



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AKUT KORONER SENDROM İLİŞKİLİ SEMPTOM
BELİRLEYİCİLERDE RİSK FAKTÖR FARKLILIKLARI:
PROSPEKTİF GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZİ HAZIRLAYAN
SİMGE SALLIOĞLU**

**Tez Danışmanı
DOÇ. DR. ARAZ ASKEROĞLU**

ÇANAKKALE-2025



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AKUT KORONER SENDROM İLİŞKİLİ SEMPTOM BELİRLEYİCİLERDE
RİSK FAKTÖR FARKLILIKLARI: PROSPEKTİF GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZİ HAZIRLAYAN
SİMGE SALLIOĞLU

Tez Danışmanı
DOÇ. DR. ARAZ ASKEROĞLU

ÇANAKKALE-2025



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Simge SALLIOĞLU tarafından Doç. Dr. Araz ASKEROĞLU yönetiminde hazırlanan ve **23/01/2025** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Akut Koroner Sendrom İlişkili Semptom Belirleyicilerde Risk Faktör Farklılıkları: Prospektif Gözlemsel Bir Çalışma**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Araz ASKEROĞLU

(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi. Büşra ŞAHİN

Doç. Dr. Sevda ATEŞ

İmza

.....

.....

.....

Tez No : 10703991

Tez Savunma Tarihi : 23/01/2025

Doç. Dr. Melis Ulu DOĞRU

Enstitü Müdürü

.././2025

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Simge SALLIOĞLU

23/01/2025

ÖZET

AKUT KORONER SENDROM İLİŞKİLİ SEMPTOM BELİRLEYİCİLERDE RİSK FAKTÖR FARKLILIKLARI: PROSPEKTİF GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMA

Simge SALLIOĞLU

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Doç. Dr. Araz ASKEROĞLU

23/01/2025, 86

Araştırma, metodolojik, prospektif-gözlemsel bir çalışma olarak Akut Koroner Sendrom (AKS) Belirti Envanterinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğin değerlendirilmesi ve AKS ilişkili semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıklarının belirlenmesi amacıyla yapıldı. AKS Belirtileri Envanterinin Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirildi. ÇOMÜ Hastanesi Kardiyoloji kliniği ve yoğun bakım ünitesinde AKS tanısı ile yatan 150 hastada gerçekleştirildi. AKS Belirtileri Envanteri (A) AKS Belirti Türü (20 madde), (B) AKS Belirti Yeri (14 madde), ve (C) AKS Belirti Niteliği (14 madde) bölümlerinden oluşmaktadır. AKS belirti envanterinin dil ve kapsam geçerliliği, test-tekrar test güvenilirliği ve görünüş geçerliliği gerçekleştirildi. Envanteri madde KGİ $\geq 0,78$ ve Envanterin genel KGİ ortalaması 0,98 hesaplandı. "Belirti Türü" ICC değeri 0,802, "Belirti Yeri" Kappa değeri 0,83-0,96 ve "Belirti Niteliği" Kappa değeri "Donuk"=0,514 ve "Kramp"=0,403 maddeleri hariç 0,82-0,89 arasında hesaplandı. Sonuçlar doğrultusunda AKS Belirtileri Envanterinin Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri açısından tatmin edici bulundu ve AKS hastalarında kullanılabilir. AKS ilişkili semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıklarının belirlenmesi süreci ÇOMÜ Hastanesi Acil servisinde AKS şüphesi ile yatırılan 120 hasta üzerinde gerçekleştirildi. AKS şüphesi ile gözlem altına alınan hastaların %23,3'ünde AKS tanısı konuldu. Göğüste yanma hissi (OR=,138 p= ,014, CI=,028- ,668) ile yaş, sersemlik (OR=,239 p= ,016, CI=,075- ,767) ve güçsüzlük (OR= 4,879, p= ,015, CI=1,364- 17,454) ile cinsiyet, sersemlik (OR=5,360, p= ,018, CI=1,333- 2,559) ve bayılma (OR= 9,266, p= ,002, CI=5,671- 8,274) ile BKİ, bayılma (OR= ,059, p= ,038, CI=,004- ,852) ve uyuşukluk/ellerde karıncalanma (OR= 4,518, p= ,024, CI=1,216- 6,783) ile DM, göğüste yanma hissi (OR= 2,760, p= ,038, CI=1,058- 7,203) ve sıcaklık hissi/kızarma (OR= 3,886,

p= ,042, CI=1,053- 14,344) ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<,05). Çalışmada, bu semptom belirleyicilerin 65 yaş üstü, erkek, BKİ \geq 30 ve sigara içenlerde AKS öncüsü olarak saptandı.

Anahtar Kelimeler: Akut Koroner Sendrom, Semptom Belirleyiciler, Geçerlilik, Güvenirlik, Risk Faktör



ABSTRACT
RISK FACTOR DIFFERENCES IN SYMPTOM PREDICTORS ASSOCIATED
WITH ACUTE CORONARY SYNDROME: A PROSPECTIVE OBSERVATIONAL
STUDY

Simge SALLIOĞLU

Canakkale Onsekiz Mart University

Institute of Postgraduate Education

Department of Nursing Master Thesis

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Araz ASKEROĞLU

01/23/2025, 86

The study was conducted as a methodological, prospective-observational research to assess the Turkish validity and reliability of the Acute Coronary Syndrome (ACS) Symptom Inventory and to identify risk factor differences in symptom predictors associated with ACS. The validity and reliability evaluation of the Turkish version of the AKS Symptom Inventory was carried out in 150 patients diagnosed with ACS who were hospitalized in the Cardiology Clinic and Intensive Care Unit of ÇOMÜ Hospital. The AKS Symptom Inventory consists of three sections: (A) ACS Symptom Type (20 items), (B) Symptom Location (14 items), and (C) Symptom Characteristics (14 items). The linguistic and content validity, test-retest reliability, and face validity of the inventory were assessed. The item-level content validity index (CVI) was calculated as ≥ 0.78 , and the overall CVI of the inventory was 0.98. The Intraclass Correlation Coefficient (ICC) for the "Symptom Type" section was 0.802, while the Kappa values for "Symptom Location" ranged between 0.83 and 0.96 and for the "Symptom Characteristics" section, the Kappa values, excluding the items "Dull" (0.514) and "Cramp" (0.403), ranged from 0.82 to 0.89. Based on these results, the psychometric properties of the Turkish version of the ACS Symptom Inventory were found to be satisfactory, making it applicable for use in ACS patients. The process of identifying risk factor differences in ACS associated symptom determinants was conducted with 120 patients admitted to the Emergency Department of ÇOMÜ Hospital with suspected ACS. Among these patients, 23.3% were diagnosed with ACS. In patients aged ≥ 65 burning sensation in the chest (OR=0.138, $p=0.014$, CI=0.028-0.668), in men dizziness (OR=0.239, $p=0.016$, CI=0.075-0.767) and weakness (OR=4.879, $p=0.015$, CI=1.364-17.454), in patients with BMI ≥ 30 dizziness (OR=5.360, $p=0.018$, CI=1.333-2.559) and

fainting (OR=9.266, p=0.002, CI=5.671-8.274), in patients with DM fainting (OR=0.059, p=0.038, CI=0.004–0.852) and numbness/tingling in the hands (OR=4.518, p=0.024, CI=1.216-6.783) and in smokers burning sensation in the chest (OR=2.760, p=0.038, CI=1.058-7.203) and feelings of warmth/flushing (OR=3.886, p=0.042, CI=1.053-14.344) were significantly associated with the diagnosis of ACS (p<,05). These symptom predictors were identified as predictors of ACS in patients aged over 65, males, those with a BMI \geq 30, and smokers.

Keywords: Acute Coronary Syndrome, Symptom Predictors, Validity, Reliability, Risk Factors



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
BİRİNCİ BÖLÜM	
1	
İKİNCİ BÖLÜM	
6	
KURAMSAL ÇERÇEVE/GENEL BİLGİLER	
2.1. Akut Koroner Sendrom.....	6
2.2. Akut Koroner Sendrom Tanımı	6
2.3. Akut Koroner Sendrom Epidemiyolojisi.....	6
2.4. Akut Koroner Sendrom İnsidansı.....	7
2.5. Akut Koroner Sendrom Gelişimindeki Risk Faktörler.....	7
2.5.1. Yaş	7
2.5.2. Cinsiyet.....	8
2.5.3. Hipertansiyon	9
2.5.4. Diyabet	9
2.5.5. Dislipidemi	10
2.5.6. Sigara	10
2.5.7. Obezite, Sedanter Yaşam ve Diğer Risk Faktörler	10
2.6. Akut Koroner Sendrom Türleri.....	11
2.6.1. Anstabil Anjina Pektoris	11
2.6.2. ST Elevasyonu Olan Miyokard Enfarktüsü (STEMI).....	12
2.6.3. ST Elevasyonu Olmayan Miyokard Enfarktüsü (NSTEMI).....	12
2.7. Akut Koroner Sendrom Tanısı.....	12
2.7.1. Anamnez ve Fizik Muayene.....	12

2.7.2.	Elektrokardiyogram	13
2.7.3.	Biyobelirteçler	14
2.7.4.	Görüntüleme Yöntemleri	14
2.8.	Akut Koroner Sendrom Prognozu.....	15
2.9.	Akut Koroner Sendrom Tedavisi ve Hasta İzlemi	16
2.10.	Akut Koroner Sendromda Semptom Belirleyicilerin Önemi.....	17
2.11.	Akut Koroner Sendromda Risk Faktörlerin Önemi	18
2.12.	Akut Koroner Sendromda Semptom Belirleyiciler ile Risk Faktörler Arasında ilişki	19
2.13.	Akut Koroner Sendrom Tanısında ve Hasta İzleminde Hemşirenin Rolü.....	21

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL YÖNTEM

3.1.	Araştırmanın Türü	22
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	22
3.4.	Araştırmanın Sorusu ve Hipotezleri	23
3.5.	Araştırmanın Değişkenleri	24
3.5.1.	Bağımlı Değişkenler	24
3.5.2.	Bağımsız Değişkenler	24
3.6.	Veri Toplama Formları	24
3.6.1.	Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu	25
3.6.2.	Akut Koroner Sendrom Belirti Envanteri	25
3.7.	AKS Belirti Envanterinin Dil ve Kapsam Geçerliliği	26
3.8.	Kapsam Geçerliliği	27
3.9.	Test-Tekrar Test Güvenilirliği	29
3.10.	Görünüş Geçerliliği	29
3.11.	Veri Toplama Süreci	29
3.12.	Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.13.	Araştırmanın Etik Yönü	30
3.14.	Verilerin Değerlendirilmesi	31

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1.	Akut Koroner Sendrom Tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
4.2.	Akut Koroner Sendrom Belirti Envanteri Belirti Türü Alt Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenliğine İlişkin Bulgular	33
4.3.	Akut Koroner Sendrom Belirti Envanter Belirti Yeri ve Belirti Niteliği Alt Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenliğine İlişkin Bulgular	34
4.4.	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtilerin Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular.....	36
4.5.	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Ağrının Yerine İlişkin Bulgular.....	37
4.6.	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Ağrının Niteliğine İlişkin Bulgular.	38
4.7.	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Yaş Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	38
4.8.	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Cinsiyet Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	40
4.9.	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Beden Kitle İndeksi Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	42
4.10.	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Diyabetes Mellitus/ Hipertansiyon, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı ve Hiperlipidemi Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	44
4.11.	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Sigara İçme Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	46
4.12.	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile COVID-19 Geçirme Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	48
4.13.	Acil Servise Başvuran Akut Koroner Sendrom Şüphesi Olan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	50
4.14.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Şüphesi ile Gözlem Altında Olan Hastalarda Bazı Değişken Farklılıklarına İlişkin Bulgular	51
4.15.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Şüphesiyle Gözlem Altında Olan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtileri Farklılıklarına İlişkin Bulgular.....	52
4.16.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Yaş Arası Farkına İlişkin Bulgular.....	54
4.17.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Cinsiyet Arası Farkına İlişkin Bulgular..	55

4.18.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Beden Kitle İndeksi Arası Farkına İlişkin Bulgular.....	56
4.19.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Diyabetes Mellitus Arası Farkına İlişkin Bulgular	58
4.20.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Hipertansiyon Arası Farkına İlişkin Bulgular	59
4.21.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Hiperlipidemi Arası Farkına İlişkin Bulgular	60
4.22.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Sigara İçme Durumu Farkına İlişkin Bulgular	61
4.23.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile COVID-19 Geçirme Durumu Farkına İlişkin Bulgular	62

BEŞİNCİ BÖLÜM TARTIŞMA

5.1.	Akut Koroner Sendrom Tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastaların Tanımlayıcı Özellikler ve Risk Faktörlerin Tartışılması	65
5.2.	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Semptomlar ile Risk Faktörler Arasındaki Farka İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.3.	Acil Servise Başvuran Akut Koroner Sendrom Şüphesi Olan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	71
5.4.	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Şüphesi ile Gözlem Altında Olan Hastalarda Semptomlar ile Risk Faktörler Arasındaki Farka İlişkin Bulguların Tartışılması	72

ALTINCI BÖLÜM SONUÇ ve ÖNERİLER

KAYNAKÇA	77
EKLER	I
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM METNİ	I
EK 2. DEMOGRAFİK BİLGİLER.....	II
EK.3. AKUT KORONER SENDROM BELİRTİ ENVANTERİ- TÜRKÇE.....	III

EK.4.AKUT KORONER SENDROM BELİRTİ ENVANTERİ (SAKSI) ORJİNAL GELİŞTİRİCİNİN İZİNİYLE.....	V
EK.5. ETİK KURUL İZİNİ.....	VI
EK.6. KURUM İZİNİ	VII
ÖZGEÇMİŞ	VIII



SİMGELER VE KISALTMALAR

AKS	Akut Koroner Sendrom
AMI	Akut Miyokard Enfarktüsü
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DM	Diabetes Mellitus
EKG	Elektrokardiyografi
ICC	Sınıf İçi Korelasyon Katsayı (Intraclass Correlation Coefficient)
HT	Hipertansiyon
HL	Hiperlipidemi
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KKH	Korone Kalp Hastalığı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KGİ	Kapsam Geçerlilik İndeksin
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
STEMI	ST Elevasyonu Olan Miyokard Enfarktüsü
SD	Standard Sapma
NSTEMI	ST Elevasyonu Olmayan Miyokard Enfarktüsü
USAP	Anstabil Anjina
%	Yüzde oranı
Ort.	Ortalama
p	Anlamlılık

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Uzman Değerlendirmesi Doğrultusunda Akut Koroner Sendrom Belirti Envanterin Kapsam Geçerliliği Değerleri	27
Tablo 2	Akut Koroner Sendrom Tanısı İle Kardiyoloji Kliniği/ Koroner Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
Tablo 3	Akut Koroner Sendrom Belirti Envanter Belirti Türü Alt Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	33
Tablo 4	Akut Koroner Sendrom Belirti Envanter Belirti Yeri ve Belirti Niteliği Alt Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	34
Tablo 5	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtilerin Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular	35
Tablo 6	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Ağrının Yerine İlişkin Bulgular	36
Tablo 7	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Ağrının Niteliğine İlişkin Bulgular	36
Tablo 8	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Yaş Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	37
Tablo 9	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Cinsiyet Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	38
Tablo 10	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Beden Kitle İndeksi Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	40
Tablo 11	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Diyabetes Mellitus/ Hipertansiyon, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı ve Hiperlipidemi Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	41
Tablo 12	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Sigara İçme Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	43
Tablo 13	Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastalarda Belirtiler ile COVID-19 Geçirme Arasındaki Farka İlişkin Bulgular	44
Tablo 14	Acil Servise Başvuran Akut Koroner Sendrom Şüphesi Olan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	46

Tablo 15	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Şüphesi ile Gözlem Altında Olan Hastalarda Bazı Değişken Farklılıklarına İlişkin Bulgular	47
Tablo 16	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Şüphesi ile Gözlem Altında Olan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtileri Farklılıklarına İlişkin Bulgular	48
Tablo 17	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Yaş Arası Farkına İlişkin Bulgular	49
Tablo 18	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Cinsiyet Arası Farkına İlişkin Bulgular	50
Tablo 19	Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Beden Kitle İndeksi Arası Farkına İlişkin Bulgular	51
Tablo 20	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Diyabetes Mellitus Arası Farkına İlişkin Bulgular	52
Tablo 21	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Hipertansiyon Arası Farkına İlişkin Bulgular	53
Tablo 22	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Hiperlipidemi Arası Farkına İlişkin Bulgular	53
Tablo 23	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile Sigara İçme Durumu Farkına İlişkin Bulgular	54
Tablo 24	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda Akut Koroner Sendrom Belirtiler ile COVID-19 Geçirme Durumu Farkına İlişkin Bulgular	55

ŒEKİLLER DİZİNİ

Œekil No Œekil Adı
Œekil 1 AraŒtırma AkıŒ Œeması

Sayfa No
23



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

Koroner Arter Hastalığı (KAH) koroner arterleri etkileyen tüm patolojik durumlar için ifade edilen bir terim olmakla birlikte bu hastalara Akut Koroner Sendrom (AKS) tanısı konulmaktadır. Her yıl, ABD'de hastaneye kaldırılan 1 milyondan fazla hasta da dahil olmak üzere, dünyada tahminen 7 milyondan fazla kişiye AKS teşhisi konulmaktadır (Bhatt vd., 2022). Türkiye'de AKS insidans ve prevalansı 45-54 yaş grubunda %6 iken, 55-64 yaş grubunda %17 dolayında, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde %28 düzeyinde seyrettiği bildirilmiştir. Avrupa ülkeleri ile ülkemizin kıyaslandığı bir çalışmada Türkiye daha yüksek oranlarda genç miyokard enfarktüsü (MI) olguları rapor edilmiştir (Tokgozoglul vd., 2010; Kozan vd., 2017). AKS hastalarda, bir koroner arterde aterosklerotik plak rüptürü sonucunda koroner içi trombozla kan akımındaki ani bozulmanın neden olduğu ve beslediği miyokard bölgesinde oluşan iskemiyeye bağlı gelişen klinik durum gelişmektedir (Calp, 2022). İskemik klinik bulgular, laboratuvar bulguları ve iskemik elektrokardiyogram (EKG) değişiklikleri tespit edilerek hastalara tanı konulmaktadır (Reed vd., 2017).

AKS geniş bir klinik spektruma sahip olmakla birlikte, ST elevasyonu olmayan miyokard enfarktüsü (NSTEMI), ST elevasyonu olan miyokard enfarktüsü (STEMI) ve anstabil anjina (USAP) geleneksel AKS türleridir. Yaşlılara göre gençlerde ve kadınlara kıyasla erkeklerde STEMI'nin daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Birnbaum vd., 2014; Ibanez vd., 2017).

Göğüs ağrısı, acil servis başvurularının en yaygın nedenlerinden biridir ve AKS'de birincil belirtidir. Amerika Kalp Vakfı (AHA) güncel kılavuzunda belirtilen anjina pektoris, yoğunluğu giderek artan şekilde ortaya çıkan (birkaç dakika içinde), genellikle stresle tetiklenen veya istirahatte ortaya çıkan, sol kol, boyun, çeneye yayılan ve dispne, bulantı, baş dönmesi belirtilerin eşlik ettiği retrosternal göğüs ağrısı olarak tanımlanır (Gulati vd., 2021). Tipik olarak iskemik vasıflı ağrıdan bahsedildiğinde, sternum arkasında, sol kol, boyun, çene veya sağ omuza yayılabilen, aralıklı olarak genellikle birkaç dakika süren, kalıcı ve özellikle lokalize olmayıp yaygın olarak hissedilen, eforla tetiklenen ve buna anksiyete, dispne ve boğulma hissi eşlik eden, baskı tarzında bir ağrıdan söz edilir. Diyforez, bulantı, özellikle epigastrik bölgede karın ağrısı ve senkop gibi başka belirtiler de anjinaya eşlik edebilmektedir (Smith ve Mahler., 2022). Elektrokardiyogram tanı odaklı hikâye ve fizik muayene ile birlikte, göğüs ağrısı gibi AKS ile uyumlu semptomları olan hastaların

ilk değerlendirmesinde ve triyajında EKG'nin çok önemli bir rolü vardır. Kardiyak tropo- ninler AKS Şüphesi olan hastalarda klinik değerlendirme ve EKG' dan sonra triyaj, risk sınıflandırması ve tanıyı belirlemede önemlidir. AMI teŐhisinde biyokimyasal altın stan- dardı temsil etmektedirler. Tanıda tek başına klinik değerlendirme ve EKG yetersiz kalabi- lir. Bu nedenle, kardiyomiyosit hasarını gösteren ve tercihen kardiyak troponin (cTn) I veya T gibi biyobelirteçlerin lm, AKS Şüphesi olan tüm hastalarda zorunludur (Muel- ler, 2014). Troponin semptom başlangıcından sonra hızla yükselir (yüksek hassasiyetli testler kullanılıyorsa genellikle semptom başlangıcından itibaren 1 saat içinde) ve genellik- le birkaç gün boyunca yüksek kalır (Majdouline vd., 2014; Kim ve Hashim, 2016; Tucker vd., 1997).

Hastalara hızlı tanı konulması, spesifik tedaviye ivedilikle başlanması ve erken d- nemde risk sınıflandırmasının yapılması, sonraki dönemde görülebilen çeşitli komplikas- yonların öngörülmesi ve önlenmesi açısından önem teŐkil etmektedir (Zgre-Hemsey vd., 2018). Koroner kalp hastalığının (KKH) yaşam boyu riski, başlangıçta KKH olmayan 40 ile 94 yaŐları arasında 7733 katılımcı ile yapılan bir çalışmada kırk yaşındaki kişiler için, erkeklerde %49 ve kadınlarda %32 olarak saptanmıştır. YetmiŐ yaŐında KKH olmayan kişilerde bile önemsiz olmayan düzeyde yaşam boyu KKH geliŐtirme riski saptanmıştır (erkeklerde ve kadınlarda sırası ile %35 ve %24) (Lloyd-Jones vd., 1999). Yapılan bir a- lıŐmada istirahat halindeki göğüs ağrısı AKS'nin en sık görülen semptomudur ve AKS ile başvuran erkeklerin yaklaşık %79'unu ve kadınlardan %74'n etkilediği, ancak erkeklerin yaklaşık %40'ı ve kadınlardan %48'i nefes darlığı gibi spesifik olmayan semptomlarla baş- vurdukları belirlenmiştir (Bhatt vd., 2022). Başka bir çalışmada AKS tanısı alan hastaların hastaneye ortalama başvuru yaşının 68 olduğu ve erkeklerin kadınlara oranla yüksek oldu- ğu bildirilmiştir (Gupta vd., 2014).

KAH nlenebilir olması ve modifiye edilebilir risk faktörlerinin mevcudiyetiyle er- ken tanı ve tedavi stratejilerinin güncellenmesi önem arz etmektedir. Yaş, cinsiyet, aile öyküsü, genetik yatkınlık deęiŐtirilemeyen risk faktörler, sigara, aterosjenik diyet, alkol alımı, fiziksel inaktivite, dislipidemiler, hipertansiyon, obezite, diyabet, metabolik send- romdur değiştirilebilir risk faktörlerdir. Güncel risk faktörler ise; C-reaktif proteinde (CRP) yükseklik, fibrinojen, koroner arterlerde kalsifikasyon, homosistein, lipoprotein(a) ve LHL kolesterol yüksek düzeyleridir (Kopin ve Lowenstein, 2017). alıŐmalara göre, kardiyovasküler mortalitenin yarısından fazlasından modifiye edilebilir hiperkolesterolemi, diya- bet, hipertansiyon, obezite ve sigaranın sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (Patel vd.,

2015). Diğer risk faktörler ise; romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus ve psöriazis gibi otoimmün kronik enflamatuvar hastalıklar, kronik böbrek hastalığı, geçirilmiş AKS veya revaskülarizasyon, periferik arter hastalığı varlığı, geçirilmiş serebrovasküler hastalık öyküsü, kontraseptif ilaç kullanımı, aile öyküsü ve genetik aile öyküsü (en az bir ebeveyninde erken KVVH olanlar- babada başlangıç 55 yaş altı anne 65 yaş altı) olduğu bildirilmiştir.

KAH, dünya çapında hem erkeklerde hem de kadınlarda ayrıca yaşlılarda önde gelen morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir (Pelter ve ark., 2012). AKS'ler, ABD'de erkek ve kadınların en yaygın hastaneye yatış nedenleridir (Beyranvand ve Asadpour, 2007; Biranvand vd., 2008; McCaig ve Nawar, 2006). Yaşlı hastalarda AKS tanısı zordur ve mortalite oranı genç hastalara göre yaklaşık üç kat daha fazladır (Asgarpour vd., 2015).

Ülkemizde, AKS'da kadın erkek oranı konusunda kesin bir bilgi olmamakla birlikte, KAH nedeniyle yıllık ölüm oranları erkeklerde % 0,6 kadınlarda % 0,2 olarak saptanmıştır (Onat vd., 2003). Göğüs ağrısı dışında diğer şikayetlerle acil servise başvuru nedeniyle akut miyokart enfarktüsü (AMI) hastalarının üçte birinin acil servis ekibi tarafından anlaşılamadığını ileri süren çalışmalar vardır (Medina-Leyte vd., 2021; Meneses vd.,2019). Çok merkezli yapılan bir çalışmada acil servise keskin veya bıçak saplanır tarzda göğüs ağrısı nedeniyle başvuran hastaların %22'si, bazı plöritik özellikler taşıyan göğüs ağrısı nedeniyle başvuranların %13'ü akut miyokard iskemisi tanısı almıştır (Shunmoogam vd., 2018).

AKS hastaların acil servislerde tanınması ve erken tedavinin başlanması hayati önem arz eder. Acil serviste, hastaların demografik ve anamnez özellikleri, klinik bulguları, EKG verileri ve belirteçlerin belirlenmesi risk düzeyi belirlemesinin temelini oluşturur. Semptomlar genellikle AKS'nin ilk klinik özelliğidir (Pelter ve ark., 2012). AKS semptomlarının doğru bir şekilde belirlenmesi, tedavi süresini kısaltabilir ve zamanında tanı konulmasını hızlandırabilir (Hwang vd., 2009; Nawar vd., 2006; Thygesen vd., 2012). Acil servise gelen hastalarda AKS semptomların tanımlanması, semptomların cinsiyet ve yaş ile farklılıkların belirlenmesi ve semptom belirleyiciler ile risk faktörlerin ilişkilerinin anlaşılması hasta yönetiminde önemlidir (DeVon ve Zerwic, 2002; Patel vd., 2004; Asgarpour vd., 2015; Asgarpour vd., 2016). AKS semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıklarına ilişkin çalışmalar sınırlıdır (Asgarpour vd., 2015; Asgarpour vd., 2016; Milner vd., 2001; Mujtaba vd., 2012).

Acil servise gelen hastalarda AKS semptomların tanımlanması ve risk faktörlerle ilişkilerinin anlaşılması hasta yönetiminde önemlidir (Asgarpour vd., 2015; Asgarpour vd., 2016).

AKS semptomlarının teşhisi erkeklerde ve kadınlarda önemlidir. AKS semptomlarının tespit edilememesi tedavide gecikme ile birlikte infarkt bölgesinin genişlemesi ve prognozun kötüleşmesine neden olur (Brieger vd., 2004). Ayrıca AKS yaşlılarda önemli bir ölüm nedenidir (Dessotte vd., 2011; McCaig ve Nawar, 2006; Thygesen vd., 2012). Bildirilen tüm ölümlerin yüzde altmışı yaşlı hastalarda akut miyokard enfarktüsüne bağlıdır ve ölüm oranı genç hastalara kıyasla yaklaşık üç kat daha fazladır (Beyranvand ve Asadpour, 2006). AKS semptomlarını ve erken semptomlarla ilgili faktörlerin belirlenmesi erken tanı ve uygun tıbbi tedavi planı için önemlidir (Nobahar ve Vafae, 2005).

Asgarpour ve ark. (2016) AKS semptom belirleyicilerinde cinsiyet farklılıkları adlı çalışmalarında acil servise başvuran erkeklerde kadınlara göre göğüs ağrısı, dispne ve terleme daha fazla akut sendromla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Baş dönmesi ve bayılma kadınlarda erkeklere göre daha fazla AKS ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca göğüs ağrısı, dispne ve terleme gibi semptomların sayısı erkeklerde kadınlara göre daha fazla AKS için belirleyici olduğu saptanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda acil servis ekibinin göğüs ağrısı, dispne ve terleme semptomları gösteren erkekleri AKS açısından daha fazla dikkate almaları gerektiğini vurgulamışlardır (Asgarpour vd., 2016).

