

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

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR

**KORONER ARTER HASTALARINDA YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Filiz DİLEK

EDİRNE - 2008

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

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR

**KORONER ARTER HASTALARINDA YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Filiz DİLEK

Destekleyen Kurum :

Tez No:

EDİRNE - 2008

TEŐEKKÜRLER

Araştırmanın yürütülmesindeki değerli katkıları ve desteği için danışmanım Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR'a, araştırma verilerinin analizindeki yardımlarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Necdet SÜT'e, klinik değerlendirmedeki yardımlarından dolayı Prof. Dr. Fatih ÖZÇELİK ve tüm kardiyoloji polikliniği çalışanlarına, çalışmalarım boyunca desteğini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER
KISALTMALAR

SAYFA

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
KAH Epidemiyolojisi.....	3
Koroner Arter Hastalıklarının Tanımı ve Sınıflandırılması.....	4
Anjina Pektoris Tanımı.....	4
Etyolojisi.....	4
Anjina Pektorisin Tipleri ve Özellikleri.....	6
Tanı.....	7
Tedavi.....	7
Hemşirelik Bakımı.....	7
Miyokart İnfarktüsünün Tanımı.....	8

Etyolojisi.....	8
Belirti ve Bulgular.....	9
Tanı.....	9
Tedavi.....	9
Hemşirelik Bakımı.....	10
Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi.....	11
Kontrol Edilebilir Risk Faktörleri.....	12
Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri.....	13
Koroner Arter Hastalıklarından Korunma ve Hemşirenin Rolü.....	13
Koroner Arter Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri.....	15
Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesi.....	16
Yaşam Kalitesi İle İlgili Tarihçe.....	16
Yaşam Kalitesinin Tanımı	17
Yaşam Kalitesi Boyutları.....	20
Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	20
Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik.....	22
Koroner Arter Hastalığı Hemşirelik Bakım Planı.....	23
GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
BULGULAR.....	31
TARTIŞMA.....	53
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
TÜRKÇE ÖZET.....	62
İNGİLİZCE ÖZET.....	63
KAYNAKLAR.....	64
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	69
ÖZGEÇMİŞ.....	71
EKLER.....	72
Ek.1: Etik Kurul İzni	
Ek.2: Anket Formu	
Ek.3 15 D Yaşam Kalitesi Anketi	
Ek.4: Koroner Risk Tablosu	

KISALTMALAR

ark.	: Arkadaşları
BKI	: Beden Kitle İndeksi
By-Pass	: Koroner Arter Bypass Greft
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein (<i>High Density Lipoprotein</i>)
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein (<i>Low Density Lipoprotein</i>)
MI	: Miyokart İnfarktüsü
NCEP	: National Cholesterol Education Program
PTCA	: Perkütan Transluminal Koroner Anjioplasti
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
YTL	: Yeni Türk Lirası

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artması, hastalıklara bağlı ölümleri azaltmış, doğuştan beklenen yaşam süresini ve yaşlanmaya bağlı kronik hastalığı olan birey sayısını arttırmıştır. Yaşam koşulları gereği, güncel streslerin artması ve teknolojik gelişmelere paralel olarak daha sedanter bir hayat şekli, insanları koroner arter hastalığı yönünden tehdit etmektedir. Genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olan Koroner arter hastalığı (KAH) kronik bir hastalık olarak bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir (1-11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 1990 yılında mortalite ve morbidite nedenleri arasında 5. sırada yer alan kardiyovasküler hastalıkların 2020 yılında günümüzde olduğu gibi 1. sırada yer alacağı ve yılda 14 milyon olan ölüm sayısının 25 milyon kişiye çıkacağı öngörülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu sorun daha fazla önem kazanmaktadır. Gelişmekte olan bir ülke konumundaki Türkiye’de de 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 (12,13,14).

DSÖ, yaşam kalitesini “bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamaları” olarak tanımlamaktadır (15).

DSÖ'nün bu tanımı: fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve ruhsal özellikler olmak üzere 6 alanı içermektedir (15,16).

Ülkemizde, KAH'nın en önemli risk faktörleri "hipertansiyon, şişmanlık, sigara içimi, trigliserid yüksekliği, HDL- kolesterol düzeyi düşüklüğü" olarak belirlenmiştir. Ülkemizin içinde bulunduğu sosyoekonomik gelişme, şehirleşme, sağlıksız beslenme alışkanlıklarına ve yaşam biçiminde değişikliklerine yol açmaktadır. Dünyada ve Türkiye'de ölümlerin birinci nedeni olan bu hastalıktan alınacak önlemlerle korunulabileceği, risk faktörlerinin kontrol altına alınmasıyla ölümlerin önlenilebileceği belirtilmektedir. KAH'na yol açan risk faktörlerinin bireyin sağlık davranışı ile ilişkili olduğu görülmektedir (3,6,7,8,17).

Sağlık davranışı, ise bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti, sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (18).

Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin yükseltilmesi; hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesi, davranış değişikliği başlatılması, beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, hastanın değerlerinin, inançlarının, amaçlarının, sağlıklarına verdikleri önemi ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, hastaların hastalığa uyum sağlaması ve yaşam şeklinde değişiklikler yapması, planlanan bakıma aktif olarak katılması ve iş birliği ile mümkün olacaktır. Hasta bireylerde hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirilmeleri ile mümkün olabilir Yaşam kalitesi değerlendirmeleri sunulan hizmetlerin geliştirilmesinde önemli ip uçları vereceğinden, koroner arter hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmek son derece önemlidir (1,18,19).

Bu verilerden yola çıkarak araştırma; KAH olan bireylerin yaşam kalitesini belirlemek, yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek ve aynı zamanda bakım gereksinimlerinin belirlenmesine rehber olacak öneriler geliştirmek amacı ile planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KAH EPİDEMİYOLOJİSİ

KAH gelişmiş ülkelerde erişkin ölümlerinin en önemli nedeni olarak gösterilmektedir. Bu hastalığın gelişmekte olan ülkelerde giderek artacağı ve yaşadığımız yüzyılın ilk çeyreğinde tüm dünyada ölümlerin ilk nedeni olacağı tahmin edilmektedir. Son yıllarda yapılan istatistikler dünyada kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin %50'nin üzerinde olduğunu göstermektedir. 40 yaş ve sonrası ölüm sebeplerinin başında koroner arter hastalıkları gelmektedir. Koroner arter hastalığı Avrupa ülkelerinde 45 yaşın üzerindeki erkeklerde ve 65 yaşın üzerindeki kadınlarda 1. sıradaki ölüm nedeni olarak yer almaktadır. Avrupa da her yıl dört milyon kişi kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölmektedir. 800.000 kişi 65 yaş ve üzeridir (6,8,9,17).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılından bu yana yürütülen TEKHARF Çalışmasının 10 yıllık izlem verilerine göre Türkiye'de yaklaşık 2 milyon koroner kalp hastasının bulunduğu ve yılda 160 bin kişinin koroner kalp hastalığından öldüğü tahmin edilmektedir. Koroner kalp hastalığının ülkemizde yıllık mortalitesi erkeklerde binde 5.1, kadında ise 3.3'tür. Bu sayılar ülkemizi Avrupa ülkelerinde en yüksek sıralara oturtmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere göre ziyade gelişmiş ülkeler örneğine benzeyen bu olumsuz eğilim

devam ettiği takdirde 2010 yılında halen 2 milyon civarında olan koroner kalp hastası sayısının 1.4 milyon artarak 3.4 milyon kişiye varacağı ön görölmektedir (6, 8,17,20).

