



Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Pedigri Analizi ile Risk Faktörleri Yaşam Kalitesi ve Hastalık İlişkisi

Sibel Sevinç,¹ Haluk Akın,² Özge Uzun^{3*}

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Hatay

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İzmir

³Emekli Öğretim Üyesi

*Şimdiki kurumu: Yakın Doğu Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Lefkoşa, KKTC

Özet

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, akut koroner sendrom (AKS)'lu hastalarda pedigri analizi ile risk faktörleri yaşam kalitesi ve hastalık ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem ve Gereçler: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma 09 Aralık 2013-11 Ağustos 2014 tarihleri arasında bir Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yürütüldü. Çalışmada örnekleme yöntemine gidilmemiş olup, belirtilen tarihler arasında belirlenen hastanenin Kardiyoloji servisinde tedavi gören, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uygun olan AKS tanısı almış 65 hasta çalışma kapsamına alındı. Demografik veriler sayısal ve yüzdelik oranlarla ifade edildi. Karşılaştırmalı analizlerde ki-kare ve kruskal Wallis testleri kullanıldı. Sonuçlar $p < 0.05$ düzeyinde, %95 güven aralığında değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada Pedigri analiziyle risk faktörleri, hastalık şiddeti arasında fark saptanmadı, yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal fonksiyon alt boyutu ile pedigri analizi arasında fark saptandı, diğer boyutlar arasında fark saptanmadı. Hastaların pedigri analiziyle yaşam kalitesi arasındaki Kruskal Wallis testinde, genel sağlık (KW=3.057, $p=0.383$), emosyonel rol gücü (KW=1.410, $p=0.703$), mental sağlık (KW=2.223, $p=0.527$), fiziksel fonksiyon (KW=1.092, $p=0.779$) fiziksel rol gücü (KW=2.630, $p=0.452$), ağrı (KW=0.324, $p=0.955$), enerji (KW=1.501, $p=0.682$) alt boyutlarında anlamlı fark saptanmadı, sosyal fonksiyon (KW=8.682, $p=0.034$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı/önemli bir fark saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışma ile pedigri analizinin klinikte kullanılabilirliği kanıtlandı, çalışmanın daha büyük örneklemle tekrarlı şekilde yapılması önerildi.

Anahtar sözcükler: Akut koroner sendrom; pedigri analizi; risk faktörleri; yaşam kalitesi.

Relationship Among Pedigree Analysis Quality of Life Risk Factors and Disease in Patients with Acute Coronary Syndrome

Abstract

Introduction: In this study, it was aimed to investigate the relationship among pedigree analysis, risk factors, quality of life and illness in patients with acute coronary syndrome (ACS).

Methods: This descriptive study was conducted in the Department of Cardiology of a Research and Practice Hospital between December 09, 2013 and August 11, 2014. Sampling method was not used in the study. The participant of the study consisted of 65 patients who were diagnosed with ACS who were treated at the cardiology department of the indicated hospital between the dates specified, who agreed with the research criteria and agreed to participate in the study. Demographic data were expressed in numerical and percentage ratios. In the comparative analyzes, chi-square and kruskal Wallis tests were used. The results were evaluated as $p < 0.05$ significance in 95% confidence interval.

İletişim (Correspondence): Dr. Sibel Sevinç, Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Yüksekokulu, Hatay

Telefon (Phone): +90 326 216 06 86 **E-Posta (E-mail):** sibelsevis@gmail.com

Başvuru Tarihi (Submitted Date): 20.02.2017 **Kabul Tarihi (Accepted Date):** 08.05.2018

©Copyright 2018 by Turkish Society of Cardiology - Available online at www.anatoljcardiol.com



Results: In the study, there was no significant relationship between risk factors, severity of illness and pedigree analysis. There was a significant relationship between the social function subscale and pedigree analysis from the quality of life subscales and no significant relationship was found between the other dimensions.

Discussion and Conclusion: In this study, the clinical usability of pedigree analysis has been demonstrated, it was suggested that the study be repeated with larger samples.

Keywords: Acute coronary syndrome; pedigree analysis; quality of life; risk factors.

Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (KVH) belirtiler görüldüğünde ileri aşamaya gelmiş olan kronik bir hastalıktır. Bununla birlikte hastalık sinsice ilerlemektedir. Kardiyovasküler hastalık nedenli ölümlerin >%80'inin gelişmekte olan ülkelerde meydana geldiği öngörülmektedir.^[1] Ülkemizde de 205.457 ölümlle ilk sırayı KVH nedenli ölümler (tüm ölüm nedenlerinin %47.73'ü) oluşturmaktadır. Bunun yanında KVH tıbbi tedavisi uzun süren, yüksek maliyetli hastalıklardır. Bu hastalık genellikle orta yaş dönemindeki bireyleri ve dolayısıyla onların ailelerini etkilemekte, en verimli yıllarında bulunan insan kaynaklarının iş gücünün azalmasıyla ülkelerin gelişimine de zarar vermektedir.^[2]

Aterosklerotik KVH gibi çoklu faktörlerin neden olduğu hastalıklarda genetik bilgi daha çok tahmini değerlerde rol oynar. Bu hastalıklarda genetik özelliğin dış görünüşe yansımaları olan fenotip ve genotip arasında basit otomatik bir ilişki bulunmamaktadır. Hastalıktan, kalıttan sorumlu bir DNA dizisinin DNA üzerindeki fiziksel özel konumunu tanımlayan tek bir majör lokus yerine, birçok genin küçük etkilerle dahil olduğu, ailesel ve çevresel faktörlerle bileşen bir etki sorumludur.^[3-4]

Birinci derece akrabalarda erkeklerde <55 yaş, kadınlarda <65 yaş sürecinde gelişen prematür ateroskleroz varlığı gelecekteki kardiyovasküler olaylar için öngördürücüdür. Framingham Offspring Çalışması'na katılan hastalarda, ebeveynlerin birindeki prematür kardiyovasküler hastalık öyküsünün kardiyovasküler riski 2.3-2.6 kat arttırdığı saptanmıştır. Bunun yanında ailede prematür olmayan KVH varlığı bile, koroner kalp hastalığı riskini 1.73 kat arttırmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre; risk, prematür ateroskleroz öyküsünün görüldüğü akrabaların yakınlık derecesi, sayısı ve erken görülme yaşına göre daha da artmaktadır. Bu sebeplerle, American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA), asemptomatik hastalarda aile öyküsünün öğrenilmesini risk değerlendirmesi için önermektedir (Sınıf I, Kanıt Düzeyi B). Bununla birlikte günlük klinik pratikte kullanımı kabul edilen, ateroskleroza genetik yatkınlığı belirleyebilecek herhangi bir tarama testi bulunmamaktadır.^[5]

Aile öyküsü paylaşılan çevrenin ve genetiğin değişken bir birleşimidir. Kardiyovasküler risk faktörlerinin çoğunda da güçlü kalıtımın kanıtları mevcuttur.^[1] Bu hastalarda genetik riski belirlemek için pedigri analizi yapılabilir, pedigri

analizi aile öyküsünün sembollerle belirlendiği aile ağacı olarak bilinen grafik temsildir. Pedigri klinikte ve araştırma amaçlı, hastalık tanınması, aile üyelerinde risk tanınması, risk hesaplaması, hasta eğitimi, strateji belirleme, test kararı verme gibi birçok durumda kullanılmaktadır.^[6]

Tıp Enstitüsünün (Institute of Medicine/IOM) verilerine göre ileriki zamanlarda toplum için gerekli genetik danışmanlığı sağlayabilecek, genetik testleri yapabilecek düzeyde uzmanlaşmış, eğitilmiş profesyoneller bulunmamaktadır. Bu raporda belirtildiğine göre; hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve genetik uzmanlar; veri toplamada, danışmanlık ve yönlendirme yapmada ayrıca diğer uzmanlarla işbirliği sağlamada yeterli güce sahiptirler. Hemşireler kalp hastalıkları, kanser, diyabet, nörolojik hastalıklar ve mental hastalıklar gibi genetik kaynaklı olabilecek, kronik ve yaygın görülen hastalıklara sahip kişileri, hastalık yönetimine hazırlamada önemli rollere sahiptir. Bunun yanında, hastalara tam ve etkili bir şekilde hizmet verebilmek için hemşirelerin genetik gelişmeleri izleme, hemşirelik eğitimine devam eden öğrencileri ve aktif çalışan hemşireleri yeni rollerine hazırlama konularında sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin genetik bilginin gerekliliği hakkında yeterlilik kazanabilmeleri için genetik bilimini öğrenmeleri ve sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda gelişen teknolojilerin önemini değerlendirmeleri gerekmektedir.^[7] Bu doğrultuda, planlanan bu çalışma sonuçlarının hemşirelik literatürüne ve hemşirelik bakım uygulamalarına katkısı olacağı düşünülmektedir.

