

Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Yakınlarının Hastane Öncesi Erken Dönemde Uyguladıkları Girişimler ve Hastaneye Ulaşma Süreleri*

Hospital arrival times and prehospital early interventions applied by accompanying relatives of patients with acute myocardial infarction

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2007;7(4):149-155

Yasemin TOKEM,¹ Çiçek FADİLOĞLU,¹ Filiz GÖKÇE²

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, İzmir

*22.Ulusal Kardiyoloji Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (24-28 Kasım 2006, Antalya).

ÖZET

Giriş Bu çalışmanın amacı, miyokard infarktüsü belirti ve bulgularının başladığı ve hastanın-yakınlarının bunu fark ettiği andan itibaren hasta ve yanındaki kişiler tarafından uygulanan girişimlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, İzmir'de merkezi bir devlet hastanesinin acil servisinde gerçekleştirildi. Eylül 2005 ile Mayıs 2006 tarihleri arasında belirtilen kuruma göğüs ağrısı ile başvuran ve kardiyoloji konsültasyonu sonucunda akut miyokard infarktüsü tanısı ile kardiyoloji kliniğine yatırılan hastaların yakınları araştırma evrenini; bu evrenden araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 150 hasta yakını ise araştırma örneklemini oluşturdu. Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve hasta yakınına ilişkin demografik özellikler, hastane öncesi hastanın yaşadığı semptomlar, semptomlara yönelik yapılan uygulamalar ve hastaneye ulaştığında yapılan girişimler olmak üzere üç bölümden oluşan "Girişim Listesi Formu" kullanıldı.

Bulgular: Miyokard infarktüsü geçiren hastaların hastaneye ulaşma süresi ortalama 29.04 (SD=32.31) dakikaydı. Şikayetlerin başladığı ilk anda hastaların yakınlarının %25.3'ü şikayetleri hafifletmek için rahat bir pozisyon verdiği (oturur veya yarı oturur pozisyon), %16.7'si hastaya ilacını verdiği, %13.3'ü acil yardım çağırdığını (1-1-2) belirtirken %30.7'si yaşadığı semptomlara ilişkin o anda hiçbir şey yapmadığını ifade etti. Hastaneye ulaşmada hastaların %41.3'ünün kendi özel arabalarını kullandığı, %26.7'sinin ambulansla geldiği belirlendi. Bu çalışmadan elde edilen veriler sonucunda, miyokard infarktüsü ile hastaneye başvuran hastaların acil yardım isteme oranları %35.3 olarak saptandı, hasta ve yakınlarının öncelikle semptomları kendi girişimleri ile hafifletmeye çalışmaları ve şikayetler ısrarcı bir şekilde devam ettiğinde acil yardım isteme eğiliminde oldukları belirlendi.

Sonuç Miyokard infarktüsünde altın saatleri etkin kullanabilmek ve sağ kalımı artırabilmek için bu konuda halkın bilgilendirilmesini sağlayacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Başvuru süresi; başvuru öncesi yapılan girişimler; miyokard infarktüsü.

SUMMARY

Objectives: The aim of this study is to examine the interventions applying by patients' family members or accompanying people with acute myocardial infarction (AMI) when sign and symptoms related to heart attack started or realized.

Materials and Methods: The study was carried out in an emergency department of a public hospital located in the city centre of Izmir between September 2005 and May 2006. Study population included members of family or accompanying friends of patients diagnosed as the result of cardiology consultation. The research sample consisted of 150 people who have matched the inclusion criteria. The study form composed of Intervention List included demographic characteristics of people, symptoms that patients complained of before arriving the hospital and interventions to cease the symptoms.

Results: The mean time of arrival to the hospital was 29±32.3 minutes. When sign and symptoms started, 25.3% of participants provide more comfortable position to the patient (such as sitting or semi-sitting position), 16.7% gave the drugs of the patient, 13.3% called emergency aid (1-1-2) and 30.7% did not make an attempt during the symptoms started. It was found out that 41.3% of patients arrived to the emergency room with their car and 26.7% with ambulance. The rates of alerting emergency medical system were 35.3%. Patients and their

İletişim (Correspondence)

Dr. Yasemin TOKEM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
35100 Bornova, İzmir, Turkey.

