

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Serap ÜNSAR

**AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN VE HEMŞİRELİK BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Pelin KOZAN AKGÜL

Referans no: 10025040

EDİRNE – 2014

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Doç. Dr. Serap ÜNSAR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Pelin KOZAN AKGÜL tarafından tez başlığı “Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 10/01/2014 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “Yüksek Lisans Tezi” olarak kabul edilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Hanefi Yekta GÜRLERTOP
JÜRİ BAŞKANI

İmza
Doç. Dr. Serap ÜNSAR
ÜYE
(Danışman)

İmza
Doç. Dr. Özgül EROL
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Serap ÜNSAR

**AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN VE HEMŞİRELİK BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Pelin KOZAN AKGÜL

Destekleyen Kurum : TÜBAP-2011/176

Tez No :

EDİRNE – 2014

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince katkıları ve desteği için değerli hocam, Doç. Dr. Serap Ünsar' a, çalışmanın yürütülmesindeki katkılarından dolayı, Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi' ne, çalışma verilerinin analizindeki katkılarından dolayı Doç. Dr. Necdet Süt' e, manevi destekleri için arkadaşlarıma, sabrını ve desteğini hiç esirgemeyen, daima teşvik ve özveride bulunan sevgili anneme ve eşime, teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
AKUT KORONER SENDROMUN TANIMI.....	3
AKUT KORONER SENDROMUN EPİDEMİYOLOJİSİ	3
AKUT KORONER SENDROMUN SINIFLANDIRILMASI	4
AKUT KORONER SENDROMDA RİSK FAKTÖRLERİ	4
AKUT KORONER SENDROMDA BELİRTİ VE BULGULAR	7
AKUT KORONER SENDROMDA TANI YÖNTEMLERİ	8
AKUT KORONER SENDROMDA TEDAVİ	9
DEPRESYONUN TANIMI.....	11
AKUT KORONER SENDROM VE DEPRESYON İLİŞKİSİ	11
YAŞAM KALİTESİNİN TANIMI.....	12
YAŞAM KALİTESİNİN BOYUTLARI.....	12
AKUT KORONER SENDROM VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ.....	13
AKUT KORONER SENDROMDA HEMŞİRELİK BAKIMI	14
AKUT KORONER SENDROMDA HEMŞİRELİK BAKIMININ	
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ.....	27
AKUT KORONER SENDROMDA TABURCULUK EĞİTİMİ.....	28
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	30
BULGULAR	35

TARTIŞMA.....	63
SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	72
ÖZET	75
SUMMARY	77
KAYNAKLAR	79
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	86
ÖZGEÇMİŞ	88
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACEI	: Anjiyotensin Çevirici Enzim İnhibitörü
AKS	: Akut Koroner Sendrom
Ark.	: Arkadaşları
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CK	: Kreatin Kinaz
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
EKO	: Ekokardiyografi
ESR	: Eritrosit Sedimentasyon Hızı
HDL	: High Density Lipoprotein
HT	: Hipertansiyon
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
LDL	: Low Density Lipoprotein
MI	: Miyokard İnfarktüsü
NANDA	: The North American Diagnosis Association
NCEP	: National Cholesterol Educaion Programe
NSTEMI	: ST Elevasyonu Olmayan Miyokard İnfarktüsü
STEMI	: ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü
SVH	: Serebrovasküler Hastalık

- TEKHARF** : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları Ve Risk Faktörleri
TKD : Türk Kardiyoloji Derneği
TÜTF : Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
USAP : Stabil Olmayan Anjina Pektoris
VAS : Visual Analogue Scale

GİRİŞ VE AMAÇ

Erişkinlerde en sık görülen kardiyovasküler hastalık koroner arter hastalığı (KAH)' dır. Dünya Sağlık Örgütü' nün (DSÖ) 2008 yılında yayınladığı 'Dünyada İlk 10 Ölüm Nedeni Raporu' na göre KAH, gelir düzeyi yüksek ve orta düzeyde yüksek ülkelerde ilk sırada; düşük gelirli ülkelerde ise çeşitli enfeksiyon hastalıklarından sonra dördüncü sırada yer almaktadır (1,2).

Tüm dünyada en önemli mortalite nedenlerinden olan ve sıklığı giderek artan kardiyovasküler hastalıklar içinde akut miyokardiyal iskemi tablosu akut koroner sendrom (AKS) olarak ifade edilmektedir (3).

Bir hastalığın toplumsal önemi, toplumda görülme oranı, neden olduğu iş göremezlik düzeyi ve sebep olduğu ölümlerle ilgilidir. AKS yol açtığı iş gücü kaybı, morbitide ve mortalitenin yanı sıra yüksek hastane giderleri nedeniyle günümüz toplumunun en önemli sağlık sorunlarından biridir (4,5).

Ülkemizde Türk Kardiyoloji Derneği' nin (TKD) öncülüğünde, 1990 yılında başlatılan ve 18 yıllık sonuçların ele alındığı Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2009 raporuna göre, hem erkeklerde hem kadınlarda ölüm nedeni olarak KAH ilk sırada ve KAH' a bağlı ölümler tüm Avrupa ülkelerine göre daha yüksektir. TEKHFARF 1990 çalışmasına göre; ülkemizde 20 yaş ve üzeri erişkinlerde KAH prevalansı %3.8 olup toplam 1.050.000 kişide KAH vardır. TEKHFARF 2009 raporuna göre ise; 35 yaş ve üzeri 29.5 milyon erişkinden 3.1 milyon kişinin KAH hastası olduğu, ortalama prevalansın erkeklerde %13.9, kadınlarda %12.1 olduğu ve 1990 yılından itibaren her yıl %6.4 KAH

görülme riskinin arttığı ve bu artışta Türk halkının yaşam tarzı değişikliklerinin etkili olduğu bildirilmektedir (2,6,7).

Gelişmekte olan ülkelerdeki gibi genç bir nüfusa sahip ülkemiz için; yaşlı nüfus yapısına sahip gelişmiş toplumlardaki kadar yüksek koroner hastalık mortalitesine sahip olması hem günümüz hem gelecek için kaygı vericidir (8).

Yaşam koşulları gereği, stresör faktörlerin artması, teknolojik gelişmelere paralel olarak daha sedanter bir yaşam şekli, bireyleri KAH açısından tehdit etmektedir. Genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olan KAH, bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını kısıtlamakta; ruhsal, bedensel ve çevreye uyum yönünden çok yönlü olarak etkilemekte; fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların çıkmasına neden olarak yaşam kalitesini azaltmaktadır (9-11).

Epidemiyolojik verilerde depresyonun AKS ve kardiyovasküler mortalite açısından önemli ve cinsiyet, vücut ağırlığı, aktivite, kan basıncı ve sigara gibi kardiyovasküler risk etkenlerinden bağımsız olduğu belirtilmektedir. Depresyon kendisi hastalıklara neden olduğu gibi varolan birçok hastalığın sonucunu da olumsuz etkilemektedir. AKS tanısı olup depresif şikayetleri bulunan hastalarda miyokard infarktüsü (MI), anjina, anjiyoplasti ve koroner bypass sıklığının arttığı görülmektedir (12-15).

Güneş ve arkadaş (ark)' larının (16) "Akut miyokart infarktüsü sonrası depresyon ve anksiyete sıklığını" başlıklı vaka ve kontrol grupları üzerinde Hamilton ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanarak yaptıkları çalışmada; vaka grubundaki hastaların MI sonrası 2. haftada %50' sinde depresyon saptanmıştır.

Vural ve Acer' in (14) AKS' li hastalarla yaptıkları çalışmasında; hastaların %90.6' sında depresyon bulgularının olduğu belirtilmiştir.

Ertekin Yazıcı ve Yazıcı' nın (17) çalışmasında; majör depresyonun AKS' li bireylerde sonraki kardiyak olaylar için kestirim gücü olduğu, AKS sonrası depresyonun mortaliteyi arttırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir.

Bu verilerden yola çıkarak bu araştırma AKS tanısı alan ve AKS tanısı almayan bireylerde depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri incelemek ve AKS' li hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

AKUT KORONER SENDROMUN TANIMI

Akut koroner sendrom, koroner arterdeki plak rüptürünün kan akımını azaltması sonucunda, miyokardın oksijen gereksiniminin arttığı klinik tabloların tamamıdır (5,18).

AKUT KORONER SENDROMUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Kardiyovasküler hastalıklar, dünya çapında mortalite ve morbiditenin majör nedeni olma yolunda gittikçe artan bir role sahiptir. Yapılan çalışmalar tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranının 1990 ve 2020 yılları arasında %28.9' dan %36.3' e yükseleceğini göstermektedir (18).

Koroner arter hastalığı, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' ndeki kadın ve erkeklerin her ikisinde de tek başına en büyük mortalite ve morbidite nedenidir (7). KAH prevalansı Kanada, ABD, Japonya, Avustralya ve Batı Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde sigara, kolesterol ve hipertansiyon (HT) gibi risk faktörlerine yönelik mücadelenin katkısı ile azalma gösterirken; Doğu Avrupa ve Asya ülkeleri gibi diğer gelişmekte olan ülkelerde artış göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde risk faktörlerinin ve ölüm oranının giderek arttığı; obezite ve diğer çevresel etmenlerde olumsuz yönde gidiş olduğu bildirilmektedir (2,19).

Ülkemizde TKD' nin öncülüğünde yapılan TEKHARF çalışması 2009 raporuna göre; Türkiye' de 2 milyon KAH hastasının bulunduğu ve yaklaşık 160 bin kişinin KAH nedeniyle yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir. Erişkinlerimizde yıllık KAH mortalitesi erkeklerde binde 5.2, kadınlarda binde 3.2 olarak bulunmuştur. Hastalığın prevalansı yaşa, cinsiyete, bölgelere, şehir ve kırsal kesimde yaşama durumuna göre de değişim göstermektedir.

Prevelans Karadeniz ve Marmara Bölgeleri' nde ortalamanın üzerinde iken Akdeniz, Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri' nde ortalamanın altındadır (2,6,20).

Türkiye' de ve Avrupa' da, KAH yönünden primer ve sekonder koruma önlemleri değerlendirmek, hastaların önerilen yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavilerine uyumunu belirlemek amacıyla yapılan "EUROASPIRE III Çalışması" na göre; ülkemizde Avrupa' ya göre kardiyovasküler korunma önlemlerinin uygulanma oranı düşük, hareketsizlik oranları ve sigara kullanımı yüksek, eğitim ve tedavi alan hasta oranı düşüktür (21).

AKUT KORONER SENDROMUN SINIFLANDIRILMASI

Akut koroner sendrom, stabil olmayan anjina pectoris (USAP), ST elevasyonsuz MI (NSTEMI) ve ST elevasyonlu MI' ı (STEMI) içeren klinik sendrom olarak tanımlanır (22).

ST Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü (STEMI)

Major koroner arterlerden birinin plak rüptürü, yırtılması, erozyonu sonrası üzerine kollateral dolaşım ile kompanse edilmesi mümkün olmayan tıkaçıcı trombus oluşması ile tam tıkanma sonucu gelişir (5,23).

ST Elevasyonsuz Miyokard İnfarktüsü (NSTEMI)

Koroner arter hastalığı zemininde gelişen uygun klinik koşullarla birlikte ST segment yükselmesi olmaksızın miyokard nekrozunu yansıtan belirteçlerin pozitif olması ve elektrokardiyografik ST segment depresyonu ve/veya belirgin T dalgaları değişimiyle tanımlanır (3,5).

Stabil Olmayan Anjina Pectoris (USAP)

Göğüs veya kollarda yeri tam olarak lokalize edilemeyen, derinden gelen, nadir olarak ağrı olarak tanımlanan, daha çok ağırlık yada baskı hissi tarzında, fiziksel egzersiz yada emosyonel stresle ilişkili, dinlenme veya dil altı nitrat alımı sonucu 5-25 dakikada düzelebilen bir klinik durumdur (5).

AKUT KORONER SENDROMDA RİSK FAKTÖRLERİ

Koroner arter hastalığından korunmak ve hastalığı en aza indirmek için risk faktörlerinin azaltılması gerekir (24). Kardiyak iskeminin nedeni çoğunlukla koroner arterlerin daralmasıdır. Bu daralma koroner aterom gelişimi ile ilgilidir (25,26).

Koroner arter hastalığı ile ilgili risk faktörleri çok iyi tanımlanmış olup kontrol edilebilir ve kontrol edilemeyen risk faktörleri olarak ikiye ayrılır (2).

Akut Koroner Sendromda Kontrol Edilebilir Risk Faktörleri

- Sigara
- Hipertansiyon (HT)
- Diyabetes Mellitus (DM)
- Hiperkolesterolemi
- Fiziksel aktivite azlığı

Sigara: Sigara içimi, KAH gelişmesi ve ilerlemesinde bağımsız ve değiştirilebilir önemli bir risk faktörüdür. Kalp damar sistemine toksik etki gösteren maddeler nikotin ve karbondioksittir. Nikotin katekolamin salgısını artırır ve sempatik gangliyonları da uyarak arteriyel kan basıncı ve kalp hızında artışa neden olur (27,28).

Sigara içenlerde MI ve kardiyak ölüm riski içmeyenlere göre erkeklerde 2.7, kadınlarda 4.7 daha fazladır. HDL- (High Density Lipoprotein) kolesterol düzeyinin azalmasına ve LDL- (Low Density Lipoprotein) kolesterolün oksidasyonu ile trombosit agregasyonunu artırarak arter endotelinde hasara yol açar. Kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle gelişen ölümlerin %30' u sigara ile ilişkilidir (29,30). KAH sonrası sigarayı bırakmak MI ve ölüm oranını azaltmakta, 3 yıl sonra sigara içmeyen hastaların düzeyine inmektedir (27).

Akut koroner sendrom tanısı olan hastalar sigara bırakma programına alınmaktadır. Bu programlarda hastalara sigarayı bırakması için eğitim oturumları, davranış değiştirme teknikleri öğretilmektedir (27,31).

Hipertansiyon (HT): HT bütün aterosklerotik kardiyovasküler olayların %35' inden sorumludur. Kan basıncının artması koroner arter duvarının zedelenmesine yol açarak kolesterolün depolanmasına neden olur. Damar lümeninin daralması sonucu kan akışı engellenir ve MI gelişir (29).

Akut koroner sendrom sonrası yüksek kan basıncı yeni bir infarktüs riski ve ölüm oranını arttırdığından kan basıncını kontrol etmek için yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi kullanılmaktadır. Yaşam tarzı değişikliğinde; kilo kaybı, fiziksel aktivitenin artırılması, alkol ve tuz miktarının azaltılmasıyla kan basıncı kontrol altına alınabilmektedir (27,32).

Diyabetes Mellitus (DM): DM toplumumuzda prevalansı artma eğilimi gösteren, şişmanlık ile birlikte olduğunda KAH için önemli bir risk faktörüdür. AKS tanısı olan hastaların %20-25' inde DM vardır. DM' si olan hastalarda ölümlerin %75-80' inin nedeni kalp damar hastalıklarıdır. Erken yaş diyabetik hastalarda, diyabetik olmayanlara göre KAH daha sık gelişir. Ancak kontrol altına alınmış diyabetiklerde bu risk, önemli derecede azaltılmıştır (29,33,34).

Hiperkolesterolemi: Serum lipidlerinin yükselmesi ateroskleroz için majör bir risk faktörüdür. Serum kolesterol düzeyi 300 miligram/desilitre (mg/dl) 'nin üstünde bulunan kişilerde KAH gelişme riski serum kolesterol düzeyi 200 mg/dl' nin altında olan kişilere göre 4 katına çıkmaktadır. HDL-kolesterol düzeyi ile KAH arasında ters ilişki olup HDL-kolesterol azaldıkça KAH riski artar. 1993 yılında düzenlenen National Cholesterol Education Programme (NCEP) toplantısında LDL-kolesterolün 160mg/dl üzerinde ve HDL kolesterolün 35 mg/dl' nin altında olması risk faktörü olarak kabul edilmiştir (6,20,35).

Fiziksel aktivite azlığı: Hareketsiz yaşam tarzı AKS için önemli bir risk faktörüdür. Egzersiz yapmayan bireyler düzenli egzersiz yapan bireylerle karşılaştırıldığında; yapmayan hastalarda KAH nedeniyle ölüm oranı iki kat daha fazladır (27).

Düzenli egzersiz; şişmanlığı önlemekte ya da fazla kiloları azaltmakta, kan basıncı ve kolesterolü de düşürmektedir. Fiziksel egzersiz KAH hastalarında risk faktörlerini azaltarak aterosklerozun gelişmesini ve ilerlemesini engellemektedir (31,36).

Akut koroner sendromda kontrol edilebilir minör risk faktörleri arasında obezite, hipertrigliseridemi, stresli kişilik yapısı, alkol ve oral kontraseptif kullanımı sayılabilir. İddialı ve hırslı kişilik özelliğine sahip, dengesiz beslenen bireyler KAH açısından risk altındadır. KAH ile alkol alımı arasında negatif yönde bir ilişki vardır fakat serebrovasküler hastalık (SVH) insidansı 3-4 kat artmaktadır. KAH aynı yaştaki erkeklere oranla premenapozal kadınlarda çok daha seyrekdir. Menapoz sonrası dönemde kadınların KAH' a yakalanma riski erkeklere yaklaşmaktadır (20,35,37).

Akut Koroner Sendromda Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Genetik yatkınlık

Yaş: AKS gençlik çağından yaşlılığa kadar her çağda görülebilir; insidansı yaşla birlikte progresif olarak artmaktadır. Yaş, AKS sonrası kötü prognoz için güçlü bir göstergedir. AKS' de mortalite yaştaki her 10 yıllık artma ile %70 yükselir (34,38).

Cinsiyet: Erkeklerde 45-54 yaş arasında, kadınlara kıyasla AKS geçirme olasılığı 4-5 kat daha fazladır. Bununla birlikte, genel olarak KAH riski 80 yaşından sonra her iki cinsiyette eşit olarak görülmektedir (35).

Genetik yatkınlık: Ailesinde ateroskleroz veya KAH öyküsü olan bireylerin bu durumdan erken yaşta etkilendikleri görülmektedir (6,34).

AKUT KORONER SENDROMDA BELİRTİ VE BULGULAR

Akut koroner sendromun semptomları; devam eden anjina pektoris, sol kol, boyun, alt çene ve epigastriuma yayılan ağrı, ölüm korkusu, bulantı ve dispnedir (39).

Miyokardın oksijen istemini arttıran nedenlerle, örneğin; egzersiz, ani fiziksel iş yüküyle karşılaşmalar, ani kan basıncı değişimi gibi faktörler, emosyonel stres ve soğuğa maruz kalma gibi periferik vasküler rezistansı arttıran durumlarda veya ağır bir yemek sonrasında herhangi bir nedenle ortaya çıkan taşikardi de anjinayı tetikleyebilir. Kış aylarında yaz aylarına göre AKS ve MI oranlarında artış meydana gelmektedir (40,41).

Ağrı tipik olarak retrosternaldir; ciddi, baskı şeklinde ortaya çıkar. Bazen batır veya yanar gibi olabilmekte ise de genellikle güçlü, sıkıştırıcı, ezicidir. Yerleşimi ve yayılımı anjina pektoris benzemekle birlikte daha uzun sürelidir. İskemik kökenli anjina, kalbin oksijen ihtiyacı arttığı ve kalbin oksijen sunumunun azaldığı birçok klinik tabloda ortaya çıkabilir. Koroner arterdeki darlık derecesi %70-90 seviyesine ulaşana kadar istirahat kan akımını etkileyip istirahat ağrısına neden olmaz, genelde efor anjinasına yol açar (6,35,42).

