

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

**Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR**

**KORONER ANJİYOĞRAFI UYGULANACAK HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ
VE
KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Pınar YEL

EDİRNE - 2009

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

**Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR**

**KORONER ANJİYOĞRAFİ UYGULANACAK HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ
VE
KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Pınar YEL

Destekleyen Kurum

Tez No:

EDİRNE - 2009

TEŐEKKÜRLER

Araştırmanın yürütülmesindeki değerli katkıları ve desteği için danışmanım **Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR'a**, araştırma verilerinin analizindeki yardımlarından dolayı **Doç. Dr. Galip EKUKLU'ya**, klinik değerlendirmedeki yardımlarından dolayı kardiyoloji çalışanlarına, çalışmalarım boyunca sabır ve desteğini esirgemeyen **eşime** ve **aileme** en içten duygularıyla teőekkür ederim.

Pınar YEL

Edirne 2009

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER
KISALTMALAR

SAYFA

GİRİŞ VE AMAÇ	
GENEL BİLGİLER	6
-Koroner Arter Hastalığının Tanımı ve Prevalansı.....	6
-Koroner Arter Hastalığının Patofizyolojisi.....	7
-Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri	7
-Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	8
-Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	9
-Koroner Arter Hastalıklarında Tanı Yöntemleri.....	11
-Koroner Anjiyografi.....	15
-Koroner Anjiyografi Öncesinde Hemşirelik Girişimleri.....	17
-Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Girişimleri.....	21
-Koroner Anjiyografi Sonrasında Hemşirelik Girişimleri.....	21
-Yaşam Kalitesi	24
Koroner Arter Hastalığında Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Rolü	
-Kaygı (Anksiyete)	26
Koroner Arter Hastalığında Kaygı ve Hemşirenin Rolü	

SAYFA

GEREÇ VE YÖNTEM	28
BULGULAR.....	33
TARTIŞMA.....	76
SONUÇ VE ÖNERLER.....	89
TÜRKÇE ÖZET.....	91
İNGİLİZCE ÖZET.....	92
KAYNAKLAR.....	93
ŞEKİL DİZİNİ.....	100
ÖZGEÇMİŞ.....	103
EKLER.....	104

Ek 1: Etik Kurul İzni

Ek 2: Hasta Bilgi Formu

Ek 3: SF – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek 4: Spielberger Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri

KISALTMALAR

ACC:	Amerikan Kalp Derneği (American Heath Community)
BK:	Bağ-Kur
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
BT:	Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EKG:	Elektrokardiyografi
EMS:	Emekli Sandığı
FDG :	Florodeoksiglukoz
HDL:	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
KAG:	Koroner Anjiyografi
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
LDL:	Düşük Dansiteli Lipoprotein
MI:	Miyokard Enfarktüsü
MPS:	Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi
MR:	Manyetik rezonans
MRG:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NHP:	Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile)
PET:	Pozitron Emisyon Tomografisi
PTCA:	Perkütan Koroner Revaskularizasyon
SF-36:	36 Soruluk Kısa Sağlık Araştırması
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
STAI:	Spielberger Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (Stait-Trait Anxiety Inventory)
TEE:	Transözofagial Ekokardiyografi
TEKHARF :	Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri
TL:	Türk Lirası
UHY-ME:	Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik
YK:	Yeşil Kart

GİRİŞ VE AMAÇ

Koroner arter hastalığı günümüzün gelişmiş modern toplumlarında mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenidir ve ABD’de erişkin yıllık ölümlerinin % 42’sini oluşturmaktadır. 1900’lü yıllarda enfeksiyöz hastalıklar ve beslenme bozukluğu toplumda görülen en sık ölüm nedeni iken, bu tarihten sonra başlayan endüstrileşme olgusuyla beraber tütün ürünlerinin kullanımında artma, fiziksel aktivitede azalma, yüksek yağ ve kalori içeren dengesiz beslenmenin sonucunda koroner arter hastalığı da artış göstermiştir (1, 2, 3).

Bu eğilim sürdükçe 2020 yılına gelindiğinde kardiyovasküler hastalıkların; tüm dünyada bir numaralı ölüm nedeni ve her 3 ölüm olayından birinin sebebi olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu sorun daha fazla önem kazanmaktadır. Gelişmekte olan bir ülke konumundaki Türkiye’de yapılan “Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” Çalışması verilerine göre; 1990 yılında 1.050.000 olan koroner arter hastası sayısının 2010 yılında 3.400.000’e çıkacağı hesaplanmaktadır (2, 4, 5).

Toplum ve birey sağlığı açısından bu denli önemli olan koroner arter hastalığının tanısında klinik muayene ve elektrokardiyografi (EKG) en yaygın kullanılan ve en kolay ulaşılabilir tanı yöntemleri olmakla birlikte gelişen teknolojiye paralel olarak noninvaziv ve invaziv tanı yöntemleri daha sık kullanılmaya başlanmıştır (3, 6).

Günümüzde en sık kullanılan noninvaziv yöntemler egzersiz stres testi, ekokardiyografi, miyokard perfüzyon sintigrafisi, kardiyovasküler manyetik rezonans (MR) ve bilgisayarlı tomografidir (BT). İnvaziv yöntemler ise; 1960’dan beri kullanılan koroner anjiyografi (KAG) ve 1990’ların başlarından beri önemli oranda gelişmiş olan intravasküler ultrasonografidir (4, 6, 7).

Tüm bu tanı metodları içerisinde koroner anjiyografi koroner arter hastalığı tanısı koymada halen klinik olarak altın standarttır. ABD’de yılda yaklaşık 2 milyon koroner anjiyografi işlemi yapılmaktadır. Ülkemizde ise 1994 yılında 31479, 1995’te 45032, 1996’da

51672, 1997'de 73294, 1998'de 76307 ve 2004'te 170.000 vakaya ulaşan KAG uygulaması vardır (8, 9).

Koroner anjiyografi potansiyel olarak ciddi riskler taşıyan invaziv bir işlem olması nedeniyle sadece iyi eğitilmiş kişiler tarafından uygun klinik endikasyon olduğunda yapılmalıdır. Kateterizasyon geçiren hastaların tedavi ve bakımının daha iyi anlaşılması, işlemle ilişkili komplikasyonları önemli düzeyde azaltmıştır (10).

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak 'iyi olma durumu' olarak da kullanılabilen, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavramdır (11).

Kronik hastalıklar ve sakatlıklar kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu tür hastalıklara tanı koyma ya da tedavi edici girişimlerde bulunma yaşam kalitesinde psikolojik durumu daha ön plana çıkarmaktadır. Woldecherkos ve arkadaşları (12) tarafından yapılan çalışmada koroner anjiyografi uygulamasını bekleyen hastaların yaşam kalitesinin ve hastaların psikolojik durumunun negatif etkilendiğini belirtmişlerdir. Mott ve arkadaşlarının (13) çalışmasında ise kardiyak kateterizasyondan önce verilen psikolojik hazırlığın anksiyeteyi azalttığı belirtilmiştir.

Bu verilerden yola çıkarak bu araştırma; koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek, bunları etkileyen kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri saptamak, uygun hemşirelik bakımını geliştirmede rehber olacak önerileri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KORONER ARTER HASTALIĞININ TANIMI VE PREVALANSI

Koroner arter hastalığı (KAH), koroner ateroskleroza bağlı miyokarda gelen kan akımının azalması sonucu gelişir. Ateroskleroz damar duvarının ve esnekliğinin kaybolması ile karakterize arteriyel hastalık grubunun bir parçasıdır ve büyük ve orta boyuttaki arterlerin, temel olarak intima tabakasına yerleşen, kesintisiz bir süreçtir (4,14).

Günümüzde ateroskleroz batı dünyasında en sık görülen ölüm nedenidir ve ciddi morbiditeye sebep olur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aterosklerozun yakın gelecekte tüm dünyada da mortalitenin birinci nedeni olacağını bildirmiştir (4).

Amerikan Kalp Derneği (ACC) verilerine göre ise günümüzde ABD’de 13.2 milyondan fazla KAH vakası olduğu ve buna bağlı ölüm veya miyokard enfarktüsü insidansının ise yıllık olarak yaklaşık 1.2 milyon vaka olarak bildirilmiştir. Amerikalı bir erkekte yaşam boyu koroner kalp hastalığı gelişme riski % 39, 40 yaşındaki bir kadında ise % 32’dir (6).

Ülkemizde aterosklerotik damar hastalıkları konusunda yeterli veri olmamakla birlikte TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışması koroner arter hastalığının Türkiye’deki durumunu vermektedir. Buna göre erişkin nüfusta koroner arter hastalığı prevalansı % 3.8’dir. Ancak yaşın ilerlemesi ile birlikte bu rakamın arttığı örneğin 60- 69 yaş grubunda, prevalansın % 14’ü aştığı gözlenmektedir. TEKHARF çalışmasının 12 yıllık izlem verileri koroner kalp hastalığı mortalitesinin 45- 74 yaş grubundaki erkeklerde binde 8.2, kadınlarda binde 4.3 olduğunu bildirmiştir. Diğer Avrupa ülkeleriyle kıyasladığında koroner mortalitemiz, erkeklerde üç Baltık ülkesi dışında en yüksek, kadınlarda ise birinci olarak hesaplanmıştır (5).

Yine Türk kardiyoloji derneğinin 2000 yılında yayınladığı raporda aterosklerozun neden olduğu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin, tüm ölüm nedenlerinin % 43’ünü oluşturduğu belirtilmiştir (16).

KORONER ARTER HASTALIĞININ PATOFİZYOLOJİSİ

Koroner arter hastalığını başlatan esas neden olan ateroskleroz; genelde arter duvarının intima tabakasına sınırlı olmakla birlikte, arter duvarının diğer tabakaları da hastalıktan etkilenir. Başlangıçta intima tabakası lipidler ve enflamatuvar hücreler tarafından infiltre olur ve olayın ilerlemesi ile birlikte damar duvarında değişik derecelerde fibrozis gelişir ve bu yapıya aterom plağı adı verilir (14).

Bu plaklar stabil ve hassas plak olarak ikiye ayrılır. Stabil plakların fibröz kapsülü kalın, lipid çekirdeği küçük, kollejen içeriği fazladır. Hassas plakların ise fibröz kapsülü ince, lipid içeriği fazla, kollejen içeriği azdır. Hassas plakların yoğun kolesterol içeriği ve bunun kristalizasyonu sonucu hacminin artması, ince fibröz kapsülün daha kolay rüptüre olmasına ve trombojenik zengin lipid içeriğinin damar lümenine açılmasına neden olur (17).

Aterom plağı oluşumuna yol açan ateroskleroz sürecini, hangi olayın ya da olaylar dizisinin başlattığı bilinmemektedir. Bu süreci açıklamaya yönelik geliştirilen hipotezler içinde en yaygın kabulü 'hasara tepki hipotezi ' görmektedir. Bu hipoteze; göre metabolik, mekanik, toksik immünolojik olaylar ile enfeksiyonlar endotel disfonksiyonuna neden olurlar ve tek hücre sırasından oluşan bu tabakanın, kan ile damar duvarı arasında bariyer olma özelliğini, seçici geçirgenliğini ve antitrombotik yapısını bozar. Bunun sonucunda inflamatuvar ve proliferatif olaylar dizisi aterosklerotik süreci başlatır (6, 14).

KORONER ARTER HASTALIĞININ RİSK FAKTÖRLERİ

KAH'ın risk faktörleri ilk kez 1948 yılında başlayan Framingham Kalp Araştırması'nda belirlenmiş ve daha sonra çok sayıda araştırmada doğrulanmıştır. KAH'ın patofizyolojisini primer olarak bir lipid bozukluğu oluştursa da, diğer risk faktörlerinin de önemli rolleri vardır. Uzun süredir bilinen klasik KAH risk faktörleri değiştirilebilen risk faktörleri ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak ikiye ayrılabilir (14).

Değiştirilemeyen risk faktörleri;

- Yaş
- Cinsiyet
- Aile Öyküsü
- Irk

Değiştirilebilir Risk Faktörleri;

- Sigara
- Hipertansiyon
- Diyabet
- Hiperlipidemi
- Obezite
- Sedanter Yaşam (Oturgan Hayat)
- Stres (1, 3, 10, 19)

DEĞİŞTİRİLEMEYEN RİSK FAKTÖRLERİ

Yaş ve Cinsiyet: Yaş ilerledikçe KAH riski artar. Genel olarak erkekler 45 yaşından sonra, kadınlar 55 yaşından sonra KAH için riskli gruba girerler. Erkek cinsiyet koroner arter hastalığı için önemli bir risk faktörüdür. 60 yaşına kadar beş erkekten biri bir koroner olayla karşılaşırken, bu oran kadınlar için 1/17 dir. Framingham Çalışması'ndan elde edilen verilere göre, ilerleyen yaşla beraber erkekle kadın arasındaki fark kapanmaktadır. Östrojenin menapoz öncesi dönemdeki kadınlarda lipid profili üzerine olan olumlu etkileri (HDL kolesterolü yükseltmesi, LDL kolesterolü düşürmesi gibi), damar duvarına olan olumlu etkileri (vazodilatasyon yapan nitrik oksit gibi maddelerin salınımını artırması) ve pıhtılaşma sistemi üzerine olan olumlu etkileri nedeniyle KAH'dan koruyucu etkisi vardır. Menapoz sonrasında östrojenin kanda azalması ile birlikte, östrojenin koroner damarlar üzerindeki bu pozitif etkileri azaldığından kadınlarda KAH oluşma riski 2-3 kat artmakta ve daha sık miyokard enfarktüsü ve ani ölüm görülmektedir (6, 14, 19, 22).

Kadınlarda yaşa göre düzeltilmiş KAH riski erkeklerin yaklaşık 1/3'ü kadardır. 75 yaşından sonra kadın ve erkeklerde KAH oranları benzerdir. Daha genç erkekler, kadınlar ile karşılaştırıldığında anlamlı şekilde daha yüksek risk altındadırlar (6).

Bu durumun nedenleri arasında kadınların daha düşük riskli bir yaşam tarzına sahip olması (örneğin daha az sigara kullanımı, daha düşük yağlı diyet), daha yüksek HDL

kolesterol düzeylerine sahip olmaları (çoğunlukla daha düşük testesteron düzeylerine sekonder) ve endojen östrojenlerin olası koruyucu etkileri sayılabilir (1, 3, 6, 14, 19, 22).

Aile öyküsü: Hastanın birinci derece erkek yakınlarında 55 yaşından ve kadın yakınlarında 65 yaşından önce KAH hikayesi olması hastayı aile öyküsü açısından riskli gruba sokar (1,19).

Irk: Miyokard infarktüsü insidansı en fazla beyaz ırkta ve orta yaş erkeklerde görülür. Afrika kökenli Amerikalılar hipertansiyona daha yatkın olmalarına karşın aynı yaştaki beyaz ırka göre KAH yönünden daha az risk altındadırlar. Tam tersi olarak Afrika kökenli Amerikalı kadınlar ise beyaz kadınlara göre KAH yönünden daha yüksek risk taşımaktadırlar (19).

DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİ

Sigara: Sigara endotel fonksiyonlarını kötü yönde etkiler, trombosit agregasyonunu, monosit adhezyonunu artırır ve endotel nitrik oksit üretimini azaltır. Bu yüzden sigara tüketimi KAH açısından tek, en önemli ve değiştirilebilir risk faktörüdür.

TEKHARF Çalışması verilerine göre ülkemizde erkeklerin % 59.4'ü ve kadınların ise %18.9'u sigara içmektedir ve her iki cinste de en yüksek sigara içme oranı 20- 29 yaşları arasındadır.

Ülkemizde en çok Ege bölgesindeki erkeklerde ve Akdeniz bölgesindeki kadınlarda sigara içimi görülmektedir. KAH ölümlerinin erkeklerde yaklaşık % 24'ü, kadınlarda % 11'i sigara içimine bağlıdır. Sigara içenlerde oluşan KAH gelişim riski doz ile ilişkilidir. Günde 20 yada daha fazla sigara içenler, majör koroner olay gelişimi için genel popülasyona göre 2-3 kat daha fazla riske sahiptirler. Sigarayı bıraktıktan 1 sene sonra sigaradan KAH gelişme riski % 50 azalmakta ve bıraktıktan 4 yıl sonra risk normale dönmektedir (2, 5, 6, 19, 20).

Hipertansiyon: Hipertansiyon kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi arttıran önemli nedenlerin başında gelmektedir. Kontrol altına alınamayan hipertansiyon beklenen yaşam süresini 10-20 yıl azaltmaktadır. KAH riski direkt olarak kan basıncı ile ilişkilidir. Framingham çalışmasının verileri kullanılarak yapılan bir araştırmada akut miyokard enfarktüsü vakalarının % 22'sinin hipertansiyonu olan kişilerde görüldüğü saptanmıştır (14, 16).

Diyastolik kan basıncındaki her 5 mmHg'lik azalma ile KAH riski yaklaşık %21 azalır. Yine sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg'lik ve diyastolik kan basıncındaki 10 mmHg'lik artış KAH'na bağlı mortaliteyi iki katına çıkarır.

Tedavi araştırmaları üzerinde yapılan metaanalizler; hafif ile orta derecedeki yüksek kan basıncının tedavisiyle, koroner arter olaylarında ve mortalitede %16'lık bir azalma

sağlandığına işaret etmektedir. Sağlanan bu yarar yaşlı hastalarda genç hastalar ile karşılaştırıldığında iki kat daha fazladır (3, 6, 14).

Diabetes Mellitus: Diyabet de önemli bir risk faktörüdür. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar kardiyovasküler mortalitenin (diyabeti olmayanlara göre) diyabetli erkeklerde 2- 3 kat, diyabetli kadınlarda ise 3-5 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Diyabetli hastalarda ölümlerin % 70-80'i kardiyovasküler hastalıklara bağlıdır. Türkiye'de 35 yaş üzeri populasyonda diyabet prevalansı % 11 olup, bu oranın on yıllık bir zaman diliminde yaklaşık % 60 oranında artacağı tahmin edilmektedir (21, 23).

Ayrıca diyabetliler yaşla uyumlu kontrol gruplarına göre daha ciddi, daha agresif seyirli, daha kompleks ve diffüz koroner arter hastalığına sahiptirler. Bu hastalığın ortaya çıkışı diyabetik olmayan bireylere göre daha genç yaşlarda oluşur (14).

Diyabetin dünya nüfusunun % 8'inde mevcut olmasına karşın; akut koroner sendromlarla gelen veya perkütan koroner revaskülarizasyon (PTCA) hastaların yaklaşık %15-20'sinde diyabet öyküsü vardır (24).

Tüm bu nedenlerden dolayı, diabetes mellituslu hastalardaki kardiyovasküler risk, koroner arter hastalarındaki ile eşit kabul edilmiş ve diabetes mellitus bir koroner arter hastalığı eşdeğeri olarak tanımlanmıştır (6, 14, 16, 19).

Hiperlipidemi: KAH riski ile kan kolesterol seviyeleri arasında direkt bir ilişki vardır. Kolesterol kanda lipoprotein şeklinde, % 75'i düşük dansiteli lipoprotein (LDL) ve % 20'si yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) olarak taşınır. KAH, LDL kolesterol seviyesinin yüksekliği ile doğru ve HDL kolesterol seviyesinin düşüklüğü ile ters orantılıdır (19).

Pek çok ülkede populasyonun yarısında total kolesterol düzeyi kabul edilebilir sınırların üzerindedir. Total kolesterolu düşürmeye yardımcı olacak yeme ve fiziksel aktivite değişiklikleri HDL'yi arttıracak ve LDL kolesterolu düşürecektir. Yapılan çalışmalarda total kolesterolde sağlanan % 1'lik bir azalmanın koroner olaylarda % 2'lik bir düşüşe neden olduğu bulunmuştur (3,14).

Obezite: Fazla kilo; beden kitle indeksinin (BKİ) 25 kg/m²'den fazla ve obezite; BKİ'nin 30 kg/m²'den fazla olması veya karın çevresinin 107 cm'in üzerinde olması olarak tanımlanır. 2002 yılında ABD'de obezite yaygınlığı % 21.3'e kadar yükselmiştir. Bu nedenle obezite gelişmiş toplumlarda büyük bir sağlık tehditi olarak ortaya çıkmaktadır.

Bu nedenle KAH obezite ile beraber bulunan en önemli hastalıklardan biridir. Obezite ve bunun yol açtığı insülin direnci ile ilişkili kardiyovasküler hastalık riskleri, formasyon,

ilerleme ve muhtemelen aterosklerotik plaklarda kırılabilirlik eğilimi oluşturur ve böylece koroner tromboz ve MI için artmış risk sebebidir (3, 6, 14, 15).

Sedanter Yaşam (Oturgan Hayat): Sedanter yaşam KAH gelişimi açısından bir risk faktörüdür ve tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarıyla ilişkilidir. Tersine düzenli egzersiz kardiyovasküler semptomların daha az ortaya çıkması ve asemptomatik bireylerde ve koroner arter hastalarında kardiyovasküler ölüm oranlarında bir azalmaya yol açmaktadır. Buna rağmen erişkin Amerikalıların sadece % 25'i tavsiye edilen fiziksel aktivite seviyesine sahipken, % 58'i hiç etkin fiziksel aktivite yapmamaktadır. Fiziksel aktivite daha düşük kan basıncı, iyileştirilmiş glukoz toleransı, azalmış obezite, lipid profilinin iyileşmesi, iyileşmiş endotel fonksiyonları, artmış fibrinolizis sayesinde KAH riskini azaltır. KAH önlenmesi için haftada en az 3 gün 30 dakikalık orta düzeyde egzersiz (yüzme, hızlı yürüme, yavaş koşu, bisiklete binme) yapılması önerilmektedir (2, 3, 6, 14, 25).

Stres: Zihinsel stres ve depresyon ikisi de kardiyovasküler riskin artmasına zemin hazırlar. Zihinsel stres özellikle aterosklerotik koroner arterlerde vazokonstriksiyona yol açar ve adrenerejik uyarımın artması sonucu miyokardın oksijen ihtiyacını arttırarak var olan KAH'ı kötü yönde etkiler. Psikolojik stres, KAH oluşum riskini arttırma ve prognozunu ağırlaştırmanın yanı sıra, daha sonrasında da tedaviye uyum, yaşam biçimini olumlu yönde değiştirme, kişi ve toplum genelinde sağlık ve iyiliği güçlendirmeye engel olacak şekilde negatif etkilerde bulunabilmektedir. Özellikle agresif- yarışmacı kişiliği ve aşırı başarı isteği olan, A tipi kişilik özelliğine sahip kişilerin KAH'na daha yatkın oldukları belirtilmektedir (6,10, 25, 26).

KORONER ARTER HASTALIKLARINDA TANI YÖNTEMLERİ

EKG (Elektrokardiyografi) : Kalp hastalıklarının tanısında en sık kullanılan laboratuvar incelemesidir ve her yıl ABD'de 7 milyonu aşkın EKG çekilmektedir. Bu kadar sık kullanılan EKG; kalbin elektriksel alanının elektriksel potansiyellerini, vücut yüzeyinden kaydeden bir grafiktir. Bu elektriksel potansiyellerin oluşumu sırasında tüm vücuda yayılan dalgalar göğüs bölgesine ve ekstremitelere bağlanan elektrotlar aracılığıyla kaydedilir.

EKG'nin tekniğine uygun olarak çekilmesi önemlidir. Bunun için hemşire EKG çekmeden önce hastaya bilgi vermeli hastanın anksiyetesini gidermelidir. Hastanın üzerinde bulunan metal saat, madeni para, cep telefonu vb. çıkartılmalı ve hasta sırtüstü pozisyonda düz olarak yatırılmalıdır. İşlem esnasında kıpırdamaması gerektiği konusunda bilgi verilmeli, elektrotlar doğru yerlere yerleştirilmelidir (1, 4, 6, 18).

EGZERSİZ STRES TESTİ: Hastadaki (yürüme bandı; treadmill ve bisiklet pedalı çevirme ile) istirahatte var olmayan kardiyovasküler hastalıkları ortaya çıkartmak ve kalp fonksiyonunun yeterliliğinin belirlenmesinde kullanılan fizyolojik bir testtir. İşlem sırasında genellikle 3 dakikalık aralıklarla EKG çekilir (18).