Tüm ölümlerin bölgelere göre dağılımında (TEKHARF 2002), cinsiyet farkı gözetmeme koşuluyla, en yüksek tüm-nedenli mortalite binde 15.6 ile Doğu Anadolu ve binde 10.5 ile Karadeniz bölgesinde, en düşüğü binde 8.6 ile Güneydoğu Anadolu ve binde 9 ile Akdeniz bölgesindedir. TEKHFARF kohortunun 45-74 yaş kesiminde tüm 12 takip yılında toplam ölümler yıllık erkeklerde 19.5, kadında 11.8, koroner mortalite erkekte binde 8.2 kadında binde 4.3 düzeyindedir (20,21).

" Harvard School of Public Health"den bir grup araştırmacı akut miyokart infarktöslü bir hastanın ortalama yıllık maliyetinin 1996 yılında 12.000 dolar olduğunu hesaplamıştır. Ayrıca Amerika Birleşik Devleti'nde (ABD) koroner arter hastalarının bütçeye yıllık 60 milyon dolar yük getirdiği belirtilmektedir (3).

KORONER ARTER HASTALIKLARININ TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

Koroner arter hastalıkları gurubunda anjina pektoris ve miyokart infarktüsü (MI) yer almaktadır. Her iki hastalıkta da temel neden aterosklerozdur. Damar lümeninin aterom plağı ile daralması yada tıkanması ile hastalık belirtileri gelişir (3).

Anjina Pektoris Tanımı

Anjina pektoris bir göğüs ağrısı sendromu olarak tanımlanmaktadır (3).

Etyolojisi

Anjina pektoris neden olan klinik faktörler şöyle tanımlanabilir:

1- Miyokardın oksijenlenmesinin azalması

- Ateroskleroz en çok bilinen nedenidir.
- Arterial spazm ve refleks olarak daralma, soğuk, stres ve sigara nedeniyle spazm gelişebilmektedir.
- Koroner arteritis: Enfeksiyon ve otoimmün hastalıklar nedeniyle görülür.
- Hipertansiyon: Antihipertansif ilaçlar, kan kaybı vb. gibi nedenlerle miyokardın kanlanması azalır.

- Aort stenozu ve darlığı nedeniyle koronerlerin dolması azalır.
- Anemi ve hipoksi sonucu miyokardın beslenmesi yetersiz olur.
- Polisitemi: Kanın viskozitesi arttığı için koronerlerde kanın akışı yavaşlar.

2- Kardiyak outputun artması

- Egzersiz, duygusal nedenler, fazla yemek yeme ve anemi ve hipertiroidizm nedeniyle kardiyak output artmaktadır.

3. Miyokardın oksijen gereksiniminin artması

- Aort stenozu, yetmezliği ve diyastolik hipertansiyon, tirotoksikoz, büyük duygusal değişiklikler ve egzersiz miyokardın oksijen gereksinimini artırır (3).

Temel olarak ağrının nedeni miyokardın oksijenlenmesinin azalmasıdır. Bir başka deyişle anjina ağrısı, iskemi nedeniyle ortaya çıkar. Damarlarda tıkanma yoktur, daralma vardır (3).

Anjina Pektorisin Tipleri ve Özellikleri

Anjina pektoris; stabil, variant ve anstabil olmak üzere üçe ayrılır. Özellikleri Şekil 1' de gösterilmektedir.

Özellikler	Stabil (kararlı) anjina pektoris	Variant (prizmental) anjina pektoris	Anstabil (kararsız) anjina pektoris
Göğüs ağrısı			
Niteliği	Batıcı, yanma yada baskı şeklinde	Stabil anjina pektoris benzer	Stabil anjina pektoris benzer fakat daha şiddetli olabilir.
Lokalizasyonu ve yayılımı	Sol omuza, sol kolun iç yüzeyine veya her iki kola yayılan substernal ağrı; boyun, çene ve skapulaya yayılım olabilir.	Stabil anjina pektoris benzer.	Stabil anjina pektoris benzer.
Kolaylaştıran faktörler	Miyokardın oksijen ihtiyacını arttıran egzersiz ve hareketler (ağır kaldırma, soğuk ortam v.b.) ile başlar.	Dinlenme sırasında ağrı başlar, ağrı periyodiktir, sıklıkla uyku sırasında (en sık gece yarısı ile sabah 8 arasında) ortaya çıkar.	Her zamankinden daha düşük efor ile gelişir. Dinlenme sırasında da meydana gelebilir.
Süre ve azaltan faktörler	3-15 dakika; dinlenmekle, dil altı nitrogliserin alımı, ağrı oluşturan aktivitelere ara verilmesi ile geçer.	Karakteristik olarak ağrı şiddeti hızlı artar.	Uzamıştır ve nitrogliserin alımı veya dinlenme ile azalmaz.
Eşlik eden belirti ve bulgular	Anjinal atak sırasında: dispne, anksiyede, soğuk ve nemli bir cilt, terleme	Stabil anjina pektoris benzer.	Stabil anjina pektoris benzer fakat daha belirgin olabilir ve devam edebilir; mide bulantısı olabilir.

Şekil 1: Anjina pektorisin tipleri ve özellikleri (22)

Tanı

Tanı genellikle anamnez ile konur. Ağrının özelliklerini bilmek çoğunlukla tanı için yeterlidir. Laboratuvar testleri (tam kan sayımı, kardiyak enzimler, koagülasyon testleri, serum lipitleri, serum elektrolitleri, kan-üre-nitrojen), radyografik yöntemler (göğüs filmi, fluoroskopi, kalp kateterizasyonu, anjiyokardiyografi), grafik yöntemler (elektrokardiyografi, holter monitörü, eforlu EKG) ile tanı konur (3,23).

Tedavi

Anjina pectoris vakalarında yatak istirahati ve antikoagülan tedavi gereklidir. Ancak aşırı fiziksel aktivite kısıtlaması, hemen hastayı görevinden ayırma gibi aşırı önlemler almayı gerektirmez. Hastalığın kontrol altına alınabilmesi için koroner vazodilatör ilaçlar kullanılır (3).

Nitritler: Nitrogliserin bu ilaçların en çok bilinenidir. 0.3-0.6 mg sublingual olarak veya çiğnemek suretiyle alınır. Trinitrin taze olmalıdır, aksi halde ilaç etkisizdir. İlacın taze olduğu dilde acımsı, buruk bir tat bırakması ile anlaşılır (3,23,24).