Bu verilerden yola çıkarak; Akut koroner sendrom (AKS) tanısıyla sağlık bakımı almakta olan hastaların genetik risk analizinin hastanın yaşam kalitesi, diğer risk faktörleri ve hastalığın şiddetinin-sürecinin ilişkisinin belirlenmesinin, kardiyak olay sonrası ya da öncesi hastalığın yönetiminde hemşirelerin sorumluluğundaki bakım ve korunma programlarının planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada, AKS'li hastalarda pedigri analizi ile risk faktörleri yaşam kalitesi ve hastalık ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma 09 Aralık 2013-11 Ağustos 2014 tarihleri arasında, bir Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yürütüldü. Çalışmada

örnekleme yöntemine gidilmemiş olup, belirtilen tarihler arasında belirtilen hastanenin Kardiyoloji servisinde tedavi gören, 18 yaş ve üstünde olan, iletişim sorunu olmayan, hekim tarafından psikiyatrik tanısı olmayan araştırmaya katılmaya gönüllü olan 65 AKS tanısı almış hasta çalışma kapsamına alındı.

Verilerin Toplanması

Çalışmada; Sosyo-demografik, hastalığa-risk faktörlerine ve genetik analize ilişkin verileri içeren bir soru formu ile SF 36 Yaşam kalitesi ölçeği formu kullanıldı. Araştırmaya başlamadan önce her bir hastaya araştırmacının amacı açıklandıktan sonra hastalardan görüşme öncesi sözel ve yazılı onam alındı. Veriler araştırmacı tarafından toplandı.

Çalışmaya başlamadan önce Hastane yönetiminden izin, Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (19.11.2013/390) onay alındı.

Veri Toplama Araçları

Sosyo Demografik, Hastalık Risk Faktörlerine, Genetik Analize İlişkin Soru Formu:

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan soru formu; Sosyo-demografik veriler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu soruları ile; hastalığa ilişkin veriler ise; ailede kronik sağlık öyküsü, boy-kilo, başka hastalık varlığı, hastalık tipi, hastalık süresi, hastalık tekrarı, MI günü-sayısı-türü, tedavi, hastane içi tedavi, sigara kullanma durumu, egzersiz yapma durumu-türü-sıklığı soruları; risk faktörleri; yaş, ailede KAH öyküsü, DM, HT, HL, Düşük HDL, Sigara, obezite durumu 8 soru; genetik analize (pedigri analizi) yönelik; hastalık ilk başlangıç yaşı, hastalığın aile içinde tekrar sayısı, anne- babada akraba (var-yok) evliği varlığı, ailede kronik hastalık varlığı, aile içinde hastalığın kimlerde görüldüğü, aile içinde hastalık nedeniyle ölüm varlığı, aile içinde hastalık nedeniyle ölüm yaşı, ailenin etnik kökeni, anne baba sağlık durumu, kardeş sayısı, eş ve sağlık durumu, amca-dayı-hala-teyze sayısı sağlık durumu, çocuk sayısı, sağlık durumu, anne babanın aynı köylü olma durumu, hastalığın akrabalarda görülme durumu 15 soru ile toplandı. Hastalara daha sonra ulaşabilmek için protokol numaraları ve telefon numaraları kayıt edildi.

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği:

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı

rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde).

Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Akut biçimini oluşturmak amacıyla son bir haftayı değerlendiren bir formu da uygulanmıştır. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır.^[8] Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^[9] Ülkemiz de SF36 ölçeği yaygın olarak kullanılan bir ölçek olduğundan, ölçek kullanımı için izin alınmasına gerek duyulmamıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Ki kare ile Kuruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Pedigri analizi: Her hastaya, analizi gerçekleştirmek için sorulan sorular ışığında, tıbbi genetik uzmanı araştırmacı ile birlikte aile ağacı çizildi. Aile ağacında etkilenmiş bireyler belirlenerek, akrabalık derecelerine göre sınıflandırıldı.