Göğüs ağrısının etiolojisinin belirlenmesinde, iskemik kalp hastalığı tanısında, tedavinin planlanmasında ve sonuçlarının değerlendirilmesinde kalp yetersizliği tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde, fonksiyonel kapasitenin belirlenmesinde, çeşitli aritmilerin araştırılmasında kullanılmaktadır (26, 28, 29).

Egzersiz stres testinde hemşirelerin sorumlulukları şunlardır;

1. Hastaya işlem hakkında bilgi vermelidir.
2. İşlem öncesinde; 3 saat aç olması, son 3 saat içinde sigara, alkol, kahve almaması, göğüs bölgesindeki kılların traş edilmesi, kesilmesi gereken ilaçların kontrolünün yapılması gerekir.
3. İşlem sırasında; hastanın genel durumu, kan basıncı ve kalp ritminin takip edilmesi, herhangi bir komplikasyon durumunda doktora haber verilmesi gerekir.
4. İşlem sonrasında; hastanın dinlendirilmesi, 15- 30 dk kadar izlenmesi, gerekirse yaşam bulgularının alınması ve EKG çekilmesi gerekir. Efor testi laboratuvarında acil durumlarda kullanılmak üzere bulundurulan tıbbi malzemenin (oksijen tüpü, kardiyak defibrilatör, entübasyon seti gibi) kullanıma hazır olup olmadığının kontrol edilmesi gerekir (1, 6, 17).

AMBULATUVAR EKG İZLEMİ (HOLTER EKG): Genellikle 24- 48 saatlik sürelerde yapılan, iki yada üç kanallı EKG bilgilerinin bir flash diske kaydedildiği bir tanı yöntemidir. Bu izlem sırasında en yüksek, en düşük ve ortalama kalp hızları, kalp duraklaması, supraventriküler ve ventriküler aritmiler, miyokard iskemisi bulguları ve yakınması olduğu anlarda alınan kayıtlarla hastanın semptomları değerlendirilir (17, 18).

EKOKARDİYOĞRAFI: Ekokardiyografi; kalp yapı ve fonksiyonlarının ultrason ile elde edilen görüntü ve kayıtlar kullanılarak değerlendirilmesi yöntemine denir. Günümüzde ekokardiyografi; tanısal etkinliği, ucuz olması, kolay kullanılabilirliği ve noninvazif olması nedeniyle önemli verilerin elde edilmesine olanak vermekte ve EKG'den sonra en önemli ikinci tanı yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (26, 29).

Geçmişte tek boyutlu olarak ve kalp anatomisini anlamak için kullanılan bu tanı yöntemi, gelişmeler sonucunda hem torakstan hem de özafagusun içinden uygulanarak iki boyutlu görüntü sağlamanın yanında, kan akımının değerlendirilmesinde ve hemodinamik veri elde edilmesinde kullanılmaktadır. Son yıllarda teknolojik gelişmelerin paralelinde 3 boyutlu

ekokardiyografi incelemeleri kardiyak hastalıkların tanılarında daha sensitif ve spesifik bir tanı yöntemi olarak klinik uygulama yer bulmaktadır (2, 6, 14, 18, 30).

Ekokardiyografide; transtorasik, transözofagial, egzersiz veya dobutamin stres ekokardiyografisi olarak üç teknik kullanılmaktadır. Transtorasik ekokardiyografide; göğüs duvarı üzerinde belirli ultrasonografik pencereler kullanılarak kalp dokuları incelenir (6).

Egzersiz veya dobutamin stres ekokardiyografisi; hastalara (egzersiz yaptırılarak veya IV dobutamin verilerek) uygulanan stres sonrasında oluşan duvar hareket bozukluklarının saptanmasıyla miyokard iskemisi ve canlılığının değerlendirilmesinde kullanılır. Transözofagial Ekokardiyografi (TEE) yöntemi ise; ucunda ultrason transdüseri olan bir endoskopun hastaya yutturulmasıyla kalp yapılarının daha iyi incelenmesine imkan veren yarı- invaziv bir testtir (2, 6, 26, 29, 31).

TEE işlemi esnasında hemşirelerin sorumlulukları;

- Hastanın testten 6 saat önce aç kalmasının sağlanması,
- Hastayı işlem hakkında bilgilendirme (işlemin yaklaşık 30- 40 dakika kadar süren ağrısız bir işlem olduğu, işlem esnasında kendisine verilen komutlara uyması gerektiği gibi),
- İşlem öncesinde hastaya damar yolu açılması ve anestetik sprey ile öğürme refleksinin ve ağrının azaltılması için lokal boğaz anestezi yapılması gerekir.
- İşlem esnasında hastanın cihaza uyumu için gerekli uyarıların yapılması ve özellikle hastanın cihaza zarar vermemesi için takılan ağızlığın yerinde olup olmadığının kontrolü edilir.
- İşlem esnasında ve bitimden sonra 30 dakika kadar bir süre hastanın genel durumu gözlenmeli, kan basıncı ve kalp ritmi alınmalıdır.
- İşlem sonrasında en az 2 saat olmak üzere boğaz anestezisinin etkisi geçene kadar ağız yoluyla herhangi bir şey almaması yönünde hastanın uyarılması gerekir (1, 17).

KARDİYAK NÜKLEER GÖRÜNTÜLEME: Nükleer kardiyoloji invaziv olmayan bir biçimde KAH saptanması, miyokard canlılığının değerlendirilmesi ve risk incelemesinde tamamlayıcı bir role sahiptir. Standart egzersiz testine göre sensitivite ve spesifitesi daha iyidir. Nükleer görüntüleme fonksiyonel, fizyolojik ve prognostik bilgi sağlamanın yanında sayılabilir, tekrarlanabilir ve farklı hasta gruplarında kolayca uygulanabilir bir görüntüleme yöntemidir. Intravenöz yolla verilen ve ışımaya yapan radyofarmasitik ajanların iyi beslenen miyokard alanlarında daha fazla tutulması ve bunun tomografi ile tespit edilmesi prensibine dayanan bir tanı yöntemidir (26).

Nükleer kardiyolojide en çok kullanılan yöntemler miyokard perfüzyon sintigrafisi (MPS), ve pozitron emisyon tomografisi (PET) dir.

MPS: Çeşitli stres protokolleri ile radyofarmasotik ajanlar (talyum 201, tecnesyum 99M) kullanılarak miyokardın stres ve istirahat görüntüleri alındığı bir nükleer görüntüleme yöntemidir.

PET: Kan akımı görüntülenmesi ve miyokardiyal metabolik aktivitenin değerlendirilmesini sağlar. Miyokard canlılığının değerlendirilmesinde en yararlı testtir. PET'te en sık kullanılan radyofarmasotik ajan florodeoksiglukoz (FDG) dir (26, 29).

Nükleer kardiyolojide hemşirenin sorumlulukları;

- Radyoaktif taramalarda verilen radyoaktif madde nedeniyle işlem sonrasında özel koruyucu bir önleme gerek olmadığı anlatılmalıdır.
- Talyumun kontrollü dağılması için hastaya kolunu başının üstünde tutması gerektiği anlatılmalıdır.
- Talyum çalışmalarında talyumun güvenli bir şekilde dağılması için işlemin 4 saat öncesinden itibaren çay, kahve içilmemesi önerilmelidir (1, 4, 19, 29, 32).

MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME (MRG): Kardiyovasküler manyetik rezonans görüntüleme (MRG), toraks içerisindeki büyük arter ve venler ile perikard ve kalbi etkileyen konjenital- edinsel hastalıkların büyük bir kısmının morfolojik ve fizyolojik olarak değerlendirilmesinde kullanılan görüntüleme yöntemidir (4).

KARDİYOVASKÜLER BİLGİSAYAR TOMOGRAFİSİ: Bilgisayarlı tomografi kalbin hem yapısını hem de fonksiyonunu tam olarak değerlendirebilen bir görüntüleme yöntemidir. Tomografiden net görüntü elde edilebilmesi için tek bir nefes tutma anında en az kardiyak hareketin olduğu geç diyastolde kalbin hızlı devirsel hareketi esnasında gerçekleştirilen radyolojik görüntüleme yöntemidir. Son yıllarda daha hızlı tarama ve artmış rezolüsyon sağlayan teknikler sayesinde daha sık kullanılır hale gelmiştir. Kardiyak BT uygulamaları içerisinde en önemlisi koroner arterler hakkında anatomik bilgi edinilebilmesini sağlayan bilgisayarlı tomografi koroner anjiyografisidir (4, 14, 29).

KORONER ANJİYOĞRAFI

Aterosklerotik KAH'na bağlı arter daralmalarının varlığı veya yokluğunu tanımlamada standart tanı yöntemidir. Kalp kateter çalışmaları ilk kez, 1844 yılında Claude Bernard ve ekibi tarafından yapılan hayvan deneyleriyle başlamıştır.

İlk selektif koroner anjiyografi günümüzde de Sones yöntemi olarak bilinen brakial arter yolu ile 1959 yılında F. Mason Sones ve arkadaşlarınca yapılmıştır. 1967 yılında da Judkins tarafından femoral arter yolu ile koroner arter anjiyografisi yapılmıştır. Daha çok yapılması ve lokal enfeksiyon riski daha az olması nedeniyle çoğunlukla Judkins yöntemi günümüzde tercih edilmektedir (2, 7, 14).

İlk kez 1959 yılında F. Mason Sones tarafından yapılan koroner anjiyografi, daha sonra kardiyovasküler tıpta en yaygın kullanılan invaziv tanı yöntemi olmuştur. ABD'de 2007 yılında 2 milyonu aşkın hastaya koroner anjiyografi yapılmıştır ve akut tedavi olarak, hastanelerin % 25'inde koroner anjiyografi uygulanmıştır. Ülkemizde 2004 yılında yaklaşık 170.000 koroner anjiyografi ve 30.000 perkütan girişim yapılmıştır. Nüfus artışı, bunun içinde yaşlı nüfusun artması, tanı ve tedavi imkanlarına kolaylıkla ulaşılabilir olması ve yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi nedeniyle bu rakamların hızla artacağı düşünölmektedir (8).

Koroner anjiyografi işleminin amacı; hem doğal hem de cerrahi bypass greftleri olmak üzere tüm koroner damarları incelemek ve koroner anatomiye ortaya koymaktır. Koroner anjiyografide uygulanan iki yöntem vardır. Bunlar; brakial arter yöntemi (Sones yöntemi) ve femoral arter (Judkins yöntemi) yöntemleridir (26).

Anjiyografide brakial ya da femoral arterden girilen bir katater aracılığı ile koroner arterlere gidilerek verilen radyopak madde ile görüntöleme işlemi yapılmaktadır. Yüksek özünürlüklü orta ışını kullanarak seri intrakoroner kontrast enjeksiyonu ile uygun açılardan görüntü alarak, 0.3 mm'ye kadar olan tüm koroner arter dallarını, herhangi bir görüntü bozulması oluşmadan görüntöleme yapılır (26, 29).

Koroner anjiyografi, koroner arter anatomisinin ortaya çıkarılması gerektiğinde endikedir. Amerikan Kalp Derneği bu invaziv işlemin, uygun kullanımında klinisyenlere yardım etmesi için klavuzlar yayınlamıştır. Endikasyonlar, anjiyografinin gerekliliği konusunda genel kabul olduğunda Sınıf 1, görüşler farklı olduğunda Sınıf II, genel kabul anjiyografinin yapılmaması olduğunda sınıf III olarak listelenmiştir.

Koroner Anjiyografi Endikasyonları;

Sınıf I endikasyonlar:

- Medikal tedaviye dirençli veya yüksek / orta risk içeren kararsız anginalı hasta,
- Varyant angina şüphesi olan hasta,
- Akut MI'ne bağlı kardiyojenik şok veya sonrasında tekrarlayan göğüs ağrıları,
- Fibrinolitik tedavi sonrası devam eden göğüs ağrısı veya anormal stres testi,
- Hafif düzeyde eforla gelen ve medikal tedaviye yanıtız göğüs ağrıları,
- Yüksek risk özellikleri taşıyan noninvaziv testler,
- Nedeni bilinmeyen ani kardiyak ölüm veya ventriküler aritmiler,
- Göğüs ağrısının yol açtığı kalp yetmezliği durumları,
- Doğumsal bir anomalinin tamiri veya kapak ameliyatı olması gereken ve göğüs ağrısı olan hastalar,
- Stent takılan hastalarda stentin tıkanma şüphesi veya dokuz ay içerisinde tekrarlayan göğüs ağrıları,
- MI'ne bağlı mekanik bir komplikasyon varlığında,
- Damar cerrahisi yapılacak hastalarda göğüs ağrısı varlığında

Sınıf II endikasyonlar:

- Medikal tedavi ile kontrol altına alınmış kararsız angina,
- Fibrinolitik tedaviden sonra damarın tam açılmadığı düşünülüyorsa,
- Hafif düzeyde eforla oluşan göğüs ağrılarının medikal tedavi ile gerileme gösterdiği ancak hala devam ettiği hastalar,
- Yüksek risk özellikleri taşımayan anormal stres testi,
- Orta düzeyde eforla ortaya çıkan anginası olup buna yönelik ilaçları kullanamayacak hastalar,
- Kalp transplantasyonu sonrası yıllık anjiyografi (7, 26, 29, 30).

Her hastada koroner anjiyografi için endikasyonların dikkatli olarak düşünülmesi kadar, tüm kontrendikasyonların da düşünülmesi aynı derecede önemlidir. Kesin kontraendikasyon tanımı işlemin mutlaka yapılmaması gerektiğini anlatır ve koroner anjiyografi için tek kesin kontraendikasyon hastanın, işlemi kabul etmemesidir. Göreceli kontraendikasyonlar ise, dikkatli olmak gerekse de bazı acil durumlarda anjiyografinin uygun olabileceği anlamına gelir (21, 29, 33).

Koroner anjiyografi için göreceli kontraendikasyonlar ise şunlardır;

- Böbrek yetmezliği
- Aktif kanaması olan hasta veya kanamaya yatkınlık,
- Ateş veya aktif enfeksiyon,
- Anemi,
- Ciddi alerji hikayesi,
- Kontrol altına alınamayan hipertansiyon, taşikardi ve kalp yetmezliği,
- Tedavi edilmemiş yüksek dereceli kalp bloğu,
- Digoksin zehirlenmesi, potasyum yüksekliği veya düşüklüğü,
- Aort kapakta vejetasyon,
- Asemptomatik hastaların taranması amacıyla,
- Anjiyo sonrasında gerekli olabilecek cerrahi tedaviyi kabul etmeyenler veya ağır hastalıkları nedeniyle bu cerrahi tedaviyi yaptıramayacak olanlar (26, 29, 33).

Koroner anjiyografiyi takip eden 24 saat içinde gelişen komplikasyonlar anjiyografi ile ilgili kabul edilmektedir. Koroner anjiyografide komplikasyon olarak; miyokard enfarktüsü, geçici ve kalıcı inme gibi nörolojik olaylar, acil bypass, kardiyak perforasyon, geçici pacemaker veya elektroşok gereken aritmiler, onarım gerektiren lokal vasküler problem, vazovagal reaksiyonlar, alerjik ürtiker ve anaflaksi, hipotansiyon, renal yetmezlik, işlem yerinde hematoma, enfeksiyon, flebit, tromboembolizm, sinir zedelenmesi, disseksiyon, arteriovenöz fistül, kanama görülür ve bu komplikasyonlara müdahale edilmediğinde ölüm gelişebilir. Anjiyografi sonrası oluşan önemli komplikasyonların oranı % 2'dir ancak yüksek riskli hasta gruplarında komplikasyon geçirme oranları fazladır. Koroner anjiyografi öncesi komplikasyon riskini arttıran durumların bilinmesi de önemlidir (1, 6, 14, 43).

Koroner anjiyografi deneyimli bir ekip tarafından yapılması gereken bir işlemdir. Deneyimli bir doktor ve ekip tarafından uygulanırsa koroner anjiyografi işleminin morbidite ve mortalite oranları düşük olur (ölüm % 0.11, miyokard enfarktüsü %0.05)'tir (7).

KORONER ANJİYOGRAFI ÖNCESİNDE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Anjiyografi işleminde oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve işlemin etkin olarak yapılabilmesi için hemşirenin işlem öncesi ve sonrası yapacağı uygulamalar önem taşımaktadır. Koroner anjiyografi kısa süren basit bir işlem olmasına karşın hastalar üzerinde olumsuz duygular yaratabilir. Hemşire, işlem öncesinde hastayı iyi değerlendirmelidir (34).

Hemşirenin koroner anjiyografi öncesi sorumlulukları;

- ✓ Hastanın işlem öncesinde izni alınarak işlem için onam belgesi imzalatılır.
- ✓ Hastanın klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirilir ve herhangi bir normalden sapma durumu varsa hekime haber verilir.
 - ✓ Hastanın vital bulguları alınır ve kaydedilir. İşlemden sonra karşılaştırmak için hastanın periferik nabızlarına bakılır ve kaydedilir.
 - ✓ Herhangi bir alerjisi olup olmadığı araştırılır. IV damar yolu açılır.
 - ✓ İşleme gitmeden önce hastanın takıları ve takma dişi varsa bunların çıkarılması tırnaklarda oje varsa silinmesi sağlanır.
 - ✓ Anksiyeteyi azaltmak amacıyla doktor istemi doğrultusunda çeşitli sakinleştirici ilaçlar verilir (29, 32, 35, 36, 37).

Koroner anjiyografi öncesi hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri Tablo 1 ve Tablo 2’de verilmiştir.

Hemşirelik tanıları;

- ❖ Anksiyete
- ❖ Bilgi eksikliği

Tablo 1: HEMŞİRELİK TANISI: ANKSİYETE (16, 27, 37, 38)

TANI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
<u>Anksiyete</u>	1. Yapılacak invaziv girişim konusunda bilgi eksikliği, 2. Girişimin sonucu konusundaki belirsizlik	1. Hastanın anksiyetesini gidermek, 2. Etkin başa çıkma yöntemlerini geliştirmek,	* Hastanın kendini ifade etmesine olanak verilir. * Hastanın anksiyete düzeyi (duruş pozisyonu, huzursuzluk, yüz ifadesi, uyku durumu) değerlendirilir. * Anksiyeteye neden olan durumlar araştırılır (uygulama hakkında endişe, yetersiz bilgi, gürültü). * İşlem hakkında bilgi verilir (işlemin uygulama labrotuvarında olacağı, canını yakan bir işlem olmayacağı, işlemin amacı vb.) * Hastanın soru sormasına izin verilir. * Gerekirse daha önce işlem yapılan hastalar ile görüşmesi sağlanır. * Derin soluk alıp- verme, televizyon seyretme gibi rahatlamasının sağlayan yöntemleri uygulamasına teşvik edilmelidir. * Hekim istemine göre işlem öncesi gece sedatifler verilir.	*Hastanın relaksasyon yöntemlerini etkin olarak kullanmasını, *Anksiyetesinin azaldığını ifade etmesi sağlanır.

Tablo 2: HEMŞİRELİK TANISI: BİLGİ EKSİKLİĞİ (16, 27, 37, 38)

TANI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
<u>Bilgi Eksikliği</u>	1. Yapılacak girişim hakkında yetersiz bilgiye sahip olması, 2. Girişim öncesi, sonrası ve sonrasında yapılacakları konusundaki bilgi eksikliği	1. Hastanın anksiyetesini azaltmak, 2. Bilgi düzeyini arttırmak,	* İşlemin amacı ve nasıl yapılacağı, * İşlemden önceki akşam kateter giriş yeri olan kasık bölgesinin traş edilmesi gerektiği anlatılır ve bunun için uygun ortam sağlanır. * İşlem sırasında kusma ve aspirasyonu önlemek için işlem sabahı aç kalması gerektiği, * İşlemin özel bir anjiyografi labrotuvarında yapılacağı, * Anjiyografi odasına giderken özel bir gömlek giyeceği, anjiyografi ekibinin maske takıp, özel bir gömlek giyeceği, röntgen masasına yatırılıp elektrotlarla monitöre bağlanacağı, * İşlemin ortalama 20- 30 dakika süreceği, * Kateterin giriş yerine lokal anestezi yapılacağı için ağrı hissetmeyeceği yada çok az ağrısı olabileceği, * Radyopak maddeye bağlı yanma hissi olabileceği, * İşlem sırasında herhangi bir sıkıntı hissettiğinde doktora yada hemşireye bildirmesi gerektiği, * İşlemden sonra 6 saat bacağını sabit tutması gerektiği konusunda bilgi verilir.	* İşlem öncesi, işlem esnasında, işlem sonrasında yapılacaklar konusunda yeterli bilgiyi aldığını ifade etmesi sağlanır.

KORONER ANJİYOGRAFİ SIRASINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Koroner anjiyografi sırasında hemşirenin sorumlulukları şunlardır;

- Anjiyo hemşiresi kullanılan malzeme, alet ve cihazların bakımının, temizliğinin ve sterilizasyonunun sağlanması yanı sıra laboratuvarın genel temizlik ve hijyenini kontrol eder. Sterilizasyon tekniklerini bilmesi gerekir.
- İşlem sırasında steril şartların korunmasında hekime yardımcı olur.
- Laboratuvarda yapılan tüm işlemlerle ilgili bilgisi olmalıdır. Laboratuvarda kullanılan malzemeleri, cihazları, ve özelliklerini bilmelidir.
- Kardiyopulmoner canlandırma, radyasyon güvenliği ve bilgi-beceri artırıcı eğitimi almış olmalıdır.
- Kardiyovasküler ilaçları ve tedaviyi bilmelidir. Gerekli ilaç ve solüsyonları kullanıma hazır bulundurmalıdır.
- Anjiyografi işleminden önce; hastanın hazırlıklarını kontrol eder, eksiklerini tamamlar
- Anjiyo hemşiresi EKG bilmeli, aritmileri, iskemik bulguları tanıyabilmelidir.
- İşlem sırasında anjiyo hemşiresi hastanın genel durumunu, vital bulgularını, ritmini izlemeli ve gereğinde hekimi uyarmalıdır (1, 33, 35).

KORONER ANJİYOGRAFİ SONRASINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Koroner anjiyografi sonrası hemşirelik bakımı, hastaların anjiyografi ünitesinden teslim alınmasından klinikteki yatağına taşınma sürecini ve klinikte uygulanan bakımı içermektedir. İşlem sonrası; komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması bu dönem için temel hedeftir.

Koroner anjiyografi sonrası başlıca hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri Tablo3 ve Tablo 4'te sunulmuştur.

Hemşirelik tanıları şunlardır;

- ❖ Alerjik reaksiyon
- ❖ Hareketin kısıtlanması

Tablo 3: HEMŞİRELİK TANISI: ALLERJİK REAKSİYON (32, 35, 36, 38)

TANI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
<u>Allerjik</u> <u>Reaksiyon</u>	1.Kontrast madde kullanımına bağlı	1. Alerjik reaksiyonu önleme, tanıma ve semptomatik tedavi	<ul style="list-style-type: none">* Hastanın yaşam bulguları 15 dk. aralıklarla alınır.* Hastaya radyoopak madde verildiği için radyoopak maddenin vücuttan atılımını hızlandırmak amacıyla sıvı alması, ilk saatler de intravenöz (IV) olarak, daha sonra oral olarak desteklenir. Hastanın en az 1,5-2 litre sıvı alımı sağlanır.* Radyoopak madde alerjisi (bulantı, kusma, kızarıklık, titreme) açısından hasta gözlemlenir.* Alerji k reaksiyon gelişirse (bulantı, kusma, titreme) hekim istemine göre antihistaminik ilaçlar verilir.* Hasta ve yakınlarına reaksiyon esnasında psikolojik destek verilir.* Hasta göğüs ağrısı ve aritmi yönünden izlenir.* Bulantısı yoksa 2 saat sonra yemeğini yiyebilir. Oral beslenmeye başladıktan sonra varsa IV sıvısı sonlandırılır.	Hastada allerjik reaksiyon belirtileri görülmez.