Hastaların kan basıncı normal, düşük yada yüksek olabilir. STEMI' de vagal hakimiyetin etkisi ile hastalar hipotansif olmaya eğilimlidir. Bunun dışında aşırı kusmaya bağlı hipovoleminin artmasına bağlı, AKS tedavisinde kullanılan nitratlar beta-blokerler gibi ilaçların etkisine bağlı hipotansiyon görülebilir. Sempatik aktivasyonun yarattığı etki nedeniyle HT görülebilir (35,43).

Akut koroner sendromda sempatik aktivasyonun etkisiyle kalp hızı taşikardiktir. Ağrı ve anksiyete azaldıkça düzelir. Morfin, beta blokerler bradikardiye yol açarken, nitratlar hem taşikardiye, hem de bradikardiye neden olabilir (43).

Cilt soluk ve terlidir. Miyokard hücrelerinden salınan toksinler ve otonomik uyarıya bağlı bulantı, kusma, hipotansiyona ve kalp yetersizliğine bağlı dispne; bradikardilere bağlı senkop, konfüzyon ve oryantasyon bozukluğu görülebilir (25,43).

AKUT KORONER SENDROMDA TANI YÖNTEMLERİ

- Elektrokardiyografi
- Kardiyak göstergeler
- Ekokardiyografi
- Hematolojik göstergeler
- Efor testi
- Koroner anjiyografi ve kalp kateterizasyonu

Elektrokardiyografi (EKG)

Elektrokardiyografi hem tanısal değer taşır hem de prognoz hakkında bilgi verir. Hastaların yaklaşık %50' sinde ST segment depresyonu veya geçici ST elevasyonu ve T dalga değişiklikleri görülür. Semptomatik bir atak esnasında tespit edilen 0.05 mV' lik (0.05 mm) ST segment değişikliği hem akut iskemi hem de ciddi KAH varlığını gösterir (3).

Akut koroner sendromda EKG değişikliklerinin gelişim hızı çok büyük farklılıklar gösterdiğinden tek bir EKG' de tanı belirlenemez. Üç gün boyunca çekilen iki veya üç EKG' deki seri değişiklikler en kesin bulgu olarak değerlendirilir (25,40).

Kardiyak Göstergeler

Kardiyak enzimlerin kanda yükselmesi miyokard hasarı olduğunu gösterir. AKS tanısını kesinleştirmek için kardiyak enzimler, hastaların kabullerinde, kabulden 6-9 saat sonra, tanı kesinleştirilemiyor ise 12-24 saat sonra ölçülmelidir (35).

Kreatin kinaz- MB (CK-MB) kanda ilk yükselen enzimdir. 4-8 saat içerisinde yükselir, 24 saatte zirveye ulaşır ve genellikle 48-72 saatte normale döner (29,42).

Troponin I' nin normal değeri 0-0.2 ng/ml' dir. Troponin T' nin değeri 0.05 ng/ml' nin altında ise negatif, 0.1-2.0 ng/ml arasında ise pozitif, 2.0 ng/ml' nin üzerinde ise yüksek pozitif olarak değerlendirilir. AKS' de troponin düzeyleri semptomların başlangıcından 4 saat

sonra yükselmeye başlayabilir; bu süre 8-12 saate kadar uzayabilir ve 5-14 günde normal seviyeye döner (3,29).

Miyoglobın düşük moleköl ağırlıklı bir demir proteindir. Kanda ilk 1 saat içerisinde yükselir ve 24 saat boyunca yüksek kalır ancak izole miyoglobın yüksekliği tanısıl açıdan güvenilir değildir. AKS' li hastalarda miyoglobınemi sık görülür (3,34).

Ekokardiyografi (EKO)

İki boyutlu EKO, AKS hastalarında kullanılan en yaygın görüntüleme yöntemidir. Herhangi bir segment yükselmesi görülmediğinde bile, ekokardiyografik olarak saptanan duvar hareket bozuklukları görülebilir (44).

Hematolojik Göstergeler

Miyokard infarktüsünde lökosit sayısı doku nekrozuna yanıt ya da adrenal glukokortikoidlerin artmasına bağlı olarak genellikle artar. Lökositöz göğüs ağrısı başlangıcından yaklaşık 2 saat sonra başlar, 2-4 günde zirveye varır ve 1 haftada normale döner. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) MI sonrası genellikle 1-2 gün normaldir. sonra yükselmeye başlar ve birkaç hafta yüksek kalır (35,44).

Efor Testi

Koroner arter hastalığı şüphesi olan hastaların yürüme bandında belirli hız ve eğilimde yürütülmesidir. Amaç kalp hızının yükseltilerek, bu esnada oluşacak göğüs ağrısı ve EKG kaydındaki değişikliklerle tanıya yardımcı olmasıdır (35).

Koroner Anjiyografi ve Kalp Kateterizasyonu

Akut koroner sendromlu hastalarda anjiyoplasti, trombolitik tedavi için kardiyak kateterizasyon yapılabilir. Koroner anjiyografide amaç; infarkt bölgesini besleyen koroner arterin tıkanıklık derecesinin belirlenmesidir (35).

AKUT KORONER SENDROMDA TEDAVİ

Akut koroner sendrom tedavisinde amaç; göğüs ağrısının giderilmesi, hemodinamik durumun düzeltilmesi ve miyokardın oksijen gereksiniminin azaltılmasıdır (29).

Akut koroner sendrom hastaları yatak istirahatine alınmalı, sürekli EKG monitörizasyonu yapılmalıdır. Arteriyel oksijen saturasyonu %90' ın altında olan hastalarda

oksijen verilmelidir. Ağrı katekolamin salınımına, anksiyetenin artmasına yol açtığı ve dolayısıyla miyokardın oksijen gereksinimini ve iş yükünü arttırdığı için kısa sürede giderilmelidir (23).

Nitratlar iskemik göğüs ağrısı ve kan basıncının kontrolü için kullanılmaktadır. Koroner arter dilatasyonu yaparak miyokard perfüzyonunu arttırabilir ve göğüs ağrısını azaltabilirler. Ağrı için dil altı nitrat beş dakika ara ile üç doz verilebilir. Devam eden ağrısı olan hastalarda ilk 48 saat intravenöz nitrat tedavisine devam edilir (23,27,45).

Akut koroner sendromlu hastalarda beta-blokerler hemen başlanmalıdır. Miyokardın oksijen gereksinimini ve kalbin iş yükünü, infarkt büyüklüğünü, ventriküler aritmileri ve tekrarlayan iskemiye azaltırlar (45).

Akut koroner sendrom sonrası aspirin kullanılması yeni bir infarktüs oranını % 31, ölüm oranını ise % 23 azalttığı belirtilmektedir (46). Göğüs ağrısı ile kliniğe başvuran tüm hastalara 150-325 mg çiğnetilmeli ve AKS sonrasında yaşam boyu 80-300 mg şeklinde devam edilmelidir (29).

Akut koroner sendromda yeni oluşacak trombüsleri engellemek amacıyla heparin kullanılır. En az 48 saat boyunca intravenöz infüzyon şeklinde uygulanmalıdır. Etkisi aPTT kontrolü ile değerlendirilir. Başlangıçtaki aPTT değerinin 2-2.5 katı kadar arttırılması hedeflenir (29).

Anjiyotensin çevirici enzim inhibitörleri (ACEI), AKS sonrası miyokardta gelişen nekroz sonrası ventriküler işlev bozukluğunu önleyerek kalp yetersizliği ve mortalite oranını azaltırlar . Kalsiyum kanal blokerleri miyokardın oksijen gereksinimini azaltır, kan basıncını düşürür, koroner ve periferik vazodilatasyona neden olurlar (45,47).

Akut koroner sendrom geçiren hastalarda yüksek kolestrolün düşürülmesi hedefdir. Lipid düşürücü ilaçlar kan kolesterol düzeyini düşürerek aterosklerotik sürecin gelişmesini ve ilerlemesini engellemektedir (23,45).

Oluşan trombüsü eriterek tekrar kan akımını sağlamak, infarktüs alanını sınırlandırmak, ventrikül işlevlerini düzeltmek, mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla trombolitik tedavi uygulanır. Tanısı kesin olgularda ilk 90 dakika içinde trombolitik tedavi başlanmalıdır (25,29).

DEPRESYONUN TANIMI

Depresyon sık görülen, uzun süreli atakları olan, yüksek süregenleşme ve yineleme oranları gösteren, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti kaybına neden olan son derece yıkıcı bir bozukluktur (48,49).

AKUT KORONER SENDROM VE DEPRESYON İLİŞKİSİ

Depresyon, MI ve kardiyovasküler mortalite açısından önemli ve bağımsız bir risk faktörüdür. Depresyon kendisi hastalıklara neden olduğu gibi varolan birçok süregen hastalığın sonucunu da olumsuz etkilemektedir (12).

Depresyon bir risk etkeni olarak kardiyak hastalıklar ile 1937' den beri ilişkilendirilmektedir. Depresyonla KAH arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmaların birinde KAH olduğu saptanan 50 hastada, majör depresif bozukluk varlığının ilk 12 ay içindeki kardiyak olaylar için en iyi kestirimci olduğu belirtilmektedir. Epidemiyolojik veriler depresyonun KAH gelişiminde önemli bir risk etkeni olduğunu ve bu etkinin cinsiyet, vücut ağırlığı, aktivite, kan basıncı ve sigara gibi diğer kardiyovasküler risk etkenlerinden bağımsız olduğunu belirtmektedir (15,17).

Depresyon ile kardiyak olaylar arasındaki ilişkinin altında yatan mekanizmalar açık değildir. İleri sürülen bazı mekanizmalar (antidepresan kardiyotoksitesi, hareketsiz yaşam, KAH şiddeti) depresyonun KAH' ı tetiklediğini, ancak nedensel olarak ilişki olmadığını düşünürken, bazı mekanizmalar da (kardiyak tedaviye uyumsuzluk) depresyonun KAH seyrini ve sonlanmasını doğrudan etkileyebileceğini düşünmektedir (17).

Miyokard infarktüsünde ölüm korkusuna bağlı olarak akut fazda ciddi zorlanma söz konusudur. MI bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açarak, depresyon gelişiminin hızlanmasına neden olmaktadır. Güneş ve ark.' larının (16) çalışmalarında AKS' nin psikiyatrik komplikasyonların en sık geliştiği hastalık olduğu belirtilmiştir.

Steward ve ark.' larının (50) çalışmasında; kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerdeki artış; akut MI sonrası sık görülen depresyonla ilişkilendirilmiştir. Huffman ve ark.' larının (51) çalışmasında; AKS geçiren hastalarda anksiyete ve depresyonun ortaya çıkan kaçınılmaz bir sonuç olduğu belirtilmiştir. AKS ve diğer kardiyak hastalıklarda çoğunlukla zamanında fark edilemeyen depresyon yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

YAŞAM KALİTESİNİN TANIMI

Yaşam kalitesi kavramı oldukça geniş kapsamlı, tanımlaması güç, göreceli bir olgudur. Bu kavram, yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder (52). Günlük yaşantımız içinde politik ve ekonomik söylemlerde, gazete ve televizyonlarda sıklıkla karşılaşılan yaşam kalitesi kavramı; ekonomik krizler, çevre kirliliği, kentsel yaşam sorunları, eğitim, sağlık, suç oranları gibi konularla ilişkilidir (53).

Yaşam kalitesi, bireylerin deneyimleri sonucunda elde ettikleri doyum ve iyilik halidir. Bireye özgüdür ve zaman içinde değişim gösterebilir. Bakım kalitesi ise, mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır (54).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini " bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları" şeklinde tanımlamıştır (35).

Günümüzde sağlık, bireyin çevresi ile bir bütün olarak. mevcut sorunları ile baş edebilir sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı olması, üretkenliği ve yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi "bir hastalık veya tedavi ile bağıntılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram" olarak değerlendirilmelidir (20).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez 1939' da Thorndike tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" şeklinde tanımlanmıştır. Andrew ve Withey yaşam kalitesini " bireylerin doyumunu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi" olarak tanımlamışlardır (35).

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir olayın ifadesidir. Yaşam kalitesi, aile yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşündükleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamdan aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (35,55).

YAŞAM KALİTESİNİN BOYUTLARI

Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme, entellektüel gelişim, çevresel özellikler ve spiritüel iyilik hali ile ilgili boyutları vardır (35,53).

Hörnquist' e göre sağlık alanında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde;

- Biyolojik alan: Beden sağlığı, hastalık/yetersizlik semptomları, ağrı
- Psikolojik alan: Esenlik, algılama, etkileşimler, öğrenme, mantık, bilgisel/pratik yeterlilik

- Davranış alanı: Tüm aktif yaşam, öz bakım gücü, hareket, çalışma kapasitesi, yeme, içme, uyku
 - Maddi alan: Bireysel ekonomi, barınma, işten sağlanan kazanç, gayrimenkuller, özel destekler
 - Yapısal alan: Yaşamın anlamı, sosyal statü, sosyallik görüşü
- mutlaka ele alınması gereken konulardır (35,54).

AKUT KORONER SENDROM VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Kronik hastalıkların hangi türü olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamaması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik hallerinde bozulmalar ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır (56).

Uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hastaların yaşam kalitesi, yaşamsal doyumunu hastanın kendi öz bakımı ile yakından ilişkilidir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri, doyum ve memnuniyet verici kaliteli bir yaşama yönelik olmalıdır (35,56,57).

Akut koroner sendrom yaşam kalitesini etkilemektedir. Sistemik kontrollerin sağlanması ve sağlık durumunun değerlendirilmesi rutin olarak yapılmalıdır. AKS geçiren bireyler aşırı derecede stresli bir döneme girerek anksiyete, yorgunluk, irritabilite, konsantrasyon eksikliği, uykusuzluk gibi sorunlar yaşamaktadır. Kişisel kontrol kaybı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye, ölüm korkusu bireylerin yaşam kalitesini azaltmaktadır (58,59).

Akut koroner sendrom geçiren bireylerin yaşam kalitelerindeki azalma fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki kısıtlamaları içerir. Sosyal izolasyon ve depresyon AKS sonrası bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve mortalite oranında önemli bir belirleyici olarak yer almaktadır (35).

Anksiyete ve depresyon, çevreye ve sosyal ilişkilere karşı ilginin azalması, seksüel değişiklikler ve uyku bozuklukları AKS geçiren bireylerin yaşam kalitesinin azalmasıyla sonuçlanır (60).

Akut koroner sendrom sonrası hastaların en az dörtte biri klinik açıdan önemli psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalırlar. AKS' ye yönelik kardiyak rehabilitasyon programları içerisinde uygulanan hemşirelik girişimleri, hastaların etkin başa çıkma davranışlarını desteklemekte, kişilerarası iletişimlerini geliştirmekte, emosyonel-fiziksel semptomlarını azaltmakta, fizyolojik-psikolojik-sosyal uyumsuzluklarını azaltmakta ve yaşam kaliteleri arttırılmaktadır (25,59,60).

AKUT KORONER SENDROMDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Akut koroner sendrom tanısı ile gelen bir hastaya hemşirelik yaklaőımı, hastanın gereksinimlerini değerlendirmek ve bu gereksinimlerin önceliğini belirlemekle başlar (18,61).

Hemşire, hasta rahatladığı andan itibaren dikkatli alınan bir hikaye, fizik muayene ve semptom değerlendirmesi sonrasında amaçlarını belirler. NANDA (The North American Diognosis Association) hemşirelik tanıları doğrultusunda bakım planını belirleyerek bakım sürecine devam eder (18).

Bu kapsamda, hastalar için ele alınabilecek hemşirelik tanıları Őunlardır (Şekil 1) (29,62,63-65).

- Göğüs ağrısı
- Korku/anksiyete
- Aritmi
- Kalp debisinin azalması
- Aktivite intoleransı
- Kanamaya eğilim
- Konstipasyon
- Deri bütünlüğünde bozulma riski
- Beslenmede değişiklik
- Uyku düzeninde bozulma
- Etkisiz bireysel baőetme
- Sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin bilgi eksikliği

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none"> • Koroner arter oklüzyonu, miyokardiyal iskemi, miyokarda oksijen istem ve sunumundaki dengesizliğe bağlı, yetersiz miyokard perfüzyonu sonucu oluşan göğüs ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> • Sözel ağrı ifadesi • Dispne • Retrosternal baskı, ağırlık • Boyun, sırt, kol ağrısı • Terleme • Huzursuzluk • Bulantı, kusma • Anksiyete • Halsizlik 	<ul style="list-style-type: none"> • Göğüs ağrısı sistemli bir şekilde değerlendirilir. (niteliği, lokalizasyonu, süresi, yayılımı) • Yaşam bulguları değerlendirilir. • Hekim istemine göre dk/2-4 lt O₂ uygulanır. 12 derivasyonlu EKG çekilerek hasta monitörize edilir. • Genel durumuna göre anksiyeteyi azaltmak için yakınları ile görüşmesi sağlanır. • Ağrı sırasında miyokardın O₂ gereksinimini azaltmak için hastanın fizik aktiviteleri kısıtlanarak yarı oturur pozisyonda yatak istirahati sağlanır. • Hekim istemine göre analjezik ve antianjinal ilaçlar uygulanır. Etkileri ve yan etkileri izlenir. • Hastanın hastalığı, tanı yöntemleri, tedavi planı ve AKS ile ilgili bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilir. Hastanın eğitim düzeyi ve anlama kapasitesine göre bilgilendirilmesi sağlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın göğüs ağrısının azalması veya olmaması. • Hastanın daha az analjezik ve narkotik ihtiyacının olması. • Hastanın rahat bir şekilde uyuyabilmesi.

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none"> Göğüs ağrısı, gelecekteki rollerde olası yetersizlikler, tanı-tedaviye yönelik bilgi eksikliği, algılanan ölüm korkusu ve sağlık durumundaki değişikliğe bağlı, korku/anksiyete 	<ul style="list-style-type: none"> Uykusuzluk Terleme Taşikardi Takipne Gerginlik 	<ul style="list-style-type: none"> Belirtili bulgular değerlendirilir. Hastanın korku düzeyi tanımlanır. Sakin, destekleyici bakım sağlanır. Tedavi süreci, prognoza yönelik bilgi verilir. Hastaya yarı oturur pozisyon verilir. Hekim istemi ile anksiyolitikler verilir. Anksiyeteye ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilir. Basit ve direkt ifadeler kullanılır. Ağrı atakları sırasında hastaya güven- cesaret verilir. Hasta yalnız bırakılmaz. Sessiz, rahat bir çevre sağlanır. Stresörler en aza indirilir. Hasta ve ailesinin sürekli olarak bilgilendirilmesi sağlanarak anksiyete azaltılmaya çalışılır. Anksiyeteyi azaltmak amacıyla hastanın genel durumuna göre yakınlarıyla görüşmesi sağlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> Anksiyete ve korkunun azaldığını sözel olarak ifade etmesi. Hastada anksiyete belirti ve bulgularının olmaması.

