyon*.(10.bs.168-185).Ankara:Güneş Tıp Kitapevi.

Keleş,İ. (2015).Akut Koroner Sendromlar.İ.Keleş,S.Altay.A.Çakmak (Editörler).*Acil Kardiyoloji*(4.bs. s.32-49).İstanbul:Akademi Yayınevi.

Kıbrıs Türk Tabipler Birliği(2016).Dünya Kalp Günü Basın Bildirisi.

Erişim: 31 Mart 2017.,(<http://www.kttb.org/bas%C4%B1na%C3%A7%C4%B1klamalar%C4%B1/711-d%C3%BCnya-kalp-g%C3%BCn%C3%BC-bas%C4%B1n-bildirisi.html>)

Kim,S. K.,Lee,H. J.,Kim,K.Y.,Park,H. K., Park,K.S., Kang,G. W.ve diğ.(2016).The General Public's Awareness of Early Symptoms of and Emergency Responses to Acute Myocardial Infarction and Related Factors in South Korea:A National Public Telephone Survery.*J Epidemiol*, 26(5),233-241.doi:10.2188/jea.JE20150074.

KKTC Sağlık Bakanlığı(2009).II.Diyabet Taraması. Erişim: 31 Mart 2017, http://www.saglikbakanligi.com/html_files/arshive/2009/subat2009/subat2009.htm#obez

Klot,S.V.,Mittleman,M.A., Dockery,D.W., Heier,M., Meisinger,C., Hörmann,A., Wichmann,H. E., Peters,A.(2008). Intensity Of Physical Exertion And Triggering Of Myocardial İnfarction: A Case-Crossover Study(Fiziksel Egzersiz Yoğunluğu ve Miyokard İnfarctının Tetiklenmesi.Vaka Çapraz Çalışması).*Eur Heart J*.29 (15),1881-1888 Erişim: 31 Mart 2017,<https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehn235>

Kolpay,M.,Erol,C. (2013).Koroner Arter Hastalığı.*Türk Radyoloji Derneği*,1,57-69. Erişim: 14 Aralık 2016,
[http://turkrad\(yolojiseminerleri.org/sayilar/3/buyuk/57-69.pdf](http://turkrad(yolojiseminerleri.org/sayilar/3/buyuk/57-69.pdf)

Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve Ülkemizde Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 59-67. Erişim: 5 Nisan 2017,
http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_124.pdf

Kul,A.N. (2009). ST Segment Elevasyonlu ve ST Segment Depresyonlu Miyokard İnfarctüsü Arasındaki Plazma ve Kan Vizkozite Farkının Araştırılması. Uzmanlıktezi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Koroner Arter Hastalık Tedavi Rehberi(2009).Erişim: 1 Kasım 2016,
www.clevelandclinic.org/heart

Kunçer,M. A.,Özbay,A.(2011).Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi.*Anadolu Kardiyoloji Dergisi*,11,107-113

Kutlu,R.,Özberk,D.I.,Gök,H., Demirbaş,N.(2016).Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Etki Eden Faktörler.*Türk Göğüs Kalp Damar*,24(4),672-679. Doi:10,5606/tgkdc.dergisi.2016.13227 Erişim: 30 Ocak 2017,

Lipid Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu(2016). *Türkiye Endokrinoloji ve MetabolizmaDerneği*,Ankara Erişim:27 Mart 2017,
http://www.temd.org.tr/files/LIPID_web.pdf

Memiş, S., Evci, E., Ergin, F., Beşer, E. (2009). A population- basedstudy on awareness of heartattack in Aydın city-Turkey.(Aydın-Türkiye’de Kalp Krizi Farkındalığı Üzerine Toplum Temelli Bir Çalışma). *Anadolu Kardiyol Dergisi*, 9, 304-310.8.