Beta adrenerjik blokaj yapan ilaçlar: Visken ve isoptin (kalsiyum kanal blokeri) bu grup ilaçlara verilecek örneklerdir. Beta adrenerjik uyarımlar kalp hızını artırır, kalp kontraktilesini kuvvetlendirir ve vazodilatasyon yapar (3,24).

Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımının amaçları:

- Göğüs ağrısının erken tanınması,
- Ağrı kontrolü,
- Sakin bir ortamın sürdürülmesi ve,
- Hasta / aile eğitimidir (3).

Anjinalı hastaya hemşire şu konularda eğitim yapmalıdır.

- Ağrı sırasında oturması yada yatması gerektiği,
- Trinitrin alınca 1-2 dakika tükürüğünü yutmaması,
- Trinitrin ile birlikte alkol almaması,
- İlacını orijinal şişeden çıkarmaması, nemden, sıcaktan, ışıktan, havayla temastan koruması gerektiği,
- Trinitrini üç aydan fazla saklamaması, tazesini nasıl anlayacağı,
- Ağrı sırasında onar dakika aralarla trinitrin alınmasına rağmen ağrı geçmiyorsa, infarktüs şüphesi olduğu ve en yakın sağlık kuruluşuna haber vermesi gerektiği konusunda eğitim verilmelidir (3,23).

Miyokart İnfarktüsünün tanımı

Miyokart infarktüsü genel olarak miyokardın belirli bir bölgesine gelen kan akımının ya tamamen kesilmesi yada ileri derecede azalmasına yol açan bir koroner arter tıkanması veya hasta bir koroner arterin uzun süren spazmı sonunda gelişen bir hastalıktır (22).

Etyolojisi

Miyokart infarktüsünde en sık bilinen neden, tromboz oluşmasıdır. Daha az sık rastlanan nedenler ise:

- Kapiller hemorajilerin tromboz oluşumuna ve tam veya yarım tıkanıklığa neden olması,
- Konjestif kalp yetmezliği ve hipertansiyon nedeniyle kalp kasının oksijen gereksiniminin artması, koroner arterlerde emboli oluşması,
- Geçici olarak koroner kan akımının azalması,
- Ameliyatlara veya travmatik şok, gastrointestinal kanama, ciddi dehidratasyon ve hipotansiyon gelişmesi sayılabilir (22).

Belirti ve Bulgular

a) Göğüs ağrısı: Göğüs ağrısı yada göğüste rahatsızlık hissi miyokardiyal iskeminin en önemli bulgusu olup koroner arter hastalığı varlığında miyokardiyal oksijen talebiyle kan akımı arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanır. Miyokard infarktüsünde ağrı ezici, sıkıştırıcı özellikte, çok şiddetli bir ağrıdır ve karakteristik olarak uzun zaman sürer. Ağrı hasta istirahatte iken de olabilir. Ağrı, çoğunlukla retrosternal (göğsün iki tarafına, çeneye, sol omuz ve kolun iç kısmına) olmaktadır, ancak sırtta, çenede, omuzlarda, dirsekte, ön kolda bileklerde de ağrı olabilir. Tanımlanan ağrı ile birlikte şok, senkop, sol kalp yetmezliği aritmiler veya tromboembolik olay varsa MI tanısı kolayca konabilir (3,22,23,25,26,27).

- b) Bulantı-Kusma
- c) Terleme
- d) Nefes darlığı
- e) Fenalık hissi
- f) Huzursuzluk
- g) Ölüm korkusu
- h) Anksiyete (3,25).

Tanı

Laboratuvar testleri (tam kan sayımı, kardiyak enzimler, koagülasyon testleri, serum lipitleri, serum elektrolitleri, kan-üre-nitrojen), radyografik yöntemler (göğüs filmi, fluoroskopi, kalp kateterizasyonu, anjiyokardiyografi), grafik yöntemler (elektrokardiyografi, holter monitörü, eforlu EKG) ile tanı konur (3,23).

Tedavi

Tedavideki amaç kalpteki hasarın yani iskemik nekrozun önlenmesi, durdurulması veya geç gelen hastalarda hayatın uzatılması ve komplikasyonların zamanında tedavi edilmesidir. Koroner tıkanıklığına bağlı iskemi ne kadar uzun sürerse kalp adalesinde hasar o kadar fazla olur. Bu nedenle tıkanan damarın, iskemik nekroz alanı genişlemeden (erken) açılması, mortalite ve komplikasyonlarda azalma, sonuçta yaşam süresinde de anlamlı bir uzama sağlar (23).

Mivokart infarktüsü geçiren hastanın tedavisi ve bakımında temel hedefler üç başlık altında toplanabilir.

1. Akut dönemde belirti ve bulgulara yönelik etkin tedavi uygulanması,
2. Daha sonra gelişecek atakların ve komplikasyonların önlenmesi,
3. Hasta ve ailenin rehabilitasyonu ve eğitimidir (3).

Bu hedefler doğrultusunda hastalara farmakolojik tedavi (trombolitikler, analjezikler ACE inhibitörleri) ve hemşirelik bakımının yanı sıra, MI geçiren hastanın durumu değerlendirildikten sonra, gerekirse PTCA+Stent ve By-Pass uygulanabilir (3,23).

Hemşirelik Bakımı

MI geçiren hasta yoğun bakım ünitesine kabul edilir. Hastane dışında MI geçirmekte olan bir kişiye yapılması gereken iş hastanın ağrısının ve korkusunun giderilmesidir. Hasta sırt üstü yatırılır, ancak solunum sıkıntısı varsa baş yükseltilir. Ağrı ve anksiyetenin giderilmesi için narkotik analjezikler yapılır ve mümkün ise oksijen verilerek hastaneye ulaştırılır. Koroner bakım ünitesine alınan hasta, öncelikle mental ve fiziksel yönden yatak istirahatine alınır. Yatak istirahatinin süresi ve şekli, hastanın durumuna göre değişiklik gösterebilir. Yatak istirahatinde olan hasta için gerekli tüm araç ve gereçler (zil, su, ışık) kullanışlı ve hastanın ulaşabileceği şekilde olmalıdır. Başka bir sakıncası yoksa hastaya semi fowler pozisyonu verilir. Böylece akciğerlerin genişlemesi kolaylaşır ve daha etkili ventilasyon sağlanır. Hastaya oksijen verilir (dakikada 4-8 litre olacak şekilde) (3, 28).

MI geçirmiş hastanın, hastalığın seyrini ve komplikasyonlarının gelişip gelişmediğini izlemek yönünden yaşam bulguları dikkatle ve düzenli olarak izlenmelidir. MI geçiren hastada aşağıdaki belirti ve bulgulardan biri fark edilirse doktora haber verilmelidir. Bunlar:

- Dispne
- Solunun distressi,
- Aritmi,
- Sistolik kan basıncının 170mm Hg'nin üzerinde ve 100mm Hg'nin altında oluşu,
- Solunumun dakikada 12'nin altında ve 24'ün üzerinde oluşu,
- Ateşin 38 derecenin üzerinde olmasıdır (3,23).