Bulgular

Araştırmaya katılan AKS'lu hastaların yaş ortalaması 56.4 ± 8.27 'dir. Hastalara ilişkin demografik veriler Tablo 1'de görülmektedir. Hastaların beden kitle indeksi $20-43 \text{ kg/m}^2$ aralığında, ortalama $28 \text{ (SD, 4.78)} \text{ kg/m}^2$ dir. Hastaların %27.7'si egzersiz yapmaktaki, %47.7'si yapmamakta, %24.6'sı da ara sıra egzersiz (yürüyüş) yapmaktadır.

Hastaların %32.2'sinde ailede KAH öyküsü, %46.2'sinde diyabet, %58.5'inde hipertansiyon, %55.4'ünde hiperlipidemi, %43.1'inde sigara kullanımı, % 32.3'ünde obezite risk faktörleri vardır. Toplam olarak, %4.6'sında bir, %26.2'side iki, %23.1'inde üç, %15.4'ünde dört, %18.5'inde beş, %12.3'ünde altı tane risk faktörü mevcuttur.

Pedigri analizinde, hastalığın birinci derece akrabalarında görülme oranı %33.8, birinci ve ikinci derece akrabalarında

Tablo 1. Hastaların demografik ve hastalık özellikleri

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	18	27.7
Erkek	47	72.3
Medeni durum		
Bekar	3	4.6
Evli	62	95.4
Eğitim		
İlköğretim	50	76.9
≥Lise	15	23.1
Meslek		
Ev hanımı/Emekli	29	44.6
Çalışan	36	55.4
Başka hastalık varlığı		
Olan	38	58.5
Olmayan	27	41.5
Akut Koroner Sendrom türü		
Anjina	29	44.6
Non-STMI	15	23.1
STMI	21	32.3
Hastalık tekrarı		
1	30	46.2
2	18	27.7
≥3	17	26.2
MI Sayısı		
1	21	32.3
2	10	15.4
≥3	15	23.1
MI geçirmeyen	19	29.2
Hastane içi tedavi		
PCG	23	35.4
Medikal	42	64.6
Toplam	65	100.0

PCG: Perkütan koroner girişim; MI: Miyokard infarktüsü; Non-STMI: ST elevasyonu olmayan miyokard infarktüsü; STMI: St elevasyonlu miyokard infarktüsü.

görülme oranı %16.9, hastalığın birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalarda tekrarlı şekilde görülme oranı %24.6, hastalığın hiç tekrarlamama, aile içinde görülme oranı %24.6'dır. (Bu verilere soru formunda sorulan; hastalığın aile içinde tekrar sayısı, aile içinde hastalığın kimlerde görüldüğü, aile içinde hastalık nedeniyle ölüm varlığı sorularıyla ulaşıldı.)

Hastaların %40'ın da akrabalık ya da aynı köylü olma durumu bulunmakta ve %95'inin ailesi çalışmanın yapıldığı bölgeden köken almaktadır.

Hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon 18.88 (SD, 6.45), Fiziksel rol güçlüğü 5.08 (SD,

1.76), Ağrı 6.58 (SD, 2.98), Genel sağlık 15.9 (SD, 1.65), Enerji 13.88 (SD, 2.36), Sosyal fonksiyon 6.03 (SD, 1.24), Emosyonel rol güçlüğü 4.12 (SD, 1.4) mental sağlık 17.33 (SD, 2.8) ortalama puanlarını aldılar.

Hastaların pedigri analizine göre risk faktörleri ve hastalık özellikleri Tablo 2'de görülmektedir.

Hastaların pedigri analizine göre yaşam kalitesi puanları Tablo 3'de görülmektedir. Kruskal Wallis testinde, pedigri analizine göre yaşam kalitesi alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı, sadece sosyal fonksiyon alt boyutunda istatistiksel olarak fark saptandı. Hastalığın aile içinde tekrarlı görüldüğü grupta, sosyal fonksiyon alt boyutu puanları daha düşük olduğu saptandı.