Tablo 4: HEMŞİRELİK TANISI: HAREKETİN KISITLANMASI (32, 35, 36, 38)

TANI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
<u>Hareketin</u> <u>kısıtlanması</u>	1.İşleme yönelik aktivitenin kısıtlanması 2. Girişim bölgesinin kısıtlı hareket edilmesi	1.Aktivite kısıtlılığını sağlamak	<p>* Hasta uygun pozisyonda yatağına alınır. yaşam bulguları ilk bir saat 15 dk da bir, ikinci saatte 30 dk da bir, daha sonraki saatlerde aralıklı olarak değerlendirilir.</p> <p>* Kateterin girdiği ekstremitte, işlemden sonra hareketsiz tutulmalıdır. Hasta en az 6- 12 saat mutlak yatak istirahatine alınır.</p> <p>* Brakiyal yol kullanılmışsa hastanın 6 saat boyunca dirseğin fleksiyonundan, femoral yol kullanılmışsa kalçanın fleksiyonundan kaçınacak şekilde yatakta kalması sağlanır. Hastanın tüm ihtiyaçları yatakta karşılanır.</p> <p>* Kateter giriş bölgesi kanama açısından kontrol edilir ve buz ve kum torbasıyla desteklenir.</p> <p>* Hastanın, kateter girişim bölgesinde kanama ve hematoma, koroner anjiyografi yapılan ekstremitede ise ısı, motor, renk, duyu, ağrı ve periferik nabız kontrolleri yapılır.</p> <p>* Ağrısı varsa analjezik, bulantısı varsa antiemetik doktor istemine göre verilir.</p> <p>* Komplikasyon gelişmemiş hastaların 6-8 saat sonra mobilizasyonu sağlanır</p>	Hastada uygun aktivite kısıtlılığı sağlandı.

YAŞAM KALİTESİ

Günümüzde sağlık; bireyin çevresi ile bir bütün olarak, mevcut sorunları ile baş edilebilir, sınırlılıkları içerisinde en üst düzeyde sağlıklı olması, üretkenliği ve yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır. Sağlık bakımının amacı ise; yaşamı uzatmak değil, bireyin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini arttırmak ve geliştirmektir (39).

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavramdır (40).

İnsan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olan yaşam kalitesi; mutluluk, doyum, uyum ve iyi olma hali olarak da tanımlanabilir. Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmin anlatılır (11, 41).

Yaşam kalitesini ilgilendiren konular dört temel grup altında toplanabilir;

- 1) Psikolojik esenlik: Akıl sağlığı, yaşamdan doyum alma, beden imgesi ve dış görünüş, bellek, öğrenme ve kişilerin ruhsal durumlarına ilişkin bazı kavramlar (mutluluk, üzüntü vb.) psikoloji esenlik alanında değerlendirilir.
- 2) Fiziksel esenlik: Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, seks, sağlık- hastalık algılanması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar değerlendirilir.
- 3) Sosyal / bireysel esenlik: Bireyin diğer kişiler ile olan ilişkileri, başkalarından destek görme, kendini ve yaşamını algılama biçimi bu alanda değerlendirilir.
- 4) Parasal / maddi esenlik: Maddi kaynaklar, geleceğe ilişkin güven duygusu, nitelikli ev ortamı bu alanda değerlendirilir (1, 44).

Kişinin temel gereksinimlerinin karşılanmaması, beden imgesinin değişmesi, öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerin yetersizliği, kronik yorgunluk, bitkinlik, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelecek ile ilgili kaygılar, destek sistemlerindeki yetersizlik, akut ve kronik sağlık sorunlarının varlığı yaşam kalitesini azaltmaya neden olur.

Yaşam kalitesinin yükseltilmesi için bireyin, ekonomik ve sosyal güvence içinde olması, güven içinde yaşaması, rahatlık ve gereken konfora sahip olması, anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması, yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması, eğlence ve zevk aldığı aktiviteler içinde olması, mahremiyetine değer verilmesi, kendini ifade edebilmesi, fonksiyonel olarak yeterli olması gerekmektedir (39, 40, 45, 46).

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılacak ölçütler çok boyutlu, subjektif, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler genel olarak iki gruba ayrılır;

Genel yaşam kalitesi ölçekleri: Birçok boyutu içeren geniş soru yelpazesine dayandırılmışlardır. Toplumda ve farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapmak amacıyla oluşturulmuştur. Örneğin; Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi İndeksi, Nottingham Sağlık Profili (NHP), 36 soruluk kısa sağlık araştırması (SF- 36) (40).

Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri: Belirli bir nüfus grubuna belirli bir duruma veya hastalığa, belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşır (Seattle Angina anketi, Mac New Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği) (44).

Koroner Arter Hastalığında Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Rolü

Koroner arter hastalığında yaşam kalitesini arttırmak amacıyla öncelikle risk faktörlerinin azaltmak gerekmektedir. Bunun için hemşireler;

- Öncelikle sağlık davranışların kazanılması için birey ve topluma yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.
- Düzenli egzersiz yapılması konusunda bilgi verilmelidir (düzenli olarak yürüyüş yapma).
- Sigaranın zararları konusunda bilgi verilmelidir.
- Fazla kiloların verilmesi için diyetisyen ile iş birliği yapılmasının önemi anlatılmalıdır.
- Beslenme şekli konusunda bilgi verilmelidir (bol sebze- meyve).
- İlaçlarının düzenli kullanılması ve düzenli olarak doktor kontrolünde olmasının önemi konusunda bilgi verilmelidir (37, 41, 42, 43).

ANKSİYETE (KAYGI)

Anksiyete, hoş olmayan bir şeylerin (bir olayın) olacağı (yaşanacağı) korkulu bir beklenti içine girme ile ilgili evrensel bir insan yaşantısıdır. Bir başka tanımlamayla anksiyete bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, ya da kökeni iç çatışmaya dayalı olan bir tehdite karşı gösterilen bir tepkidir (47, 48, 49).

Anksiyete bozuklukları en sık görülen psikiyatrik bozukluk gruplarından biridir. ABD’de her dört kişiden birinin en az bir anksiyete bozukluğu tanı kriterlerinin karşıladığı ve 12 aylık prevalansının % 17.7 olduğu bildirilmiştir (47, 48).

Fiziksel hastalıklarda genel tıbbi bir duruma bağlı anksiyete, yaygın anksiyete bozukluğu, panik ataklar ya da obsesyon şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Belirtilerin ortaya çıkışı, hastalığın kendisi veya tedavi sürecine bağlı olabileceği gibi bireyin kişilik yapısı, ailesel özellikleri, genetik yapısı gibi etkenlerle de ilgili olabilmektedir (50, 51).

Fiziksel hastalıklarda bireyde anksiyete gelişmesine neden olan etkenler şunlardır;

- Hastalığa bağlı etkenler: hastalığın yaşamı tehdit etme ya da sınırlama düzeyi, kronikleşme yapısı,
- Bireyle ilgili etkenler: hastalığın hasta tarafından abartılı, olumsuz algılayış biçimi, kişilik yapısı, benlik gücü, olumsuz savunma mekanizmaları kullanması,
- Tedavi süreci ve ortama ilişkin etkenler: olumsuz tedavi ve bakım ortamı, fiziksel yetersizlik, sağlık ekibinin iletişim ve yaklaşımında sorunlar, belirsizlik,
- Tedaviye ilişkin etkenler: uygulanan tedavi girişimlerinin tehdit edici oluşu, kullanılan ilaçlar, hormonlar,
- Aile ve çevre özelliklerine ilişkin etkenler: sosyal destek yetersizliği, ailenin anksiyete düzeyi, anksiyete bozukluğu öyküsü (32, 52, 53, 54, 55).

Anksiyete psikolojik (kontROLSÜZ ÜZGÜNLÜK) ve somatik (akut fizyolojik uyarı) özellikler taşıyan semptomlar kümesidir. Bu duyguya vücutla ilgili bir takım duyumlar eşlik edebilir. Göğüste sıkışma, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksinmesinin doğması gibi duyumlar örnek olarak verilebilir (56, 57).

Koroner Arter Hastalığında Anksiyete ve Hemşirenin Rolü

Kronik olarak yüksek düzeydeki anksiyete, panik bozukluk ve fobik anksiyete KAH gelişimi için hem bir risk faktörüdür ayrıca var olan KAH seyri üzerine olumsuz etki yaratır. Anksiyete aşağıdaki patofizyolojik mekanizmalarla KAH'na yol açabilir ya da var olan KAH'nı hızlandırabilir.

Bunlar;

- Anksiyete yaşamsal davranışları (sigara ve alkol tüketimi gibi) kötü yönde etkileyebilir.
- Hipertansiyon sıklığında artış ve endotel fonksiyon bozukluğu yaparak ateroskleroz oluşumun sürecini hızlandırabilir.
- Kronik anksiyetesi bulunan hastaların tedaviye ve yaşam tarzı değişikliğine uyumu daha zordur (50, 58, 59).

Koroner anjiyografi sırasındaki majör depresif bozukluk veya kronik anksiyete işlem sonrasında istenmeyen olaylar (MI, ani ölüm gibi) için bir habercidir ve bu etki hastalığın ciddiyeti ve sigara içilmesi gibi diğer risk faktörlerinden bağımsızdır (53).

Tanı ve tedavi amacıyla yapılan girişimler, hastane ortamı, kullanılan ilaçlar, hastalığın seyri, hastalığın semptomları (göğüs ağrısı) KAH'da anksiyeteyi arttırmaktadır. Hastanın en kolay ulaşabileceği ve hastanın en fazla birlikte olabileceği olan kişi hemşirelere hastanın anksiyetesini belirlemede ve azaltmada önemli roller düşmektedir.

Bunun için;

- Öncelikle hastayla açık bir iletişime girilmeli ve hastayı dikkatli dinlemelidir.
- Hastanın korku ve endişelerini rahatça ifade etmesi sağlamalı ve soru sormasına izin verilmelidir.
- Yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilmelidir.
- Hastanın anksiyetesini azaltacak girişimlerde bulunulmalıdır. (televizyon seyretme, derin soluk alıp verme vb).
- Diğer sağlık ekibi ile iletişim kurarak korku ve anksiyetesini azaltmaya yönelik girişimlerde bulunulmalıdır (32, 60).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMA TÜRÜ

Araştırma; koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek, bunları etkileyen kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri saptamak, uygun hemşirelik bakımını geliştirmede rehber olacak önerileri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mı?

1. Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile durumluk- sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mı?
2. Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ile durumluk- sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mı?

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın Evreni: Araştırmanın evrenini; Ekim 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğine başvuran ve koroner anjiyografi yapılması planlanan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örnekleme: Araştırmanın örnekleme Ekim 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniğine başvuran ve koroner anjiyografi planlanan 442 hastadan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 32- 78 yaşları arasında herhangi bir iletişim sorunu olmayan toplam 202 hasta alınmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hasta Bilgi Formu

Hasta bilgi formu; konu ile ilgili literatür rehberliğinde oluşturulmuştur, kişisel ve hastalıkla ilgili değişkenleri içermektedir.

Kişisel özellikler birinci bölümde; cinsiyet, yaş, beden kitle indeksi, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, yaşantısının büyük çoğunluğunun geçtiği yer, birlikte yaşadığı kişiler, meslek, aylık gelir düzeyi, sosyal güvenlik durumu içeren 11 sorudan oluşmaktadır.

Hastalıkla ilgili değişkenler ise ikinci bölümde; klinik tanı, önceden hastanede yatma durumu ve yatma sayısı, kalp ameliyatı geçirme öyküsünün varlığı, sigara-alkol alışkanlıkları, düzenli egzersiz yapma durumu ve yapılan egzersiz türü, beslenme alışkanlığı, birinci derece yakınında kalp hastalığı öyküsü, önceden var olan hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve günlük alınan ilaç sayısı içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form Health Survey-36): SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Ware tarafından 1987 yılında, her yaşa, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. SF-36'nın en belirgin üstünlüğü fiziksel fonksiyon ve bununla ilişkili yetileri ölçmesi iken, sınırlılığı ise cinsel işlevleri değerlendirmek için soru içermemesidir (61, 62, 63, 64).

1992 yılında geliştirilen SF-36 ölçeği 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (61, 63, 65).

SF-36 kendini değerlendirme ölçeğidir ve aşağıda belirtilen alt gruplardan oluşmaktadır;

- ✓ Fiziksel fonksiyon (10 madde),
- ✓ Sosyal fonksiyon (2 madde),
- ✓ Fiziksel nedenlere bağlı rol kısıtlamaları (4 madde),
- ✓ Emosyonel nedenlere bağlı rol kısıtlamaları (3 madde),
- ✓ Mental sağlık (5 madde),
- ✓ Enerji/ vitalite (4 madde),
- ✓ Ağrı (2 madde),
- ✓ Sağlığın genel olarak algılanması (5 madde)

gibi sağlığın sekiz boyutunu 36 madde ile incelemektedir (45, 61, 62).

Ayrıca son on iki ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde ('bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?') bulunmaktadır ve ölçeğin değerlendirilmesinde bu madde dikkate alınmaz. Adı geçen madde dışında tüm ifadeler son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilir (61).

Ölçek ile hem yaşam kalitesinin alt boyutları, hem de global olarak yaşam kalitesi değerlendirilebilir. Alt ölçeklerin ve global yaşam kalitesinin puanı 0- 100 arasında değişmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (61, 63).

Spielberger Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (Stait-Trait Anxiety Inventory/ STAI): Spielberger ve arkadaşları (66) tarafından geliştirilen Durumluk-Sürekli Kaygı envanteri Likert tipinde olup 'hiç' ile 'tamamiyle' arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Envanterin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği N. Öner tarafından (67) 1977 yılında yapılmıştır. Her biri 20'şer adet ifade içeren, sürekli ve durumluk kaygıyı ayrı ayrı ölçen iki alt birimden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği ise; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler (68).

Durumluk- sürekli kaygı envanteri'nde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11,15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 1, 6, 7, 10,13, 16, 19. maddelerdir (68, 69) .

Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'tir. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan, yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. 0- 30 puan arası düşük anksiyete, 31- 49 puan arası orta anksiyete, 50 ve üstü puanlar ise yüksek anksiyeteyi göstermektedir (66, 67, 68, 69).

VERİLERİN TOPLANMASI VE UYGULANMASI

Ön Hazırlık

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniğinde Ekim 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında yatan ve koroner anjiyografi planlanan, hastaların bilgileri alınarak örneklem grubu oluşturuldu (n= 202).

Veri toplanacak kurum olan Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden etik kurul izni alındı.

Uygulama

Araştırmadaki veriler kişisel bilgi formu, SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Spielberger Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri formlarının belirlenen örneklem grubuna (n=202) araştırmacı tarafından hasta ile anjiyografi olmadan önceki gün yüz yüze görüşme yapılarak elde edildi. Bu çalışmanın uygulama aşaması 5 ay içinde tamamlanmıştır.

Veriler çalışmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmacı tarafından hastalara sorularak elde edilmiştir. Hastalarla birebir ve diğer kişilerden etkilenmeyeceği bir ortamda görüşülmeye özen gösterilmiştir. Araştırmanın cevapları anket uygulanan hastaların ifadelerine göre doldurulmuş ve bu şekilde veriler girilmiştir.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov normal dağılım testi ile incelendi.

İki kategoriden oluşan değişkenlerin yaşam kalitesi ve kaygı puanlarının karşılaştırılmasında Student t testi, ikiden fazla kategoriden oluşan değişkenlerin yaşam kalitesi ve kaygı puanlarının karşılaştırılmasında Tek Yönlü ANOVA testi kullanıldı ve sonuçlar anlamlı bulunduğu farklılığın kaynağını belirlemek için Student Newman Kuels (SNK) Post Hoc testi kullanıldı.

Hasta sayısının 30'dan küçük olduğu durumlarda yukarıdaki testlerin parametrik olmayan türleri sırasıyla Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis ANOVA kullanıldı. Sonuçlar anlamlı bulunduğu farklılığın kaynağını belirlemek için Dunn çoklu karşılaştırma testi uygulandı.

$p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlılık sınırı olarak kabul edildi ve istatistiksel analizlerde Statistica 11.0 paket programı kullanıldı.

BULGULAR

Ekim 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında, koroner anjiyografi uygulanacak toplam 202 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra veriler;

- Hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri,
- Hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin yaşam kalitesi ile karşılaştırılması,
- Hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin durumluk- sürekli kaygı düzeyleri ile karşılaştırılması,
- Yaşam kalitesi ile durumluk- sürekli kaygı düzeyleri arasındaki korelasyon olmak üzere dört bölümde incelenmiştir.

HASTALARIN KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Kişisel özellikler

Tablo 5: Hastaların Kişisel Özelliklere Göre Dağılımı (n:202)

KİŞİSEL ÖZELLİKLER	N	%
Cinsiyet		
Kadın	83	41.1
Erkek	119	58.9
Yaş		
< 55	76	37.6
55 – 65	65	32.2
> 65	61	30.2
Yaş Ortalaması	Ort. ± SS 58.8 ± 9.9	
BKİ		
<18.5	5	2.5
18.5- 24.9	46	22.8
25- 29.9	85	42.0
>30	66	32.7
BKİ Ortalaması	Ort. ± SS 28.1 ± 5.3	
Medeni durum		
Evli	173	85.6
Dul	27	13.4
Eğitim Durumu		
Okur- yazar değil	35	17.3
Okur- yazar	23	11.4
İlkokul mezunu	106	52.5
Ortaokul mezunu	13	6.4
Lise mezunu	16	7.9
Üniversite mezunu	9	4.5
Yaşantının Büyük Çoğunluğunu (2/3) Geçirildiği Yer		
Köy	65	32.2
Kasaba	9	4.5
İlçe	55	27.2
İl	73	36.1
Meslek		
İşçi	12	5.9
Memur	9	4.5
Emekli	57	28.2
Serbest meslek	30	14.9
Çiftçi	23	11.4
Ev hanımı	71	35.1

Aylık Gelir		
Hiç geliri olmayan	11	5.5
< 500 TL	57	28.2
500 -1000 TL	101	50.0
>1000 TL	33	16.3
Aylık Gelir Ortalaması	Ort. ± SS	
	650 ± 422.9	
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	13	6.4
Eşi	77	38.1
Eşi ve çocukları	72	35.6
Çocuklar	22	11
Diğer aile üyeleri	18	8.9
Sosyal Güvencesi		
Emekli Sandığı	30	14.9
Sosyal Sigortalar Kurumu	50	24.8
Bağ-Kur	82	40.5
Yeşil Kart	38	18.8
Diğer (Özel Sigortalar)	2	1.0
Çocuk Sayısı		
Çocuk yok	10	5.0
1-2	97	48.0
3-4	58	28.7
5 ve üzeri	37	18.3

Tablo 5’de hastaların kişisel özelliklere göre dağılımı görülmektedir. Hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde % 41.1’inin kadın, % 58.9’unun erkek olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde % 37.6’sının 55 yaşın altında, % 32.2’sinin 55 ve 65 yaşları (dahil) arasında, % 30.2’sinin 65 yaşın üzerinde ve yaş ortalamasının 58.8 olduğu saptanmıştır.

Hastaların beden kitle indeksine göre dağılımı incelendiğinde, hastaların % 2.5’inin zayıf, %22.8’inin normal, % 42.0’inin kilolu ve % 32.7’sinin şişman (obez) olup beden kitle indeksi ortalamasının 28.1 olduğu belirlenmiştir. Hastaların medeni durumuna göre dağılımına bakıldığında, % 85.6’sının evli, % 13.4’ünün dul olduğu saptanmıştır.

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde, hastaların % 17.3’ünün okur/ yazar olmadığı, % 11.4’ünün okur/yazar olduğu, % 52.5’inin ilkokul mezunu, % 6.4’ünün ortaokul mezunu, % 7.9’unun lise mezunu ve % 4.5’inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yaşantısının büyük çoğunluğunun geçtiği yere göre dağılımına bakıldığında, % 32.2’sinin köyde, % 4.5’inin kasabada, % 27.2’sinin ilçede ve % 36.1’inin ilde yaşadığı saptanmıştır.

Hastaların mesleğine göre dağılımlarına bakıldığında % 5.9'unun işçi, % 4.5'inin memur, % 28.2'sinin emekli, % 14.9'unun serbest meslek, % 11.4'ünün çiftçi ve % 35.1'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Hastaların aylık gelir düzeyine göre dağılımına bakıldığında % 5.5'inin hiç geliri olmadığı, % 28.2'sinin aylık gelirinin 500TL'nin altında olduğu, % 50.0'ının 500TL - 1000TL arasında olduğu ve % 16.3'ünün 1000TL'nin üzerinde geliri olduğu belirlenmiş ve aylık gelir ortalamasının 650 TL olduğu saptanmıştır.

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımına bakıldığında % 6.4'ünün yalnız, % 38.1'inin sadece eşi ile, % 35.6'sının eşi ve çocukları ile, %11'inin sadece çocukları ile ve % 8.9'unun diğer aile üyeleri (torun, dede) ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Hastaların sosyal güvencesine göre dağılımı incelendiğinde %14.9'unun Emekli Sandığı'na (EMS), % 24.8'inin Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK), % 40.5'inin Bağ-Kur'a (BK), % 18.8'inin Yeşil Kart'a (YK), %1.0'ının Özel Sigortalara sahip olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısına göre dağılımına bakıldığında, % 5.0'ının çocuk sahibi olmadığı, % 48.0'ının 1-2 çocuğu olduğu, % 28.7'sinin 3-4 çocuğu olduğu, % 18.3'ünün 5 ve üzerinde çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6: Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n:202)

HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER	N	%
Klinik Tanı		
Angina Pectoris	84	41.6
Miyokard enfarktüsü	60	29.7
Diğer (Kalp Yetmezliği, dilatekardiyopati , akciğer ödemi v.b)	58	28.7
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu		
Evet	156	77.2
Hayır	46	22.8
Hastanede Yatma Sayısı		
Hiç yatmadım	50	24.8
1-2	72	35.6
3-4	45	22.3
5 ve üzeri	35	17.3
Kalp Ameliyatı Geçirme Durumu		
Evet	9	4.5
Hayır	193	95.5
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	70	34.7
Hayır	83	41.0
Bıraktım	49	24.3
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	38	18.8
Hayır	153	75.7
Bıraktım	11	5.5
Egzersiz Yapma Durumu		
Hiç yapmıyorum	165	81.7
Ara-sıra yapıyorum	27	13.3
Haftada en az 2-3 kez	10	5.0
Yapılan Egzersiz Türü		
Yürüyüş	195	96.5
Diğer (Yürüyüş, koşma, yüzme, bisiklete binme)	7	3.5
Beslenme		
Yağ ve tuzdan zengin	60	29.7
Orta derecede yağ ve tuz	55	27.2
Yağ ve tuzdan fakir	35	17.3
Unlu gıdalar	3	1.5
Diğer (et ağırlıklı, yağ ve tuzdan zengin veya Orta derecede yağlı ve tuzlu)	49	24.3
Birinci Derece Yakınında Kalp Hastalığı Varlığı		
Evet	95	47.0
Hayır	107	53.0

Daha Önce Kesin Tanı Konmuş Hastalığın Varlığı		
Tanı konmuş hastalık yok	58	28.7
Hipertansiyon	44	21.8
Hipertansiyon + kalp hastalığı	37	18.3
Kalp hastalığı	7	3.5
Diyabet	5	2.5
Diğer (kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, kronik böbrek yetmezliği)	51	25.2
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı		
Evet	141	69.8
Hayır	61	30.2
Sürekli Kullanılan İlaç Grubu		
Hiç ilaç kullanmıyor	59	29.2
Antihipertansif	40	19.8
Antidiyabetik	5	2.5
Diğer (antihipertansif, beta bloker, antikoagülan, diüretik, nitrat, statin)	98	48.5
Günde Alınan İlaç Sayısı		
Hiç ilaç kullanmayanlar	59	29.2
1-5	92	45.5
5-10	46	22.8
10' dan fazla	5	2.5
İlaç Ortalaması	Ort. ± SS 3.3 ± 3.5	

Hastalığa ilişkin özellikler

Tablo 6'da hastaların hastalığa ilişkin özellikleri görülmektedir. Hastaların klinik tanıya göre dağılımına bakıldığında % 41.6'sının anjina pektoris, % 29.7'sinin miyokard enfarktüsü, % 28.7'sinin dilatekardiyomyopati, akciğer ödemi, kalp yetmezliği v.b gibi tanılarla yatırıldığı belirlenmiştir.