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none"> İskemik bölgeden kaynaklanan elektiriksel iritabiliteye bağlı, aritm 	<ul style="list-style-type: none"> Kalp hızında artma veya azalma. Ritimde değişiklik. Düzensiz apikal nabız. Apikal-radial nabız farklılığı. Senkop çarpıntı. 	<ul style="list-style-type: none"> Apikal nabız sayılır. Kalp sesleri değerlendirilir. EKG takibi yapılır ve monitörizasyonu sağlanır. Serum düzeyi (K^+-Na^+) düzeyi yakından takip edilir. ST segment değişiklikleri hekime bildirilir. Hekim istemi ile antiaritmik ilaçlar uygulanır. Aritminin derecesine göre aktivite kısıtlanır. Miyokardın O_2 gereksinimi azaltılıp, O_2 tedavisi sürdürülür. Sakin ve destekleyici bir çevre oluşturulur. Anormal durumlar (yetersiz doku perfüzyon bulgu ve belirtileri, hipotansiyon, siyanoz, periferik nabızların alınamaması, kardiyak outputun azalması, huzursuzluk, ajitasyon, solunum sıkıntısı) izlenip hekime bildirilir. 	<ul style="list-style-type: none"> Kardiyak ritmin stabil olması ve hastada ritim bozukluğu bulgularının azalması/ olmaması.

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none"> Aritmi, sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı, kalp debisinin azalması 	<ul style="list-style-type: none"> Hipotansiyon Taşikardi Yorgunluk Dispne Senkop Arteriyel kan gazında değişiklik Soğuk ekstremiteler 	<ul style="list-style-type: none"> Yaşam bulguları kontrol edilir. Kardiyak monitörizasyon sağlanır. Yarı oturur pozisyon verilir. Göğüs ağrısı değerlendirilir. Arteriyel kan gazı değerlendirilir. Akciğer sesleri değerlendirilir. Mental durum değerlendirilir. Valsalva manevrasını uyuracak hareketlerden kaçınılması sağlanır. 12 derivasyonlu EKG çekilir. Aldığı-çıkardığı takibi yapılır. Hastanın istirahat etmesi sağlanır. Hekim istemine göre O₂ uygulanır. Hekim istemine göre ilaç uygulaması yapılır. 	<ul style="list-style-type: none"> Kan basıncının normal sınırlarda olması. Yorgunluk ve halsizlik olmaması. İdrar çıkışının 30 ml/dk' dan fazla olması Solunum seslerinin net ve duyulabilir olması.

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none"> • Kalp debisinde azalma, O₂ desteği ile gereksinimi arasındaki dengesizlik, korku ve anksiyete bağlı, aktivite intoleransı 	<ul style="list-style-type: none"> • Yorgunluk, halsizlik • Dispne • Göğüs ağrısı • Terleme • Baş dönmesi • Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivite intoleransı belirtili bulguları değerlendirilir. • Hemşirelik girişimleri hastaya kesintisiz dinlenme sağlanacak şekilde planlanır. • Çevredeki aktivite ve gürültü en aza indirilir. • Ziyaretçi sayısı ve süresi kısıtlanır. • Korku ve anksiyeteyi azaltacak girişimler uygulanır. • Hekim istemine göre O₂ uygulanır. • Göğüs ağrısını doğuracak herhangi bir aktivitede acilen durması gerektiği hastaya öğretilir. • Göğüs ağrısı ve nefes darlığı olduğu durumlarda, yarı oturur pozisyon verilir. • Valsava manevrası yaratacak hareketlerden sakınması öğretilir. (ıkmıma ve ağır kaldırma...) • Günlük enerji tüketiminin diyetle düzenlenmesi ve sık aralıklarla az beslenmesi sağlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın yorgunluk ve halsizlik ifade etmemesi. • Dispne, göğüs ağrısı, vital bulgularda değişiklik olmaksızın günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi.

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none"> Trombolitik tedaviye bağlı, kanamaya eğilim 	<ul style="list-style-type: none"> PT ve aPTT değerlerinde artma 	<ul style="list-style-type: none"> Kanamaya belirti ve bulguları takip edilir. Mental durum takip edilir. Herhangi bir değişiklik belirlendiğinde hekime bildirilir. Trombosit sayısı, Htc, Hb, PT, aPTT hekim istemi ile bakılır ve değerlendirilir. Vital bulgular takip edilir. Hasta bakımında kanama ve ekimoza neden olabilecek uygulamalardan kaçınılır. (traş,invazif girişimler, kuvetli diş fırçalama vb.) Bütün idrar ve dışkı örneklerinde kan kontrolü yapılır. Foley, certafix gibi uygulamalar gerekli ise trombolitik tedaviden önce uygulanmalıdır. GİS tahrişlerini önlemek için sulu- yumuşak gıda verilir. Yatak kenarları hastanın düşmesini önlemek için kaldırılır. 	<ul style="list-style-type: none"> Kanamaya belirti ve bulgularının olmaması.

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none">• Yatak istirahati, oral alımın kısıtlanması, ilaçlara bağlı, konstipasyon	<ul style="list-style-type: none">• Abdominal rektal dolgunluk hissi• Ağrılı defekasyon• Her zamanki dışkılama alışkanlığından daha az dışkılama	<ul style="list-style-type: none">• Barsak peristaltizmi ve motilitesini arttırmak için hastanın toleransına göre aktivite planlanır.• Egzersiz yapma ve düzenli tuvalet alışkanlığının, konstipasyonu önlemede ki etkisi öğretilir.• Diyetle posa ve sıvıya yer verilir.• Sürgüden çok yatak yanı komod kullanımı tercih verilir.• Normal bağırsak boşaltım alışkanlıkları değerlendirilerek plan yapılır.• Dışkılama alışkanlıkları düzenlenir• Laksatif ve dışkı yumuşatıcı ilaçların etkinliği değerlendirilir.	<ul style="list-style-type: none">•Laksatif gereksiniminin olması

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none">• Yatak istirahati, yetersiz doku perfüzyonuna bağlı, deri bütünlüğünde bozulma riski	<ul style="list-style-type: none">• Basınç bölgelerinde kızarıklık	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın cildi değerlendirilir.• Hastanın beslenme durumu düzenlenir.• Basınç bölgeleri desteklenir.• Yatak çarşafı gergin ve kuru tutulur.• Ciltte ödem, kızarıklık vb. durumlar kaydedilir.• Hasta dehidratasyon açısından takip edilir.• Yüksek risk altındaki hastalar için havalı yatak kullanılır.• Pozisyon yatak içerisinde 2 saatte bir değiştirilir.• Hastanın durumuna göre aktif-pasif egzersizler yaptırılır.• Bası bölgelerine dolaşımı artırma amaçlı masaj yapılır.• Cildin gerginlik ve kuruluk derecesine göre vazelin vb. yumuşatıcı losyonlar kullanılır.	<ul style="list-style-type: none">• Deri bütünlüğünün bozulmaması.• Cilt sağlığının korunması.

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none">• Diyetle yağ ve tuz kontrolüne bağlı, beslenmede değişiklik	<ul style="list-style-type: none">• Diyetle yağ ve tuz kontrolü	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın sıvı ve yumuşak gıda alması sağlanır.• Öğünler küçük porsiyonlarda sık aralarla planlanır.• Kafein içeren içecekler yasaklanır.• Hastanın aldığı çıkardığı ve kilo takibi yapılır.• Oral mukoz membran değerlendirilir ve gerekiyorsa özel ağız bakımı verilir.• Diyetle tuz kısıtlaması yapılır.• Diyet konusunda hasta ve yakınları eğitilir.	<ul style="list-style-type: none">• Diyetle uygun beslenme

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none"> • Komleks tedavi süreci, ağrı, anksiyete ve stresli çevreye bağlı, uyku düzeninde bozulma 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın kendini yorgun hissettiğini ifade etmesi • Uykunun sık bölünmesi • Sık sık uyuklama 	<ul style="list-style-type: none"> • En son uyku alışkanlığı değerlendirilir. • Dinlendirici, sessiz, sakin ortam oluşturulur. • Uyku - uyanık olma dönemleri düzenlenir. • Uykuyu zorlaştıran olası nedenler değerlendirilir. • Hastanın korkularını ifade etmesi sağlanır. • Hasta odasına giren çıkan kişi sayısı kısıtlanır. • Hasta durumu stabil ise vital bulgu alımı için geceleri uyandırılmamalıdır. • Hastanın gündüz uyuması engellenir. • Yatmadan önce sıvı alımının kısıtlanması konusunda eğitim verilir. • Hekim istemine göre sedatif ilaçlar uygulanır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın kendini dinlenmiş hissetmesi • Uyku bölünmesinin azalması • Gündüz uyku alışkanlığının bırakılması

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none"> • Akut hastalık ve yaşam biçimindeki değişikliğe bağlı, etkisiz bireysel baş etme 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastalık öncesine oranla anksiyete oranında artış olması • Hastalığın gerektirdiği yeni yaşam biçimini kabullenememe 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta gözlemlenir. İnkâr, kızgınlık ve depresyon gibi mekanizmaları tanımlanır. • Anksiyete düzeyi tanımlanır. • Hasta ile olumlu iletişim ve göz teması kurulur. Rahatlatıcı bir ses tonu, sakin, rahat ve güven verici bir yaklaşım sergilenir. • Hastalık ve tedavi planı hakkında hastaya açık ve anlaşılır şekilde bilgi verilir. • Hasta ile birlikte tehdit kaynakları tanımlanır. • Hastanın ruhsal dengesini sağlamak üzere çevrede uyaranlar kontrol edilir. • Hasta yanında gereksiz konuşmalardan kaçınılır. • Ağrı kontrol altına alınır. • İlaç kullanımı, beslenme, egzersiz ve günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlılıklar açıklanır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etkili baş etme mekanizmalarını tanımlaması • Stresinin azaldığını ifade etmesi • Durumu kabullendiğini ifade etmesi • Hastalık ve tedavi planını doğru anladığını ifade etmesi • Yaşam değişikliklerine uyum sağlaması

Hemşirelik Tanısı	Tanı Ölçütleri	Girişimler	Beklenen Sonuçlar
<ul style="list-style-type: none"> • Kalp - damar risk faktörlerinin varlığına bağlı, sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin bilgi eksikliği 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastalık ve etkileri hakkında bilgi eksikliği • Hastalığını olumlu ve olumsuz yönde etkileyecek davranışları bilmemesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Göğüs ağrısı olasılığını azaltma yolları öğretilir. • Beslenme değişiklikleri hastaya öğretilir ve ideal kiloya ulaşması sağlanır. • Diyetten kafein içeren gıda ve içeceklerin çıkarılması sağlanır. • Sigarayı bırakması sağlanır. • Hastaya stres azaltıcı teknikler öğretilir. • Acil durumlarda profilaktik olarak sublingual nitrogliserin kullanılması ve sağlık kuruluşuyla irtibata geçmesi öğretilir. • Taburcu olduktan sonra angina ataklarını alevlendirebilen faktörlere ilişkin ağır egzersiz, cinsel ilişki, aşırı soğuğa maruz kalma, stres ya da sigara içme gibi konularda hasta eğitilir. • Hekim tarafından onaylanan bir kardiyak rehabilitasyon programına başlatılır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın yeni beslenme alışkanlığı, aktivite, ilaç kullanımı ve hastalığıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olması

Şekil 1. AKS' de başlıca hemşirelik tanıları ve bakımı (29,62,63-65)

AKUT KORONER SENDROMDA HEMŞİRELİK BAKIMININ DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Kronik hastalığın türü ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamaması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, hastanın fiziksel iyilik halinde bozulmalar ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır (35,66).

Akut koroner sendrom geçirmiş hastalarda akut dönemde ciddi emosyonel zorlanma söz konusudur. Bunun temelinde ölüm korkusu vardır. Kişi kalbinden rahatsız olduğunu anlayınca aklına ölüm gelir. İkinci en büyük depresyon nedeni ise sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusudur. AKS sonrası bireylerde anksiyete, yorgunluk, irritabilite, konsantrasyon azlığı ve uykusuzluk sorunları da yaşanmaktadır. Göğüs ağrısı yakınması ve AKS şüphesi ile koroner yoğun bakım ünitesine alınan bir hastada davranış kalıpları, kaygı-inkar-depresyon şeklinde bir seyir izlemektedir. Yapılan çalışmalar depresyon gelişimine önlemeye yönelik hazırlanmış bir hemşirelik bakımının sadece yaşam kalitesini arttırmadığını; hastalığın prognozunun da olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir (16,53).

Akut koroner sendrom bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açar. Kişinin kendine yeterliği, işi tehlikeye girmiş; yaşam amaçları, cinselliği tehdit altında veya azalmış gibi hissedilmektedir. Hasta her şeyi kısıtlanmış, istediği gibi yaşayamayacağını düşünmektedir. Bu nedenle hemşirelik girişimleri hastalığın neden olabileceği fizyolojik-psikolojik sosyal uyumsuzlukları düzenlemek, hastalığın tekrarlama riskini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla planlanmalıdır (16,20).

Hemşirelik bilimlerinde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya, yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin, gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır (35).

Canlı Özer ve Demir' in (65) "Akut koroner sendromlu hastalarda hemşirelik bakımı" başlıklı çalışmasında; değerlendirmede, bakım vermede ve hastanın iyileşmesinde önemli rol oynayan hemşirelerin sürekli gözlem becerilerini kullanarak hastalığın yönetimiyle ilgili kararlara destek oldukları, hastalardaki yetersizlik duygusu gelişiminin engellenmesine yardımcı olarak depresyon gelişimini önledikleri belirtilmiştir.

Failde ve Soto' nun (67) "AKS sonrası 3 aylık dönemde yaşam kalitesi değişiklikleri" başlıklı çalışmasında; hastaların depresyon düzeylerinin yüksek ve yaşam kalitelerinin düşük

olduğu; doğru, güvenilir ve kanıtla dayalı tedavi ve hemşirelik bakımı ile AKS sonrası depresyon gelişiminin önlenebileceği ve yaşam kalitesinin arttırılabileceği belirtilmiştir.

AKUT KORONER SENDROMDA TABURCULUK EğİTİMİ

Taburculuk eğitimi hasta/ailenin öğrenmeye hazır olma durumu, öğrenim gereksinimleri, eğitim düzeyleri, önceki deneyimleri, aile yapısı, evdeki durumu, iş stresi, ekonomik durumu, ansiyete, depresyon veya kaygı varlığı, aktivite durumu gibi faktörler göz önüne alınarak planlanmalıdır (35,37,68).

Bireylerde fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki sınırlılıklar getiren ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olan AKS sonrasında taburculuk eğitimi şunları kapsamaktadır (65).

- ✓ Normal kalp anatomisi ve fonksiyonu, kardiyovasküler fonksiyon zerine AKS' nin etkileri, risk faktörleri ve bunları azaltmanın yolları, nasıl nabız sayacağı ve ritim değişiklikleri hakkında açıklama yapılır (25,34).
- ✓ İlaçların ismini, dozunu ve kullanım amaçlarını, yan etkilerini bilmesi, yiyecek-ilaç etkileşimlerine yönelik bilgilenmesi sağlanır. İlaç listesi planlamasının; aktivite, uyku, iş durumuna göre yapılması, hekime danışılmadan ilaç dozunda değişiklik yapılmaması, ilaç almayı bırakmaması açıklanır (34,35).
- ✓ Hasta obezitenin etkilerini bilmeli, kilo vererek prognozu iyiye götüreceğini kavramalıdır. Diyet, egzersiz ve ilaç kombinesinin önemi açıklanır. Doymuş yağ ve kolesterolden kısıtlı diyetin önemi ve uygulama yolları açıklanır. Sigarayı bırakma konusunda ikna edilmelidir. Bağımlılığın ne düzeyde olduğu sorgulanarak hastaya sigarayı bırakmasının yararları açıklanır (68,69).
- ✓ Hasta miyokardiyal iskemi nedeniyle oluşan göğüs ağrısını diğer ağrılardan ayırt edebilmesi için eğitilmelidir. Göğüs ağrısını tetikleyecek durumlardan sakınması, yemeklerden en az iki saat sonra fiziksel aktivite yapması ve daima yanında nitrogliserin tablet ya da sprey bulundurması gerektiği açıklanır. Nitrogliserin ile geçmeyen, 30 dakikadan fazla süren, kol, boyun, çene ve sırt ağrısı, nefes darlığı, düzensiz nabız, önerilen aktiviteyi tolere edememe, terleme ve bulantı durumunda doktor/hemşireye bilgi vermesi gerektiği açıklanır (34,35,70).
- ✓ Hastalara taburcu olduktan bir hafta sonra aşırı egzersizlerden kaçınmaları ve kısa yürüyüşler yapmaları önerilir. 2-3. haftadan sonra yürüyüşler kalp hızına göre giderek

arttırılabilir. 4. haftadan sonra yürüyüşe ek olarak yüzme, bisiklete binme ya da aerobik egzersizler önerilir (35,70).

- ✓ AKS sonrası 2-3 haftalık dönemde cinsel aktivite önerilmemektedir. Cinsel yaşama geri dönüşte partnerlerin daha aktif rol üstlenmeleri önerilmektedir (25).
- ✓ Hastalık semptomlarına ikincil olarak gelişebilme olasılığı yüksek olan depresyonun önlenmesi için gerekli baş etme yöntemleri hakkında hastaya bilgi verilir ve uzun vadeli girişimler için kardiyak rehabilitasyon programlarına yönlendirilir (65).

Hasta bakımının her aşamasında uygun eğitimlerle desteklenen, yeterli bilgi, deneyim ve beceriye sahip, sağlık ekibinin etkin bir üyesi olan hemşirelerin; hemşirelik sürecini bilmeleri ve süreç doğrultusunda bakıma ilişkin uygulamaları sürdürmeleri bakım ve yaşam kalitesi düzeyinin artmasını sağlayacaktır (65,71).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, AKS tanısı alan ve AKS tanısı almayan bireylerde depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri incelemek ve AKS' li hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanmış kesitsel bir vaka-kontrol çalışmasıdır.

ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Araştırmadan yanıtlanması beklenen sorular:

1. AKS tanısı alan ve AKS tanısı almayan hastaların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
2. AKS tanısı alan ve AKS tanısı almayan hastaların depresyon düzeyleri açısından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
3. AKS tanısı alan ve AKS tanısı almayan hastaların yaşam kalitesi ile kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
4. AKS tanısı alan ve AKS tanısı almayan hastaların depresyon düzeyleri ile kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, 1 Aralık 2011- 30 Aralık 2012 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniği' ne başvuran AKS' li hastalar üzerinde uygulandı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniği' ne başvuran, araştırma kriterleri içerisinde yer alan AKS' li hastalar oluşturdu.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini 1 Aralık 2011-30 Aralık 2012 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniği' ne başvuran, rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiş 138' i vaka, 138' i kontrol grubunda yer alan toplam 276 hasta oluşturdu.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın örnekleme vaka grubuna; AKS sonrası 4. haftada olan, 18 yaş ve üzeri, okuryazar, özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan; inme, sağırılık gibi iletişimi engelleyici sağlık problemi olmayan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve ileri derecede kalp yetersizliği (klas III, IV), böbrek yetersizliği tanısı olmayan hastalar, kontrol grubuna; AKS tanısı almamış, göğüs ağrısı, çarpıntı vb. şikayetlerle kardiyoloji polikliniğine başvuran, vaka grubuyla benzer kişisel özelliklere sahip, 18 yaş ve üzeri, okur-yazar, özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireyler dahil edildi.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu, Beck Depresyon Ölçeği ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı.

Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu katılımcıların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, aylık geliri, kimlerle birlikte yaşadığı) ve sağlık-hastalık durumları ile ilgili (kronik hastalık varlığı ve türü, klinik tanısı, tanı konulma zamanı, tedavi süresi, sürekli ilaç

kullanma durumu, kullandığı ilaçlar, günde toplam kaç ilaç aldığı, düzenli ilaç kullanma durumu, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu, egzersiz yapma alışkanlığı ve türü, düzenli beslenme alışkanlığı, özel bir diyet yapma durumu ve türü, sigara- alkol kullanma alışkanlığı ve miktarı) 27 sorudan oluşmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck tarafından geliştirilmiş ve depresif kişilerde yaygınlıkla gözlenen güdüsel, bilişsel, duygulanım ve kendilik değerinin azalmasına ilişkin belirtileri ölçmeye yarayan toplam 21 maddeden oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (72) tarafından yapılmıştır. Her yanıtta elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilen, toplam 21 sorudan oluşan bir depresyon derecelendirme ölçeğidir.

Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek, 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31- 40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir. Çalışmamızda BDÖ Cronbach-alfa(α) güvenilirlik katsayısı 0.86 dir.

EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği

Çeşitli hastalıklarda yaşam kalitesi genel sağlık ölçekleriyle ve / veya hastalığa özgü ölçeklerle hesaplanabilmektedir. EQ-5D yaşam kalitesini ölçmede kullanılan genel sağlık ölçeğidir. Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQol grubu tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. EQ-5D genel sağlık ölçeği EuroQol grup tarafından 60'ı aşkın dile çevrilmiştir, bunlardan birisi de Türkçe'dir. 1990 yılında ilk defa yayınlanmış ve 1991 yılından beri de aynı özelliğini (5 boyut) korumaktadır. Ölçek iki parçadan oluşmaktadır (73,74).

EQ-5D İndeks Ölçek

Hareket (mobility), öz-bakım (self-care), olağan aktiviteler (usual activities), ağrı/rahatsızlık (pain/discomfort) ve endişe/depresyon (anxiety/depression) olmak üzere beş boyuttan oluşur. Her bir boyuta verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere 3 seçeneğidir. Sonuç olarak ölçekle 243 ($3^5=243$) olası farklı sağlık sonucu tanımlanmaktadır. Ölçeğin 5 boyutundan -0.59 ile 1 arasında değişen indeks skor hesaplanır.

Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlığı gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir (73). Çalışmamızda EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach- α güvenilirlik katsayısı 0.67 dir.

EQ-5D VAS Ölçek

Bireylerin bugünkü sağlık durumları hakkında 0 ile 100 arası değerler verdikleri ve bunu bir termometre benzeri ölçek üzerinde işaretledikleri görsel analog ölçek (Visual Analogue Scale) dir. Ölçekle 0-100 arasında değişen yaşam kalitesi skorları elde edilmektedir (73).

ETİK KURUL ONAYI

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul izni (Ek 1) ve araştırmanın gerçekleştirildiği Trakya Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan yazılı izin alındı (Ek 2).

VERİLERİN TOPLANMASI VE UYGULANMASI

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Veri Toplama Formu, Beck Depresyon Ölçeği, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran, rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiş toplam 276 hastaya uygulandı. Araştırmada kullanılan formlar, poliklinikte uygun bir görüşme odasında, hastaların hekim muayenesinden sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından dolduruldu. Her birey için veri toplama süresi ortalama 20 dakikadır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Beck Depresyon Ölçeği ve EQ-5D Yaşam Kalitesi ölçeğinin güvenilirliği Reliability analizi ile incelendi ve ölçeğe ilişkin Cronbach- α katsayıları hesaplandı.

Sonuçlar ortalama \pm standart sapma ya da sayı (%) olarak ifade edildi. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek örneklem Kolmogorov Smirnov Test ile incelendi. Vaka ve kontrol grupları arasında niceliksel değerler açısından farklılık olup olmadığını saptamada, normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız gruplarda t testi, normal dağılım göstermeyenler için Mann Whitney U testi kullanıldı. Vaka ve kontrol grupları arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Değişkenler arası

ilişkileri incelemede Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Vaka ve kontrol gruplarında ayrı ayrı eğitim durumuna göre skorların karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edildi. İstatistiksel analizler T.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalınca yapılmış olup, analizlerde anabilim dalının SPSS 20.0 lisanslı (Lisans No: 10240642) paket programı kullanıldı.

BULGULAR

1 Aralık 2011 - 30 Aralık 2012 Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniği' ne başvuran 138 vaka, 138 kontrol grubu olmak üzere toplam 276 hasta ile gerçekleştirilen araştırmada, hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra bulgular;

- Kişisel özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı
- BDÖ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ölçümsel verilerin değerlendirilmesi
- Kişisel özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler ile depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 1. Vaka ve kontrol grubunun kişisel özelliklerine göre dağılımı (n=276)

Özellikler		Grup				Toplam (n=276) n %	
		Vaka (n=138) n %		Kontrol (n=138) n %			
Yaş Ort. ± SS		60.81±14.14		46.57±13.06		53.69±15.35	
Cinsiyet	Kadın	64	46.4	66	47.8	130	47.1
	Erkek	74	53.6	72	52.2	146	52.9
Medeni Durum	Evli	102	73.9	99	71.7	201	72.8
	Bekar	6	4.3	27	19.6	33	12
	Dul/boşanmış	30	21.7	12	8.7	42	15.2
Eğitim durumu	Okur yazar	10	7.2	2	1.4	12	4.3
	İlkokul	60	43.5	44	31.9	104	37.7
	Ortaokul	15	10.9	19	13.8	34	12.3
	Lise	45	32.6	48	34.8	93	33.7
	Yüksekokul	0	0	6	4.3	6	2.2
	Üniversite	8	5.8	19	13.8	27	9.8
Meslek	Memur	11	8	37	26.8	48	17.4
	Esnaf	10	7.2	5	3.6	15	5.4
	Çiftçi	4	2.9	5	3.6	9	3.3
	İşçi	16	11.6	30	21.7	46	16.7
	Emekli	49	35.5	34	24.6	83	30.1
	Çalışmıyor	48	34.8	27	19.6	75	27.2
Sağlık Güvencesi	Var	135	97.8	138	100	135	98.9
	Yok	3	2.2	0	0	3	1.1
Kimlerle birlikte yaşadığı	Eşimle	52	37.7	40	29	92	33.3
	Eşim ve çocuklarımla	52	37.7	60	43.5	112	40.6
	Yalnız	34	24.6	38	27.5	72	26.1

Ort. ± SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 1' de araştırma grubunun kişisel özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Hastalar yaş ortalamasına göre incelendiğinde; vaka grubundaki hastaların yaş ortalaması 60.81 ± 14.14 , kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 46.57 ± 13.06 , araştırmaya katılan bütün hastaların yaş ortalamasının 53.69 ± 15.35 olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırma grubunun cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %53.6' sının erkek, %46.4' ünün kadın, kontrol grubunda; %52.2' sinin erkek, %47.8' inin kadın, ve toplamın; %52.9' unun erkek, %47.1' inin kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırma grubunun medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %73.6' sının evli, %21.7' sinin dul/boşanmış, %4.3' ünün bekar, kontrol grubunda; %71.7' sinin evli, %19.6' sının bekar, %8.7' sinin dul/boşanmış, ve toplamın; %72.8' inin evli, %15.2' sinin dul/boşanmış, %12' sinin bekar olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırma grubunun eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %43.5' inin ilkökul, %32.6' sının lise, %10.9' unun ortaokul, %5.8' inin üniversite mezunu, %7.2' sinin okur-yazar, kontrol grubunda; %34.8' inin lise, %31.9' unun ilkökul, %13.8' inin ortaokul, %13.8' inin üniversite, %4.1' i yüksekökul mezunu, %1.4' ünün okur-yazar, ve toplamın; %37.7' sinin ilkökul, %33.7' sinin lise, %12.3' ünün ortaokul, %9.8' inin üniversite, %2.2' sinin yüksekökul mezunu, %4.3' ünün okur-yazar olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırma grubunun mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde; vaka grubunda %35.5' inin emekli, %11.6' sının işçi, %8' inin memur, %7.2' sinin esnaf, %2.9' unun çiftçi olup; %34.8' inin çalışmadığı, kontrol grubunda; %24.6' sının emekli, %21.7' sinin işçi, %26.8' inin memur, %3.6' sının esnaf, %3.6' sının çiftçi olup; %19.6' sının çalışmadığı, ve toplamın; %30.1' inin emekli, %16.7' sinin işçi, %17.4' ünün memur, %5.4' ünün esnaf, %3.3' ünün çiftçi olup; %27.2' sinin çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırma grubunun sağlık güvencelerine göre dağılımı incelendiğinde; vaka grubunda %97.8' inin, kontrol grubunda %100' ünün, ve toplamın; %98.9' unun sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırma grubunun kimlerle yaşadıklarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %37.7' sinin eşiyile, %37.7' sinin eşi ve çocuklarıyla, %24.6' sının yalnız, kontrol grubunda; %29' unun eşiyile, %43.5' inin eşi ve çocuklarıyla, %27.5' inin yalnız, ve toplamın; %33.3' ünün eşiyile, %40.6' sının eşi ve çocuklarıyla, %26.1' inin yalnız yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Vaka ve kontrol grubunun hastalık/şikayetlerine göre dağılımı (n= 276)

Özellikler		Grup				Toplam (n=276)	
		Vaka (n=138)		Kontrol (n=138)			
		n	%	n	%	n	%
Kronik Hastalık Durumu	Evet	59	42.8	68	49.3	127	46
	Hayır	79	57.2	70	50.7	149	54
Kronik Hastalık Adı	HT	40	66.7	52	76.5	92	71.9
	DM	11	18.3	10	14.7	21	16.4
	HT + DM	9	15	6	8.8	15	11.7
Klinik Tanı/Şikayet	NSTEMI	51	37	0	0	51	18.5
	STEMI	56	40.6	0	0	56	20.3
	USAP	31	22.5	0	0	31	11.2
	Göğüs Ağrısı	0	0	52	37.7	52	18.8
	Kolda Uyuşma	0	0	24	17.4	24	8.7
	Çarpıntı	0	0	42	30.4	42	15.2
	Senkop	0	0	20	14.5	20	7.2
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Evet	127	92	69	50	196	71
	Hayır	11	8	69	50	80	29
Kullanılan İlaçlar	Antiiskemik	79	57.2	0	0	79	38.3
	Antihipertansif + Antiiskemik	38	27.5	0	0	38	18.4
	Antidiyabetik + Antiiskemik	10	7.2	0	0	10	4.9
	Diğer (antihipertansif, antidiyabetik vb.)	10	7.2	73	100	78	37.9
Düzenli İlaç Alma Durumu	Evet	121	87.7	63	92.6	184	89.3
	Hayır	17	12.3	5	7.4	22	10.7
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu	Evet	114	82.6	87	63	201	72.8
	Hayır	24	17.4	51	37	75	27.2
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	54	39.1	56	40.6	110	39.9
	Hayır	84	60.9	82	59.4	166	60.1

Tablo 2."Devam" Vaka ve kontrol grubunun hastalık/şikayetlerine göre dağılımı (n=276)

Egzersiz Türü	Yürüyüş	54	100	56	98.2	110	99.1
	Merdiven Çıkma	0	0	1	1.8	1	0.9
Düzenli Beslenme Durumu	Evet	120	87	118	85.5	238	86.2
	Hayır	18	13	20	14.5	38	13.8
Özel Bir Diyet Durumu	Evet	109	79	64	46.4	173	62.7
	Hayır	19	21	74	53.6	100	37.3
Diyet Özelliği	Kardiyak/ Tuzsuz	92	84.4	48	75	140	80.9
	Diyabetik	17	15.6	16	25	33	19.1
Sigara Kullanma Durumu	Evet	39	28.3	67	48.6	106	38.4
	Hayır	99	71.7	71	51.4	170	61.6
Alkol Kullanma Durumu	Evet	15	10.9	30	21.7	45	16.3
	Hayır	123	89.1	108	78.3	231	83.7

HT: Hipertansiyon **DM:** Diyabetes Mellitus **NSTEMI:** ST elevasyonu olmayan miyokard infarktüsü **STEMI:** ST elevasyonlu miyokard infarktüsü **USAP:** Stabil olmayan anjina pectoris

Tablo 2' de araştırma grubunun hastalık/şikayetlerine göre dağılımı görülmektedir.

Araştırma grubunun kronik hastalık durumuna ilişkin dağılımı incelendiğinde; vaka grubunda %42.8' inin kronik hastalığı olduğu, %57.2' sinin kronik hastalığı olmadığı, kontrol grubunda; %49.3' ünün kronik hastalığı olduğu, %50.7' sinin kronik hastalığı olmadığı, ve toplamın; % 46'sının kronik hastalığı olduğu, %54' ünün kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun kronik hastalıklarına göre dağılımı incelendiğinde; vaka grubunda %66.7' sinin HT, %18.3' ünün DM, %15' inin HT+DM, kontrol grubunda; %76.5' inin HT, %14.7' sinin DM, %8.8' inin HT+DM, ve toplamın; %71.9' unun HT, %16.4' ünün DM, %11.7' sinin HT+DM olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun klinik tanı/şikayetlerine göre dağılımı incelendiğinde; vaka grubunda %37' sinin NSTEMI, %40.6' sının STEMI, %22.5'inin USAP, kontrol grubunda; %37.7' sinin göğüs ağrısı, %17.4' ünün kolda uyuşma, %30.4' ünün çarpıntı, %14.5' inin senkop, ve toplamın; %18.5 'inin NSTEMI, %20.3' ünün STEMI, %11.2' sinin USAP, %18.8' inin göğüs ağrısı, %8.7' sinin kolda uyuşma, %15.2' sinin çarpıntı, %7.2' sinin senkop olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun sürekli ilaç kullanmalarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %92' sinin sürekli ilaç kullandığı, %8' inin sürekli ilaç kullanmadığı, kontrol grubunda; %50'sinin sürekli ilaç kullandığı, %50' sinin sürekli ilaç kullanmadığı, ve toplamın; %71' inin sürekli ilaç kullandığı, %29' unun sürekli ilaç kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun kullandıkları ilaçlara ilişkin dağılımı incelendiğinde; vaka grubunda %57.2' sinin antiiskemik, %27.5' inin antihipertansif+antiiskemik, %7.2' sinin antidiyabetik+antiiskemik, %7.2' sinin diğer (antihipertansif, antidiyabetik vb.), kontrol grubunda %100' ünün diğer (antihipertansif, antidiyabetik vb.) ve toplamın; %38.3' ünün antiiskemik, %18.4' ünün antihipertansif+antiiskemik, %4.9' unun antidiyabetik+antiiskemik, %37.9' unun diğer (antihipertansif, antidiyabetik vb.) ilaç kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun ilaçlarını düzenli almalarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %87.7' sinin ilaçlarını düzenli aldığı, %12.3' ünün ilaçlarını düzenli almadığı, kontrol grubunda; %92.6' sının ilaçlarını düzenli aldığı, %7.4' ünün ilaçlarını düzenli almadığı, ve toplamın; %89.3' ünün ilaçlarını düzenli aldığı, %10.7' sinin ilaçlarını düzenli almadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun düzenli sağlık kontrolü yaptırmalarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %82.6' sının düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı, %17.4' ünün düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı, kontrol grubunda; %63' ünün düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı, %37' sinin düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı, ve toplamın %72.8' inin düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı, %27.2' sinin düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun düzenli egzersiz yapmalarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %39.1' inin düzenli egzersiz yaptığı, %60.9' unun düzenli egzersiz yapmadığı, kontrol grubunun %40.6' sının düzenli egzersiz yaptığı, %59.4' ünün düzenli egzersiz yapmadığı, ve toplamın; %39.9' unun düzenli egzersiz yaptığı, %60.1' inin düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun egzersiz türlerine göre dağılımı incelendiğinde; vaka grubunda %100' ünün yürüyüş, kontrol grubunda %98.2' sinin yürüyüş, %1.8' inin merdiven çıkma, ve toplamın; %99.1' inin yürüyüş, %0.9' unun merdiven çıkma olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun düzenli beslenmelerine ilişkin dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %87' sinin düzenli beslendiği, %13' ünün düzenli beslenmediği, kontrol grubunda;

%85.5' inin düzenli beslendiği, %14.5' inin düzenli beslenmediği, ve toplamın; %86.2' sinin düzenli beslendiği, %13.8' inin düzenli beslenmediği belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun özel bir diyet yapmalarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %79' unun özel bir diyeti olduğu, %21' inin özel bir diyeti olmadığı, kontrol grubunda; %46.4' ünün özel bir diyeti olduğu, %53.6' sının özel bir diyeti olmadığı, ve toplamın; %62.7' sinin özel bir diyeti olduğu, %37.3' ünün özel bir diyeti olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun diyet özelliklerine ilişkin dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %84.4' ünün kardiyak/tuzsuz diyet, %15.6' sının diyabetik diyet, kontrol grubunda; %75' inin kardiyak/tuzsuz diyet, %25' inin diyabetik diyet, ve toplamın; %80.9' unun kardiyak/tuzsuz diyet, %19.1' inin diyabetik diyet olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun sigara kullanmalarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %28.3' ünün sigara kullandığı, %71.7' sinin sigara kullanmadığı, kontrol grubunda; %48.6' sının sigara kullandığı, %51.4' ünün sigara kullanmadığı, ve toplamın; %38.4' ünün sigara kullandığı, %61.6' sının sigara kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunun alkol kullanmalarına ilişkin dağılımları incelendiğinde; vaka grubunda %10.9' unun alkol kullandığı, %89.1' inin alkol kullanmadığı, kontrol grubunda; %21.7' sinin alkol kullandığı, %78.3' ünün alkol kullanmadığı, ve toplamın; %16.3' ünün alkol kullandığı, %83.7' sinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Vaka ve kontrol grubunun kişisel özelliklerinin karşılaştırılması (n=276)

Özellikler		Grup				Toplam (n=276)		x ²	p
		Vaka (n=138)		Kontrol (n=138)					
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	64	46.4	66	47.8	130	47.1	0.058	0.809
	Erkek	74	53.6	72	52.2	146	52.9		
Medeni Durum	Evli	102	73.9	99	71.7	201	72.8	21.12	<0.001
	Bekar	6	4.3	27	19.6	33	12		
	Dul/boşanmış	30	21.7	12	8.7	42	15.2		
Eğitim durumu	Okur yazar	10	7.2	2	1.4	12	4.3	18.84	0.002
	İlkokul	60	43.5	44	31.9	104	37.7		
	Ortaokul	15	10.9	19	13.8	34	12.3		
	Lise	45	32.6	48	34.8	93	33.7		
	Yüksekokul	0	0	6	4.3	6	2.2		
	Üniversite	8	5.8	19	13.8	27	9.8		
Meslek	Memur	11	8	37	26.8	48	17.4	28.71	<0.001
	Esnaf	10	7.2	5	3.6	15	5.4		
	Çiftçi	4	2.9	5	3.6	9	3.3		
	İşçi	16	11.6	30	21.7	46	16.7		
	Emekli	49	35.5	34	24.6	83	30.1		
	Çalışmıyor	48	34.8	27	19.6	75	27.2		
Sağlık Güvencesi	Var	135	97.8	138	100	135	98.9	21.68	<0.001
	Yok	3	2.2	0	0	3	1.1		
Kimlerle birlikte yaşadığı	Eşimle	52	37.7	40	29	92	33.3	2.359	0.307
	Eşim ve çocuklarımla	52	37.7	60	43.5	112	40.6		
	Yalnız	34	24.6	38	27.5	72	26.1		

*Ki-kare test.