Tartışma

Akut koroner sendromlu hastalarda pedigri analizi ile risk faktörleri yaşam kalitesi ve hastalık ilişkisinin incelendiği bu çalışmada; hastaların çoğunluğu erkek, fazla kilolu ve düzenli egzersiz yapmamaktadır. Hastaların yarıya yakınında diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi risk faktörü mevcuttur ve hiç risk faktörü olmayan hasta bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan hastaların özellikleri, Türkiye ortalamalarıyla benzerlik göstermektedir.^[10] Yirmi altı yıl takipli TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışması sonuçları da orta yaşta bireylerde risk faktörlerinin fazla görüldüğü ve bu durumun mortaliteyi ve morbiditeyi arttırdığını vurgulamaktadır. Bu durum ülke ekonomisine de ciddi bir yük getirmektedir.^[11] Bu sonuçların Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planının (2015-2020) uygulanmasının gerekliliğini bir kez daha ortaya çıkardığı söylenebilir.

Hastaların çoğunluğunda hastalık aile içinde çeşitli derecelerde akrabalarda tekrarladığı görülmektedir. Kashani et al. (2013) literatür incelediği çalışmada; aile öyküsünün KVH için bağımsız risk faktörü olduğu saptanmıştır.^[12] Bu çalışmada hastalığın aile içinde tekrarlı görülmesiyle risk faktörleri arasında anlamlı fark saptanmadı. Bu sonuç, hastalarda aile öyküsü olmasından bağımsız olarak çok fazla ve yoğun şekilde kardiyak risk faktörü varlığı olmasıyla açıklanabilir.

Hastaların pedigri analiziyle hastalık türü, hastalık tekrarı, MI sayısı, uygulanan tedavi arasında anlamlı fark saptanmadı. Bu sonuç hastaların aile öykülerinin yanında yine çok fazla risk faktörlerinin de bulunmasıyla açıklanabilir. Çalışılan örneklemin küçük olması da sonuçlarda etkin olabilir. Frazier et al.^[13] (2009) belirttiğine göre; klinik araştırmalarda ve klinik uygulamalarda hastaların genetik testinin yapılması, tedavi yanıtının daha iyi tahmin edilebilirliğini sağlayarak sonuçta daha iyi klinik sonuçlara yol açabilir. Hinton^[6] (2008)

Tablo 2. Pedigri analizine göre risk faktörleri ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılması

Hastaların risk faktörleri ve hastalık özellikleri	Birinci derece akrabada görülen	*İkinci-üçüncü derece akrabada Tekrarlı görülen	Aile içinde hastalık görülmeyen	χ^2 p
Diyabet				
Olan	12 (18.5)	10 (15.4)	8 (12.5)	$\chi^2=1.622$
Olmayan	10 (11.6)	17 (26.2)	8 (12.5)	p=0.444
Hipertansiyon				
Olan	13 (20)	16 (24.6)	9 (13.8)	$\chi^2=0.43$
Olmayan	9 (13.8)	11 (16.9)	7 (10.8)	p=0.979
Hiperlipidemi				
Olan	14 (21.5)	15 (23.1)	7 (10.8)	$\chi^2=1.483$
Olmayan	8 (12.3)	12 (18.5)	9 (13.8)	p=0.476
Sigara				
İçen	8 (12.3)	13 (20)	7 (10.8)	$\chi^2=0.690$
İçmeyen	14 (21.5)	14 (21.5)	9 (13.8)	p=0.708
Obezite				
Olan	9 (13.8)	6 (9.2)	6 (9.2)	$\chi^2=2.197$
Olmayan	13 (20)	21 (32.3)	10 (15.4)	p=0.333
Toplam risk Faktörü				
1 ve 2 RF	5 (7.7)	10 (15.4)	5 (7.7)	$\chi^2=1.168$
3 ve \geq RF	17 (26.2)	17 (26.2)	11 (16.9)	p=0.558
Hastane içi tedavi				
PCG	7 (10.8)	10 (15.4)	6 (9.2)	$\chi^2=0.186$
Medikal	15 (23.1)	17 (26.2)	10 (15.4)	p=0.911
AKS türü				
Anjina	10 (15.4)	13 (20)	6 (9.2)	$\chi^2=0.470$
MI	12 (18.5)	14 (21.5)	10 (15.4)	p=0.790
Hastalık tekrarı				
1	10 (15.4)	13 (20)	7 (10.8)	$\chi^2=0.085$
≥ 2	12 (18.5)	14 (21.5)	9 (13.8)	p=0.959
MI sayısı				
1 ya da hiç	15 (23.1)	16 (24.6)	9 (13.8)	$\chi^2=0.659$
≥ 2	7 (10.8)	11 (16.9)	7 (10.8)	p=0.719

