

DERLEME

REVIEW

Yaşamsal Karar: Akut Miyokard İnfarktüsünde Semptom Algısı

Vital Decisions: Perception of Symptoms of Acute Myocard Infarction

Sibel Sevinç

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Kilis.

Son 30 yılda yeni tedavi yaklaşımları ile AMİ'ye bağlı mortalitede belirgin azalma sağlanmış, son 20 yıldır kullanılan reperfüzyon girişimleri ile de 30 günlük mortalitede %30-50 oranında düşme sağlanmıştır. Mortalite oranını düşürmede en önemli yaklaşım hastaneye ulaşana kadar erken tanı ve reperfüzyon girişimlerinin sağlanmasıdır. Hasta gecikmesini en aza indirmek için; KAH öyküsü olan hastalar ve yakınları, akut miyokard infarktüsüne bağlı belirtileri tanıma ve akut koroner sendrom (AKS) şüphesi uyandıran bir durum gerçekleştiğinde atılacak uygulama adımları ile ilgili eğitim alınmalıdır. Hemşireler hastayla en fazla zaman geçiren sağlık ekibi üyesidir. Hasta ve ailesini bu doğrultuda bilinçlendirmek için hemşirelere önemli roller düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Semptom algısı, miyokard infarktüsü, hemşire, hasta gecikmesi.

A significant reduction in mortality from AMI with new therapeutic approaches in the last 30 years, used in the last 20 years with reperfusion initiatives fall by 30-50% in 30-day mortality was achieved. The most important approach in reducing the mortality rate, until it reaches the hospital initiative is to ensure early diagnosis and reperfusion. For reducing patient delay; It should be a normal part of the care of patients with known coronary heart disease to inform their partners and family about the symptoms of a heart attack and how to respond to it. Nurses spend the most time with the patient who is a member of the health care team. The nurses are important roles for patients and their families to raise awareness.

Key words: Perception of symptom, myocard infarction, nurse, patient delay.

Geliş tarihi: 13.03.2014; **Kabul tarihi:** 20.11.2014

Sorumlu Yazar: Yard. Doç. Dr. Sibel Sevinç

Yazışma Adresi: Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu Karataş Kampüsü
Kilis – Türkiye; **Tel:** 0 348 814 30 95/7029; **E-posta:** sibelsevis@gmail.com

Koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ölüm oranları son dört dekatta azalmış olmasına rağmen tüm dünyada halen ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında nedeni bilinen ölümlerin %42.5'inin koroner kalp hastalığı kökenli olduğu bildirilmiştir.^[1]

Koroner arter hastalığı olan akut miyokard infarktüsü (AMİ), genellikle aterosklerotik koroner arterin, aterotromboz sonucunda tam tıkanması ile kan akımının birdenbire kesilmesi ve kanlandırdığı miyokardiyum bölgesinde oluşan hücre ölümüdür.^[2] Yeni tedavi yaklaşımları ile son 30 yılda AMİ'ye bağlı mortalitede belirgin azalma sağlanmış, son 20 yıldır kullanılan reperfüzyon girişimleri ile de 30 günlük mortalitede %30-50 oranında düşme sağlanmıştır. Mortalite oranını düşürmede en önemli yaklaşım hastaneye ulaşana kadar erken tanı ve reperfüzyon girişimlerinin sağlanmasıdır.^[3]

Miyokard infarktüsünde (Mİ) göğüs ağrısı; iskemik göğüs şikayetlerinden en sık rastlanan semptomdur; ağrının niteliği genellikle göğüste baskı, basınç, ağırlık hissi, sıkıştırma veya yanıcı, ezici karakterdedir. Şikayet genellikle yavaş yavaş başlayıp şiddeti yaklaşık bir saatte (>30 dakika) doruk noktasına ulaşır, başta sternumun arkasında göğsün ortasındadır ve sıklıkla sol kol veya sol boyuna yayılır. Ayrıca sağ kol, epigastriyum, alt-çene dişler veya sırta da yayılabilir. Ağrının visseral özelliğinden (net olarak lokalize edilemez tarif edilemez, muphem) dolayı hasta elini veya yumruğunu sternum üzerine koyabilir (*Levine bulgusu*). Bu klinik semptom ve bulgular tipik olarak genellikle erkek hasta grubunda tanımlanır. Sırt ağrısı erkeklerde ve kadınlarda yine ortak görülen semptomdur ve daha çok kadınlar; omuz ve kolda, çene, boyun ve boğaz ağrısı, diş ağrısı, midede ya da retrosternal bölgede ağrı bildirmişlerdir. Nadir olarak kadınlar