Asgarpour ve ark. (2015) yaşlı ve genç AKS hastalarda risk faktörlere göre semptomların belirlenmesi çalışmalarında genç ve yaşlı hastalar arasında göğüs ağrısı, dispne, çene/boyun ağrısı ve kol ağrısı belirtileri arasında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Hipertansiyon, obezite ve sigara içme öyküsü olan yaşlı hastaların genç hastalara göre daha az göğüs ağrısı, dispne, çene/boyun ağrısı ve kol ağrısı belirtilerin yaşadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre acil servis ekibinin AKS'a ilişkin belirtilerin yaş ve risk faktörlerle ilişkisinin bilinmesi erken tedavi ve hasta sonuçlarını etkileyeceği sonucuna varılmıştır (Asgarpour vd., 2015).

Canto ve ark. (2000) çalışmasında MI geçiren hastalarda hiperkolestrolemine göğüs ağrısı ile ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarında yaşa göre fizyolojik ve patofizyolojik değişikliklere bağlı, yaşlı erkeklerin kronik durumlar ve risk faktörlerden daha fazla etkilendiği bildirilmiştir.

Noureddin ve ark. (2008) çalışmasında hem erkek hem kadınlarda AKS'nin en yaygın belirtisi göğüs ağrısı olduğu bildirilmiştir. Ayrıca erkeklerin kadınlara göre daha fazla göğüs ağrısı yaşadıklarını bildirilmişlerdir.

Patel (2004) çalışmasında AKS kadınlarda erkeklere göre daha fazla dispne belirtisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca göğüs ağrısı, terleme, çene ağrısı kadınlarda erkeklere göre daha fazla AKS ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda göğüs ağrısının yaşlı hastalarda daha az olduğu, ancak baş dönmesi, bayılma, hazımsızlık ve güçsüzlük hissi daha yaygın olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada AKS Belirtileri Envanterin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliğin Değerlendirmesi ve AKS ilişkili semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıkların belirlenmesi, amaçlanmıştır.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE/GENEL BİLGİLER

2.1. Akut Koroner Sendrom

Akut koroner sendrom (AKS), akut miyokard iskemisi ile sonuçlanan klinik hastalıklar kümesini tanımlamaktadır. AKS, STEMI, Non-STEMİ ve unstabil angina pectoris (USAP) gibi tipleri ile ölüme kadar çeşitli klinik sunumları içermektedir. AMI daha ön planda olmak üzere, AKS gelişmiş ülkelerde mortalitenin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır (Aktemur,2022). Koroner arter hastalıklarının en acil ve en kritik olarak müdahale edilmesi gereken durumu AKS'dir (Alpaslan, 2024).

2.2. Akut Koroner Sendrom Tanımı

AKS miyokardın kan akımının bozulması sonucu oluşan akut göğüs ağrısı veya miyokardiyal iskeminin diğer semptomları ve miyokard iskemisine bağlı çoğunlukla elektrokardiyografik değişikliklerin de eşlik ettiği klinik tabloları ifade etmektedir (Aladağ vd., 2019). AKS unstabil anjina pectoris (USAP), ST segment elevasyonlu (STEMI) miyokard enfarktüsü ve ST segment elevasyonsuz miyokard enfarktüsü (NSTEMI) olmak üzere üç farklı şekilde sınıflandırılmaktadır (Bulantekin Düzalan ve Kaya Camcı, 2024).

2.3. Akut Koroner Sendrom Epidemiyolojisi

Dünyanın en büyük katili, dünyadaki toplam ölümlerin %16'sından sorumlu olan iskemik kalp hastalığıdır (WHO, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verilerine göre ülkemizde ölümler nedenlerine göre incelendiğinde, 2022 yılında %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer aldı. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümler alt ölüm nedenlerine göre incelendiğinde, ölenlerin %42,3'ünün iskemik kalp hastalıklarından, %23,5'inin diğer kalp hastalıklarından, %19,2'sinin serebro-vasküler hastalıklardan öldüğü görüldü (Damlı vd., 2023).

2.4. Akut Koroner Sendrom İnsidansı

AKS'nin tanı ve tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen, dünya çapında birincil ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Örneğin, AKS, 35 yaş üstü kişilerdeki toplam ölümlerin üçte birini oluşturmaktadır. Amerikan Kalp Derneği'nin (AHA) istatistiklerine göre, 2005'ten 2014'e kadar, miyokard enfarktüsünün tahmini yıllık insidansı 605.000 yeni ve 200.000 tekrarlayan ataktı. Bu 805.000 ilk ve tekrarlayan olayın 170.000'inin sessiz olması bekleniyor. Filistin'de AKS, 2012'de 20-59 yaş aralığında bildirilen tüm ölümlerin %20'sini oluşturuyordu (Abukhalil vd., 2024).

Birincil bakım ortamlarında ayakta tedavi ziyaretlerinin yaklaşık %1'i göğüs ağrısı içindir. Amerikan Kalp Derneği'nin 2019 verileri temel alınarak hazırladığı "2022 Kalp Hastalığı ve İnme İstatistik Raporu", Amerika Birleşik Devletleri'nde kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle 100.000 kişide 214,6'lık bir ölüm oranı olduğunu ortaya koymuştur. İstatistiksel olarak, kardiyovasküler hastalık her 36,1 saniyede bir ölüme neden olmakta ve günlük toplam 2396 ölüme denk gelmektedir. Özellikle 45 yaş ve üzeri bireylerde, ilk miyokard enfarktüsünden bir yıl sonra ölüm oranı erkeklerde %18, kadınlarda ise %23 olarak bildirilmiştir. Aynı zamanda Çin'de AKS insidansında yıllık artış var, hasta sayısı 2,5 milyonu aşıyor ve böylece hem kentsel hem de kırsal nüfus arasında en önde gelen ölüm nedeni haline geliyor (Mei vd., 2024). Risk faktörlerinin daha iyi anlaşılmasıyla birlikte AKS'ye bağlı ölümler azaltılabilmektedir. Bu yaklaşım, AKS olaylarının sıklığını ve insidansını azaltmaya yardımcı olmaktadır (Aydoğan, 2022).

2.5. Akut Koroner Sendrom Gelişimindeki Risk Faktörler

2.5.1. Yaş

Aladağ ve ark. (2019) AKS ile başvuran hastaların klinik özellikleri, risk faktörleri ve tedavi yöntemleri adlı çalışmasında AKS tanılı 364 hastanın klinik ve labaratuvar özelliklerini değerlendirmiş ve hastaların yaş ortalamasını 59 ± 11 olarak saptamışlardır (Aladağ, vd., 2019).

Hem yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler hem de birikmiş kardiyovasküler risk faktörleri, yaşam boyu AKS'ye yakınlığı artırır. Genç hastalarla karşılaştırıldığında, yaşlı ye-

tişkinlerin geniş ve büyüyen demografik grubundaki AKS sonuçları nispeten daha kötüdür. Artan aterosklerotik plak yükü ve anatomik hastalığın karmaşıklığı, yaşa bağlı kardiyovasküler ve kardiyovasküler olmayan komorbid durumlarla birleşerek yaşlı bireylerde gözlenen kötü prognoza katkıda bulunur. Kırılganlık, çoklu hastalık, bozulmuş bilişsel ve fiziksel işlev, polifarmasi ve bakımın diğer karmaşıklıklarını içeren geriatrik sendromlar, yaşlı yetişkinlerin hayatta kalma ve iyileşme konusundaki dayanıklılığının yanı sıra kılavuzlara dayalı tedavilerin terapötik etkinliğini de zayıflatabilir (Damlujı vd., 2023).

Geleneksel risk faktörleri ile Genetik Risk Puanı arasındaki ilişkiyi ilk AKS'nin yaşıyla incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada 460 ilk AKS tanılı hasta incelenmiştir. Erkek cinsiyet, şu anda sigara içme, fazla kilolu olma ve obezite gibi geleneksel risk faktörü ilk AKS yaşının daha erken olmasıyla ilişkili sonucuna varılmıştır. Kadınlarda, hormon replasman tedavisi ilk AKS yaşının daha erken olmasıyla ilişkili sonucu çıkarılmıştır. Geleneksel risk faktörleri için çok değişkenli ayarlamadan sonra genetik risk puanında 1 derecelik artış, ilk AKS yaşının 1 yıl daha erken olmasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Labos vd., 2014).

2.5.2. Cinsiyet

Cheema ve ark. (2020) 18-45 yaş arası genç hastalarda AKS risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında erkek cinsiyetin baskın olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Aynı çalışma sonucunda hipertansiyon, diabetes mellitus, sigara içme ve dislipidemi değiştirilebilir risk faktörü, değiştirilemez risk faktörü olarak ise pozitif aile öyküsü yaygın bulgudur (Cheema vd., 2020).

Retrospektif kesitsel yöntemle AKS tanısı alan 137 hastanın dahil edildiği bir çalışmada demografik veriler incelenmiş ve AKS'nin 50-69 yaş grubunda daha yaygın olduğu ve erkeklerde anlamlı şekilde daha yaygın olduğu görülmüştür (Anthony vd., 2024).

Kadınlarda KVH'den erkekler kadar etkilenir, ancak kadınlarda KVH erkeklerden 7-10 yıl sonra gelişir. Postmenopozal kadınlarda kardiyovasküler mortalite artar, ancak erkeklerde olduğu kadar yüksek değildir (Aydoğan, 2022).

2.5.3. Hipertansiyon

Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık için iyi bilinen bir risk faktörüdür (Virani vd., 2023). AKS'li genç yetişkin erkekler üzerinde yapılan bir çalışmada hipertansiyon AKS hastalığında yaygın risk faktörü olarak saptanmıştır (Ge vd.,2018). Framingham Kalp Çalışmasına katılan hastaların analizinde, kan basıncı değerleri daha yüksek olan (sistolik kan basıncı (SKB) 130-139 mmHg ve diyastolik kan basıncı (DKB) 85-89 mmHg aralığında veya her ikisi) kadın hastalarda 2,5 kat, erkek hastalarda 1,6 kat daha fazla KVH riski gözlemlenmiştir (Aydoğan, 2022). 8.354 erkek öğrenci (ortalama yaş 21) arasında, 10 mm Hg daha yüksek SKB, 41 yıllık ortalama takip süresi boyunca %14 daha fazla KVH ölüm riskiyle ilişkilendirilmiştir. Ülkenin ordusunda bulunan 1,2 milyondan fazla erkekte oluşan İsveç çapındaki bir kohortta (ortalama yaş 18), daha yüksek SKB veya DKB, yaştan, sosyoekonomik durumdan ve vücut kitle indeksinden bağımsız olarak, 24 yıllık ortalama takip süresi boyunca KVH ölüm riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Yano, 2021).

2.5.4. Diyabet

Hastanelere AKS (AKS) ile kabul edilen deneklerin yaklaşık %25-30'unda diyabet mellitus (DM) vardır. Dahası, AKS ve DM'li hastalar, AKS'li ancak DM'si olmayan bireylere kıyasla, kardiyovasküler morbidite ve mortalite açısından daha kötü sonuçlar göstermektedir (Stampouloglou vd., 2023). Başka bir çalışmada diyabetli yetişkin hastalarda kalp hastalığı oranı diyabetsiz olanlara kıyasla erkeklerde 2,5 kat, kadınlarda ise 2,4 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Brown vd., 2023).

Çin'de yapılan bir araştırmada genç yaşta AKS geçiren hastalara tekrar perkütan koroner girişim yapılmasının risk faktörleri araştırılmıştır. Araştırmaya 45 yaş altı 203 hasta dahil edilmiş ve bu hastaların %43.3'ü (88 hasta) tekrar perkütan koroner girişime tabi tutulmuştur. Prematüre AKS'li genç hastalarda tekrar perkütan koroner girişim geçirme riski yüksekti. Çalışmanın ilk aşamasında HbA1C'si yüksek olan hastalar ikinci aşamada perkütan koroner girişim için anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Çalışma sonucunda glikoz metabolizması ve bozuklukları prematüre AKS'li hastalarda taranmalı sonucuna varılmıştır (Han vd., 2019).

2.5.5. Dislipidemi

Dislipidemi, AKS gelişiminde en yaygın ikinci risk faktörü olarak bildirilmektedir (Brown vd.,2023). Tüm dünyada yılda 2,6 milyon ölümün (%4,5) dislipidemiye bağlı olduğu tahmin edilmektedir (Erkan, 2021). Dislipidemi koroner arterlerin aterosklerozuna neden olarak KAH gelişim riskini artırmaktadır (Zhu vd.,2019). Pakistan yapılan kesitsel bir çalışmada AKS tanılı hastalar incelenmiş ve bu farklı yaş ve cinsiyetteki hastalarda konvansiyonel risk faktörlerinin yaygınlığını belirlemek ve lipid profilleri, elektrolit düzeyleri ve hematolojik indekslerdeki farklılıkları değerlendirmek hedeflenmiştir. Çalışma bulgularında en sık görülen risk faktörü dislipidemi olmuştur. Vücudun lipid durumunu iyileştirmek için tıbbi müdahaleler ve diyet kontrolü, AKS' nin önlenmesinde vazgeçilmez olacaktır sonucu çıkarılmıştır (Adam vd., 2017).

2.5.6. Sigara

Tütün dumanına maruz kalma, özellikle sigara içimi, kronik koroner hastalıklı kişilerde kardiyovasküler hastalık ve kardiyovasküler olayların önde gelen bir nedenidir. Sigara dumanı endotel fonksiyonunu olumsuz etkiler, aterosklerozu teşvik eder ve protrombotiktir. Sigarayı bırakmanın kısa vadeli faydalı etkileri arasında kalp atış hızı ve kan basıncında azalma ve endotel fonksiyonunda iyileşme yer alır. Kronik koroner hastalıklı hastalarda yapılan prospektif kohort çalışmaları, sigarayı bırakmanın ölümden %36 ve miyokard enfarktüsünde %32 azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Virani vd., 2023).

182 genç hastanın (40 yaş altı) dahil edildiği kesitsel bir çalışmada genç erişkin AKS tanılı hastaların en yaygın risk faktörü olarak sigara içme öyküsü tespit edilmiştir (Revaiah vd., 2021).

2.5.7. Obezite, Sedanter Yaşam ve Diğer Risk Faktörler

40 yaşından küçük Iraklı yetişkinlerde AKS için bazı risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan, Irak'ta Süleymaniye kentinde Slemani Kalp Hastanesi'nde Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yürütülen çalışmada en yaygın risk faktörünün obezite olduğu so-

nucuna varılmıştır (Mirza vd., 2018). Framingham Offspring Çalışmasına dahil edilen hastaların bir analizinde, ailesel KVH'nin ateroskleroz riskini normalden 2,3 ila 2,6 kat daha fazla artırdığını gözlemlenmiştir (O'Gallagher vd., 2022). Egzersiz, miyokardiyal oksijen tüketimini azaltmaktadır ve obezite ve diyabet riskini azaltmaktadır. Egzersiz, tüm bu mekanizmalar yoluyla kardiyovasküler riski azaltırken daha kısa egzersiz süreleri, enerji harcaması aynıysa, daha uzun süreler kadar kardiyovasküler riski azaltabilmektedir (Aydoğan, 2022).

C-reaktif protein (CRP), akut faz reaktif bir proteindir. Akut faz yanıt proteini olarak CRP ile KVH arasındaki ilişki tartışmalıdır. Büyük hacimli klinik veriler, hs-CRP tespitinin KVH'de öngörücü değere sahip olduğunu ve ayrıca KVH için bir risk faktörü ve biyobelirteç olduğunu göstermektedir. Çalışmalar, CRP düzeylerinin tespitinin akut miyokard enfarktüsü ve akut koroner arter hastalığı olan hastalarda erken komplikasyonların belirlenmesine yardımcı olabileceğini göstermiştir. Ancak, CRP'nin yalnızca kardiyovasküler hastalıkta inflamasyonun tahmini bir biyobelirteci olup olmadığı veya CRP düzeyini düşürmenin kardiyovasküler hastalık tedavisinde faydalı olup olmadığı henüz net bir şekilde belirlenmemiştir (Fu vd.,2020).

2.6. Akut Koroner Sendrom Türleri

AKS; STEMI, Non-STEMI ve USAP'tan oluşur. Tüm bu tabloların hepsi miyokard iskemisinin değişik klinik durumlarıdır. AHA, Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Dünya Kalp Federasyonu AMI'ı kardiyak biyobelirteçlerde yükselme olması ve kanıtlanmış miyokard hasarı olarak tanımlamaktadır (Aktemur, 2022).

2.6.1. Anstabil Anjina Pektoris (USAP)

USAP, kararlı anjina ile miyokard enfarktüsü arasında kalan bir klinik sendromdur. Bu klinik durumda, kardiyak biyobelirteç, EKG ve göğüs ağrısı AMI düşündürmese de, hastanın kliniğinin MI tanısını dışlatamaz oluşudur. USAP, 20 dk'dan uzun süren istirahat anjinası ya da son 2 ayda iyice artan ciddi egzersiz anjinası veya var olan kararlı anjinanın şiddetini artırarak kararlı hale dönmesi olayıdır (Aktemur, 2022).

2.6.2. ST Elevasyonu Olan Miyokard Enfarktüsü (STEMI)

Akut miyokard iskemisi sırasında ST segment değişiklikleri en önemli elektrokardiyografi özelliği olarak kabul edilir. T dalgaları, QRS kompleksi ve U dalgalarındaki değişiklikler ve aritmilerin ortaya çıkması da miyokard iskemisi tanısı için faydalıdır. Miyokard iskemisine ait bu elektrokardiyografi bulguları ve kardiyak biyobelirteçlerin varlığı STEMI olarak adlandırılır (Kimura vd., 2019).

2.6.3. ST Elevasyonu Olmayan Miyokard Enfarktüsü (NSTEMI)

Non-STEMI ve USAP olarak ikiye ayrılmaktadır. USAP ile Non-STEMI patogenezi aynı olup şiddetlerinin farklı olmasından kaynaklı olarak birbirinden ayrılmaktadırlar. Klinik prezentasyonları birbirine benzer. Eğer kardiyak biyobelirteçlerde yükselme olursa Non-STEMI olarak, olmazsa USAP olarak tanı alırlar (Aktemur, 2022).

2.7. Akut Koroner Sendrom Tanısı

2.7.1. Anamnez ve Fizik Muayene

Göğüs ağrısı etiyolojileri hayatı tehlikeye sokan ve sokmayan etiyolojiler olarak sınıflandırılabilir. Hayatı tehlikeye sokan göğüs ağrısı sebepleri; aort diseksiyonu, miyokard enfarktüsü, pulmoner tromboemboli ve özefagus rüptürü ve tansiyon pnömotoraks olarak sıralanabilir (Hamzaçebiöğlü, 2023). Fizik muayene bu ayrımın yapılmasına yardımcı olduğu gibi genellikle AKS'lerin tanısı için spesifik değildir. Dikkatli hasta değerlendirmesi acil risk değerlendirmesi, yaklaşan hemodinamik çöküşün tanınması ve miyokard enfarktüsünün mekanik komplikasyonlarının belirlenmesi için kritik öneme sahiptir. Taşikardi, hipotansiyon ve konjesyon belirtileri (örn. pulmoner ödem) veya yetersiz perfüzyon (örn. soğuk ekstremiteler) hepsi yüksek klinik risk göstergeleridir (Bergmark vd., 2022).

AKS'nin klasik semptomu, genellikle ezilme veya basınç benzeri bir his olarak tanımlanan, çeneye ve/veya sol kola yayılan substernal göğüs ağrısıdır. Bu klasik sunum her zaman görülmez ve başvuru şikayeti çok belirsiz ve silik olabilir; başlıca şikayetler genellikle nefes alma zorluğu, baş dönmesi, izole çene veya sol kol ağrısı, mide bulantısı, epi-

gastrik ağrı, terleme ve güçsüzlüktür. Kadın cinsiyet, diyabetli hastalar ve ileri yaş, belirsiz semptomlarla sunulan AKS ile ilişkilidir. Bu gibi durumlarda yüksek derecede şüphe haklıdır. Fiziksel muayenede, genel sıkıntı ve terleme sıklıkla görülür. Kalp sesleri sıklıkla normaldir. Zaman zaman dörtlü koşma ve üfürüm duyulabilir. Akciğer muayenesi normaldir, ancak zaman zaman ilişkili konjestif kalp yetmezliğine (CHF) işaret eden hışırtılar duyulabilir. CHF'yi gösteren bilateral bacak ödemi mevcut olabilir. Eş patolojiler mevcut olmadığı sürece diğer sistemler genellikle normal sınırlar içindedir (Singh vd., 2023).

2.7.2. Elektrokardiyogram

AKS'lara ilişkin kılavuzlar ekokardiyografiyi ilk yapılacak tetkikler arasında önermektedir. Avrupa Kardiyoloji Derneği ST segment yükselmesiz miyokart enfarktüsü kılavuzu acil serviste veya göğüs ağrısı ünitesinde deneyimli bir doktor tarafından AKS tanısı düşünülen her hastaya ekokardiyografi yapılmasını önermektedir (Yılmaz, 2022). Başvuru EKG'sinde ST yükselmesinin görülmesi STEMI olarak tanımlanmakta ve sıklıkla koroner damarda kollateral dolaşım ile kompanse edilmesi mümkün olmayan tam bir tıkanma sonucu görülmektedir. Burada kan akımının birkaç saat içinde yeniden sağlanması (koroner reperfüzyon tedavisi: tromboliz ve/veya perkütan girişim) hayati önem taşır. ST yükselmesiz AKS'li hastalarda ST segment çökmesi, geçici ST yükselmesi ve yeni T dalga negatifliği görülebilir. Başvuru anında çekilen EKG göreceli olarak normal veya tanı koydurucu olmayabilir. Bu durumda, EKG 15-30 dakika sonra tekrar edilmelidir (Türen ve Efil, 2014).

2.7.3. Biyobelirteçler

Miyokard hasarını tespit etmek için ideal biyobelirtecin, kardiyak doku içinde nispeten yüksek seviyelerde ifade edilmesi, göğüs ağrısı gibi semptomların başlangıcından hemen sonra kanda tespit edilebilen yüksek klinik duyarlılık ve özgüllüğe sahip olması gerekir. Çok sayıda kardiyak biyobelirteç olduğu için, biyobelirteçleri miyokard iskemisi veya nekrozu, inflamasyon, hemodinamik, anjiyogenez, ateroskleroz veya plak instabilitesi gibi çeşitli patofizyolojik gruplara sınıflandırmak faydalıdır. Üç benzer izoform (I, C ve T)

olarak ifade edilen kardiyak troponin (cTn), miyokardiyal iskemi/nekrozunun en hassas ve spesifik biyokimyasal belirteci olması nedeniyle miyokardiyal nekrozun tanısı için tercih edilen biyobelirteçtir. İzofromlar arasında AKS'lar için en spesifik belirteçler, yükselmeleri akut miyokard enfarktüsü (AMI) için baskın bir göstergesi haline gelen kardiyak troponin I (cTnI) ve kardiyak troponin T'dir (cTnT) ve AMI tanısında "altın standart" olarak kabul edilirler (Wang vd., 2020). Semptom başlangıcından birkaç saat sonra yükselirler ve tipik olarak birkaç gün boyunca yüksek kalırlar (ancak büyük bir enfarktüs durumunda iki haftaya kadar yüksek kalabilirler) (Amsterdam vd., 2014).

Hastanın ağrısının başlangıç süresi, eşlik eden komorbiditeler ve olası tanılara göre değişkenlik göstermesi sebebiyle genellikle tek ölçüm yetersiz görülmekte olup seri ölçümler ve delta değeri tanı koymak açısından önem taşımaktadır. Delta değeri iki farklı birim zamanda yapılan ölçüm arasındaki fark olarak tanımlanabilir. Seri ölçümlerle AMI tanısı koymak veya hastaneden güvenli taburculuk için AHA/ACC 0. Saat, 0-1. Saat, 0-3. saat protokollerini, Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti (ESC) 0. Saat, 0-1. Saat,0-2. Saat, 0-3. saat protokollerinin kullanımını önermiştir (Hamzaçebiöglü, 2023) .

2.7.4. Görüntüleme Yöntemleri

Transtorastik ekokardiyografi, perikardiyal efüzyon ve tamponad fizyolojisini belirleyebilir ve ayrıca bölgesel duvar hareket anormalliklerini tespit etmek için yararlı olabilir. Miyokardiyal iskemi veya nekrozu düşündüren ekokardiyografik bulgular şunlardır: (a) segmental duvar hareket anormallikleri; (b) kontrastlı ekokardiyografi ile tespit edilen bozulmuş miyokardiyal perfüzyon; (c) gerinim ve gerinim hızı görüntüleme kullanılarak azalmış bölgesel fonksiyon (Stepinska vd., 2020). NSTEMI-AKS tanısının EKG ve hs-cTn tanı algoritmalarıyla güvenilir bir şekilde dışlanamadığı veya kesinleştirilemediği göğüs ağrısı hastalarının %20'sinde koroner BT anjiyografisinin seçici kullanımı düşünülebilir (Stepinska vd., 2020). Bilgisayarlı tomografi koroner anjiyografi (CTCA), invaziv koroner anjiyografiye benzer bir etkinlikle koroner arter hastalığının yaygınlığını noninvaziv olarak belirleyebilir (Wang vd., 2023).

2.8. Akut Koroner Sendrom Prognozu

Koroner arter hastalığı risk faktörleri, hastalığın ilerlemesini artırmakta ve klinik olay seyrini doğrudan etkilemektedir. Risk faktörleri, AKS bağlamında, aterosklerotik plak bozulması veya erozyonunu, koroner trombüsün boyutu ile yerleşimini, fibrinolitik potansiyelini ve sonunda hastalığın prognozunu etkileyen trombüsün geçici çözünürlüğünü önemli ölçüde etkileyen değişkenlerdir (Erkan, 2021). Koroner stent takılan hastaların yaklaşık %10'u, iskemi rehberliğinde bir yaklaşım kullanıldıktan sonra bile hala olumsuz kardiyovasküler olaylar yaşar. Prognozu etkileyen faktörlerin belirlenmesi mortalite ve motilite insidansını azaltmada etkili olur (Hwang vd., 2020).

İnsülin direnci için güvenilir bir ikame göstergesi olan trigliserid-glikoz (TyG) indeksi, kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda uzun vadeli sonuçlar için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir. TyG indeksi majör advers kardiyovasküler ve serebrovasküler olaylar (MACCE) ile bağımsız olarak ilişkilidir ve bu da TyG indeksinin daha önce KABG geçiren ve PCI geçiren AKS hastalarında kötü prognozu tahmin etmede geçerli bir gösterge olarak hizmet edebilir (Dong vd., 2023). Mevcut risk belirteçleri tarafından hesaba katılmayan aktive olmuş yolları yansıtan yeni biyobelirteçlerin araştırılması, AKS'li hastaların tanı ve prognoz sınıflandırmasını iyileştirebilir ve tedavi için yeni hedefler belirleyebilir (Ueland vd., 2019). AKS'li 9.636 hastadan oluşan bir kohort çalışmasında günlük egzersizin majör istenmeyen kardiyovasküler olayların (MACE) görülme sıklığına etkisi incelenmiş ve günlük egzersizin AKS'li hastalarda prognozu iyileştirmedeki etkinliğini göstermiştir (Hu vd., 2023).

Diyabetes mellitus (DM), kronik böbrek hastalığı (KBH) ve ileri yaş, AKS'li (AKS) hastalarda kötü sonuçlarla ilişkilidir. DM, KBH ve yaşlı AKS hastalarındaki sonuçları karşılaştırmak için yapılan çalışmada, DM, CKD ve ileri yaş (yaşlı) kombinasyonuna sahip hastalar, bu risk faktörleri olmayanlara kıyasla gastrointestinal kanama riskinin 11,32 kat, kardiyovasküler olay riskinin 7,29 kat ve tüm nedenlere bağlı ölüm riskinin 8,59 kat arttığı görülmüştür. Dahası, bu risk faktörlerinden iki veya daha fazlasına sahip hastalarda tekrarlayan AKS riski 2 ila 3 kat artmıştı. Bu bulgular, AKS hastalarında sonuçları iyileştirmek için birden fazla risk faktörünü yönetmenin önemini vurgulamaktadır (Lee vd., 2023).