Antikoagülan tedavinin komplikasyonları; kanama ve arterial embolidir. Bu nedenle hasta kanama belirtileri yönünden izlenmelidir (3).

Diyet: MI geçirdikten sonra ilk birkaç gün içinde su, et suyu, açık çay, meyve suları gibi sıvılar verilir. Bir kaç gün sonra yumuşak, hafif hazmı kolay yiyecekler verilmeli, çiğ sebze ve meyve verilmemelidir. Günlük kalori 1000-1500 dolayında olmalı ve diyet sodyum, lipit ve kolesterol yönünden de kısıtlı olmalıdır (3,28).

Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörlerinin değerlendirilmesi

KAH, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erişkinlerde başta gelen mortalite ve morbilite nedenidir. KAH'dan korunmada bireylerdeki risk faktörlerinin her biri göz önüne alınmalıdır. Bireylerde birden fazla risk faktörü varsa, risk faktörleri birbirine çarpımsal etki yapar. Yani risk faktörlerinin zararlı etkisi giderek artar. KAH' da risk faktörleri kontrol edilebilir ve kontrol edilemeyen risk faktörleri olarak 2 gruba ayrılır. Bu risk faktörleri şekil 2' de gösterilmiştir (1,7).

Kontrol Edilebilir Risk Faktörleri	Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri
*Hipertansiyon *Hiperkolesterolemi *Sigara kullanımı *Obezite *Diyabet *Yaşam biçimi *Stres * Alkol kullanımı *Oral kontraseptif kullanımı	*Yaş *Cins *İrk *Kalıtım

Şekil 2: KAH'da risk faktörlerinin sınıflandırılması (3,17)

Kontrol Edilebilir Risk Faktörleri:

Hipertansiyon: Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de erişkin nüfusun önemli bir bölümünü etkileyen, yüksek oranda mortalite ve morbiditeye neden olan önemli bir sağlık sorunudur. Framingham Çalışmasına göre hipertansif hastalarda normotensif olanlara göre konjestif kalp yetmezliği 6 kat, KAH' lığı 4kat ve periferik arter hastalığı riski de 2 kat fazladır. Erkek ve kadınlarda ciddi KAH' lığı gelişme riski her 10 mm Hg artış için yaklaşık % 30 artmaktadır. Kan basıncı, sistolik ve diyastolik basınçtan oluşur. Kan basıncı göre hipertansiyon sınıflandırılması Şekil 3'de gösterilmiştir. (29,30,31,32).

	Sistolik (mmhg)		Diyastolik (mmhg)
İdeal değer	< 120	ve	< 80
Normal	< 130	ve	< 85
Yüksek-normal	130-139	yada	85-89
Hipertansiyon			
1. Derece	140-159	yada	90-99
2. Derece	160-179	yada	100-109
3. Derece	> 180	yada	<110

Şekil 3: Kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon sınıflandırılması (3,33,34)

Hiperkolesterelomi (Total ve LDL-kolesterol yüksekliği, Düşük HDL-kolesterol düzeyleri): HDL kolesterol düzeyi ile KAH' lığı arasında ters bir ilişki olup HDL kolesterol azaldıkça KAH riski artar 1993 National Cholesterol Education Program (NCEP) toplantısında LDL kolesterolün 160 mg/dl üzerinde ve HDL- kolesterolün 35mg/dl altında olması majör risk faktörleri olarak kabul edilmiştir (30) .

Sigara kullanımı: Sigara içimi ile KAH'na bağlı ölümlerde yaklaşık 1.8-2 kat artış olmaktadır. Sigaranın kesilmesiyle risk önemli derecede azalır. Sigara bırakıldıktan sonraki 10-20 yıl içinde sigaraya bağlı kardiyovasküler ölüm hızı yarıya düşer (30).

Obezite: Obezite, diyabetes mellitus ve hipertansiyon gibi koroner arter hastalığı içinde önemli bir risk faktörüdür. Framingham Çalışmasına göre obezite tek başına risk faktörü olarak tespit edilmişken diğer bazı çalışmalara göre de birlikte bulunan hiperlipidemi, hipertansiyon, yada glikoz intoleransına sekonder olarak risk artmaktadır. Obez hastalar aynı yaş grubunda obez olmayan hastalara göre % 50-100 artmış mortalite riskine sahiptir.

Obezite, beden kitle indeksi (BKİ) baz alındığında, boy ve kilo ile ilişkili olarak total yağ kitlesinin artışı gösterir. Quetelet formülüne göre hasta ağırlığı kg / hasta boyu m² olarak hesaplanır. DSÖ'nce kabul edilen sınır değerlere göre BKİ 25 kg/m² ile 29.9 kg/m² arası kilo fazlalığı, BKİ >30 kg/m² ise obezite olarak kabul edilmektedir (29,35,36,37,38,39,40).

Diyabet: KAH'na bağlı ölüm oranı non-diyabetiklere göre diyabetik erkeklerde 2.0 kat, diyabetik kadınlarda 3.2 daha yüksektir (7).

Yaşam biçimi: Stres, egzersizlerin yer almadığı hareketsiz bir yaşam, iddialı ve hırslı kişilik özelliğine sahip olma, dengesiz beslenme KAH için risk faktörüdür (1,4,6).

Alkol kullanımı: KAH ile alkol alımı arasında negatif bir ilişki vardır. Koroner arter hastalığı insidansı azalmakta fakat serebrovasküler olay insidansı 3-4 kat artmaktadır (30).

Oral kontraseptif kullanımı: KAH aynı yaştaki erkeklere oranla premenapozal kadınlarda çok daha seyrek. Kadın ve erkek arasındaki bu fark 35-44 yaşları arasında daha da belirgindir. Menapoz sonrası dönemde kadınların KAH'na yakalanma oranı erkeklere yaklaşmaktadır (7,30)

Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri

Yaş: Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşın üzerinde olmak KAH için bir risk faktörüdür (23,30).

Cins: 40 yaş üzeri erkeklerin aynı yaş grubundaki kadınlara göre KAH' a yakalanma şansları daha yüksektir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda atheroskleroz gelişme şansının daha az olması, östrojenin kanın lipoprotein düzeyini düşürmesine bağlanmaktadır (23).

Kalıtım: Anne ve babasında KAH olan, özellikle 50 yaşındaki erkeklerin bu hastalığa yakalanma şansları yüksektir (7,20).