kollarında ve omuzlarında yorgunluk ve güçsüzlük bildirmişlerdir. Kadınlar erkeklere göre daha fazla bulantı kusma yaşamakta ve mental stres altında olanlar daha fazla semptom yaşamaktadırlar. Kadınlarda göğüsteki şikayetin niteliği ve lokalizasyonu çoğunlukla atipiktir.^[2-4] AMİ kliniğinin diğer akut koroner sendrom (AKS) tiplerinden önemli farkı; ağrının karakteristik özellikleri hepsinde benzer olmasına karşılık ağrıya eşlik eden diğer semptomlar dispne, bulantı, kusma (özellikle inferiyor Mİ'de), palpasyonlar ve "olması yakın ölüm duygusu korkusu", AMİ'de (EKG'de ST segment elevasyonlu) ağırlıklı olarak daha sık görülür. Özellikle diyabetik veya hipertansiyonlu kadın hastalarda atipik prezentasyon bulunabilir, örneğin; diyabetik olgularda safra taşı ile ilişkili şikayetleri taklit eden abdominal ağrı bulunabilir. Yaşlı kişilerde ise kalp yetersizliği semptomları sık bulunur.^[2]

Semptom başlangıcından tedaviye kadar geçen zaman, reperfüzyon tedavisinin başarılı olduğunu gösteren en önemli belirleyicilerden biridir. Bu derleme, akut miyokard infarktüsünde semptom algısını, hastanın reperfüzyon tedavisine ulaşmasındaki gecikmeleri tanımlamak ve bu konularda hemşirelere düşen sorumlulukları vurgulamak amacıyla yazıldı. Plasebo kontrollü çalışmalarda tedavi gecikmesi ile tedavi etkisi arasındaki ilişkinin detaylı analizi; fibrinolitik tedavi ile mortalitede en fazla azalmanın, semptom başlangıcından bir saat içinde başvuran hastalarda olduğunu göstermiştir. Bu grupta göreceli mortalite azalması %48 gibi yüksek bir orandadır ve mutlak mortalite azalması tedavi edilen her 1000 hastanın 65'inde olarak hesaplanmıştır. İki saat içinde başlatılan fibrinolitik tedavi daha geç tedaviye göre, mortalitede anlamlı derecede daha fazla azalma ile sonuçlanmış ve fibrinolitikten en fazla yararın miyokard hücrelerinin ölüm süreci sırasında elde edileceğini göstermiştir. İnfarktüs arterinin tam

olarak tıkandığı akut ST eleve miyokard infarktüsünde (STEMİ)'de akut reperfüzyon tedavilerinin en fazla hayat kurtardığı zaman aralığı infarktüs başlangıcından ilk bir saat içindedir (*altın saat*), bu süre içinde infarkt büyüklüğü en fazla küçültülmekte (*zaman adaletidir*) hatta infarkt gelişimi önlenmektedir. Akut reperfüzyon tedavilerinin faydası infarkt başlangıcından (göğüs ağrısı veya eşdeğeri) en fazla ilk 6-12 saat içinde uygulandıklarında olmaktadır.^[2-5]

Göğüs ağrısı başlangıcından reperfüzyon tedavisinin başlamasına kadar geçen sürenin üç temel ögesi vardır. Birincisi, hastalar problemin kalp kaynaklı olduğunu ve şiddetini anlamalı ve uygun tıbbi yardım aramalıdır. Kayıtların birçoğu, reperfüzyon tedavisi için uygun olan hastaların %50'sinin semptomlarını üç saat içinde bildirmediğini gösterir. Hastaneye ulaştırmak için gereken süre, tedavideki toplam gecikmenin ikinci nedenidir. Bölgesel alt yapıya, en yakın hastaneye olan mesafeye ve olayın gerçekleştiği saate bağlı olarak, ulaşım 15-90 dak. arasında değişebilir. Tedavi gecikmesinin üçüncü ögesi, acil servis hekimi tarafından ilk değerlendirme, EKG kaydı ve yorumlanması, laboratuvar testleri, uzman kardiyolog tarafından ileri değerlendirme ve acil servisten tedavinin yapılacağı koroner bakım ünitesine nakil için hastane içinde geçen süredir.^[5] ESC 2013 kılavuzuna göre; hastanın reperfüzyon tedavisine ulaşmadaki gecikme aşamaları Tablo 1'de özetlenmiştir.^[6]

Tablo 1. Hastanın Reperfüzyon Tedavisine Ulaşmadaki Gecikme Aşamaları

Gecikme Türleri	
Hasta gecikmesi	Belirtilerin başlaması ile ilk tıbbi tedavi arasında geçen süre
İTT ve tanı arasında	İlk EKG'nin kaydedilmesine kadar geçen süre Hedef ≤ 10 dk
İTT ve reperfüzyon tedavisi	İlk tıbbi tedavi ve reperfüzyon tedavisine kadar geçen süre Hedef Fibrinolizde ≤30dk (Kapı-iğne zamanı) PKG ≤60dk (Kapı-balon zamanı)