Mendis, S.,Puska,P., Norrving,B.(2011).Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. ISBN: 978 92 4 156437 3. Erişim: 24 Ekim 2016,
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/

Mir,A.,Obafemi,A., Young,A., Kane,C.(2011).Myocardial Infarction Associated With Use of the Synthetic Cannabinoid K2.(Sentetik Cannabinoid K2 Kullanımı ile İlişkili Miyokard İnfarktüsü).*Pediatrics*,128(6),1622-1627. Erişim: 31 Mart 2017,
<http://pediatrics.aappublications.org>

Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu(2014).Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara. ISBN 978-605-4011-19-3 Erişim:29 Mart 2017,
http://www.temd.org.tr/files/file/OBEZITE_TTK_web.pdf

Olgun,S.,Kaptan,G.,Büyükünäl,K.(2016).Miyokardİnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.*Sağlık Bilimleri Yaşam Dergisi*,1(1) ,7-15. Erişim: 12 Aralık 2016,
<http://dergi.arel.edu.tr/index.php/sbyd/article/view/14/16>

Omar,T.M.,Keleş,İ. (2014).Ateroskleroz ve Dislipidemi.*Güncel Kardiyoloji*.(s.161-165) (Ed.İ,Keleş.).İstanbul:Akademi Yayınevi.

Onar,E.(2012).Bir Hava Yolu Şirketinde Çalışan Kabin Personelinin Miyokart Enfarktüsü Farkındalığının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi.Yüksek Lisans tezi,Trakya Üniversitesi,Edirne.

Onat,A.,Karakoyun,S., Akbaş,T., Karadeniz,Ö.F., Karadeniz,Y., Çakır,H., Şimşek,B., Can,G.(2015).TEKHARF 2014 Taraması ve Türkiye’de Coğrafi Bölgelere Göre Ölüm Oranı ile Koroner Hastalık İnsidansı.*TürkKardiolDern Arş-ArchTurkSoc Cardiol*, 43(4),326-332. Doi:10.5543/tkda.2015.80468

Ornato,J.P.,Hand, M. M.(2001). Warning Signs Of Heart Attack. *Circulation* 104,1212-1213.

Özarslan,B. B.(2013).Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi.Yüksek Lisans tezi,HacettepeÜniversitesi,Ankara.

Özdemir, L. (2012). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Ağrının Özellikleri ve Ağrıyı Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 34-45

Özdiñ, Ş., Şensoy, N., Aktaş, R., Keskin, G., Tunç, D., Tüfek, Y. E., (2014). Afyon Karahisar Polis Yüksek Okulu Öğrencilerinin Temel Yaşam Desteği ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(3), 246-250.

Özyurt,B.C.(2010).Manisa’da Kırsal Bir Bölgede Yaşayan 45 Yaş ve Üzeri Erkeklerde Kardiovasküler Hastalık Riski.*F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.*24(2),101-107.Erişim:27 Mart 2017, <http://www.fusabil.org>

Ratner,P.A.,Johnson,J. L., Mackay,M., Tu,A.W., Hossain,S.(2008).Knowledge of ‘‘Heart Attack’’Symptoms in a Canadian Urban Community.*Clinical Medicine Cardiology*,2,201-213.

Rosana,G. M.,Maffei,S., Andreassi,M. G., Vitale,C., Vasselle,C., Gambacciani,M.Stramba-Badiale, M., Mercuro, G. (2009).Hormone Replacement Therapy and Cardioprotection:a new dawn? A Statement Of The Study Group On Cardiovascular Disease İn Women Of The Italian Society Of Cardiology On

Hormone Replacement Therapy İn Postmenopausal Women. *J Cardiovasc Med*,0,85-92.

Santulli,G.(2013).Epidemiology of Cardiovascular Disease in the 21st Century:Updated Numbers and Updated Facts.*Journal of Cardiovascular Disease*,1(1). ISSN:2326-3121.