Tablo 3' de araştırma grubunun kişisel özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir.

Araştırma grubu cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($\chi^2=0.058$ $p=0.809$) (Tablo 3).

Araştırma grubu medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($\chi^2=21.12$ $p<0.001$) (Tablo 3).

Araştırma grubu eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($\chi^2=18.84$ $p=0.002$) (Tablo 3).

Araştırma grubu mesleklerine göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($\chi^2=28.71$ $p<0.001$) (Tablo 3).

Araştırma grubu sağlık güvencelerine göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($\chi^2=21.68$ $p<0.001$) (Tablo 3).

Araştırma grubu kiminle yaşadıklarına göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($\chi^2=2.359$ $p=0.307$) (Tablo 3).

Tablo 4. Vaka ve kontrol grubunun hastalık/şikayetlerine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması (n= 276)

Özellikler	Grup				Toplam (n=276)		x ²	p	
	Vaka (n=138)		Kontrol (n=138)		n	%			
	n	%	n	%					
Kronik Hastalık	Evet	59	42.8	68	49.3	127	46	1.181	0.277
	Hayır	79	57.2	70	50.7	149	54		
Kronik Hastalık Adı	HT	40	66.7	52	76.5	92	71.9	1.720	0.423
	DM	11	18.3	10	14.7	21	16.4		
	HT + DM	9	15	6	8.8	15	11.7		
Klinik Tanı/Şikayet	NSTEMI	51	37	0	0	51	18.5	276.0	<0.001
	STEMI	56	40.6	0	0	56	20.3		
	USAP	31	22.5	0	0	31	11.2		
	Göğüs Ağrısı	0	0	52	37.7	52	18.8		
	Kolda Uyuşma	0	0	24	17.4	24	8.7		
	Çarpıntı	0	0	42	30.4	42	15.2		
	Senkop	0	0	20	14.5	20	7.2		
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Evet	127	92	69	50	196	71	89.38	<0.001
	Hayır	11	8	69	50	80	29		
Kullanılan İlaçlar	Antiiskemik	79	57.2	0	0	79	38.3	201.5	<0.001
	Antihipertansif + Antiiskemik	38	27.5	0	0	38	18.4		
	Antidiyabetik + Antiiskemik	10	7.2	0	0	10	4.9		
	Diğer(antihipertansif,antidiyabetik vb.)	10	7.2	68	100	78	37.9		
Düzenli İlaç Alma Durumu	Evet	121	87.7	63	92.6	184	89.3	1.117	0.278
	Hayır	17	12.3	5	7.4	22	10.7		
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu	Evet	114	82.6	87	63	201	72.8	13.34	<0.001
	Hayır	24	17.4	51	37	75	27.2		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	54	39.1	56	40.6	110	39.9	0.060	0.806
	Hayır	84	60.9	82	59.4	166	60.1		
Egzersiz Türü	Yürüyüş	54	100	56	50.9	110	99.1	0.956	0.328
	Merdiven Çıkma	0	0	1	1.8	1	0.9		
Düzenli Beslenme Durumu	Evet	120	87	118	49.6	238	86.2	0.122	0.727
	Hayır	18	13	20	14.5	38	13.8		
Özel Bir Diyet Durumu	Evet	109	79	64	46.4	173	62.7	31.56	<0.001
	Hayır	29	21	74	53.6	100	37.3		
Diyet Özelliği	Kardiyak/ Tuzsuz	92	84.4	48	75	140	80.9	2.310	0.129
	Diabetik	17	15.6	16	25	33	19.1		
Sigara Kullanma Durumu	Evet	39	28.3	67	48.6	106	38.4	12.00	0.001
	Hayır	99	58.2	71	51.4	170	61.6		
Alkol Kullanma Durumu	Evet	15	10.9	30	21.7	45	16.3	5.974	0.015
	Hayır	123	89.1	108	78.3	231	83.7		

*Ki-kare test.

Tablo 4' de araştırma grubunun hastalık/şikayetlerine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir.

Araştırma grubu kronik hastalık varlığı ve kronik hastalık türlerine göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($x^2=1.181$ $p=0.277$, $x^2=1.720$ $p=0.423$ sırasıyla) (Tablo 4).

Araştırma grubu klinik tanı/ şikayetlerine göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($x^2=276.0$ $p<0.001$) (Tablo 4).

Araştırma grubu sürekli ilaç kullanmalarına ve kullandıkları ilaçlara göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($x^2=89.38$ $p<0.001$, $x^2=201.5$ $p<0.001$ sırasıyla) (Tablo 4).

Araştırma grubu düzenli olarak ilaç almalarına göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($x^2=1.117$ $p=0.278$) (Tablo 4).

Araştırma grubu düzenli sağlık kontrolü yaptırmalarına göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($x^2=13.34$ $p<0.001$) (Tablo 4).

Araştırma grubu düzenli egzersiz yapmaları ve egzersiz türlerine göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($x^2=0.060$ $p=0.806$, $x^2=0.956$ $p=0.328$ sırasıyla) (Tablo 4).

Araştırma grubu düzenli beslenmelerine göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($x^2=0.122$ $p=0.727$) (Tablo 4).

Araştırma grubu özel bir diyet yapmalarına göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($x^2=31.56$ $p<0.001$) (Tablo 4).

Araştırma grubu diyet özelliklerine göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($x^2=2.310$ $p=0.129$) (Tablo 4).

Araştırma grubu sigara kullanma alışkanlıklarına göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($x^2=12.00$ $p=0.001$) (Tablo 4).

Araştırma grubu alkol kullanma alışkanlıklarına göre karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($x^2=5.974$ $p=0.015$) (Tablo 4).

Tablo 5. Vaka ve kontrol gruplarının yaşlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellik	Grup		t	p
	Vaka (n=138) Ort. ± SS	Kontrol (n=138) Ort. ± SS		
Yaş	60.81±14.14	46.57±13.06	8.690	<0.001

*Bağımsız T- Test Ort. ± SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 5' de araştırmaya katılan bireylerin yaşlarının puan ortalamaları karşılaştırılmaları görülmektedir. Vaka grubundaki hastaların yaşlarının puan ortalaması, kontrol grubundaki bireylerin yaşlarının puan ortalamasına göre daha yüksek ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmuştur (t=8.690 p<0.001) (Tablo 5).

Tablo 6. Vaka ve kontrol gruplarının hastalık/şikayetlerine ilişkin özelliklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Grup		z	p
	Vaka (n=138) Ort. ± SS	Kontrol (n=138) Ort. ± SS		
Hastalığın/Şikayetin Teşhis Süresi/Ay	9.77±12.35	1.84±1.80	- 9.456	<0.001
Günlük Toplam İlaç Sayısı	4.84±1.53	2.25±1.04	- 9.895	<0.001
Sigara Kullanma Süresi/Yıl	24.87±9.99	18.79±9.01	- 3.111	0.002
Sigara İçme Adeti/Gün	17.43±4.98	17.08±5.58	- 0.443	0.658
Alkol Kullanma Süresi	19.53±10.30	15.90±9.78	- 1.258	0.208
Alkol Kadehi/Gün	1.06±0.25	1.06±0.25	0.000	1.000

*Mann-Whitney U Ort. ± SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 6' da araştırma grubunun hastalık/şikayetlerine ilişkin bazı özelliklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık/şikayetlerinin teşhis süresi, günlük toplam ilaç sayıları ve sigara kullanma yılları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; vaka grubunun puan ortalaması, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($z=-9.456$ $p<0.001$, $z=-9.895$ $p<0.001$, $z=-3.111$ $p=0.002$ sırasıyla) (Tablo 6).

Araştırmaya katılan bireylerin günlük sigara içme miktarları, alkol kullanma yılları ve günlük alkol tüketme miktarları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($z=-0.443$ $p=0.658$, $z=-1.258$ $p=0.208$, $z=0.000$ $p=1.000$ sırasıyla) (Tablo 6).

Tablo 7. Vaka ve kontrol gruplarının EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin her bir maddesine verdikleri cevapların frekans dağılımı ve karşılaştırılması

	Vaka(n=138)						Kontrol(n=138)						x ²	p
	Problem Yok		Biraz Problem Var		Ciddi Problem Var		Problem Yok		Biraz Problem Var		Ciddi Problem Var			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hareket	91	65.9	47	34.1	-	-	106	76.8	32	23.2	-	-	3.990	0.046
Öz Bakım	100	72.5	38	27.5	-	-	119	86.2	19	13.8	-	-	7.982	0.005
Olağan Aktiviteler	86	62.3	51	37	1	0.7	114	82.6	24	17.4	-	-	14.64	0.001
Ağrı/rahatsızlık	67	48.6	70	50.7	-	-	60	43.5	77	55.8	1	0.7	2.719	0.437
Anksiyete/depresyon	105	76.1	32	23.2	1	0.7	64	46.4	71	51.4	3	2.2	25.71	<0.001

*Ki-kare test

Tablo 7' de vaka ve kontrol gruplarının EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin her bir maddesine verdikleri cevapların frekans dağılımı ve karşılaştırılması görülmektedir.

Kontrol grubunun %76.8' inin, vaka grubunun %65.9' unun hareketle ilgili problem yaşamadığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=3.990$ $p=0.046$) (Tablo 7).

Kontrol grubunun %86.2' sinin, vaka grubunun %72.5' inin öz bakımla ilgili problem yaşamadıkları ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=7.982$ $p=0.005$) (Tablo 7).

Kontrol grubunun %82.6' sının, vaka grubunun %62.3' ünün olağan aktivitelerle ilgili problem yaşamadıkları ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=14.64$ $p=0.001$) (Tablo 7).

Kontrol grubunun %55.8' inin, vaka grubunun %50.7' sinin orta derecede ağrı/rahatsızlığının olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=2.719$ $p=0.437$) (Tablo 7).

Vaka grubunun %76.1' inin, kontrol grubunun %46.4' ünün endişe ve moral bozukluğu içinde olmadığını ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=25.71$ $p<0.001$) (Tablo 7).

Tablo 8. Vaka ve kontrol gruplarının Beck Depresyon Ölçeği skorlarının dağılımı ve karşılaştırılması

BDÖ Puanları	Grup				χ^2	p
	Vaka (n=138)		Kontrol (n=138)			
	n	%	n	%		
1-10 (normal)	105	76.1	89	64.5	10.65	0.031
11-16 (orta derecede duyu durum bozukluğu)	27	19.6	29	21		
17-20 (klinik depresyon)	3	2.2	14	10.1		
21-30 (orta düzeyde depresyon)	3	2.2	4	2.9		
31-40 (ciddi düzeyde depresyon)	-	-	2	1.4		
41-63 (ağır depresyon)	-	-	-	-		

*Ki-kare test

Tablo 8' de vaka ve kontrol gruplarının BDÖ skorlarının dağılımı ve karşılaştırılması görülmektedir.

Vaka grubundaki hastaların %76.1' inin, kontrol grubundaki bireylerin %64.5' inin BDÖ skorlarının 1-10 (normal) arasında ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=10.65$ $p=0.031$) (Tablo 8).

Vaka grubundaki hastaların %19.6' sinin, kontrol grubundaki bireylerin %21' inin BDÖ skorlarının 11-16 (orta derecede duygu durum bozukluğu) arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Vaka grubundaki hastaların %2.2' sinin, kontrol grubundaki bireylerin %10.1' inin BDÖ skorlarının 17-20 (klinik depresyon) arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Vaka grubundaki hastaların %2.2' sinin, kontrol grubundaki bireylerin %2.9' unun BDÖ skorlarının 21-30 (orta düzeyde depresyon) arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Kontrol grubundaki bireylerin %1.4' ünün BDÖ skorlarının 31-40 (ciddi düzeyde depresyon) arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Vaka ve kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamalarının karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Grup		z	p
	Vaka (n=138) Ort. ± SS	Kontrol (n=138) Ort. ± SS		
Kognitif	2.71±2.39	4.98±4.27	- 4.913	<0.001
Somatik	4.21±3.19	4.10±3.02	- 0.174	0.862
Total Beck Skoru	6.92±5.24	9.09±6.74	- 2.840	0.005
EQ-5D İndeks Skoru	0.79±0.18	0.78±0.18	- 0.859	0.390

*Mann-Whitney U Test Ort. ± SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 9' da vaka ve kontrol grubunun BDÖ alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireyler BDÖ kognitif alt boyutu skor ortalamalarına göre karşılaştırıldığında; kontrol grubunun skor ortalaması, vaka grubunun skor ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($z=-4.913$ $p<0.000$) (Tablo 9).

Araştırma grubu BDÖ somatik alt boyutu skor ortalamalarına göre karşılaştırıldığında; vaka grubunun skor ortalaması, kontrol grubunun skor ortalamasına göre daha yüksek

bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($z=-0.174$ $p=0.862$) (Tablo 9).

Araştırma grubu total BDÖ skoruna göre karşılaştırıldığında; kontrol grubunun skor ortalaması, vaka grubunun skor ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunun vaka grubuna göre depresyon düzeyi daha yüksektir ($z=-2.840$ $p=0.005$) (Tablo 9).

Araştırma grubu EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoruna göre karşılaştırıldığında; vaka grubunun skor ortalaması, kontrol grubunun skor ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($z=-0.859$ $p=0.390$) (Tablo 9).

Tablo 10. Vaka ve kontrol gruplarının kendi içerisinde cinsiyetleri ile Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Vaka (n=138) Ort. ± SS		z	p	Kontrol (n=138) Ort. ± SS		z	p
	Kadın(n=64)	Erkek(n=74)			Kadın(n=66)	Erkek(n=72)		
Kognitif	3.40±2.37	2.10±2.25	-3.990	<0.001	5.39±4.70	4.61±3.81	-0.897	0.370
Somatik	5.60±3.07	3.00±2.78	-4.963	<0.001	4.31±3.33	3.91±2.71	-0.465	0.642
Total Beck Skoru	9.01±5.22	5.10±4.56	-4.780	<0.001	9.71±7.40	8.52±6.08	-0.709	0.478
EQ-5D İndeks Skoru	0.73±0.18	0.84±0.17	-3.568	<0.001	0.80±0.18	0.77±0.18	-0.681	0.496

*Mann-Whitney U Test Ort. ± SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 10' da vaka ve kontrol grubunun kendi içerisinde cinsiyetleri ile BDÖ alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ile BDÖ kognitif alt boyutu, BDÖ somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ortalamaları karşılaştırıldığında; vaka grubundaki kadın hastaların skor ortalamalarının, erkek hastaların skor ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu; araştırma grubunun cinsiyetleri ile EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları karşılaştırıldığında; vaka grubundaki kadın hastaların skor ortalamalarının, erkek hastaların skor ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($z=-3.990$ $p<0.001$, $z=-4.963$ $p<0.001$, $z=-4.780$ $p<0.001$, $z=-3.568$ $p<0.001$ sırasıyla) (Tablo 10).

Kontrol grubundaki kadınların BDÖ kognitif alt boyutu, BDÖ somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamalarının, erkeklere göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($z=-0.897$ $p=0.370$, $z=-0.465$ $p=0.642$, $z=-0.709$ $p=0.478$, $z=-0.681$ $p=0.496$ sırasıyla) (Tablo 10).

Vaka grubundaki kadın hastaların depresyon düzeyleri erkeklere göre daha yüksek, yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur.

Tablo 11. Vaka ve kontrol gruplarının cinsiyetleri ile Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Kadın (n=130) Ort. ± SS		z		Erkek(n=146) Ort. ± SS		z		p	
	Vaka(n=64)	Kontrol(n=66)			Vaka(n=74)	Kontrol(n=72)				
Kognitif	3.40±2.37	5.39±4.70	-2.420	0.016	2.10±2.25	4.61±3.81	-4.573	<0.001		
Somatik	5.60±3.07	4.31±3.33	-2.505	0.012	3.00±2.78	3.91±2.71	-2.257	0.024		
Total Beck Skoru	9.01 ±5.22	9.71±7.40	-0.154	0.877	5.10±4.56	8.52±6.08	-3.737	<0.001		
EQ-5D İndeks Skoru	0.73±0.18	0.80±0.18	-1.110	0.110	0.84±0.17	0.77±0.18	-2.655	0.008		

*Mann-Whitney U Test Ort. ± SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 11' de vaka ve kontrol gruplarının cinsiyetleri ile BDÖ alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

Vaka grubundaki kadın hastaların BDÖ kognitif alt boyutu, BDÖ somatik alt boyutu skor ortalamasının; kontrol grubunda yer alan kadın bireylerin skor ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($z=-2.420$ $p=0.016$, $z=-2.505$ $p=0.012$ sırasıyla) (Tablo 10). Vaka grubundaki kadın hastaların total BDÖ skoru ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamasının; kontrol grubunda yer alan kadın bireylerin skor ortalamalarına göre daha düşük olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($z=-0.154$ $p=0.877$, $z=-1.110$ $p=0.110$ sırasıyla) (Tablo 11).

Vaka grubundaki erkek hastaların BDÖ kognitif alt boyutu, BDÖ somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamalarının; kontrol grubunda yer alan erkek bireylerin skor ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($z=-4.573$ $p<0.001$, $z=-2.257$ $p=0.024$, $z=-3.737$ $p<0.001$, $z=-2.655$ $p=0.008$ sırasıyla) (Tablo 11).

Vaka grubundaki kadın ve erkek hastaların, kontrol grubundaki kadın ve erkeklere göre depresyon düzeyleri daha düşük yaşam kaliteleri daha yüksektir.

Tablo 12. Vaka ve kontrol gruplarının kendi içerisinde medeni durumları ile Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Vaka (n=138) Ort. ± SS			x ²	p	Kontrol (n=138) Ort. ± SS			x ²	p
	Evli (n=102)	Bekar (n=6)	Dul/Boşanmış (n=30)			Evli (n=99)	Bekar (n=27)	Dul/Boşanmış (n=12)		
Kognitif	2.09±1.98	2.66±3.93	4.80±2.18	34.97	<0.001	4.84±3.95	4.11±3.77	8.08±6.43	5.01	0.082
Somatik	3.13±2.44	3.66±3.93	7.96±2.45	48.37	<0.001	4.00±2.82	3.03±2.44	7.41±3.72	14.0	0.001
Total Beck Skoru	5.23±3.99	6.33±7.76	12.7±4.29	43.91	<0.001	8.84±6.24	7.14±5.64	15.5±9.48	10.2	0.006
EQ-5D İndeksSkoru	0.86±0.14	0.88±0.14	0.55±0.11	55.26	<0.001	0.78±0.16	0.84±0.24	0.70±0.13	9.89	0.007

*Kruskal-Wallis Test Ort. ± SS: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 12' de vaka ve kontrol grubunun kendi içerisinde medeni durumları ile BDÖ alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumları ile BDÖ kognitif alt boyutu, BDÖ somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ortalamaları karşılaştırıldığında; vaka grubundaki dul/boşanmış olan hastaların skor ortalamalarının, evli ve bekar olan hastaların skor ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu; hastaların medeni durumları ile EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları karşılaştırıldığında, vaka grubunda dul/boşanmış olan hastaların skor ortalamasının evli ve bekar olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($x^2=34.97$ $p<0.001$, $x^2=48.37$ $p<0.001$, $x^2=43.91$ $p<0.001$, $x^2=55.26$ $p<0.001$ sırasıyla) (Tablo 12).