Hastaların daha önce hastanede yatma durumu incelendiğinde % 77.2'sinin daha önce hastanede yattığı, % 22.8'inin daha önce hastanede yatmadığı belirlenmiştir. Hastanede yatma sayısı incelendiğinde % 24.8'inin hiç yatmadığı, % 35.6'sının 1-2 defa yattığı, % 22.3'ünün 3-4 defa yattığı ve % 17.3'ünün 5 ve üzerinde hastanede yattığı saptanmıştır.

Hastaların kalp ameliyatı geçirme durumuna göre dağılımı incelendiğinde % 4.5'inin kalp ameliyatı geçirdiği, % 95.5'inin kalp ameliyatı geçirmediği belirlenmiştir. Hastaların sigara kullanma durumuna göre dağılımına bakıldığında ise % 34.7'sinin sigara kullandığı, % 41.0'inin sigara kullanmadığı ve % 24.3'ünün sigarayı bıraktığı belirlenmiştir.

Hastaların alkol kullanma durumuna göre dağılımın bakıldığında % 18.8'inin alkol kullandığı, % 75.7'sinin alkol kullanmadığı ve % 5.5'inin alkolü bıraktığı belirlenmiştir.

Hastaların düzenli olarak egzersiz yapma durumu incelendiğinde % 81.7'sinin hiç egzersiz yapmadığı, % 13.3'ünün ara-sıra egzersiz yaptığı, % 5.0'ünün haftada en az 2-3 kez egzersiz yaptığı belirlenmiştir.

Hastaların düzenli olarak yaptıkları egzersiz türüne göre dağılımına bakıldığında % 96.5'inin sadece yürüyüş yaptığı, % 3.5'inin ise yürüyüş, bisiklete binme, koşma, yüzme gibi egzersizlerin bir veya birkaçını yaptığı saptanmıştır.

Hastaların daha çok hangi gıdalarla beslendiğine bakıldığında % 29.7'sinin yağ ve tuzdan zengin beslendiği, % 27.2'sinin orta derecede yağ ve tuz kullandığı, % 17.3'ünün yağ ve tuz kısıtlaması yaptığı, % 1.5'inin unlu gıdalarla beslendiği, % 24.3'ünün et ağırlıklı, yağ ve tuzdan zengin veya orta derecede yağlı ve tuzlu beslendiği saptanmıştır.

Hastaların birinci derece yakınında kalp hastalığı olma durumu incelendiğinde, % 47.0'ünün birinci derece yakınında kalp hastalığı olduğu, % 53.0'ünün birinci derece yakınında kalp hastalığı olmadığı saptanmıştır.

Hastaların daha önce kesin tanı konmuş bir hastalığı olup olmadığına bakıldığında % 28.7'sinin hekim tarafından tanı konmuş bir hastalığı olmadığı, % 21.8'inin sadece hipertansiyona sahip olduğu, % 18.3'ünün hem hipertansiyona hem kalp hastalığına sahip olduğu, % 3.5'inin sadece hipertansiyona, % 2.5'inin sadece diyabete sahip olduğu, % 25.2'sinin de kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği ve GIS hastalıklarından bir veya birkaçına sahip olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sürekli olarak kullanılan ilaç varlığına bakıldığında, % 69.8'inin sürekli ilaç kullandığı, % 30.2'sinin sürekli olarak ilaç kullanmadığı belirlenmiştir.

Hastaların sürekli olarak kullandıkları ilaç gruplarına bakıldığında, % 29.2'sinin hiç ilaç kullanmadığı, % 19.8'inin sadece antihipertansif ilaç kullandığı, % 2.5'inin sadece antidiyabetik ilaç kullandığı % 48.5'inin ise antihipertansif, beta bloker, antikoagülan, diüretik, nitrat, statin gibi ilaçların bir veya birkaçını birlikte kullandığı saptanmıştır.

Hastaların günde alınan ilaç sayısı incelendiğinde % 29.2'sinin hiç ilaç kullanmadığı, % 45.5'inin 1-5 arasında ilaç kullandığı, % 22.8'inin 5-10 arasında ilaç kullandığı ve % 2.5'inin 10'dan fazla ilaç kullandığı belirlenmiş ve günde alınan ilaç ortalaması 3.3 bulunmuştur.

HASTALARIN KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 7: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamaları ve Minimum- Maximum Değerleri (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	ORT. ± SS	MİN - MAX DEĞERLERİ
Fiziksel fonksiyon	65.7 ± 20.5	0 - 100
Rol kısıtlıkları fiziksel	45.9 ± 48.5	0 - 100
Sosyal fonksiyon	67.9 ± 16.2	0 - 100
Ağrı	32.8 ± 23.3	0 - 100
Mental sağlık	46.4 ± 15.1	0 - 100
Rol kısıtlıkları emosyonel	45.4 ± 49.1	0 - 100
Enerji	39.1 ± 16.8	0 - 100
Sağlığın genel algılanması	54.4 ± 12.6	0 - 100

SF- 36'nın tüm alt başlıkları ile ilgili kesim noktası olmamakta birlikte maximum değer 100 olarak düşünüldüğünde, hastaların sosyal fonksiyon (67.9), fiziksel fonksiyon (65.7) ve sağlığın genel algılanması (54.4) alt başlıklarında 50'nin üzerinde puan aldıkları görülmektedir. Dolayısıyla bu alt başlıklarda yaşam kalitesinde önemli bir etkilenme olmadığı söylenebilir. Ağrı (32.8) ve enerji (39.1) alt başlıklarından alınan puan ortalamaların 50'nin çok altında olduğu için burada olumsuz etkilenmeden söz edilebilir. Fiziksel rol kısıtlıkları (45.9), emosyonel rol kısıtlıkları (45.4) ve mental sağlık (46.4) alt başlıklarından alınan puanlar orta düzeydedir.

Tablo 8: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	CİNSİYET		
	(n= 83) Kadın	(n= 119) Erkek	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	59.8 ± 19.0	69.8 ± 20.5	0.001
Rol kısıtlıkları fiziksel	44.6 ± 48.8	46.8 ± 48.4	0.744
Sosyal fonksiyon	63.4 ± 15.9	71.0 ± 15.7	0.001
Ağrı	30.1 ± 22.0	34.6 ± 24.1	0.182
Mental sağlık	44.7 ± 14.7	47.6 ± 15.4	0.173
Rol kısıtlıkları emosyonel	39.8 ± 48.4	48.7 ± 49.4	0.202
Enerji	33.7 ± 12.9	42.9 ± 18.2	0.001
Sağlığın genel algılanması	51.1 ± 13.7	56.6 ± 11.3	0.002

[†] Bağımsız gruplarda t testi (Student t testi)

Tablo 8'de hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; erkeklerin kadınlara göre fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, enerji, sağlığın genel algılanması puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001, 0.001, 0.001, 0.002 sırasıyla).

Kadınların erkeklere göre yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur.

Tablo 9: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımı (n= 202)

SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	YAŞ			p [†]
	(n=76) <55	(n= 65) 55 – 65	(n=61) >65	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	68.4 ± 20.2	66.2 ± 20.1	61.8 ± 20.9	0.171
Rol kısıtlılıkları fiziksel	47.7 ± 47.3	51.9 ± 49.5	37.3 ± 48.4	0.221
Sosyal fonksiyon	69.1 ± 16.3	67.9 ± 16.5	66.4 ± 15.9	0.630
Ağrı	34.7 ± 22.5	35.6 ± 23.8	27.3 ± 23.0	0.087
Mental sağlık	44.8 ± 16.4	48.3 ± 15.4	46.4 ± 13.0	0.401
Rol kısıtlılıkları emosyonel	36.4 ± 47.2	42.1 ± 49.4	59.0 ± 48.8	0.022
Enerji	40.6 ± 17.5	39.7 ± 15.9	36.6 ± 16.8	0.372
Sağlığın genel algılanması	53.3 ± 12.6	56.4 ± 12.1	53.5 ± 13.1	0.289

[†] Tek Yönlü ANOVA, Student Newman Kuels (SNK)

Tablo 9’da hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının yaşa göre dağılımına bakıldığında; 65 yaşından büyük olan hastaların emosyonel rol kısıtlılıkları puan ortalamaları 65 yaşından küçük olan gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.022).

65 yaşından büyük olanların 65 yaşından küçük olanlara göre, emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde daha az sorun yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 10: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Beden Kitle İndeksine (BKİ) Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	BKİ				p [†]
	(n= 5) <18.5 Zayıf	(n= 46) 18.5-24.9 Normal	(n= 85) 25- 29.9 Kilolu	(n= 66) >30 Şişman	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	68.0± 19.9	67.7 ± 22.1	65.2± 20.3	64.7 ± 19.7	0.940
Rol kısıtlılıkları fiziksel	40.0 ± 54.8	50.5 ± 49.3	42.4 ± 47.7	47.7 ± 49.2	0.853
Sosyal fonksiyon	70.0± 11.2	70.1 ± 16.8	66.8 ± 16.3	67.6 ± 16.1	0.883
Ağrı	56.4 ± 31.6	33.7 ± 26.9	29.3 ± 20.3	34.8 ± 22.7	0.127
Mental sağlık	43.2 ± 14.3	45.7 ± 14.9	46.4 ± 14.2	47.2 ± 16.7	0.894
Rol kısıtlılıkları emosyonel	60.0 ± 54.8	40.6 ± 49.1	45.9 ± 49.3	45.9 ± 49.2	0.783
Enerji	33.0 ± 12.0	39.7 ± 18.5	39.0 ± 14.9	39.3 ± 18.4	0.813
Sağlığın genel algılanması	55.8 ± 6.0	54.4 ± 12.7	53.8 ± 13.2	54.9 ± 12.3	0.945

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 10'da hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının BKİ'ne göre dağılımına bakıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05).

Tablo 11: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	MEDENİ DURUM		
	(n= 175) Evli	(n= 27) Dul	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	66.9 ± 20.0	57.6 ± 21.6	0.031
Rol kısıtlılıkları fiziksel	47.0 ± 48.5	38.9 ± 48.7	0.412
Sosyal fonksiyon	68.0 ± 15.8	67.1 ± 18.7	0.520
Ağrı	32.1 ± 22.7	37.1 ± 26.8	0.385
Mental sağlık	46.9 ± 14.8	43.4 ± 17.2	0.190
Rol kısıtlılıkları emosyonel	47.4 ± 49.4	29.6 ± 44.7	0.079
Enerji	39.9 ± 16.8	33.7 ± 16.1	0.044
Sağlığın genel algılanması	55.2 ± 12.2	48.9 ± 14.2	0.025

[†] Mann- Whitney U Testi

Tablo 11’de hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının medeni duruma göre dağılımına bakıldığında; evlilerin fiziksel fonksiyon, enerji ve sağlığın genel algılanması puan ortalamaları dullara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.031, 0.044, 0.025 sırasıyla).

Evlilerin dullara göre fiziksel etkinliklerini yerine getirirken daha az kısıtlılık yaşadıkları, enerji düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sağlıklarının daha iyi olduğuna inandıkları belirlenmiştir.

Tablo 12: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	EĞİTİM DURUMU						p [†]
	(n= 35) Okur/yazar değil	(n= 23) Okur/yazar	(n= 106) İlkokul Mezunu	(n= 13) Ortaokul mezunu	(n= 16) Lise mezunu	(n= 9) Üniversite ve üzeri	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	57.3 ± 20.8	60.0 ± 17.5	66.1 ± 19.9	77.7 ± 15.5	73.8 ± 22.9	76.7 ± 19.7	0.003
Rol kısıtlıkları fiziksel	27.1 ± 42.6	39.1 ± 49.9	45.9 ± 49.3	84.6 ± 37.5	51.6 ± 46.1	69.4 ± 41.0	0.012
Sosyal fonksiyon	61.4 ± 15.6	67.4 ± 16.7	70.2 ± 15.7	67.3 ± 14.9	68.8 ± 17.7	66.7 ± 19.8	0.124
Ağrı	25.4 ± 16.4	39.1 ± 22.1	31.3 ± 22.3	23.1 ± 18.1	46.2 ± 30.5	52.3 ± 32.2	0.022
Mental sağlık	42.4 ± 12.4	44.0 ± 15.6	46.1 ± 15.4	53.5 ± 15.5	51.5 ± 17.7	52.9 ± 10.9	0.093
Rol kısıtlıkları emosyonel	32.4 ± 46.8	34.8 ± 48.7	48.7 ± 49.6	53.8 ± 51.9	41.7 ± 47.9	70.4 ± 45.5	0.221
Enerji	30.7 ± 12.7	38.9 ± 13.4	39.3 ± 17.4	45.4 ± 16.6	44.4 ± 17.0	51.7 ± 18.7	0.001
Sağlığın genel algılanması	49.2 ± 12.9	56.1 ± 13.7	54.8 ± 12.5	59.0 ± 8.3	53.6 ± 13.5	59.7 ± 9.1	0.109

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 12’de hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında; ortaokul mezunu ile üniversite ve üzeri eğitim almış kişilerin fiziksel fonksiyon puan ortalaması okur/yazar olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.003).

Ortaokul mezunu olanların, okur/ yazar olmayan ve okur/ yazar olanlara göre fiziksel rol kısıtlılıkları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.012).

Üniversite ve üzeri eğitim almış kişilerin ağrı puan ortalaması okur/yazar olmayan, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanlara göre; lise mezunu olan kişilerin ise ağrı puan ortalaması okur/ yazar olmayan ve ortaokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.022).

Üniversite ve üzeri eğitim almış kişilerin enerji puan ortalaması okur/ yazar olmayan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir.

Tablo 13: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Kişinin Yaşantısının En Çok Geçtiği Yere Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	YAŞANTISININ EN ÇOK GEÇTİĞİ YER (3/4)				p [†]
	(n= 65) Köy	(n= 9) Kasaba	(n= 55) İlçe	(n= 73) İl	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	62.5 ± 20.8	65.0 ± 26.2	66.2 ± 18.7	68.3 ± 20.7	0.340
Rol kısıtlılıkları fiziksel	48.1 ± 49.7	44.4 ± 52.7	43.6 ± 47.4	45.9 ± 48.6	0.986
Sosyal fonksiyon	65.4 ± 16.1	66.7 ± 19.8	67.3 ± 15.1	70.7 ± 16.6	0.309
Ağrı	27.3 ± 18.8	32.6 ± 16.2	34.9 ± 24.5	36.0 ± 26.1	0.211
Mental sağlık	45.9 ± 13.7	45.3 ± 13.1	42.8 ± 16.0	49.6 ± 15.5	0.061
Rol kısıtlılıkları emosyonel	44.6 ± 50.1	55.6 ± 52.7	44.8 ± 48.5	44.3 ± 49.1	0.936
Enerji	38.0 ± 15.6	37.8 ± 13.0	37.5 ± 17.1	41.5 ± 18.0	0.473
Sağlığın genel algılanması	52.8 ± 13.5	60.8 ± 7.3	54.4 ± 12.1	54.9 ± 2.6	0.356

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 13’de hastaların SF -36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının kişinin yaşantısının en çok geçtiği yere göre dağılımına bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05).

Tablo 14: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	MESLEK						p [†]
	(n= 12) İşçi	(n= 9) Memur	(n= 57) Emekli	(n= 30) Serbest meslek	(n= 23) Çiftçi	(n= 71) Ev hanımı	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	76.7 ± 15.4	77.2 ± 18.6	67.9 ± 22.7	68.5 ± 18.9	67.8 ± 20.2	58.7 ± 18.5	0.006
Rol kısıtlıkları fiziksel	64.6 ± 48.2	50.0 ± 48.4	50.0 ± 49.3	37.5 ± 47.2	51.1 ± 50.3	40.8 ± 48.0	0.634
Sosyal fonksiyon	78.1 ± 16.1	69.4 ± 12.7	66.4 ± 18.0	72.1 ± 14.6	71.2 ± 14.8	64.3 ± 15.3	0.033
Ağrı	43.8 ± 31.5	31.1 ± 23.1	36.3 ± 25.6	35.2 ± 22.6	24.5 ± 14.4	29.8 ± 21.8	0.318
Mental sağlık	56.7 ± 14.8	51.1 ± 16.2	48.5 ± 15.2	42.7 ± 16.8	45.6 ± 14.1	44.3 ± 13.9	0.059
Rol kısıtlıkları emosyonel	50.0 ± 52.2	48.1 ± 50.3	40.4 ± 48.7	58.9 ± 49.3	56.5 ± 50.7	38.0 ± 47.9	0.374
Enerji	52.9 ± 19.7	44.4 ± 17.6	45.4 ± 19.4	35.5 ± 12.6	39.3 ± 16.0	32.5 ± 12.0	0.001
Sağlığın genel algılanması	53.7 ± 11.0	57.2 ± 14.9	56.9 ± 10.8	56.6 ± 11.4	56.3 ± 11.9	50.6 ± 14.0	0.072

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 14’de hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında; işçi, memur, emekli ve serbest meslek sahibi olanların fiziksel fonksiyon puan ortalaması ev hanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.006).

İşçilerin sosyal fonksiyon puan ortalaması emekli ve ev hanımlarına göre, serbest meslek sahibi olanların sosyal fonksiyon puan ortalaması ev hanımlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.033).

İşçi ve memurların enerji puan ortalaması, serbest meslek ve ev hanımı gibi meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Tablo 15: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Gelir Düzeyi Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	AYLIK GELİR DÜZEYİ				p [†]
	(n= 11) Hiç geliri olmayan	(n= 57) <500 TL	(n= 101) 500-1000 TL	(n= 33) >1000TL	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	55.9 ± 17.6	60.3 ± 21.1	67.9 ± 18.9	71.4 ± 22.4	0.024
Rol kısıtlıkları fiziksel	56.8 ± 50.11	31.6 ± 44.9	46.5 ± 49.1	65.2 ± 45.9	0.019
Sosyal fonksiyon	68.2± 16.2	65.6 ± 16.8	69.7 ± 14.5	66.3 ± 19.9	0.409
Ağrı	28.2 ± 18.3	24.8 ±18.6	35.2 ± 24.2	40.5 ± 25.7	0.014
Mental sağlık	37.8 ± 12.3	41.9 ± 13.7	48.4 ± 15.0	50.9 ± 16.4	0.007
Rol kısıtlıkları emosyonel	36.4 ± 50.5	36.8 ± 47.8	49.8± 49.6	47.5 ± 49.3	0.372
Enerji	30.5 ± 8.5	32.2 ± 12.1	42.1 ± 17.5	44.8 ± 19.1	0.001
Sağlığın genel algılanması	44.0 ± 12.8	53.6 ± 13.8	55.4 ± 11.4	55.9± 12.9	0.040

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 15'te hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının gelir durumuna göre dağılımına bakıldığında; aylık gelir düzeyi 500 TL'nin üzerinde olanların fiziksel fonksiyon, ağrı, mental sağlık ve enerji puan ortalamaları aylık geliri hiç olmayan ve 500 TL'nin altında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.024, 0.014, 0.007, 0.001 sırasıyla).

Aylık gelir düzeyi 1000 TL'nin üzerinde olanların fiziksel rol kısıtlıkları puan ortalaması aylık gelir düzeyi 500 TL'nin altında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.019).

Belirli bir aylık geliri olanların hiç geliri olmayanlara göre sağlığın genel algılanması puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.040)

Gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlenmiştir.

Tablo 16: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLER					p [†]
	(n= 13) Yalnız	(n= 77) Eşi	(n= 72) Eşi ve Çocukları	(n=22) Çocuklar	(n= 18) Diğer aile Üyeleri (torun)	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	60.4 ±23.8	66.7 ±20.6	68.8 ±19.6	56.1 ±19.6	64.4 ± 19.5	0.100
Rol kısıtlılıkları fiziksel	46.2 ±51.9	39.9 ±51.9	60.4 ±47.2	26.1 ±42.6	37.5 ± 48.7	0.017
Sosyal fonksiyon	75.0 ±22.2	66.2 ±16.4	70.8 ±15.9	64.8 ±12.6	61.8 ±12.5	0.094
Ağrı	35.9 ±32.7	29.5 ±18.3	36.1 ±26.2	32.1 ±17.8	31.6 ±28.5	0.688
Mental sağlık	50.2 ±20.2	46.5 ±12.2	49.1 ±17.5	37.8 ±11.0	43.1 ± 13.7	0.043
Rol kısıtlılıkları emosyonel	46.2 ±48.2	48.9 ±49.7	43.1 ±49.2	33.3 ±47.1	50.0 ± 51.4	0.740
Enerji	35.0 ±19.3	38.5 ±16.1	43.8 ±17.8	33.6 ±12.5	32.5 ± 14.1	0.006
Sağlığın genel algılanması	51.5 ±14.9	55.1 ±12.0	57.2 ±12.3	44.3 ±11.7	54.4 ±9.9	0.001

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 16’da hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımına bakıldığında; eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların fiziksel rol kısıtlılıkları puan ortalaması sadece eşi ve sadece çocuklarıyla birlikte yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.017).

Yalnız, sadece eşi, eşi ve çocukları ile yaşayanların, sadece çocukları ile yaşayanlara göre mental sağlık puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.043).

Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların diğer gruplara göre enerji puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.006).

Yalnız, eşi, eşi ve çocukları ve diğer aile üyeleri (torun) ile birlikte yaşayanların sağlığın genel algılanması puan ortalaması sadece çocuklarıyla yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Tablo 17: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	ÇOCUK SAYISI				p [†]
	(n= 10) Çocuk yok	(n= 97) 1-2	(n= 58) 3-4	(n= 37) 5 ve üzeri	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	64.0 ± 21.8	67.0±20.1	65.1 ±22.3	63.6 ±18.5	0.822
Rol kısıtlılıkları fiziksel	30.0 ± 43.8	52.3 ±48.6	48.3 ±48.6	29.7 ±46.3	0.071
Sosyal fonksiyon	67.5 ±22.9	70.1 ±15.4	66.2 ±16.9	64.9 ±14.9	0.211
Ağrı	37.5 ±29.5	38.3 ±23.3	25.9 ±20.8	27.6 ±21.9	0.003
Mental sağlık	44.4 ±14.5	47.3 ±15.8	45.7 ±15.8	45.8±12.8	0.966
Rol kısıtlılıkları emosyonel	50.0 ±52.7	40.5 ±48.4	49.4 ±49.3	48.6 ±50.7	0.731
Enerji	37.5 ±21.4	40.4 ±15.6	38.9 ±19.2	36.5 ±14.7	0.307
Sağlığın genel algılanması	55.2 ±13.4	55.9 ±12.6	52.1 ±13.1	53.7 ±11.5	0.351

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 17’de hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının sahip oldukları çocuk sayısına göre dağılımına bakıldığında; 1-2 çocuğa sahip olanların, 3 ve üzerinde çocuk sahibi olanlara göre ağrı alt grup puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 003).

Tablo 18: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Sahip Oldukları Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı (n= 200)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	SOSYAL GÜVENCE TÜRÜ				p [†]
	(n= 30) EMS	(n= 82) BK	(n= 50) SSK	(n= 38) YK	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	66.8±21.0	60.4±19.2	69.2±20.9	64.2±20.1	0.171
Rol kısıtlılıkları fiziksel	57.5±47.4	47.5±50.1	48.2±49.0	29.6±43.4	0.124
Sosyal fonksiyon	63.8±16.9	66.5±16.5	69.2±16.6	70.4±14.6	0.226
Ağrı	31.3±26.4	28.8±20.9	37.5±25.4	29.7±17.4	0.130
Mental sağlık	50.9±13.8	46.6±15.1	47.3±14.5	40.7±16.7	0.018
Rol kısıtlılıkları emosyonel	50.0±48.5	54.0±50.3	43.9±48.8	34.2±48.1	0.252
Enerji	41.2±18.3	36.4±15.3	42.6±18.2	33.8±12.9	0.018
Sağlığın genel algılanması	55.6±13.9	54.5±13.6	54.7±11.9	52.1±11.9	0412

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

2 kişi özel sağlık sigortasına sahiptir. Hasta sayısı az olduğu için analize alınmamıştır.

