

Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi

Effects of patient education and counseling about life style on quality of life in patients with coronary artery disease

Sayın Editör,

Kurçer ve ark.nın (1) derginizin Mart 2011 sayısında yayınlanan "Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi" başlıklı yazılarını okuduk. Araştırmacılar, 82 hastada, 90 dakikalık yüz yüze eğitim ve eğitim gerecinin yaşam kalitesine etkilerini araştırmışlardır. Yazarlar, verilen eğitimin hastalarda yaşam kalitesini artırdığını, bazı risk faktörlerinde düzelmeye sağladığını bildirmektedir. Yurdumuzda Sağlık Bakanlığı hasta eğitiminin bir hasta hakkı olduğunu belirtmiştir. Kurçer ve ark.nın araştırması (1), hasta eğitiminin yurdumuzdaki önemine dikkat çekmek açısından övgüye değerdir. Bununla birlikte yazı ile ilgili bazı eleştirilerimiz vardır. Hasta eğitimi önemlidir, tek başına yazılı eğitim materyali bile olumlu sonuçlar sağlamaktadır (2).

Yazarlar çalışmanın kısıtlılıklarında da belirttiği üzere kontrol grubu kullanmamışlar ve gerekçe olarak, bunun bir hasta hakkı olduğunu belirtmişlerdir. Kontrol grubu olmadan, oluşan bu iyileşmelerin eğitime bağlı olduğunu söylemek zordur. Yazarlar, hasta haklarından yola çıkarak kontrol grubu oluşturmadıklarını belirtmektedirler. Çalışma, yeter sayı olan 82 hastada sonlandırıldığına göre, 83. ve sonraki hastalar kontrol grubu olarak ele alınabilir.

Yazarlar, koroner arter hastalığı tanısının koroner anjiyografi ile konulduğunu belirtmişlerdir. Koroner anjiyografi, durumsal anksiyetenin arttığı bir durumdur (3) ve özellikle, sonrasında tanı koroner arter hastalığı şeklinde ortaya çıkarsa, hastaları eğitime hazır hale getirir. Bu durumdaki hastalar, herhangi bir eğitim almadan davranışlarını değiştirebilir. Bu nedenle, istatistiksel farkın olduğu diyet ve egzersiz konusunda durumsal anksiyete etkili olmuş olabilir. Yine aynı şekilde anksiyetesi bulunan bireylerin yaşam kalitesi ile bu anksiyetenin kısmen yersiz olduğunu zaman içinde anlamış bulunan bireylerin yaşam kaliteleri arasında fark beklenir. Kontrol grubu olmadığı için yaşam kalitesindeki olumlu değişiklikten eğitimin sonucu olduğunu bildirmek zordur.

Kalp hastalarının eğitimi, hastaların erişkin olması nedeniyle, eğitimin bireyselleştirilmesini gerektirir (4). Yazıda hastalara eğitim verilirken, davranış değişikliğinin evresine değinilmemiştir. Prochaska ve ark. (5) 1977'de tanımladığı transteoretik model, davranış değişikliğinin hangi evresinde nasıl eğitim verileceği konusunda iyi bir rehberdir. Bu modele göre bir örnek verecek olursak, sigara içen bir birey, bırakmak istiyor, ancak cesaret bulamıyorsa ("contemplation" evresi); bu hastaya sigaranın zararlarını öğretmek zaman kaybıdır. Bireyin cesaretlendirilmesi gerekir ve eğitim bu yönde olmalıdır (Sigarayı bırakmış olan tanıdıklardan ya da ünlülerden örnek verilmesi, hastanın daha önce başarılı olduğu davranış değişikliklerinin hatırlatılması gibi). Herkese kalıplaşmış aynı bilgilerin verilmesi birçok kez zaman kaybıyla sonuçlanacaktır. Nitekim çalışmada sigara ve alkol gibi iki konuda istatistiksel fark oluşmamıştır.

Çalışmada 90 dakika gibi bir sürenin, hastalarla yüz yüze görüşmeye ayrılmış olması eğitimin bireyselleştirilmesi açısından oldukça olumludur. Bu nedenle yazarları kutlarız. Öte yandan, yazarlar, eğitimin ne kadar bireyselleştirildiği konusunda bilgi verseydi ve bulguları kontrol grubu ile karşılaştırılsaydı, sonuçlar daha yol gösterici olacaktı.