Tel: +90 - 232 - 388 11 03 / 173

Faks (Fax): +90 - 232 - 388 63 74

e-posta (e-mail): yasemin.tokem.batmaz@ege.edu.tr

relatives incline to relieve the complaints before they seek and urgent aid and calls emergency medical system if the symptoms persist.

Conclusion: Providing the patients to admit sooner to the emergency departments by organizing public training campaigns should enhance the survival rates in acute myocardial infarction.

Key words: Admitting time; interventions before admitting to the hospital; myocardial infarction.

Giriş

Koroner arter hastalıklarının sık ve en riskli komplikasyonu olan akut miyokard infarktüsü'ne (AMİ) ilişkin mortalitenin, günümüzde daha önceki yıllara göre azaldığı bazı kaynaklarda bildirilmesine karşın,^[1,2] hala toplumsal bir sorun olarak önemsenir düzeyde devam ettiği bilinmektedir. Mortalitenin azalmasına katkıda bulunan faktörler olarak, tüm dünyada ve ülkemizde hızlı bir şekilde teknolojik gelişmelerin sağlık alanında kullanımının artması (son teknoloji koroner yoğun bakım ünitelerinin kullanıma girmesi, trombolitik tedavilerin etkin olarak kullanılmaya başlaması, girişimsel kardiyolojinin gelişmesi gibi), hasta bireylerin tedavi olanaklarına ulaşabilirliğin artması-kolaylaşması ve sağlıklı yaşam davranışlarına olan ilginin güncel bir yaklaşım olması sıralanırken, diğer taraftan toplumun büyük bir kısmının sedanter yaşam tarzı sürmesi, sahip olunan risk faktörlerinin sayısı ve sıklığının artması morbiditenin hala yüksek oranlarda seyretmesine yol açmaktadır.^[1] Ülkemizde yürütülen 2003 yılındaki TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) takip çalışmasında yıllık mortalite binde 10.5 olarak saptanmıştır. Toplam koroner mortalite ise yılda %0.37 (erkeklerde %0.56; kadında %0.2), özellikle 45-74 yaş kesiminde 12 yıllık dönemde koroner mortalite oranı %0.42 bulunmuştur. Toplam yeni koroner olay sayıları erkek ve kadında sırasıyla yıllık %1.29 ve %0.85 olarak bildirilmiştir.^[3]

Hastaların ani kardiyak ölüm tehlikelerinden korunması ve düzeltilmesi, canlandırma işlemlerinin çabukluğuna, yani yapılan ilk yardımın etkinliğine bağlıdır. AMİ'li hastalar için üç tip gecikmenin en aza indirilmesi gerektiği bildirilmektedir. Bunlardan ilki, hasta ve yakınları tarafından yardım çağırılmasında gecikmenin en aza indirilmesidir. Yani miyokard infarktüsü bulgularının başlamasından telefonla ambulans istenmesine kadar geçen zamanın önemli ölçüde azaltılmasıdır. Hasta şoka girmeden veya infarktüs şüphesi olur olmaz acil sağlık bakımının hemen istenmesi, hastanın durumunun iyiye gitmesinde önemli bir etkidir. İkinci gecikme, ambulansı yönlendirecek olan görevlinin acil telefona cevabının gecikmesidir. Üçüncü azaltılması gereken gecikme, hastanın

hastaneye getirilmesindeki gecikmedir. Burada bütün amaç, hastanın en iyi tedavi edileceği yere en kısa sürede ulaştırılmasıdır.^[4]

Ancak yapılan çalışmalarda, hastaneye geç ulaşmanın acil müdahale ve tedavilerin etkin bir şekilde uygulanmasını engellediği ifade edilmektedir.^[5] Hastane öncesi gecikme süresi, semptom başlangıcı ile hastanın tıbbi yardım almaya karar vermesi arasında geçen süre, yolda geçen süre ve eğer başvuruldu ise, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda geçen sürenin birleşiminden oluşur. Bu birleşenler arasında en önemli payın hastanın tıbbi yardım istemesine karar vermesine kadar geçen süreye ait olduğu bildirilmiştir.^[6] Aslında bu süre hastaya uygun ilk yardımın uygulanması aşamasıdır. Hastanın miyokard infarktüsüne dair semptomların ortaya çıktığı dönemde, hasta bireyin yanında bulunan kişiler çoğunlukla tıbbi bilgiye profesyonel olarak sahip olmayan yani sağlık profesyoneli olmayan kişilerdir. Bu anlamda, miyokard infarktüslü hastalar için halktan kişilerin ilk yardım bilgisine sahip olmaları özellikle hayati önem taşımaktadır.