Koroner Arter Hastalıklarından Korunma ve Hemşirenin Rolü

Çağımızda yaşam koşulları gereği, güncel streslerin artması ve teknolojik gelişmelere paralel olarak daha sedanter bir hayat şekli, insanları koroner kalp hastalığı yönünden tehdit etmektedir. Koroner arter hastalığından korunmada bireylerdeki risk faktörlerinin her biri göz önüne alınmalıdır. Türk toplumu KAH riskleri açısından bazı risklere sahiptir. HDL kolesterol düzeyi düşük, trigliserid düzeyi yüksektir. Sigara tüketimi yüksektir. Kadınlar 40 yaşından sonra diyabete ve yüksek tansiyona eğilimlidir. Ülkemizin içinde bulunduğu sosyoekonomik gelişme ve şehirleşme, sağlıksız beslenme alışkanlıklarına ve yaşam

biçiminde değişikliklere yol açmaktadır. Bu yönde yapılan çalışmalarda şehirleşme, sedanter yaşam biçimi ve satüre yağ tüketiminde artmanın kolesterol seviyesinde yükselme ve koroner olaylardaki artışla ilişkisi gösterilmiştir (3,7,17).

Koroner arter hastalığından korunmada 2 tip korunma yöntemi önerilmektedir:

1. Birincil korunma: Koroner arter hastalığı klinik bulgularının olmadığı bireylerdeki korunmaya denir. Genel öneriler; diyet, fiziksel aktivitenin artırılması ve hastanın fazla kilosu varsa zayıflatılması, bireydeki risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve mümkün olanların tedavi edilmesi ve bireyin hekim tarafından yılda bir kez değerlendirilmesini içerir (3,7,17).
2. İkincil korunma: Koroner arter hastalığı klinik bulgularının saplandığı hastalardaki korunma şeklidir. Amaç, koroner arter hastalığının ilerlemesini ve aterosklerotik diğer damar hastalıklarının ortaya çıkmasını önlemektir (3,7).

Ülkemizde 1970’li yıllarda koroner bakım ünitelerinin kurulması ile miyokard infarktüsü geçiren hastalarda yatak istirahatinin olumsuz etkilerinin önlenmesini ve hastaların aktif yaşama kontrollü olarak dönmelerini sağlayan erken mobilizasyon ve rehabilitasyon programları işlerlik kazanmıştır (41).

Kardiyak rehabilitasyon kalp hastalığı olan bir kişinin, fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki açıdan optimal fonksiyon düzeyine ulaşabilmesi için yapılan rehabilitasyon çalışmalarının tümüdür. Kardiyak rehabilitasyonda sağlık eğitiminde temel amaç; hedeflenen yaşam şekli modifikasyonlarının gerçekleşmesini; hedeflenen sağlık davranışının kazanılmasını sağlamaktır (17, 44,45).

Kardiyak rehabilitasyonun önemi, damarsal kalp hastalıklarının giderek çoğalmasıyla daha da artmıştır. Günümüz yaşantısının oldukça stresli, yoğun, beslenme alışkanlıklarının bilinçsiz ve doğallıktan uzak, yaygın araba kullanımının sedanter yaşamı arttırdığı, giderek bozulan çevre koşulları ve sayabileceğimiz daha bir çok neden kardiyak sorunların artmasında birer faktör olmaktadır. Kalp hastalıkları ölüm nedenleri arasında birinci sırayı almaktadır. Hayatta kalan kalp hastaları ise giderek sosyal çevrelerinden uzaklaşmakta, üretici konumlarını yitirmektedirler. Bundan dolayı, kardiyak rehabilitasyon kavramında KAH’ nın önemli bir yeri vardır (42,43).

Risk faktörlerini azaltmaya yönelik uygulanacak kardiyak rehabilitasyon programları içinde hemşire; sağlık eğitiminde sürekli ve aktif rol üstlenir. Kardiyolog, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi elamanların yer aldığı kardiyak rehabilitasyon ekibi içinde hemşire, interdisipliner ekip yönetimi ile eğitimi planlar, uygular ve değerlendirir (17).

Koroner Arter Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri

1. Tıbbi tedavi,
2. Kalp kateterizasyonu ve anjiokardiyografi,
3. PTCA (perkütan transluminal koroner anjioplasti)+ Stent,
4. By-Pass (koroner arter bypass greft) ' tır (3,23).

Tıbbi tedavide tedavinin temel amacı, miyokardın oksijen gereksinimini azaltmak ve oksijenlenmesini arttırmaktır. Bu amaca yönelik olarak; beta-adrenerjik blokaj yapan ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri, antikoagülanlar, ACE inhibitörleri kullanılmaktadır (3,43).

Kalp kateterizasyonu ve anjiokardiyografi; kalp hastalıklarının tanı ve tedavisinde sıklıkla kullanılan ve kalp fonksiyonları hakkında kapsamlı bilgi veren bir yöntemdir. Kalp kateterizasyonunda; brakiyal arterinde kullanılabilmesine karşın, genelde femoral arterden giriş yapılmaktadır. Kalp ve damar boşluklarına ince bir kateter sokularak kalbin yapı ve fonksiyonlarının, kapakların ve dolaşım sisteminin incelenmesi işlemidir. Anjiokardiyografi, kalp kateterizasyonu sırasında radyopak madde verilerek seri halde film çekilmesi işlemidir. (23,24).

PTCA + Stent; brakiyal yada femoral arterden girilerek kateterin ucuna yerleştirilmiş bir balon tıkanmayı açmak üzere şişirilir. Bu işlem sadece balonla yapılabildiği gibi bir koroner stent yerleştirme işleminide içerebilmektedir. Stentler, bir damarın içine yerleştirilerek damar duvarının ebatına, şekline ve kıvrımına uyacak şekilde genişletilen ve daha başka tıkanmaları önlemek için küçük yuvarlak metal yapıdır (24).

Bay-Pass; tıkalı olan bir yada daha fazla koroner artere safen yada internal mamariyan arter ile baypas yapılarak miyokardın revaskülarisasyonunun sağlanmasıdır. Bay-Pass = köprü anlamındadır (23).

KORONER ARTER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi ile ilgili tarihçe

Yaşam koşulları düzeldikçe ve bilim ilerledikçe yaşam süresi de uzamaktadır. Genetik yatkınlıklar ve biyolojik etkenler, genel sağlık durumu, ekonomik koşullar, yaşam deneyimleri ve ilişkiler, güçlüklerle başa çıkmada gösterilen beceriler, kişisel tutumlar, yaşam kalitesini etkileyen unsurlardır (1,47).

Yaşam kalitesi antik ve orta çağda insanın mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma olarak ele alınmıştır (3).

1960'lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji alanına girmiştir. Ekonomik açıdan yaşam kalitesini tanımlamaya çalışan araştırmacılar özellikle teknolojik değişme ve ekonomik büyüme üzerinde durmuşlardır. Ekonomik ağırlıklı araştırmalarda, ekonomik büyümenin istenilen düzeyde toplumsal gelişmeyi dolayısıyla, yaşam kalitesini sağlayacağı görüşünün baskın olduğu anlaşılmaktadır. Yaşam kalitesini tanımlamaya çalışan ilk sosyal bilimcilerden olan E. L. Thorndike (1939):

- Yaşam standartı,
- Çocuk mortalitesi,
- Ahlaksal oran gibi sosyal istatistik kombinasyonlarını kullanarak, Amerika kentleri arasındaki yaşam kalitesi indekslerini karşılaştırmıştır (1,3,16).

Sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda yaşam kalitesi; çalışma, barınma, sosyal durum boyutları ile ele alınmıştır. Bloom (1978), bir çalışmasında sosyal göstergeleri:

- Sağlık,
- Sosyal refah,
- Eğitim
- Kamu güvenliği olmak üzere dört temel kategoriye ayırmıştır (3,15).

1970'li yıllarda psikologlar tarafından yaşam doyumu boyutu ile gündeme getirilmiştir. Yaşam kalitesi ile psikolojik yönelimli çalışmalarda merkezi bir önem taşıyan yaşam doyumu kavramı ilk kez 1961 yılında Neugarten tarafından kullanılmıştır. Neugarten'e göre: Yaşam doyumu, bir insanın istedikleri ile elde ettiklerinin karşılaştırılmasıyla oluşan sonuçtur. Kişinin beklentilerine ulaşmadaki bilişsel değerlendirilmesinin ürünüdür. Yaşamın tümünü ve çeşitli boyutlarını içermektedir (1,3,15).

Yaşam kalitesi 1970'li yıllarda tıp alanına, 1980'lerden sonrada hemşirelik alanına girmiştir. Tıp ve hemşirelik ise, sağlık çalışanlarının ilgilendikleri alanlar olan sağlığın, semptomların, hastalıkların, tedavilerin ve bakımın yaşam kalitesi ile olan ilişkisine odaklanmıştır. Günümüzde sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil, bireyin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini arttırmak ve geliştirmektir. Yaşam kalitesinin incelenmesi tıpta hastanın değerlendirilmesinde önemli katkılara sahiptir (1,3,16,46).

Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam koşulları düzeldikçe kusursuza ulaşma ve mükemmeli yakalama arzusu, insanoğlunun var oluşu kadar eskidir. Kalite kavramı eski çağlardan günümüze kadar sürekli zihinleri kurcalayan ve gelişme gösteren bir kavramdır. Günlük yaşantımız içinde politik ve ekonomik söylemlerde, gazetelerde, televizyonlarda sıklıkla karşılaşılan yaşam kalitesi kavramı; ekonomik krizler, çevre kirliliği, kentsel yaşamın problemleri olan yığılma, kirlenme, kalabalık v.b. ile sağlık sorunlarından eğitime, suç oranlarından trafiğe yaşamın pek çok alanındaki konularla ilişkilidir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi 21. yüzyılda askeri ve ekonomik güç ile değil “Yaşam kalitesi” ile ifade edilmektedir (1,3,15).

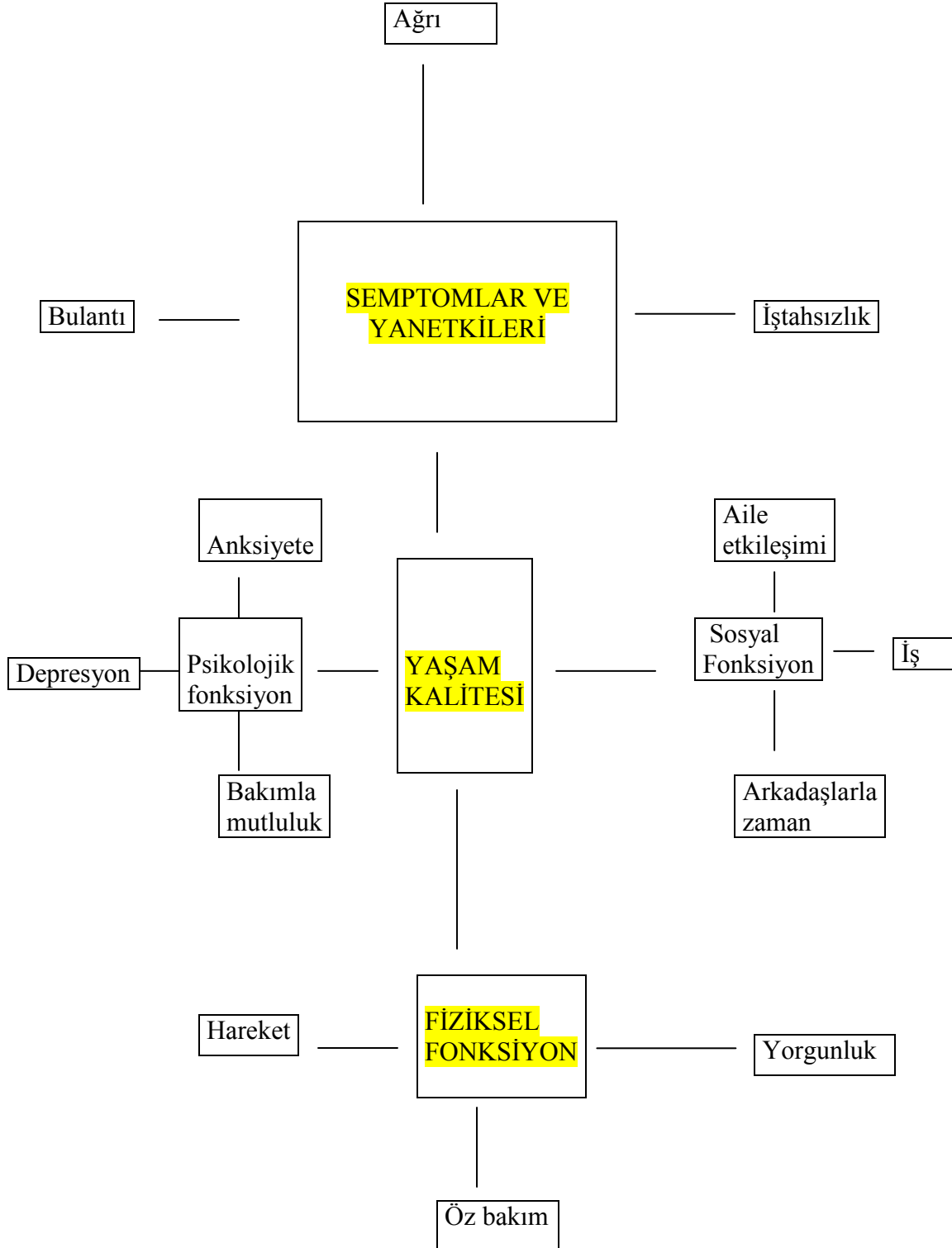
Günümüzde sağlık, bireyin çevresi ile bir bütün olarak, mevcut sorunları ile baş edebilir sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı olması, üretkenliği ve yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır. Genel olarak yaşam kalitesi, “ iyilik hali”nin bir derecesi olarak tanımlanır. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ise kişinin sağlık durumunu göstermekten daha geniş perspektifi işaret eder. Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin “bir hastalık veya tedavi ile bağıntılı olan fiziksel, duygusal, ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olduğu kabul edilmektedir. (3,16).