EMS: Emekli Sandığı BK: Bağ-Kur SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu YK: Yeşil Kart

Tablo 18’de hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının sahip oldukları sosyal güvenceye göre dağılımına bakıldığında; EMS, SSK, BK gibi sosyal güvenlik kurumuna sahip olanların mental sağlık puan ortalaması YK’a sahip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.018).

SSK ‘ya sahip olanların enerji puan ortalaması BK ve YK’a sahip olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.018).

Tablo 19: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Klinik Tanıya Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	KLİNİK TANI			
	(n= 84) Angina Pectoris	(n= 60) Miyokard enfarktüsü	(n= 58) Diğer (kalp yetmezliği vb.)	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	62.7 ± 18.3	73.3 ± 21.0	62.1 ± 21.0	0.003
Rol kısıtlılıkları fiziksel	33.9 ± 46.3	65.0 ± 45.6	44.3 ± 49.0	0.001
Sosyal fonksiyon	67.3 ± 13.9	71.0 ± 16.7	65.1 ± 18.3	0.132
Ağrı	33.3 ± 18.7	29.5 ± 25.9	35.9 ± 26.2	0.326
Mental sağlık	43.9 ± 14.5	50.9 ± 16.9	45.4 ± 13.3	0.021
Rol kısıtlılıkları emosyonel	40.1 ± 48.2	55.0 ± 50.2	40.9 ± 48.6	0.156
Enerji	36.3 ± 15.3	46.3 ± 14.4	35.9 ± 19.1	0.001
Sağlığın genel algılanması	54.7 ± 11.4	56.3 ± 11.4	51.8 ± 15.1	0.149

[†] Tek Yönlü ANOVA, Student Newman Kuels (SNK)

Tablo 19’da hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının klinik tanıya göre dağılımına bakıldığında; miyokard enfarktüsü tanısıyla yatırılmış hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, mental sağlık ve enerji puan ortalamaları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.003, 0.001, 0.021, 0.001 sırasıyla).

Tablo 20: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	DAHA ÖNCE HASTANEDE YATMA DURUMU		
	(n= 156) Evet	(n= 46) Hayır	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	62.2 ± 19.2	77.6 ± 20.2	0.001
Rol kısıtlılıkları fiziksel	42.3 ± 48.5	58.2 ± 46.9	0.051
Sosyal fonksiyon	66.1 ± 15.7	73.9 ± 16.6	0.004
Ağrı	29.3± 20.6	44.3 ± 28.1	0.001
Mental sağlık	45.1 ± 14.8	50.9 ± 15.6	0.023
Rol kısıtlılıkları emosyonel	43.8 ± 49.3	49.3 ± 48.6	0.508
Enerji	36.1 ± 14.9	49.5 ± 18.6	0.001
Sağlığın genel algılanması	53.6 ± 12.9	57.1 ± 10.9	0.096

[†] Bağımsız gruplarda t testi (Student t testi)

Tablo 20’de hastaların SF -36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının daha önce hastanede yatma durumuna göre dağılımına bakıldığında; daha önce hastanede yatmayanların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık ve enerji puanortalamaları daha önce hastanede yatanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001, 0.004, 0.001, 0.023, 0.001 sırasıyla).

Daha önce hastane deneyimi olmayanların yaşam kalitesi daha yüksek belirlenmiştir.

Tablo 21: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Hastanede Yatma Sayısına Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	HASTANEDE YATMA SAYISI				p [†]
	(n= 50) Hiç	(n= 72) 1-2	(n= 45) 3-4	(n= 35) 5 ve üzeri	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	77.4 ±19.3	67.9 ±17.0	60.2 ±18.9	51.4 ±20.3	0.001
Rol kısıtlılıkları fiziksel	61.5 ±46.3	47.6 ±49.1	31.1 ±45.9	39.3 ±48.2	0.017
Sosyal fonksiyon	73.8± 16.2	71.0 ±13.9	64.7± 14.2	57.1 ±17.5	0.001
Ağrı	42.5 ±28.4	32.7 ±21.9	27.9 ±21.6	25.2 ±14.2	0.002
Mental sağlık	50.9 ±15.2	47.1 ± 6.9	44.0 ±14.1	41.7 ±10.5	0.028
Rol kısıtlılıkları emosyonel	53.3± 48.6	43.9 ±49.4	34.8± 47.6	48.6±50.7	0.310
Enerji	49.1± 17.5	39.0± 16.3	33.9 ±15.7	31.7±10.8	0.001
Sağlığın genel algılanması	57.7 ±10.9	57.9 ±11.0	51.8 ±11.9	45.5 ±14.0	0.001

† Tek Yönlü ANOVA, Student Newman Kuels (SNK)

Tablo 21’de hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının hastanede yatma sayısına göre dağılımına bakıldığında; hastanede hiç yatmayanların daha önce hastanede yatmış diğer gruplara göre, hastanede 1- 2 defa yatmış olanların hastanede 3’ten fazla yatmış olanlara göre, hastanede 3-4 defa yatanların hastanede 5 ve daha fazla yatmış olanlara göre fiziksel fonksiyon puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Hastanede hiç yatmayanların, hastanede 3- 4 defa yatanlara göre fiziksel rol kısıtlılıkları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.017).

Hastanede hiç yatmayanların daha önce hastanede yatmış olan diğer gruplara göre ağrı ve enerji alt grup puanlamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.002, 0.001 sırasıyla).

Hastanede hiç yatmayan ve hastanede 1- 2 defa yatan hastaların, hastanede 3’ten fazla yatanlara göre, hastanede 3- 4 defa yatanların hastanede 5 ve üzerinde yatmış olanlara göre sağlığın genel algılanması ve sosyal fonksiyon alt grup puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001, 0.001 sırasıyla).

Hastanede hiç yatmayanların mental sağlık alt grup puanlaması hastanede 5 ve üzerinde yatan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.028).

Hastanede yatma sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir.

Tablo 22: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Kalp Ameliyatı Geçirme Durumuna Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	KALP AMELİYATI GEÇİRME DURUMU		
	(n= 9) Evet	(n= 193) Hayır	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	50.6 ± 31.9	66.4 ± 19.6	0.051
Rol kısıtlılıkları fiziksel	36.1 ± 48.6	46.4 ± 48.5	0.645
Sosyal fonksiyon	50.0 ± 20.7	68.7 ± 15.5	0.007
Ağrı	27.1 ± 13.1	33.0 ± 23.6	0.690
Mental sağlık	32.9 ± 12.5	47.5 ± 14.9	0.005
Rol kısıtlılıkları emosyonel	44.4 ± 52.7	45.1 ± 49.1	0.950
Enerji	38.9 ± 20.4	39.1 ± 16.7	0.686
Sağlığın genel algılanması	42.5 ± 15.4	54.9 ± 12.2	0.011

[†] Mann-Whitney U Testi

Tablo 22’de hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının kalp ameliyatı geçirme durumuna göre dağılımına bakıldığında; daha önce kalp ameliyatı geçirmeyen kişilerin kalp ameliyatı geçiren kişilere göre sosyal fonksiyon puanı, mental sağlık puanı ve sağlığın genel algılanması puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.007, 0.005, 0.011 sırasıyla).

Daha önce kalp ameliyatı geçirmiş kişilerin kalp ameliyatı olmayan kişilere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 23: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Egzersiz Yapma Durumuna Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	EGZERSİZ			p [†]
	(n= 165) Hiç yapmıyorum	(n= 27) Ara sıra yapıyorum	(n= 10) Haftada en az 2-3 kez	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	63.9 ±20.3	71.9 ±19.8	78.0 ±18.6	0.015
Rol kısıtlılıkları fiziksel	44.4 ±48.4	46.3 ±48.4	70.0 ±48.3	0.266
Sosyal fonksiyon	66.7 ±15.9	71.8 ±18.2	76.3 ±12.4	0.096
Ağrı	31.7 ±22.5	37.9 ±26.8	35.7 ±26.8	0.722
Mental sağlık	45.2 ±14.8	52.1 ±15.0	50.8 ±18.3	0.055
Rol kısıtlılıkları emosyonel	46.1 ±49.0	37.0 ±49.2	50.0 ±52.7	0.617
Enerji	37.8±15.5	41.5 ±21.9	54.5 ±14.4	0.006
Sağlığın genel algılanması	53.4 ±13.1	56.7 ±9.1	64.5 ±5.4	0.006

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 23'te hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının egzersiz yapma durumuna göre dağılımına bakıldığında, haftada en az 2-3 kez egzersiz yapanların hiç egzersiz yapmayan ve ara-sıra egzersiz yapanlara göre fiziksel fonksiyon, sağlığın genel algılanması ve enerji alt grup puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.015, 0.006, 0.006 sırasıyla).

Haftada en az 2-3 kez egzersiz yapanlar, hiç egzersiz yapmayanlar ve ara-sıra egzersiz yapanlara göre fiziksel fonksiyonlarını yerine getirirken sorun yaşamadıkları, sağlıklarının iyi olduğuna inandıkları ve kendilerini enerjik hissettikleri belirlenmiştir.

Tablo 24: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Birinci Derece Yakınında Kalp Hastalığı Varlığına Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	BİRİNCİ DERECE YAKININDA KALP HASTALIĞI VARLIĞI		
	(n= 95) Evet	(n= 107) Hayır	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	63.1 ± 20.4	68.0 ± 20.3	0.084
Rol kısıtlılıkları fiziksel	42.9 ± 48.3	48.6 ± 48.7	0.405
Sosyal fonksiyon	67.9 ± 16.9	67.9 ± 15.6	0.993
Ağrı	35.1 ± 23.1	30.7 ± 23.3	0.176
Mental sağlık	44.5 ± 14.9	48.1 ± 15.2	0.098
Rol kısıtlılıkları emosyonel	47.0 ± 49.7	43.3 ± 48.7	0.593
Enerji	36.7 ± 15.4	41.2 ± 17.8	0.058
Sağlığın genel algılanması	53.3 ± 13.8	55.3 ± 11.4	0.247

[†] Bağımsız gruplarda t testi (Student t testi)

Tablo 24'te hastaların SF -36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının birinci derece yakınında kalp hastalığı varlığına göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05).

Tablo 25: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Sürekli Olarak Kullandığı İlaç Varlığına Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	SÜREKLİ KULLANILAN İLAÇ VARLIĞI		
	(n= 141) Evet	(n= 61) Hayır	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	62.3 ± 20.5	73.6 ± 18.1	0.001
Rol kısıtlılıkları fiziksel	42.2 ± 48.1	54.5 ± 48.6	0.098
Sosyal fonksiyon	65.5± 15.4	73.4 ± 16.7	0.001
Ağrı	33.6 ± 22.8	30.7 ± 24.6	0.404
Mental sağlık	44.6 ± 14.2	50.6 ± 16.5	0.009
Rol kısıtlılıkları emosyonel	40.4± 48.8	55.7 ± 48.6	0.042
Enerji	36.3 ± 14.3	45.5 ± 20.2	0.001
Sağlığın genel algılanması	52.6 ± 13.1	58.5 ± 10.4	0.002

[†] Bağımsız gruplarda t testi (Student t testi)

Tablo 25’de hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının sürekli olarak kullandığı ilaç varlığına göre dağılımına bakıldığında; sürekli olarak ilaç kullanmayanların sürekli ilaç kullananlara göre fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılıkları, enerji ve sağlığın genel algılanması puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001, 0.001, 0.009, 0.042, 0.001, 0.002 sırasıyla).

Sürekli olarak ilaç kullanmayanların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 26: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Günde Alınan İlaç Sayısına Göre Dağılımı (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	GÜNDE ALINAN İLAÇ SAYISI				p [†]
	(n= 59) Hiç kullanmayanlar	(n= 92) 1-5	(n= 46) 6-10	(n= 5) 10'dan fazla	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Fiziksel fonksiyon	73.6 ± 18.1	65.2± 20.1	59.8± 18.9	37.0 ± 25.6	0.001
Rol kısıtlıkları fiziksel	54.7 ± 48.6	45.7 ± 48.1	40.2 ±49.0	0.0 ±0.0	0.078
Sosyal fonksiyon	73.5 ± 16.9	67.3 ± 13.9	64.1 ±15.3	47.5± 28.5	0.007
Ağrı	31.3 ± 24.6	34.7 ±23.5	31.4 ±22.5	27.2± 8.5	0.627
Mental sağlık	51.3 ± 16.3	45.3 ± 14.9	44.5 ±11.9	26.4 ± 7.8	0.002
Rol kısıtlıkları emosyonel	55.9± 48.5	44.6 ± 49.2	36.9 ±48.8	0.0 ±0.0	0.036
Enerji	46.4 ± 19.9	38.2 ±14.5	33.3 ±13.5	24.0 ± 8.2	0.001
Sağlığın genel algılanması	58.9± 10.1	54.8 ±11.9	48.9 ±13.6	41.2 ± 19.5	0.001

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 26'da hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının günde alınan ilaç sayısına göre dağılımı incelendiğinde; günde ondan az ve hiç ilaç kullanmayanların fiziksel ve sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlıkları, mental sağlık alt grup puan ortalamaları günde ondan fazla ilaç kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001, 0.007, 0.036, 0.002 sırasıyla).

Günde hiç ilaç kullanmayan ve 5'ten az ilaç kullananların sağlığın genel algılanması ve enerji alt grup puan ortalamaları günde 10'dan fazla ilaç kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001, 0.001 sırasıyla).

Tablo 27: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Yaş, Gelir Durumu, BKİ ve İlaç Sayısı ile Korelasyonu (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	(N= 202) YAŞ		(N= 191) *GELİR		(N= 202) BKİ		(N= 143) **İLAÇ SAYISI	
	r	p [†]	r	p [†]	r	p [†]	r	p [†]
Fiziksel fonksiyon	-0.15	0.034	0.18	0.009	-0.03	0.658	-0.35	0.001
Rol kısıtlılıkları fiziksel	-0.10	0.149	0.22	0.003	-0.04	0.953	-0.16	0.022
Sosyal fonksiyon	-0.10	0.124	-0.03	0.667	-0.06	0.331	-0.03	0.667
Ağrı	-0.15	0.031	0.16	0.025	-0.03	0.965	-0.03	0.643
Mental sağlık	0.04	0.552	0.21	0.191	0.01	0.806	-0.27	0.001
Rol kısıtlılıkları emosyonel	-0.19	0.006	0.080	0.269	0.01	0.837	0.08	0.269
Enerji	-0.11	0.120	0.20	0.004	0.01	0.801	0.20	0.004
Sağlığın genel algılanması	-0.01	0.946	0.09	0.185	0.04	0.570	0.09	0.185

[†] Pearson korelasyon analizi

*11 kişinin hiçbir geliri yoktur. ** 59 kişi hiç ilaç kullanmamaktadır.

Tablo 27’de hastaların SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının yaş, gelir durumu, BKİ ve ilaç sayısı ile korelasyonuna bakıldığında; yaş ile fiziksel fonksiyon ve ağrı alt grup puanları arasında negatif, emosyonel rol kısıtlılıkları puanı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (p= 0.034, 0.031,0.006 sırasıyla).

Gelir durumu ile SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, ağrı ve enerji alt grup puanları arasında pozitif ilişki bulunmuştur (p= 0.009, 0.003, 0.025,0.004 sırasıyla).

İlaç sayısı ile SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında, ilaç sayısı ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, mental sağlık arasında negatif ilişki, enerji alt grup puan ları arasında pozitif ilişki belirlenmiştir (p= 0.001,0.022, 0.001,0.004).

Yaş arttıkça fiziksel fonksiyon ve ağrı azalmakta ve yaşa bağlı emosyonel rol kısıtlılıkları daha az yaşanmaktadır. Gelir düzeyi arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, ağrı ve enerji düzeyleri de artmaktadır. İlaç sayısı arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları mental sağlık azalmakta, enerji düzeyi artmaktadır.

**HASTALARIN KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DURUMLUK-
SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

**Tablo 28: Hastaların Durumluk-Süreklİ Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları ve
Minimum - Maximum Değerleri (n= 202)**

KAYGI PUANI TÜRÜ	ORT. ± SS	MİN - MAX DEĞERLERİ
Durumluk kaygı puanı	42.5 ± 6.3	20- 80
Süreklİ kaygı puanı	46.3 ± 6.0	20- 80

Tablo 28'de hastaların durumluk- süreklİ kaygı envanteri puan ortalamalarına bakıldığında; durumluk kaygı puan ortalaması 42.5 (min:23, max: 65), süreklİ kaygı puan ortalaması 46.3 (min:27, max: 64) bulunmuştur.

Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların durumluk ve süreklİ kaygı puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur.

Tablo 29: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı (n=202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	CİNSİYET		
	(n= 83) Kadın	(n= 119) Erkek	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	43.5 ± 6.5	41.8 ± 6.1	0.052
Sürekli kaygı puanı	48.9 ± 5.5	44.4 ± 5.6	0.001

[†] Bağımsız gruplarda t testi (Student t testi)

Tablo 29’da hastaların durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; kadınların sürekli kaygı puan ortalaması erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Tablo 30: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	YAŞ			p [†]
	(n=76) <55	(n= 65) 55 – 65	(n=61) >65	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	43.4 ± 6.5	41.5 ± 6.1	42.3 ± 6.3	0.174
Sürekli kaygı puanı	47.1 ± 6.6	44.9 ± 5.3	46.7 ± 5.8	0.088

[†] Tek Yönlü ANOVA

Tablo 30’da hastaların durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının yaşa göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p> 0.05).

Tablo 31: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının BKİ'ne Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	BKİ				p [†]
	(n= 5) <18.5 Zayıf	(n= 46) 18.5-24.9 Normal	(n= 85) 25- 29.9 Kilolu	(n= 66) >30 Şişman	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	41.2 ± 4.2	42.3 ± 5.8	42.2 ± 6.7	42.5 ± 6.4	0.978
Sürekli kaygı puanı	46.4 ± 3.4	45.9 ± 5.9	46.3 ± 6.2	46.3 ± 6.1	0.902

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 31 hastaların durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının BKİ'ne göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05)

Tablo 32: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	MEDENİ DURUM		p [†]
	(n= 175) Evli	(n= 27) Dul	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	42.2 ± 6.1	44.5 ± 7.3	0.087
Sürekli kaygı puanı	45.7 ± 5.6	50.1 ± 7.1	0.001

[†] Mann- Whitney U Testi

Tablo 3'de hastaların durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının medeni duruma göre dağılımına bakıldığında; dul olanları sürekli kaygı puan ortalaması evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Tablo 33: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	EĞİTİM DURUMU						p [†]
	(n= 35) Okur/yazar değil	(n= 23) Okur/yazar	(n= 106) İlkokul Mezunu	(n= 13) Ortaokul mezunu	(n= 16) Lise mezunu	(n= 9) Üniversite ve üzeri	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	45.2 ± 5.6	43.7 ± 8.4	41.8 ± 5.8	39.6± 4.6	41.3 ± 6.9	42.6 ± 7.8	0.042
Sürekli kaygı puanı	50.3± 4.2	48.4 ± 7.8	45.5 ± 5.5	43.8 ± 4.1	45.0 ± 6.4	40.9 ± 5.3	0.001

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 33'te hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında; okur/yazar olmayan ve okur/yazar olanların sürekli kaygı puan ortalaması ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Okur/yazar olmayanların durumluk kaygı puan ortalaması ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.042).

Eğitim düzeyi azaldıkça durumluk ve sürekli kaygı puanının arttığı belirlenmiştir.

Tablo 34: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Yaşantısının Büyük Çoğunluğunun Geçtiği yere Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	YAŞANTISININ BÜYÜK ÇOĞUNLUĞUNUN GEÇTİĞİ YER (3/4)					p [†]
	(n= 65) Köy	(n= 9) Kasaba	(n= 55) İlçe	(n= 73) İl		
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS		
Durumluk kaygı puanı	42.6 ± 6.4	40.9 ± 4.6	42.7 ± 6.9	42.4 ± 6.3		0.881
Sürekli kaygı puanı	46.5 ± 5.8	44.9 ± 5.2	47.9 ± 6.3	45.0 ± 5.8		0.026

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 34’te hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının yaşantısının büyük çoğunluğunun geçtiği yere göre dağılımına bakıldığında; ilçede yaşayanların sürekli kaygı puan ortalaması ilde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.026).

Tablo 35: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	MESLEK						p [†]
	(n= 12) İşçi	(n= 9) Memur	(n= 57) Emekli	(n= 30) Serbest meslek	(n= 23) Çiftçi	(n= 71) Ev hanımı	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	41.7 ±7.2	40.7 ± 5.3	40.2 ± 6.0	44.0 ±6.1	42.8±5.9	43.9 ± 6.3	0.005
Sürekli kaygı puanı	43.1 ± 5.5	43.0 ± 4.0	43.9 ± 5.3	47.1 ±6.6	45.4±4.6	49.1 ± 5.7	0.001

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 35’te hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında; ev hanımı ve serbest mesleğe sahip olanların durumluk kaygı puan ortalaması emekli olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.005).

Ev hanımı olanların diğer meslek gruplarına göre sürekli kaygı puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

.Tablo 36: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	AYLIK GELİR DÜZEYİ				p [†]
	(n= 11) Hiç geliri olmayan	(n= 57) <500 TL	(n= 101) 500-1000 TL	(n= 33) >1000TL	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	48.1 ±6.2	44.1 ±6.1	42.2 ±5.7	41.0 ±6.9	0.001
Sürekli kaygı puanı	50.8 ±5.9	48.9 ±5.4	45.2±5.6	43.7 ±5.8	0.001

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 36’da hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının aylık gelir düzeyine göre dağılımına bakıldığında; hiç geliri olmayanların ve 500 TL’ nin altında geliri olanların 500 TL’ nin üzerinde aylık geliri olanlara göre sürekli kaygı puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Aylık geliri hiç olmayanların belirli düzeylerde aylık geliri olanlara göre durumluk kaygı puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Gelir düzeyi azaldıkça sürekli ve durumluk kaygı düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Tablo 37: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLER					p [†]
	(n= 13) Yalnız	(n= 77) Eşi	(n= 72) Eşi ve Çocukları	(n=22) Çocuklar	(n= 18) Diğer aile Üyeleri (torun)	
	Ort. ±SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	41.8±6.9	41.9 ±6.3	41.7 ±5.9	46.6 ±6.9	43.1 ±5.2	0.082
Sürekli kaygı puanı	48.6±7.7	45.4 ±4.9	44.8 ±6.4	50.9 ±5.6	48.7 ±4.5	0.001

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 37’de hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımına bakıldığında; sadece çocukları ile birlikte yaşayanların sürekli kaygı puan ortalaması eşi, eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Tablo 38: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	ÇOCUK SAYISI				p [†]
	(n= 10) Çocuk yok	(n= 97) 1-2	(n= 58) 3-4	(n= 37) 5 ve üzeri	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	46.4 ±5.2	41.5 ±5.7	42.7 ±7.1	43.6 ±6.4	0.064
Sürekli kaygı puanı	48.2 ±3.9	45.4 ±6.1	46.2 ±6.4	48.1 ±5.1	0.141

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 38’de hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının çocuk sayısına göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05).

Tablo 39: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence Türüne Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	SOSYAL GÜVENCE TÜRÜ				p [†]
	(n= 30) EMS	(n= 82) BK	(n= 50) SSK	(n= 38) YK	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	41.0 ± 5.9	41.5 ± 5.5	41.6 ± 6.1	46.8 ± 6.5	0.001
Sürekli kaygı puanı	44.8 ± 4.0	45.9 ± 5.2	44.9 ± 6.6	51.0 ± 4.8	0.001

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

2 kişi özel sağlık sigortasına sahiptir. Hasta sayısı az olduğu için analize alınmamıştır.

EMS: Emekli Sandığı BK: Bağ-Kur SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu YK: Yeşil Kart

Tablo 39’da hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının sosyal güvence türüne göre dağılımına bakıldığında; YK’a sahip olan hastaların diğer sosyal güvenceye sahip olanlara göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001, 0.001 sırasıyla).