Birçok çalışmada, Mİ'li hastaya erken müdahalede bulunulmasının mortalitenin azaltılmasında ve hastanın kısa ve uzun dönem yaşam kalitesinin artırılmasında çok önemli rol oynadığı bildirilmekte ve bu nedenle Mİ semptomlarını yaşayan hastaların zaman kaybetmeden hızlı bir şekilde acil yardım almaları konusu üzerinde önemle durulmaktadır.^[5-12] Bu kapsamda öncelikle hastanın Mİ semptomlarının farkında olması-farkına varması ve tıbbi yardım aramayı-almayı istemesi ve bu süreyi uzatmaması gereklidir. Hirnoven ve ark.'nın (1998) çalışmasında, hastayla ilgili olarak ifade edilen bu gecikmelerin toplam gecikmelerin %60'dan fazlasını oluşturduğu bildirilmiştir.^[7] Yaşanan semptomların önemsenerek hastanın sağ ve hızlı bir şekilde acil yardım sistemine dahil olması, her zaman birincil amaçtır. Bu amaca ulaşabilmek için, ilk yardım girişimlerinin doğru, yerinde ve zamanında yapılması gereklidir. Yapılan literatür incelemesinde, ilk yardım girişimleri dikkate alındığında, ülkemizde bu durumla karşı karşıya kalan bireylerin nasıl davrandıkları, hangi girişimlerde buldukları gibi sonuçlar veren çalışmalara rastlanamamıştır. Buradan yola çıkılarak planlanan ve yürütülen bu çalışmanın amacı, miyokard infarktüsü belirti ve bulgularının başladığı ve hastanın-yakınlarının bunu fark ettiği andan itibaren uygulanan girişimlerin ve hastaneye geliş süreçlerinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, İzmir S.B. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde gerçekleştirilmiştir. Eylül 2005 ile Mayıs 2006 tarihleri arasında belirtilen kuruma göğüs ağrısı ile acil

servisin dahiliye bölümüne başvurup, gerekli EKG ve kan incelemeleri doğrultusunda kardiyoloji konsültasyonu istenen ve kardiyoloji hekimi tarafından akut miyokard infarktüsü tanısı koyularak kardiyoloji kliniğine yatırılıp yapılan tüm hastaların yakınları araştırma evrenini oluşturmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri: Hastanın semptomları başladığı anda onun yanında bulunan bir kişi olması, 18 yaş üzerinde olmak, anket sorularını eksiksiz cevaplayabilecek düzeyde iletişim becerisine sahip olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

Dışlanma kriterleri: Hastanın semptomlarına ilişkin bilgisi olmayan-bilgi veremeyen hasta yakını olması, semptomlar ve hastaneye başvuru hakkında yeterli bilgi verememe, iletişim probleminin olması (görsel, işitsel, psikolojik) ve çalışmaya katılmayı kabul etmemedir. Veri toplama tarihleri süresince acil servise göğüs ağrısı ile başvurup, gerekli prosedürlerden sonra kardiyoloji kliniğine yatırılıp yapılan yaklaşık 704 hasta kaydına ulaşılmış ve bu sayı içerisinde dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmacıların ulaşabildiği 150 hasta yakını araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve hasta yakınına ilişkin demografik özellikler, hastane öncesi hastanın yaşadığı semptomlar, semptomlara yönelik yapılan uygulamalar ve acil servise yatış sonrası hastanın durumu hakkında bilgi alma durumu olmak üzere üç bölümden oluşan "Girişim Listesi Formu" kullanılmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için belirtilen kurumdan yazılı izin, her bir hasta yakınından ise bilgilendirilmiş sözel onam alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi "SPSS for Windows 11.0" paket programında sayı, yüzde, aritmetik ortalama, median, t testi, tek yönlü varyans analizi kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel olarak fark saptanması durumlarında ise post-hoc analiz olarak Tukey HSD kullanılmış ve farklılığın olduğu grup saptanmıştır.^[13]

Bulgular

Çalışma kapsamında anket sorularına cevap veren hasta yakınlarının yaş ortalaması 40.46 ± 12.32 olup, bu bireylerin %48.7'si hastanın çocuğu, %26'sı eşiydi. Tablo 1'de gösterildiği gibi, bu grubun %53.3'ü kadın, %53.3'ü ilk-ortaokul mezunu, %56'sı büyük şehir ilçe sınırları içerisinde ikamet etmektedir.