Shin ve Johnson (1978) yaşam kalitesini, kişisel gereksinimleri giderilmesine yönelik kaynaklara sahip olmaya, istek ve arzulara, kişisel gelişimi sağlayan aktivitelere katılıma ve kendini başkalarıyla karşılaştırmaya dayandırmışlardır. İnsan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olan yaşam kalitesi, insan istek ve gereksinimlerinin tatmin edici bir biçimde karşılanması olarak tanımlanabilir (3,16).

Hoernguist yaşam kalitesini; fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite ve yapısal alanda tatminiyet ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır. Cella; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonlarından oluşan bir iyilik hali üzerinde durmaktadır (46).

DSÖ 1998’de geniş anlamıyla yaşam kalitesini; “Her insanın yaşamında maddesel, fiziksel, sosyal, duygusal, ruhsal sağlığını içeren, yani insanın yaşam gerçekliğinin etrafında dönen bir anlamı ifade etmektedir. Literatürde yaşam kalitesi ölçümleri, sağlık araştırmaları, yaşam kalitesi kavramının global olarak ifadesi ve toplam insan deneyimi etrafında dönmektedir. Oysaki uygulamalarda yaşam kalitesi ölçümlerinin genellikle patolojik etkilerinin ölçülmesi ve bireylerin sağlıkla ilgili davranış ve psikolojik durumlarıyla ilgili tedaviler üzerine kurgulandığı görülmektedir” şeklinde tanımlar (15,16).

Yaşam kalitesi, çok yönlü bir kavram olması, sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, bireyin yaşamda nelerden zevk aldığını ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır. Son yıllarda kabul gören yaşam kalitesi tanımı ise; hastanın var olan fonksiyon düzeyine karşın, ne algıladığının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı doyum şeklindedir. Bu alanda bir çok uzman, yaşam kalitesini çok boyutlu bir yapı olarak algılamıştır (1,3,28). Yaşam kalitesinin çok boyutlu görünümü Şekil 4’de gösterilmiştir.



Şekil 4: Yaşam kalitesinin çok boyutlu görünümü (28)

Yaşam Kalitesi Boyutları

Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri, fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumu ile ilgili konuları kapsar (3,15,16).

Hoes ve Sullivan'a göre yaşam kalitesi alanları:

1.Psikolojik esenlik

- Doyum alma
- Yararlılık
- Beden imajı

2.Fiziksel esenlik (Günlük yaşam aktivitelerinde yeterlilik)

- Yeme içme
- İştah
- Seks
- Uyku
- Yorgunluk
- Sağlık-hastalık algısı

3.Sosyal ve bireysel esenlik

- Sosyal etkinlikler

4.Ekonomik ve maddi esenlik

- Geleceğe ilişkin güven
- Sigorta
- Barınma
- İş güvencesi v. b.

Bu alanlarda değerlendirmeler yapılarak toplam yaşam kalitesi değerlendirilir (3,15).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Günümüzde teknolojik ve bilimsel ilerlemelere paralel olarak yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artması nedeniyle sağlık bakım harcamaları da artmaktadır. Sağlık bakım kaynaklarından daha fazla yararlanma düşüncesi önem kazanmış, verilen tıbbi bakım ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalara hız verilmiştir. Yaşam kalitesi değerlendirmeleri, çeşitli hastalıkların bireyin yaşamını nasıl etkilediğini belirlemede, farklı

linik çalışmaların etkinliğinin değerlendirilmesinde ve hastaya uygun tedavi ve bakım kararlarının verilmesinde önemlidir. Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde en çok başvurulan metod kişinin kendini ifade etmesidir (1,16).

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili iki yaklaşım tanımlanmaktadır:

1. Genel yaşam kalitesi: Birçok boyutu içeren, geniş bir soru yelpazesine sahip indekslerdir. Bu ölçekler genellikle sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri olarak adlandırılır. Fonksiyonel duruma, iyilik haline ve sadece sağlıkla ilişkili görüş açılarını inceleyen kavramlara odaklanmıştır. Örnek olarak; 15 D, Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP), Esenlik Kalite Skalası (Quality of Well-being Scale-QWB), Mc Master Sağlık Göstergesi Anketi (McMaster Health Index Questionnaire-MHIQ) ve 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF-36)'dir (1,16,46).

Örneğin; SF-36'nın

Ana başlıkları

- Fonksiyonel durum
- Esenlik
- Genel sağlık anlayışı
- Sağlığı algılama

Alt başlıkları

- Fiziksel fonksiyon
- Fiziksel rol sınırları
- Emosyonel rol sınırları
- Ağrı
- Sosyal fonksiyon
- Enerji-yorgunluk
- Mental sağlık
- Sağlıkta değişimi içermektedir (3).

2. Hastalığa özgü yaşam kalitesi: Özel hastalık, durum veya tedavi için geliştirilmiş olan hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmeleri daha dar kapsamlı olmasına rağmen, en ince ayrıntıları bile değerlendirmektedir (1).

Tıp ve hemşirelik bilimlerinde kullanılacak yaşam kalitesi ölçekleri, sağlıkla ilgili durumlara göre geliştirilmeli, bu ölçeklerin yalın olarak kullanımları yerine, bu ölçeklerin hastalığa özgü ölçeklerinin de eklenerek kullanılması ölçümü daha değerli kılacaktır (1,16).

KAH Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik

KAH, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, temel sağlık hizmetleri koruyucu hizmetlere verilen önemin artması yaşam süresinin uzamasına neden olmaktadır (1,3,11,17).

Kronik bir hastalığın olması hasta ve ailesinin yaşantısında önemli bir değişikliğe neden olmaktadır. Kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan KAH da bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını kısıtlamakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (1,3).

MI'dan sonra bireyler aşırı derecede stresli bir döneme girerek anksiyete, yorgunluk, irritablite, konsantrasyon azlığı ve uykusuzluk sorunları yaşamaktadır. Kişisel kontrol kaybı, kendi bakım aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik, ölüm korkusu yaşama bireylerin yaşam kalitesini azaltmaktadır. Bu nedenle hemşirelik girişimleri hastalığın neden olabileceği fizyolojik-psikolojik- sosyal uyumsuzlukları düzenlemek, hastalığın tekrar etme riskini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla planlanmalıdır (1,3).

KAH'na sahip olan bireyler MI geçirdikten sonra eski yaşamlarına geri dönmeleri beklenen 4-8 haftalık dönemde, eski yaşantılarına geri dönmekte güçlük çekmekte, işini kaybetme, boşanma ve iş değiştirme gibi sosyal travmalarla karşılaşmaktadır. MI sonrası yaşam hem hasta hem de ailesi için oldukça yüksek düzeyde stres içermektedir. Taylor ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların psikolojik sorunlarının çözümünde hemşirelerin daha duyarlı olduğu belirtilmektedir (1).