Tablo 40: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Klinik Tanıya Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	KLİNİK TANI			p [†]
	(n= 84) Angina Pektoris	(n= 60) Miyokard enfarktüsü	(n= 58) Diğer (kalp yetmezliği vb.)	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	42.6 ± 6.0	41.6 ± 6.5	43.2 ± 6.6	0.377
Sürekli kaygı puanı	47.4 ± 5.5	44.5 ± 6.2	46.6 ± 6.2	0.015

[†] Tek Yönlü ANOVA, Student Newman Kuels (SNK)

Tablo 40’da hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının klinik tanıya göre dağılımına bakıldığında angina pektoris ve diğer klinik tanıyla yatan hastaların sürekli kaygı puan ortalaması miyokard enfarktüsü tanısıyla yatan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.015).

Tablo 41: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	HASTANEDE YATMA DURUMU		
	(n= 156) Evet	(n= 46) Hayır	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	42.3 ± 6.1	43.1 ± 6.9	0.425
Sürekli kaygı puanı	46.5 ± 5.8	45.6 ± 6.1	0.389

[†] Bağımsız gruplarda t testi (Student t testi)

Tablo 41’de hastaların durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının daha önce hastanede yatma durumuna göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05).

Tablo 42: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Hastanede Yatma Sayısına Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	HASTANEDE YATMA SAYISI				p [†]
	(n= 50) Hiç	(n= 72) 1-2	(n= 45) 3-4	(n= 35) 5 ve üzeri	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	42.9 ± 6.9	41.9 ± 6.6	42.6 ± 5.4	42.8 ± 5.9	0.806
Sürekli kaygı puanı	45.6 ± 6.6	45.3 ± 6.4	47.3 ± 5.3	47.9 ± 4.6	0.106

[†] Tek Yönlü ANOVA

Tablo 42’de hastaların durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının hastanede yatma sayısına göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05).

Tablo 43: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Kalp Ameliyatı Geçirme Durumuna Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	KALP AMELİYATI GEÇİRME DURUMU		
	(n= 9) Evet	(n= 193) Hayır	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	40.3 ± 7.5	42.6 ± 6.3	0.233
Sürekli kaygı puanı	45.9 ± 9.4	46.3 ± 5.8	0.863

[†] Mann- Whitney U Testi

Tablo 43'te hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının kalp ameliyatı geçirme durumuna göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05).

Tablo 44: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Egzersiz Yapma Durumuna Göre Dağılımı (n=202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	EGZERSİZ			p [†]
	(n= 165) Hiç yapmıyorum	(n= 27) Ara sıra yapıyorum	(n= 10) Haftada en az 2- 3 kez	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	43.2 ± 6.2	40.4 ± 5.5	36.7 ± 5.6	0.001
Sürekli kaygı puanı	47.2 ± 5.6	43.4 ± 5.5	38.9 ± 6.9	0.001

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 44'te hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının egzersiz yapma durumuna göre dağılımına bakıldığında; hiç egzersiz yapmayanların sürekli kaygı puan ortalaması diğer iki gruba göre, ara-sıra egzersiz yapanların sürekli kaygı puan ortalaması haftada en az 2-3 kez egzersiz yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Hiç egzersiz yapmayanların durumluk kaygı puan ortalaması haftada en az 2-3 kez egzersiz yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.001).

Tablo 45: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Birinci Derece Yakınında Kalp Hastalığı Olup Olmadığına Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	BİRİNCİ DERECE YAKININDA KALP HASTALIĞI VARLIĞI		
	(n= 95) Evet	(n= 107) Hayır	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	42.6 ± 5.9	42.4 ± 6.7	0.792
Sürekli kaygı puanı	46.7 ± 6.3	45.9 ± 5.8	0.435

[†] Bağımsız gruplarda t testi (Student t testi)

Tablo 45'te hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının birinci derece yakınında kalp hastalığı olup olmadığına göre dağılımına bakıldığında kalp hastalığı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05).

Tablo 46: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Sürekli Alınan İlaç Varlığına Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	SÜREKLİ ALINAN İLAÇ VARLIĞI		
	(n= 141) Evet	(n= 61) Hayır	p [†]
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	42.9 ± 6.5	41.4 ± 5.9	0.121
Sürekli kaygı puanı	46.9 ± 5.9	44.8 ± 5.8	0.018

[†] Bağımsız gruplarda t testi (Student t testi)

Tablo 46'da hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının sürekli alınan ilaç varlığına göre dağılımına bakıldığında; sürekli ilaç kullananların sürekli kaygı puan ortalaması sürekli ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.018).

Tablo 47: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Günde Alınan İlaç Sayısına Göre Dağılımı (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	GÜNDE ALINAN İLAÇ SAYISI				p [†]
	(n= 59) Hiç kullanmayanlar	(n= 92) 1-5	(n= 46) 6-10	(n= 5) 10'da fazla	
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Durumluk kaygı puanı	41.2 ± 5.8	42.6 ± 6.5	43.3 ± 5.9	47.6 ± 8.3	0.109
Sürekli kaygı puanı	44.6 ± 5.8	46.5 ± 6.3	47.5 ± 5.3	51.2 ± 4.1	0.001

[†] Kruskal- Wallis Varyans Analizi, Dunn

Tablo 47'de hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının günde alınan ilaç sayısına göre dağılımına bakıldığında; günde 10'dan fazla ilaç kullananların sürekli kaygı puan ortalaması hiç ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p= 0.014).

Tablo 48: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Yaş, Gelir Durumu, BKİ ve İlaç Sayısı ile Korelasyonu (n= 202)

KAYGI PUANI TÜRÜ	(N =202) YAŞ		(N=191) * GELİR		(N=202) BKİ		(N=143) ** İLAÇ SAYISI	
	r	p [†]	r	p [†]	r	p [†]	r	p [†]
Durumluk kaygı puanı	-0.09	0.183	-0.10	0.148	0.01	0.865	0.14	0.043
Sürekli kaygı puanı	-0.04	0.550	-0.25	0.001	0.03	0.658	0.23	0.001

[†] Pearson Korelasyon Analizi

*11 kişinin hiç geliri yoktur. ** 59 kişi hiç ilaç kullanmamaktadır.

Tablo 48'de hastaların durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının yaş, gelir durumu, BKİ ve ilaç sayısı ile korelasyonuna bakıldığında; gelir durumu ile sürekli kaygı puanı arasında negatif korelasyon belirlenmiştir (p= 0.001).

İlaç sayısı ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında pozitif korelasyon belirlenmiştir(p= 0.043, 0.001).

Gelir durumu arttıkça hastaların sürekli kaygı düzeyi azalmıştır. Hastaların günlük kullandıkları ilaç sayısı arttıkça durumluk-sürekli kaygı düzeyleri de artmıştır.

**YAŞAM KALİTESİ İLE DURUMLUK- SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
KORELASYON**

Tablo 49: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Gruplarının Puanlarının ve Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puanları İle Arasındaki Korelasyon (n= 202)

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUPLARI	DURUMLUK KAYGI PUANI		SÜREKLİ KAYGI PUANI	
	r	p [†]	r	p [†]
Fiziksel fonksiyon	-0.21	0.003	-0.43	0.001
Rol kısıtlıkları fiziksel	-0.16	0.023	-0.27	0.001
Sosyal fonksiyon	-0.20	0.004	-0.31	0.001
Ağrı	-0.03	0.654	-0.19	0.006
Mental sağlık	-0.36	0.001	-0.52	0.001
Rol kısıtlıkları emosyonel	-0.31	0.001	-0.32	0.001
Enerji	-0.30	0.001	-0.48	0.001
Sağlığın genel algılanması	-0.38	0.001	-0.43	0.001

† Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 49’da SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puanlarını ve durumluk-sürekli kaygı envanterinin puanları arasındaki korelasyona bakıldığında; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlıkları, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlıkları, enerji ve sağlığın genel algılanması ile durumluk- sürekli kaygı envanteri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Hastaların durumluk- sürekli kaygı puanları arttıkça yaşam kalitesi azalmakta veya yaşam kalitesi arttıkça durumluk- sürekli kaygı puanları azalmaktadır.

TARTIŞMA

Araştırma; koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek, bunları etkileyen kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri saptamak, uygun hemşirelik bakımını geliştirmede rehber olacak önerileri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma grubuna; Ekim 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniğine başvuran ve koroner anjiyografi planlanan 442 hastadan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 32- 78 yaşları arasında herhangi bir iletişim sorunu olmayan toplam 202 hasta alınmıştır.

Tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunulmuştur:

- Kişisel ve Hastalıkla İlgili Özelliklere İlişkin Veriler
- Kişisel ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Yaşam Kalitesi İle Durumluk- Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Karşılaştırılması
- Yaşam Kalitesi İle Durumluk- Sürekli Kaygı Düzeyleri Arasındaki Korelasyon

KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER

Çalışma grubundaki hastaların % 58.9'unun erkek olup, % 37.6'sı 55 yaşından küçüktür ve yaş ortalaması 58.7 ± 10.3 'tür. Hastaların % 42.0'inin kilolu olup beden kitle indeksi ortalaması 28.1 ± 5.3 'tür. Hastaların % 85.6'sının evli olduğu, % 52.5'inin ilkokul mezunu olduğu, % 32.2'sinin yaşantısının (3/4) çoğunluğunu köyde geçirdiği, % 38.1'inin sadece eşi ile birlikte yaşadığı, % 48.0'inin 1-2 çocuk sahibi olduğu, % 28.2'sinin emekli olduğu, % 40.5'inin sosyal güvencesinin Bağ-Kur olduğu ve % 50.0'inin aylık gelirinin 500TL- 1000TL arasında olup aylık gelir ortalaması 650 ± 422.9 olduğu belirlenmiştir (Tablo5).

Hastaların % 41.6'sının Angina Pektoris tanısına sahip olduğu, % 77.2'sinin daha önce hastanede yattığı ve % 35.6'sının hastanede 1-2 defa kaldığı, % 95.5'inin daha önce kalp ameliyatı geçirmediği, % 41.0'inin sigara, % 75.7'sinin alkol kullanmadığı, % 81.7'sinin hiç egzersiz yapmadığı ve % 96.5'inin sadece yürüyüş yaptığı, % 29.7'sinin yağ ve tuzdan zengin beslendiği, % 53.0'inin birinci derece yakınında kalp hastalığı olmadığı, % 28.7'sinin daha önce kesin tanı konmuş bir hastalığı olmadığı, % 69.8'inin sürekli ilaç kullanıp % 48.5'inin kullanılan ilaç grubunun antihipertansif, beta bloker, antikoagülan, diüretik, nitrat gibi ilaçlardan bir veya birkaçı olduğu ve % 45.5'inin günde 1-5 arasında ilaç kullanıp, günde ortalama alınan ilaç sayısı 3.3 ± 3.5 saptanmıştır (Tablo 6).

KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN YAŞAM KALİTESİ VE DURUMLUK- SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarına bakıldığında hastaların sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon ve sağlığın genel algılanması puan ortalamaları yüksek, fiziksel ve emosyonel rol kısıtlıkları ve mental sağlık puan ortalamaları orta düzeyde, ağrı ve enerji puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur. Durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında ise durumluk kaygı puan ortalaması sürekli kaygı puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur (Tablo 7, 28).

Beser ve Öz'ün (70) çalışmasında anksiyete ve depresyonun tedavi süresince arttığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Harkness ve ark. tarafından yapılan çalışmada (71) kardiyak kateterizasyon olmayı bekleyen hastaların anksiyete ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Arthur ve ark. (72) tarafından yapılan çalışmada ise koroner anjiyografi olacak hastaların yaşam kalitesi düşük, anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir.

Wynne J. ve ark (73) çalışmasında koroner anjiyografi için bekleminin hastaların psikolojik durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

Çalışmamızda yaşam kalitelerinin ve kaygı düzeylerinin önemli oranda etkilenmemesinin nedeni işlem hakkındaki yeterli bilgi verilmesine, sağlık çalışanlarına ve kuruma karşı güven duymalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında kadın hastaların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyete göre durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarına bakıldığında ise; kadınların erkeklere göre sürekli kaygı puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8, 29).

Ünsar ve ark'larının (74) 'Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi' başlıklı araştırmasında ve Dilek (75) tarafından yapılan araştırmada kadınların yaşam kalitesinin erkeklere oranla daha düşük olduğu bulunmuştur. Yurdakul ve ark'ları (76) tarafından yapılan 'Menapozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi' adlı çalışmada SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmış olup kadınların yaşam kalitesi alt grup puanlarına bakıldığında fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve ağrı puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Woldecherkos ve ark. (12) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin anksiyete skorlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Arthur ve ark.'larının (72) çalışmasında ise koroner anjiyografi planlanan kişilerin durumluk kaygı skorlarının hastaların hepsinde yüksek olduğu saptanmıştır. Göçgeldi ve ark. (77) tarafından yapılan 'Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi' adlı çalışmada SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmış ve kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük puanlar aldığı belirtilmiştir. Astin ve ark.'nın (78) yapmış olduğu çalışmada kadınların durumluk kaygı skorlarında anlamlılık olmadığı, sürekli kaygı skorunun ise erkeklere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Gökğündüz'ün (79) 'Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi' adlı çalışmasında sürekli kaygı düzeyi işlem öncesi ve işlem sonrası kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların erkeklere göre yaşam kalitesinin düşük olmasının ve kaygı düzeylerinin yüksek olmasının nedeni hayatlarında daha fazla yaşam biçimi değişikliği yapmak zorunda kalmaları, evde geleneksel rollere (çocuk bakımı, ev işleri vb) sahip olmaları olarak sıralanabilir

Araştırmamızda hastaların yaşlarına göre puan ortalamalarına bakıldığında 65 yaşından büyük olanların 65 yaşından küçük olanlara göre emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde daha az sorun yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca yaş ile fiziksel fonksiyon ve ağrı alt grup puanları arasında negatif, emosyonel rol kısıtlıkları puanı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Tablo 9, 27). Hastaların yaşa göre durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarına ve korelasyonuna bakıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 30, 48).

Acaray ve Pınar'ın (61) 'Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi' adlı çalışmalarında yaş arttıkça tüm yaşam kalitesi alt grup puanlarının düştüğü saptanmıştır. Göçgeldi ve ark.'ları (77) tarafından yapılan çalışmada yaşın ilerlemesi ile yaşam kalitesi puanlarının düştüğü saptanmıştır. Aydın ve ark'larının (80) '65 Yaş Üstü Hastalarda Koroner Bypass Operasyonlarının Yaşam Kaliteleri Üzerine Erken Dönem Etkisinin SF- 36 Testi İle Tespiti' adlı çalışmalarında preoperatif ve postoperatif değerlerin karşılaştırıldığında emosyonel rol kısıtlılığına bağlı daha az sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bahar ve ark.'ları (81) tarafından yapılan çalışmada yaşa bağlı olarak depresyon düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

65 yaşından büyük olanların 65 yaşından küçük olanlara göre emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde daha az sorun yaşaması emekliye ayrılmış olmalarına bağlı iş stresi yaşamamaları ve sosyal hayata daha fazla zaman ayırabilmelerine bağlanabilir.

Çalışmamızda hastaların BKİ'ne göre yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarına ve korelasyonuna bakıldığında istatikselsel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastaların BKİ'ne göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarına ve korelasyonuna bakıldığında istatikselsel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 10, 27, 31, 48).

Göçgeldi ve ark.'ları (77) tarafından yapılan çalışmada beden kitle indeksine göre şişman olan hastaların genel sağlık alt grup puan ortalaması dışında bütün gruptaki puanları düşük bulunmuştur. Woldecherkes ve ark. (12) tarafından yapılan çalışmada beden kitle indeksi ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamıza aldığımız hastaların beden kitle indeksi ortalaması 28.1 ± 5.3 bulunmuştur. Bu değer hastaların yaşam kalitelerini bozacak düzeyde yüksek olmadığından BKİ ile yaşam kalitesi ve kaygı düzeyi arasında diğer çalışmaları destekler nitelikte bağlantı olmadığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda hastaların medeni durumuna göre yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarına bakıldığında evlilerin fiziksel fonksiyon, enerji ve sağlığın genel algılanması puan ortalamalarının dullara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların medeni durumuna göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında dul olanların sürekli kaygı puanı evlilere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11, 32).

Acaray ve Pınar'ın (61) çalışmasında bekarların yaşam kalitesini evli ve dul olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Göçgeldi ve ark.'ları (77) tarafından yapılan çalışmada ise dulların yaşam kalitesi alt grup puanları evli ve bekar olanlara göre daha düşük olarak saptanmıştır. Beser ve Öz'ün (70) çalışmalarında evlilerin anksiyete- depresyon düzeyi dul ve bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bahar ve ark. (81) tarafından yapılan 'Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi' adlı çalışmada medeni durumların anksiyete düzeylerinin etkilemediği belirlenmiştir. Astin ve ark. (78) tarafından yapılan çalışmada hastaların medeni durumlarına göre durumluk- sürekli kaygı puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Dulların evli olanlara göre yaşam kalitesinin düşük, sürekli kaygı puanlarının yüksek olmasının, kadın cinsiyet olmasına, sosyal destek (eşin desteği) sistemlerinin yetersiz olmasına bağlı olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alt grup puan ortalamaları incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumuna göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında eğitim düzeyi azaldıkça durumluk ve sürekli kaygı puanının arttığı belirlenmiştir (Tablo 12, 33).

Dilek (75) tarafından yapılan 'Koroner Arter Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi' adlı çalışmada koroner arter hastalarının eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Göçgeldi ve ark. (77) tarafından yapılan çalışmada öğrenim durumu ortaokul ve altında olanların lise ve fakülte mezunu olanlara göre yaşam kalitesi puanının düşük olduğu belirlenmiştir. Acaray ve Pınar'ın (61) çalışmasında öğrenim durumuna paralel olarak esenlik boyutu hariç genel sağlık anlayışı, fonksiyonel ve global yaşam kalitesi puanlarının yükseldiği belirlenmiştir. Özol ve ark. (82) ve Mott ve ark.'nın (13) tarafından yapılan çalışmada hastaların eğitim durumun ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Gökgündüz'ün (79) çalışmasında deney grubunda eğitim düzeyi arttıkça sürekli kaygının azaldığı belirtilmiştir.

Eğitim düzeyi arttıka, bireylerin; sağlık sorunlarına neden olabilecek etkenlerden uzak durarak (kötü beslenme, kişisel temizlik ve bakımda yetersizlik gibi) ve sağlığı geliştirici yöntemleri (spor yapma, sağlıklı beslenme alışkanlıkları gibi) daha sık kullanarak sağlık sorunları ile bilinçli baş etme yöntemleri geliştirdiği ve bunları günlük yaşamlarında kullanarak yaşam kalitelerini arttırdıkları dşnlmektedir. Eğitim düzeyi arttıka kaygı dzeyelerinin azalmasının; yüksek eğitim düzeyindeki bireylerin daha iyi sosyoekonomik şartlarda yaşamasına, stresle baş etme tekniklerini etkili şekilde kullanılmasına bağlı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların yaşantısının büyük çoğunluğunun geçtiği yer ile yaşam kalitesi alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 13). Hastaların yaşantısının büyük çoğunluğunun geçtiği yer ile durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında ilçede yaşayanların sürekli kaygı puanı ilde yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 34).

Demir'in (83) alışmasında hastaların yaşantısının büyük çoğunluğunun geçtiği yer ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Dilek'in (75) alışmasında ise yaşam kalitesi, koroner arter hastası olup ilde yaşayanların sıkıntı, canlılık, cinsel aktivite alt boyutları ile ve köyde yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Göçgeldi ve ark. (77) tarafından yapılan çalışmada köyde doğanların ile ve beldeye göre genel sağlık algılaması dışında yaşam kalitesi skorlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Günümüzün modern toplumunda yaşanılan yerler arasındaki sosyokültürel farkın azalmasından dolayı kişinin yaşadığı yer ile yaşam kalitesi arasında bağlantı olmadığı dşnlmektedir. İlçede yaşayan hastaların sürekli kaygı dzeyelerinin daha yüksek olması ilçedeki tıbbi tanı, tedavi ve bakım olanaklarının daha kısıtlı olmasına, niversite hastanesi gibi donanımlı kuruluşların bulunmamasına bağlı olabileceği dşnlmektedir.

Çalışmamızda hastaların meslek gruplarına göre yaşam kalitesi alt grup puan ortalamaları incelendiğinde ev hanımlarının fiziksel fonksiyon puanı diğer meslek gruplarına göre düşük bulunmuştur. İşçilerin sosyal fonksiyon puanı emekli ve ev hanımlarına göre, serbest meslek sahibi olanların sosyal fonksiyon puanı ev hanımlarına göre yüksek bulunmuştur. İşçi ve memurların enerji puanı serbest meslek ve ev hanımlarına göre yüksek bulunmuştur. Hastaların meslek gruplarına göre durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında ise ev hanımı ve serbest mesleğe sahip olanların durumluk kaygı puanı emeklilere göre daha yüksek, ev hanımlarının ise diğer meslek gruplarına göre sürekli kaygı puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Tablo 14, 35).

Yurdakul ve ark. (76) tarafından yapılan çalışmada ev hanımı olmanın yaşam kalitesi ile ilişkisinin anlamlı olmadığı saptanmıştır. Gökgündüz'ün (79) çalışmasında çalışmayan bireylerin çalışan bireylere göre sürekli kaygı puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

İşçi ve memurların enerji ve fiziksel fonksiyon kapasitesinin daha yüksek olması; işi gereği daha düzenli fiziksel aktivitelerde bulunmaları, belirli bir işe sahip olmanın ve çalışmanın verdiği zindeliğe bağlı olduğu düşünülebilir. Genel olarak ev hanımlarının diğer meslek gruplarına göre kaygı puanlarının yüksek olmasını bayan olmalarına, daha az sosyal aktivite ve sosyal iletişim içinde olmalarına, ev işleri ve çocuk bakımı vb. sorumlulukları daha fazla üstlenmelerine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların aylık gelir düzeyine göre yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarına bakıldığında gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Aylık gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki korelasyonda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, ağrı ve enerji alt grupları arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Tablo 15, 27). Hastaların aylık gelir düzeyi ile durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında ise, gelir düzeyi azaldıkça durumluk- sürekli kaygı düzeyinin arttığı ve gelir durumu ile sürekli kaygı puanı arasında negatif korelasyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 36, 48).

Ünsar ve ark.'nın (74) yaptığı çalışmada ekonomik yetersizliğin KAH oluşma riskini arttırdığı belirlenmiştir. Acaray ve Pınar'ın (61) çalışmasında ise geliri- giderini karşılayan hastaların yaşam kalitesinin tüm boyut ve global yaşam kalitesi puanları karşılamayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Göçgeldi ve ark. (77) çalışmasında aylık toplam geliri 1000 TL ve altında olanların sağlığın genel algılanması hariç diğer yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Sönmez ve ark. (84) 'Koroner arter hastalığı bulunan olgularda risk faktörlerinin erkek ve kadınlarda sosyoekonomik duruma göre dağılımı' isimli çalışmalarında düşük sosyoekonomik düzeyde kardiyovasküler mortalite ve morbiditenin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Özol ve ark. (82) ve Bahar ve ark. (81) yapmış olduğu çalışmada sosyo-ekonomik durum ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Beser ve Öz'ün (70) çalışmasında ise kemoterapi öncesi ve sonrasında gelir durumu ve anksiyete arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Gelir düzeyinin artmasıyla beraber insanların daha iyi ve sağlıklı mekanlarda yaşamaları, spor yapabilecekleri ortamlara sahip olmaları, iletişim olanaklarını daha etkili kullanarak sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmeleri, gerektiğinde sağlık hizmetlerinden daha etkin faydalanabilmeleri, nedeniyle yaşam kalitelerinin daha yüksek, kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarını birlikte yaşadığı kişilere göre incelediğimizde yalnız, eşi, eşi ve çocukları ve diğer aile üyeleri (torun) ile birlikte yaşayanların sadece çocukları ile birlikte yaşayanlara göre fiziksel rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji, sağlığın genel algılanması puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları sadece çocukları ile birlikte yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16, 37).