Sarımehmetoğlu,A. C.Helvacı,A.(2014).Madde Bağımlılığı ve Kardiyovasküler Sistem.*Okmeydanı Tıp Dergisi*,30(2),99-103 doi:10.5222/otd.sup2.2014.099
Erişim:19 Mart 2017,http://www.journalagent.com/okmeydanitip/pdfs/OTD_30_SUP_2_99_103.pdf

Savaşan, A., Ayten, M., Ergene, O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 4(1),1-6. Erişim : 5 Nisan 2017 , Doi: 10.5505/phd.2013.07279

Sevinç,S.,Eşer,İ.(2011).Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Korunma Davranışları.*İ.U.F.N. Hem. Derg*, 19(3), 135-144 ISSN 1304-4869

Smyth,A.,Donnell,M. O., Lamelas,P., Rangarajan,S., Yusuf,S.(2016).Physical Activity and Anger or Emotional Upsey as Triggers of Acute Myocardial İnfarction Y-The İnterheart Study.(Akut Miyokard İnfarktüsün Tetikleyicileri Olan Fiziksel Aktivite ve Öfke veya Üzüntü İNTERHEART Çalışması. Erişim: 7 Şubat 2017, <http://circ.ahajournals.org/content/suppl/2016/10/10/CIRCULATIONAHA.116.023142.DC1>

Sönmez, Y., Uskun, E., Pehlivan, A. (2014). Okul Öncesi Öğretmenlerin Temel İlk Yardım Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeyleri, Isparta Örneği. *Türk Ped Arş*,49, 238-246.

Swanoski,W.T.,Lutfiyya,M. N., Amaro,M. K., Akers,M.F., Huot,K. L.(2012).Knowledge of Heart Attack and Stroke Symptomology:a Cross-Sectional Comparison of Rural and Non-rural US Adults.*BMC Public Health*,12,283.

Şengül,C.(2006).Genç Yaşta Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Klasik ve Psikososyal Risk Faktörlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi.Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,İstanbul. Erişim: 29 Mart 2017, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/kardiyoloji/Dr_cihan_sengul.pdf

Tamer,İ.,Dabak,R., Tamer,G., Orbay,E., Sargın,M.(2016). Güncel Kılavuzlar Işığında Hiperlipidemi.*Aile Hekimliği Dergisi*,2(3). Erişim: 27 Mart 2017, <http://www.tahev.org/derlemeler/Hiperlipidemi.pdf>

Tanrıverdi,B.,Tetik,Ş. S.(2017).AterosklerozunPatofizyolojisi ve Risk Faktörleri. *Marmara PharmaceuticalJournal* 21, 1-9, DOI: 10.12991/marupj.259875 Erişim: 19 Mart 2017,

Taş,F.,Büyükbeşe,M.(2013).Hipertansiyonda Farkındalık ve Hemşirenin Rolü.*TAF Preventive Medicine Bullettin*.12(6),729-794.

Taylan, S. Alan, S. Kadioğlu, S. (2011). Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 66-74. Erişim: 5 Nisan 2017, http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/10_makale_6.pdf

Tokgözlüoğlu, L., Kayıkçıoğlu, M., Altay, S., Aydoğdu, S., Barçın, C., Bostan, C. ve ark. (2017).EUROASPIRE-IV: Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin Koroner Arter Hastalarında Yaşam Tarzı, Risk Faktörleri ve Tedavi Yaklaşımı Üzerine Çalışması: Türkiye Verileri.*Turk Kardiyol Dern Ars*,45(2) doi: 10.5543/tkda.2016.82352

Tuncay,P.(2010).Koroner Kalp Hastalığı Olan Bireylerin Özbakım Gücü.Yüksek Lisans tezi,Yakın Doğu Üniversitesi,Lefkoşa.

Tunçer, E., Alioğlu, E. (2015). Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. E,Ercan(Ed.).*Kardiyoloji Tanı ve Tedavi Yaklaşımları*(s. 101-107).İstanbul:Selen Yayıncılık.

Türen, S., Efil, S. (2014). Akut Koroner Sendromlar ve Hemşirelik Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 43-51.

Türker,Ö.(2010).Akut Koroner Sendromlu Hastaların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi.Uzmanlık tezi,Pamukkale Üniversitesi,Denizli.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). Erişim:19 Mart 2017, <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>

Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme Ve Kontrol Programı Birincil, İkincil Ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan Ve Eylem Planı (2010-2014).