2.9. Akut Koroner Sendrom Tedavisi ve Hasta İzlemi

AKS'nin farmakolojik tedavisi, sağkalımı iyileştiren, tekrarlayan iskemik olayları azaltan ve semptomatik rahatlama sağlayan birkaç ilaç grubuna ayrılabilir. AKS'de uygun bir tedavi yöntemi seçmek birkaç kritik kararı içerir. STEMI hastalarını NSTEMI veya USAP yaşayanlardan ayırmak esastır. Bu ayırım, AKS'li farklı hastalarda kullanılan farmakoterapinin önceliklerini, zamanlamasını ve seçimini daha da etkiler (Petrovic and Chhabra, 2023). AKS'li hastalarda antitrombotik tedavinin mümkün olduğunca erken başlatılması gerekir. Herhangi bir kontrendikasyon olmadığı sürece, tüm AKS'li hastalar için başlangıçta asetilsalisilik asit uygulanması önerilirken, ikinci antiplatelet ajan genel klinik tabloya göre bireysel olarak seçilmelidir (Stampouloglou vd., 2023). Aspirin yükleme dozu oral 162 ila 325 mg olmalıdır. Önceden seçilen reperfüzyon stratejisi, ikinci antiplatelet ajanın seçimini etkiler. Birincil PCI geçiren hastalarda, mevcut kanıtlar, 180 mg yükleme dozu ve günde iki kez 90 mg idame dozu olan oral tikagrelor veya 60 mg yükleme dozu ve günde 10 mg idame dozu olan oral prasugrel veya 600 mg yükleme dozu ve ardından günde 75 mg dozlama ile klopidoğrel kullanımını desteklemektedir (Petrovic and Chhabra, 2023). Gerektiğinde beta blokerler, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) inhibitörleri, morfin/fentanil ile ağrı kontrolü ve hipoksi durumunda oksijen gibi destekleyici önlemler sağlanır. Ağrıyı gidermek için nitrogliserin dilaltı veya infüzyon da kullanılabilir. Alt duvar iskemisi vakalarında, nitrogliserin ciddi hipotansiyona neden olabilir. Aritmiler için sürekli kardiyak izleme gereklidir (Singh vd., 2023). STEMI'li hasta grubunda en önemli amaç, iskemik sürenin 120 dakikadan az olması hedefiyle zamanında reperfüzyon modalitesi sağlamaktır (Petrovic and Chhabra, 2023). Amerikan Kalp Derneği (AHA), STEMI hastaları ile erken primer perkütan müdahale (PCI)'ye erişimi olmayan sessiz fibrinolizli bireyler için kapıdan prosedüre süre 90 dakikadan daha az olan acil kateterizasyon ve perkütan müdahaleyi (PCI) önermektedir. 2017'den itibaren Avrupa kılavuzları, stent yerleştirmenin suçlu atardamarın içine yapılması gerektiğini ve birincil PCI için çıplak metal stent (BMS) yerine ilaç salan stent (DES) tercih edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca, deneyimli bir operatör tarafından gerçekleştirildiğinde femoral erişim yerine radyal erişim tercih edilebilir (Petrovic and Chhabra, 2023). NSTEMI/UA için geleneksel tedavi, aspirin ve heparin ile hızlı bir başlangıç tedavisini ve ardından acil kateterizasyon veya revaskülarizasyonun gerekliliğini belirlemek için daha fazla risk sınıflandırması için invaziv olmayan testleri (miyokardiyal perfüzyon görüntüleme veya stres ekokardiyografi gibi) içeren iskemi

rehberliğinde bir strateji içerir. Ancak, erken invaziv bir strateji, kalpteki tıkalı arterleri tespit etmek için kabulden sonraki 48-72 saat içinde revaskülarizasyonlu veya revaskülarizasyonsuz koroner anjiyografidir (KAG). Revaskülarizasyon, koroner arter baypas greft cerrahisi (CABG) veya PCI ile kan akışına izin vermek için tıkalı damarları veya arterleri açabilen bir işlemdir (Abukhalil vd., 2024).

AKS'li hastalarda çift antiplatelet tedavisi (DAPT) fibrinolitik, CABG veya PCI geçirip geçirmediğine ve hangi tip stent takıldığına bakılmaksızın ideal olarak 12 ay boyunca sürdürülmelidir. DAPT kullanan hastalarda yüksek kanama riski gelişirse veya önemli kanamalar devam ederse, P2Y12 inhibitörünün altı ay sonra kesilmesi makul bir yaklaşımdır ve son kılavuzlar bu yaklaşımı desteklemektedir (Petrovic and Chhabra, 2023).

2.10. Akut Koroner Sendromda Semptom Belirleyicilerin Önemi

AKS'li hastaların zamanında tanınması başarılı tedavi için önemlidir. Önceki araştırmalar AKS'li kadınların erkeklere kıyasla farklı semptomlar gösterdiğini ileri sürmüştür. Bir meta-analizde AKS tanılı hasta sonuçları incelenmiştir. Çoğu çalışmada (n=25) kadınlardan daha fazla erkek yer aldı, sırasıyla toplamda %60 ve %40 ve kadınlar AKS ile başvurduklarında genellikle erkeklerden daha yaşlıydı. Çoğu çalışmada kadınlar başlangıçta diyabet veya hipertansiyon gibi eşlik eden hastalıklara daha sık sahipti ve erkeklerle karşılaştırıldığında daha az sigara içiyorlardı. >1 milyon hastayı kapsayan 27 çalışmanın sistematik incelemesi ve meta-analizi, doğrulanmış AKS'li hastalarda semptom sunumunda cinsiyet farklılıklarının bulunduğunu, aynı zamanda doğrulanmış AKS'li erkekler ve kadınlar arasındaki semptomlarda önemli bir örtüşme olduğunu göstermektedir. AKS'li kadınlarda kürek kemikleri arasında ağrı, mide bulantısı veya kusma ve nefes darlığı ile ortaya çıkma olasılığı erkeklere kıyasla daha yüksektir. Buna karşılık, AKS'li kadınlarda göğüs ağrısı ve terleme ile ortaya çıkma olasılığı erkek meslektaşlarına kıyasla daha düşüktür. Sol veya sağ kol ve omuz ağrısı, mide veya epigastrik ağrı ve hazımsızlık ile ortaya çıkmada önemli bir cinsiyet farkı bulunamamıştır. Bulgular, araştırmacıların ve tıp uzmanlarının AKS semptomlarını "tipik" ve "atipik" olarak etiketlemekten kaçınmaları ve bunun yerine gelecekteki çalışmalarda ve klinik uygulamada erkekler ve kadınlar arasındaki semptom sunumundaki belirlenmiş farklılıkları ve örtüşmeyi dikkate almaları gerektiğini göstermektedir (van Oosterhout vd., 2020).

Kadınların hem geleneksel hem de kadınlara özgü koroner arter hastalık (CVD) risk faktörleri vardır. Geleneksel risk faktörleri yaygın olarak bilinse de, kardiyovasküler hastalık (CAD) sonuçları üzerindeki etkilerinin cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği gerçeği daha az bilinmektedir. Dahası, özgül CAD risk faktörleri genellikle göz ardı edilir (Awesat vd., 2022). Hipertansiyon prevalansı kadınlarda ve erkeklerde aynıdır. Ancak, oral kontrasepsiyon kullanan kadınlarda hipertansiyon insidansı 2-3 kat artar. Dahası, hipertansiyonun 60 yaş üstü kadınlarda CVD üzerinde erkeklere kıyasla daha derin bir etkisi vardır. Diyabet mellitus, CVD için güçlü bir risk faktörüdür ve koroner ölüm riski üzerindeki etkisi kadınlarda erkeklerden önemli ölçüde daha fazladır (Fryar vd., 2020).

Diyabetli hastaların sonuçlarındaki cinsiyet farklılıklarını ele alan bir meta analizde, diyabet nedeniyle koroner ölüm riskinin kadınlarda 2,58 olduğu, erkeklerde ise 1,85 olduğu görülmüştür. Dislipidemi kadınlarda yaygındır. Menopozdan sonra kardiyovasküler hastalık riski büyük ölçüde artar ve bazı çalışmalarda risk artışının lipid kan profilindeki değişikliklerle ve özellikle premenopozal kadınlarda toplam kolesterol ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesteroldeki (LHDL-C) artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. Farkların göz ardı edilmesiyle kadınlar genellikle erkeklerden daha az yoğun tedavi ve çok daha az ikincil önleme tedavisi alırlar, bu da daha kötü prognoz ve sonuçlara yol açar (Awesat vd., 2022).

2.11. Akut Koroner Sendromda Risk Faktörlerin Önemi

Aterosklerotik kardiyovasküler hastalığın (ASCVD) önlenmesi, yaşamın erken dönemlerinden itibaren ASCVD risk faktörlerine dikkat edilmesini gerektirir (Arnett vd., 2019). Yüksek gelirli ülkelerde, KVH vakalarının yaklaşık %70'i değiştirilebilir risk faktörlerine atfedilir ve en yaygın olanları metabolik risk faktörleri (obezite ve kolesterol) ve tütün kullanımınıdır. KAH' ın ikincil önlenmesinde risk faktörlerinin önlenmesi şu anda önemli kabul edilmektedir, çünkü sağlıklı davranışın benimsenmesini ve buna uyulmasını kolaylaştırarak, aktif bir yaşam tarzını teşvik ederek ve ilaç tedavisine uyumu artırarak morbidite ve mortalitenin azaltılmasına önemli ölçüde katkıda bulunmuştur (Cruz-Cobo vd., 2022). 7283 KAH hastasının dahil olduğu 30 randomize denemenin meta-analizi, tele sağlık programlarıyla (internet, telefon görüşmeleri, SMS metin mesajları ve mobil uygulamalar) ikincil önlemenin geleneksel kardiyak rehabilitasyon yerine veya birlikte kullanı-

labileceği ve kardiyovasküler risk faktörlerinin daha iyi kontrolü ve daha az klinik olayla ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (Jin vd., 2019).

Hipertansiyon, dünya çapında ve Çin'de kardiyovasküler nedenlere bağlı ölüm için yaygın bir risk faktörüdür. Kardiyovasküler olaylarda hipertansiyonun etkisini inceleyen bir çalışmada, hipertansiyonu olan yaşlı hastalarda, sistolik kan basıncının 110 ila 130 mm Hg'nin altında olduğu yoğun tedavi, 130 ila 150 mm Hg'nin altında hedeflenen standart tedaviye kıyasla daha düşük kardiyovasküler olay insidansı ile sonuçlandı (Zhang vd., 2021).

Tip 1 (Aterosklerotik plak rüptürü ve tromboz nedeniyle) ve tip 2 (akut aterotromboz olmaksızın taşikardi, hipoksi veya hipotansiyona neden olan akut bir hastalık bağlamında miyokard oksijen arzı ve talebinin dengesizliğinden kaynaklanan) miyokard enfarktüsü için risk faktörlerini değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, risk faktörlerinin tedavisi ve optimizasyonu hem tip 1 hem de tip 2 miyokard enfarktüsünün gelecekteki riskini azaltabileceği sonucuna varılmıştır (Wereski vd., 2022).

2.12. Akut Koroner Sendromda Semptom Belirleyiciler ile Risk Faktörler Arasında İlişki

AKS, dünya çapında hem erkeklerde hem de kadınlarda morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir (Pelter ve ark., 2012). AKS, ABD'de kadın ve erkeklerde hastaneye yatışın en yaygın nedenidir (Biranvand, Asadpourpiranfar, 2006, Biranvand ve diğerleri, 2008, McCaig, Nawar, 2006). Literatürde, AKS semptomlarının hem erkeklerde hem de kadınlarda farklılık gösterdiği belirtilmiştir (Arslanian-Engoren, 2006, Milner ve ark., 1999). Asgarpour ve ark. (2016) ve Milner ve ark. (1999) çalışmasında göğüs ağrısı, diyforez ve dispne gibi tipik semptomların erkeklerde kadınlara kıyasla daha belirgin tipik AKS semptomları olduğunu göstermiştir. Ayrıca, AKS tanısı için tipik semptomların sayısı erkeklerde kadınlara göre daha öngörücü olduğu da bildirilmiştir. Çalışma sonucunda, klinisyenlerin tipik semptomlar gösteren erkekleri daha dikkatle değerlendirmeleri önerilmiştir.

AKS semptomlarını ve bu semptomlarla ilişkili faktörleri belirlemek, başarılı bir tedavi yönetimi için önemlidir ve erken teşhis ile uygun tıbbi tedavilere katkı sağlayabilir.

Hastanın sağlık hizmeti aramaya karar vermesinde ana etken olan semptomlar, uygun triyaj yapılması için kritik öneme sahiptir. AKS olan hastaların birincil şikâyeti genellikle göğüs ağrısı olsa da ilk değerlendirme sürecinde farklı semptomlar veya hiç semptom görülmeyebilir. Literatürde, yaşlı hastalarda AKS'ye ilişkin baş dönmesi/senkop, hazımsızlık ve halsizlik gibi semptomların daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Angerud vd., 2012) (Corsini vd., 2006) (Ryan vd., 2007)

Literatürde, obezite ve hipertansiyon gibi bazı risk faktörlerin varlığı, AKS tanı koyma ve ilk değerlendirme sürecini zorlaştırdığını bildirilerek, AKS semptomlarının bildirilmesinde birden fazla risk faktörünün etkileşimli etkilerinin araştırılması önerilmiştir. Asgarpour ve ark. (2015) çalışmasında, göğüs ağrısı, kol ağrısı, çene/boyun ağrısı, dispne gibi tipik semptomlara sahip hastaların hipertansif, obez ve sigara içen bireyler olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Asgarpour vd., 2015). Asgarpour vd., ve Hwang, diyabetin atipik semptomları olan tüm AKS hasta grubunda bir öngörücü olmadığını göstermişlerdir (Hwang vd., 2009). Langer'in çalışmasında, diyabetli hastaların göğüs ağrısı gibi bazı semptomları algılamada zorluk yaşadığı belirtilmiştir (Langer vd.,1991). Hasin, diyabetli hastaların daha az tipik bir klinik tablo ile hastaneye başvurduğunu göstermiştir (Hasin vd., 2009). Canto, sigara içimi ve hiperkolesteroleminin göğüs ağrısı ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Canto vd., 2000). Pinto, yaşlılarda hipertansiyon, dislipidemi ve sigara içimi varlığında atipik semptomların dört kat daha az görüldüğünü bildirmiştir (Pinto vd., 2011). Asgarpour vd. (2015) çalışmasında, 65 yaş ve üstü hastalarda göğüs ağrısı, kol ağrısı, çene/boyun ağrısı ve dispne gibi tipik semptomlar daha fazla görülmüştür. Ayrıca hipertansiyon öyküsü, sigara kullanımı ve obezite olan yaşlı veya genç hastaların AKS'nin tipik semptomlarını yaşama olasılığı daha düşük bulunmuştur. Çalışma sonucunda, ek hastalığı olan genç veya yaşlı hastaların klinik başvurularında daha dikkatli ve titizlikle değerlendirilmeleri, AKS tanısı koyma ve tedaviye erken başlama sürecinde önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (Asgarpour vd., 2015).

2.13. Akut Koroner Sendrom Tanısında ve Hasta İzleminde Hemşirenin Rolü

AKS'nin ortaya çıkışının geciktirilmesinde ve komplikasyonların azaltılmasında; toplumda farkındalık yaratma, bireyleri eğitime, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazan-

dırma ve hastaların tedaviye uyumunu sağlamada hemşirenin önemli rolü vardır (Can Demir ve Kolutek, 2019).

Şüpheli kardiyak kökenli akut göğüs ağrısı için erken tedavinin yalnızca yaşamı uzatmadığı ve acıyı azaltmadığı, aynı zamanda etkilenenlerin ölüm ve morbidite oranlarını da azalttığı kanıtlanmıştır. Akut göğüs ağrısı, hastaneler dışında tıbbi acil durumları olan hastalarda önemli ve sık görülen bir semptomdur. Ambulans hemşireleri, erken tanı ve tedavinin hastanın hayatta kalmasının anahtarı olması nedeniyle akut göğüs ağrısı olan hastaların bakımında önemli bir rol oynarlar (Ulrich Hansen vd., 2022). Yaklaşan bir AKS'nin prodromal semptomları (erken belirti veya semptom) hakkında bilgi sahibi olmak, hemşirelerin risk altındaki kişileri minimum hasarla zamanında tespit etmelerine yardımcı olabilir (Heidarzadeh vd., 2021).

Hemşireler, AKS'li hastaların semptomlar, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol ve depresyonla başa çıkmalarına yardımcı olmak ve özellikle daha az eğitilmiş hastalarda fiziksel sınırlamaları, tedavi memnuniyeti ve hastalık algısını iyileştirmek için sosyal desteği teşvik etmek için önemli bir rol oynamalıdır (Kim vd., 2019).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, metodolojik ve prospektif-gözlemsel tek merkezli bir çalışma olarak Akut Koroner Sendrom Belirti Envanterinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğin değerlendirilmesi ve akut koroner sendrom ilişkili semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıklarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uygulama-Araştırma Hastanesi 15.04.2023- 28.08.2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

AKS Belirtileri Envanterinin Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirliği ve psikometrik özelliklerini değerlendirme süreci Kardiyoloji kliniği ve Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde gerçekleşti. AKS semptom belirleyicilerine ilişkin risk faktör farklılıklarının belirleme süreci ise acil serviste gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın 1. aşamasının yani “Akut Koroner Sendrom Belirtileri Envanterinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliğin Değerlendirmesi” evrenini Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji servisi ve kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde AKS tanısıyla yatan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise gönüllü, 18 yaş üstü, bilinçli, oryante, Türkçe dilinde iletişim kurulabilen ve iş birliği yapan, daha önce miyokard infarktüs geçirmeyen ve sebrebrovasküler olay geçirmeyen hastalar oluşturdu. Literatürde, bir değerlendirme aracının geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesinde, madde başına 5 ya da 10 katılımcı alınmasının yeterli olduğunu belirtmektedir (Esin, 2014). Bu nedenle, 20 maddeden oluşan AKS Belirtileri Envanterinin geçerlik ve gü-

venirlik çalışmasını yapmak üzere, araştırma örneklemine 150 hastanın yeterli olduğuna karar verildi.

Araştırmanın 2. aşamasının evrenini acil servise AKS semptomları ile başvuran ve AKS ön tanısı ile acil kırmızı alanda değerlendirilen hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini AKS ön tanısı alan, gönüllü, 18 yaş üstü, bilinçli, oryante, Türkçe dilinde iletişim kurulabilen ve iş birliği yapan, daha önce miyokard infarktüs geçirmeyen ya da sebrebrovasküler olay geçirmeyen ve pnömoni tanısı olmayan hastalar oluşturdu. Araştırmanın bu aşamasındaki örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için güç analizi kullanıldı. Örneklem büyüklüğü G. Power programı ile belirlendi. Etki büyüklüğü 0.52, α değeri 0.05 ve %80 güç ile 116 hasta olarak belirlendi (Li vd., 2014). Çalışmaya 120 hasta dahil edildi.

Araştırma akış şeması Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1. Araştırma Akış Şeması

3.4. Araştırmanın Sorusu ve Hipotezleri

Araştırmanın soruları:

1. AKS Belirtileri Envanterin Türk toplumu için geçerli bir ölçme aracı mıdır?
2. AKS Belirtileri Envanterin Türk toplumu için güvenilir bir ölçme aracı mıdır?

3. Hasta özelliklerine ilişkin AKS semptom farklılıkları nedir?
4. AKS semptom belirleyicilerine ilişkin risk faktör farklılıkları nedir?

Araştırma hipotezleri:

- I. H1: AKS Belirtileri Envanterin Türkçe Formu geçerli Bir ölçüm aracıdır.
- II. H1: AKS Belirtileri Envanterin Türkçe Formu güvenilir Bir ölçüm aracıdır.
- III. H1. AKS hastalarda hasta özelliklerine ilişkin semptom farklılıkları vardır.
- IV. H1. AKS ilişkili semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıkları vardır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Hastalık Belirtileri “terleme, göğüste yanma hissi, kusma, sersemlik, hazımsızlık, nefes darlığı, bayılma, göğüs ağrısı/ rahatsızlık hissi, çarpıntı, bulantı, nefes almada zorluk, baş dönmesi, iştah kaybı, güçsüzlük uyuşukluk/ellerde karıncalanma, sıcaklık hissi/kızarma, şiddetli korku hissi, öksürük (yeni başlayan), hızlı nefes alıp verme ve tükenmişlik”, Ağrı Yeri “çene, boyun, boğaz, sol omuz, sağ omuz, sol kol, sağ kol, sol göğüs, göğsün ortası, sağ göğüs, sırtın üstü, sırtın ortası, dişler ve üst karın” ve Ağrı Niteliği ise “ezici, baskılayıcı, yanıcı, karıncalanma, boğucu, ağırlık, dolgunluk, sıkıştırıcı, bıçaklayıcı, donuk, keskin, sızlayıcı, kramp ve daraltıcı” araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturdu.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Hastaların yaşı, cinsiyeti, beden kitle indeksi (BKİ), yandaş hastalıkları (DM, HT, KOAH ve HL), sigara içme durumu ve COVID-19 geçirme durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu.

3.6. Veri Toplama Formları

Araştırmanın verilerinin toplanmasından önce araştırmaya katılan tüm hastalara araştırma hakkında ilgili bilgilendirmeler yapıldı ve hastalara aydınlatılmış gönüllü onam

formu kullanıldı (Ek 1). Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu kullanıldı. Ayrıca AKS ilişkili semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıkları belirlemek için Devon A. Holli ve diğerleri tarafından 2008 yılında geliştirilen “AKS Belirti Envanteri” kullanıldı.

3.6.1. Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu

Bu form yaşı, cinsiyeti, BKİ, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, yandaş hastalıkları (DM, HT, KOAH, HL), sigara içme durumu, alkol içme durumu, COVID-19 geçirme durumu, COVID-19 aşı olma durumu ve tanısı (STEMI, NonSTEMI, Unstable Anjina, diğer) olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmuştur (Ek 2).

3.6.2. AKS Belirti Envanteri

“AKS Belirti Envanteri” ilk kez Devon A Holli ve diğerleri tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Li Polly ve ark. (2014) tarafından “AKS Belirti Envanteri” İngilizce formu “AKS Tanılı Çinli Hastalarda AKS Belirtileri Envanterin Psikometrik Değerlendirmesi” çalışma kapsamında Çince diline uyarlanmıştır.

AKS Belirti Envanteri (SAKSI), orijinal geliştiricinin izniyle (Ek 5) orijinal İngilizce versiyonundan Türkçeye çevrildi. AKS Belirti Envanteri üç alt bölümden oluşmaktadır.

Birinci alt bölüm (A) AKS belirti türünü değerlendirmek için “Terleme, Göğüste Yanma Hissi, Kusma, Sersemlik, Hazımsızlık, Nefes Darlığı, Bayılma, Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi, Çarpıntı, Bulantı, Nefes Almada Zorluk, Baş Dönmesi, İştah Kaybı, Güçsüzlük Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma, Sıcaklık Hissi/Kızarma, Şiddetli Korku Hissi, Öksürük (Yeni Başlayan), Hızlı Nefes Alıp Verme ve Tükenmişlik” olmak üzere 20 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümün değerlendirmesinde likert ölçeği kullanılmaktadır. Beşli likert ölçeğinde her bir semptomun türünü ve şiddetini belirtir. Hastalar “bir belirti yaşamadıklarını (0), belirti şiddetini hafif (1), orta (2), şiddetli (3) veya çok şiddetli (4)” olarak değerlendirmektedirler.

İkinci alt bölüm (B) AKS ağrı yerini değerlendirmesinde “Çene, Boyun, Boğaz, Sol Omuz, Sağ Omuz, Sol Kol, Sağ Kol, Sol Göğüs, Göğsün Ortası, Sağ Göğüs, Sırtın Üstü, Sırtın Ortası, Dişler ve Üst Karın” olmak üzere toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçeğin değerlendirmesinde "EVET" veya "HAYIR" yanıtı istenmektedir.

Üçüncü alt bölüm (C) AKS ağrı niteliğini değerlendirmek üzere “Ezici, Baskılayıcı, Yanıcı, Karıncalanma, Boğucu, Ağırılık, Dolgunluk, Sıkıştırıcı, Bıçaklayıcı, Donuk, Keskin, Sızlayıcı, Kramp ve Daraltıcı” olmak üzere 14 madde yer almaktadır. Bu alt ölçeğin değerlendirmesinde de "EVET" veya "HAYIR" yanıtı istenmektedir.

AKS Belirti Envanterin değerlendirilmesinde her bir madde ayrı ayrı analiz edilir. Literatürde psikometrik özellikler değerlendirmelerde kapsam geçerlilik indeksin (KGI) 0,70 üzeri uygun olduğu bildirilmiştir.

3.7. AKS Belirti Envanterinin Dil ve Kapsam Geçerliliği

“AKS Belirti Envanteri” İngilizce versiyonu üç alt bölümden oluşmaktadır (Ek 3). AKS Belirti Envanterin dil geçerliğini test etmek amacıyla Brislin modeli kullanıldı (<https://mnergiz.blogspot.com/2018/04/olcegin-cevirisinde-brislin-ve-arkadaslari-1973-yontemi-survey-scale-translation-method-by-brislin-at-al..html>). Bu yöntem; 1. hedef dile ilk çeviri, 2. ilk çeviriyi değerlendirme, 3. kaynak dile geri çeviri, 4. geri çevirinin tekrar değerlendirilmesi ve 5. uzman görüşlerine başvurma aşamalarından oluşan bir süreci içermektedir. Bu kapsamda envanter ilk olarak, anadili Türkçe ve alana uzman iki İngiliz Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından Türkçeye çevrildi. Yapılan ilk çeviri iç hastalıkları hemşireliği ve cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında doktora derecesine sahip 5 kişilik değerlendirme grubu tarafından değerlendirilmeye tabi tutularak, envanter maddelerinin anlaşılabilirliği ve kelime yapıları gözden geçirildi. İlk değerlendirme sonucu üzerinde uzlaşılan envanterin Türkçe çevirisinin, anadili Türkçe olan, 2 farklı İngiliz Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından İngilizceye çevrildi. Kaynak dile yapılan bu geri çeviri neticesinde elde edilen envanter ile asıl envanter karşılaştırılarak ölçeğin son şekli verildi ve tek bir form haline getirildi.

3.8. Kapsam Geçerliliği

AKS Belirti Envanterin Türkçe ve İngilizce versiyonu, iki kardiyolog, 5 iç hastalıkları hemşireliği ve 5 cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında öğretim elemanı olmak üzere toplam 12 uzmanın görüşüne sunuldu. Uzman görüşleri doğrultusunda AKS Belirti Envanteri Türkçe formunun son hali oluşturuldu. Dil geçerliliği tamamlanan ölçeğin maddeleri içerik geçerliliği açısından uzmanlar tarafından likert ölçeği kullanarak “1- Çok Uygun, 2- Uygun, Ancak Küçük Değişiklik Yapılmalı, 3- Biraz Uygun, 4- Uygun Değil” seçenekleri ile değerlendirildi. Uzman görüşlerinde maddelerin büyük çoğunluğu kesinlikle uygun (4) ve uygun (3) seçenekleri ile değerlendirildi ve uzman önerileri doğrultusunda envanter maddeleri düzenlendi. AKS Belirti Envanterin kapsam geçerliliği için 12 uzmanın maddelere verdiği puanlar doğrultusunda hesaplanan, kapsam geçerlilik oranları ve ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1: Uzman Değerlendirmesi Doğrultusunda AKS Belirti Envanterin KGİ Değerleri

Maddeler	Kesinlikle Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Kesinlikle Uygun	KGİ
1	0	0	0	12	1,00
2	0	0	0	12	1,00
3	0	0	0	12	1,00
4	0	0	0	12	1,00
5	0	0	0	12	1,00
6	0	0	0	12	1,00
7	0	0	0	12	1,00
8	0	2	2	8	,83
9	0	0	0	12	1,00
10	0	0	0	12	1,00
11	0	0	0	12	1,00
12	0	0	0	12	1,00
13	0	0	0	12	1,00
14	0	0	0	12	1,00
15	0	0	0	12	1,00
16	0	0	0	12	1,00
17	0	0	0	12	1,00
18	0	0	0	12	1,00
19	0	0	0	12	1,00
20	0	2	3	7	,83
21	0	0	0	12	1,00
22	0	0	0	12	1,00
23	0	0	0	12	1,00
24	0	0	0	12	1,00
25	0	0	0	12	1,00
26	0	0	0	12	1,00
27	0	0	0	12	1,00

Tablo 1'in devamı

28	0	0	0	12	1,00
29	0	0	0	12	1,00
30	0	0	0	12	1,00
31	0	0	0	12	1,00
32	0	0	0	12	1,00
33	0	0	0	12	1,00
34	0	0	0	12	1,00
35	0	0	0	12	1,00
36	0	0	0	12	1,00
37	0	0	0	12	1,00
38	0	0	0	12	1,00
39	0	0	0	12	1,00
40	0	0	0	12	1,00
41	0	1	4	7	,92
42	0	0	0	12	1,00
43	0	0	0	12	1,00
44	0	2	1	9	,83
45	0	0	0	12	1,00
46	0	0	0	12	1,00
47	0	0	0	12	1,00
48	0	2	5	5	,83
KGİ= 0,98					

Uzman görüşlerinden elde edilen değerlendirmeler doğrultusunda her bir madde için madde bazında KGİ ve envanter geneli KGİ ortalaması hesaplandı. Madde bazlı KGİ, her bir madde için “uygun” ve “kesinlikle uygun” veren uzmanların yüzdesi olarak hesaplanarak 0,83- 1,00 arasında elde edildi. Envanterin genel KGİ'sini değerlendirmek için ortalama yöntemi kullanarak maddelerin KGİ değerleri ortalaması alınarak hesaplandı. Envanterin genel KGİ ortalaması 0,98 hesaplandı. Madde KGİ ≥ 0.78 ve Envanter Genel KGİ ≥ 0.90 olması yüksek kapsam geçerliliğini göstermektedir.