Dilek'in (75) çalışmasında eşi ve çocukları ile yaşayan hastalarda normal aktiviteler, rahat bozukluğu ve cinsel aktivite ve total skor ortalaması diğer gruplardan daha yüksek, sadece eşi ile yaşayanlarda görme ve canlılık alt boyutları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Acaray ve Pınar'ın (61) çalışmasında da geniş aileye sahip olanların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Sadece çocukları ile yaşayan kişilerin daha kalabalık bir aile ortamında yaşayanlara göre; tek başına daha fazla sorumluluk üstlenmeleri hayatta daha fazla mücadele etme zorunluluğunun olması, üzüntülerini paylaşacak ve streslerinin azaltacak kişilerin olmaması nedeniyle kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu buna bağlı olarak da bu kişilerinin yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarının hastaların sahip oldukları çocuk sayısına göre dağılımına bakıldığında 1-2 çocuğa sahip olanların daha fazla sayıda çocuğa sahip olanlara göre ağrı puanı yüksek bulunmuştur. Hastaların sahip oldukları çocuk sayısının durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 17, 38).

Yurdakul ve ark. (76) çalışmasında çocuk sayısı ile fiziksel ve emosyonel rol kısıtlılıkları, sosyal fonksiyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hiç çocuğu olmayanların sosyal fonksiyon dışındaki alt grup ortalamaları daha yüksek, 6'dan fazla çocuğu olanların sosyal fonksiyon ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bahar ve ark. (81) yapmış olduğu araştırmada çocuk sayısı ile depresyon puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Beser ve Öz'ün (70) çalışmasında 1-3 çocuğu alan hastaların kemoterapi sonrasında anksiyete-depresyon düzeyinde artış olduğu belirtilmiştir.

Yapılan bazı çalışmalarda çocuk sayısının yaşam kalitesini ve kaygı düzeylerini etkilediği diğer çalışmalarda ise etkilemediği belirlenmiştir (70, 76, 81).

Çalışmamızda hastaların sahip oldukları sosyal güvence türüne göre yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarına bakıldığında Yeşil Kart sahibi olanların mental sağlık puanı düşük, Sosyal Sigortalar Kurumuna sahip olanların ise enerji puanı diğer sosyal güvence türlerine göre yüksek bulunmuştur. Hastaların sahip oldukları sosyal güvence türüne göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında Yeşil Karta sahip olanların durumluk- sürekli kaygı puanı yüksek bulunmuştur (Tablo 18, 39).

Bahar ve ark. (81) çalışmasında sosyal güvence türünün anksiyete düzeyini etkilemediği belirlenmiştir.

Ülkemizde son yıllarda kişilerin sahip olduğu farklı sosyal güvence kurumlarının tek başlık altında toplanması ve bunun sonucunda tüm sağlık hizmetlerinden eşit oranda yararlanmaları amaçlanmaktadır. Yeşil Karta sahip olan hastaların mental sağlık puanının düşük kaygı düzeylerinin yüksek olmasının, eğitim, sosyoekonomik ve gelir düzeylerinin daha düşük olmasına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda hastaların klinik tanıya göre yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; miyokard enfarktüsü tanısıyla yatırılmış hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlıkları, mental sağlık ve enerji puan ortalamaları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hastaların klinik tanıya göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında; angina pectoris ve diğer klinik tanıyla yatan hastaların sürekli kaygı puanı miyokard enfarktüsü tanısıyla yatan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 19, 40).

Astin ve ark. (78) çalışmasında Akut MI geçiren ve bypass ameliyatı olanların anksiyete ve depresyonun sağlığı olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Gökgündüz'ün (79) çalışmasında hem deney hem kontrol grubunda MI tanısı alanların durumluk kaygı puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

MI geçiren hastaların çoğu daha önceden yaşamlarını kısıtlayacak herhangi bir semptom veya bulgu olmadan, ilk kez akut başlayan göğüs ağrısı ile hastaneye başvurdıklarından dolayı, önceden kronik angina, kalp yetmezliği veya semptomatik diğer kalp hastalıklarına göre yaşam kalitesinin yüksek, kaygı düzeylerinin de düşük olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların daha önce hastanede yatma durumuna göre yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarına bakıldığında daha önce hastane deneyimi olmayanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların daha önce hastanede yatma durumu ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 20, 41).

Çalışmamızda hastaların daha önce hastanede yatma sayısına göre yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarına bakıldığında hastanede yatma sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir. Hastaların daha önce hastanede yatma sayısı ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 21, 42).

Demir'in (83) çalışmasında daha önce hastaneye yatanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Spertus ve ark. (85) yaptığı çalışmada daha çok hastane deneyimi yaşayanların yaşam kalitesinin düştüğü ve hastanede kalma sayısı arttıkça yaşam kalitesinin daha da düşük olduğu belirtilmiştir. Gökgündüz'ün (79) çalışmasında deney ve kontrol grubunda hastaneye yatan bireylerin sürekli kaygı düzeyleri yatmayan bireylere göre daha yüksek, hastaneye yatmayan bireylerin durumluk kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Hastane deneyimi olmayanların daha az sağlık problemleri yaşamalarından dolayı daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları düşünülmektedir. Hastanede yatma sayısı kişilerin sağlık problemlerinin artışına bağlı olduğu için yatma sayısı arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların daha önce kalp ameliyatı geçirme durumuna göre yaşam kalitesi alt grup puan ortalamalarına bakıldığında, kalp ameliyatı geçirmiş kişilerin ameliyat olmayanlara göre yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların daha önce kalp ameliyatı geçirme durumu ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 22, 43).

Kiebzak ve ark. (86) çalışmasında bypass ameliyatı sonrasında koroner arter hastaların yaşam kalitesinde değişiklik olduğu belirtilmiştir. Stafford ve ark. (87) çalışmasında by-pass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aydın ve ark.'nın (80) çalışmasında ise, koroner bypass operasyonu öncesi ve sonrası yaşam kalitesi karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, genel sağlık, sosyal işlev ve emosyonel rol kısıtlılığı arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Operasyon öncesinde düşük olan yaşam kalitesi alt grupları operasyon sonrasında artış göstermiştir. Gökgündüz'ün (79) çalışmasında daha önce ameliyat olan ve olmayan bireylerin işlem öncesi ve sonrasında durumluk- sürekli kaygı puanları arasında fark bulunmamıştır.

Daha önce kalp ameliyatı geçiren hastaların, rahatsızlıkları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlıklar yaşamasından dolayı yaşam kalitelerinin düşük olduğu söylenebilir

Çalışmamızda hastaların egzersiz yapma durumunun yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; Haftada en az 2-3 kez egzersiz yapanlar, hiç egzersiz yapmayanlar ve ara-sıra egzersiz yapanlara göre fiziksel fonksiyonlarını yerine getirirken sorun yaşamadıkları, sağlıklarının iyi olduğuna inandıkları ve kendilerini enerjik hissettikleri belirlenmiştir (Tablo 23).

Hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının egzersiz yapma durumuna göre dağılımına bakıldığında ise hiç egzersiz yapmayanların durumluk ve sürekli kaygı puanı egzersiz yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 44).

Odabaşı'nın (88) 'Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti ve Koroner Anjiyografi Sonrası Yaşam Biçimi Değişikliklerinin Belirlenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı' adlı çalışmasında hastaların işlem sonrasında % 52'sinin sedanter bir yaşam sürdüğü belirtilmiştir. Boini ve ark (89) çalışmasında günlük aktivitelerdeki sınırlılığın mental sağlık ve sağlığın genel algılanmasında değişikliğe neden olduğu belirtilmiştir.

Egzersiz yapan hastalarda egzersizin fiziksel ve psikolojik sağlık üzerine olumlu etkileri nedeniyle yaşam kalitesinin artmasına ve kaygı düzeylerinin azalmasına neden olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda hastaların birinci derece yakınında kalp hastalığı varlığının yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 24).

Hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının birinci derece yakınında kalp hastalığı olup olmadığına göre dağılımına bakıldığında; kalp hastalığı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 45).

Çalışmamızda hastaların sürekli olarak kullandığı ilaç varlığına göre yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; sürekli olarak ilaç kullanmayanların sürekli ilaç kullananlara göre fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlıkları, enerji ve sağlığın genel algılanması puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 25).

Hastaların sürekli alınan ilaç varlığına göre durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; sürekli ilaç kullananların sürekli kaygı puanı ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 46).

Hastaların günde alınan ilaç sayısına göre yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; günde ondan az ve hiç ilaç kullanmayanların fiziksel ve sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlıkları, mental sağlık alt grup puanları günde ondan fazla ilaç kullananlara göre, günde hiç ilaç kullanmayan ve 5'ten az ilaç kullananların sağlığın genel algılanması ve enerji alt grup puanı günde 10'da fazla ilaç kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 26).

İlaç sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında, ilaç sayısı ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlıkları, mental sağlık arasında negatif ilişki, enerji alt grup puanı arasında pozitif ilişki belirlenmiştir (Tablo 27).

Hastaların durumluk- sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının günde alınan ilaç sayısına göre dağılımına bakıldığında; günde 10'dan fazla ilaç kullananların sürekli kaygı puanı hiç ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 47). İlaç sayısı ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında pozitif korelasyon belirlenmiştir (Tablo 48).

Odabaşı'nın (88) çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun (% 89.6) düzenli olarak ilaç kullandığı belirtilmiştir. Demir'in (83) çalışmasında ise günlük alınan ilaç sayısının yaşam kalitesinin etkilediği ve alınan ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir.

Hastaların kronik sağlık problemleri arttıkça ilaç kullanma sayısı ve sıklığı da artmaktadır. Sağlık problemlerin artması kişilerin yaşam kalitesinin ve kaygı düzeylerinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

YAŞAM KALİTESİ İLE DURUMLUK- SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ KORELASYON

Araştırmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puan ortalamaları ve durumluk- sürekli kaygı puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında; hastaların durumluk- sürekli kaygı puanları arttıkça yaşam kalitesi azalmakta veya yaşam kalitesi arttıkça durumluk- sürekli kaygı puanları azalmaktadır (Tablo 49).

Boini ve ark. (89) çalışmasında koroner arter hastalığı tanısından sonra 2.5 yıl içerisinde emosyonel ve fiziksel fonksiyon, enerji ve sağlığın genel algılanmasının etkilendiği belirtilmiştir. Göçgeldi ve ark. (77) çalışmasında hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesi hastalığı olmayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Harkness ve ark. (71) ve Wynne ve ark. (73) çalışmalarında kardiyak kateterizasyon ve koroner anjiyografi için sıra bekleyenlerin yaşam kalitesinin ve anksiyetesinin negatif etkilendiği belirtilmiştir. Mott ve ark. (13) çalışmasında kardiyak kateterizasyon öncesinde psikolojik hazırlığın anksiyeteyi azalttığı belirtilmiştir. Yazıcı ve ark. (63) çalışmasında kronik ağrısı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir.

Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların işlem hakkında bilgilendirilmesi, hastalardan yazılı onam alınması, hastaların tedavi ve bakım olanaklarından iyi düzeyde yararlanması ve anjiyografinin günümüzde KAH tanısında çok sık kullanılan bir tanı yöntemi olması gibi nedenlerden dolayı koroner anjiyografi uygulanacak hastaların durumluk- sürekli kaygı düzeylerinin orta düzeyde etkilendiği ve en fazla etkilenen yaşam kalitesi boyutlarının ağrı ve enerji, en az etkilenen boyutlarının ise sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algılaması olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek, bunları etkileyen kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri saptamak, uygun hemşirelik bakımını geliştirmede rehber olacak önerileri belirlemek amacıyla planlanan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan toplam 202 hastanın % 58.9'unu erkek, % 41.1'ini kadın hastalar oluşturmaktadır.
- Hastaların yaş ortalaması 58.8 olup, % 85.6'si evlidir.
- Hastaların % 52.5'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların en fazla etkilenen yaşam kalitesi boyutları ağrı ve enerji, en az etkilenen boyutları ise sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algılamasıdır.
- Hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur.
- Kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük, sürekli kaygı düzeylerinin ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- 65 yaşından büyük olanların emosyonel sorunlara bağlı olarak işte yada diğer günlük aktivitelerde daha az sorun yaşadıkları belirlenmiştir.
- Dulların evlilere göre yaşam kalitesinin daha düşük, sürekli kaygı düzeylerinin ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi artmakta ve durumluk- sürekli kaygı düzeyleri düşmektedir.
- Gelir düzeyi arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, ağrı ve enerji düzeyi artış göstermekte, durumluk- sürekli kaygı düzeyi düşmektedir.
- Sadece çocukları ile birlikte yaşayanların yaşam kalitesinin daha düşük, sürekli kaygı düzeyinin ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Miyokard enfarktüsü tanısıyla yatan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek, sürekli kaygı düzeyinin daha düşük belirlenmiştir.
- Daha önce hastane deneyimi olmayanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu, hastanede yatma sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir.
- Daha önce kalp ameliyatı (bypass, kapak operasyonu) geçirmiş kişilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Haftada en az 2-3 kez egzersiz yapanların yaşam kalitesi daha yüksek, durumluk kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Sürekli olarak ilaç kullananların yaşam kalitesi daha düşük, sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İlaç sayısı arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, mental sağlık düzeylerinin düştüğü, enerji düzeyinin ve durumluk- sürekli kaygı düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

ÖNERİLER

Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve durumluk- sürekli kaygı düzeylerinin belirlendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin KAH tanısına sahip olan ve koroner anjiyografi planlanan hastalara, yaşam kalitesini ve kaygı düzeylerini etkileyen kişisel (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi vb.) ve hastalıkla ilgili özellikleri (klinik tanı, sürekli kullanılan ilaç varlığı, hastane deneyimi, kalp ameliyatı geçirmiş olması vb.) dikkate alınarak bakım vermesi,
- Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin, hemşireler tarafından geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmesi,
- Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların durumluk- sürekli kaygı düzeylerini azaltmaya yönelik bakım protokolleri oluşturması,
- Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara bakım veren hemşirelere, hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerini etkileyen kişisel (yaş, cinsiyet, eğitim, çocuk sayısı, gelir düzeyi gibi) ve hastalıkla (klinik tanı, hastane deneyimi, kullanılan ilaç sayısı gibi) ilgili faktörler konusunda bilgi verilmeli ve hemşirelik bakımında bu bilgileri kullanmalarını desteklenmesi,
- Bu araştırmanın daha fazla sayıda hasta ile analitik çalışmalarla tekrarlanması önerilir.

ÖZET

Bu araştırma; koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek, bunları etkileyen kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri saptamak, uygun hemşirelik bakımını geliştirmede rehber olacak önerileri belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmaya Ekim 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniğine başvuran ve koroner anjiyografi planlanan 442 hastadan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 32 - 78 yaşları arasında herhangi bir iletişim sorunu olmayan toplam 202 hasta alınmıştır.

Veriler, hasta bilgi formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ile toplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Lilliefors normal dağılım testi ile, iki kategoriden oluşan değişkenlerin yaşam kalitesi ve kaygı puanlarının karşılaştırılmasında Student t testi, ikiden fazla kategoriden oluşan değişkenlerin yaşam kalitesi ve kaygı puanlarının karşılaştırılmasında Tek Yönlü ANOVA testi kullanılmış olup, hasta sayısının 30'dan küçük olduğu durumlarda yukarıdaki testlerin parametrik olmayan türleri (sırasıyla Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis ANOVA) kullanılmış ve sonuçlar anlamlı bulunduğunda farklılığın kaynağını belirlemek için Student Newman Kuels (SNK) Post Hoc testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılanların % 58.9'u erkek, % 37.6'si 55 yaşından küçük, % 85.6'sı evli, % 52.5'i ilkökul mezunu, aylık gelir ortalaması 650 TL bulunmuştur. Araştırma bulgularına göre, kadınların yaşam kalitesi daha düşük ve kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir düzeyi, meslek, birlikte yaşadığı kişiler, çocuk sayısı gibi kişisel özellikler; klinik tanı, hastanede yatma durumu ve sayısı, egzersiz yapma durumu, ilaç kullanma durumu ve sayısı gibi hastalığa ilişkin özellikler yaşam kalitesini ve kaygı düzeyini etkilemektedir ($p < 0.05$).

Çalışmanın bu sonuçları doğrultusunda;

➤ Hemşireler koroner arter hastalığı olup invaziv işlem yapılacak hastaların yaşam kalitesini ve kaygı düzeylerini etkileyen bireysel (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) ve hastalıkla (klinik tanı vb) ilgili özellikleri dikkate alarak bakım vermelidirler.

Anahtar Sözcükler: Koroner Anjiyografi, Yaşam Kalitesi, Kaygı (Anksiyete), Hemşirelik

ABSTRACT

This is a cross sectional descriptive study; to investigate the relationship between quality of life and degree of anxiety in the patients coronary angiography is planned, to determine the personal and disease factors that affects this relationship, and information that will guide us to develop suitable nursing care for these patients.

Patients referred to Trakya University Faculty of Medicine Cardiology Clinic between October 2007 and February 2008 and to whom coronary angiography planned are enrolled to the study. The 202 of them who admitted to participate and have no problem in communication, and who are between the ages 32 - 78 were admitted to the study.

Data were collected by Patient Information Form, Short Form Health Survey-36 (SF-36) and Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. The suitability of the data for normal distribution is assessed by Lilliefors normal distribution test, for the comparison of two categories of variables on quality of life and anxiety points, Student t test was used, for the comparison of more than two categories of variables and quality of life and anxiety points, one way ANOVA was used. In the circumstances when the patient number was lower than 30 the nonparametric types of the tests above, were used (Mann Whitney U and Kruskal-Wallis ANOVA), if the results were found significant, to determine the source of difference Student Newman Kuels Post Hoc test was used.

The % 58,9 of the patients were male, % 37,6 of them were under 55 years of age, % 85,6 of them were married, % 52 of them were primary school graduates, and the average of monthly income was 650 TL. According to the findings of the study, women have less quality of life and more anxiety level. The personal properties as age, level of education, marital status, amount of income, profession, people that live with, and the number of children; and the conditions related to the disease as the clinical diagnosis, hospitalisation, exercise condition the usage of drug.

According to these results;

Nurses should give care to the patients that interventional procedure is planned, considering the personal and disease related features that affect the patient's quality of life and anxiety levels.

Key Words: Coronary Angiography, Quality of life, Anxiety, Nursing

KAYNAKLAR

1. Akdemir N. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset, 2005: p.407- 463
2. Thomson PD. Koruyucu Kardiyoloji. Topol E. (Editör) in Textbook of Cardiovascular Medicine . 1.Baskı. İstanbul: Düzey Matbaa; 2005. p. 1- 257
3. Crawford HM, Dimarco JP, et al. Crawford Kardiyoloji. 1. Baskı. 1. Cilt 2004.
4. Fuster V, Alexander RW et al. Hurst's The Heart. 10.Baskı. İstanbul: AND Yayıncılık, 2002; 1.cilt: p. 3- 630
5. Onat A. Karabulut A, ve ark. TEKHARF Çalışması 2005 Taramasına İlişkin Mortalite ve Koroner Olay Analizi. Türk Kardiyol Dern Arş 2006; 34 (3): p.149-153
6. Zipers DP, Libby P, Bonow, Braunwald E. Hastanın Mayenesi. Braunwald Kalp Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2007: 1: p.107- 457
7. Fuster V, Alexander RW et al. Koroner kalp hastalığı. Hurst's The Heart. 10.Baskı. İstanbul: AND Yayıncılık, 2002; 3: p. 1065- 1550
8. Ata N. Koroner Anjiyografi Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Dahiliye Tıp Bilimleri Kardiyoloji 2007; 3 (42).
9. Can V, Değer S, ve ark. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniği Koroner Anjiyografi Vakalarının Demografik Verilerinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25(4): p. 183- 186
10. Enar R. Temel Kardiyoloji: Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. 2007
11. Aydın D. Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçimi Rolü. S.D.Ü. Tıp. Fak. Derg 2006; 13 (4):P. 43- 48
12. Woldecherkos AS. et al. Anxiety Worsens Prognosis in Patients With Coronary Artery Disease. Journal of The American College of Cardiology 2007; 49(20): p. 2022- 2027
13. Mott AM. Psychologic Preparation to Decrease Anxiety Associated With Cardiac Catheterization. Journal of Vascular Nursing 1999; 17(2): p. 41- 49
14. Murphy JG, Lloyd M. (Çeviri: Erol Ç.) Mayo Klinik Kardiyoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2008
15. Yalçın BM, Şahin EM, Yalçın E. Prevalance and Epidemiological Risk Factors Of Obesity İn Turkey. Middle East Journal of Family Medicine 2004; 6(6)
16. Erol Ç. Klinik Kardiyoloji. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. 2004

17. Bıyık İ. Pratik Kardiyoloji Temel Bilgiler.1. Baskı. İzmir: İzmir Güven Kitabevi, 2008
18. Gray HH, Dawkins KD, Morgan JM, Simpson IA. (Çeviri: Soyer H.). Kardiyoloji Ders Notları. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2005
19. Gök H. Klinik Kardiyoloji. Geliştirilmiş 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. 2002
20. Deborah AT, Todd BS, et al.. Impact of Smoking on Health- Related Quality of Life After Percutaneous Coronary Revascularization. *Circulation* 2000; 102: p. 1369-1374
21. Oto A, Deveci SO. Obezitenin Önlenmesi ve Tedavisinde Diyet Tedavisi. *Türk Kardiyoloji Seminerleri* 2007; 8(2): p. 161- 166
22. Sekuri C, Eser E, Akpınar G, et al. Cardiovascular Disease Risk Factors in Post-Menopausal Women in West Anatolia. *Jpn Heart Journal* 2004; 45(1): p.119- 130
23. Oğuz A, Çelik S. Diyabetik Hastalarda Kardiyovasküler Risk Azatlımı. *Türk Kardiyoloji Seminerleri* 2007; 7(5): p. 420- 430
24. Spertus JA, Adam C et al. Predictors of Quality of Benefit After Percutaneous Coronary Intervention. *Circulation* 2004; 110: p. 3789- 3794
25. Avrupa Klinik Uygulamalarda Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Klavuzu. ESC Klavuzları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. Nisan 2008: 36(1): p.153-186
26. Thomas JD. Kardiyovasküler Görüntüleme. Topol E. (Editör) in *Textbook of Cardiovascular Medicine*. 1. Baskı. İstanbul: Düzey Matbaa; 2005. p.1031- 1295
27. Uçak D. Elektrokardiyografi. Yenilenmiş 7. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. 2005
28. Griffin BP, Topol EJ.(Çeviri: Yavuz B, Aydemir K). *Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı*. İkinci Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 2007
29. Topol J. (çeviri: Kozan Ö.) *Textbook Of Cardiovascular Medicine*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2008
30. Donald S. (Çeviri: Şahin M.) *Grossman Kardiyak Kateterizasyon, Anjiyografi ve Girişim*. Bursa: Nobel Tıp Kitabevi; 2007;p. 187-220
31. Özkan M, Erol Ç ve ark. *Klinik Ekokardiyografi ve Diğer Görüntüleme Yöntemleri*. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2007
32. Akbayrak N, Erkal S, Ançel G, Albayrak SA. *Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği Ve Psiko-Sosyal Boyut)*. Ankara: Alter Yayıncılık; 2007
33. Nişancı Y. Koroner Anjiyografinin Gerekli Olmadığı Durumlar. *Anadolu Kardiyol Derg* 2005; (5): p. 53- 55