İTT: İlk tıbbi tedavi PKG: Perkütan koroner girişim

İlk tıbbi tedavi ve tanı koyma ve reperfüzyon tedavi arasındaki gecikmeler, hasta gecikmesine göre, örgütsel önlemlerle daha kolay iyileştirilebilir.^[6] En fazla gecikme başlangıç safhasında hastanın semptomu tanınması ve karar vermesi arasında gerçekleşir. Bu gecikme yakın zamanda birçok çalışmada konu edilmiştir. Uzun gecikme zamanına eşlik eden bireysel özellikler, ileri yaş, kadın cinsiyet, Amerikan ve Afrika ırkı, düşük sosyo-ekonomik grup, sağlık güvencesi olmayışı sayılabilir. Sürpriz olarak, gecikmeye neden olan bir önemli neden önceki KAH veya MI hikayesidir. Bilinen kardiyovasküler hastalığı olanlarda da bu süre en azından ilk atakla gelenlerle aynıdır. Azalmış gecikmeye eşlik eden bireysel özellikler ise; artmış semptom ciddiyeti, semptomların tipik olması ve KAH'nın önlenbilir olduğu inancıdır. Artmış gecikmeye eşlik eden dış faktörler evdeki semptom algısı, semptom

başlangıcında eve dönme ve evde bir eşin olup olmaması, aile üyeleri ile birlikte olma ve bir hekimle temas kurma girişimidir.^[7] Bu birliktelikler bir dizi bireysel faktörle etkileşir; bilgi, inanç, nitelik, eylem için pratik engeller vb. AMİ'li bir hasta anormal semptomatolojinin farkında olmalı, medikal bir girişim gerektiğine yormalı, bakım aramaya karar vermeli, transportu düzenlemeli ve hastaneye gitmelidir. Bu olaya engeller her bir adımdan kaynaklanabilir. Hastalar kalp krizi semptomları hakkında yetersiz bilgiye sahip olabilir, yanlış olarak semptomları kardiyak dışı nedenlere bağlayabilir, inkara ya da korkuya kapılabilir veya diğer bazı özelliklere sahip olabilirler.^[7]

Semptomlara yanıt olarak, birçok kadın ilk olarak semptomları yok saymak gibi başa çıkma stratejilerini kullanır dinlenir, ilaç alır, pozisyonunu değiştirir, uyur ya da alkol alır. Bu stratejilerin değerlendirilmesi sonucu, kişi semptomların kardiyak kaynaklı olarak başlayabileceğini hesaba katar. Semptomlar sağlığı tehdit etmeye başlayınca acil yardım ihtiyacına gereksinim duyulur. Bu analiz kişinin hastalık davranışlarını anlamasını ve alternatif davranışlara adaptasyonda kendi ayarlamasını yapmaya yönlendirir.^[4]

Hastane öncesi gecikme üç şekilde ölçülebilir:

- 1- Tıbbi kayıtların özetlenmesi,
- 2- Yapılandırılmış görüşmeler,
- 3- Hasta bildirimleri (yazılı raporlar ve notlar).^[8]

Gassner ve ark'ın (2002) çalışmasına göre; hastaların %36'sı ilk semptomları kalp ile ilişkilendirmişlerdir. Bu hastaların da %83'ünün öyküsünde anjina veya Mİ vardır. Semptomlarını kalp ile ilişkilendiren, geriye kalan %17 oranındaki hastaların kardiyak öyküsü yoktur. Bu vakaların hepsinde, semptomların sert ve korkutucu doğası,

hastaları semptomların temelinde "kalbin" olduğu düşüncesine götürmüştür.^[9] Kalbe ilişkin olmayan yorumlar genellikle hazımsızlık, nefes darlığı ve safra kesesi yönündedir. Semptomların sebebi olarak algılanan diğer muhtelif inançlar ise şöyledir: kas tutulması, soğuk algınlığı, stres ve kasık fitiğinden kaynaklanan rahatsızlık hissi. Bu vakaların her birinde, hasta daha önce benzer özelliklere sahip bir hastalık geçirmiştir ve bu yüzden hastanın tanısı kendi kişisel deneyimine en yakın olandır. Hastaların %46'sı semptomların temelde kardiyak olmadığı inancındadırlar. Bunların %18'inin anjina veya Mİ öyküsü vardır. Hastaların % 18'i semptomların sebebi ile ilgili kişisel bir açıklamalarının olmadığını söylemiştir.⁹ Orta yaşlı bir hasta öyküsünü şöyle anlatıyor:

"Bu inanılmaz acı göğsümün tam ortasına çakıldı kaldı. Yani söylemek istediğim..bu acı daha önce hiç hissetmediğim bir acıydı. Böylece ben de en kötüsünden şüphelendim ve bunun kalp krizi olduğunu bir şekilde hissettim."^[9]

MacInnes'in (2006) MI geçiren kadınlarla yaptığı çalışmada;

Evli ve 48 yaşında olan Helen 30-60 dakika da yardım istemiş;

'Bu çok büyük bir ağrıydı. Göğsümün üzerinden kamyon geçiyormuş gibi hissettim..'

Nell 76 yaşında yalnız ve 1.5-2 saat içinde yardım istemiş; 'hiç ağırlarım yoktu. Çok fazla huzursuzluk hissettim. Yerimde duramıyordum bu bana benzemiyordu..'

Delia 82 yaşında yalnız ve 5-6 saat sonra yardım istemiş; 'öksürüğüm vardı ve kendi kendime düşündüm, göğsüm acıyor çünkü çok fazla öksürüyorum ve karnımdaki ağrı buna eşlik ediyor'

Cath 67 yaşında evli 5 dakika sonra yardım istemiş; "bunun başka bir şey olduğunu (Mİ) biliyordum, beni götürmesi için eşimi aradım"^[4]

Lovlien ve ark.'ın (2007) ilk defa MI geçiren hastalarda erkek ve kadınlarda hastane

öncesi gecikmeyi inceledikleri araştırmada; erkek ve kadınların yarısından fazlası tıbbi yardım için bir saatten fazla beklemişlerdir. Hastane öncesi gecikmede cinsiyetler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kadınların %33'ü erkeklerin %25'i analjezik, nitrogliserin ve trankilizanla kendi kendilerine tedavi uygulamışlardır. Yarısından fazlası oturmak, uzanmak gibi girişimlerde bulunmuşlardır.^[10]

Fukuoka ve ark'ın (2005) Japonya'da yaptıkları çalışmada da; 10 puanlık bir skala üzerinden hastaların semptom şiddeti değerleri 8 olarak saptanmış ve hastaların %42.6'sı gecikmeden hastaneye başvurmuşlardır.^[8]

Henriksson ve ark'ın (2007) Mİ'lü bireylerde ve yakınlarında semptom algısı ve davranışlarını inceledikleri araştırmada; Semptomlar başladığında neler hissettiniz?^[11] Semptomlar sırasında nasıl davrandınız? Şeklinde sorularla kişiler yönlendirilmiş,

Bir bay semptomlarını şöyle tanımlıyor;

“Ormanda yürüyüşe çıkmıştım, eve dönerken sağ önkolumda korkunç bir ağrı deneyimledim, ağrı gittikçe daha kötü oluyordu, buna benzer bir şeyi hiç hissetmemiştim. Bu çok şaşırtıcı bir ağrıydı. Sonra sol önkoluma yayılmaya başladı ve daha sonra göğsümü kapladı.”

Bir bayan hasta anlatıyor;

“Semptomlar başladığında golf oynuyordum. Midemde ağrı vardı ve bir safra taşı ya da gastrit olduğunu düşündüm. Bir oyuğa devam ediyorduk fakat ben gidemiyordum.”

Çalışmanın sonucunda, AMİ semptomlarının ve yapılacakların tanımlanabilmesinin çok önemli olduğu, hastanın ve yakınının semptomlar sırasında tepkileri ve nasıl davrandıkları belirlenmiştir. Şayet hasta yakınları daha iyi bilgilendirilirse, AMİ hastalarının hastane öncesi gecikme oranları düşürülebilir kanısına varılmıştır.^[11]

Lockyer'in (2005) İngiltere'de KAH'lı kadınlarda semptomları incelediği çalışmada; bulgular semptomlar, akut göğüs ağrısı, kronik ağrıdan farksız göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, eşlik eden hastalıklar, aile ve arkadaşların etkisi olarak gruplandırılmıştır.^[12]

Çalışmadaki hastalardan biri Elizabet 68 yaşında, evli ve eşiyle yaşıyor... Eşime “kalp krizi geçirdiğimi düşünüyorum” dedim eşim; “değildir, nabzın gayet iyi” dedi. Böylece doktora bir hafta içinde gittim.^[12]