Hastane öncesi uygulanan girişimler

Akut miyokard infarktüsüne ilişkin şikayetlerin başladığı ilk anda hasta yakınlarının ne tür girişimlerde bulunduğu sorul-

duğunda, %25.3 şikayetlerini hafifletmek için rahat bir pozisyon verme (oturur veya yarı oturur pozisyon), %16.7 hastaya ilacını verme, %13.3 acil yardım çağırma olarak sıralanırken, %30.7'sinin yaşadığı semptomlara ilişkin o anda hiçbir girişimde bulunmadığı saptanmıştır (Şekil 1).

Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarına acil girişim listesi gösterilerek tabloda belirtilen girişimlerden hangilerini yapıp yapmadıklarını işaretlemeleri istenmiştir. Buna göre hasta yakınlarının %78'inin hastayı rahatlatıp sakinleştirdiği, %74'ünün sık sık giysilerini gevşettiği, %62'sinin hastayı oturur-yarı oturur pozisyona getirdiği, %40'ının temiz, oksijenli hava sağladığı (kapıyı, pencereyi açarak), %30.7'sinin hastanın kullandığı ilaçları verdiği saptanmıştır. Acil yardım gelene kadar hastanın yanında kaldığını, yanından ayrılmadığını bildirenlerin oranı %94.7 iken, hastanın nabız ve solunum kontrolünü yaptığını belirtenlerin oranı %19.3'tür (Tablo 2).

Hastaneye ulaşma süresi

Hastaların ve yakınlarının Mİ semptomlarını fark etmeleri ile hastaneye ulaşmaları arasında geçen süre sorulduğunda ortalama 29.04 ± 32.31 dakika (Median: 20.00 dakika) olarak saptanmıştır. Başvurma sürelerine göre gruplandırıldığında; hastaların büyük çoğunluğunu oluşturan %94.7'sinin (n=142) 0-1 saat arasında, %4'ünün 1-2 saat içinde, %1.4'ünün ise 2-5 saat içinde hastaneye ulaştığı (acil servise) belirlenmiştir.

Bazı sosyo-demografik özellikler ile hastaneye başvuru zamanları arasındaki ilişki incelendiğinde; cinsiyeti kadın olan (27.20 dakika) ve büyükşehir sınırları içinde oturan hasta yakınlarının (18.86 dakika) diğerlerine göre daha kısa sürede hastaneye ulaştıkları; akraba veya arkadaşı ile birlikte gelen hastaların hastaneye ulaşma sürelerinin diğer hasta gruplarından (yakını eş, çocuk, anne, baba, kardeş olanlardan) daha geç olduğu (55.0 dakika) görülmüştür (Tablo 1).

Hastaneye ulaşma şekli

Hastaneye ulaşmada hastaların %48.3'ü kendi özel arabalarını, %26.7'si ambulansı, %23.3'ü taksiyi kullandıkları, %0.7'si ise yürüyerek acil servise geldiği saptanmıştır.

Tartışma

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların yakınlarının, AMİ gibi hayatı tehdit eden akut bir durumda yapılması gereken ilk yardım uygulamalarını büyük oranda yerine getiremedikleri, ambulans kullanım oranlarının düşük seviyelerde olduğu, buna karşın hastaneye başvurma zamanlarının kısa olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Çalışma kapsamındaki hasta yakınlarının bazı sosyo-demografik özellikleri ile hastaneye başvurma zamanları arasındaki ilişki.