Türkmen,E.,Güven,G.S.(2010).Kardiyovasküler Hastalıklardan Primer Korunma Esasları.*Hacettepe Tıp Dergisi*,41,179-185

Türkmen , E., Badır, A., Ergün, A.(2012). Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 223-231

Türkmen,S. N.,Çam,M. O.(2012).Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Hastaların PsikoeğitiminPsikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi.<http://dergi.arel.edu.tr//index.php.dsbbyollarticle/view/14116>

Uysal, H. (2012). Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. Doi:10.5543/khd.2012.006. Erişim: 27 Nisan 2017, https://www.journalagent.com/kvhd/pdfs/KVHD_3_3_49_59.pdf

Yardımcı, T. (2010). İlk Kez Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Tıbbi Yardım İsteme Konusunda Nasıl Karar Verdiklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans tezi, 9 Eylül Üniversitesi, İzmir.

Yeşil,P., Altıok,M. (2012). Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Fiziksel Aktivitenin Önemi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1-10.

Yılmaz, M., Boylu, M. (2016). Masa Başında Çalışanlarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Davranış Durumları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(1), 27-34.

Yılmaz,Ö.(2012).ST Yükselmeli Akut Miyokardİnfarktüsü.Journal of ExperimentalandClinicalMedicine*DeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi*,29, 123-125.

Yüksel,S.,Şahin,M.(2012).ST Yükselmeli Akut MiyokardİnfarktüsüTedavisi.*Journal of ExperimentalandClinicalMedicineDeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi*,29, 127-131.

World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: The World Health Organization; 2000. Technical Report Series no. 894.Erişim: 16 Kasım 2016,

http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

World Health Organization:Prevention of Cardiovascular Disease. (2007). Erişim: 5 Nisan 2017,

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf

WHO.(2016). *CardiovascularDiseases(CVDs)*.Media Centre.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> Erişim:16 Kasım 2016,

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

A-BÖLÜM: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek

2.Yaşınız _____

3. Kilonuz (kg) _____ Boyunuz (cm) _____

4. Beden Kitle indeksi _____ (Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır.)
0)Zayıf 1) Normal 2) Hafif şişman 3) Şişman 4) Obez

5. Eğitiminiz (mezun olduğunuz okul)
() Okur-yazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
Yüksek Lisans

6. Medeni Durumunuz
() Evli () Bekar () Nişanlı () Boşanmış () Dul

7. Mesleğiniz _____

8. Şu anda çalışıyor musunuz?
() Evet () Hayır

9. Nerede ikamet etmektesiniz? _____

10. Kronik Hastalığınız var mı ?
() Evet () Hayır Cevabınız Evet ise 11.soruya geçiniz.

11.Hangi kronik hastalığınız bulunmaktadır? Mevcut bulunan
hastalığınızı/hastalıklarınızı işaretleyiniz?

Yüksek Tansiyon _____

Şeker Hastalığı _____

Tiroid _____

Astım _____ Diğer _____

12. Cinsiyetiniz kadın ise menopoza girdiniz mi?
() Evet () Hayır

13.Sigara Kullanıyor musunuz? Cevabınız EVET ise 14.Soruya Geçiniz.
☐ Evet ☐ Hiç Kullanmadım ☐ Daha önce kullanıp bıraktım.

14.Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?
☐ 1 paketten az ☐ 1 paket ☐ 2 paket ☐ 2 paketten daha fazla

15.Kalp krizi ile ilgili her hangi bir eğitim aldınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır (Cevabınız Evet ise 16.soruya geçiniz)

16.Eğitimi kimden aldınız?
☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Televizyon-İnternet ☐ Seminer-Kurs

17. Kalp Krizinden korunmak için herhangi bir şey yapıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır (Cevabınız **Evet** ise 18.soruya geçiniz.)