Çalışma sonucunda, semptomlar tanınmazsa ve hastalık tanısı konulmazsa, hastaların tedaviye ulaşmaları gecikecek ve bunun da yaşam kalitesinde, MI riskini azaltmada, yetersizlik düzeyinin azaltılmasında ve ani ölümü önlemede etkili olabileceği kanısına varılmıştır.^[12]

Albarran ve ark'ın (2007) İngiltere'de kadınlarda semptomları inceledikleri araştırmada; semptomlar; kademeli farkındalık, göğüs ağrısı yokluğu, semptom yanıtları olarak gruplanmıştır.^[13]

Kadınların birinin ifadesi; “Ağrı olduğunu söyleyemem. Bilirsiniz ağrı farklı bir şeydir. Bu kramptı, daha çok bir sertlik, beklediğinizden farklı bir şey.”^[13]

Kadınların mevcut sağlık durumlarının karar verme sürecini etkilediği görülmüştür. Kadınlardan birinin ifadesi şöyle: “asla hasta değildim... yürüyorum ve haftada bir gün spor salonuna gidiyorum.. şok oldum.. bu tip bir şey için çok gencim”^[13]

Başka bir kadın; “elbette kalp krizi ya da benzer başka bir şey olur diğer insanlar için... daha çok yaşlı insanlar... benim için şaşırtıcı oldu çünkü ben tüm hayatım boyunca çok sağlıklıydım... egzersiz yaparım ve bahçeyle uğraşırım.. 25 yıldır sigara içmiyorum... insanlar bana ve kocama yaşımıza göre genç olduğumuzu söylerler ve bilirsiniz, benim başıma geleceğini hiç düşünmedim...”^[13]

Horne ve ark'ın (2000) çalışmasında semptom başlangıcıyla hastaneye ulaşma süresi 7.3 saat olarak bulunmuş ve gecikmenin yaşa, cinsiyete, sosyal- eğitim duruma bağlı olmadığı saptanmış, acil yardımı aramada yetersizliğin, deneyimlenen semptomların ve semptomları yorumlamanın gecikmede etken olduğu bulunmuştur.^[14]

Ülkemizde yapılan araştırma sonuçlarına göre;

Eren ve ark. (2006)'ın çalışmasında acil servise başvuran 168 AMI tanısı alan hasta geriye dönük incelenmiş, bu hastaların 79'una (%47,02) trombolitik tedavi uygulanırken, 22 (%24.72) non ST MI, 47 (%52.81) hastaneye geç başvuru, 15 (%16,85) tanı konulmadaki gecikme, 5 (%5,62) trombolitik tedavi kontrendikasyonu nedeniyle toplam 89 hastaya (%52.98) trombolitik tedavi uygulanamadığı saptanmıştır.^[15]

Yardımcı ve Mert (2014)'in yüksek lisans tez çalışmasında MI geçiren bireylerde, yaşanan ağrının şiddetli olması, devam etmesi, daha önce hiç yaşamadığı özellikte olması, yeni semptomların eklenmesi, yapılan eylemlerin etkisiz olması, kalple ilişkili olduğunu düşünme, ölüm korkusu, sakat kalma korkusu ve diğerlerinin ısrarının hastaların tıbbi yardım aramaya karar verme sürecini etkilediği bulunmuştur. En fazla gecikme yaşayan hastaların ifadeleri göre;

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

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

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

“Kahvaltıdan sonra gene sancımaya başladı. Öyle eskileri gibi çok sancımıyordum ama dedi ki kızım hastaneye gidelim hastaneye gidelim. Baskı yapıyor bana illa hastaneye gidelim. Dur kızım geçer geçer hatta o gün akşama ben oyaladım onu. Sonra baktım rahatlar gibi oldum. Hadi gidelim şimdi dedim.” (55 yaşında, erkek, 3905dk).^[16]

Sarı ve ark. (2008)'in; STEMI hastalarıyla yaptıkları diğer bir çalışmada hastaneye ulaşımında ortalama gecikme süresini 70 dakika olarak belirlenmiş ve tam teşekküllü bir merkeze başvuruyu belirleyen etkenlerin ileri yaş, sigara içme, aspirin kullanımı ve KAH öyküsü olduğunu saptamıştır.^[17] Norgaz ve ark. (2005) AMİ'li hastaların yarıya yakınının reperfüzyon tedavisinin uygulanacağı hastaneye üç saatten daha geç sürede ulaştığını saptamış, gecikme süresini azaltabilmek için genel olarak toplumu, özel olarak da koroner arter hastalığı olan bireyleri hedefleyerek AMİ semptomları ve erken tıbbi yardım almanın önemi konusunda eğitim programları geliştirilmesi gerekliliğini vurgulamıştır.^[18]

Stent For Life projesinde belirtildiğine göre; Türkiye'de primer PKG ve trombolitik yapılanlarda tedaviye başlama sürelerinin uzun olmasındaki en önemli nedenin semptom başlangıcından sonra bireylerin acil servis hizmetlerine geç ulaşması ve haber vermesidir. Proje kapsamında, halk bilgilendirme kampanyalarının artırılması ve acil sağlık bakım hizmetlerinin iyileştirilmesiyle semptom-balon süreleri azaltılabilmektedir.^[19]

Ağrı terimi, genellikle sağlık profesyonelleri tarafından kullanılırken, hastalar bu durumu çok daha farklı şekillerde tanımlayabilirler.