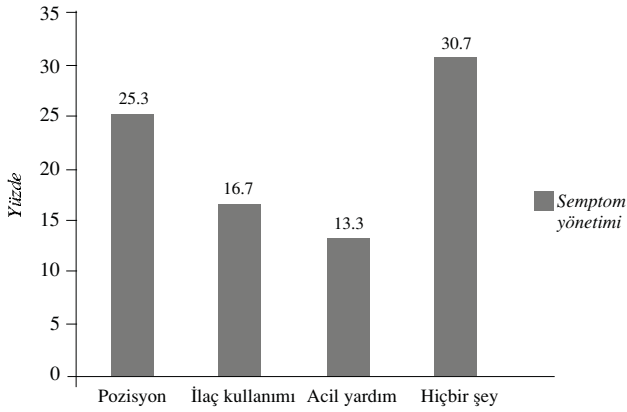
	Sayı	Yüzde	Ulaşma süresi (Ortalama / dk)	p
Çalışmaya katılanların yakınlık derecesi				p=0.019*
Hastanın eşi	39	26.0	24.23 (30.50)	
Hastanın çocuğu	73	48.7	25.83 (26.18)	
Anne-baba-kardeş	26	17.3	33.26 (22.75)	
Akraba veya arkadaş	12	8.0	55.00 (65.88)**	
Cinsiyet				p=0.000*
Kadın	80	53.3	27.20 (30.70)	
Erkek	70	46.7	31.14 (34.16)	
Eğitim				p=0.307
Okur yazar değil	11	7.3	24.54 (21.38)	
Okur yazar	9	6.0	38.38 (23.68)	
İlk-ortaokul mezunu	80	53.3	32.32 (35.03)	
Lise mezunu-Üniversite	50	33.3	23.00 (30.57)	
Sosyal güvence				p=0.324
Güvence yok	25	16.7	26.80 (24.10)	
ES-BK-SSK***	101	67.3	27.43 (36.19)	
Yeşilkart	24	16.0	38.12 (18.98)	
Gelir durumu				p=0.156
Gelir gider eşit	93	62.0	25.19 (21.06)	
Gelir fazla	11	7.3	30.90 (35.90)	
Gelir az	46	30.7	36.36 (46.67)	
İkamet edilen yer				p=0.000*
Büyükşehir sınırları içinde	84	56.0	18.86 (17.28)**	
İlçe	43	28.7	39.90 (48.30)	
Belde-Köy	20	13.3	44.75 (21.85)	
Komşu ilden sevkli	3	2.0	53.33 (40.41)	
Ulaşım Aracı				p=0.237
Özel araba	74	49.3	33.09 (39.19)	
Ambulans	40	26.7	30.00 (26.79)	
Taksi	35	23.3	16.62 (18.03)	
Toplam	150	100	29.04 (32.31)	

* p<0.05; ** Anlamlılığı yaratan gruptur (ileri analiz: Tukey HSD); *** ES: Emekli Sandığı; BK: Bağ-Kur; SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu.

Acil olaylar anında müdahale edilmesi gereken, önceden bilinmeyen olay ve durumlardır. Bu acil durumlarda hastalığı, sağlığı ve/veya hayatı, özellikle hasta-yaralının yanında bulunan kişilerin-yakınlarının anında müdahalesine ve uygun reaksiyon göstermesine, çabuk ve doğru karar verebilmesine ve acil yardım gelene-uygulanana kadar yapılacak uygun ilk yardıma bağlıdır. Bu çalışma sonucunda AMİ geçiren hastanın yakınlarının semptom başlangıcında ilk olarak yaptıkları girişimlerin (hastaya pozisyon verme, ilacını verme, acil yardım çağırma) oldukça düşük oranlarda (%25 ve/veya altında) olduğu saptanmıştır. Daha sonra acil girişim listesi gösterilerek bu girişimlerden hangilerini yapıp yapmadıkları sorulduğunda, belirtilen oranlardan daha yüksek yüzdeler saptanmıştır. Bu, acil bir durum karşısında bilinçli bir yaklaşım göster-

rilememenin ve girişimlerin uygun sırada yerine getirilememesinin bir göstergesi olarak düşünülmektedir. Literatürde bu konu ile ilgili çalışma sayısı kısıtlıdır ve bu çalışmalarda hastane öncesi hasta ve yakınlarının değil, sağlık profesyonellerinin uyguladığı girişimleri (hastane öncesi defibrilasyon uygulama, EKG çekimi, ambulans içinde müdahale gibi) inceleyen çalışmalardır.