18.Kalp krizinden korunmak için neler yapıyorsunuz? (Uyguladığınız davranışlara **EVET**,uygulamadığınız davranışlara **HAYIR** ı işaretleyiniz)

KORUNMA DAVRANIŞI	EVET	HAYIR
Doktor kontrolüne gidiyorum		
Düzenli olarak yürüyüş yapıyorum		
Az yağlı ve az tuzlu yemekler tüketiyorum		
Sık sık tansiyonumu ölçüyorum		
Sigara içmiyorum		
Kan yağları tahlillerini yaptırıyorum		
Düzenli uyuyorum		
Aşırı yemek yemiyorum		
Öfkelenmemeye çalışıyorum		

19.Ailede kalp krizi öyküsü var mı ? (Cevabınız Evet ise 20. Soruya geçiniz.)
☐ Evet ☐ Hayır

20.Ailenizde kim kalp krizi geçirdi?
 Anne _____ Baba _____ Kardeş _____ Diğer _____

21.Egzersiz yapıyor musunuz?
☐ Düzenli ☐ Ara sıra ☐ Hiç

22. Kalp krizi geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır () Bu açıdan kendimi az riskli buluyorum

23. Daha önce hiç kalp krizi geçirdiniz mi ?

() Evet () Hayır (Cevabınız Evet ise 24.soruya geçiniz.)

24. Kalp krizi geçirdiğinizi size kim söyledi?

Doktor _____ Hemşire _____ Kendi tahminim _____
Diğer _____

25. Yanınızda biri kalp krizi geçirdi mi ?

() Evet () Hayır

26. Kalp masajının nasıl yapılacağı hakkında bilginiz var mı ?

() Evet () Hayır (Cevabınız **EVET** ise 27.soruya geçiniz.)

28. Kalp masajı uygulama bilgisini kimden/nereden aldınız?

() Doktor-Hemşire () İlk Yardım Kursunda () Tv-İnternet

B-BİLGİ SORULARI

1. 'Kalp Krizi' nedir?

a-Göğüs ağrısı

b-Kalbe giden kan akımının azalması ya da tamamen durması

c-Kalp kapak rahatsızlığı

d-Bilmiyorum

2.Sizce aşağıdakilerden hangisi/hangileri kalp krizi için risk faktörüdür? Risk Faktörüyseniz **EVET**, Risk Faktörü değilse **HAYIR**, cevabını bilmiyorsanız **BİLMİYORUM** seçeneğini işaretleyiniz.

RİSK FAKTÖRÜ	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
Yüksek tansiyon			
Kısa boylu olmak			
Şişmanlık			
Stres			
Beyaz tenli olmak			
40 yaş altı kadın olmak			
Şeker hastalığı			
Sigara kullanmak			
Ailede kalp krizi öyküsü			
Kolesterolün yüksek olması			
Aşırı alkol kullanımı			
Uyuşturucu bağımlılığı			
Diyet ve düzenli beslenme alışkanlığı			
Cinsiyet			
Hareketsiz yaşam			

3.Sizce Kalp krizinin belirtileri nelerdir?

KALP KRİZİ BELİRTİLERİ	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
Göğüs ağrısı			
Soğuk terleme			
Zor nefes alıp-verme			
Bulantı-kusma			
Bayılma			
Göğüste baskı, yanma tarzında ağrı varlığı			
Alt çeneye, boyuna, sırtta yayılan ağrı			
Sol kola, bazen her 2 kola, omuzlara yayılan ağrı			
Aşırı kaygı, yoğun sıkıntı hissi			

4. Aşağıdaki belirtilerden hangileri vücudunuzda olduğunda kalp krizini düşünürsünüz?

(Eğer cevabı düşünüyorsanız **EVET**, düşünmüyorsanız **HAYIR**, cevabı bilmiyorsanız **BİLMİYORUM** seçeneğini işaretleyiniz.)

VÜCUDUNUZDAKİ BELİRTİLER KALP KRİZİ BELİRTİSİ OLABİLİR Mİ?	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
Yüksek ateş			
Baş dönmesi ve sersemleme			
Fenalık hissi			
Çarpıntı			
Nefes darlığı			
Vücutta kırmızı lekeler			
Kaşıntı			
Soğuk terleme			
İshal			
Susama hissi			
Öksürük			
Mide ağrısı			
Kusma			
Hazımsızlık			