Bekir Yılmaz Cingözbay, Zafer Işılak, Alptuğ Tokatlı, Mehmet Uzun Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

Kaynaklar

1. Kurçer MA, Özbay A. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. Anadolu Kardiyol Derg 2011; 11: 107-13.
2. Köz C, Uzun S, Yokuşoğlu M, Kırılmaz A, Kılıçaslan F, Baysan O, et al. Yazılı eğitim materyallerinin kullanılması vazovagal senkoplu olgularda atak sıklığını azaltmaktadır. Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2008; 20: 180-3.
3. Uzun S, Vural H, Uzun M, Yokuşoğlu M. State and trait anxiety levels before coronary angiography. J Clin Nurs 2008; 17: 602-7.
4. Uzun M. Patient education and exercise in cardiac rehabilitation. Anadolu Kardiyol Derg 2007; 7: 298-304.
5. Prochaska, JO, DiClemente, CC. The transtheoretical approach. In: Norcross JC, Goldfried, MR, editors. Handbook of Psychotherapy Integration. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005. p. 147-71.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Bekir Yılmaz Cingözbay Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Tıbbiye Cd. Üsküdar, İstanbul-Türkiye

Tel: + 90 216 542 20 20 E-posta: doktorbyc@hotmail.com

Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date: 05.07.2011

©Telif Hakkı 2011 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine www.anakarder.com web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2011 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available on-line at www.anakarder.com doi:10.5152/akd.2011.119

Yazarın Cevabı

Sayın Editör,

Derginizin Mart 2011 sayısında yayınlanan "Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi" adlı makalemize yapılan yapıcı eleştiriler için teşekkür ederiz (1).

Araştırmamızın epidemiyolojik tasarımı gereği (uncontrolled trials) kontrol grubu kullanılmamıştır. Hastaların önceki durumlarına ait verileri ile müdahale sonrası verileri karşılaştırmaya yönelik epidemiyolojik bir tasarım yapılmıştır. Bu tür tasarımlar daha ekonomik, daha insancıl ve daha etik olduklarından, bilimsel çalışmalarda özellikle tercih edilebilirler (2).

Hastalara yönelik eğitim çalışmaları çok çeşitli olabilmektedir. Bizim çalışmamızın amacı gereği hastalara birebir eğitim, danışmanlık ve eğitim materyali birlikte verilmesi planlanmıştır. Bu üç etkinliğin ortak etkisinin, hastaların önceki durumları üzerine etkisi incelenmiştir. Aynı eğitim, danışmanlık ve eğitim materyalinin etkisinin incelenmesi araştırmanın konusu

değildir. Tahmin edileceği ve birçok çalışmada gösterildiği üzere hastalarda ki değişim, bu üç girişimin ortak ya da kümülatif etkisi, bu müdahalelerin birinin oluşturacağı etkiden daha büyük olacaktır (3-5).

Koroner anjiyografinin durumsal anksiyeteyi arttıran bir durum olması, koroner arter hastalığı tanısı alan hastaları eğitime hazır hale getirmesi, çalışmamızda göz ardı edilen bir durum değildir. Kaldı ki, orta düzeyli anksiyetenin eğitime hazırlayıcı, yüksek düzeydeki anksiyetenin ise eğitimin etkisini azaltacağı gösterilmiştir. Bu durum yalnızca koroner arter hastaları için değil, tüm kronik hastalara verilecek eğitim çalışmalarında etkili bir faktördür. Çalışmanın tasarımı gereği, kontrol grubu kullanılmaması, kontrol ve hasta grupları arasında var olabilecek potansiyel anksiyete düzey farklılığından ya da başka farklılıklardan doğacak hataları oluşturmaması da hastaların kendisiyle (müdahale öncesi ve sonrası) karşılaştırılmasının başka bir avantajıdır (6, 7).

Araştırmamızda hastalara eğitim verilirken, Prochaska'nın 1977'de tanımladığı transteoretik model, davranış değişikliğinin hangi evresinde nasıl eğitim verileceği konusunda iyi bir rehber olan davranış değişikliğinin evresine değinilmemiştir. Ancak sağlık inanç modeli, planlı davranış modeli vb. davranış değişikliği modelleri de kullanılmamıştır. Bunun nedeni bu araştırmamızda tek bir davranışsal soruna yönelik değil, alkol, sigara, obezite, egzersiz sürelerinin artırılması, sağlıklı vücut ağırlığının korunması gibi birden çok davranış değişikliği ile uğraşmanın istatistiksel yönden analiz edilmesi ve yorumlanması imkansız sayıda hasta grubu oluşturacağı dikkate alınması gerekir (7).