3.9. Test-Tekrar Test Güvenilirliği

AKS Belirti Envanterin zamana göre değişmezliğini saptamak için hastalarla yüze yüze görüşme tekniği kullanarak test-tekrar testi uygulandı. Kardiyoloji kliniğinde yatışı yapılan, çalışmamıza katılmaya gönüllü olan ve AKS tanısı alan 10 hastada AKS Belirti Envanter bir gün arayla aynı hasta grubu üzerinde uygulandı. Veri toplama araçlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürdü. İki uygulamada verilen cevaplar arasındaki farklılıkların olup olmadığı tespit edildi ve katılımcılar aynı cevapları ikinci kez verdi.

3.10. Görünüş Geçerliliği

Kardiyoloji kliniğinde yatışı yapılan AKS tanısı alan 10 hastadan oluşan bir grup AKS Belirti Envanterin görünüş geçerliliğini değerlendirdi. Maddelerin AKS belirtilerini değerlendirmek için uygun olduğunu ve envanteri yanıtlarken herhangi bir zorlukla karşılaşmadıklarını belirtti. Hastalar AKS Belirti Envanteri- Türkçe için herhangi bir ek madde önermemiş olup, AKS belirtilerini ölçmek için yeterli olduğunu belirtti Bu nedenle envanterde herhangi bir değişiklik yapılmadı. AKS Belirti Envanterin Türk hastalarda görünüş geçerliliğinin yeterli olduğu anlaşıldı.

3.11. Veri Toplama Süreci

Çalışmada veri toplama süreci iki aşamada gerçekleşti. AKS Belirti Envanter geliştiriciden yazılı izin alındıktan sonra Etik kurul, kurum izni ve daha sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan yazılı izinler alındı. Birinci aşama veri toplama süreci kardiyoloji kliniğinde ve koroner yoğun bakım ünitesinde gerçekleşti. AKS Belirti Envanter test- tekrar test değerlendirmesi için araştırma kapsamına alınan ve AKS tanısı konulan 150 hasta ile bir gün arayla yüz yüze görüşme yapıldı. Birinci gün hastalar ile yüz yüze görüşme yapılarak hasta bilgi formu ve AKS Belirti Envanter formu araştırmacı tarafından dolduruldu. İkinci gün ise aynı hastalar ile yüz yüze görüşme yapılarak AKS Belirti Envanter Formu tekrar dolduruldu. Hastalar ile 1. ve 2. gün görüşmeler ortalama 15-20 dakika sürdü.

Araştırmanın ikinci aşaması acil servisinde gerçekleşti. Bu aşamada acil serviste AKS belirti/belirtileri olan (göğüs ağrısı (göğüste basınç hissi, ağırlık, sıkışma/sıkışma), terleme, nefes darlığı, kol ağrısı, çene/boyun ağrısı, göğüste uyuşma, göğüste karıncalanma, batma veya bıçaklanma, sırt orta hat ağrısı, çarpıntı, bulantı/kusma, baş dönmesi veya senkop, yorgunluk ve huzursuzluk), EKG bulguları ve serum troponin değerine tabi tutulan (AKS şüphesi) gözlem altına alınan toplam 120 hasta ile sürdürüldü. Yüz yüze görüşme tekniği ile hasta bilgi formu ve AKS Belirti Envanter formu araştırmacı tarafından dolduruldu. Hastalar ile görüşmeler ortalama 10 dakika sürdü. Hastaların AKS tanısı- AKS dışı tanı konması acil uzman hekim, acil asistan ve acil hemşiresi eşliğinde hastaların başvuru

dukları süreçteki belirti/belirtiler, EKG bulguları ve serum troponin değerlerine ilişkin gerçekleşti.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada lipoprotein anormallikleri, hiperkoagülabilite durumları, yüksek homosistein seviyeleri, inflamasyon belirteçleri ve trombosit glikoproteini gibi ortaya çıkan bazı risk faktörleri değerlendirilmemiştir.

3.13. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleşmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitü Etik Kurul'dan (Sayı: E-84026528-050.01.04-2300077133/Tarih: 31.03.202) onay alındı (Ek 5). Araştırmanın yürütülmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Başhekimliğinden (Sayı: E-27222899-811.99-2300085466/ Tarih: 17.04.2023) izin alındı (Ek 6). Araştırmada kullanılan “AKS Belirti Envanteri” Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yürütülmesi için envanterin geliştiricisi olan Devon A. Holli'den yazılı izin alındı (Ek 4). Araştırma kapsamına dâhil edilen tüm hastalara araştırma hakkında sözel ve yazılı bilgilendirme yapılarak yazılı onam alındı.

3.14. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler araştırmacı tarafından SPSS 20.0 programına kaydedildi. Verilerin normal dağılıma uygunluk testleri Skewness-Kurtosis testi (-1.5- +1.5) ile yapıldı ve uygun dağıldığı belirlendi. AKS Belirti Envanterin dil geçerliliğini test etmek amacıyla Brislin modeli kullanıldı. İlgili uzmanlar aracılığıyla AKS Belirti Envanterin dil ve kapsam geçerliliği değerlendirilmesi yapılarak madde bazlı ve genel envanter KGİ değeri hesaplandı. AKS Belirti Envanterin güvenilirliği ve görünüş değerlendirmesi yapıldı. AKS belirti envanter belirti türü alt ölçeğinin test-tekrar test güvenilirliği için Intraclass Correlation Coefficient (ICC) ve AKS belirti envanter ağrı yeri ve ağrı niteliği alt ölçeğinin test-tekrar test güveni-

lirliği için Kappa analizleri yapıldı. Hasta zelliklerine ilişkin AKS semptom farklılıklarını belirlemek için ki-kare testi kullanıldı. AKS'ye ilişkili semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıklarını belirlemek için çoklu regresyon analizi kullanıldı. Çalışmada anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edildi.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. AKS Tanısı İle Kardiyoloji Kliniği/ Koroner Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. AKS Tanısı İle Kardiyoloji Kliniği/ Koroner Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler		n=150	%
Yaş	<65 yaş	78	52
	Yaş Ortalaması: 52,73±8,43		
	≥65 yaş	72	48
Yaş Ortalaması: 72,88±7,16			
Toplam Yaş Ortalaması	62,40±12,78		
Cinsiyet	Kadın	49	32,7
	Erkek	101	67,3
BKİ	30 <	107	71,3
	BKİ Ortalaması: 25,99±0,31		
	30 ≥	43	28,7
BKİ Ortalaması: 32,96±0,42			
Toplam BKİ Ortalaması	27,99±4,44		
Medeni durum	Evli	117	78
	Bekâr	33	22
Eğitim durumu	Okuryazar değil	5	3,3
	İlkokul/ortaokul	118	78,7
	Üniversite	27	18
Meslek	Çalışıyor	71	47,3
	Çalışmıyor	79	52,7
Eşlik Eden Hastalıkları			
DM	Var	50	33,3
	Yok	100	66,7
HT	Var	72	48
	Yok	78	52
KOAİ	Var	16	10,7
	Yok	133	89,3
HL	Var	39	26
	Yok	111	74
Sigara İçme Durumu	İçmiyor	42	28
	Bırakmış	47	31,3
	İçiyor	61	40,7
COVID-19 Geçirime Durumu	Geçirmiş	39	26
	Geçirmemiş	111	74

Tablo 2’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sayı ve yüzdeleri verilmiştir. Hastaların %52’sinin <65 yaş altında ve ortalama yaşın 62,40 ± 12,78 olduğu, %67,3’ünün

erkek, %71,3'ünün BKİ 30 < ve BKİ ortalamasının 27,99±4,44 olduğu, %78'inin evli, %78,7'sinin ilkokul/ortaokul mezunu ve %52,7'sinin çalışmıyor olduğu belirlendi. Eşlik eden hastalıklarına bakıldığında %33,3'ü DM, %48'i HT, %10,7'si KOAH ve %26'sı HL tanılı olduğu görüldü. Hastaların %40,7'sinin sigara içtiği, %26'sının Covid 19 geçirdiği, belirlendi (Tablo 2).

4.2. AKS Belirti Envanter Belirti Türü Alt Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

Tablo 3. AKS Belirti Envanter Belirti Türü Alt Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

Alt ölçek	Madde	Intraclass Correlation Coefficient (ICC)
Belirti Türü	Terleme	0,965
	Göğüste Yanma Hissi	0,964
	Kusma	0,967
	Sersemlik	0,920
	Hazımsızlık	0,924
	Nefes Darlığı	0,971
	Bayılma	0,925
	Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi	0,954
	Çarpıntı	0,960
	Bulantı	0,957
	Nefes Almada Zorluk	,965
	Baş Dönmesi	0,844
	İştah Kaybı	0,802
	Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma	0,961
	Sıcaklık Hissi/Kızarma	0,957
	Şiddetli Korku Hissi	0,957
	Öksürük (Yeni Başlayan)	0,912
	Hızlı Nefes Alıp Verme	0,954
	Tükenmişlik	0,911

Kardiyoloji kliniğinde ve koroner yoğun bakım ünitesinde yatışı yapılan ve AKS tanısı konulan toplam 150 gönüllü hasta ile test- tekrar test değerlendirmesi yapıldı. Tablo 3'te AKS Belirti Envanterin "Belirti Türü" alt ölçeklerindeki maddelerin güvenilirliğini değerlendirmek için Kappa testi kullanıldı. "Belirti Türü" alt ölçeğindeki tüm maddelerin ICC'si, 0,802 ve üzeri üzerinde hesaplandı (Tablo 3). Bu sonuçlar, Envanterin alt ölçeği olan Belirti Türüne ilişkin, başlangıç ve tekrar test ölçümleri arasında önemli ila mükemmel uyum ile tatmin edici test-tekrar test güvenilirliğine işaret etmektedir.

4.3. AKS Belirti Envanter Ağrı Yeri ve Ağrı Niteliği Alt Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

Tablo 4. AKS Belirti Envanter Ağrı Yeri ve Ağrı Niteliği Alt Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

ALT ÖLÇEK	MADDE	KAPPA
AĞRI YERİ	Çene	0,880
	Boyun	0,867
	Boğaz	0,837
	Sol Omuz	0,920
	Sağ Omuz	0,880
	Sol Kol	0,966
	Sağ Kol	0,963
	Sol Göğüs	0,952
	Göğsün Ortası	0,934
	Sağ Göğüs	0,922
	Sırtın Üstü	0,883
	Sırtın Ortası	0,944
	Dişler	0,892
	Üst Karın	0,932
	AĞRI NİTELİĞİ	Ezici
Baskılayıcı		0,867
Yanııcı		0,863
Karıncalanma		0,883
Boğucu		0,891
Ağrılık		0,887
Dolgunluk		0,874
Sıkıştırıcı		0,853
Bıçaklayıcı		0,877
Donuk		0,514
Keskin		0,856
Sızlayıcı		0,821
Kramp		0,403
Daraltıcı		0,817

Tablo 4'te AKS Belirti Envanterin "Ağrı Yeri" ve " Ağrı Niteliği" alt ölçeklerindeki test-tekrar test puanları arasındaki uyumu ölçmek için kapa testi kullanıldı. 0.61-0.80 değeri önemli ölçüde uyumu, 0.81-1.00 değeri ise mükemmel uyumu göstermektedir. Analiz sonucu "Donuk"=0,514 ve "Kramp"=0,403 hariç diğer maddelerin uyumu 0,817-0,966 arasında hesaplandı. Bu sonuçlar, başlangıç ve tekrar test ölçümleri arasında önemli ile mükemmel uyum ile tatmin edici test-tekrar test güvenilirliğine işaret etmektedir (Tablo 4).

4.4. AKS Tanılı Hastalarda Belirtilerin Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular

Tablo 5. AKS Tanılı Hastalarda Belirtilerin Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular

Belirtiler	Yok n(%)	Var n(%)
Terleme	45 (30)	105 (70)
Göğüste yanma hissi	84 (56)	66 (44)
Kusma	118 (78,7)	32 (21,3)
Sersemlik	71 (47,3)	79 (52,7)
Hazımsızlık	75 (50)	75 (50)
Nefes darlığı	83 (55,3)	67 (44,7)
Bayılma	144 (96)	6 (4)
Göğüs ağrısı/ Rahatsızlık hissi	17 (11,3)	133 (88,7)
Çarpıntı	105 (70)	45 (30)
Bulantı	83(55,3)	67 (44,7)
Nefes almada zorluk	81 (54)	69 (46)
Baş dönmesi	114 (76)	36 (24)
İştah kaybı	114 (76)	36 (24)
Güçsüzlük	57 (38)	93 (62)
Uyuşukluk/Ellerde karıncalanma	79 (52,7)	71 (47,3)
Sıcaklık hissi/kızarma	79 (52,7)	71 (47,3)
Şiddetli korku hissi	87 (58)	63 (42)
Öksürük (yeni başlayan)	115 (76,7)	35 (23,3)
Hızlı nefes alıp verme	79 (52,7)	71 (47,3)
Tükenmişlik	39 (26)	111 (74)

Tablo 5'de AKS tanılı hastalarda belirtilerin görülme sıklığına ilişkin bulgular verildi. AKS tanılı hastalarda sırası ile en çok görülen belirti; göğüs ağrısı/ rahatsızlık hissi

(%88,7), tükenmişlik (%74), terleme (%70), uyuşukluk/ellerde karıncalanma (%62) ve sersemlik (%52,7) olduğu belirlendi (Tablo 5).

4.5. AKS Tanılı Hastalarda Ağrının Yerine İlişkin Bulgular

Tablo 6. AKS Tanılı Hastalarda Ağrının Yerine İlişkin Bulgular

Ağrının Yeri	Hayır		Evet	
	n	(%)	n	(%)
Çene	133	88,7	17	11,3
Boyun	97	64,7	53	35,3
Boğaz	116	77,3	34	22,7
Sol Omuz	80	53,3	70	46,7
Sağ Omuz	106	70,7	44	29,3
Sol Kol	74	49,3	76	50,7
Sağ Kol	110	73,3	40	26,7
Sol Göğüs	69	46,0	81	54,0
Göğsün Ortası	39	26,0	111	74,0
Sağ Göğüs	118	78,7	32	21,3
Sırtın Üstü	107	71,3	43	28,7
Sırtın Ortası	90	60,0	60	40,0
Dişler	133	88,7	17	11,3
Üst Karın	85	56,7	65	43,3

Tablo 6. AKS tanılı hastalarda ağrının yerine ilişkin bulgular verilmiştir. Hastalarda en sık görülen ağrı yeri sırası ile Göğsün Ortası 74,0, Sol Göğüs 54,0, Sol Kol 50,7, Sol Omuz 46,7ve Üst Karın 43,3 olduğu belirlendi (Tablo 6).

4.6. AKS Tanılı Hastalarda Ağrının Niteliğine İlişkin Bulgular

Tablo 7. AKS Tanılı Hastalarda Ağrının Niteliğine İlişkin Bulgular

Ağrının Niteliği	Hayır		Evet	
	n	(%)	n	(%)
Ezici	137	91,3	13	8,7
Baskılayıcı	75	50	75	50
Yanıcı	102	68,0	48	32,0
Karıncalanma	135	90,0	15	10,0
Boğucu	105	70,0	45	30,0
Ağrılık	91	60,7	59	39,3
Dolgunluk	121	80,7	29	19,3
Sıkıştırıcı	77	51,3	73	48,7
Bıçaklayıcı	127	84,7	23	15,3
Donuk	130	86,7	20	13,3
Keskin	122	81,3	28	18,7

Tablo 7'nin devamı

Sızlayıcı	90	60,0	60	40,0
Kramp	141	94,0	9	6,0
Daraltıcı	90	60,0	60	40,0

Tablo 7'de AKS tanılı hastalarda ağrının niteliğine ilişkin bulgular verilmiştir. Hastalarda en sık görülen ağrı niteliği sırası ile sıkıştırıcı (48.7), daraltıcı (40,0), sızlayıcı (40,0), ağırlık (39,3,0) ve yanıcı (32,0) olduğu belirlendi (Tablo 7).

4.7. AKS Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Yaş Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Tablo 8. AKS Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Yaş Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

<i>Semptomlar</i>	<i>65 Yaş Altı</i>	<i>65 Yaş Üstü</i>	<i>P*</i>
<i>Terleme</i>			,476
<i>Yok</i>	21	24	
<i>Var</i>	57	48	
<i>Göğüste Yanma Hissi</i>	41	43	,413
<i>Yok</i>	37	29	
<i>Var</i>			
<i>Kusma</i>	60	58	,691
<i>Yok</i>	18	14	
<i>Var</i>			
<i>Sersemlik</i>	39	32	,517
<i>Yok</i>	39	40	
<i>Var</i>			
<i>Hazımsızlık</i>	32	43	,033
<i>Yok</i>	46	29	
<i>Var</i>			
<i>Nefes Darlığı</i>	40	43	,327
<i>Yok</i>	38	29	
<i>Var</i>			
<i>Bayılma</i>	74	70	,683
<i>Yok</i>	4	2	
<i>Var</i>			
<i>Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi</i>	11	6	,310
<i>Yok</i>	67	66	
<i>Var</i>			
<i>Çarpıntı</i>	49	56	,052
<i>Yok</i>	29	16	
<i>Var</i>			
<i>Bulantı</i>	40	43	,327
<i>Yok</i>	38	29	
<i>Var</i>			
<i>Nefes Almada Zorluk</i>	39	42	,329
<i>Yok</i>	39	30	
<i>Var</i>			

Tablo 8'in devamı

<i>Baş Dönmesi</i>	61	53	,568
<i>Yok</i>	17	19	
<i>Var</i>			
<i>İştah Kaybı</i>	62	52	,341
<i>Yok</i>	16	20	
<i>Var</i>			
<i>Güçsüzlük</i>	29	28	,867
<i>Yok</i>	49	44	
<i>Var</i>			
<i>Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma</i>	40	39	,746
<i>Yok</i>	38	33	
<i>Var</i>			
<i>Sıcaklık Hissi/Kızarma</i>	35	44	,051
<i>Yok</i>	43	28	
<i>Var</i>			
<i>Şiddetli Korku Hissi</i>	42	45	,322
<i>Yok</i>	36	27	
<i>Var</i>			
<i>Öksürük (Yeni Başlayan)</i>	57	58	,336
<i>Yok</i>	21	14	
<i>Var</i>			
<i>Hızlı Nefes Alıp Verme</i>	41	38	0,682
<i>Yok</i>	37	34	
<i>Var</i>			
<i>Tükenmişlik</i>	19	19	,852
<i>Yok</i>	58	53	
<i>Var</i>			

*Ki-kare

Tablo 8'te AKS hastalarda belirtiler ile yaş arasındaki farka ilişkin bulgular ki-kare test analiz ile değerlendirildi. Analiz sonucu hazımsızlık belirtisi ile yaş arasında anlamlı fark bulundu (,033). Analiz sonucu 65 yaş altı olan hastalarda hazımsızlık belirtisi 65 yaş ve üstü olanlarda daha fazla görüldü (Tablo 8).

4.8. AKS Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Cinsiyet Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Tablo 9. AKS Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Cinsiyet Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

<i>Belirtiler</i>	<i>Kadın</i>	<i>Erkek</i>	<i>P*</i>
<i>Terleme</i>			,851
<i>Yok</i>	14	35	
<i>Var</i>	31	70	
<i>Göğüste Yanma Hissi</i>			,604
<i>Yok</i>	29	55	
<i>Var</i>	20	46	
<i>Kusma</i>			,529
<i>Yok</i>	37	81	
<i>Var</i>	12	20	

Tablo 9'un devamı

<i>Sersemlik</i>				,082
<i>Yok</i>	18	53		
<i>Var</i>	31	48		
<i>Hazımsızlık</i>				,789
<i>Yok</i>	24	51		
<i>Var</i>	25	50		
<i>Nefes Darlığı</i>				,729
<i>Yok</i>	26	57		
<i>Var</i>	23	44		
<i>Bayılma</i>				,664
<i>Yok</i>	48	96		
<i>Var</i>	1	5		
<i>Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi</i>				,424
<i>Yok</i>	7	10		
<i>Var</i>	42	91		
<i>Çarpıntı</i>				,002
<i>Yok</i>	26	79		
<i>Var</i>	23	22		
<i>Bulantı</i>				,082
<i>Yok</i>	22	61		
<i>Var</i>	27	40		
<i>Nefes Almada Zorluk</i>				,485
<i>Yok</i>	24	57		
<i>Var</i>	25	44		
<i>Baş Dönmesi</i>				,104
<i>Yok</i>	33	81		
<i>Var</i>	16	20		
<i>İştah Kaybı</i>				,106
<i>Yok</i>	33	81		
<i>Var</i>	16	20		
<i>Güçsüzlük</i>				,007
<i>Yok</i>	11	46		
<i>Var</i>	38	55		
<i>Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma</i>				,862
<i>Yok</i>	25	54		
<i>Var</i>	24	47		
<i>Sıcaklık Hissi/Kızarma</i>				,023
<i>Yok</i>	19	60		
<i>Var</i>	30	41		
<i>Şiddetli Korku Hissi</i>				,077
<i>Yok</i>	23	64		
<i>Var</i>	26	37		
<i>Öksürük (Yeni Başlayan)</i>				,154
<i>Yok</i>	34	81		
<i>Var</i>	15	20		
<i>Hızlı Nefes Alıp Verme</i>				,602
<i>Yok</i>	24	55		
<i>Var</i>	25	46		
<i>Tükenmişlik</i>				,425
<i>Yok</i>	10	28		
<i>Var</i>	38	73		

*Ki-kare

Tablo 9'da AKS hastalarda belirtiler ile cinsiyet arasındaki farka ilişkin bulgular ki-kare test analiz ile değerlendirildi. Analiz sonucu çarpıntı (,002), güçsüzlük (,007) ve sıcaklık hissi/kızarma (,023) belirtisi ile cinsiyet arasında fark anlamlı bulundu. Analiz sonucu

kadınlarda çarpıntı, güçsüzlük ve sıcaklık hissi/kızarma belirtisi daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 9).

4.9. AKS tanılı Hastalarda Belirtiler ile BKİ Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Tablo 10. AKS tanılı Hastalarda Belirtiler ile BKİ Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

<i>Belirtiler</i>	<i><30</i>	<i>≥30</i>	<i>P*</i>
<i>Terleme</i>			,435
<i>Yok</i>	30	15	
<i>Var</i>	77	28	
<i>Göğüste Yanma Hissi</i>			,965
<i>Yok</i>	60	24	
<i>Var</i>	47	19	
<i>Kusma</i>			,826
<i>Yok</i>	85	33	
<i>Var</i>	22	10	
<i>Sersemlik</i>			,591
<i>Yok</i>	49	22	
<i>Var</i>	58	21	
<i>Hazımsızlık</i>			,279
<i>Yok</i>	57	18	
<i>Var</i>	50	25	
<i>Nefes Darlığı</i>			,856
<i>Yok</i>	59	24	
<i>Var</i>	48	19	
<i>Bayılma</i>			,354
<i>Yok</i>	104	40	
<i>Var</i>	3	3	
<i>Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi</i>			,258
<i>Yok</i>	10	7	
<i>Var</i>	97	36	
<i>Çarpıntı</i>			,435
<i>Yok</i>	77	28	
<i>Var</i>	30	15	
<i>Bulantı</i>			,365
<i>Yok</i>	62	21	
<i>Var</i>	45	22	
<i>Nefes Almada Zorluk</i>			,592
<i>Yok</i>	58	23	
<i>Var</i>	49	20	
<i>Baş Dönmesi</i>			,401
<i>Yok</i>	79	35	
<i>Var</i>	28	8	
<i>İştah Kaybı</i>			,206
<i>Yok</i>	78	36	
<i>Var</i>	29	7	
<i>Güçsüzlük</i>			,853
<i>Yok</i>	40	17	
<i>Var</i>	67	26	

Tablo 11'in devamı

<i>Nefes Darlığı</i>			,728		,207		,010		,828
<i>Yok</i>	29	54		36	47	4	79	21	62
<i>Var</i>	21	46		36	31	12	55	18	49
<i>Bayılma</i>			,096		,920		,627		,020
<i>Yok</i>	46	98		69	75	15	129	35	109
<i>Var</i>	4	2		3	3	1	5	4	2
<i>Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi</i>			,586		,343		,497		,130
<i>Yok</i>	7	10		10	7	1	16	7	10
<i>Var</i>	43	90		62	71	15	118	32	101
<i>Çarpıntı</i>			1,000		,225		,489		,350
<i>Yok</i>	35	70		47	58	10	95	25	80
<i>Var</i>	15	30		25	20	6	39	14	31
<i>Bulantı</i>			,164		,043		,324		,875
<i>Yok</i>	32	51		46	37	7	76	22	61
<i>Var</i>	18	49		26	41	9	58	17	50
<i>Nefes Almada Zorluk</i>			,732		,345		,014		,692
<i>Yok</i>	26	55		36	45	4	77	20	61
<i>Var</i>	24	45		36	33	12	57	19	50
<i>Baş Dönmesi</i>			1,000		,510		,181		,780
<i>Yok</i>	38	76		53	61	10	104	29	85
<i>Var</i>	12	24		19	17	6	30	10	26
<i>İştah Kaybı</i>			,424		,510		,921		,553
<i>Yok</i>	36	78		53	61	12	102	31	83
<i>Var</i>	14	22		19	17	4	32	8	28
<i>Güçsüzlük</i>			,372		,829		,257		,485
<i>Yok</i>	16	41		28	29	4	53	13	44
<i>Var</i>	34	59		44	49	12	81	26	67
<i>Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma</i>			,908		,724		,199		,344
<i>Yok</i>	26	53		39	40	6	73	18	61
<i>Var</i>	24	47		33	38	10	61	21	50
<i>Sıcaklık Hissi/Kızarma</i>			,355		,724		,069		,864
<i>Yok</i>	29	50		39	40	5	74	21	58
<i>Var</i>	21	50		33	38	11	60	18	53
<i>Şiddetli Korku Hissi</i>			,079		,361		,493		,202
<i>Yok</i>	34	53		39	48	8	79	26	61
<i>Var</i>	16	47		33	30	8	55	13	50
<i>Öksürük (Yeni Başlayan)</i>			,785		,938		,647		,403
<i>Yok</i>	39	76		55	60	13	102	28	87
<i>Var</i>	11	24		17	18	3	32	11	24
<i>Hızlı Nefes Alıp Verme</i>			,228		,339		,199		,359
<i>Yok</i>	30	49		35	44	6	73	23	56
<i>Var</i>	20	51		37	34	10	61	16	55
<i>Tükenmişlik</i>			,072		,122		,061		,208
<i>Yok</i>	8	30		14	24	1	37	7	31
<i>Var</i>	41	70		57	54	15	96	32	79

*Ki-kare

Tablo 11'de AKS hastalarda belirtiler ile DM/HT/KOAH/HL arasındaki farka ilişkin bulgular ki-kare test analiz ile değerlendirildi. Analiz sonucu bulantı (,043) ile HT arasında, nefes darlığı (,010), nefes almada zorluk (,014) ile KOAH arasında, bayılma (,020)

ile HL arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu. HT tanılı hastalarda bulantı belirtisinin, KOAH tanılı hastalarda nefes darlığı ve nefes almada zorluk belirtisinin, HL tanılı hastalarda da bayılma belirtisinin daha çok olduğu belirlendi (Tablo 11).