Göğüs ağrısı olan hastalar, sözlü ifadeleri ile birlikte sıklıkla el-kol hareketleri gibi vücut dillerini de kullanarak yaşadıkları durumu daha güçlü bir şekilde ifade edebilirler. Hastaların ağrılarını tanımlamakta en sık kullandıkları kelimeler; baskılayıcı, acı verici, yanıcı, kesici, delici, ezici, parçalayıcı, korkunç, katlanılmaz, öldürücü, rahatsız edici, berbat ve usandırıcı olarak sıralanabilir. Hastalar tarafından oldukça farklı şekillerde tanımlanabilen göğüs ağrısı değerlendirme, öykü alırken soruların nasıl sorulduğu ve nasıl sorulması gerektiği de önemlidir.^[20]

Yardım ve Mert (2014)'in çalışmasındaki bir hastanın ifadesine göre; “Şurasını şöyle gazıklan gerer gibi demirlen gerer gibi böyle geriyo (göğsünü gösteriyor). Burası böyle hırlama nefesimi tıkiyo. Nefesim çıkmıyo. ...nefes alamıyorum.”^[16]

Tüm bunların yanında ayrıca semptomların yorumlanmasının ve hastaların hastalıkları hakkındaki inançların, tedavi sürecini yöneten tıbbi faktörlerden daha önemli olabileceğini göstermiştir. İlk kez Mİ geçiren hastalar, onlara bakan hastane personeli ve hasta yakınları üzerinde yapılan bir çalışma, hasta ve yakınlarının kardiyovasküler riskleri algılamasının sosyal ve kültürel faktörlerle ilgili olduğunu ve kardiyovasküler risk konusunda ana bilgi kaynağının sosyal çevre olduğunu ortaya çıkarmıştır. Sağlık personeli için risk faktörleri epidemiyolojik kanıtlara dayanır. Hastaların kardiyovasküler hastalık ve risk faktörleri ile ilgili görüşleri stres, kader ve iş hayatı gibi sosyal ve kültürel kavramlardan etkilenmektedir.^[9]

Örneğin; birey hastalığa ‘kem gözün’ veya ‘kıskançlığın’ neden olduğuna ve bu hastalığın en iyi tedavisinin kem gözün veya kıskançlığın bertaraf edilmesi olduğuna inanıyorsa, onun geleneksel inanışları var demektir. Ağrı algılaması ve toleransındaki farklılık ağrıya yönelik farklı

etnik tutumları yansıtır. Ancak, literatürde Ülkemizde bu konularla ilişkili yakın zamanda yapılmış çalışmalara rastlanmamıştır.^[20]

Akut Miyokard İnfarktüsünde Semptom Algısında Hemşirelik Yönetimi

Kardiyoloji hemşireleri hastaları değerlendirmede, bakım vermede ve hastaların iyileşmesinde önemli bir rol oynarlar ve sürekli değerlendirme yaparak, gözlem becerilerini kullanarak ve 24 saat boyunca gelişmelerin farkında olarak hastalığın tanısına ve yönetimiyle ilgili kararlara destek sağlamaktadır. Hasta, aile ve ev ortamının değerlendirilmesi (değerlendirme), kapsamlı bir taburculuk planını geliştirilmesi (planlama), yönlendirme ve eğitimleri içeren hizmetlerin uygulanması (uygulama) ve hasta izlemi şeklinde dört temel fazdan oluşan taburculuk planı sürecinin sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından iyi organize edilmesi, bireylere fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki sınırlılıklar getiren ve yaşam kalitesinde azalma oluşturan KAH için gerekir.^[21]

Anjina pektorisli hastada, hastanın hastalığı, tanı yöntemleri, tedavi planı ve KAH ile ilgili bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirildikten sonra, hastanın anlama kapasitesine göre bilgilendirilmesi sağlanır. Değiştirilebilecek ya da kontrol edilebilecek risk faktörlerine ilişkin sağlıklı davranış biçimi geliştirmenin önemi anlatılır. Destek alabileceği kurum ve kuruluşlara nasıl ulaşabileceği konusunda bilgi verilir.^[3]