Kontrol grubunda dul/boşanmış olan bireylerin BDÖ somatik alt boyutu ve total BDÖ skoru ortalamaları, evli ve bekar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($x^2=14.0$ $p=0.001$, $x^2=10.2$ $p=0.006$ sırasıyla) (Tablo 12). Kontrol grubundaki dul/boşanmış olan bireylerin EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları evli ve bekar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($x^2=9.89$ $p=0.007$ sırasıyla) (Tablo12).

Araştırma grubunda, dul/boşanmış olan hastaların depresyon düzeyleri; evli ve bekar olan hastalara göre daha yüksek, yaşam kaliteleri daha düşüktür.

Tablo 13. Vaka ve kontrol gruplarının medeni durumları ile Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Evli (n=201) Ort. ± SS		z	p	Bekar (n=33) Ort. ± SS		z	p	Dul/Boşanmış (n=42) Ort. ± SS		z	p
	Vaka (n=102)	Kontrol (n=99)			Vaka (n=6)	Kontrol (n=27)			Vaka (n=30)	Kontrol (n=12)		
Kognitif	2.09 ±1.98	4.84±3.95	-5.972	<0.001	2.66±3.93	4.11±3.77	-1.178	0.239	4.80±2.18	8.08±6.43	-1.753	0.080
Somatik	3.13±2.44	4.00±2.82	-2.209	0.027	3.66±3.93	3.03±2.44	-0.024	0.981	7.96±2.45	7.41±3.72	-0.450	0.653
Total Beck Skoru	5.23±3.99	8.84±6.24	-4.802	<0.001	6.33±7.76	7.14±5.64	-0.749	0.454	12.7±4.29	15.5±9.48	-0.870	0.384
EQ-5D İndeks Skoru	0.86±0.14	0.78±0.16	-4.017	<0.001	0.88±0.14	0.84±0.24	-0.052	0.959	0.55±0.11	0.70±0.13	-3.208	0.001

*Mann-Whitney U Test Ort. ± SS: Ortalama ± Standart Sapma

Vaka grubundaki evli hastaların BDÖ kognitif alt boyutu, BDÖ somatik alt boyutu ve total BDÖ skoru ortalamalarının; kontrol grubundaki evli olan bireylerin skor ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($z=-5.972$ $p<0.001$, $z=-2.209$ $p=0.027$, $z=-4.802$ $p<0.001$ sırasıyla) (Tablo 13). Vaka grubundaki evli hastaların EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamalarının kontrol grubundaki evli bireylerin skor ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($z=-4.017$ $p<0.001$) (Tablo 13).

Vaka grubundaki bekar hastaların BDÖ kognitif alt boyutu, BDÖ somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ve EQ-5D Yaşam Kalitesi indeks skoru ortalamaları ile kontrol grubundaki bekar bireylerin skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($z=-1.178$ $p=0.239$, $z=-0.024$ $p=0.981$, $z=-0.749$ $p=0.454$, $z=-0.052$ $p=0.959$ sırasıyla) (Tablo 13).

Vaka grubundaki dul/boşanmış hastaların BDÖ kognitif alt boyutu, BDÖ somatik alt boyutu ve total BDÖ skoru ortalamaları ile kontrol grubundaki dul/boşanmış bireylerin skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($z=-1.753$ $p=0.080$, $z=-0.450$ $p=0.653$, $z=-0.870$ $p=0.384$ sırasıyla) (Tablo 13). Vaka grubundaki dul/boşanmış hastaların EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamalarının kontrol grubundaki dul/boşanmış bireylerin skor ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($z=-3.208$ $p=0.001$) (Tablo 13).

Vaka grubundaki evli olan hastaların, kontrol grubundaki evli hastalara göre depresyon düzeyleri daha düşük ve yaşam kaliteleri daha yüksektir.

Tablo 14. Vaka ve kontrol gruplarının bazı kişisel özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları arasındaki korelasyonun incelenmesi

Özellik	Vaka (n=138)								Kontrol (n=138)							
	Kognitif		Somatik		Total Beck Skoru		EQ-5D İndeks Skoru		Kognitif		Somatik		Total Beck Skoru		EQ-5D İndeks Skoru	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
Yaş	0.614	<0.001	0.735	<0.001	0.720	<0.001	-0.739	<0.001	0.141	0.100	0.296	<0.001	0.250	0.003	-0.268	0.001
Aylık Gelir	-0.489	<0.001	-0.565	<0.001	-0.554	<0.001	0.562	<0.001	-0.177	0.037	-0.289	0.001	-0.245	0.004	0.262	0.002
Eğitim Durumu	-0.537	<0.001	-0.639	<0.001	-0.627	<0.001	0.695	<0.001	-0.180	0.035	-0.282	0.001	-0.267	0.002	0.241	0.004
Hastalık Teşhis Süresi	0.356	<0.001	0.278	<0.001	0.321	<0.001	-0.305	<0.001	-0.025	0.767	0.030	0.725	0.004	0.958	0.005	0.958
Günlük İlaç Sayısı	0.242	0.004	0.250	<0.001	0.254	0.003	-0.166	0.052	-0.018	0.085	0.111	0.367	0.036	0.722	-0.170	0.166
Sigara Kullanma Süresi	0.508	0.001	0.522	<0.001	0.581	<0.001	-0.361	0.024	0.018	0.887	0.191	0.122	0.100	0.422	-0.216	0.079

*Spearman' s Correlations

Tablo 14' de vaka ve kontrol gruplarının bazı kişisel özellikleri ile BDÖ alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları arasındaki korelasyon görülmektedir.

Vaka grubundaki hastaların yaşları ile BDÖ kognitif ve somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Vaka grubundaki hastaların yaşı arttıkça depresyon düzeyleri artmakta, yaşam kaliteleri azalmaktadır ($r_s=0.614$ $p<0.001$, $r_s=0.735$ $p<0.001$, $r_s=0.720$ $p<0.001$, $r_s=-0.739$ $p<0.001$ sırasıyla) (Tablo 14).

Kontrol grubundaki bireylerin yaşları ile BDÖ kognitif alt boyutu skor ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($r_s=0.141$ $p=0.100$) (Tablo 14).

Kontrol grubundaki bireylerin yaşları ile BDÖ somatik alt boyutu ve total BDÖ skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin yaşı arttıkça depresyon düzeyleri artmakta, yaşam kaliteleri azalmaktadır ($r_s=0.296$ $p<0.001$, $r_s=0.250$ $p=0.003$, $r_s=-0.268$ $p=0.001$ sırasıyla) (Tablo 14).

Vaka grubundaki hastaların aylık gelirleri ile BDÖ kognitif ve somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Vaka grubundaki hastaların aylık gelir düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalmakta, yaşam kaliteleri artmaktadır ($r_s=-0.489$ $p<0.001$, $r_s=-0.565$ $p<0.001$, $r_s=-0.554$ $p<0.001$, $r_s=0.562$ $p<0.001$ sırasıyla) (Tablo 14).

Kontrol grubundaki bireylerin aylık gelirleri ile BDÖ kognitif ve somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin aylık gelir düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalmakta, yaşam kaliteleri artmaktadır ($r_s=-0.177$ $p=0.037$, $r_s=-0.289$ $p=0.001$, $r_s=-0.245$ $p=0.004$, $r_s=0.262$ $p=0.002$ sırasıyla) (Tablo 14).

Vaka grubundaki hastaların eğitim durumları ile BDÖ kognitif ve somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Vaka grubundaki hastaların eğitim düzeyi arttıkça depresyon

düzeyleri azalmakta, yaşam kaliteleri artmaktadır ($r_s=-0.537$ $p<0.001$, $r_s=-0.639$ $p<0.001$, $r_s=-0.627$ $p<0.001$, $r_s=0.695$ $p<0.001$ sırasıyla) (Tablo 14).

Kontrol grubundaki bireylerin eğitim durumları ile BDÖ kognitif ve somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyleri azalmakta, yaşam kaliteleri artmaktadır ($r_s=-0.180$ $p=0.035$, $r_s=-0.282$ $p=0.001$, $r_s=-0.267$ $p=0.002$, $r_s=0.241$ $p=0.004$ sırasıyla) (Tablo 14).

Vaka grubundaki hastaların hastalıklarının teşhis süreleri ile BDÖ kognitif ve somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Vaka grubundaki hastaların; hastalık teşhis süreleri arttıkça depresyon düzeyleri artmakta, yaşam kaliteleri azalmaktadır ($r_s=0.356$ $p<0.001$, $r_s=0.278$ $p<0.001$, $r_s=0.321$ $p<0.001$, $r_s=-0.305$ $p<0.001$ sırasıyla) (Tablo 14).

Vaka grubundaki hastaların günlük ilaç sayıları ile BDÖ kognitif ve somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Vaka grubundaki hastaların; günlük ilaç sayıları arttıkça depresyon düzeyleri artmaktadır ($r_s=0.242$ $p=0.004$, $r_s=0.250$ $p=0.003$, $r_s=0.254$ $p=0.003$ sırasıyla) (Tablo 14). Vaka grubundaki hastaların günlük ilaç sayıları ile EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($r_s=-0.166$ $p=0.052$) (Tablo 14).

Vaka grubundaki hastaların sigara kullanma süreleri ile BDÖ kognitif ve somatik alt boyutu, total BDÖ skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Vaka grubundaki hastaların; sigara kullanma süreleri arttıkça depresyon düzeyleri artmakta, yaşam kaliteleri azalmaktadır ($r_s=0.508$ $p=0.001$, $r_s=0.522$ $p=0.001$, $r_s=0.581$ $p<0.001$, $r_s=-0.361$ $p=0.024$ sırasıyla) (Tablo 14).

TARTIŞMA

Araştırma, AKS tanısı alan ve AKS tanısı almayan bireylerde depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri incelemek ve AKS' li hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışma grubuna 1 Aralık 2011- 30 Aralık 2012 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniği' ne başvuran, AKS sonrası 4. haftada olan, okuryazar, özgeçmişinde psikiyatrik hastalık, inme, sağırılık gibi iletişimi engelleyici sağlık problemi olmayan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve ileri derecede kalp yetersizliği (klas III, IV), böbrek yetersizliği tanısı olmayan rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiş 138' i vaka, 138' i kontrol grubunda yer alan toplam 276 hasta dahil edilmiştir.

Tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunulmuştur:

- Kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin veriler
- BDÖ ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ölçümsel verilerin değerlendirilmesi
- Kişisel ve hastalığa ilişkin özellikler ile depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER

Araştırmamızda grupların kişisel özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; araştırma kapsamına vaka grubu içerisinde alınan hastaların (n=138) yaş ortalamasının 60.81 ± 14.14 , %53.6' sının erkek; kontrol grubundaki bireylerin (n=138) yaş ortalamasının 46.57 ± 13.06 , %52.2' sinin erkek ve çalışma grubunun (n=276) yaş ortalamasının 53.69 ± 15.35 , %52.9'

unun erkek, %72.8' inin evli, %37.7' sinin ilkokul mezunu, %30.1' inin emekli, %98.9' unun sağlık güvencesinin olduğu, %40.6' sının eşi ve çocuklarıyla yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Ünsar ve ark.' larının (68) "Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşiirenin rolü" başlıklı çalışmasında; hastaların %54.8' inin 60-69 yaş grubunda, %70.4' ünün erkek, %92.2' sinin evli, %59.1' inin ilkokul mezunu, %25.2' sinin emekli olduğu belirtilmiştir. Dracup ve ark.' larının (75) akut koroner sendrom geçirmiş hastalar ile yaptıkları çalışmada; 65-79 yaş arası hastaların %49.3 olduğu, hastaların %66.2' sinin erkek, %71.5' inin evli, % 37.9'unun ilkokul mezunu, %71.8' inin çalışmadığı belirtilmiştir. Kahyaoğlu Süt' n (76) "EQ-5D akut koroner sendromlu hastalarda geçerli bir yaşam kalitesi leği midir?" başlıklı çalışmasında; hastaların yaş ortalamasının 62.9 ± 9.3 , %72.1' inin erkek, %86.9' unun evli, %70.5' inin ilköğretim mezunu, %66.4' ünün emekli olduğu belirtilmiştir.

Koroner arter hastalığı yaş ile bağlantılıdır. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Ancak son yıllarda insanların daha fazla strese maruz kalmalarıyla bağlantılı olarak yaş ortalamasının düştüğü ve genç nesilin de KAH adayı olduğu belirtilmektedir. DSÖ' nün yaşlılığın başlama yaşını 60 kabul etmesi göz önüne alınırsa; 60' lı yaşlarda KAH görülmesi, yaşamı erken yaşta tehdit etmesi açısından önemlidir. Literatür bilgisi AKS' nin erkeklerde daha fazla görüldüğü yönündedir (53,59,70,77).

Araştırmamızda grupların hastalık/şikayet özelliklerine göre dağılımını incelendiğinde; vaka grubundaki hastaların % 40.6' sının STEMI tanısı olduğu, kontrol grubundaki bireylerin %37.7' sinin göğüs ağrısı şikayeti olduğu ve çalışma grubunun; % 46' sının kronik hastalığı olduğu, %71.9' unun HT, %71' inin sürekli ilaç kullandığı, %38.3' ünün antiiskemik ilaçlar kullandığı, %89.3' ünün ilaçlarını düzenli aldığı, %72.8' inin düzenli sağlık kontrolü yaptırđıđı, %60.1' inin düzenli egzersiz yapmadığı, %86.2' sinin düzenli beslendiği, %62.7' sinin özel bir diyeti olduğu, %80.9' unun kardiyak/tuzsuz diyet yaptığı, %61.6' sının sigara kullanmadığı, %83.7' sinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Ünsar ve ark.' larının (78) "Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında; araştırmaya katılan hastaların %13' ünün göğüs ağrısı şikayeti olduğu, %37' sinin MI geçirdiği, %57' sinin HT tanısı olduğu belirtilmiştir. Küçükberber ve ark.' larının (79) "Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında; hastaların %27.4' ünün HT' si olduğu belirtilmiştir. Dilek' in (11) "Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında, hastaların %37.3' ünün sigara, %85.6'

sının alkol kullanmadığı, %45.2' sinin HT' si olduğu belirtilmiştir. Olgun' un (35) "Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımının değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında; hastaların %36' sının HT' si olduğu, %62.7' sinin sigara, %44' ünün alkol kullandığı belirtilmiştir. Dracup ve ark.' larının (75) akut koroner sendrom geçirmiş hastalar ile yaptıkları çalışmasında; hastaların %61.6' sının sigara kullandığı, %56.3' ünün HT' si olduğu, %33.2' sinin sedanter yaşam sürdüğü, %83.3' ünün düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı, %40.3' ünün beden kitle indeksinin (BKİ) 25-30 olduğu belirtilmiştir.

Sigara kullanımı AKS' ye neden olan majör risk faktörlerindedir. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular sigara kullanımı ile AKS arasındaki ilişkiyi çarpıcı bir sonuç haline getirmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar toplumda HT görülmesinin yaşla orantılı olarak arttığını göstermektedir. HT sıklığı 60-69 yaşlar arasında %61, 70 yaş üzerinde %77'dir (80,81).

Akut koroner sendromlu hastalarda kontrol edilebilir risk faktörlerinin (sigara, HT, DM, hiperkolesterolemi, fiziksel aktivite azlığı vb.) iyileştirilmesiyle hastalarda yaşam kalitesi ve emosyonel sağlık düzeyinin olumlu etkileneceği ve AKS gelişiminin önlenebileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmada vaka ve kontrol grupları kişisel özelliklerine göre karşılaştırıldığında; araştırma grubunda çoğunluğun evli olduğu, vaka grubunda çoğunluğun ilkökul mezunu ve emekli, kontrol grubunda çoğunluğun lise mezunu ve memur olduğu, araştırma grubunun çoğunluğunun sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırmada vaka ve kontrol grupları hastalık/şikayetlerine göre karşılaştırıldığında; vaka grubundaki hastaların çoğunluğunun STEMI tanısı, kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun göğüs ağrısı şikayeti olduğu belirlenmiştir. Vaka grubundaki hastaların çoğunluğu sürekli ve antiiskemik ilaç kullanmaktadır. Vaka grubundaki hastaların çoğunluğunun, kontrol grubundaki bireylere göre düzenli sağlık kontrolü yaptırdıkları, özel bir diyeti olduğu ve sigara kullanmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4).

Ünsar ve ark.'larının (78) çalışmasında; vaka ve kontrol grupları, eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu; cinsiyet ve medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Dracup ve ark.' larının (75) çalışmasında; vaka ve kontrol grupları, medeni durum, sigara kullanma alışkanlıkları, BKİ' ye göre karşılaştırıldığında; aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu; cinsiyet, meslek ve eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir.

Araştırmamızda vaka grubundaki hastaların yaşlarının puan ortalaması, kontrol grubundaki hastaların yaşlarının puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Ünsar' ın (82) "Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü" başlıklı çalışmada; vaka grubundaki hastaların %63.1' inin, kontrol grubundaki hastaların %44.4' ünün 60-69 yaş grubunda yer aldığı belirtilmiştir. Dracup ve ark.' larının (75) ve Ünsar ve ark.' larının (78) çalışmada da vaka grubundaki hastaların yaşlarının puan ortalamasının, kontrol grubundaki hastaların yaşlarının puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar, AKS görülme sıklığının yaşla birlikte arttığını göstermektedir (75,78,82).

Araştırmamızda vaka grubundaki hastaların hastalık teşhis süreleri, günlük toplam ilaç sayıları ve sigara kullanma süreleri puan ortalamalarının kontrol grubundaki bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Demir' in (83) "Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi" başlıklı çalışmada; araştırma grubunda hastalığın teşhis zamanı, sigara ve alkol kullanma durumları puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, günlük alınan ilaç sayısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Dracup ve ark.' larının (75) çalışmada vaka ve kontrol gruplarında; sigara ve alkol kullanma süresi, hastalığın teşhis süresi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda sigaranın AKS gelişiminde bağımsız ve kontrol edilebilir risk faktörü olduğu ve sigara kullanma süresi arttıkça AKS görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (75,83).

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ VE EQ-5D YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÖLÇÜMSSEL VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmamızda vaka ve kontrol gruplarının EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği' nin her bir maddesine verdikleri cevapların frekans dağılımı ve karşılaştırılması incelendiğinde; kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun, vaka grubundaki hastalara göre hareket, öz bakım ve olağan aktivitelerde problem yaşamadığı; anksiyete/depresyonla ilgili ise kontrol grubunun yarısından fazlasının vaka grubuna göre biraz problem yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

Kahyaoglu Süt' ün (73) çalışmasında; hastaların hareketle ilgili %39.3' ünün bazı sorunları olduğu, öz bakımla ilgili %25.4' ünün bazı sorunları olduğu, olağan aktiviteler ve ağrı/rahatsızlıkla ilgili %32.8' inin bazı sorunları olduğu, anksiyete/depresyonla ilgili %27.9' unun bazı sorunları olduğu belirtilmiştir. Bakhai ve ark' larının (84) "Akut koroner sendrom geçirmiş kadın ve erkeklerde yaşam kalitesinin belirlenmesi" başlıklı çalışmasında; kadınların EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin her bir maddesine (hareket, öz bakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon) verdikleri cevapların frekans dağılımları, erkeklerin cevaplarına göre daha ciddi sorunlar olduğu şeklinde belirtilmiştir.