4.11. AKS Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Sigara İçme Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Tablo 12. AKS Tanılı Hastalarda Belirtiler ile Sigara İçme Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

<i>Belirtiler</i>	<i>Sigara İçiyor</i>	<i>İçmiş Bırakmış</i>	<i>Sigara İçmiyor</i>	<i>P*</i>
<i>Terleme</i>				,764
<i>Yok</i>	12	16	17	
<i>Var</i>	30	31	44	
<i>Göğüste Yanma Hissi</i>				,096
<i>Yok</i>	29	22	33	
<i>Var</i>	13	25	28	
<i>Kusma</i>				,099
<i>Yok</i>	34	41	43	
<i>Var</i>	8	6	18	
<i>Sersemlik</i>				,881
<i>Yok</i>	21	21	29	
<i>Var</i>	21	26	32	
<i>Hazımsızlık</i>				,760
<i>Yok</i>	23	23	29	
<i>Var</i>	19	24	32	
<i>Nefes Darlığı</i>				,929
<i>Yok</i>	24	25	34	
<i>Var</i>	18	22	27	
<i>Bayılma</i>				,731
<i>Yok</i>	40	46	58	
<i>Var</i>	2	1	3	
<i>Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi</i>				,005
<i>Yok</i>	10	1	6	
<i>Var</i>	32	46	55	
<i>Çarpıntı</i>				,635
<i>Yok</i>	27	34	44	
<i>Var</i>	15	13	17	
<i>Bulantı</i>				,186
<i>Yok</i>	20	31	32	
<i>Var</i>	22	16	29	
<i>Nefes Almada Zorluk</i>				,989
<i>Yok</i>	23	25	33	
<i>Var</i>	19	22	28	
<i>Baş Dönmesi</i>				,307
<i>Yok</i>	29	35	50	
<i>Var</i>	13	12	11	
<i>İştah Kaybı</i>				,533
<i>Yok</i>	33	33	48	
<i>Var</i>	9	14	13	

Tablo 12'nin devamı

<i>Güçsüzlük</i>				,487
<i>Yok</i>	13	18	26	
<i>Var</i>	29	29	35	
<i>Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma</i>				,951
<i>Yok</i>	22	24	33	
<i>Var</i>	20	23	28	
<i>Sıcaklık Hissi/Kızarma</i>				,279
<i>Yok</i>	19	29	31	
<i>Var</i>	23	18	30	
<i>Şiddetli Korku Hissi</i>				,140
<i>Yok</i>	19	30	38	
<i>Var</i>	23	17	23	
<i>Öksürük (Yeni Başlayan)</i>				,703
<i>Yok</i>	31	38	46	
<i>Var</i>	11	9	15	
<i>Hızlı Nefes Alıp Verme</i>				,881
<i>Yok</i>	21	26	32	
<i>Var</i>	21	21	29	
<i>Tükenmişlik</i>				,686
<i>Yok</i>	9	14	15	
<i>Var</i>	32	33	46	

*Ki-kare

Tablo 12'de AKS hastalarda belirtiler ile sigara içme arasındaki farka ilişkin bulgular ki-kare test analiz ile değerlendirildi. Analiz sonucunda göğüs ağrısı/rahatsızlık hissi belirtisi ile sigara içme arasında anlamlılık saptandı ($p < .005$). Sigara içen hastalarda göğüs ağrısı/rahatsızlık hissi belirtisinin daha çok yaşandığı belirlendi (Tablo 12).

4.12. AKS Tanılı Hastalarda Belirtiler ile COVID-19 Geçirme Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Tablo 13. AKS Tanılı Hastalarda Belirtiler ile COVID-19 Geçirme Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

<i>Belirtiler</i>	<i>COVID-19 Geçirmeyen</i>	<i>COVID-19 Geçiren</i>	<i>P*</i>
<i>Terleme</i>			,776
<i>Yok</i>	34	11	
<i>Var</i>	77	28	
<i>Göğüste Yanma Hissi</i>			,753
<i>Yok</i>	63	21	
<i>Var</i>	48	18	
<i>Kusma</i>			,131
<i>Yok</i>	84	34	
<i>Var</i>	27	5	
<i>Sersemlik</i>			,096
<i>Yok</i>	57	14	
<i>Var</i>	54	25	

Tablo 13'ün devamı

<i>Hazımsızlık</i>			,094
<i>Yok</i>	60	15	
<i>Var</i>	51	24	
<i>Nefes Darlığı</i>			,334
<i>Yok</i>	64	19	
<i>Var</i>	47	20	
<i>Bayılma</i>			,020
<i>Yok</i>	109	35	
<i>Var</i>	2	4	
<i>Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi</i>			,155
<i>Yok</i>	15	2	
<i>Var</i>	96	37	
<i>Çarpıntı</i>			,180
<i>Yok</i>	81	24	
<i>Var</i>	30	15	
<i>Bulantı</i>			,334
<i>Yok</i>	64	19	
<i>Var</i>	47	20	
<i>Nefes Almada Zorluk</i>			,253
<i>Yok</i>	63	18	
<i>Var</i>	48	21	
<i>Baş Dönmesi</i>			,475
<i>Yok</i>	86	28	
<i>Var</i>	25	11	
<i>İştah Kaybı</i>			,875
<i>Yok</i>	84	30	
<i>Var</i>	27	9	
<i>Güçsüzlük</i>			,279
<i>Yok</i>	45	12	
<i>Var</i>	66	27	
<i>Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma</i>			,091
<i>Yok</i>	63	16	
<i>Var</i>	48	23	
<i>Sıcaklık Hissi/Kızarma</i>			,344
<i>Yok</i>	61	18	
<i>Var</i>	50	21	
<i>Şiddetli Korku Hissi</i>			,323
<i>Yok</i>	67	20	
<i>Var</i>	44	19	
<i>Öksürük (Yeni Başlayan)</i>			,086
<i>Yok</i>	89	26	
<i>Var</i>	22	13	
<i>Hızlı Nefes Alıp Verme</i>			,586
<i>Yok</i>	57	22	
<i>Var</i>	54	17	
<i>Tükenmişlik</i>			,246
<i>Yok</i>	31	7	
<i>Var</i>	80	31	

*Ki-kare

Tablo 13'de AKS hastalarda semptomlar ile COVID-19 geçirme durumu arasındaki farka ilişkin bulgular ki-kare test analiz ile değerlendirildi. Analiz sonucunda bayılma belirtisi ile COVID-19 geçirme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu

(,020). COVID-19 geçiren ve AKS tanısı alan hastalarda bayılma belirtisinin daha çok yaşandığı belirlendi (Tablo 13).

4.13. Acil Servise Başvuran AKS Şüphesi Olan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 14. Acil Servise Başvuran AKS Şüphesi Olan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler		N=120	%
Yaş	<65 yaş	101	84,2
	Ortalama Yaş		41,22±13,28
	≥65 yaş	19	15,8
	Ortalama Yaş		72,52±5,07
Cinsiyet	Kadın	54	45,0
	Erkek	66	55,0
BKİ	<30	91	75,8
	Ortalama BKİ		25,06±2,97
	30 ≥	29	24,2
	Ortalama BKİ		33,99±4,82
Medeni Durum	Evli	84	70,0
	Bekâr	36	30,0
Eğitim Durum	Okuryazar değil	3	2,5
	İlkokul/Ortaokul/Lise	77	64,1
	Üniversite	40	33,4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	57	47,5
	Çalışmıyor	63	52,5
Kronik Hastalıkları			
DM	Var	28	23,3
	Yok	92	76,7
HT	Var	38	31,7
	Yok	82	68,3
KOAİ	Var	5	4,2
	Yok	115	95,8
Hiperkolestrolemi	Var	11	9,2
	Yok	109	90,8
Sigara İçme Durum	İçmiyor	36	30,0
	Bırakmış	22	18,3
	İçiyor	62	51,7
COVID-19 Geçirime Durumu	Geçirmiş	47	39,2
	Geçirmemiş	73	60,8
Tanı	UA, STEMİ, NSTEMİ	28	23,3
	AKS Dışı	92	76,7

Tablo 14’de acil servise başvuran AKS şüphesi olan hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular sayı ve yüzde ile verilmiştir. Hastaların %84,2’ si <65 yaş altında,

%55'i erkek, %75,8'inin BKİ'si <30 altında ve %70'inin evli olduğu belirlendi. Hastaların %64,1'i ilkökul mezunu, %52,5'inin çalışmadığı belirlendi. Eşlik eden hastalıklara bakıldığında, hastaların %23,3'ü DM, %31,7'si HT, %4,2'si KOAH, %9,2'si HL olduğu belirlendi. Hastaların 51,7'sinin sigara içtiği ve %39,2'sinin COVID-19 geçirdiği belirlendi. AKS şüphesi ile acil serviste gözlem altına alınan hastaların %23,3'üne AKS tanısı konulduğu belirlendi. 65 yaş altı ve üstü hastaların yaş ortalaması sırası ile 41,22±13,28, 72,52±5,07 ve BKİ 30'un altında ve üstünde olan hastaların BKİ ortalaması sırası ile 25,06±2,97 ve 33,99±4,82 belirlendi (Tablo 14).

4.14. Acil Serviste AKS Şüphesi İle Gözlem Altında Olan Hastalarda Bazı Değişken Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 15. Acil Serviste AKS Şüphesi İle Gözlem Altında Olan Hastalarda Bazı Değişken Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Özellikler	AKS Tanısı Alan Hastalar (n=28)	AKS Dışı Tanı Alan Hastalar (n=92)	p*
Cinsiyet			,488
Kadın	11	43	
Erkek	17	49	
Yaş			,738
<65 yaş	23	78	
≥65 yaş	5	14	
BKİ			,906
30 <	21	70	
30 ≥	7	22	
DM			,077
Var	10	18	
YOK	18	74	
HT			,055
Var	15	67	
YOK	13	25	
KOAH			,368
Var	26	89	
YOK	2	3	
HL			,746
Var	25	84	
YOK	3	8	
Sigara İçme Durumu			,546
İçiyor	7	29	
İçmiş-Bırakmış	7	15	
İçmiyor	14	48	
COVID-19 Geçirme Durumu			,079
Geçirmiş	21	52	
Geçirmemiş	7	40	

* Ki-kare

Tablo 15'de acil serviste AKS şüphesi ile gözlem altında olan hastalarda bazı değişken farklılıklarına ilişkin bulgular verilmiştir. Ki-kare testi analiz sonucu, AKS tanısı alan ve almayan hastalar arasında cinsiyet, yaş, beden kitle indeksi, diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik obstruktif akciğer hastalığı, hiperlipidemi, sigara içme ve COVID-19 geçirme değişkenleri arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır ($p>,05$) (Tablo 15).

4.15. Acil Serviste AKS Şüphesi İle Gözlem Altında Olan Hastalarda AKS Belirtileri Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 16. Acil Serviste AKS Şüphesi İle Gözlem Altında Olan Hastalarda AKS Belirtileri Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Özellikler	AKS tanısı alan hastalar (n=28)	AKS dışı tanı alan hastalar (n=92)	P*
<i>Terleme</i>			,114
Yok	12	55	
Var	16	37	
<i>Göğüste Yanma Hissi</i>			,170
Yok	16	39	
Var	12	53	
<i>Kusma</i>			,473
Yok	26	81	
Var	2	11	
<i>Sersemlik</i>			,559
Yok	15	55	
Var	13	37	
<i>Hazımsızlık</i>			,279
Yok	24	70	
Var	4	22	
<i>Nefes Darlığı</i>			,388
Yok	16	44	
Var	12	48	
<i>Bayılma</i>			,048
Yok	25	90	
Var	3	2	
<i>Göğüs Ağrısı/Rahatsızlık</i>			-
Yok	0	0	
Var	28	92	
<i>Çarpıntı</i>			,965
Yok	16	53	
Var	12	39	
<i>Bulantı</i>			,618
Yok	22	68	
Var	6	24	
<i>Nefes Almada Zorluk</i>			,056
Yok	17	37	
Var	11	55	
<i>Baş Dönmesi</i>			,777
Yok	19	65	
Var	9	27	

Tablo 16'nın devamı

<i>İştah Kaybı</i>				,450
<i>Yok</i>	21	75		
<i>Var</i>	7	17		
<i>Güçsüzlük</i>				,097
<i>Yok</i>	9	46		
<i>Var</i>	19	46		
<i>Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma</i>				,335
<i>Yok</i>	12	49		
<i>Var</i>	16	43		
<i>Sıcaklık Hissi/Kızarma</i>				,796
<i>Yok</i>	19	60		
<i>Var</i>	9	32		
<i>Şiddetli Korku Hissi</i>				,574
<i>Yok</i>	16	47		
<i>Var</i>	12	45		
<i>Öksürük (Yeni Başlayan)</i>				,373
<i>Yok</i>	23	68		
<i>Var</i>	5	24		
<i>Hızlı Nefes Alıp Verme</i>				,599
<i>Yok</i>	18	64		
<i>Var</i>	10	28		
<i>Tükenmişlik</i>				,818
<i>Yok</i>	15	47		
<i>Var</i>	13	45		

*Ki-kare

Tablo 16'da acil serviste AKS şüphesi ile gözlem altında olan hastalarda AKS belirtileri farklılıklarına ilişkin bulgular verilmiştir. Ki-kare analiz testi sonuçlarına göre, bayılma belirtisi dışında ($p=,048$), terleme, göğüste yanma hissi, kusma, sersemlik, hazımsızlık, nefes darlığı, çarpıntı, bulantı, nefes almada zorluk, baş dönmesi, iştah kaybı, güçsüzlük uyuşukluk/ellerde karıncalanma, sıcaklık hissi/kızarma, şiddetli korku hissi, öksürük (yeni başlayan), hızlı nefes alıp verme ve tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>,05$). Acil servise başvuran AKS tanısı alan ve almayan tüm hastalar göğüs ağrısı/ rahatsızlık hissini belirttikleri için p değeri hesaplanmamıştır (Tablo 16).

4.16. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle Yaş Arası Farkına İlişkin Bulgular

Tablo 17. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle Yaş Arası Farkına İlişkin Bulgular

Semptomlar	P*	OR	CI (min)	CI (maks)
Terleme	,604	,680	,159	2,916
Göğüste Yanma Hissi	,014	,138	,028	,668

Tablo 17'nin devamı

Kusma	,086	,100	,007	1,382
Sersemlik	,060	,155	,022	1,081
Hazımsızlık	,720	,763	,174	3,353
Nefes Darlığı	,566	,668	,169	2,644
Bayılma	,450	2,987	,175	50,979
Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi	-	-	-	-
Çarpıntı	,558	1,518	,376	6,133
Bulantı	,650	1,471	,277	7,801
Nefes Almada Zorluk	,395	,540	,131	2,234
Baş Dönmesi	,085	4,560	,810	25,660
İştah Kaybı	,136	3,343	,685	16,318
Güçsüzlük	,052	5,324	,984	28,823
Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma	,105	,293	,066	1,292
Sıcaklık Hissi/Kızarma	,242	3,027	,474	19,324
Şiddetli Korku Hissi	,902	1,088	,283	4,188
Öksürük (Yeni Başlayan)	,445	1,872	,375	9,350
Hızlı Nefes Alıp Verme	,224	,340	,060	1,937
Tükenmişlik	,807	1,206	,269	5,418

* Çoklu regresyon analizi

Tablo 17'de acil serviste AKS tanısı konan ve konmayan hastalarda AKS belirtiler ile yaş arası farkına ilişkin bulgular çoklu regresyon analiz ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucu AKS tanısı alan ve almayanlarda göğüste yanma hissi (OR=,138 p= ,014, CI=,028- ,668) ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<,05) (Tablo 17).

4.17. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle Cinsiyet Arası Farkına İlişkin Bulgular

Tablo 18. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle Cinsiyet Arası Farkına İlişkin Bulgular

Semptomlar	P*	OR	CI (min)	CI (maks)
Terleme	,452	,667	,232	1,916
Göğüste Yanma Hissi	,548	,736	,271	2,000
Kusma	,053	5,036	,979	25,909
Sersemlik	,016	,239	,075	,767
Hazımsızlık	,662	,789	,272	2,289
Nefes Darlığı	,322	,576	,194	1,714
Bayılma	,339	,304	,027	3,490
Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi	-	-	-	-
Çarpıntı	,267	,548	,189	1,587
Bulantı	,152	,414	,124	1,384
Nefes Almada Zorluk	,221	,499	,164	1,518
Baş Dönmesi	,706	1,257	,383	4,121
İştah Kaybı	,576	1,414	,420	4,757

Tablo 18'in devamı

Güçsüzlük	,015	4,879	1,364	17,454
Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma	,101	,412	,143	1,189
Sıcaklık Hissi/Kızarma	,175	2,401	,678	8,505
Şiddetli Korku Hissi	,928	1,047	,386	2,841
Öksürük (Yeni Başlayan)	,406	1,653	,505	5,407
Hızlı Nefes Alıp Verme	,990	1,008	,314	3,239
Tükenmişlik	,088	,377	,123	1,158

* Çoklu regresyon analizi

Tablo 18'de acil serviste AKS tanısı konan ve konmayan hastalarda AKS belirtiler ile cinsiyet arası farkına ilişkin bulgular çoklu regresyon analiz ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucu AKS tanısı alan ve almayanlarda sersemlik (OR=,239 p= ,016, CI=,075- ,767) ve güçsüzlük (OR= 4,879, p= ,015, CI=1,364- 17,454) ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<,05) (Tablo 18).

4.18. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle BKİ Arası Farkına İlişkin Bulgular

Tablo 19. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle BKİ Arası Farkına İlişkin Bulgular

Semptomlar	P*	OR	CI (min)	CI (maks)
Terleme	,173	2,298	,694	7,612
Göğüste Yanma Hissi	,590	1,361	,445	4,165
Kusma	,357	,377	,048	2,995
Sersemlik	,018	5,360	1,333	2,559
Hazımsızlık	,901	1,080	,323	3,615
Nefes Darlığı	,633	1,371	,376	5,003
Bayılma	,002	,268	5,671	8,274
Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi	-	-	-	-
Çarpıntı	,928	,943	,263	3,384
Bulantı	,156	2,749	,679	11,131
Nefes Almada Zorluk	,604	,708	,193	2,606
Baş Dönmesi	,056	,229	,050	1,041
İştah Kaybı	,122	,270	,051	1,423
Güçsüzlük	,334	,498	,121	2,046
Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma	,227	2,098	,630	6,987
Sıcaklık Hissi/Kızarma	,888	1,109	,261	4,717
Şiddetli Korku Hissi	,069	,299	,081	1,099
Öksürük (Yeni Başlayan)	,144	,322	,070	1,472
Hızlı Nefes Alıp Verme	,811	,827	,175	3,902
Tükenmişlik	,482	1,595	,434	5,860

* Çoklu regresyon analizi

Tablo 19'da acil serviste AKS tanısı konan ve konmayan hastalarda AKS belirtiler ile BKİ arası farkına ilişkin bulgular çoklu regresyon analiz ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucu AKS tanısı alan ve almayanlarda sersemlik (OR=5,360, p= ,018, CI=1,333- 2,559) ve bayılma (OR= 9,266, p= ,002, CI=5,671- 8,274) belirtileri ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<,05) (Tabl 19).

4.19. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle DM Arası Farkına İlişkin Bulgular

Tablo 20. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle DM Arası Farkına İlişkin Bulgular

Semptomlar	P*	OR	CI (min)	CI (maks)
Terleme	,259	,500	,150	1,664
Göğüste Yanma Hissi	,862	1,103	,364	3,347
Kusma	,743	1,349	,225	8,090
Sersemlik	,602	1,433	,371	5,537
Hazımsızlık	,994	1,005	,296	3,410
Nefes Darlığı	,190	2,326	,658	8,225
Bayılma	,038	,059	,004	,852
Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi	-	-	-	-
Çarpıntı	,332	,561	,174	1,804
Bulantı	,443	,591	,155	2,263
Nefes Almada Zorluk	,801	1,180	,326	4,268
Baş Dönmesi	,320	,499	,127	1,963
İştah Kaybı	,861	,889	,239	3,313
Güçsüzlük	,168	,397	,107	1,478
Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma	,024	4,518	1,216	6,783
Sıcaklık Hissi/Kızarma	,814	1,198	,265	5,429
Şiddetli Korku Hissi	,957	,969	,309	3,035
Öksürük (Yeni Başlayan)	,880	1,119	,261	4,807
Hızlı Nefes Alıp Verme	,801	1,196	,298	4,804
Tükenmişlik	,437	1,652	,466	5,856

* Çoklu regresyon analizi

Tablo 20'de acil serviste AKS tanısı konan ve konmayan hastalarda AKS belirtiler ile DM arası farkına ilişkin bulgular çoklu regresyon analiz ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucu AKS tanısı alan ve almayanlarda hastalarda bayılma (OR= ,059, p= ,038, CI=,004- ,852) ve uyuşukluk/ellerde karıncalanma (OR= 4,518, p= ,024, CI=1,216- 6,783) belirtiler ile DM arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmuştur (p<,05) (Tablo 20).

4.20. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle HT Arası Farkına İlişkin Bulgular

Tablo 21. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle HT Arası Farkına İlişkin Bulgular

Semptomlar	P*	OR	CI (min)	CI (maks)
Terleme	,770	,856	,302	2,428
Göğüste Yanma Hissi	,569	,752	,283	2,003
Kusma	,224	,337	,058	1,950
Sersemlik	,780	1,183	,363	3,854
Hazımsızlık	,258	1,861	,635	5,456
Nefes Darlığı	,632	,767	,260	2,265
Bayılma	,072	12,046	,799	181,593
Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi	-	-	-	-
Çarpıntı	,613	1,313	,457	3,778
Bulantı	,318	1,846	,554	6,149
Nefes Almada Zorluk	,656	,775	,252	2,381
Baş Dönmesi	,192	2,256	,664	7,664
İştah Kaybı	,408	1,654	,502	5,448
Güçsüzlük	,487	1,510	,472	4,830
Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma	,081	,381	,129	1,125
Sıcaklık Hissi/Kızarma	,583	,686	,179	2,631
Şiddetli Korku Hissi	,957	1,029	,372	2,844
Öksürük (Yeni Başlayan)	,641	,739	,208	2,630
Hızlı Nefes Alıp Verme	,595	,719	,212	2,431
Tükenmişlik	,742	,829	,273	2,523

* Çoklu regresyon analizi

Tablo 21'de acil serviste AKS tanısı konan ve konmayan hastalarda AKS belirtiler ile HT arası farkına ilişkin bulgular çoklu regresyon analiz ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucu AKS tanısı alan ve almayanlarda hastalarda verilen belirtiler ile HT arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır ($p>,05$) (Tablo 21).

4.21. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle HL Arası Farkına İlişkin Bulgular

Tablo 22. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle HL Arası Farkına İlişkin Bulgular

Semptomlar	P*	OR	CI (min)	CI (maks)
Terleme	,386	,424	,061	2,946
Göğüste Yanma Hissi	,696	,722	,140	3,714
Kusma	,174	,131	,007	2,458
Sersemlik	,646	,577	,055	6,049
Hazımsızlık	,347	2,398	,388	14,832

Tablo 22'nin devamı

Nefes Darlığı	,204	3,505	,506	24,282
Bayılma	,591	,371	,010	13,798
Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi	-	-	-	-
Çarpıntı	,308	,339	,042	2,712
Bulantı	,203	3,196	,534	19,131
Nefes Almada Zorluk	,092	,156	,018	1,352
Baş Dönmesi	,122	6,254	,613	63,800
İştah Kaybı	,063	10,226	,878	119,059
Güçsüzlük	,506	,495	,062	3,947
Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma	,223	3,024	,509	17,946
Sıcaklık Hissi/Kızarma	,413	,392	,042	3,690
Şiddetli Korku Hissi	,406	,434	,061	3,104
Öksürük (Yeni Başlayan)	,610	1,630	,249	10,652
Hızlı Nefes Alıp Verme	,553	2,035	,195	21,255
Tükenmişlik	,398	,395	,046	3,409

* Çoklu regresyon analizi

Tablo 22'de acil serviste AKS tanısı konan ve konmayan hastalarda AKS belirtiler ile HL arası farkına ilişkin bulgular çoklu regresyon analiz ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucu AKS tanısı alan ve almayanlarda hastalarda verilen belirtiler ile HL arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır ($p>,05$) (Tablo 22).

4.22. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle Sigara İçme Durumu Farkına İlişkin Bulgular

Tablo 23. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle Sigara İçme Durumu Farkına İlişkin Bulgular

Semptomlar	P*	OR	CI (min)	CI (maks)
Terleme	,061	,378	,136	1,048
Göğüste Yanma Hissi	,038	2,760	1,058	7,203
Kusma	,445	1,788	,403	7,932
Sersemlik	,508	,686	,225	2,092
Hazımsızlık	,181	,484	,167	1,401
Nefes Darlığı	,992	,995	,351	2,821
Bayılma	,253	,229	,018	2,871
Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi	-	-	-	-
Çarpıntı	,091	,405	,142	1,154
Bulantı	,477	1,511	,485	4,711
Nefes Almada Zorluk	,812	,879	,302	2,560
Baş Dönmesi	,102	,348	,098	1,233
İştah Kaybı	,204	2,175	,655	7,215
Güçsüzlük	,487	1,480	,491	4,462
Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma	,277	1,718	,648	4,556
Sıcaklık Hissi/Kızarma	,042	3,886	1,053	14,344

Tablo 23'ün devamı

Şiddetli Korku Hissi	,519	1,372	,524	3,595
Öksürük (Yeni Başlayan)	,124	2,584	,771	8,660
Hızlı Nefes Alıp Verme	,681	,784	,246	2,500
Tükenmişlik	,580	,742	,257	2,137

* Çoklu regresyon analizi

Tablo 23'de acil serviste AKS tanısı konan ve konmayan hastalarda AKS belirtiler ile sigara içme durumu farkına ilişkin bulgular çoklu regresyon analiz ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucu AKS tanısı alan ve almayanlarda hastalarda göğüste yanma hissi (OR= 2,760, p= ,038, CI=1,058- 7,203) ve sıcaklık hissi/kızarma (OR= 3,886, p= ,042, CI=1,053- 14,344) belirtileri ile sigara içme durumu arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmuştur (p<,05) (Tablo 23).

4.23. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle COVID-19 Geçirme Durumu Farkına İlişkin Bulgular

Tablo 24. Acil Serviste AKS Tanısı Konan ve Konmayan Hastalarda AKS Belirtiler İle COVID-19 Geçirme Durumu Farkına İlişkin Bulgular

Semptomlar	P*	OR	CI (min)	CI (maks)
Terleme	,010	4,505	1,434	4,152
Göğüste Yanma Hissi	,235	,528	,184	1,516
Kusma	,355	,455	,086	2,413
Sersemlik	,603	1,366	,422	4,422
Hazımsızlık	,842	,892	,289	2,748
Nefes Darlığı	,548	,715	,239	2,139
Bayılma	,548	2,201	,168	8,804
Göğüs Ağrısı/ Rahatsızlık Hissi	-	-	-	-
Çarpıntı	,031	3,296	1,115	9,745
Bulantı	,772	1,209	,335	4,369
Nefes Almada Zorluk	,329	1,751	,568	5,395
Baş Dönmesi	,218	,462	,135	1,581
İştah Kaybı	,577	,700	,200	2,449
Güçsüzlük	,972	,979	,294	3,258
Uyuşukluk/Ellerde Karıncalanma	,497	,693	,240	1,998
Sıcaklık Hissi/Kızarma	,564	,685	,190	2,475
Şiddetli Korku Hissi	,005	4,554	1,568	3,230
Öksürük (Yeni Başlayan)	,428	,601	,171	2,115
Hızlı Nefes Alıp Verme	,847	1,120	,355	3,532
Tükenmişlik	,173	,450	,143	1,419

* Çoklu regresyon analizi

Tablo 24'de acil serviste AKS tanısı konan ve konmayan hastalarda AKS belirtiler ile COVID-19 geçirme farkına ilişkin bulgular çoklu regresyon analiz ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucu AKS tanısı alan ve almayanlarda terleme (OR= 4,505, p= ,010, CI=1,434- 4,152), çarpıntı (OR= 3,296, p= ,031, CI=1,115- 9,745) ve şiddetli korku hissi (OR= 4,554, p= ,005, CI=1,568- 13,230) belirtileri ile COVID-19 geçirme durumu arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmuştur (p<,05) (Tablo 24).