34. Cooper CJ, El-Shiekh RA, et al. Effect of Transradial Access on Quality of Life And Cost of Cardiac Catheterization: A Randomized Comparison. *American Heart Journal* 1999; 138(3): p.430- 436
35. Türk Kardiyoloji Derneği. Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Klavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Klavuz Yayınları 2. Basım 2007
36. Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Klavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Klavuz Yayınları 2. Basım 2007
37. Kültürsay H. Koroner Kalp Hastalığı Primer ve Sekonder Korunma.1. Basım. İstanbul: ARGOS, 2001: p.111-285
38. Hargrove- Huttel RA. Medical Surgical Nursing.Lippincott: Third Edition. 2000
39. Akdemir N. Hemşirelikte Temel Kavramlar. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset, 2005: p.3- 49
40. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma*2005; 30(5): 20(1): p. 55- 63
41. Braunwald E. Koroner Kalp Hastalığı Tedavisinde Yoğun Yaşam Biçimi Değişiklikleri. Kabakçı G.(Editör). Harrison Kardiyolojide Gelişmeler'de. Ankara: Güneş Kitabevi; 2005. p.43- 52
42. Balady GJ, Williams MA et al. Core Components of Cardiac Rehabilitation/ Secondary Prevention Programs. *Circulation* 2007; 115: p. 2675- 2682
43. Gielen S, Brutsaert D, Saner H, Hembrecht R. Kardiyak Rehabilitasyon. in ECS Textbook Kardiyovasküler Hastalıklar Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW (Ed).1.Baskı. İstanbul: İyi İşler Matbaacılık; 2007. p.783- 805
44. Şenol Y, Türkay M. Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006; 5(5).382-389
45. Akyüz G. Geriatrik Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006; 52 (Özel Ek A): A57- A59
46. Arslan Ş, Kutsal Y. Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi. *Geriatri* 1999; 2(4): p. 174- 178
47. Ertekin Yazıcı E, Yazıcı K. Kardiyovasküler Hastalıklarda Psikososyal Risk Etkenleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: p.106- 112
48. Özpoyraz N, Tamam L. Ruhsal Bozukluklar. Sağlık Y. (Editör). Harrison İç Hastalıkları Prensipleri'de. 15. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. P. 2542- 2557

49. Ertekin Yazıcı E, Yazıcı K. Koroner Kalp Hastalığı İçin Bir Risk Etkeni Olarak Depresyon. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: p. 99- 106
50. Saraldöl A. Koroner Arter Hastalığı ve Depresyon I. Birinci Basamak İçin Psikiyatri 2003; 3(2): p. 23- 30
51. Sadok BJ, Sadok VA (Çeviri: Aydın H, Bozkurt A.) Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Kitabevi; 2005: p. 211- 246
52. Kocabaşoğlu N, Doksat K, Doğançün B. Anksiyete ve Depresyonun Çok Yönlü İlişkisi. Yeni Symposium 2004; 42(4): p. 168-176
53. Barsky AJ Kardiyovasküler Hastalıkların Psikiyatrik ve Davranışsal Yönleri. In Ziper DP, Libby P, Braunwald E. (Ed.) Braunwald Kalp Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2007: 4:P. 2129-2144
54. Crawford MH, Dimarco JP. Fizyolojik Sterse Kardiyak Yanıtlar. Dursun AN (Editör) in Crawford Kardiyoloji.1.Baskı. İstanbul: Düzey Matbaacılık; 2004. ch. 13.1
55. Vatan S. Yaşlılarda Görülen Kaygı Bozuklukları. Turkish Journal of Geriatrics 2008; 11(1): p. 47-56
56. Köroğlu E. Psikonozoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri.1. Basım. Ankara. Ofset Baskı, 2004: p.325- 380
57. Dilbaz N, Güz H. Sosyal Kaygı Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları. Nöropsikiyatri Arşivi 2002; 39(2- 3- 4): p.79- 86
58. Vural M, Başar E. Anksiyete Bozukluğunun Ani Ölüm Yapma Potansiyeli. Anadolu Kardiyol Derg 2007: (7); p. 179- 183
59. Sertöz ÖÖ, Mete HE. Bedensel Hastalıklarda Depresyon. Klinik Psikiyatri 2004; p. 63-69
60. Carpenito – Mayot LJ (Çeviri: Erdemir F.). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2005
61. Acaray A, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 8:1- 11
62. Aydemir Ö. Konsültan-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü, Kısa Form -36 (SF- 36). Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006; 2(47): P. 85-88
63. Yazıcı K, Biçer A. ve ark. Kronik Ağrı Hastalarında Anksiyete ve Depresyonun Yaşam Kalitesine Etkisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; 13(2): p. 72-76

64. Yoshimura K, Utsunomiya N, et al. Impact of Superficial Bladder Cancer and Trensarethral Resection on General Health- Related Quality of Life: An SF-36 Survey. *Urology* 2005; 65:p. 290- 294
65. Soyuyiğit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesinin Belirlenmesinde SF- 36 Sağlık Taramasının Değeri. *Tüberküloz Ve Toraks Dergisi* 2006; 54 (3): 259- 266
66. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene E: *Manual For The State-Trait Anxiety Inventory (' Self- Evaluation Questionnaire')*. Palo Alto,CA: Consulting Psychologist Pres; 1970
67. Öner N, Le Compte A. *Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları,1985.
68. Caci H, Bayle FJ, et al. The Spielberger Trait Anxiety Inventory Mesures More Than Anxiety. *European Psychiatry* 2003; 18: P. 394- 400
69. Alacacioğlu A, Yavuzşen T, ve ark. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Anksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler. *Uluslar Arası Hematoloji- Onkoloji Dergisi* 2007; 17(2): p. 87-93
70. Beser N, Öz C. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete- Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7(1): p.47- 58
71. Harkness K, Morrow L, at al. The Effect of Early Education on Patient Anxiety While Waiting For Elective Cardiac Catheterization. *European Journal of Cardiovasculer Nursing* 2 2003: p. 113- 121
72. Arthur HM, Smith KM, Natarajon MK. Quality of Life At Referral Predict Outcome of Elective Coronary Artery Angiogram. *International Journal of Cardiyoloji*. 2007
73. Wynne J. and et. Anxiety And Health- Related Quality of Life in Patients Awaiting Elective Coronary Angiography. *Heart Lung* 2004; 33(4): 237- 248
74. Unsar S, Sut N, Durna Z. Health- Related Quality Of Life In Patients with Coronary Artery Disease. *Journal Of Cardiovascular Nursing* 2007; 22(6): p. 501- 507
75. Dilek F. *Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (Tez)*. Edirne: TÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008
76. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 2007; 21 (5): p. 187- 193
77. Göçgeldi E, Babayığıt AM, ve ark. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2008; 50(3): p. 172- 179

78. Astin F, Jones K, et al. Prevalence and Patterns of Anxiety and Depression in Patients Undergoing Elective Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty. *Heart Lung* 2005; 34 (6): p. 393- 401
79. Gökğündüz Ö. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı düzeylerine Etkisi (Tez). Kayseri Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005
80. Aydın S, Yavuz T, Düver H, Kutsal A. 65 Yaş Üstü Hastalarda Koroner Bypass Operasyonlarının Yaşam Kaliteleri Üzerine Erken Dönem Etkisinin SF- 36 Testi İle Tespiti. *Geriatrics* 2002; 5(2): p. 64-67
81. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; (6): p. 227-239
82. Özol D, Koçak MO, Çoşkunol İ, Egemen A. Tüberkülozlu Hastalarda Kaygı Durumu Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 2005; (16): p. 66- 70
83. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi (Tez). Edirne: TÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008
84. Sönmez K, Pala S, Mutlu S, ve ark. Koroner Arter Hastalığı Bulunan Olgularda Risk Faktörlerinin Erkek Ve Kadınlarda Sosyoekonomik Duruma Göre Dağılımı. *Anadolu Kardiyol Derg* 2004; (4): p. 301- 305
85. Spertus AJ, Jones P. et al. Health Status Predicts Long- Term Outcome in Outpatients with Coronary Disease. *Circulation* 2002; 106: p. 43- 49
86. Kiebzak GM, Pierson LM et al. Use Of The SF-36 General Health Status Survey To Document Health- Related Quality of Life in Patient With Coronary Artery Disease: Effect of Disease And Response To Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Heart&Lung* 2002; 31(3): p.207- 213
87. Stafford L, Berk M et al. Comorbid Depression and Health- Related Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Psychosomatic Research* 2007; 62: p. 401- 410
88. Odabaşı J. Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti ve Koroner Anjiyografi Sonrası Yaşam Biçimi Değişikliklerinin Belirlenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı (Tez). Bolu. Abant İzzet Baysal Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006
89. Boini S, Briançon S, et al. Occurrence of Coronary Artery Disease Has An Adverse Impact on Health- Related Quality of Life. *International Journal of Cardiology* 2006; 113: p. 215- 222

90. Özer K.A, Özer S. Durumsal- Sürekli Depresyon Ölçeğinin Faktöriyel Alt Yapısı. Doğuş Üniversitesi Dergisi 2006; 7 (2): p. 210- 217

ŞEKİLLER DİZİNİ

TABLÖLAR	SAYFA
Tablo 1: Hemşirelik Tanısı: Anksiyete.....	19
Tablo2: Hemşirelik Tanısı: Bilgi Eksikliği.....	20
Tablo 3: Hemşirelik Tanısı: Allerjik Reaksiyon.....	22
Tablo 4: Hemşirelik Tanısı: Hareketin Kısıtlanması.....	23
Tablo 5: Hastaların Kişisel Özelliklere Göre Dağılımı (n= 202).....	34
Tablo 6: Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n= 202).....	37
Tablo 7: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamaları ve Minimum- Maximum Değerleri (n= 202).....	40
Tablo 8: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı (n= 202).....	41
Tablo 9: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımı (n= 202).....	42
Tablo 10: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Beden Kitle İndeksine (BKİ) Göre Dağılımı (n= 202).....	43
Tablo 11: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı (n= 202).....	44
Tablo 12: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (n= 202).....	45
Tablo 13: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Kişinin Yaşantısının En Çok Geçtiği Yere Göre Dağılımı (n= 202).....	47
Tablo 14: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (n= 202).....	48
Tablo 15: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Gelir Düzeyi Göre Dağılımı (n= 202).....	49
Tablo 16: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı (n= 202).....	50
Tablo 17: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (n= 202).....	51
Tablo 18: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Sahip Oldukları Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı (n= 202).....	52

SAYFA

Tablo 19: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Klinik Tanıya Göre Dağılımı (n= 202).....	53
Tablo 20: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Dağılımı (n= 202).....	54
Tablo 21: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Hastanede Yatma Sayısına Göre Dağılımı (n= 202).....	55
Tablo 22: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Kalp Ameliyatı Geçirme Durumuna Göre Dağılımı (n= 202).....	56
Tablo 23: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Egzersiz Yapma Durumuna Göre Dağılımı (n= 202).....	57
Tablo 24: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Birinci Derece Yakınında Kalp Hastalığı Varlığına Göre Dağılımı (n= 202).....	58
Tablo 25: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Sürekli Olarak Kullandığı İlaç Varlığına Göre Dağılımı (n= 202).....	59
Tablo 26: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Günde Alınan İlaç Sayısına Göre Dağılımı (n= 202).....	60
Tablo 27: Hastaların SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup Puan Ortalamalarının Yaş, Gelir Durumu, BKİ ve İlaç Sayısı ile Korelasyonu (n= 202).....	61
Tablo 28: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları ve Minimum - Maximum Değerleri (n= 202).....	62
Tablo 29: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı (n=202).....	63
Tablo 30: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımı (n= 202).....	63
Tablo 31: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının BKİ'ne Göre Dağılımı (n= 202).....	64
Tablo 32: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı (n= 202).....	64
Tablo 33: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (n= 202).....	65

SAYFA

Tablo 34: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Yaşantısının Büyük Çoğunluğunun Geçtiği yere Göre Dağılımı (n= 202).....	66
Tablo 35: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (n= 202).....	66
Tablo 36: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı (n= 202).....	67
Tablo 37: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı (n= 202).....	68
Tablo 38: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Çocuk Sayısına Göre Dağılımı (n= 202).....	68
Tablo 39: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence Türüne Dağılımı (n= 202).....	69
Tablo 40: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Klinik Tanıya Göre Dağılımı (n= 202).....	69
Tablo 41: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Dağılımı (n= 202).....	70
Tablo 42: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Hastanede Yatma Sayısına Göre Dağılımı (n= 202).....	70
Tablo 43: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Kalp Ameliyatı Geçirme Durumuna Göre Dağılımı (n= 202).....	71
Tablo 44: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Egzersiz Yapma Durumuna Göre Dağılımı (n=202).....	71
Tablo 45: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Birinci Derece Yakınında Kalp Hastalığı Olup Olmadığına Göre Dağılımı (n= 202).....	72
Tablo 46: Hastaların Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Sürekli Alınan İlaç Varlığına Göre Dağılımı (n= 202).....	72
Tablo 47: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Günde Alınan İlaç Sayısına Göre Dağılımı (n= 202).....	73
Tablo 48: Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Yaş, Gelir Durumu, BKİ ve İlaç Sayısı ile Korelasyonu (n= 202).....	73
Tablo 49: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Gruplarının Puanlarının ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanları İle Arasındaki Korelasyon (n= 202).....	74

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Tekirdağ'da doğan Pınar Yel ilköğretimini Batkın İlköğretim okulunda, ortaokul ve lise eğitimini Malkara Anadolu Lisesinde tamamladı. 2002 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde başladığı eğitimini 2006 yılında tamamladı ve hemşire ünvanını aldı. 2006 yılının Eylül ayında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde Yüksek lisans eğitimine başladı.

2006 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde 5 ay, Kardiyoloji servisinde 7 ay, 2007 yılında Özel Hastanede endoskopi hemşiresi olarak görev yapmaya başlamış ve halen bu görevini sürdürmektedir. İngilizce bilmektedir.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul İzni

Ek 2: Anket Formu

Ek 3: SF- 36 Yaşam Kalitesi Anketi

Ek 4: Spielberger Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURUL BAŞKANLIĞI
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı:17

Karar Tarihi:13.09.2007

3-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 13.09.2007 tarihinde; “**Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi**”adlı TUTFEK 2007/150 protokol no.lu Yüksek Lisans Öğrencisi Pınar İŞCAN’ın tez çalışmasını incelemek üzere toplandı. Doç. Dr. Dilek MEMİŞ ve Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA izinli olması nedeniyle katılmadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Fakültemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünde yapılacağı Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR’ın yürütücüsü olduğu araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; Helsinki Deklerasyonu Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve **araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda** yapılmasının **UYGUN** olduğuna mevcudun oybirliği ile karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. Ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Avukat Mustafa POLAT Üye	Ceza Hukuku	T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

Posta Adresi:
T.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı
Büllapoğlu Yerleşkesi
2030 EDİRNE

Tel: (0284) 235 76 53 – 235 73 73
Faks: (0284) 235 76 52
E-posta: dekanlik@trakya.edu.tr
Elektronik Ağ: http://tipfak.trakya.edu.tr

EK 2
ANKET FORMU

Adınız-Soyadınız :

Protokol Numaranız :

Adres / Tel No :

Klinik Tanı :

1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz:

1. () Bayan 2. () Erkek

2. Yaşınız:.....

3. Kilonuz:.....Boyunuz:.....BKİ:.....

4. Medeni Durumunuz Nedir?

1. () Bekar

2. () Evli

3. () Dul

5. Sahip Olduğunuz Çocuk Sayısı Nedir?

1. () Çocuk Yok

2. () 1-2 Çocuk

3. () 3-4 Çocuk

4. () 5 ve Üzeri

6. Eğitim Durumunuz Nedir?

1. () Okur- yazar Değil

2. () Okur- yazar

3. () İlkokul mezunu

4. () Ortaokul mezunu

5. () Lise mezunu

6. () Üniversite ve Üzeri

7. Yaşantınızın Büyük Çoğunluğunu (1/3) Nerede Geçirdiniz?

1. () Köy

2. () Kasaba

3. () İlçe

4. () İl

8. Kimlerle Birlikte Yaşıyorsunuz?

1. () Yalnız
2. () Eşimle
3. () Eşim ve Çocuklar
4. () Çocuklar
5. () Diğer Aile Üyeleri

9. İş- Meslek Durumunuz Nedir?

1. () İşçi
2. () Memur
3. () Emekli
4. () Serbest Meslek
5. () Çiftçi
6. () Ev Hanımı
7. () Diğer (Belirtiniz):.....

10. Ailenizin Gelir Düzeyi Aylık Ne Kadar?.....

11. Sosyal Güvenceniz Var mı?

1. () Evet
2. () Hayır

12. Sosyal Güvenceniz Var İse Nedir?

1. () EMS
2. () BK
3. () SSK
4. () YK
5. () Diğer (Belirtiniz).....

2. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

13. Klinik Tanınız Nedir?

1. Angina Pektoris
2. Miyokard İnfarktüsü
3. PTCA+ Stent
4. Kalp Yetmezliği
5. Diğer (Belirtiniz):.....

14. Daha Önce Hastanede Yattınız Mı?

1. Evet
2. Hayır

15. Kaç Defa Hastanede Yattınız?

1. Hiç Yatmadım
2. 1-2 Kez
3. 3-4 Kez
4. 5 ve Üzeri

16. Daha Önce Kalp Ameliyat Geçirdiniz Mi?

1. Evet
2. Hayır

17. Sigara Kullanıyor musunuz?

1. Evet (Kaç Yıldır, Günde Kaç Adet Belirtiniz):.....
2. Hayır
3. Bıraktım (Ne Kadar Süredir Kullanmıyorsunuz, Belirtiniz):.....

18. Alkol Kullanıyor musunuz?

1. Evet (Kaç Yıldır, Ne kadar Sıklıkla, Miktarı, Belirtiniz):.....
2. Hayır
3. Bıraktım (Ne Kadar Süredir Kullanmıyorsunuz, Belirtiniz):.....

19. Düzenli Olarak Egzersiz Yapıyor musunuz?

1. Hiç Egzersiz Yapmıyorum
2. Ara-sıra Egzersiz Yapıyorum
3. Haftada En Az 2-3 Kez 30-45 dk Egzersiz Yapıyorum

20. Hangi Tür Egzersizleri Yapıyorsunuz?

1. Yürüyüş
2. Bisiklete Binme
3. Koşma
4. Yüzme
5. Diğer (Belirtiniz):.....

21. Daha Çok Hangi Besinleri Tüketirsiniz?

1. Et Ağırlıklı
2. Yağ ve Tuzdan Fakir
3. Yağ ve Tuzdan Zengin
4. Unlu Yiyecekler
5. Orta Derecede Yağlı Ve Tuzlu
6. Diğer (Belirtiniz):.....

22. Ailenizde Birince Derecede (Anne, Baba, Kardeş) Kalp Hastalığı Olan var mı?

(Belirtiniz)

1. Evet.....
2. Hayır

23. Aşağıdaki Hastalıklardan Birine/ Birkaçına Sahip misiniz?

1. Hekim Tarafından Tanısı Konmuş Bir Kap Hastalığına
2. Hipertansiyon
3. Diyabet
4. Diğer (Belirtiniz):.....

24. Sürekli Olarak Kullandığınız İlaçlarınız Var mı?

1. Evet
2. Hayır

25. Sürekli Olarak Kullandığınız İlaçların Grupları Nelerdir? (Hasta Dosyasından

Kontrol Edilecek)

1. Antihipertansif
2. Diüretik
3. Beta Bloker
4. Antidiyabetik
5. Antikoagülan
6. Nitrat
7. Diğer (Belirtiniz):.....

26. Günde Aldığınız İlaç Sayısı Ne Kadar? (Belirtiniz):.....

EK 3
SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu, uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, vereceğiniz en uygun cevabı işaretleyiniz.

Sağlık Durumu Anketi

1. Genel olarak sağlığınız

- Mükemmel.....1
Çok iyi.....2
İyi3
Orta4
Kötü.....5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

- Bir yıl öncesinden çok daha iyi.....1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi.....2
Hemen hemen aynı.....3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü.....4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü.....5

3. Sağlığınız ve Günlük Aktiviteler

Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Ne kadar engelliyor?

HAREKETLERİNİZ	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktiviteler	1	2	3
b) Masayı,elektrik süpürgesini itmek gibi hafif aktiviteler	1	2	3
c) Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d) Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e) Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f) Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g) Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h) Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
i) Yüz metrelik mesafeyi yürürken	1	2	3
j) Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. GEÇEN 4 HAFTA BOYUNCA, işinizde veya diğer rutin işlerinizde **fiziksel sağlık olarak** aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet yada hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alınız.)

	EVET	HAYIR
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b) İşlerinizde amaçlarınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c) İş veya diğer aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?	1	2
d) İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?	1	2

5. GEÇEN 4 HAFTA BOYUNCA, işinizde veya diğer rutin işlerinizde **ruhsal durumunuzun sonucu olarak** (örneğin sinirli ya da stresli) aşağıdaki sorunlardan herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleyiniz.)

	EVET	HAYIR
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b) İşlerinizde amaçlarınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c) İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

6. GEÇEN 4 HAFTA BOYUNCA, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne derece etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

- Pek etkilemedi.....ss1
Çok az etkiledi.....2
Orta3
Oldukça.....4
Aşırı derece etkiledi..... 5

7. GEÇEN 4 HAFTA BOYUNCA, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz.)

- Hiç.....1
Çok hafif.....2
Hafif.....3
Orta.....4
Fazla.....5
Çok fazla.....6

8.GEÇEN 4 HAFTA BOYUNCA, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere)(sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil.....1

Az.....2

Orta.....3

Oldukça fazla.....4

Aşır.....5

9. Bu sorular geçen ay boyunca kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alınız.

GEÇEN AY BOYUNCA	NE KADAR SÜRE					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a)tam enerjik hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b)çok sınırlı biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c)hiçbir şeyin sizi sınırlayamayacağı kadar canınız sıkıydı	1	2	3	4	5	6
d)sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e)fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f)moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g)çok yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h)hiç mutlu oldunuz mu	1	2	3	4	5	6
i)yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j)sağlığınız akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b) Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanmıyorum	1	2	3	4	5
d) Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK 4

DURUMLULUK KAYGI ENVANTERİ

Hastanın Adı:

Yaş:

Tarih:

YÖNERGE: aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Bu ifadeye göre kendinizi **SU ANDA** olarak nasıl hissettiğinizi parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin.

	hiç	bazen	çok	herzaman
1.Şu anda çok sakinim.	()	()	()	()
2.Kendimi emniyette hissediyorum.	()	()	()	()
3.Şu anda sinirlerim gergin.	()	()	()	()
4.Pişmanlık duygusu içerisindeyim.	()	()	()	()
5.Şu anda huzur içindeyim.	()	()	()	()
6.Şu anda hiç keyfim yok.	()	()	()	()
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	()	()	()	()
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	()	()	()	()
9.Şu anda kaygılıyım.	()	()	()	()
10.Kendimi rahat hissediyorum.	()	()	()	()
11.Kendime güvenim var.	()	()	()	()
12.Şu anda asabım bozuk.	()	()	()	()
13.Çok sinirliyim.	()	()	()	()
14.Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	()	()	()	()
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum.	()	()	()	()
16.Şu anda halimden memnunum.	()	()	()	()
17.Şuan endişeliyim.	()	()	()	()
18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	()	()	()	()
19.Şu anda sevinçliyim.	()	()	()	()
20.Şu anda keyfim yerinde.	()	()	()	()

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Hastanın Adı:

Yaş:

Tarih:

YÖNERGE: aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Bu ifadeye göre kendinizi **GENEL** olarak nasıl hissettiğinizi parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin.

	hiç	bazen	çok	herzaman
1.Genellikle keyfim yerindedir.	()	()	()	()
2.Genellikle çabuk yorulurum.	()	()	()	()
3.Genellikle çabuk ağlarım.	()	()	()	()
4.Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	()	()	()	()
5.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	()	()	()	()
6.Kendimi dinlenmiş hissedirim.	()	()	()	()
7.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	()	()	()	()
8.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğinin hissediyorum.	()	()	()	()
9.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	()	()	()	()
10.Genellikle mutluyum.	()	()	()	()
11.Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	()	()	()	()
12.Genellikle kendime güvenim yoktur.	()	()	()	()
13.Genellikle kendimi emniyette hissedirim.	()	()	()	()
14.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	()	()	()	()
15.Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	()	()	()	()
16.Genellikle hayatımdan memnunum.	()	()	()	()
17.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	()	()	()	()
18.Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	()	()	()	()
19.Aklı başında kararlı bir insanım.	()	()	()	()
20.Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder.	()	()	()	()