5. Acil ambulans numarası kaçtır? Doğru seçeneği işaretleyiniz?

122_____ 121_____ 112_____ 211_____

6. Yanınızda biri kalp krizi geçirdiğinde neler yaparsınız? Size doğru gelen seçenek/seçenekleri işaretleyiniz.

NELER YAPARSINIZ	DOĞRU	YANLIŞ
Hemen oradan ayrılırım		
Korkarım, bir şey yapacağımı düşünmüyorum		
Hemen yakınını ararım		
Ambulansı ararım		
İyi misin diye sorarım.		
Yanımda varsa,su veririm		
Yanımda varsa kolonya koklatırım.		
Yanımda varsa aspirin çiğnetirim		
Ateşine bakarım		
Üzerindeki kıyafetleri gevşetirim		
Kalbi durmuş ise kalp masajı yaparım		
Alıp hastaneye götürürüm		

SABRINIZ VE EMEĞİNİZ İÇİN ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM.

EK2.



EU: 425-2016

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 20.10.2016
Toplantı No : 2016/40
Proje No : 328

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik öğretim üyelerinden Doç. Dr. İktal ÇAVDAR'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2016/40-328 proje numaralı ve "18 Yaş Üstü Bireylerin Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Korunma Davranışları" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur

(BAŞKAN)

2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder

(ÜYE)

3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz

(ÜYE)

4. Prof. Dr. Şahan Saygı

(ÜYE)

5. Prof. Dr. Şanda Çalı

(ÜYE)

6. Prof. Dr. Nedim Çakır

(ÜYE)

7. Prof. Dr. Kaan Erker

(ÜYE)

8. Doç. Dr. Ümrân Dal

(ÜYE)

9. Doç. Dr. Çetin Lütfi Baydar

(ÜYE)

10. Doç. Dr. Eyüp Yayı

(ÜYE)

11. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik

(ÜYE)

12. Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov

(ÜYE)

EK3.



GEÇİTKALE BELEDİYESİ

Tel: 373 3341 – 373 3147

09.06.2016

İLGİLİ MAKAMA;

Geçitkale ve Beldemizde (Sütlüce, Nergisli, Yamaçköy, Mallıdağ, Çamlıca, Çınarlı) 18 yaş ve üzeri toplam 2299 kişi bulunmaktadır. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Acil Hemşireliği Anabilim Dalı'nda 20156028 öğrenci numaralı yüksek lisans öğrenciniz Nermin Basri'nin " 18 Yaş Üstü Bireylerin Miyokart Enfarktüsü (Kalp Krizi) Hakkında Bilgi Düzeyleri Ve Korunma Davranışlar" adlı tez çalışmasını Geçitkale ve beldesinde yapması için Belediyemiz açısından hiçbir sakıncası bulunmamaktadır.

Geçitkale Belediye Başkanı

Hasan ÖZTAŞ

* 1975 *

EK 4. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Yakın Doğu Üniversitesi tarafından desteklenen bir yüksek lisans çalışmasıdır. Yüksek Lisans Tez Konum, ‘‘18 Yaş Üstü Bireylerin Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Korunma Davranışları’’dır. Aşağıdaki ankette hem kişisel bilgilerinize yönelik hem de kalp krizi ile ilgili sorular yer almaktadır. Önce kendiniz ile ilgili bilgileri daha sonra ise anket sorularını yanıtlayınız. Hiçbir sorunun boş kalmaması araştırma sonuçları açısından çok önemlidir. Cevaplarınız gizli kalacak, araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Anket sorusu cevaplama süresi yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Vakit ayırıp anketi dolduracağınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Hemşire Nermin BASRI

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Programı

Mail: nerminbasri@gmail.com

☐ Yukarıdaki açıklamayı okudum

EK 5. ÖZGEÇMİŞ

Nermin Basri 26-07-1991’de Lefkoşa- Köşklüçiftlik’te dünyaya geldi.İlk öğretimini Geçitkale İlkokulu’nda, orta ve lise eğitimini Cumhuriyet Lisesi’nde tamamlamıştır. Temmuz 2014 tarihinde Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden mezun olmuştur. 2015 yılında ise Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başlamıştır. 2014 yılında Lefkoşa Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım servisinde mesleğe başlamıştır. 2014 yılından itibaren Lefkoşa Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinde Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi olarak görevine devam etmektedir.