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

AKS koroner arterlerin tıkanması, miyokardın oksijen kaynağından yoksun kalmasına neden olur ve bu durum bir dizi semptomları ortaya çıkarır. AKS belirtileri göğüs bölgesinde baskı, sıkışma, ağırlık, daralma, sıkışma, doluluk veya sol göğsün merkezinde dokunuk veya ağırlı bir rahatsızlık hissi, göğüs rahatsızlığının vücudun diğer bölgelerine yayılması, terleme, nefes darlığı, bulantı ve kusma gibi diğer semptomları da içerir. AKS semptomları yaşayan hastaların hızlı bir şekilde tıbbi yardım alması hayati önem taşımaktadır. Tıbbi yardım alma kararı, bireyin hastalık deneyimini nasıl algıladığına bağlıdır ve belirtiler bu deneyimde en etkili faktördür. Hastaların AKS belirtiler deneyimi, hastaların tıbbi yardım arayıp aramadığını ve bu yardımı zamanında arayıp aramadığını belirler (Asgarpour vd. 2016). Ayrıca, belirtilerin tanımlanması, acil serviste uygun triyaj ve tıbbi değerlendirme için kritik öneme sahiptir ve bu da zamanında tedavi sağlanmasını garanti eder. Uluslararası AMI tanı kılavuzuna göre, iskemik semptomların varlığı tanı koymada bir kriterdir. Bu durum, AKS hastalarının belirtilerinin değerlendirilmesinin önemini vurgular. Tıbbi kayıtlarda belirtiler belgelenmesi, sağlık profesyonellerine ve araştırmacılara AKS semptomatolojisi hakkında detaylı ve değerli bilgiler sağlar. Klinisyenler, genellikle AMI için yaygın olan belirtileri (örneğin göğüs ağrısı) kaydetme eğilimindedir, ancak yaygın olmayan belirtilerin (örneğin yorgunluk) belgelenmesine daha az dikkat ederler. Bu nedenle tıbbi kayıtlar, hastaların AKS semptomatolojisi hakkında kapsamlı bilgi sağlamaz. Bunun yanı sıra, yaygın olmayan belirtiler olan hastalar genellikle tıbbi yardım aramada gecikir ve bu durum teşhisin gecikmesine yol açar. Bu hastalar tanı ve tedavide gecikme dolayısıyla daha yüksek ölüm oranlarıyla karşı karşıya kalır. Bu nedenle, AKS semptomlarını değerlendirmek için yapılandırılmış ve kapsamlı bir değerlendirme aracı gereklidir. Bu araç, AKS hastalarının semptom deneyimi hakkında doğru bilgi edinilmesini sağlar. Akut Koroner Sendrom Semptomları Envanteri, AKS semptomatolojisini sistematik bir yaklaşımla değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bu envanter, sağlık profesyonelleri tarafından bir anamnez rehberi olarak kullanılmak üzere tasarlanmış ve bir AKS atağı sırasında yaşanan belirtilerin detaylı şekilde belirlenmesini kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. AKS belirti envanteri, belirti türü, yeri ve niteliğini kapsayan ve psikometrik özellikleri Amerikan nüfusunda test edilmiş ve iyi bir içerik geçerliliği bulunmuştur. Ayrıca, AKS belirti

envanterin Çince versiyonu psikometrik özellikler yönünden de test edilmiş ve iyi bir içerik geçerliliği bulunmuştur (Li vd. 2014).

Bu çalışmada, AKS belirti envanterin Türkçe versiyonun geçerlilik güvenilirliği test etmek ve bir grup Türk AKS hastasında psikometrik özelliklerini test etmeyi amaçlandı. Çalışmada, AKS'nin ortaya çıkmasında belirtiler dışında ağrının yeri ve niteliği de net bir şekilde tanımlandı. Çalışmamızda, AKS belirti envanterin Türkçe versiyonu orijinal SACSI ile karşılaştırılabilir içerik geçerliliğini göstermekte olup ve bulgular, envanterin AKS semptomlarının yapısını kapsamlı bir şekilde yakalayabildiğine dair kanıt sağladı. Çalışma, AKS belirti envanterin Türkçesinin yüzey geçerliliğini değerlendirmek için 10 Türk AKS hastasından oluşan bir grup ekleyerek psikometrik özelliklerine dair ek kanıt sunmaktadır. Yüzey geçerliliği, AKS belirti envanterin Türkçe versiyonu için ön geçerlilik kanıtı sağlamaktadır. Bir envanterin test-tekrar test güvenilirliği, kullanım için temel bir ön koşuldur çünkü bu, envanterin doğruluğunu yansıtır. Çalışmada, AKS belirti envanteri Türkçe versiyonu AKS semptomatolojisini yakalayabildiği söylenebilir. Bu çalışmada, AKS belirti envanterin genel psikometrik özellikleri tatmin edici bulundu. Mevcut çalışmada, evanter AKS semptomlarının yapısını kapsamlı bir şekilde yakalayabilme kapasitesine dair kanıt sağlamıştır. Bir evanterin test-tekrar test güvenilirliği, evanterin kesinliğini yansıttığı için kullanım açısından temel bir ön koşuldur. Bu çalışmada, "ağrı niteliği" alt bölümde yer alan "donuk" ve "kramp" ağrı nitelikleri dışında mükemmel test-tekrar test güvenilirliği bulundu. Bu iki ağrı niteliği AKS hastalarda az görüldüğü için kapa katsayılarının düşük olduğunu açıklayabilir.

5.1. AKS Tanısı İle Kardiyoloji Kliniği/ Koroner Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastaların Tanımlayıcı Özellikler ve Risk Faktörlerin Tartışılması

AKS tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine yatan hastaların tanımlayıcı özelliklerinden yaş değişkeni incelendiğinde hastaların %52' si <65 yaş altında ve toplam yaş ortalamasının $62,40 \pm 12,78$ olduğu görüldü. Zhang vd. (2021) AKS'li 296 hasta ile yaptığı çalışmada yaş ortalaması $59,49 \pm 12,44$ yılı. Japonya'da 4136 AKS'li hasta ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada yaş ortalaması 66,8 olarak bildirildi (Watanabe vd., 2022). Gray vd. (2021) İngiltere'deki 37 hastanede 1748 hasta ile yaptığı randomize kontrollü çalışmasında ortalama yaşın 62 olduğunu saptadı. Kim vd. (2020) Güney Kore'de 38 merkezde yürütülen çok merkezli randomize kontrollü çalışmasında

tedavi edilen 3056 AKS hastaların ortalama yaşı 61 olarak belirlendi. Sayah vd. (2024) çift körleme randomize ettikleri 8179 AKS hastasının yaş ortalamasını 59,5 olarak bildirdi. Zhou vd. (2023) AKS akut fazında kullanılan iki farklı ilacın kanama riski üzerindeki etkisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmaya 2046 hastayı dâhil etti, çalışmayı tamamlayan hastaların ortalama yaşı 65,8 olarak saptandı. İncelenen literatür sonuçlarının çalışma bulguları ile benzerlik gösterdiği belirlendi. AKS’de ileri yaş iyi bilinen önemli bir risk faktörüdür. Bu çalışmada seçilen örneklem bulguları literatürü destekler niteliktedir. Çoklu morbiditenin yaygınlığı yaşla birlikte önemli ölçüde artar, öyle ki ≥ 75 yaşındaki tüm yetişkinlerin yaklaşık %70’i aktif bir şekilde birlikte bulunan birden fazla kronik rahatsızlıkla yaşamaktadır (Damluji vd., 2020). Yaşlı yetişkinlerin AKS için toplam prognostik riski eş zamanlı geriatrik sendromlarla birlikte daha yüksektir. Çağdaş sağlık hizmetleri eğilimleri arasında AKS'nin optimum yönetimi için bu geriatrik karmaşıklıkların dikkate alınması çok önemlidir (Damluji vd., 2023). Kardiyovasküler komorbiditeler arasında hipertansiyon, dislipidemi, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, felç, kapak kalp hastalığı ve kalp ritmi bozuklukları bulunur (Damluji vd., 2020). Koroner arter kalsifikasyonu, ileri aterosklerozun yaygın olarak tanınan bir özelliğidir ve genellikle koroner hastalığın varlığını yansıtır. Risk faktörleri veya semptomlardan bağımsız olarak, ateroskleroz araştırmalarına ilişkin çok merkezli çalışmalar, koroner arter kalsifikasyonunun majör olumsuz kardiyovasküler olayların güçlü bir öngörücüsü olduğunu ve arteriosklerotik kardiyovasküler hastalık ile ilişkili morbidite ve mortalite için geleneksel risk faktörlerinin ötesine geçen klinik bilgi sağladığını göstermiştir (Wang vd., 2022). Aterosklerotik plaklar yaşla birlikte sağlıklı bireylerde birikebilir ve subklinik ateroskleroz olarak yıllarca klinik olarak sessiz kalabilir (Velayutham ve Lee, 2023). Ayrıca, preeklampsi veya gebelikte gebelik komplikasyonları öyküsü olan kadınlar, hızlandırılmış ateroskleroz ve gelecekteki kardiyak olaylar açısından risk altında oldukları için yakın ilgiyi hak etmektedir (Chandrasekhar ve Mehran, 2016).

AKS tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine yatan hastaların tanımlayıcı özelliklerinden cinsiyet değişkeni incelendiğinde hastaların %67,3’ünün erkek olduğu belirlendi. Zhang vd. (2021) AKS’li 296 hasta ile yaptığı çalışmada 220 erkek hasta ve 76 kadın hasta değerlendirdi erkek hastaların kadın hastalara oranını 2,9:1 olarak belirledi. Sayah vd. (2024) yaptıkları çalışmada dâhil edilen hastaların %76,9’unun erkek olduğunu bildirdi. Zhou 2023 yılında AKS’li hastalarla yaptıkları deneysel çalışmaya dahil edi-

lenlerin %70,5'inin erkek olduğunu belirledi (Zhou vd., 2023). İncelen literatür sonuçlarının çalışmamın bulguları ile benzerlik gösterdiği belirlendi. Kılıçkesmez (2023)' e göre kadınlarda görülen AKS patofizyolojisi erkeklerden farklıdır. Aterosklerotik koroner arter hastalığına bağlı AKS'lerde, kadınlarda plak erozyonu ve üzerine oturmuş trombüs ya da lümen düzensizliği daha sık görülürken, erkeklerde plak rüptürü daha sıktır. Bu da kadının daha fazla Non STEMI tanısı ile başvurularını açıklayabilir. Daha genç yaşlarda, intima media kalınlığına göre ölçülen kadınlarda genel olarak erkeklerden daha düşük aterosklerotik yük vardır, ancak bu fark yaşla birlikte azalır ve 65 yaşından sonra önemsiz hale gelir. Doğrudan ölçüldüğünde, erkeklerde de her yaşta kadınlara kıyasla ortalama olarak daha fazla sayıda aterosklerotik plak bulunur (Schulte ve Mayrovitz,2023). Çeşitli risk faktörlerinin etkisi erkekler ve kadınlar arasında farklıdır; sigara içmenin KAH üzerindeki olumsuz etkileri kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Dahası, menopozun etkisi kadınlarda önemlidir; genç kadınlarda plak erozyonu insidansı daha yüksekken, yaşlı kadınlarda plak rüptürü insidansı daha yüksektir (Yahagi vd., 2015). Östrojenin koruyucu etkisi genç kadınlarda belirgin olsa da, risk faktörlerinin varlığı bunu geçersiz kılar ve genç erkeklerle karşılaştırıldığında AKS'li genç kadınlarda daha kötü sonuçlara yol açar (Chandrasekhar ve Mehran, 2016).

AKS tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine yatan hastaların tanımlayı özelliklerinden BKİ incelendiğinde hastaların %71,3'ünün BKİ'si 30< üzerinde olup ortalama BKİ 27,99±4,44 olarak hesaplandı. Jalepalli vd. (2024) yapay zeka tabanlı bir risk puanı geliştirmek amacıyla AKS'li hastalarla yaptıkları çalışmasında hastaların BKİ ortalamasını 27.10±3.85 olarak belirledi ve BKİ varyasyonu bir risk faktörü olarak yaklaşık %7'yi oluşturur sonucuna vardı. Irewall vd. (2024) 321 AKS'li hasta ile yaptıkları çalışmasında BKİ ortalamasının 27,7 olduğunu bildirdi. Aytekin vd. (2024) AKS tanısı alan 3377 hasta ile yaptıkları çalışmada BKİ ortalaması 27,8 ± 4,5'tir. Elde edilen bu sonuçların çalışma bulguları ile benzerlik gösterdiği belirlendi. AKS açısından riskli gruplarda BKİ değerini normal sınırlarda tutma hedefiyle sağlıklı ve dengeli beslenmenin yaşam tarzına yansıtılması AKS önlenmesinde etkili bir çözüm olacağı düşünülmektedir.

AKS tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine yatan hastaların tanımlayı özelliklerinden medeni durum incelendiğinde hastaların %78'inin evli olduğu belirlendi. Yel ve Ünsar (2020) yaptıkları çalışmada hastaların %85,6'sının evli olduğunu belirledi. İsrail'de yapılan AKS'li 7233 hastanın dahil edildiği bir çalışmada hastaların

%78'i evlidir (Marcus vd., 2019). İncelenen literatür çalışma bulguları ile oransal olarak örtüşmektedir. AKS nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların medeni durumunun AKS'nin tüm semptomlarıyla arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada evli erkekler için en iyi prognoz ve evli olmayan kadınlar için en kötü prognoz belirlenmiştir (Marcus vd., 2019).

AKS tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine yatan hastaların tanımlayı özelliklerinden eğitim durumu ve meslekleri incelendiğinde hastaların %78,7'sinin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu ve %52,7'sinin çalışmadığı belirlendi. Lise veya daha düşük eğitime sahip hastalar için, kadınların başvuruya kadar geçen medyan süresi erkeklerden daha uzun olduğu belirlendi (Lichtman vd., 2018).

AKS tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine yatan hastaların tanımlayı özelliklerinden eşlik eden hastalıkları incelendiğinde hastaların %33,3'ü DM, %48'i HT, %10,7'si KOAH, %26'sı HL olduğu saptandı. Perkütan koroner girişim geçiren AKS'li 3377 hasta ile yapılan çalışmada hastaların %22'si DM, %69,1'i HT, %57,7'si HL olarak belirlendi (Aytekin vd.,2024). AKS tanısıyla koroner anjiyografi yapılan 201 hasta ile yapılan çalışmada hastaların %36,8'i DM, %59,2'si HT, %86'sı HL olduğu belirlendi (Faideci ve ark., 2024). COVID-19 öncesi ve sonrası AKS tanısı alan hastaların epidemiyolojik olarak karşılaştırılması amacıyla yapılan çalışmada COVID-19 öncesi incelenen 469 hastanın %30,3'ü DM, %54,6'sı HT, %4,1'i KOAH, %10,4'ü HL tanılı olup, COVID-19 sonrası incelenen 448 hastanın %28,3'ü DM, %55,8'i HT, %4,5'i KOAH, %10,5'i HL tanılıdır (Aydoğan ve ark., 2024). Kılıçkesmez (2023) erkekler ile kadınlarda AKS 67-70 yaş aralığında olduğunu ortalama erkeklerden 10 yıl sonra ortaya çıktığını ve kadınlarda AKS'ye daha fazla komorbidite eşlik ettiğini bildirdi. Koroner kalp hastalığı tanısı konusunda kadınların erkeklerden daha yaşlı olduğu, daha yüksek diyabet insidansına sahip olduğu bildirildi (DeVon vd., 2008). Geniş kapsamlı bir meta-analizde, yaşın (olasılık oranı [LR]=1,44; %95 CI=1,19 ila 1,73), diyabetin (LR=1,68; %95 CI=1,35 ila 2,09) ve erkek cinsiyetin (LR=1,17; %95 CI=1,08 ila 1,27) AKS tanısıyla ilişkili olduğu belirlendi (Devon vd., 2014).

AKS tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine yatan hastaların tanımlayı özelliklerinden sigara içme durumu incelendiğinde hastaların %40,7'sinin sigara içtiği belirlendi. Aytekin vd. (2024) AKS tanısı alan 3377 hasta ile yaptıkları çalışmada

hastaların %35,4'ünün sigara içtiğini belirledi. Faideci ve ark. (2024) Suriyeli mültecilerle yaptıkları çalışmada sigara içenlerin %65,6 olduğunu belirledi. Birçok çalışmada sigara içmenin AKS'nin majör risk faktörlerinden biri olduğu düşünülmüştür sigara içme ve AKS riski arasındaki ilişkinin lipid aracılık etkisiyle gerçekleştirildiği bulunmuştur. Genç kadınlarda AKS risk faktörlerini inceleyen çalışmada sigara içmenin ve ağır alkol kullanımının mortaliteyi artırdığı belirlendi (Siagian vd., 2023). İncelenen literatür çalışma bulguları ile paralellik gösterdi.

AKS tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine yatan hastaların tanımlayı özelliklerinden COVID-19 geçirme durumu incelendiğinde hastaların %26'sının COVID-19 geçirdiği belirlendi. COVID-19'un akut fazı sırasında miyokard hasarı gelişebileceği bildirilmiştir. Bu hasarı standart EKG'de ST segmentinde yükselme veya depresyon, patolojik Q dalgaları ve T dalgası inversiyonu şeklinde gözlemek mümkündür. ST-T dalga değişikliklerinin %40'a varan oranlarda en yaygın karşılaşılan EKG özelliği olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Efgan ve ark., 2022). 2020 yılında yayınlanan bir çalışmada ST elevasyonlu miyokart infarktüsü geçiren ve COVID-19 pozitif olan hastalarda trombus yükü ve miyokard hasarı COVID-19 negatif olan hastalara göre daha fazla bulunmuştur (Choudry vd., 2020). AKS yaşayan hastalarda COVID-19 aşılmasının kardiyopulmoner olayların görülme sıklığı ile ilişkisini araştırmak amacıyla yapılan randomize kontrollü klinik bir çalışmada AKS'den sonra en az 1 doz COVID-19 aşısı alan hastalarda, aşılanmamış hastalara kıyasla majör olumsuz kardiyovasküler olay oranları benzer sonucu saptanmıştır (Fonseca vd., 2024).

5.2. AKS Tanılı Hastalarda Semptomlar ile Risk Faktörler Arasındaki Farklı İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada AKS tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine yatan hastaların AKS semptomları ile risk faktör değişkenleri arasındaki ilişki incelendi. İnceleme sonucu hazımsızlık belirtisi ile yaş arasında (,033), çarpıntı, güçsüzlük ve sıcaklık hissi/kızarma belirtileri ile cinsiyet arasında (sırasıyla, ,002, ,007, ,023), bulantı belirtisi ile HT arasında (,043), nefes darlığı ve nefes almada zorluk belirtileri ile KOAH arasında (sırasıyla, ,010, ,014), bayılma belirtisi ile HL (,020) ve COVID-19 geçirme durumu ara-

sında (.020), göğüs ağrısı/rahatsızlık hissi belirtisi ile sigara içme arasında (.005) istatistiksel anlamlı fark saptandı.

AKS tanısı ile Kardiyoloji Kliniği/Koroner Yoğun Bakım Ünitesine yatan hastaların tanımlayıcı özelliklerinden yaş değişkeni ile hazımsızlık belirtisi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki ($p=,033$) bulundu ve analiz sonucunda 65 yaş altı olan hastalarda hazımsızlık belirtisi 65 yaş ve üstü olanlardan daha fazla görüldü. Daha önceki çalışmalar, yaşlı hastaların ve diyabetli hastaların AKS sırasında daha az göğüs ağrısı bildirdiğini gösterdi (Devon vd., 2014). Tanımlayıcı özelliklerden cinsiyet değişkeni AKS belirtileri açısından incelendiğinde çarpıntı (.002), güçsüzlük (.007) ve sıcaklık hissi / kızarma (.023) arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu ve kadın hastalar erkeklere oranla bu belirtileri daha fazla yaşadı. DeVon (2008) yaptığı çalışmada acil servisten AKS tanısıyla yatan hastaların AKS belirtileri ile risk faktörleri arasındaki ilişkiyi inceledi ve kadınların erkeklerin bildirdiğinden önemli ölçüde daha fazla hazımsızlık ($\beta = 0,25$; güven aralığı [GA] = 0,01–0,49), çarpıntı ($\beta = 0,31$; GA = 0,06–0,56), mide bulantısı ($\beta = 0,37$; GA = 0,10–0,65), ellerde uyuşma ($\beta = 0,29$; GA = 0,02–0,57) ve alışılmadık yorgunluk ($\beta = 0,60$; GA = 0,27–0,93) bildirdiğini ortaya koydu. Aynı çalışmada baş dönmesi, güçsüzlük ve yeni başlayan öksürük açısından erkekler ve kadınlar arasında farklar tanıya göre farklılık gösterdi (DeVon vd., 2008). Akut miyokard enfarktüsü (AMI) tanısıyla yatan 2073 hastanın ele alındığı çalışmada kadınların başlıca şikayetinin göğüs ağrısı olması erkeklerden daha düşük bulundu (Milner vd., 2004). Göğüs ağrısının olmaması tedavinin gecikmesine veya yetersiz kalmasına neden olabilir (DeVon vd., 2008). 27 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde AKS'de cinsiyet farklılıkları değerlendirildi ve çalışma sonucunda erkeklerle karşılaştırıldığında, AKS'li kadınlarda kürek kemikleri arasında ağrı (OR 2,15; %95 CI, 1,95-2,37), bulantı veya kusma (OR 1,64; %95 CI, 1,48-1,82) ve nefes darlığı (OR 1,34; %95 CI, 1,21-1,48) şikayetleriyle gelme olasılığı daha yüksek bulundu ve kadınlarda göğüs ağrısı (OR 0,70; %95 CI, 0,63-0,78) ve terleme (OR 0,84; %95 CI, 0,76-0,94) şikayetleriyle gelme olasılığı daha düşük belirlendi. Bu çalışmada kadınlarda baş dönmesi görülme olasılığı daha yüksek bulundu ve bu oranın 2003'ten bu yana çok az değiştiği belirlendi (van Oosterhout vd., 2020). Lichtman vd. (2018)'nin çalışmasında genel olarak, kadınlar erkeklerden daha fazla sayıda göğüs ağrısı dışı semptomla başvurdu. Bunlara epigastrik semptomlar (hazımsızlık, bulantı ve mide ağrısı, basınç, yanma veya rahatsızlık); çene, boyun, kollar veya kürek kemikleri arasında ağrı veya rahatsızlık; çarpıntı ve nefes darlığı dahil-

dir. Kadınlar semptomları yanlış değerlendirme veya küçük bir nedene bağlama nedeniyle ST segment yükselmeli miyokard enfarktüsü geçirmek gibi ek morbidite riski altındadır (Jurgens vd., 2020). Literatür incelendiğinde çalışma bulgularından çarpıntı, güçsüzlük, sıcaklık hissi/kızarma belirtilerinin benzerlik gösterdiği ancak göğüs ağrısı belirtisinde kadınlarda ve erkeklerde belirgin fark bulunmadığı belirlendi.

Bu çalışma sonucunda AKS'ye eşlik eden HT'li hastalarda bulantı belirtisinin, KOAH'lı hastalarda nefes darlığı ve nefes almada zorluk belirtisinin, HL'li hastalarda bayılma belirtisinin belirgin olduğu saptandı. Literatürde çalışma bulgusuna benzer nitelikte fark arayan bir analize rastlanmadı.

Çalışmada sigara içenlerde göğüs ağrısı/rahatsızlık hissi belirtisinin arttığı, COVID-19 geçiren hastalarda da bayılma belirtisinin daha çok yaşandığı görüldü. COVID-19 geçirmenin semptomlarla ilişkisini inceleyen daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Semptom belirleyicileriyle ilişkili faktörlerin anlaşılması, AKS'li hastaların daha erken saptanmasına ve daha uygun tıbbi tedavilerin uygulanmasına yardımcı olabilir (Asgar Pour vd., 2016).

5.3. Acil Servise Başvuran AKS Şüphesi Olan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Acil servise AKS şüphesiyle başvuran 120 hastanın tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular incelendi. Hastaların % 84,2'si <65 yaş altında ve 65 yaş altındaki hastaların yaş ortalaması $41,22 \pm 13,28$, %55'i erkek, %75,8'nin BKİ'si <30 altında ve BKİ'si <30 altındaki hastaların BKİ ortalaması $25,06 \pm 2,97$, %70'inin evli olduğu anlaşıldı. Hastaların %64,1' i ilköğretim mezunu olduğu, %52,5'inin çalışmadığı ve %47,5'inin kronik hastalığı olduğu belirlendi. DeVon vd. (2017)'nin AKS şüphesiyle acil servise başvuran hastalarda yaptığı çalışmada hastalar çoğunlukla erkekti (n = 664, %62,4) ve evliydi (n = 497, %46,9).

Tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguları incelenen AKS şüpheli hastaların eşlik eden hastalıklarına %23,3'üne DM, %31,7'sine HT, %4,2'sine KOAH, %9,2'sine HL tanısı eşlik ettiği belirlendi. Hastaların %51,7'sinin sigara içtiği ve %39,2'sinin COVID-19 geçirdiği görüldü. Çoklu morbidite ve AKS yeterince incelenmemiş olgulardır ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının acil serviste karşılaşacağı farklı çoklu morbidite fenotiplerini belirlemeye ihtiyaç vardır (Breen vd., 2021). Acil servise olası AKSla başvuran hastalarda mul-

timorbidite fenotiplerini inceleyen çalışmada örneklemin (n=935) %38'i kadındı ve ortalama yaşı 59 (\pm 14,0) idi ve %21,2'si sigara içiyordu, en yaygın kronik durumlar hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner kalp hastalığı (KKH) ve obeziteydi (%64,9, %55,2, %44,7 ve %43,2 sırasıyla). Genel olarak daha fazla multimorbidite yüküne sahip olmak AKS tanısı almanın öngörücüsü olmayabilir, bunun yerine kronik durumların belirli kombinasyonları AKS'de tanısız olarak daha yararlı olabilir. Fenotipler, AKS'yi düşündüren semptomları olan hastalar için acil serviste risk sınıflandırmasının iyileştirilmesine katkıda bulunabilir (Breen vd., 2021). Burke ve ark.'nın (2017) çalışmasında Hem AKS hem de AKS olmayan hastalar için daha yüksek Charlson Eşlik Eden Hastalık İndeksi (CCI) puanları hipertansiyon ve fonksiyonel kısıtlamalarla ilişkiliydi. Özellikle, eski tütün kullanıcıları, mevcut kullanıcılarla karşılaştırıldığında daha yüksek CCI puanlarına sahipti. Obezite, AKS'li hastalarda daha yüksek CCI puanı ile ilişkiliydi. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOAH) AKS'li ve AKS'siz hastalar için bildirilen üçüncü en yüksek eşlik eden hastalık olduğu bulgusu dikkate değerdir ve sigara içmeyle ilişkili olabilir çünkü sigara içmek hem KKH hem de KOAH için önemli bir risk faktörüdür. AKS'li obez hastalarda (ancak AKS'siz olanlarda değil) anlamlı derecede daha yüksek ortalama CCI puanları bulundu. Bu, son on yılda obeziteyle ilişkilendirilen kronik koroner hastalık riskine dair daha fazla kanıt sağlıyor (Burke vd., 2017).

AKS şüphesiyle acil serviste gözlem altına alınan hastaların %23,3'üne AKS tanısı konulduğu belirlendi. Acil servise AKS düşündüren semptomlarla başvuran hastalarda cinsiyetin 13 semptomun üzerindeki etkisini belirlemek amacı güden çalışmada hastaların çoğu AKS dışı bir tanı ile taburcu edildi (n = 590, %55,5) (DeVon vd., 2017). Breen ve ark.'nın (2021) yaptığı çalışmada AKS şüpheli hasta grubunun %44'ü AKS tanısıyla hastaneye yatırıldı.

5.4. Acil Serviste AKS Şüphesi ile Gözlem Altında Olan Hastalarda Semptomlar ile Risk Faktörler Arasındaki Farka İlişkin Bulguların Tartışılması

AKS tanısı alan ve almayan 120 hasta arasında cinsiyet, yaş, BKİ, DM, HT, KOAH, HL, sigara içme ve COVID-19 geçirme değişkenleri için bulgular incelendi istatistiksel anlamda fark bulunmadı.