Çalışmamızda, acil girişim listesinde uygulanan girişimler sorgulanırken hasta yakınları %35.3 oranında ambulans çağırıldıklarını bildirirlerken, acil servise ambulans ile gelme oranı %26.7 olarak saptanmıştır. Ancak ambulans çağırıldığını bildiren kişiler, ambulansın bekledikleri süre içinde gelmediği veya kendileri beklemeye dayanamadıkları için özel araçlarıyla acil servise ulaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle



Şekil 1. Şikayetler başladığı andan itibaren hasta yakınlarının yaklaşımları.

ambulans kullanımı acil girişim listesinde bildirilenden daha düşük olarak bulunmuştur. Eren ve ark.'nın çalışmasında göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastaların %53.37'sinin ambulans, %46.43'ünün ise yakınlarının araçları ile hastaneye başvurdukları saptanmıştır.^[12] Goof ve ark.'nın çalışmasında acil servise başvuran göğüs ağrılı hastaların %33'ünün ambulans hizmetlerini kullandıkları bildirilmiştir.^[14] Canto ve ark.'nın çalışmalarında ambulansı kullanan hastaların genellikle daha önceden bilinen bir kalp yetmezliği, stroke ve koroner kalp hastalığı öyküsü olduğu ve bu hastaların anlamlı bir oranla kendi imkanlarıyla hastaneye gelen diğer hastalardan daha çabuk hastaneye ulaştığı (semptomların şiddetlenmesine fırsat vermeden) saptanmışlardır.^[15] Yine Canto ve ark. ambulans kullanımının birçok nedenden dolayı avantajlı olduğunu ve mortaliteyi azaltmaya katkı sağlayabileceğini

bildirmektedir. Bu avantajlardan ilkinin, hastane dışı kardiyak arrest durumunda ileri kardiyak yaşam desteği personelinin hızlı bir şekilde müdahalede bulunması olduğu belirtilmiş, diğer nedenler olarak, ambulansların şüpheli Mİ olan hastaların tedavisinin yapılabilmesi için hastaları en iyi kalp merkezlerine naklini yapabileceği, hastane öncesi EKG çekilmesi yoluyla merkeze direkt bilgi verilerek acil servis personelinin durumun aciliyetini daha fazla algılaması ve büyük olasılıkla reperfüzyon tedavisinin daha hızlı başlatılabileceği olarak sıralanmıştır.^[15] Meischke ve ark. ambulans sistemini kullanmayan hastaların, ambulansı kullanmama nedenlerinin kendilerinin hastaneye daha hızlı ulaşabileceklerini düşünmeleri ve yaşadıkları semptomları hayatlarını tehdit eden semptomlar olarak görmeyip çok fazla ciddiye almamaları olarak bildirmektedir.^[16] Canto ve ark. kendi çalışma gruplarında kendi imkanları ile hastaneye ulaşan hastaların inkar, kontrol kaybı ve sıkılma (utanma) gibi çeşitli psikolojik faktörler nedeniyle ambulans kullanımından çekinmiş olabileceklerini ifade etmişlerdir.^[15]

Bu çalışma sonucunda elde edilen önemli bir diğer bulgu; katılımcıların ambulandan sonra en sık kullandıkları ulaşım aracının "taksi" olmasıdır. Çalışma kapsamındaki katılımcıların, hastaneye daha kısa sürede ve daha güvenli (stres ve panik nedeni ile güvenli araba kullanamama riskine karşın) bir şekilde ulaşmak adına "taksi" kullanımını tercih ettikleri saptanmıştır. Bu nedenle, çalışma koşullarının özelliklerinden dolayı taksi şoförlerinin de ilk yardım konusunda eğitim almaları ve bilgilendirilmelerinin büyük önem taşıdığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda miyokard infarktüsü semptomları ile acil servise başvuran hastaların ortalama geliş süreleri 29±32.3 da-

Tablo 2. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların yakınlarının evde uyguladıkları girişimlerin dağılımları.

Acil girişim listesi	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hastanın şikayetlerini ifade etmesi	137	91.3	13	8.7
Acil yardım istenmesi	53	35.3	97	64.7
Hastanın rahatlatılması-sakinleştirilmesi	117	78.0	33	22.0
Var ise, kullandığı ilaçların verilmesi	46	30.7	104	69.3
Rahat nefes almasının sağlanması				
Oturur-yarı oturur pozisyona getirme	93	62.0	57	38.0
Sıkan giysilerin gevşetilmesi	111	74.0	39	26.0
Var ise, etraftaki kalabalığın uzaklaştırılması	40	26.7	110	73.3
Temiz oksijenli hava sağlama	60	40.0	90	60.0
Sessiz, sakin ortam sağlama	51	34.0	99	66.0
Acil yardım gelene kadar hastanın yanında kalma/ yanından ayrılmama	142	94.7	8	5.3
Nabız ve solunum kontrolünün yapılması	29	19.3	121	80.7