Araştırmamızda vaka grubundaki hastaların %76.1' inin, kontrol grubundaki bireylerin %64.5' inin BDÖ skorları 1-10 (normal) arasındadır. Kontrol grubundaki bireylerin BDÖ skorları, vaka grubundaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Vural ve Acer' in (14) çalışmasında hastaların %26.4' ünün BDÖ skorlarının 21-30 (orta düzeyde depresyon) arasında olduğu bildirilmiştir. Güneş ve ark.' larının (16) Hamilton Depresyon Ölçeği ve BDÖ kullanarak yaptıkları çalışmasında, AKS tanısı aldıktan sonraki ikinci haftalarında hastaların %50' sinde depresyon olduğu ve %42.5' inin BDÖ skorlarının 21-30 (orta düzeyde depresyon) arasında olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızda kontrol grubunun BDÖ kognitif alt boyutu ve total BDÖ skorları vaka grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği İndeks skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kontrol grubunun depresyon düzeyi vaka grubuna göre daha yüksektir (Tablo 9).

Rapp ve ark.' larının (85) "AKS sonrası görülen depresif belirtilerin değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında, AKS tanısı aldıktan sonraki üç aylık dönemde çalışma grubunun total BDÖ skorunun daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Erengin ve ark.' larının (86) farklı bir kronik hastalık grubuyla yaptıkları çalışmada; hasta gruplarının total BDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Güneş ve ark.' larının (16) Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve BDÖ kullanarak akut MI geçirmiş hastalarla yaptıkları çalışmada; vaka grubunun depresyon düzeyinin kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirtilmektedir.

Araştırmamızda kontrol grubunda bazı şikayetlerin (göğüs ağrısı, kolda uyuşma, çarpıntı, senkop) görülmesi, tanısız belirsizlik, MI geçirme korkusuna bağlı olarak depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda vaka grubunda; kadın hastaların BDÖ kognitif alt boyutu, BDÖ somatik alt boyutu ve total BDÖ skoru ortalamaları erkek hastalara göre daha yüksek

bulunmuştur. Vaka grubundaki kadın hastaların EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları, vaka grubundaki erkek hastalara göre daha düşüktür (Tablo 10).

Vaka grubundaki kadın hastaların depresyon düzeyleri erkeklere göre daha yüksek, yaşam kaliteleri daha düşüktür.

Ünsar ve Süt' ün (87) çalışmasında depresif hastaların yaşam kalitesinin depresif olmayan hastalara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Savaşan ve ark.' larının (88) "Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluğun değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında, araştırmaya katılan kadınların depresyon düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Benzer çalışma grupları ile yapılan çalışmalarda; kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (10,11,76,78).

Vaka grubundaki kadın hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek, yaşam kalitelerinin daha düşük olmasının nedeni; kadınların fiziksel ve ruhsal açıdan daha fazla stresörle karşı karşıya kalmaları, daha fazla yaşam biçimi değişikliği yapmak zorunda kalmaları, evde daha fazla sorumluluk ve geleneksel rollere sahip olmaları (ev işleri, çocuk bakımı vb) olarak sıralanabilir.

Araştırmamızda vaka grubunda yer alan kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre depresyon düzeyi daha düşük bulunmuştur. Vaka grubunda yer alan erkeklerin, kontrol grubundaki erkeklere göre depresyon düzeyi daha düşük ve yaşam kalitesi daha yüksektir (Tablo 11).

Vural ve Acer' in (14) çalışmasında, kadın hastaların depresyon düzeyinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. McGuire ve ark.' larının (89) HDÖ kullanarak AKS' li hastalarla yaptıkları çalışmada, kadınların depresyon düzeyinin düşük olduğu ancak AKS tanısı almadan önce depresyon öyküsü olan kadınlarda depresyon düzeyinin arttığı belirtilmektedir. Durmaz ve ark.' larının (90), Failde ve ark.' larının (67) çalışmasında erkek hastaların yaşam kalitesinin kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

Vaka grubundaki kadın ve erkek hastaların, kontrol grubundaki kadın ve erkeklere göre depresyon düzeyi daha düşük ve yaşam kaliteleri daha yüksektir. Çalışmamızdan elde edilen bulgu doğrultusunda; eğitim düzeyinin yüksek olmasının, şikayetlerin sonucunda bireylere tıbbi tanı konulmasının, medikal tedavi uygulanmasının ve yaşam şekli değişikliklerinin hastalarda depresyon düzeyini azaltıp yaşam kalitesini artırıcı etkisi olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda; vaka grubundaki dul/boşanmış hastaların depresyon düzeyinin evli ve bekar olan hastalara göre daha yüksek, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan dul/boşanmış bireylerin de evli ve bekar olanlara göre depresyon düzeyi yüksek ve yaşam kalitesi düşüktür (Tablo 12).

Kahyaoğlu Süt' ün (73) çalışmasında evli olan hastaların bekar olan hastalara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. McGuire ve ark.' larının (89) çalışmasında evli olmayan kadınların evli kadınlara göre depresyon düzeyinin daha düşük ve yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen bulgu doğrultusunda; AKS' li hastalarda tedavi ve hastalığa uyum sürecinde düzenli aile yaşantısının, sosyal desteğin (eş, aile, arkadaş vb.) daha fazla olmasının bireyin yaşam kalitesine ve emosyonel sağlık düzeyine olumlu yönde destekleyici etkisi olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda; vaka grubundaki evli hastaların, kontrol grubundaki evli bireylere göre depresyon düzeyleri daha düşük, yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur. Vaka grubunda dul/boşanmış olan hastaların, kontrol grubundaki dul/boşanmış olan bireylere göre yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur (Tablo 13).

Dias ve ark' larının (91) "Akut koroner sendrom ve depresyon" başlıklı çalışmasında evli olan hastaların depresyon düzeylerinin bekar ve boşanmış olan hastalara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Durmaz ve ark' larının (94) çalışmasında evli ve geliri yüksek hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Dilek' in (20) çalışmasında evlilerin yaşam kalitesinin bekarlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Olgun' un (35) çalışmasında hastaların medeni durumları ile yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, evli olan hastaların yaşam kalitesinin bekarlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen bulgu doğrultusunda; AKS' li hastalarda aile ilişkileri, aktiviteleri ve değerlerinin önemli olduğu, evli olan bireylerde eş desteğinin yaşam kalitesini artırıcı yönde etkisi olduğu, evli bireylerin tedavi ve hastalığa uyum sürecinde daha fazla emosyonel desteğe sahip oldukları için depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülebilir.

KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER İLE DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmamızda korelasyon analizleri sonucunda, vaka ve kontrol gruplarının yaş, aylık gelir, eğitim düzeyi, hastalığın teşhis süresi, günlük ilaç sayısı ve sigara kullanma süreleri ile BDÖ skorları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler belirlenmiştir (Tablo 14).

Araştırmamızda; vaka ve kontrol gruplarının yaşları arttıkça depresyon düzeyinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı; aylık gelir miktarı ve eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Vaka grubundaki hastaların; hastalık teşhis süresi, günlük aldıkları ilaç sayısı ve sigara kullanma süresi arttıkça depresyon düzeyinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı korelasyon analizi ile belirlenmiştir (Tablo 14).

Demir' in (83) çalışmasında 55 yaş altındaki hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu, yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir. Küçükberber ve ark.' larının (79) çalışmasında yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü korelasyon olduğu belirtilmiştir. Savaşan ve ark.' larının (88) ve Denton ve ark.' larının (49) çalışmasında hastaların yaşı arttıkça depresyon düzeylerinin daha yüksek ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir.

Yaş, AKS' de kontrol edilemeyen risk faktörleri arasındadır. Yaşla birlikte AKS görülme insidansı da artmaktadır (34). Çalışmamızdan elde edilen bulgu doğrultusunda; AKS geçirmiş yaşlı bireylerin depresyon düzeyinin yüksek ve yaşam kalitesinin düşük olmasının nedeni olarak, AKS sonrasında günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık düzeyinin artması, aile ve sosyal çevre içerisindeki rol kayıpları, ölüm korkusu düşünülebilir.

Olgun' un (35) Kardiyak Versiyon III Skalası' nı kullanarak benzer araştırma grubuyla yaptığı çalışmasında; gelir durumu ve eğitim düzeyi artarken hastaların sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal ve sosyoekonomik alt ölçek puan ortalamalarının ve yaşam kalitesi düzeylerinin arttığı belirtilmiştir. Kahyaoğlu Süt' ün (73) EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği ve MacNew kalp hastalarına özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında hastaların geliri ve eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir. Ünsar ve ark.' ları (78) çalışmalarında eğitim durumunu yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olarak bildirmişlerdir. Denton ve ark.' larının (49) çalışmasında eğitim ve gelir düzeyi arttıkça hastaların depresyon düzeylerinin azaldığı belirtilmiştir. Savaşan ve ark.' larının (88) çalışmasında gelir ve eğitim düzeyleri ile hastaların depresyon düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Eğitim düzeyinin yükselmesi bireylerin bilgi düzeyini ve yaşam standartlarını yükseltmekte, evre ile açık iletişim kurmasına olanak tanımaktadır (76). Bu nedenle çalışmamızdan elde edilen bulgu doğrultusunda; bireylerin eğitim düzeyinin yükselmesi ile birlikte, sağlık sorunları konusunda farkındalık düzeylerinin de yükseldiğini; sosyoekonomik durumdaki iyileşmelerle de bireylerin tedavi ve bakım olanaklarından daha fazla faydalanmasının bireylerin emosyonel sağlık düzeyini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

Demir' in (83) alışmasında hastalığın teşhis sresinin yaşam kalitesine etkisinin olmadığı; günlük alınan ilaç miktarı arttıka yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir. Souza ve ark.' larının (57) alışmasında hastalık teşhis sresinin kısa olmasının yaşam kalitesini arttırdığı ifade edilmiştir. Yapılan alışmalarda AKS ile birlikte eşlik eden kronik hastalık varlığı (kalp yetersizliği, ventrikül disfonksiyonu, HT, DM vb.) ve kullanılan ilaç sayısının fazla olmasının hastalarda depresyon düzeyini arttırdığı ve yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olduğu belirtilmiştir (11,35,73,88,92).

Çalışmamızdan elde edilen bulgu doğrultusunda; AKS' li hastaların hastalık teşhis sresinin uzamasıyla, eşlik eden kronik sağlık problemleri gelişerek hastaların günlük aldığı ilaç miktarının arttığını ve daha fazla medikal tedaviye ihtiyaç duyduklarını, yoğun ilaç tedavisi nedeniyle ilaç yan etkilerine maruz kalma olasılığı ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi arttığı için emosyonel sağlık düzeyi ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini düşünmekteyiz.

Dilek' in (20) ve Demir' in (83) alışmalarında hastaların sigara kullanma süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Ünsar ve ark.' larının (68) alışmasında sigaranın KAH' da en önemli risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Souza ve ark.' larının (57) alışmasında sigara kullanmayan hastaların yaşam kalitesinin sigara kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Güleç ve ark.' larının (93) alışmasında sigara kullanan ve kronik bir hastalığı olanların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Sigara AKS gelişmesi ve ilerlemesinde bağımsız ve kontrol edilebilir bir risk faktörüdür (28). Çalışmamızdan elde edilen bulgu doğrultusunda; sigara bireyleri her açıdan (fiziksel, ruhsal, sosyokültürel, sosyoekonomik) olumsuz etkilediği ve hastalarda ek hastalıkların gelişmesine, var olan hastalıkların seyrinin kötüleşmesine neden olduğu için sigara kullanma süresi arttıka hastaların depresyon düzeylerinin arttığını ve yaşam kalitelerinin azaldığını düşünmekteyiz.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Akut koroner sendrom tanısı alan ve AKS tanısı almayan bireylerde depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri incelemek ve AKS' li hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla yaptığımız çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ✓ Araştırma grubunun %52.9' unun erkek, %72.8' inin evli, %37.7' sinin ilköğretim mezunu, %30.1' inin emekli, %98.9' unun sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Vaka grubundaki hastaların yaş ortalaması 60.81 ± 14.14 , kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 46.57 ± 13.06 olarak belirlenmiştir.
- ✓ Vaka grubundaki hastaların çoğunluğunun STEMI tanısı, kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun göğüs ağrısı şikayeti olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Çalışma grubunun; %46' sının kronik hastalığı olduğu, %71' inin sürekli ilaç kullandığı, %38.3' ünün antiiskemik ilaçlar kullandığı, %89.3' ünün ilaçlarını düzenli aldığı belirlenmiştir.
- ✓ Vaka grubundaki hastaların yaşlarının puan ortalaması, kontrol grubundaki bireylerin yaşlarının puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur.
- ✓ Vaka grubundaki hastaların hastalık teşhis süreleri, günlük toplam ilaç sayıları ve sigara kullanma süreleri puan ortalamaları kontrol grubundaki bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.
- ✓ Kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun, vaka grubundaki hastalara göre hareket, öz bakım ve olağan aktivitelerde problem yaşamadığı; anksiyete/depresyonla ilgili ise

kontrol grubunun yarısından fazlasının vaka grubuna göre biraz problem yaşadığı belirlenmiştir.

- ✓ Kontrol grubunun depresyon düzeyi vaka grubuna göre daha yüksektir.
- ✓ Vaka grubundaki kadın hastaların depresyon düzeyleri vaka grubundaki erkeklere göre daha yüksek, yaşam kaliteleri daha düşüktür.
- ✓ Vaka grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre depresyon düzeyi daha düşük bulunmuştur.
- ✓ Vaka grubundaki erkeklerin, kontrol grubundaki erkeklere göre depresyon düzeyi daha düşük ve yaşam kaliteleri daha yüksektir.
- ✓ Araştırma grubundaki dul/boşanmış hastaların depresyon düzeyinin daha yüksek, yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Vaka grubundaki evli hastaların depresyon düzeyleri dul/boşanmış hastalara göre daha düşük, yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur.
- ✓ Korelasyon analizleri sonucunda, vaka ve kontrol gruplarının yaş, aylık gelir, eğitim düzeyi, hastalığın teşhis süresi, günlük ilaç sayısı ve sigara kullanma süreleri ile BDÖ skorları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler belirlenmiştir.
- ✓ Yaş arttıkça depresyon düzeyinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı; aylık gelir miktarı ve eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir.
- ✓ Vaka grubundaki hastaların; hastalık teşhis süresi, günlük aldıkları ilaç sayısı ve sigara kullanma süresi arttıkça depresyon düzeyinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.

ÖNERİLER

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Akut koroner sendrom tanısı alan hastaların depresyon düzeyi ve yaşam kalitesini etkileyen bireysel ve hastalıkla ilgili özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi, kronik hastalık, ilaç sayısı, sigara-alkol alışkanlığı vb.) dikkate alınarak eğitim programlarının planlanması,
- ✓ Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam boyu eğitim ve rehabilitasyon programlarına devam edilmesi ve bu konuda görev alacak sağlık ekibinin rol ve sorumluluklarının yazılı hale getirilmesi,

- ✓ Akut koroner sendromlu hastaların yaşam kalitesini arttırmaya yönelik önlemlerin alınması,
- ✓ Akut koroner sendromlu hastaların MI sonrası psikososyal sorunlarını azaltmaya yönelik psikolojik danışmanlık hizmeti almalarının sağlanması,
- ✓ Akut koroner sendromlu hastalara bakım veren hemşirelerin depresyon, yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler konusunda bilgilendirilmesi ve bu bilgileri hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları için desteklenmeleri,
- ✓ Akut koroner sendromlu hastaların depresyon ve yaşam kalitesi düzeyinin hemşireler tarafından geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmesi önerilebilir.

ÖZET

Bu araştırma, akut koroner sendrom tanısı alan ve akut koroner sendrom tanısı almayan bireylerde depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmış, kesitsel bir vaka kontrol çalışmasıydı.

Araştırma, 1 Aralık 2011 - 30 Aralık 2012 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği' ne başvuran, 138' i akut koroner sendromlu (vaka), 138' i kontrol grubunda yer alan toplam 276 hasta üzerinde yürütüldü. Veriler, veri toplama formu, Beck Depresyon Ölçeği ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde yüzdellik, ortalama, Student-t testi, Mann Whitney U Testi, Spearman korelasyon analizi, Ki-kare ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Vaka grubundaki hastaların hastalık teşhis süreleri, günlük toplam ilaç sayıları ve sigara kullanma süreleri puan ortalamaları kontrol grubundaki bireylere göre daha yüksek bulundu ($p<0.005$). Vaka grubundaki kadın hastaların depresyon düzeyleri erkeklere göre daha yüksek, yaşam kaliteleri daha düşüktü. Vaka grubundaki evli hastaların, kontrol grubundaki evli bireylere göre depresyon düzeyleri daha düşük, yaşam kaliteleri daha yüksekti. Kontrol grubunun depresyon düzeyi vaka grubuna göre daha yüksek bulundu ($p<0.005$).

Araştırma grubunun yaşı arttıkça depresyon düzeyinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı; aylık gelir miktarı ve eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı belirlendi ($p<0.005$). Vaka grubundaki hastaların; hastalık teşhis süresi, günlük aldıkları ilaç sayısı ve sigara kullanma süresi arttıkça depresyon düzeyinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı belirlendi ($p<0.005$).

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda; akut koroner sendromlu hastaların depresyon düzeyi ve yaşam kalitesini etkileyen kişisel (yaş, cinsiyet vb.) ve hastalığa ilişkin (eşlik eden kronik hastalık, teşhis süresi vb.) özelliklerine yönelik eğitim programlarının planlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, yaşam kalitesi, depresyon

DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE AND NURSING CARE REQUIREMENTS FOR PATIENTS WITH ACUTE CORONER SYNDROME

SUMMARY

This cross-sectional case-control study was planned to examine the relationship between depression and quality of life and affecting factors for patients diagnosed and not diagnosed with acute coroner syndrome.

The study was conducted between 1 December 2011 - 30 December 2012 on 276 patients, 138 with acute coroner syndrome and 138 in control group, who were admitted to Trakya University Hospital Cardiology Policlinic. Data were collected by the data gathering form, Beck Depression Scale and EQ-5D Life Quality Scale. Data were analysed by percentage, mean, student-*t* test, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis test, Spearman correlation analysis and Chi-Square tests.

Disease diagnosis periods, daily drug taken and smoking periods were found to be higher in patients according to control group individuals ($p < 0.005$). In case group female patients' depression levels were higher, and quality of life were lower than men. Married patients' depression levels were lower, and quality of life were higher than married individuals in the case group. Control group individuals' depression level was higher than patients ($p < 0.005$).

The study found that as the age of the research group increased, depression level also increased and quality of life decreased; and as the monthly income and education level increased, depression level decreased and quality of life increased ($p < 0.005$). The study found for the case group patients that as the disease diagnosis periods, daily drug taken and smoking periods increased depression level increased and quality of life decreased ($p < 0.005$).

In conclusion; we can suggest that education programs should be planned for the personal (age, gender etc.) and disease-related (accompanying chronic disease, diagnosis time etc.) characteristics for patients with acute coroner syndrome.