AKS tanısı alan ve almayan tüm hastalar AKS belirtileri farklılıkları açısından incelendi. Bayılma belirtisi dışında diğer belirtilerde (terleme, göğüste yanma hissi, kusma, sersemlik, hazımsızlık, nefes darlığı, çarpıntı, bulantı, nefes almada zorluk, baş dönmesi, iştah kaybı, güçsüzlük, uyuşukluk/ellerde karıncalanma, sıcaklık hissi/kızarma, şiddetli korku hissi, öksürük (yeni başlayan), hızlı nefes alıp verme ve tükenmişlik) istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı.

Acil serviste AKS tanısı konan ve konmayan hastalarda AKS belirtileri risk faktör farklılıkları açısından incelendi. Risk faktörlerden yaş değişkeni ile göğüste yanma hissi arasında, cinsiyet değişkeni ile sersemlik ve güçsüzlük arasında, BKİ değişkeni ile sersemlik ve bayılma arasında, DM değişkeni ile bayılma ve uyuşukluk/ ellerde karıncalanma arasında, sigara içme değişkeni ile göğüste yanma hissi ve sıcaklık hissi/kızarma arasında, COVID-19 geçirme durumu değişkeni ile terleme, çarpıntı ve şiddetli korku hissi arasında anlamlı fark bulundu. Lichtman ve ark.'nın (2018) çalışmasında NSTEMI'li kadınların nefes darlığı ve çarpıntı semptomlarıyla gelme olasılığı erkeklerle karşılaştırıldığında daha yüksekti. Genç kadınların NSTEMI ile gelme, göğüs ağrısı olmadan gelme ve ilişkili semptom kümesine sahip olma olasılığının daha yüksek olması, genellikle kardiyak olaylar için düşük riskli kabul edilen genç kadınlarda AMI teşhisinin karmaşıklığını artırabilir. Özellikle göğüs ağrısı gibi klasik semptomlara dikkat edilmesi, daha az tipik semptomlar yaşayabilen veya sessiz iskemiden muzdarip olabilen kadınlar, yaşlılar ve diyabetli bireyler için dezavantajlı olabilir. Ancak, AKS'ye duyarlı ve özgül semptomların tanımlanması, tedavi arama gecikmesini azaltma ve potansiyel olarak triyaj ve tanı testlerini hızlandırma potansiyeline sahiptir (Devon vd.,2014). Diyabetliler için epigastrik semptomlar kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın bulundu (Lichtman vd., 2018). Acil servise AKS düşündürülen semptomlarla başvuran 1064 hastanın değerlendirildiği çalışmada AKS'li kadınların ana şikayet olarak göğüs ağrısı bildirme olasılıkları daha düşük ve daha fazla bulantı (olasılık oranı [OR], 1,56; güven aralığı [GA], 1,00-2,42), omuz ağrısı (OR, 1,76; GA, 1,13-2,73) ve üst sırt ağrısı (OR, 2,92; GA, 1,81-4,70) bildirildi. AKS'li kadınlar erkeklere kıyasla daha fazla semptom yaşadı (6,1'e karşı 5,5; $P = .026$). AKS'siz erkekler kadınlara kıyasla daha az semptom sıkıntısı yaşadı (DeVon vd., 2017).

Scheuermeyer ve ark. (2014) eşlik eden hastalıkları olan genç AKS hastalarında birçok semptomun daha az görülme olasılığının olduğunu, bunun da hastane öncesi gecikme riskini artırabileceğini ve hasta triyajını zorlaştırabileceğini bulmuştur. Burke ve ark.

(2017) 'nın çalışmasında acil servise potansiyel AKS ile başvuran hastalarda en belirgin komorbid durumlar daha önce Mİ öyküsü, hedef organ hasarı olmayan diyabet ve kronik akciğer hastalığıydı. Daha yaşlı AKS hastaları için, daha fazla eşlik eden durum, daha fazla göğüs rahatsızlığı ve üst sırt ağrısı bildiriyle ilişkilendirildi. Ayrıca, daha fazla eşlik eden hastalığa sahip olmanın, yaşlı hastalarda semptomların ani başlaması ve semptomlardan kaynaklanan daha fazla sıkıntı yaşama olasılığının daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğu bulundu (Burke vd., 2017).

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmada 1. aşama sonunda elde edilen verilerin analiz sonucuna göre H1 hipotezleri kabul edildi. Çalışmanın 2. aşama sonunda elde edilen verilerin analiz sonuçlarına göre H1 hipotezleri kabul edildi. AKS ilişkili semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıklarını inceleyen çalışmada;

- ✓ AKS Belirti Envanterin "Belirti Türü" alt ölçeklerindeki maddelerin güvenilirliğini değerlendirildi envanterin alt ölçeği olan Belirti Türüne ilişkin, başlangıç ve tekrar test ölçümleri arasında önemli ila mükemmel uyum ile tatmin edici test-tekrar test güvenilirliği,
- ✓ AKS Belirti Envanterin "Belirti Yeri" ve "Belirti Niteliği" alt ölçeklerindeki test-tekrar test puanları arasındaki uyum değerlendirildi ve analiz sonucu "Donuk"=0,514 ve "Kramp"=0,403 hariç diğer maddelerin uyumu 0,817-0,966 arasında hesaplandı. Başlangıç ve tekrar test ölçümleri arasında önemli ila mükemmel uyum ile tatmin edici test-tekrar test güvenilirliği,
- ✓ AKS Belirti Envanteri Formu Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu,
- ✓ AKS şüphesiyle acil serviste gözlem altına olan 120 hastanın % 23,3'ü AKS tanısı aldığı,
- ✓ AKS şüphesiyle acil serviste gözlem altına olan hastaların % 84,2'sinin <65 yaş altında, %55'inin erkek, %75,8'nin BKİ'sinin <30 altında, %70'inin evli, %64,1'inin ilkokul mezunu, %52,5'inin çalışmadığı ve %47,5'inin kronik hastalığı olduğu,
- ✓ AKS şüphesiyle acil serviste gözlem altına olan hastaların %51,7'sinin sigara içtiği ve %39,2'sinin COVID-19 geçirdiği,
- ✓ AKS tanısı alan ve almayan 120 hasta arasında cinsiyet, yaş, BKİ, DM, HT, KOAH, HL, sigara içme ve COVID-19 geçirme değişkenleri için anlamlı olmadığı,
- ✓ AKS tanısı alan ve almayan tüm hastalarda AKS belirtileri farklılıkları arasında bayılma belirtisi dışında diğer belirtilerde anlamlılık bulunmadığı,
- ✓ Acil serviste AKS tanısı konan ve konmayan hastalarda AKS belirtileri risk faktör farklılıkları açısından yaş değişkeni ile göğüste yanma hissi arasında, cinsiyet değişkeni ile sersemlik ve güçsüzlük arasında, BKİ değişkeni ile sersemlik ve bayılma arasında, DM değişkeni ile bayılma ve uyuşukluk/ ellerde karıncalanma arasında,

sigara içme değişkeni ile göğüste yanma hissi ve sıcaklık hissi/kızarma arasında, COVID-19 geçirme durumu değişkeni ile terleme, çarpıntı ve şiddetli korku hissi arasında anlamlı fark olduğu,

- ✓ Semptom belirleyicilerin 65 yaş üstü, erkek, BKİ ≥ 30 ve sigara içenlerde AKS öncüsü olduğu,
- ✓ Elde edilen bulgular göz önünde bulundurulduğunda AKS ilişkili semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıklarının bulunduğu sonucuna varıldı.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

AKS tanısı semptomlarının netliği tam olarak anlaşılmadığından acil servise AKS açısından şüpheli başvuran hastaların göz ardı edilmemesi için bu konuyu inceleyen başka çalışmalara ihtiyaç vardır. Gelecekteki araştırmacıların bu konu üzerine çalışmasının literatüre fayda sağlayacağı düşünülmektedir. COVID-19 geçirmiş olmanın uzun dönemde AKS üzerinde etkilerini incelemek ve değerlendirmek için farklı toplumlarda araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abukhalil, A. D., Hamad, S., Swaileh, Z. K., Ghanem, A. W., Abumadi, S., Madia, R., and Al-Shami, N. O. (2024). “Acute Coronary Syndrome: Treatment Strategies and Outcomes in Patients Admitted to a Tertiary Care Hospital in Palestine”. *Patient preference and adherence*, 18, 1173–1181.
- Adam, A. M., Rehan, A., Waseem, N., Iqbal, U., Saleem, H., Ali, M. A., Shaikh, A. T., and Godil, A. (2017). “Prevalence of Conventional Risk Factors and Evaluation of Baseline Indices Among Young and Elderly Patients with Coronary Artery Disease”. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 11(7), OC34–OC39.
- Aktemur, M, R. (2022). Acil serviste AKS (aks) şüphesi ile takip edilen hastalarda t-macs (troponin ilişkili manchester AKS), heart (hikaye, elektrokardiyografi (ekg) değişimi, yaş, risk faktörleri, troponin), he-macs (hikaye ve ekg ilişkili manchester AKS) skorlama sistemlerinin aks tanısı ve yönetimi açısından değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Aladağ, N., Özdemir, M., Yurtdaş, M., ve Gümrükçüoğlu, H. A. (2019). “AKS ile Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri, Risk Faktörleri ve Tedavi Yöntemleri”. *Van Tıp Dergisi*, 26(4), 505-513.
- Alpaslan, M. (2024). “Acil Servise Başvuran AKS Olan Hastalarda Kapı Balon Zamanının Analizi”. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 25(1), 117-122.
- Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Jr, Ganiats, T. G., Holmes, D. R., Jr, Jaffe, A. S., Jneid, H., Kelly, R. F., Kontos, M. C., Levine, G. N., Liebson, P. R., Mukherjee, D., Peterson, E. D., Sabatine, M. S., Smalling, R. W., and Zieman, S. J. (2014). “2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines”. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(24), e139–e228.
- Angerud, K. H., Brulin, C., Näslund, U., and Eliasson, M. (2012). “Patients with diabetes are not more likely to have atypical symptoms when seeking care of a first myocardial infarction. An analysis of 4028 patients in the Northern Sweden MONICA

Study”. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 29(7), e82–e87.

Anthony, N., Hassan, A., Ghani, U., Rahim, O., Ghulam, M., James, N., Ashfaq, Z., Ali, S., and Siddiqui, A. (2024). “Age-Related Patterns of Symptoms and Risk Factors in Acute Coronary Syndrome (ACS): A Study Based on Cardiology Patients’ Records at Rehman Medical Institute, Peshawar”. *Cureus*, 16(4), e58426.

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr, Virani, S. S., Williams, K. A., Sr, Yeboah, J., and Ziaeian, B. (2019). “2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines”. *Circulation*, 140(11), e596–e646.

Asgarpour, H. A., Norouzzadeh, R., and Heidari, M. R. (2015). “Comparison Of Clinical Presentation Related On Risk Factors In Older And Younger Patients With Acute Coronary Syndrome”. *Int J Clin Cardiol*, 2(8), 8-11.

Asgarpour, H., Norouzzadeh, R., and Heidari, M. R. (2016). “Gender differences in symptom predictors associated with acute coronary syndrome: a prospective observational study”. *International emergency nursing*, 25, 13-18.

Aydoğan, A. A. (2022). Covid-19 Öncesi Ve Sonrası Dönemde Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde Akut Koroner Sendrom Tanısı Alan Hastaların Epidemiyolojik İncelemesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bursa.

Aydoğan, A. A., Aydoğan, G., Akköse, Ş., ve Durak, V. A. (2024). “Acil Serviste Covid-19 Salgını Öncesi ve Covid-19 Salgını Döneminde AKS Tanısı Alan Hastaların Epidemiyolojik İncelenmesi”. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 50(2), 231-236.

Aytekin, A., Scalamogna, M., Coughlan, J. J., Lahu, S., Ndrepepa, G., Menichelli, M., Mayer, K., Wöhrle, J., Bernlochner, I., Witzenbichler, B., Hochholzer, W., Sibbing, D., Angiolillo, D. J., Hemetsberger, R., Tölg, R., Valina, C., Müller, A., Kufner, S., Li-

- ebetrau, C., Xhepa, E., and Cassese, S. (2024). “Incidence and pattern of urgent revascularization in acute coronary syndromes treated with ticagrelor or prasugrel”. *Clinical research in cardiology: official journal of the German Cardiac Society*, 113(7), 1060–1069.
- Awesat, J., Abitbol, M., Vons, S., Eisen, A., and Porter, A. (2022). “Current challenges in the diagnosis and management of acute coronary syndromes in women”. *Kardiologia polska*, 80(11), 1084–1093.
- Bergmark, B. A., Mathenge, N., Merlini, P. A., Lawrence-Wright, M. B., and Giugliano, R. P. (2022). “Acute coronary syndromes”. *Lancet (London, England)*, 399(10332), 1347–1358.
- Beyranvand, M., and Asadpour, P. M. (2007). “Dyslipidemia In Acute Coronary Syndrome”. *Pajouhandeh*, 6, 377-384.
- Bhatt, D. L., Lopes, R. D., and Harrington, R. A. (2022). “Diagnosis And Treatment Of Acute Coronary Syndromes: A Review”. *Jama*, 327(7), 662-675.
- Biranvand, M., Kolahi, A., and Ghafelehbash, H. R. (2008). “Characteristics And Terminal Diagnosis Of ACS Patients”. *Babol Med Univ*, 10(3), 76-82.
- Birnbaum Y, Wilson JM, Fiol M, De Luna AB, Eskola M, Nikus K. (2014). “ECG Diagnosis And Classification Of Acute Coronary Syndromes”. *Annals Of Noninvasive Electrocardiology*, 19(1), 4–14.
- Breen, K. M., Finnegan, L., Vuckovic, K. M., Fink, A. M., Rosamond, W., and DeVon, H. A. (2021). “Multimorbidity phenotypes in patients presenting to the emergency department with possible acute coronary syndrome”. *Heart & lung : the journal of critical care*, 50(5), 648–653.
- Brieger, D., Eagle, K. A., Goodman, S. G., Steg, P. G., Budaj, A., and White, K., (2004). “Acute Coronary Syndromes Without Chest Pain, An Underdiagnosed And Undertreated High-Risk Group: Insights From The Global Registry Of Acute Coronary Events”. *Chest*, 126(2), 461-469.
- Brown, J. C., Gerhardt, T. E., and Kwon, E. (2023). *Risk Factors for Coronary Artery Disease*. StatPearls Publishing: In StatPearls.

- Bulantekin Düzalan, Ö., ve Kaya Camcı, Ş. (2024). “AKS’lu Hastalarda Yaşam Tutumunun Değerlendirilmesi”. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 15(36), 17-24.
- Burke, L. A., Rosenfeld, A. G., Daya, M. R., Vuckovic, K. M., Zegre-Hemsey, J. K., Felix Diaz, M., Tosta Daiube Santos, J., Mirzaei, S., and DeVon, H. A. (2017). “Impact of comorbidities by age on symptom presentation for suspected acute coronary syndromes in the emergency department”. *European journal of cardiovascular nursing*, 16(6), 511–521.
- Calp, B. (2022). Acil Serviste AKS Tanısı Konulan Hastalarda Yaş İle Serum Paraokso-naz/Arilesteraz Aktivitesi Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması/Comparison Of The Relationship Between Age And Serum Paraoxonase/Arylesterase Activity Of Pati-ents Diagnosed With Acute Coronary Syndrome İn Emergency Department. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Can Demir, N., ve Kolutek, R. (2019). Acil Servis Ünitesine Başvuran AKS Tanısı Almış Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Canto, J. G., Shlipak, M. G., Rogers, W. J., Malmgren, J. A., Frederick, P. D., Lambrew, C. T., Ornato, J. P., Barron, H. V., and Kiefe, C. I. (2000). “Prevalence, Clinical Characteristics, And Mortality Among Patients With Myocardial Infarction Presenting Without Chest Pain”. *Jama*, 283(24), 3223-3229.
- Chandrasekhar, J., and Mehran, R. (2016). “Sex-Based Differences in Acute Coronary Syndromes: Insights From Invasive and Noninvasive Coronary Technologies”. *JACC. Cardiovascular imaging*, 9(4), 451–464.
- Cheema, F. M., Cheema, H. M., and Akram, Z. (2020). “Identification of risk factors of acute coronary syndrome in young patients between 18-40 years of age at a teaching hospital”. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(4), 821–824.
- Choudry, F. A., Hamshere, S. M., Rathod, K. S., Akhtar, M. M., Archbold, R. A., Guttman, O. P., Woldman, S., Jain, A. K., Knight, C. J., Baumbach, A., Mathur, A., and Jones, D. A. (2020). “High Thrombus Burden in Patients With COVID-19 Presen-

ting With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction”. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(10), 1168–1176.

Corsini, F., Scaglione, A., Iacomino, M., Mascia, G., Melorio, S., Riccio, C., Romano, S., Vetrano, A., Celardo, S., Corsini, G., and Chieffo, C. (2006). “L'infarto miocardico acuto nell'ultrasettantacinquenne. Studio caso-controllo con una popolazione più giovane e rassegna della letteratura [Acute myocardial infarction in the elderly. A case-control study with a younger population and review of literature]”. *Monaldi archives for chest disease = Archivio Monaldi per le malattie del torace*, 66(1), 13–19.

Cruz-Cobo, C., Bernal-Jiménez, M. Á., Vázquez-García, R., and Santi-Cano, M. J. (2022). “Effectiveness of mHealth Interventions in the Control of Lifestyle and Cardiovascular Risk Factors in Patients After a Coronary Event: Systematic Review and Meta-analysis”. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(12), e39593.

Damluji, A. A., Forman, D. E., van Diepen, S., Alexander, K. P., Page, R. L., 2nd, Hummel, S. L., Menon, V., Katz, J. N., Albert, N. M., Afilalo, J., Cohen, M. G., and American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. (2020). “Older Adults in the Cardiac Intensive Care Unit: Factoring Geriatric Syndromes in the Management, Prognosis, and Process of Care: A Scientific Statement From the American Heart Association”. *Circulation*, 141(2), e6–e32.

Damluji, A. A., Forman, D. E., Wang, T. Y., Chikwe, J., Kunadian, V., Rich, M. W., Young, B. A., Page, R. L., 2nd, DeVon, H. A., Alexander, K. P., and American Heart Association Cardiovascular Disease in Older Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health (2023). “Management of Acute Coronary Syndrome in the Older Adult Population: A Scientific Statement From the American Heart Association”. *Circulation*, 147(3), e32–e62.

Dessotte, C. A. M., Dantas, R. A. S., Schmidt, A., and Rossi, L. A. (2011). “Health-Related Quality Of Life In Patients Admitted After A First Episode Of Acute Coronary Syndrome”. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19, 1106-1113.

- Devon, H. A., Rosenfeld, A., Steffen, A. D., and Daya, M. (2014). "Sensitivity, specificity, and sex differences in symptoms reported on the 13-item acute coronary syndrome checklist". *Journal of the American Heart Association*, 3(2), e000586.
- DeVon, H. A., Burke, L. A., Vuckovic, K. M., Haugland, T., Eckhardt, A. L., Patmon, F., and Rosenfeld, A. G. (2017). "Symptoms Suggestive of Acute Coronary Syndrome: When Is Sex Important?". *The Journal of cardiovascular nursing*, 32(4), 383–392.
- DeVon, H. A., Ryan, C. J., Ochs, A. L., and Shapiro, M. (2008). "Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men". *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 17(1), 14–25.
- Devon, H. A., and Zerwic, J. J. (2002). "Symptoms Of Acute Coronary Syndromes: Are There Gender Differences? A Review Of The Literature". *Heart & Lung*, 31(4), 235-245.
- Dong, S., Zhao, Z., Huang, X., Ma, M., Yang, Z., Fan, C., Han, H., Wang, Z., Shi, D., and Zhou, Y. (2023). "Triglyceride-glucose index is associated with poor prognosis in acute coronary syndrome patients with prior coronary artery bypass grafting undergoing percutaneous coronary intervention". *Cardiovascular diabetology*, 22(1), 286.
- Efgan, M. G., Çınaroğlu, O. S., Payza, U., Kanter, E., and Cebeci, B. D. (2022). "Common ECG Changes and Prognostic Importance of ECG Findings in Covid-19 Patients Presenting to the Emergency Department". *Journal of Contemporary Medicine*, 12(6), 966-972.
- Erkan, Ş. T., ve Demirgüç, A. (2021). Akut Koroner Sendrom Tanılı Bireylerin Uyku Kalitesi, Yorgunluk, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Klinik Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 95-108.
- Esin, M. N. (2014). *Veri Toplama Yöntem Ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlilik Ve Geçerliliği*. Hemşirelikte Araştırma, 93-232, Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul.
- Faideci, E.M., Güzel, S., Yılmaz, İ. (2024). "Türkiye’de Üçüncü Basamak Bir Merkeze Akut Koroner Sendromla Başvuran Suriyeli Mültecilerin Klinik Özellikleri, Risk

Faktörleri ve Anjiyografik Profilinin İncelenmesi”. *Bagcilar Medical Bulletin*, 9(3), 183-187. doi:10.4274/BMB.galenos.2024.2024-01-03.

Fonseca, H. A. R., Damiani, L. P., Monfardini, F., Zimmerman, A., Rizzo, L. V., and Berwanger, O. (2024). “COVID-19 Vaccination and Cardiopulmonary Events After Acute Coronary Syndromes: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial”. *JAMA network open*, 7(5), e2413946.

Fryar, C. D., Fakhouri, T. H., Carroll, M. D., Frenk, S. M., and Ogden, C. L. (2020). “The association of nativity/length of residence and cardiovascular disease risk factors in the United States”. *Preventive medicine*, 130, 105893.

Fu, Y., Wu, Y., and Liu, E. (2020). “C-reactive protein and cardiovascular disease: From animal studies to the clinic (Review)”. *Experimental and therapeutic medicine*, 20(2), 1211–1219.

Ge, J., Li, J., Yu, H., and Hou, B. (2018). “Hypertension Is an Independent Predictor of Multivessel Coronary Artery Disease in Young Adults with Acute Coronary Syndrome”. *International journal of hypertension*, 1, 7623639.

Gray, A. J., Roobottom, C., Smith, J. E., Goodacre, S., Oatey, K., O'Brien, R., Storey, R. F., Curzen, N., Keating, L., Kardos, A., Felmeden, D., Lee, R. J., Thokala, P., Lewis, S. C., Newby, D. E., and RAPID-CTCA Investigators. (2021). “Early computed tomography coronary angiography in patients with suspected acute coronary syndrome: randomised controlled trial”. *BMJ (Clinical research ed.)*, 374, n2106.

Gulati M, Levy P. D., Mukherjee D, Amsterdam E, Bhatt D. L., and Birtcher K. K. (2021) “AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline For The Evaluation And Diagnosis Of Chest Pain: A Report Of The American College Of Cardiology/American Heart Association Joint Committee On Clinical Practice Guidelines”. *Circulation*, 144(22), 368–454.

Gupta A., Wang Y, Spertus J., A., Geda M., Lorenze N., and Nkonde-Price C. (2014). “Trends In Acute Myocardial Infarction In Young Patients And Differences By Sex And Race, 2001 To 2010”. *J Am Coll Cardiol*, 64(4), 337–345.

Hamzaçebiöglu, E. (2023). Acil Servise Göğüs Ağrısı İle Gelen Ve AKS Düşünülen Kronik Böbrek Hastalığı Hastalarında; AKS Ayırıcı Tanısında Sistatin-C Ve Yüksek Duyar-

lılıklı Troponin Düzeyinin Birlikte Kullanımının Prediktif Ve Diyagnostik Değerliği. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Etlik şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara.

Han, T., Wang, Q., Yang, H., Zhou, S., Wang, J., Jing, J., Zhang, T., Liu, Y., and Chen, Y. (2019). “Risk factors for repeat percutaneous coronary intervention in young patients (≤ 45 years of age) with acute coronary syndrome”. *PeerJ*, 7, e6804.

Hasin, T., Hochadel, M., Gitt, A. K., Behar, S., Bueno, H., and Hasin, Y. (2009). “Comparison of treatment and outcome of acute coronary syndrome in patients with versus patients without diabetes mellitus”. *The American journal of cardiology*, 103(6), 772–778.

Heidarzadeh, M., Elyaszadeh, S., Dadkhah, B., and Doustkami, H. (2021). “Specific prodromal symptoms in patients with acute coronary syndrome”. *Nursing open*, 8(2), 582–591.

Hu, Q., Li, P. X., Li, Y. S., Ren, Q., Zhang, J., Liang, Y. C., Zhang, Q. Y., and Han, Y. L. (2023). “Daily exercise improves the long-term prognosis of patients with acute coronary syndrome”. *Frontiers in public health*, 11, 1126413.

Hwang, S. Y., Park, E. H., Shin, E. S., and Jeong, M. H. (2009). “Comparison Of Factors Associated With Atypical Symptoms İn Younger And Older Patients With Acute Coronary Syndromes”. *Journal Of Korean Medical Science*, 24(5), 789-794.

Hwang, D., Lee, J. M., Yang, S., Chang, M., Zhang, J., Choi, K. H., Kim, C. H., Nam, C. W., Shin, E. S., Kwak, J. J., Doh, J. H., Hoshino, M., Hamaya, R., Kanaji, Y., Murai, T., Zhang, J. J., Ye, F., Li, X., Ge, Z., Chen, S. L., and Koo, B. K. (2020). “Role of Post-Stent Physiological Assessment in a Risk Prediction Model After Coronary Stent Implantation”. *JACC. Cardiovascular interventions*, 13(14), 1639–1650.

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., and Widimský, P. (2018). “2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)”. *European heart journal*, 39(2), 119-177.

- Irewall, A. L., Åslund, L., Ögren, J., and Mooe, T. (2024). “Smoking cessation and prognosis during long-term follow-up after stroke, TIA, and acute coronary syndrome—results from the randomized controlled NAILED trial”. *PloS one*, *19*(11), e0311955.
- Jalepalli, S. K., Gupta, P., Dekker, A. L. A. J., Bermejo, I., and Kar, S. (2024). “Development and validation of multicentre study on novel Artificial Intelligence-based Cardiovascular Risk Score (AICVD)”. *Family medicine and community health*, *12*(1), e002340.
- Jin, K., Khonsari, S., Gallagher, R., Gallagher, P., Clark, A. M., Freedman, B., Briffa, T., Bauman, A., Redfern, J., and Neubeck, L. (2019). “Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis”. *European journal of cardiovascular nursing*, *18*(4), 260–271.
- Jurgens, C. Y., Lee, C. S., Aycock, D. M., Masterson Creber, R., Denfeld, Q. E., DeVon, H. A., Evers, L. R., Jung, M., Pucciarelli, G., Streur, M. M., Konstam, M. A., and American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; and Stroke Council. (2022). “State of the Science: The Relevance of Symptoms in Cardiovascular Disease and Research: A Scientific Statement From the American Heart Association”. *Circulation*, *146*(12), e173–e184.
- Kılıçkesmez, K. O. (2023). Kadınlarda Akut Koroner Sendromlara Yaklaşım. *Türk Kardi-yoloji Derneği Kadın Ve Kalp Sağlığı Alt Kurulu*, No:2, Erişim: Kasım 2024, <https://tkd.org.tr/KKBulteni/?makale=13>.
- Kimura, K., Kimura, T., Ishihara, M., Nakagawa, Y., Nakao, K., Miyauchi, K., Sakamoto, T., Tsujita, K., Hagiwara, N., Miyazaki, S., Aki, J., Arai, H., Ishii, H., Origuchi, H., Shimizu, W., Takemura, H., Tahara, Y., Morino, Y., Iino, K., Itoh, T., and Japanese Circulation Society Joint Working Group. (2019). “JCS 2018 Guideline on Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndrome”. *Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society*, *83*(5), 1085–1196.
- Kim, B. K., Hong, S. J., Cho, Y. H., Yun, K. H., Kim, Y. H., Suh, Y., Cho, J. Y., Her, A. Y., Cho, S., Jeon, D. W., Yoo, S. Y., Cho, D. K., Hong, B. K., Kwon, H., Ahn, C. M., Shin, D. H., Nam, C. M., Kim, J. S., Ko, Y. G., Choi, D., and TICO Investigators.