AKS: Akut koroner sendrom; PKG: Perkütan koroner girişim; RF: Risk faktörü; MI: Miyokard infarktüsü.

* Hastalığın birinci ve ikinci derece akrabalarda görüldüğü grupta, hastalığın birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalarda tekrarlı şekilde görüldüğü grup birleştirilmiştir.

belirttiğine göre; pedigri analizi bir teşhis, miras kalıbının oluşturulması, risk altındaki aile bireylerinin belirlenmesi, risk hesaplama, test ve gözlem stratejileri belirleme ve hasta eğitimi için kullanılabilir. Bu çalışma da pedigri analiziyile KVH ilişkisi ispatlanarak, pedigri analizinin risk belirleyebilme özelliği ortaya çıkarılmak istendi, ancak hastalardan aile öyküleriyle ilgili çok sağlıklı bilgiler edinilemedi. Analizler edinilen bilgiler doğrultusunda yapıldı, aile öyküleriyle ilgili kayıtlı kesin bilgiler olmadığı için hasta ifadelerine göre veriler yorumlandı. Neredeyse kendi hastalığı hakkında bile doğru bilgilere sahip olmayan hastalar, aile öyküleriyle ilgili net bilgilere sahip değildi. Ülkemizde bireylerin aile öykülerinin kayıtlarının sağlıklı şekilde yapılmıyor olması da AKS'li

bireylerin doğru aile öykülerine ulaşmada zorluklar yaşattı. Çalışmaya katılan hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından ortalama puanlar aldılar. Pedigri analiziyile yaşam kalitesi arasında ise, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, enerji alt boyutlarında anlamlı ilişki saptanmazken, sosyal fonksiyon alt boyutunda anlamlı fark saptandı. Hastalığın aile içinde tekrarlı görüldüğü grupta, sosyal fonksiyon alt boyutu puanları daha düşüktü. Demir ve Özer'in belirttiğine göre (2014); Son zamanlarda yapılan çalışmalar da KAH sonrasında hastaların yaşam kalitesinde kalıcı olumsuz etkilerin oluştuğunu göstermiştir. KAH bireylerde

Tablo 3. Hastaların pedigri analizine göre yaşam kalitesi alt boyutları puanlarının karşılaştırılması

Yaşam kalitesi alt boyutları	Birinci derece akrabada görülen n=22	Birinci ikinci ve üçüncü derece akrabalarda tekrarlı şekilde görülen n=16	Birinci ve ikinci derece akrabalarda görülen n=11	Aile içinde görülmeyen hastalık n=16	KW p
Fiziksel fonksiyon	33.89	29.38	36.82	32.78	KW=1.092 p=0.779
Fiziksel rol güçlüğü	31.61	34.47	38.41	29.72	KW=2.630 p=0.452
Ağrı	33.34	31.69	31.45	34.91	KW= 0.324 p=0.955
Genel sağlık	27.70	35.03	33.73	37.75	KW=3.057 p=0.383
Enerji	31.95	29.28	34.91	36.84	KW=1.501 p=0.682
Sosyal fonksiyon	35.93	24.19	43.23	30.75	KW=8.682 p=0.034
Emosyonel rol güçlüğü	32.18	36.47	34.23	29.81	KW=1.410 p=0.703
Mental sağlık	36.45	33.19	26.14	32.78	KW=2.223 p=0.527

yaşam tarzı değişikliklerini zorunlu hale getiren önemli bir durumdur. Aynı zamanda, hastalığa bağlı olarak gelişebilen fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar uzun süreli bakım gereksinimi doğurarak hastaların bağımsızlığını azaltıp, özgüven eksikliği oluşturmakta ve bireylerin hastalığa uyumunu bozmaktadır: Yaşanan tüm bu sorunlar bireylerde fiziksel, mental, fonksiyonel, sosyal ve ekonomik gerilemeye de yol açabilmektedir.^[14]

Bu sonuç her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da hastalığın aile içinde tekrarlı görüldüğü bireylerin daha fazla risk faktörünün olmasıyla, dolayısıyla risk faktörü fazla olan bireylerin sosyal yaşamlarının etkilenmesiyle açıklanabilir.