kika olarak hesaplanmıştır. Bu süre acil yardım istemeye karar verme ile hastaneye ulaşma zamanı arasında geçen süreyi ifade etmektedir. Çalışmamıza katılan hasta yakınlarının bir çoğu şikayetlerin başlama zamanı hakkında kesin bir bilgi veremedikleri için acil yardım istemeye karar verme zamanları sorgulanmıştır. Çalışma kapsamındaki birçok kişinin büyükşehir il sınırları içinde ikamet etmesi ve çalışmanın yapıldığı hastanenin şehir merkezinde ve kolay ulaşılabilir bir konumda olması nedeniyle bu sürenin (29 dakika) literatürde bildirilen bazı çalışmalarda saptanan hastaneye ulaşma sürelerinden daha kısa olduğu görülmektedir. Hirvonen ve ark.'nın çalışmasında miyokard infarktüsü semptomlarının başlamasından acil yardım isteme arasında geçen zaman 60 dakika (SD=5-491) olarak saptanırken,^[7] Eren ve ark. çalışmasında hastaların %10.72'sinin göğüs ağrısını takiben ilk iki saatte hastaneye başvurduğu bildirilmiştir.^[12]

Yıldız ve Durukan'ın çalışmasında acil servise travma, medikal acil ve kardiyopulmoner arrest nedeni ile ambulansla getirilen hastaların ortalama geliş süresi 32.2±54.7 dakika olarak bildirilmiştir. Kendi içinde hesaplandığında kardiyopulmoner arrestle başvuranların ortalama geliş süresi 10.3±11, travmalı hastaların ise 43.2±58.9 olarak bildirilmiştir.^[17] AMİ geçiren hastaların yarıya yakınının reperfüzyon tedavisinin uygulanacağı hastaneye üç saatten daha geç sürede ulaştıkları bildirilmektedir.^[6] Bildirilen çalışma sonuçlarından da görüleceği üzere, AMİ gibi hayatı tehdit edebilen bir durumda hastaneye başvuru süresi büyük önem taşımaktadır.

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda oluşan miyokard hasarının azaltılması ve prognozun daha olumlu olması için gecikme zamanını azaltan girişimlerin uygulanması, en önemli hedef olmalıdır.^[6] 1980'li yıllarda Kanada ve İsveç'te yapılan ve göğüs ağrısı yakınmasında hastaneye erken başvurmalarının önemini anlatmayı hedefleyen kitlesel medya kampanyalarının değerlendirildiği çalışmalarda, bu girişimlerin kardiyak olaylarda gecikme süresini ciddi derecede azalttığı; buna karşın kalple ilgili olmayan nedenler için kardiyoloji acil servislerine başvuru oranını da önemli derecede artırdığı görülmüştür.^[18,19]

Halk eğitimi kampanyalarının özellikle semptomların önemi ve tıbbi yardıma başvurma gerekliliği konusunda bilinçli olmadığı için geciken hastalarda yarar sağladığı, ancak kişilik özellikleri ve davranış kalıplarına bağlı olarak sağlık konusunda ilgisiz olan hastalarda belirgin bir yararın gözlenmediği bildirilmiştir. Bu sorun ülkemiz açısından değerlendirildiğinde basın-yayın destekli bilinçlendirme kampanyalarının düzenlenmesinin yararlı olabileceği ifade edilmektedir.^[6]

Sınırlılıklar

Çalışmaya dahil olan kişinin, hastanın semptomları boyunca hastanın yanında bulunan kişi olması, semptom başlama zamanına ilişkin bir sınırlılık getirilmemesi, çalışmanın tek bir merkezle sınırlı olması ve acil servise yalnız başvuran hastaların çalışma kapsamına alınmaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Sonuç

Bu çalışmadan elde edilen veriler sonucunda, miyokard infarktüsü ile hastaneye başvuran hastaların acil yardım isteme oranları düşük olarak saptanmış olup (%35.3), öncelikle semptomları kendi girişimleri ile hafifletmeye çalışmaları ve şikayetler ısrarcı bir şekilde devam ettiğinde acil yardım isteme eğiliminde oldukları saptanmıştır.