- (2020). “Effect of Ticagrelor Monotherapy vs Ticagrelor With Aspirin on Major Bleeding and Cardiovascular Events in Patients With Acute Coronary Syndrome: The TICO Randomized Clinical Trial”. *JAMA*, 323(23), 2407–2416.
- Kim, H. S., Kim, H. K., Kang, K. O., and Kim, Y. S. (2019). “Determinants of health-related quality of life among outpatients with acute coronary artery disease after percutaneous coronary intervention”. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(1), 3–16.
- Kim J, Hashim I. A. (2016). “The Clinical Utility Of CK-MB Measurement In Patients Suspected Of Acute Coronary Syndrome”. *Clinica Chimica Acta*, 456, 89–92.
- Kopin L, Lowenstein C. (2017). “In The Clinic® Dyslipidemia”. *Ann Intern Med*, 167(11), 81–95.
- Kozan Ö, Ergene O, Oto A, Kaplan AK. (2017) “A Real Life Registry To Evaluate Patient Profile, Diagnostic And Practice Patterns In Acute Coronary Syndrome In Turkey: TURK-AKS Study”. *International Journal Of The Cardiovascular Academy*, 3(3–4), 85–93.
- Labos, C., Wang, R. H., Pilote, L., Bogaty, P., Brophy, J. M., Engert, J. C., and Thanassoulis, G. (2014). “Traditional risk factors and a Genetic Risk Score are associated with age of first acute coronary syndrome”. *Heart (British Cardiac Society)*, 100(20), 1620–1624.
- Langer, A., Freeman, M. R., Josse, R. G., Steiner, G., and Armstrong, P. W. (1991). “Detection of silent myocardial ischemia in diabetes mellitus”. *The American journal of cardiology*, 67(13), 1073–1078.
- Lee, W. C., Wu, P. J., Tsai, Y. H., Hsieh, Y. Y., Chen, T. Y., Fang, Y. N., Chen, H. C., and Fang, H. Y. (2023). “Impact of Coexisting Risk Factors on Outcomes in Patients with Acute Coronary Syndrome: A Real-World Analysis Using the Taiwan Chang Gung Research Database”. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 29, e941258.
- Lichtman, J. H., Leifheit, E. C., Safdar, B., Bao, H., Krumholz, H. M., Lorenze, N. P., Daneshvar, M., Spertus, J. A., and D'Onofrio, G. (2018). “Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial In-

- faction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients)". *Circulation*, 137(8), 781–790.
- Lloyd-Jones D. M, Larson M. G, Beiser A, Levy D. (1999). "Lifetime Risk Of Developing Coronary Heart Disease". *Lancet*, 353(9147), 89–92.
- Li P. W, Lee D. T, and Yu D. S. (2014). "Psychometric evaluation of the Symptoms of Acute Coronary Syndromes Inventory in Chinese patients with acute coronary syndromes". *European journal of cardiovascular nursing*, 13(4), 295-303.
- Majdouline Y, Ohayon J, Keshavarz-Motamed Z, Roy Cardinal MH, Garcia D., and Allard L. (2014). "Endovascular Shear Strain Elastography For The Detection And Characterization Of The Severity Of Atherosclerotic Plaques: In Vitro Validation And In Vivo Evaluation". *Ultrasound Med Biol*, 40(5), 890–903.
- Marcus, G., Litovchik, I., Pereg, D., Beigel, R., Sholmo, N., Iakobishvili, Z., Goldenberg, I., Fuchs, S., and Minha, S. (2019). "Impact of Marital Status on the Outcome of Acute Coronary Syndrome: Results From the Acute Coronary Syndrome Israeli Survey". *Journal of the American Heart Association*, 8(14), e011664.
- McCaig, L. F., and Nawar, E. W. (2006). "National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 emergency department summary". *Advance data*, 372, 1–29.
- Medina-Leyte DJ, Zepeda-García O, Domínguez-Pérez M, González-Garrido A, Villarreal-Molina T, Jacobo-Albavera L. (2021). "Endothelial Dysfunction, Inflammation And Coronary Artery Disease: Potential Biomarkers And Promising Therapeutical Approaches". *Int J Mol Sci*, 22(8), 3850.
- Mei, Y., Jin, Z., Ma, W., Ma, Y., Deng, N., Fan, Z., and Wei, S. (2024). "Optimizing Acute Coronary Syndrome Patient Treatment: Leveraging Gated Transformer Models for Precise Risk Prediction and Management". *Bioengineering (Basel, Switzerland)*, 11(6), 551.
- Meneses, M. J., Silvestre, R., Sousa-Lima, I., and Macedo, M. P. (2019). "Paraoxonase-1 as a regulator of glucose and lipid homeostasis: impact on the onset and progression of metabolic disorders". *International journal of molecular sciences*, 20(16), 4049.

- Milner, K. A., Funk, M., Richards, S., Vaccarino, V., and Krumholz, H. M. (2001). “Symptom Predictors Of Acute Coronary Syndromes In Younger And Older Patients”. *Nursing Research*, 50(4), 233-241.
- Milner, K. A., Vaccarino, V., Arnold, A. L., Funk, M., and Goldberg, R. J. (2004). “Gender and age differences in chief complaints of acute myocardial infarction (Worcester Heart Attack Study)”. *The American journal of cardiology*, 93(5), 606–608.
- Mirza, A. J., Taha, A. Y., and Khdhir, B. R. (2018). “Risk factors for acute coronary syndrome in patients below the age of 40 years”. *The Egyptian heart journal : (EHJ) : official bulletin of the Egyptian Society of Cardiology*, 70(4), 233–235.
- Mueller C. (2014). “Biomarkers And Acute Coronary Syndromes: An Update”. *European Heart Journal, Oxford University Press*, 35, 552–556.
- Mujtaba, S. F., Rizvi, S. N., Talpur, A., Younis, F., Minhas, K., and Farooqui, Z. (2012). “Gender Based Differences In Symptoms Of Acute Coronary Syndrome”. *J Coll Physicians Surg Pak*, 22(5), 285-288.
- Nawar, E. W., Niska, R. W., and Xu, J. (2007). “National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 emergency department summary”. *Advance data*, 386, 1–32.
- Noureddine, S., Arevian, M., Adra, M., and Puzantian, H. (2008). “Response To Signs And Symptoms Of Acute Coronary Syndrome: Differences Between Lebanese Men And Women”. *American Journal Of Critical Care*, 17(1), 26-35.
- O’Gallagher, K., Teo, J. T., Shah, A. M., and Gaughran, F. (2022). “Interaction between race, ethnicity, severe mental illness, and cardiovascular disease”. *Journal of the American Heart Association*, 11(12), e025621.
- Onat A, Sansoy V, Soydan İ, Tokgözoğlu L, Adalet K. (2003). On İki Yıllık İzleme Deneyimine Göre, Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı. *Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık Ve Ticaret Anonim Şirketi*, 93-118, İstanbul.
- Patel, H., Rosengren, A., and Ekman, I. (2004). “Symptoms In Acute Coronary Syndromes: Does Sex Make A Difference?”. *American Heart Journal*, 148(1), 27-33.

- Patel S. A, Winkel M, Ali M. K, Narayan K. M. V, Mehta N. K. (2015). “Cardiovascular Mortality Associated With 5 Leading Risk Factors: National And State Preventable Fractions Estimated From Survey Data”. *Ann Intern Med*, 163(4), 245–253.
- Pelter, M. M., Riegel, B., Mckinley, S., Moser, D. K., Doering, L. V., Meischke, H., and Dracup, K. (2012). “Are There Symptom Differences In Patients With Coronary Artery Disease Presenting To The ED Ultimately Diagnosed With Or Without ACS?”. *The American Journal Of Emergency Medicine*, 30(9), 1822-1828.
- Petrovic, L., and Chhabra, L. (2023). *Selecting a Treatment Modality in Acute Coronary Syndrome*. StatPearls Publishing: In StatPearls.
- Pinto, D., Lunet, N., and Azevedo, A. (2011). “Prevalência e determinantes de apresentação atípica de síndrome coronário agudo [Prevalence and determinants of atypical presentation of acute coronary syndrome]”. *Acta medica portuguesa*, 24(2), 307–318.
- Reed G. W, Rossi J. E, Cannon C. P. (2017). “Acute Myocardial Infarction”. *The Lancet*, 389, 197–210.
- Revaiah, P. C., Vemuri, K. S., Vijayvergiya, R., Bahl, A., Gupta, A., Bootla, D., and Rohit, M. (2021). “Epidemiological and clinical profile, management and outcomes of young patients (≤ 40 years) with acute coronary syndrome: A single tertiary care center study”. *Indian heart journal*, 73(3), 295-300.
- Ryan, C. J., DeVon, H. A., Horne, R., King, K. B., Milner, K., Moser, D. K., Quinn, J. R., Rosenfeld, A., Hwang, S. Y., and Zerwic, J. J. (2007). “Symptom clusters in acute myocardial infarction: a secondary data analysis”. *Nursing research*, 56(2), 72- 81.
- Sayah, N., Bhatt, D. L., Miller, M., Brinton, E. A., Jacobson, T. A., Ketchum, S. B., Jiao, L., Pineda, A. L., Doyle, R. T., Jr, Tardif, J. C., Ballantyne, C. M., and Steg, P. G. (2024). “Icosapent ethyl following acute coronary syndrome: the REDUCE-IT trial”. *European heart journal*, 45(13), 1173–1176.
- Schulte, K. J., and Mayrovitz, H. N. (2023). “Myocardial Infarction Signs and Symptoms: Females vs. Males”. *Cureus*, 15(4), e37522.

- Shunmoogam N, Naidoo P, Chilton R. (2018) “Paraoxonase (PON)-1: A Brief Overview On Genetics, Structure, Polymorphisms And Clinical Relevance”. *Vascular Health And Risk Management*, 14, 137–143.
- Siagian, S. N., Christianto, C., Angellia, P., and Holiyono, H. I. (2023). “The Risk Factors of Acute Coronary Syndrome in Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *Current cardiology reviews*, 19(3), e161122210969.
- Singh, A., Museedi, A. S., and Grossman, S. A. (2023). *Acute Coronary Syndrome*. StatPearls Publishing: In StatPearls.
- Smith L, Mahler S. (2022). “Chest Pain”. *Tintinalli’s Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 9, 329–332.
- Stampouloulou, P. K., Anastasiou, A., Bletsas, E., Lygkoni, S., Chouzouri, F., Xenou, M., Katsarou, O., Theofilis, P., Zisimos, K., Tousoulis, D., Vavuranakis, M., Siasos, G., and Oikonomou, E. (2023). “Diabetes Mellitus in Acute Coronary Syndrome”. *Life (Basel, Switzerland)*, 13(11), 2226.
- Stepinska, J., Lettino, M., Ahrens, I., Bueno, H., Garcia-Castrillo, L., Khoury, A., Lancellotti, P., Mueller, C., Muenzel, T., Oleksiak, A., Petrino, R., Guimenez, M. R., Zahger, D., Vrints, C. J., Halvorsen, S., de Maria, E., Lip, G. Y., Rossini, R., Claeys, M., and Huber, K. (2020). “Diagnosis and risk stratification of chest pain patients in the emergency department: focus on acute coronary syndromes. A position paper of the Acute Cardiovascular Care Association”. *European heart journal. Acute cardiovascular care*, 9(1), 76–89.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., and White, H. D. (2012). “Third Universal Definition Of Myocardial Infarction”. *Circulation*, 126(16), 2020-2035.
- Tokgozoglu L., Kaya E., Erol Ç., Ergene O. (2010). “EUROASPIRE III: Türkiye İle Avrupa’nın Karşılaştırılması”. *Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol*, 38(3), 164-172
- Tucker J. F., Collins R. A., Anderson A. J., Hauser J., Kalas J., Apple F. S. (1997). “Early Diagnostic Efficiency Of Cardiac Troponin I And Troponin T For Acute Myocardial Infarction”. *Acad Emerg Med*, 4(1), 13–21.

- Türen, S., ve Efil, S. (2014). “AKSlar ve Hemşirelik Yönetimi”. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 43-51.
- Türkiye İstatistik Kurumu (t,y). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. Erişim: Kasım 2024, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>.
- Ueland, T., Aukrust, P., and Caidahl, K. (2019). “CCL21 and prognosis in acute coronary syndrom”. *Aging*, 11(21), 9225–9226.
- Ulrich Hansen, M., Vejzovic, V., Zdravkovic, S., and Axelsson, M. (2022). “Ambulance nurses' experiences of using prehospital guidelines for patients with acute chest pain - A qualitative study”. *International emergency nursing*, 63, 101195.
- Van Oosterhout, R. E., de Boer, A. R., Maas, A. H., Rutten, F. H., Bots, M. L., and Peters, S. A. (2020). “Sex differences in symptom presentation in acute coronary syndromes: a systematic review and meta-analysis”. *Journal of the American Heart Association*, 9(9), e014733.
- Velayutham, N., and Lee, R. T. (2023). “A Grim link: the association between subclinical atherosclerosis and epigenetic age”. *European heart journal*, 44(29), 2710–2712.
- Virani, S. S., Newby, L. K., Arnold, S. V., Bittner, V., Brewer, L. C., Demeter, S. H., Dixon, D. L., Fearon, W. F., Hess, B., Johnson, H. M., Kazi, D. S., Kolte, D., Kumbhani, D. J., LoFaso, J., Mahtta, D., Mark, D. B., Minissian, M., Navar, A. M., Patel, A. R., Piano, M. R., and Peer Review Committee Members. (2023). “2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines”. *Circulation*, 148(9), e9–e119.
- Yahagi, K., Davis, H. R., Arbustini, E., and Virmani, R. (2015). “Sex differences in coronary artery disease: pathological observations”. *Atherosclerosis*, 239(1), 260–267.
- Yano Y. (2021). “Blood Pressure in Young Adults and Cardiovascular Disease Later in Life”. *American journal of hypertension*, 34(3), 250–257.

- Yel, P., ve Ünsar, S. (2020). “Koronar anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri”. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(24), 7-15.
- Yılmaz, M. B. (2022). AKS Ve Kardiyojenik Şok. *Kardiyojenik Şok*, 60, Türk Kardiyoloji Derneği, Bayçınar Tıbbi Yayıncılık: İstanbul.
- Zhang, L., Hailati, J., Ma, X., Liu, J., Liu, Z., Yang, Y., He, P., and Wulasihan, M. (2021). “Analysis of risk factors for different subtypes of acute coronary syndrome”. *The Journal of international medical research*, 49(5), 3000605211008326.
- Zhang, W., Zhang, S., Deng, Y., Wu, S., Ren, J., Sun, G., and Cai, J. (2021). “Trial of intensive blood-pressure control in older patients with hypertension”. *New England Journal of Medicine*, 385(14), 1268-1279.
- Zhou, S., Xiao, Y., Zhou, C., Zheng, Z., Jiang, W., Shen, Q., Zhu, C., Pan, H., Liu, C., Zeng, G., Ge, L., Zhang, Y., Ouyang, Z., Fu, G., Pan, G., Chen, F., Huang, L., Liu, Q., and H-REPLACE Investigators (2023). “Effect of Rivaroxaban vs Enoxaparin on Major Cardiac Adverse Events and Bleeding Risk in the Acute Phase of Acute Coronary Syndrome: The H-REPLACE Randomized Equivalence and Noninferiority Trial”. *JAMA network open*, 6(2), e2255709.
- Zhu, Y., Lu, J. M., Yu, Z. B., Li, D., Wu, M. Y., Shen, P., Lin, H. B., Wang, J. B., and Chen, K. (2019). “Intra-individual variability of total cholesterol is associated with cardiovascular disease mortality: A cohort study”. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD*, 29(11), 1205–1213.
- Zègre-Hemsey, J. K., Burke, L. A., Devon, H. A. (2018). Patient-Reported Symptoms Improve Prediction Of Acute Coronary Syndrome In The Emergency Department. *Research In Nursing & Health*, 41(5), 459-468
- Wang, J., Huang, X., Fu, C., Sheng, Q., and Liu, P. (2022). “Association between triglyceride glucose index, coronary artery calcification and multivessel coronary disease in Chinese patients with acute coronary syndrome”. *Cardiovascular diabetology*, 21(1), 187.
- Wang, K. L., Meah, M. N., Bularga, A., Oatey, K., O'Brien, R., Smith, J. E., Curzen, N., Kardos, A., Keating, L., Felmeden, D., Storey, R. F., Goodacre, S., Roobottom, C., Newby, D. E., Gray, A. J., and RAPID-CTCA Investigators (2023). “Early compu-

ted tomography coronary angiography and preventative treatment in patients with suspected acute coronary syndrome: A secondary analysis of the RAPID-CTCA trial”. *American heart journal*, 266, 138–148.

Wang, X. Y., Zhang, F., Zhang, C., Zheng, L. R., and Yang, J. (2020). “The Biomarkers for Acute Myocardial Infarction and Heart Failure”. *BioMed research international*, 2020, 2018035.

Watanabe, H., Morimoto, T., Natsuaki, M., Yamamoto, K., Obayashi, Y., Ogita, M., Suwa, S., Isawa, T., Domei, T., Yamaji, K., Tatsushima, S., Watanabe, H., Ohya, M., Tokuyama, H., Tada, T., Sakamoto, H., Mori, H., Suzuki, H., Nishikura, T., Wakabayashi, K., and STOPDAPT-2 ACS Investigators (2022). “Comparison of Clopidogrel Monotherapy After 1 to 2 Months of Dual Antiplatelet Therapy With 12 Months of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Acute Coronary Syndrome: The STOPDAPT-2 ACS Randomized Clinical Trial”. *JAMA cardiology*, 7(4), 407–417.

Wereski, R., Kimenai, D. M., Bularga, A., Taggart, C., Lowe, D. J., Mills, N. L., and Chapman, A. R. (2022). “Risk factors for type 1 and type 2 myocardial infarction”. *European heart journal*, 43(2), 127–135.

World Health Organization, (August, 2024). *The top 10 causes of death*. Retrieved: October 2024, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM METNİ

Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**AKS İlişkili Semptom Belirleyicilerde Risk Faktör Farklılıkları: Prospektif Gözlemsel Bir Çalışma**” dir. Bu çalışmada AKS ilişkili semptom belirleyicilerde risk faktör farklılıkların belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda AKS Belirti Envanteri Türkçe formun geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilecektir. Çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Servisinde ve Koroner Yoğun Bakımda AKS tanısı ile yatan ve 18 yaş üstü olan gönüllü hastalar ile yürütülecektir. Çalışmaya politravma veya travma öyküsü olan, miyokard infarktüs geçmişi olan, geçici beyin iskemisi atağı geçiren, nörokognitif bozukluğu olan, iletişim problemi yaşanabilir örneğin Türkçe bilmeyen veya işitme engeli olmasına rağmen işitme protezi olmayan, afazisi olan, pulmoner emboli tanısı konulan, serum enzim çalışmaları öncesi acil serviste ilaç verilen, gebe hastalar çalışmaya dahil edilmeyecektir. Veri toplama sürecinde sosyodemografik bilgiler, hasta bilgi formu ve AKS Belirti Envanteri Türkçe formu kardiyoloji servisinde çalışan hemşireler tarafından doldurulacaktır.

Sizin araştırma ile ilgili olarak çalışma süresince verilen ölçekleri eksiksiz bir şekilde doldurmanız, araştırmacının önerilerine uymanız ve çalışmayı yarıda bırakmamanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve sizden hiçbir ücret alınmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmada sorulacak sorular katılımcıların fiziki veya ruhsal sağlığına zarar verecek potansiyele sahip değildir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum

EK 2: DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Hastanın protokol numarası:
2. İlgili sevrilerde yatış tarihi :.....
3. Yaşı:.....
4. Cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek
5. Hastanın Kilosu:..... Boyu:..... BKİ:.....

HASTA BİLGİ FORMU

1. Yandaş hastalığı (hastalık hikâyesi) var mı?
a) Hayır b)Evet
2. Yandaş hastalığı varsa aşağıdakilerden hangisidir?
 1. Diyabet
 2. Hipertansiyon
 3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)
 4. Hiprlipidemi
3. Sigara kullanıyor musunuz?
a) Hiç kullanmadım b) Kullanıyordum ama bıraktım c) Kullanıyorum
4. Covid 19 geçirdiniz mi?
a) Hayır b) Evet
5. Kesin Tanı:
STEMI NonSTEMI Unstabil Anjina Diğer

EK 3: AKS BELİRTİ ENVANTERİ- TÜRKÇE

Lütfen hastaneye yatmadan önce hangi belirtileri yaşadığınızı ve belirtilerin ne kadar şiddetli olduğunu işaretleyiniz (Sayıyı daire içine alınız).

A BÖLÜMÜ-BELİRTİ TÜRLERİ

Hastalık Belirtisi	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
1- Terleme	0	1	2	3	4
2- Göğüste yanma hissi	0	1	2	3	4
3- Kusma	0	1	2	3	4
4- Sersemlik	0	1	2	3	4
5- Hazımsızlık	0	1	2	3	4
6- Nefes darlığı	0	1	2	3	4
7- Bayılma	0	1	2	3	4
8- Göğüs ağrısı/ Rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
9-Çarpıntı	0	1	2	3	4
10- Bulantı	0	1	2	3	4
11-Nefes almada zorluk	0	1	2	3	4
12-Baş dönmesi	0	1	2	3	4
13-İştah kaybı	0	1	2	3	4
14- Güçsüzlük	0	1	2	3	4
15-Uyuşukluk/Ellerde karıncalanma	0	1	2	3	4
16-Sıcaklık hissi/kızarma	0	1	2	3	4
17- Şiddetli korku hissi	0	1	2	3	4
18- Öksürük (yeni başlayan)	0	1	2	3	4
19- Hızlı nefes alıp verme	0	1	2	3	4
20- Tükenmişlik	0	1	2	3	4

B BÖLÜMÜ-BELİRTİLERİN YERİ

Lütfen hastaneye yatmadan önce bu vücut bölgelerinden herhangi birinde ağrı veya rahatsızlık duyup duymadığınızı belirtiniz. (Yaşadığınız sorunun yerini gösteren sayıyı daire içine alınız.)

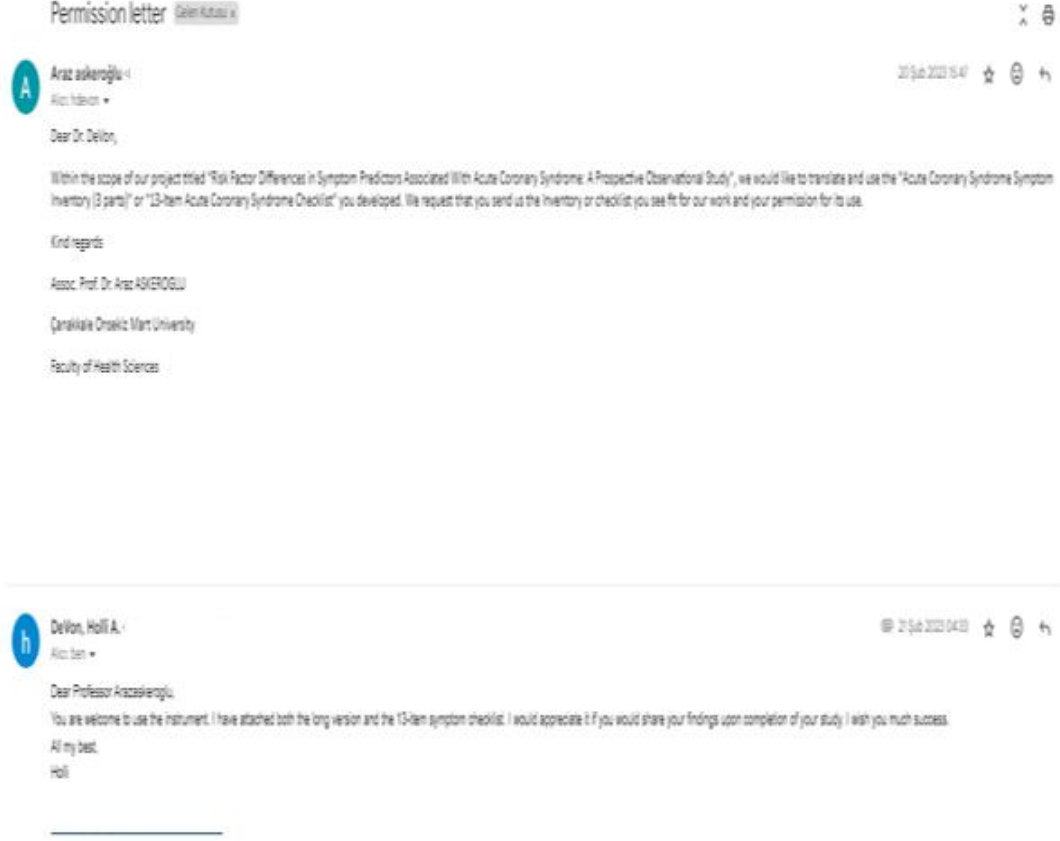
Belirtilerin yeri	Evet	Hayır
1-Çene	1	0
2-Boyun	1	0
3-Boğaz	1	0
4-Sol omuz	1	0
5-Sağ omuz	1	0
6-Sol kol	1	0
7-Sağ kol	1	0
8-Sol göğüs	1	0
9-Göğsün ortası	1	0
10-Sağ göğsün	1	0
11-Sırtın üstü	1	0
12- Sırtın ortası	1	0
13- Dişler	1	0
14- Üst karın	1	0

C BÖLÜMÜ-BELİRTİLERİN NİTELİĞİ

AKSlu kişiler, ağrılarının veya rahatsızlıklarının niteliklerini birçok farklı kelime kullanarak tanımlamışlardır. Bu kelimelerden herhangi biri hastaneye yatmadan önce yaşadığınız ağrı tipini tanımlıyor mu? (Yaşadığınız ağrının niteliğini gösteren ifadeyi daire içine alınız.)

Ağrı niteliği	Evet	Hayır
1-Ezici	1	0
2-Baskılayıcı	1	0
3-Yanııcı	1	0
4-Karıncalanma	1	0
5-Boğucu	1	0
6-Ağırılık	1	0
7-Dolgunluk	1	0
8-Sıkıştırıcı	1	0
9-Bıçaklayıcı	1	0
10-Donuk	1	0
11-Keskin	1	0
12-Sızlayıcı	1	0
13-Kramp	1	0
14-Daraltıcı	1	0

EK 4: AKS BELİRTİ ENVANTERİ (SAKSI) ORJİNAL GELİŞTİRİCİNİN İZİNİYLE



EK 5: ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulu
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-84026528-050.01.04.2300077133
Konu : Başvuru İncelenmesi

31.03.2023

Sayın Doç. Dr. Araz ASKEROĞLU

Yürütücülüğünüzü yapmış olduğumuz 2023-YÖNP-0220 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 30.03.2023 tarih ve 04/59 sayılı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

KARAR 59- Sorumlu yürütücülüğünü Doç. Dr. Araz ASKEROĞLU'nun yaptığı ve proje araştırmacısı Simge SALLIOĞLU tarafından gerçekleştirilen "Akut Koroner Sendrom İlişkili Semptom Belirleyicilerde Risk Faktör Farklılıkları: Prospektif Gözlemsel Bir Çalışma" başlıklı araştırmanın, ilgili taahhüt edilen izinlerin alınması ve Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna sunulması koşulu ile Etik Kurul ilkelerine uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ
Kurul Başkanı

EK 6: KURUM İZNI



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi
Yazı İşleri Birimi



Sayı : E-27222899-811.99-2300085466
Konu : Kurum İzni Hk. (Simge SALLIOĞLU)

17.04.2023

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi : a) Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 15.03.2023 tarihli ve E-93130991-199-2300065490 sayılı yazısı.
b) Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığının 20.03.2023 tarihli ve E-66237542-199-2300068061 sayılı yazısı.
c) Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığının 07.04.2023 tarihli ve E-79326443-199-2300084841 sayılı yazısı.

İlgi a yazımıza binaen Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim elemanlarından Doç. Dr. Araz ASKEROĞLU'nun danışmanlığını yaptığı öğrencisi Simge SALLIOĞLU'nun hazırladığı "Akut Koroner Sendrom İlişkili Semptom Belirleyicilerde Risk Faktör Farklılıkları: Prospektif Gözlemsel Bir Çalışma" adlı tez çalışmasını 01.04.2023- 15.10.2023 tarihleri arasında Hastanemiz Kardiyoloji Kliniği ve Acil Servisinde yapılabilmesi için bahsi geçen tez çalışmasına ait etik kurul onayı alındıktan sonra çalışmanın kurumumuzda gerçekleştirilmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Hasan Ali KIRAZ
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Başhekimisi