Key Words : Acute coroner syndrome, Health quality of life, Depression

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). The top ten causes of death. Fact Sheet No 310/2008. November 2008.
2. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. Acıbadem Üniv Sağlık Bilim Derg 2012;3(4):223-231.
3. Aktürk Y, Sur Ü, Serdar OA. Akut koroner sendromlar. Türk Yoğun Bakım Derneği Derg 2008;6(2):19-30.
4. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bulletin 2009;8(2):167-172.
5. Kocaçal Güler E, Eşer İ. Hastanın bakıma katılımında hemşirenin rolü. Fırat Sağlık Hizm Derg 2008;3(9):104-117.
6. Onat A. TEKHARF Çalışması 2009. <http://www.tekharf.org>. Erişim: 20 Mart 2013.
7. İkitimur B, Karadağ B, Öngen Z. Yaşlılarda koroner arter hastalığı. Türk Geriatr Derg 2010;özel sayı(2):13-20.
8. Kültürsay H. Koroner Kalp Hastalığı Primer ve Sekonder Korunma. İstanbul: Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık Ve Ticaret A.Ş. 2001:101-190.
9. Demirtaş N. Miyokart infarktüsülü hastalarda kardiyak rehabilitasyon. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 1992;(1)3.
10. Kattainen E, Sintanen H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients under going coronary artery bypass grafting or angioplasty. Eur J Cardiovasc Nurs science Direct 2005;3-8.

11. Dilek F, Ünsar S, Süt N. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizm Derg 2010;5(13):29-44.
12. Ariyo AA, Haan M, Tangen CM. Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality at elderly Americans. Circulation 2000;102:1773-9.
13. Carney RM, Freeland KE, Rich MW, Saffe AS. Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: A review of possible mechanisms. Ann Behavior Med 1995;17:142-9.
14. Vural M, Acer M. Kırşehir ilinde akut koroner sendrom tedavisi görmüş hastalarda depresyon prevalansını belirleme çalışmasının ön bulguları: beklenenin üzerinde yüksek prevalans değerleri. Anadolu Kardiyol Derg 2005;5:227-8.
15. Roose SP, Glassman AH, Seidman SN. Relationship between depression and other medical illnesses. J Am Med Assoc 2001;286:1687-90.
16. Güneş N, Efe Sevim M, Özden S. Akut miyokard enfarktüsü sonrası depresyon ve anksiyete sıklığı. Türkiye Aile Hekim Derg 2002;6(2):69-72.
17. Ertekin Yazıcı A, Yazıcı K. Koroner kalp hastalığı için bir risk etkeni olarak depresyon. Anadolu Psikiyatri Derg 2005;6:99-106.
18. Charles H, Hennekens MD, Dr PH. Increasing burden of cardiovascular disease current knowledge and future directions for research on risk factors. Circulation 1998;97:1095-102.
19. Okrainec K, Banerjee DK, Eisenberg MJ. Coronary artery disease in developing world. Am Heart J 2004;148(1):7-15.
20. Dilek F. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2008.
21. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O. EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. Turk Kardiyol Derneği Ars 2010;38(3):164-72.
22. White HD. Unstable Angina: Ischemic Syndromes. In: Topol EJ, editor. Textbook of cardiovascular medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins;2007. p.251-279.
23. Kozan Ö. Temel kardiyoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2011.
24. Robinson KR. Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction. J Cardiovasc Nurs October 1999;14(1):75-82.
25. Nolan J, Greenwood J, Mackintosh A. (Eds): Kardiyak Aciller. (Çev. Tetikkurt C.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti;2000.

26. Göz F, Göz M, Boran G. Bir grup hastanın koroner kalp hastalığına yönelik risk faktörleri yönünden değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi HYO 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya, Kasım 2000.
27. Irmak Z, Fesci H. Akut miyokard infarktüsünde sekonder koruma. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;84-96.
28. Enar R. (Ed): Akut Miyokard İnfarktüsü. Geliştirilmiş 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti;2004. s.77-85.
29. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Badır A, Demir Korkmaz F. (Eds.). Koroner arter hastalıkları. Adana: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti;2010. s.499-510.
30. Şensoy V. Koroner arter hastalığında optimal tedavi. 1. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı s.39-40, Antalya, 1999.
31. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. N Engl J Med 2001;345(12):892-902.
32. Klatsky AL. Should patients with heart disease drink alcohol? JAMA 2001;285(15):2004-5.
33. Foreyt JP, Poston II WSC. Reducting risk for cardiovascular disease. Psychotherapy 1996;33(4):576-86.
34. Birol L, Akdemir N, Beduk T. (Eds.). İç Hastalıkları Hemşireliği. Geliştirilmiş 6. Baskı. Ankara: Vehbi Koç Yayınları;1997. s.293-307.
35. Olgun S. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi (tez). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2006.
36. Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men:longitudinal population study. BMJ 1998;316:1043-1047.
37. Temizel ve Ark. Akut miyokard infarktüsünde serum homosistein düzeyi. MN Kardiyoloji 2003;10(6):430-4.
38. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O. Global registry of acute coronary events investigators. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. Arch Intern Med 2003;163:2345-53.
39. Tosun N. Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Alınan Koroner Önlemlerin İyileşme Sürecine Etkisinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;1997.
40. Kayıkçıoğlu M, Ildızlı M, Hasdemir C. Acil servise göğüs ağrısı ile gelen hastaya yaklaşım. Dahili Tıp Bilim Derg 2005;12(2):92-102.

41. Heper C, Heper Y, Mopol E. (Eds.). Kardiyoloji 2000. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd Şti; 2000. s.281-308.
42. Friedman HH. (Ed.). Semptomaya Yönelik Tanı El Kitabı (Çev. Pınar T.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti ;2004.
43. Komşuoğlu B. (Ed.). Klinik Kardiyoloji. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti;2000. s.121-9.
44. Gök H. (Ed.). Klinik Kardiyoloji. Geliştirilmiş 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti;2002. s.273-275.
45. Aksoy H, Aytemir K. Yaşlılarda akut koroner sendroma yaklaşım. Akad Geriatri 2009;1:98-106.
46. Pradga LR. Lipids how low do you go: plague repression and passivation. J Cardiovasc Nurs 2000;15(1):43-53.
47. Carlsson R, Linberg G, Westin L, Israelsson B. Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction. Heart 1997;77:256-259.
48. Akkaya C. Depresyon etiyolojisinde seratonin ve noradrenalin. Yeni Symposium 2005;43(3):91-96.
49. Denton ED, Rieckmann N, Davidson KW, Chaplin F. Psychosocial vulnerabilities to depression after acute coronary syndrome: the pivotal role of rumination in predicting and maintaining depression. Front psychol 2012;3(288):1-9.
50. Stewart RAH, North FM, West TM, Sharples KJ, Simes RJ, Colquhoun DM. "et al". Depression and cardiovascular morbidity and mortality: cause or consequence?. Eur Heart J 2003;24:2027-2037.
51. Huffman JC, Celano CM, Januzzi JL. The relationship between depression, anxiety and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. J Neuropsychiatr Disease and Treat 2010;6:123-136.
52. Akvardar Y. Alkol bağımlılığı ve yaşam kalitesi. 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı,İzmir,Nisan 2004.
53. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Güneş Kitabevi;2004. s.3-462.
54. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. Sendrom 1997;9(10):108-111.
55. Beser Gördeles N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Univ Hemşire YO Derg 2003;7(1).
56. Cella DF. Quality of life:concepts and defination. J Pain Symptom Manage 1996;9(3):186-192.

57. Souza EN, Quadras AS, Maestri R, Albarran C, Leite RS. Predictors of quality of life change after an acute coronary event. *Arg Bras Cardiol* 2008;9(14):229-235.
58. Roebuck A, Furze G, Thomson DR. Health relate quality of life after myocardial infaction: an interview study. *J Adv Nurs* 2001;34(6):787-794.
59. Chan DSK, Chau JPC, Chang AM. Acute coronary syndromes:cardiac rehabilitation programmes and quality of life. *J Adv Nurs* 2005;49(6):591-599.
60. Sin MK, Sanderson B, Weaver M, Giger J, Pemperton J, Klapow J. Personal characteristics health status physical activity and quality of life cardiac rehabilitation participants. *Int J Nurs Stud* 2004;173-181.
61. Elliot D, Aitken L, Chaboyer W. ACCCN' s Crit Care Nurs. New South Wales. Elsevier Australia;2007.
62. Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp yetersizliği akut koroner sendromlar hipertansiyon hemşirelik bakım klavuzu. İstanbul: TKD;2007.
63. Birol L. Hemşirelik süreci. İzmir:Etki Matbaacılık Yayın Evi Ltd Şti;2005.
64. Akbayrak N, Erkal İlhan S, Ançel G, Albayrak A. Hemşirelik bakım planları dahiliye-cerrahi hemşireliği ve psikososyal boyut. Mert H (Ed.). Akut miyokart infarktüsü akut dönem. Ankara: Alter Yayıncılık Reklam Organizasyon Tic Ltd Şti;2007. s.234-240.
65. Canlı Özer Z, Demir Ş. Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı. *Turk Soc Cardiol Turk J Cardiovasc Nurs* 2012.
66. Akyol A. Yaşam kalitesi yaklaşımları. *Ege Univ Hemşire YO Derg* 2003;7(1).
67. Failde II, Soto MM. Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC Public Health* [serial online]. 2006. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/18>.
68. Ünsar S, Durna Z, Süt N. Koroner arter hastalıklarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü. *Hemşire Forum Derg* 2004;7(2):28-29.
69. Ezra AA, Liebson PR. (Eds.). Miyokard infarktüsü sonrasında güncel tanı ve tedavi. 1. Baskı. İstanbul:AND Danışmanlık Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti;2005.
70. Crawford NH, DiMarco JP. (Eds.). *Cardiology*. London: Mosby Interntional Limited;2001.
71. Kuruvilla J. *Essentials of critical care nursing*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publisher Ltd;2007.
72. Hisli Şahin N, Durak Batıgün A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik güvenirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Derg* 2002;13(2):125-135.

73. Kahyaoğlu Süt H. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2009.
74. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. New York: Oxford University Press;1997.
75. Dracup K, McKinley S, Riegel B, Moser DK, Meischke H, Doering LV et al. A randomized clinical trial to reduce patient prehospital delay to treatment in acute coronary syndrome. JAMA 2010;2:524-532.
76. Kahyaoğlu Süt H, Ünsar S. Is EQ-5D a valid quality of life instrument in patients with acute coronary syndrome? Anadolu Kardiyol Derg 2011;11:156-62.
77. Delibay N. Toplumun akut miyokard infarktüsü ile ilgili bilgilerinin incelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;1998.
78. Ünsar S, Süt N, Durna Z. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease. J Cardiovasc Nurs 2007;22(6):501-507.
79. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Derg 2011;11:619-26.
80. İkitimur B, Karadağ B, Öngen Z. Yaşlılarda koroner arter hastalığı. Türk Geriatri Derg 2010;özel sayı2:13-20.
81. Onat A. Erikinlerde kalp hastalıkları prevalansı yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. In: Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı. Cortex İletişim, İstanbul;2009. s.19-27.
82. Ünsar S. Koroner arter hastalıklarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı;2001.
83. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2008.
84. Bakhai A, Ferrieres J, James S, Iniguez A, Mohacsi A, Pavlides G. et al. Treatment outcomes costs and quality of life of women and men with coronary syndromes who have undergone percutaneous coronary intervention: results from the antiplatelet therapy observational registry. Postgrad Med 2013;125(2):100-7.
85. Rapp MA, Rieckmann N, Lessman DA, Tang CY, Paulino R, Burg MM. et al. Persistent depressive symptoms after acute coronary syndrome are associated with compromised white matter integrity in the anterior cingulate: a pilot study. Psychother Psychosom 2010;79:179-155.

86. Erengin N, Keçecioğlu N, Güven M, Sarıkaya M, Tuncer M, Özcan S. ve ark. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların yeti yitimi depresyon ve anksiyete yönünden karşılaştırılması. *Turk Nefrol Diyal Transplant Derg* 1998;3:137-140.
87. Ünsar S, Süt N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Arch Gerontol and Geriatr* 2010;50:6-10.
88. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *J Psychiatr Nurs* 2013;4(1):1-6.
89. McGuire AW, Eastwood J, O'Connell AM, Hays RD, Doering LV. Depression screening: utility of the patient health questionnaire in patients with acute coronary syndrome. *Am J Crit Care* 2013;22:12-19.
90. Durmaz T, Özdemir Ö, Akyunak Özdemir B, Keleş T, Akar Bayram N, Bozkurt E. Factors affecting quality of life in patients with coronary hearth disease. *Turk J Med Sci* 2009;39(3):343-351.
91. Dias CC, Mateus PS. Acute coronary syndrome and depression. *Rev Port Cardiol* 2004;24(4):507-516.
92. Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *J Adv Nurs* 2003;44(4):360-374.
93. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatr Derg* 2005;16(2):90-96.

ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. AKS' de başlıca hemşirelik tanıları ve bakımı	26
--	----

TABLolar

Tablo 1. Vaka ve kontrol grubunun kişisel özelliklerine göre dağılımı	36
Tablo 2. Vaka ve kontrol grubunun hastalık/şikayetlerine göre dağılımı.....	38
Tablo 3. Vaka ve kontrol grubunun kişisel özelliklerinin karşılaştırılması	42
Tablo 4. Vaka ve kontrol grubunun hastalık/şikayetlerine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması.....	44
Tablo 5. Vaka ve kontrol gruplarının yaşlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 6. Vaka ve kontrol gruplarının hastalık/şikayetlerine ilişkin özelliklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 7. Vaka ve kontrol gruplarının EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin her bir maddesine verdikleri cevapların frekans dağılımı ve karşılaştırılması	48
Tablo 8. Vaka ve kontrol gruplarının Beck Depresyon Ölçeği skorlarının dağılımı ve karşılaştırılması.....	49
Tablo 9. Vaka ve kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skoru ortalamalarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 10. Vaka ve kontrol gruplarının kendi içerisinde cinsiyetleri ile Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması.....	52

Tablo 11. Vaka ve kontrol gruplarının cinsiyetleri ile Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 12. Vaka ve kontrol gruplarının kendi içerisinde medeni durumları ile Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması	56
Tablo 13. Vaka ve kontrol gruplarının medeni durumları ile Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları ortalamalarının karşılaştırılması.....	58
Tablo 14. Vaka ve kontrol gruplarının bazı kişisel özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeği alt boyutları ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği indeks skorları arasındaki korelasyonun incelenmesi	60

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında İzmir' in Ödemiş ilçesinde doğan Pelin Kozan Akgül ilk, orta ve lise öğrenimini Ödemiş' de tamamladı. 2006 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü' nde başladığı lisans eğitimini 2010 yılında tamamladı ve hemşire ünvanı aldı. Aynı yıl Acıbadem Sağlık Grubu-International Hospital Dahili/Koroner Yoğun Bakım Ünitesi' nde göreve başladı. Eylül 2010 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü' nde yüksek lisans eğitime başladı. 2010-2012 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalıştı. 2013 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ameliyathane biriminde çalışmaya başlamış olup, halen aynı birimde görevini sürdürmektedir.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni

Ek 2. Kardiyoloji Anabilim Dalı İzni

Ek 3. Veri Toplama Formu

Ek 4. EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek 5. Beck Depresyon Ölçeği

Ek 1

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUBADK 2011/165				
	PROTOKOL ADI	Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Doç. Dr.Serap ÜNSAR				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 16/ 13		Tarih: 17.08.2011			
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Serap ÜNSAR'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Pelin KOZAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUBADK Yönergesi				
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>iznil</i>
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>iznil</i>
Prof. Dr. Erhan TABAKOĞLU Üye	Göğüs Hastalıkları	T.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Figen KULOĞLU Üye	Enfeksiyon Hastalıkları	T.Ü.T.F. Enfeksiyon Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>iznil</i>
Prof. Dr. Yener YORUK Üye	Göğüs Cerrahisi	T.Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN Üye	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENLİ
Dekan

[El yazması imza]

Ek 2



T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

Sayı: B.30.2.TRK.0.20.11.13/ 462

23.08.2011

Konu: Tez çalışması Hk.

T.Ü. SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 17.08.2011 tarih ve B.30.2.TRK.0.A8.00.00/600-5259 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans programı öğrencisi Pelin KOZAN'ın "Akut Koroner sendromlu Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim

Prof.Dr.E.Kubilay ŞENEN
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı

Ek 3

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın katılımcı;

Bu çalışma akut koroner sendromlu hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve uygun hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Anketteki tüm bilgileriniz saklı tutulup sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Soruların doğru bir şekilde yanıtlanması çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir.

Teşekkür ederiz...

DANIŞMAN

Doç. Dr. Serap ÜNSAR

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğr.

Pelin KOZAN

1- Yaşınız

2- Cinsiyetiniz:

1) bayan () 2) erkek ()

3- Medeni durumunuz:

1) evli () 2) bekar() 3) dul/boşanmış ()

4- Eğitim durumunuz:

1) okur-yazar () 2) ilkokul () 3) ortaokul () 4) lise () 5) yüksek okul () 6) üniversite ()

5- Mesleğiniz :

1) memur () 2) esnaf () 3) çiftçi () 4) işçi () 5) emekli () 6) çalışmıyor ()

6- Sağlık güvenceniz:

- 1) SSK () 2) emekli sandığı () 3) bağkur () 4) yeşil kart ()
5) özel sağlık sigortası () 6) sosyal güvencem yok ()

7- Aylık geliriniz:

8- Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- 1) eşimle () 2) eşim ve çocuklarımla () 3) yalnız ()

9-- Kronik bir hastalığınız var mı? 1) evet () 2) hayır ()

10- Kronik hastalığınızı/ hastalıklarınızı yazınız.....

11- Klinik tanı:

12- Hastalığınız ne zaman teşhis edildi?.....

13- Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz?.....

14- Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?

- 1) evet () 2) hayır ()

15- Kullandığınız ilaçlar ve sıklığı nedir?

.....

.....

16- Günde toplam kaç ilaç alıyorsunuz?.....

17- İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?

- 1) evet () 2) hayır ()

18- Düzenli sağlık kontrol yaptırır mısınız?

- 1) evet () 2) hayır ()

19- Düzenli egzersiz yapar mısınız?

- 1) evet () 2) hayır ()

20- Egzersiz türünüz nedir?

1) yürüyüş () 2) merdiven çıkma 3) diğer.....

21- Beslenmenize dikkat eder misiniz?

1) evet () 2) hayır ()

22- Özel bir diyetiniz var mı?

1) evet () 2) hayır ()

23- Diyetinizin özelliği nedir?

1) kardiyak/ tuzsuz diyet ()

2) diyabetik diyet ()

3) böbrek koruyucu diyet ()

24- Sigara kullanıyor musunuz?

1) evet () 2) hayır ()

25- Kullanıyorsanız ne kadar (adet/gün).....kaç yıldır?.....

26- Alkol kullanıyor musunuz?

1) evet () 2) hayır ()

27- Kullanıyorsanız ne kadar (kadeh/gün).....kaç yıldır?.....

Ek 4

EQ-5D GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

A- Hareket

- 1() Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum
- 2() Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Yatalağım

B- Öz-bakım

- 1() Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
- 2() Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan aktiviteler

(örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

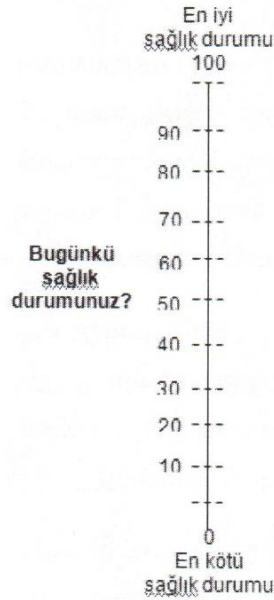
- 1() Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
- 2() Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

- 1() Ağrı veya rahatsızlığım yok
- 2() Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var
- 3() Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

E- Anksiyete/Depresyon

- 1() Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
- 2() Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- 3() Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk



Ek 5

Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden sıkılıyorum.

5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6 (0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....