Toplumu miyokard infarktüsü konusunda bilinçlendirilmeyi amaçlayan eğitim programları, halkımızın anjinal semptomları daha iyi ve erken dönemde tanıyıp, hastane öncesi acil sistemi devreye sokmalarını sağlayabilir. Anjinal semptomların erken dönemde saptanması miyokard infarktüsüne ait morbidite ve mortaliteyi azaltabilir.

Kaynaklar

- Öngen Z. Akut Miyokard infarktüsünde tıpsal tedavi: Güncel yaklaşım. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri Acil Hekimlik Sempozyumu, 16-17 Ekim 1997; İstanbul, p. 175-85.
- Deaton C, Namasivayam S. Nursing outcomes in coronary heart disease. *J Cardiovasc Nurs* 2004;19:308-15.
- Onat A, Yazıcı M, Sarı İ, Türkmen S, Uzunlar B, Uyarel H ve ark. TEKHARF 2003 yılı tarama takibi: Ölüm ve koroner olaylara ilişkin sonuçlar şehirlerde mortalitenin azaldığına işaret. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2003;31:762-69.
- Kulan K. Akut miyokard infarktüsü. Available at: www.saglikonline.net (Accessed at: January 23, 2007).
- Brophy JM, Diodati JG, Bogaty P, Thérioux P. The delay to thrombolysis: an analysis of hospital and patient characteristics. Quebec Acute Coronary Care Working Group. *CMAJ* 1998;158:475-80.
- Norgaz T, Hobikoğlu G, Aksu H, Esen A, Gül M, Özer HO ve ark. ST yükselmeli akut miyokard infarktüsünde hastane öncesi gecikme süresi ile klinik, demografik ve sosyoekonomik etkenlerin ilişkisi: Hasta eğitiminin önemi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2005;33:392-7.
- Hirvonen TP, Halinen MO, Kala RA, Olkinuora JT. Delays in thrombolytic therapy for acute myocardial infarction in Finland. Results of a national thrombolytic therapy delay study. Finnish Hospitals' Thrombolysis Survey Group. *Eur Heart J* 1998;19:885-92.
- Faxon D, Lenfant C. Timing is everything: motivating patients to call 9-1-1 at onset of acute myocardial infarction. *Circulation* 2001;104:1210-1.
- Horne R, James D, Petrie K, Weinman J, Vincent R. Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart* 2000;83:388-93.
- Wu Y, Zhang Y, Li YQ, Hong BL, Huang CX. Factors associated with the extent of care-seeking delay for patients with acute myocardial infarction in Beijing. *Chin Med J (Engl)* 2004;117:1772-7.
- Koç A. Trombolitik tedavi ve komplikasyonları. Available at: http://tip.erciyes.edu.tr. (Accessed at: November 16, 2006).
- Eren ŞH, Yılmaz K, Korkmaz İ ve ark. Acil serviste akut miyokard infarktüsü tanısı almış hastalarda trombolitik tedavi uygulanmasını etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 2006;11:163-5.

-
13. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları”. Ankara: Yükseköğretim Kurulu Matbaası; 1997.
 14. Goff DC Jr, Feldman HA, McGovern PG, Goldberg RJ, Simons-Morton DG, Cornell CE, et al. Prehospital delay in patients hospitalized with heart attack symptoms in the United States: the REACT trial. Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) Study Group. *Am Heart J* 1999;138(6 Pt 1):1046-57.
 15. Canto JG, Zalenski RJ, Ornato JP, Rogers WJ, Kiefe CI, Magid D, et al. Use of emergency medical services in acute myocardial infarction and subsequent quality of care: observations from the National Registry of Myocardial Infarction 2. *Circulation* 2002;106:3018-23.
 16. Meischke H, Ho MT, Eisenberg MS, Schaeffer SM, Larsen MP. Reasons patients with chest pain delay or do not call 911. *Ann Emerg Med* 1995;25:193-7.
 17. Yıldız M, Durukan P. Acil servise ambulansla transportu yapılan hastaların analizi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2004;4:144-8.
 18. Herlitz J, Hartford M, Blohm M, Karlson BW, Ekström L, Risenfors M, et al. Effect of a media campaign on delay times and ambulance use in suspected acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1989;64:90-3.
 19. Mitic WR, Perkins J. The effect of a media campaign on heart attack delay and decision times. *Can J Public Health* 1984;75:414-8.