Sonuç olarak; araştırmamızın koroner arter hastalarına birden çok konuda tek bir sağlık personelinin verdiği kısa süreli eğitim ve danışmanlığının davranış değişikliği oluşturup oluşturmadığının ortaya koyulması amaçlanmış ve obezite, egzersiz sürelerinin artırılması, sağlıklı vücut ağırlığının korunmasında ve bazı klinik verilerde düzeltilmelerin bu tür bir yaklaşımın yararlı sonuçlar oluşturulabileceği gösterilmiştir. Alkol ve sigara gibi farklı bağımlılık biçimleri için davranışlarda düzeltilmenin olmayışı da, bu tarz bir eğitimin yetersiz kalacağını gösteren diğer bulgulardır.

Mehmet Ali Kurçer
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı
Anabilim Dalı, Zonguldak-Türkiye

Kaynaklar

1. Kurçer MA, Özbay A. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. Anadolu Kardiyol Derg 2011; 11: 107-13.
2. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical Epidemiology William and Wilkins, Maryland, 1996. p.158-61.
3. Boulay P, Prud'homme PD. Risk factor management after short-term versus long-term cardiac rehabilitation program. Coronary Health Care 2001; 5: 133-40.
4. Lai SC, Cohen MN. Promoting lifestyle changes. Am J Nurs 1999; 4: 63-73.
5. Sheridan SL, Viera AJ, Krantz MJ, Ice CL, Steinman LE, Peters KE, et al. The effect of giving global coronary risk information to adults. Arch Intern Med 2010; 170: 230-9.
6. Uzun S, Vural H, Uzun M, Yokuşoğlu M. State and trait anxiety levels before coronary angiography. J Clin Nurs 2008; 17: 602-7.
7. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health Behavior and Health Education. 2nd ed. San Fransisco: Josey Bass Inc; 1997.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mehmet Ali Kurçer
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Zonguldak-Türkiye

Tel: +90 372 261 31 74 Faks: +90 372 261 01 85 E-posta: kurcer@hotmail.com

Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 05.07.2011

QT interval prolongation due to metronidazole administration

Metronidazol uygulamasına bağlı QT uzaması

The drug induced Q-T prolongation might lead to torsades de pointes (TdP), ventricular tachycardia and sudden cardiac death. Several antimicrobial agents, such as erythromycin, clarithromycin, fluoroquinolones, halofantrine and pentamidine can cause QT prolongation. Metronidazole is a widely used antimicrobial agent and the effect of this drug on QT interval is not well documented (1).

A 71-year-old female patient was admitted to emergency unit with severe dyspnea, angina, and orthopnea symptoms in the preceding 5 days. She was on treatment for chronic obstructive lung disease, diabetes mellitus, hypertension and coronary artery disease. She also had a history of drug-induced QT prolongation associated with moxifloxacin. Electrocardiogram (ECG) on admission showed atrial fibrillation with a ventricular rate of 82 /minute. The corrected Q-T interval was 396 msec (Fig. 1). She was treated with diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors, omeprazole and bronchodilators. On follow up diagnosis of nosocomial pneumonia was made and intravenous metronidazole was initiated. Two days after the initiation of antimicrobial therapy, the QT interval prolonged (corrected Q-T interval, 559 msec) and the T waves were inverted (Fig. 2). Laboratory tests, including serum potassium and magnesium levels, were within normal limits. Metronidazole was immediately stopped and the ECG of the patient returned to normal within 48- hours.

Commonly prescribed drugs, such as antibiotics, psychotropic agents and histamine H1-receptor antagonists, can prolong cardiac repolarization and might trigger a polymorphic ventricular tachycardia called torsades de pointes (1). Azole derivatives including ketoconazole, itraconazole and fluconazole can also prolong QT and trigger TdP directly or by interacting with other QT prolonging agents (2).



Figure 1. Electrocardiogram before metronidazole administration
(Corrected Q-T interval: 396 msec)

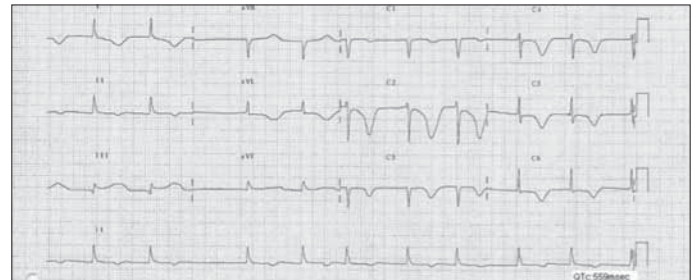


Figure 2. Electrocardiogram after metronidazole administration
(Corrected Q-T interval: 559 msec)