European Society of Cardiology (ESC) kılavuzuna göre; hasta gecikmesini en aza indirmek için, toplum, akut miyokart infarktüsünün sık rastlanan belirtilerinin nasıl tanınacağı ve acil servislerin nasıl aranacağı konusunda bilinçlendirilmelidir, ancak halka yönelik

kampanyaların etkinliği henüz net olarak belirlenmemiştir. KAH öyküsü olan hastalar ve yakınları, AMİ'ye bağlı belirtileri tanıma ve AKS şüphesi uyandıran bir durum gerçekleştiğinde atılacak uygulama adımları ile ilgili eğitim alınmalıdır. Kararlı KAH olan hastalara, rutin bazal EKG'lerinin bir kopyasını vermek, tıbbi personelin karşılaştırma yapabilmesini sağlamak açısından akıllıca olabilir.^[6]

ESC kılavuzunun gelecekteki araştırma konuları ve kanıtlardaki boşluklar başlığındaki önerilerine göre; STEMI ile ilgili olabilecek belirtiler konusunda hasta ve kamu bilincinin artırılması ve acil servisin tercihen tek bir merkezi telefon numarası üzerinden doğrudan aranabilmesi, hastayla ilgili gecikmeyi kısaltmak için önemli bir araçtır. Seçilmiş merkezlerde ve coğrafik bölgelerde STEMI hastaları için yüksek kalitede hızlı bakım sağlanmasında büyük ilerleme kaydedilmişse de, dünya genelinde tanı ve tedavi süresini homojen bir şekilde kısaltmak için, hastane öncesi ve hastane yönetimi düzenlemelerine kesin bir ihtiyaç vardır. Ulusal düzeyde STEMI'nin erken tanı ve tedavisini sağlamak için yüksek kalitede, optimize edilmiş ve homojen klinik yollar tasarlanması önemlidir.^[6] Bu doğrultuda AMİ hastaların bakımından sorumlu kardiyoloji klinik hemşireleri hastaların taburculuk planlarına semptom algısını özellikle eklemeli ve KAH öyküsü olan, kardiyak risk faktörleri olan AMİ için riskli olduğu düşünülen hastalarda, ağrının ve yaşanabilecek diğer semptomların tanımının iyi yapılması, hastanın ağrıyı tanıyıp tıbbi bakım almak için kısa sürede karar vermesi, bu bakımı ararken de özellikle kardiyoloji kliniği olan kardiyak bakım sağlayabilecek donanımdaki sağlık kuruluşlarına öncelikli olarak tercih etmesinin, zaman kayıpları açısından çok önemli olduğu hasta ve hasta yakınlarına vurgulanmalıdır. Hastaneye yatışından itibaren hastayla en fazla zaman geçiren ve

hastadan öykü alan, taburculuk eğitimi planlayan, eğitim ve danışmanlık veren sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Hemşireler bu rollerini yerine getirirken hasta nedenli gecikmelere odaklanabilecek, bu konularda hastanın bireysel özelliklerine göre bilgilendirme yapabilecek anahtar kişilerdir. Bunun yanında kardiyoloji alanında çalışmalar yürüten hemşire akademisyenlere de bu eğitim programlarına katkı oluşturabilecek, bireylerce coğrafik bölgesel kültürel olarak farklı ifade edilebilecek AMİ semptomlarını, hastaneye gecikme nedenlerini belirleyebilecek bilimsel araştırmak yapmak, semptom algısına yönelik yapılacak eğitim programlarının etkinliğini ortaya çıkarabilecek araştırma sonuçları sunmak sorumluluğu doğmaktadır.

Sonuç olarak;

Hastalar açısından en önemlisi, toplam iskemik süreyi yansıttığı için, belirtilerin ortaya çıkışı ile reperfüzyon tedavisinin sağlanması arasındaki gecikmedir. Bu süre mümkün olduğunca kısaltılmalıdır. STEMI'de gecikmelerin önlenmesi iki nedenden dolayı büyük öneme sahiptir: ilki, AMİ'nin en kritik zamanı, sıklıkla hastanın şiddetli ağrısı ve kardiyak arrest olasılığı olan, çok erken dönemidir. Mİ şüphesi olan bir hastada, acil defibrilasyon gerekliliği nedeniyle, mümkün olan en kısa sürede bir defibrilatör temin edilmelidir. Ek olarak, tedavinin özellikle de reperfüzyon tedavisinin erken sağlanması, yararı açısından kritik önem taşır.^[6]