Sonuç

Pedigri analiziyle belirlenen soy öyküsünün AKS'li hastalarda risk faktörleriyle, yaşam kalitesiyle ve hastalığın türü şiddeti gibi özellikler üzerindeki etkisinin, koroner arter hastalığı gelişmeden önceki dönemde, hastalıktan primer korunmada soy öyküsü değerlendirmenin hastanın gelecekteki prognozu için öngördürücü olacağı düşünülmektedir. Her ne kadar bu çalışma da sonuçların çoğunda istatistiksel anlamlılık saptanmamış olsa da, bu verilerin primer korunmadaki eğitim programlarına yol gösterici olacağı, kardiyoloji hemşireleri için soy öyküsünün, pedigri grafiğiyle tanımlanmasının klinik kullanımındaki kanıtı sağlanmıştır. Tüm bunlarla bağlantılı olarak; hastalık gelişmeden ön-

ceki dönemde soy öyküsü tanımlanmasının ve buna yönelik risk altındaki bireylerin yönetiminin sağlanmasının maliyet etkin sonuçlar doğuracağı tahmin edilmektedir.

Pedigri analizinin klinikteki kullanımını, etkinliğini sağlamak için, bu şekilde yapılacak çalışmaların daha büyük örneklerle tekrarlanması önerilebilir. Bunun yanında, bireylere ve kurumlara sağlık kayıtlarını, aile öykülerini de kapsayacak şekilde düzenli olarak yapmaları önerilebilir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazarlık Katkıları: Konsept: S.S., H.A., Ö.U.; Dizayn: S.S., H.A., Ö.U.; Veri Toplama veya İşleme: S.S.; Analiz veya Yorumlama: S.S., H.A.; Literatür Arama: S.S., H.A., Ö.U.; Yazan: S.S.

Kaynaklar

1. Ural D. ESC 2012 Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. Turk Kardiyol Dern Ars 2012;40(3):1-76.
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2010) Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014).
3. Ağırbaşı D, Ülman Y.I. Genomik risk skorlaması perspektifinden koroner arter hastalığı, etik yaklaşım ve öneriler. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2012;12:171-7.

4. Alistair S. Hall. In what manner are advances in genetics most likely to alter the clinical practice of cardiology within the next 10 years?. *Genetic Risk Factors & Cardiovascular Disease Dialogues in Cardiovascular Medicine* 2004;9(1):1–68.
5. Gülel O. Kardiyovasküler risk faktörleri Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi/Journal of Experimental and Clinical Medicine 2012;29:107–116.
6. Hinton R.B. The Family History: Reemergence of an Established Tool. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2008;20(2):149–58.
7. Erdemir F, Uysal G. Genetik, Genomik Bilimi ve Hemşirelik. *DEUHYO ED* 2010;3(2):96–101.
8. Ware J.E, Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992;30:473–83.
9. Kocyiğit H, Aydemir O, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. “Kısa Form-36’nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği”. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:102–6.
10. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2015. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020).
11. Onat A. (Ed.) TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük Editör. Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. 2017.
12. Kashani M, Eliasson A, Vernalis M, Costa L, Terhaar M. Improving assessment of cardiovascular disease risk by using family history: an integrative literature review. *J Cardiovasc Nurs* 2013;28(6):18–27.
13. Frazier L, Wung S-F, Sparks E, Eastwood C. Cardiovascular Nursing on Human Genomics: What do cardiovascular nurses need to know about congestive heart failure? *Prog Cardiovasc Nurs* 2009;24(3):80–5.
14. Demir Ş, Özer Z. Kardiyovasküler Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji* 2014;21(3):182–91.