Bu sebeple, gecikmelerin en aza indirilmesi, daha iyi klinik sonuçların elde edilmesini sağlamıştır. Halen tartışılmakta olmasına rağmen, gecikmelerin nedenlerinin topluma açıklanması, STEMI bakımında gelişme sağlanmasında yararlı olabilir. Eğer hedefler yerine getirilemiyorsa, performansı iyileştirici girişimler gerekir.^[6] Hasta

ve ailesini bu doğrultuda bilinçlendirmede sağlık ekibinin en aktif üyesi olan hemşirelere önemli roller düşmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kozan Ö. Kardiyovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi. Temel Kardiyoloji El Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık Hiz.San.Tic.Ltd.Şti. Ankara, 2013: Ss. 1-3.
2. Enar R. Kalp-Damar Hastalıkları. Temek Kardiyoloji Kalbin Fizik Muayenesi: Tekniği ve Klinik İpuçları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2012; Ss. 207-215.
3. Badır A. ve Korkmaz FD. Koroner Arter Hastalıkları. Karadakovan A. ve Aslan F.E. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara. 3. Baskı, 2014: 431-450.
4. MacInnes JD. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. European Journal of Cardiovascular Nursing 2006; 5: 280 – 288.
5. Camm AJ, Lüscher TM, Serruys PW. ESC Textbook of Cardiovascular Medicine. Blackwell Publishing Ltd, Oxford. 2006.
6. Steg G. ve ark. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ST- Segment Yükselmeli Akut Miyokart Enfarktüsü Tedavisi Görev Grubu. ST-segment Yükselmeli Akut Miyokart Enfarktüsü ile Başvuran astaların Tedavisine İlişkin ESC Kılavuzu, Türk Kardiyol Dern Arş 2013, Suppl. 3,9-10.
7. Braunwald E. (çev.edi.) Kabakçı G. Kardiyolojide Gelişmeler. Güneş kitapevi, Ankara 2005.
8. Fukuoka Y, Dracup K, Ohno M, Kobayashi F, Hirayama H. Symptom severity as a predictor of reported differences of prehospital delay between medical records and structured interviews among patients with MI. European Journal of Cardiovascular Nursing 2005; 4: 171-176.
9. Gassner L, Dunn S, Piller N. Patient interpretation of the symptoms of myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation. Intensive and Critical Nursing. 2002; 18: 342-354.
10. Lovlien M, Schei B, Hole T. Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. European Journal of Cardiovascular Nursing 2007; 6: 308–313.
11. Henriksson C, Lindahl B, Larsson M. Patients' and relatives' thoughts and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction. European Journal of Cardiovascular Nursing 2007; 6: 280–286.
12. Lockyer L. Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. European Journal of Cardiovascular Nursing 2005; 4: 29–35.
13. Albarran JW, Clarke BA, Crawford J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. Journal of Clinical Nursing 2007; 16: 1292-1301.
14. Horne R, James D, Petrie K, Weinman J. Vincent R Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital. Heart 2000; Apr 83 (4): 388.
15. Eren ŞH, Yılmaz K, Korkmaz İ, Aktaş C, Oğuztürk H, Alagözlü H. Acil Serviste Akut Miyokard Enfarktüsü Tanısı Almış Hastalarda Trombolitik Tedavi Uygulanmasını Etkileyen

- Faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2006;11(3): 163-165.
16. Yardımcı T, Mert H. Turkish patients' decision-making process in seeking treatment for myocardial infarction. Jpn J Nurs Sci. 2014 Apr;11(2):102-11. doi: 10.1111/jjns.12011. Epub 2013 Mar 26.
 17. Sarı İ, Acar Z, Özer O, Erer B, Tekbaş E, Üçer E, Genç A, Davutoğlu V, Aksoy M. Factors associated with prolonged prehospital delay in patients with acute myocardial infarction. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2008; 36(3):156-162.
 18. Norgaz T, Hobikoğlu G, Aksu H, Esen A, Gül M, Özer H.O, Eksik A, Narin A. ST yükselmeli akut miyokard infarktüsünde hastane öncesi gecikme süresi ile klinik, demografik ve sosyoekonomik etkenlerin ilişkisi: Hasta eğitiminin önemi. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2005;33(7):392-397.
 19. Ertaş G, Kozan Ö, Değertekin M, Kervan Ü, Aksoy M, Koç O, Göktekin Ö. Türkiye "Stent for Life" projesinde son durum. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2012; 40:414-418.
 20. Aslan FE, Ağrı Doğası ve Kontrolü. Geliştirilmiş 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, Özyurt matbaacılık, Ankara, 2014.
 21. Özer ZC. ve Demir Ş. Akut Koroner Sendromlarda Hemşirelik Bakımı. Türk Kardiyol. Dern. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012; 3(3):19-32.