KAH tedavi, bakım ve hastalığa yönelik eğitim ve kardiyak rehabilitasyon programları ile kontrol altına alınabilmektedir. Rehabilitasyon programlarının temel amacı hastanın yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin, KAH'na yönelik uygun diyet, düzenli egzersiz, düzenli ilaç kullanımı, sigaranın bırakılması, kilo azaltılması gibi konularda eğitim programları düzenlemesi, KAH'na sahip bireylerin hastalığa uyumunu kolaylaştırmakta ve yaşam kalitelerini arttırmaktadır (1,3).

Hemşirelerin çeşitli alanlarda yaptığı çeşitli araştırmalarda sağlık eğitiminin etkinliğini vurgulayan sonuçlar elde edilmiştir. Ünsar ve ark.'larının "Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü" başlıklı araştırmalarında

KAH hastalarını deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayırmış ve hastalara Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçeğini uygulamıştır. Eğitim verilen grupta; kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve toplam SYBD puan ortalamaları verilen eğitim sonrasında kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (17).

Acaray ve Pınar'ın "Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırmalarında; hastalık ve hemodiyalize ilişkin eğitim alan hastaların yaşam kalitesi eğitim almayan hastalarda daha yüksek bulunmuştur (19).

KAH'na yönelik danışmanlık ve kardiyak rehabilitasyon programları içerisinde uygulanan hemşirelik girişimleri ile hastaların etkin başa çıkma davranışları desteklenmekte, kişilerarası ilişkileri geliştirilmekte, emosyonel-fiziki semptom deneyimi azaltılmakta, fizyolojik-psikolojik-sosyal uyumsuzlukları düzenlenmekte ve yaşam kaliteleri arttırılmaktadır (1).

Koroner Arter Hastalığı Hemşirelik Bakım Planı

KAH' da görülen başlıca hemşirelik tanıları şunlardır:

- Koroner arter tıkanması sonucu doku iskemisi ile ilgili ağrı
- Tanısı hakkında bilgi eksikliği ve anksiyete
- Koroner tıkanma ile ilgili doku perfüzyonunda değişiklik
- Oksijen gereksinimi ile tüketimi arasındaki dengesizlik nedeniyle aktivite intoleransı
- İlaçların etkilerine, aktivitenin azalmasına ve diyetteki değişikliğe sekonder olarak, peristaltizmin azalmasına bağlı kolonik konstipasyon riski
- Böbrek perfüzyonunun azalması ile ilgili potansiyel sıvı volüm fazlalığı
- Bilgi eksikliği ile ilgili beden gereksiniminden fazla beslenme
- Tedavilere ve ortama (yabancı çevreye) bağlı uyku örüntüsünde rahatsızlık
- Ağrıya şimdiki duruma ve geleceğin belirsizliğine bağlı korku
- Mevcut yada algılanan rol değişimlerine bağlı benlik kavramında bozulma riski
- Anjinadan korkmaya ve benlik kavramında değişime bağlı seksüel örüntülerde değişim riskidir (3,28,48).

Şekil 5'de hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik bakım planı gösterilmiştir.

Hemşirelik Tanısı	Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları	Hemşirelik Girişimleri
Koroner arter tıkanması sonucu doku iskemisi ile ilgili göğüs ağrısı	Ağrının geçtiğini ifade etmesi rahatlaması	<ul style="list-style-type: none"> & Yaşam bulguları yakından izlenir. & Hastaya psikolojik yönden destek verilir. & Endişelerinin giderilmesi için gerekli açıklamalar yapılır. & Ağrı kesici ilaçlar verildikten sonra solunum depresyonu ve yan etkileri yakından izlenir. & Çevre kontrol altına alınır.
Tanısı hakkında bilgi eksikliği ve anksiyete	Durumu hakkında bilgi sahibi olması ve rahatladığını ifade etmesi	<ul style="list-style-type: none"> & Yapılan işlemler hakkında bilgi verilir. & Hasta ile iletişim sürdürülür ve duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır. & Doktoru ile görüşülerek hasta durumu hakkında bilgilendirilir.
Koroner tıkanma ile ilgili doku perfüzyonunda değişiklik	Kardiyopulmoner doku ve hücrelerin yeterli perfüzyonu ve oksijenlenmesi	<ul style="list-style-type: none"> & Yaşam bulguları izlenir. & Dinamik bulgular izlenir. & Kalp sesleri dinlenir. Anormal durum olduğunda doktora haber verilir. & Kardiyak ritm değerlendirilir. Gerektiğinde anti-aritmik ilaçlar verilir.
Oksijen gereksinimi ile tüketimi arasındaki dengesizlik nedeniyle aktivite intoleransı	Miyokardın oksijen gereksiniminin azalması, ağrı olmadığının ifade edilmesi	<ul style="list-style-type: none"> & Hasta yatak istirahatine alınır. & Gerektiğinde oksijen verilir. & Günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olunur.

<p>İlaçların etkilerine; aktivitenin azalmasına ve diyetteki değişikliğe sekonder olarak, peristaltizmin azalmasına bağlı Kolonik Konstipasyon Riski</p>	<p>Normal barsak boşaltımının sağlanması</p>	<p>& Günlük alması gereken sıvı miktarı belirlenir. & Lifli gıdalar verilir. & Gerektiğinde doktor istemine göre laksatif verilir.</p>
<p>Böbrek perfüzyonunun azalması ile ilgili potansiyel sıvı volüm fazlalığı</p>	<p>Sıvı dengesinin devamının sağlanması</p>	<p>& Aldığı-çıkarıldığı izlemi yapılır. & Kan basıncı izlenir. & Kardiyovasküler duruma göre sıvı alımı planlanır. _ Juguler ven distansiyonu _ Akciğer seslerinde raller & Doktor istemine göre diüretikler verilir.</p>
<p>Bilgi eksikliği ile ilgili beden gereksiniminden beden gereksiniminden fazla beslenme</p>	<p>Hastanın ve ailesinin beslenmede değişiklik yamanın gerekliliğini anlaması ve kabul etmesi Hastanın normal kiloya gelmesi</p>	<p>& Hastaya ve ailesine sağlıklı beslenme konusunda bilgi verilir. & Hastanın ulaşması gereken kilo belirlenir. & Diyetisyenle görüşülerek, hastanın zayıflaması için uygun diyet belirlenir. & Tolere edebileceği kadar aktivite planlanır.</p>
<p>Tedavilere ve ortama (yabancı çevreye) bağlı Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık</p>	<p>Uykusuzluk belirtilerinin azaldığını ifade etmesi Daha fazla uyuduğunu ve dinlenmiş olduğunu belirtmesi</p>	<p>& İlgili bireyse, çevresel ve tedaviye ilişkin risk faktörleri önlenir/ kontrol altına alınır. & Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıkları belirlenir. & Uyku uyumasını kolaylaştıran önlemler alınır.</p>

<p>Ağrıya, şimdiki duruma ve geleceğin belirsizliğine bağlı Korku</p>	<p>Psikolojik ve fiziksel rahatlıkta artış olduğunu ifade etmesi</p>	<p>&Hastalığı, komplikasyonları, hastalığın yönetimi hakkında bilgi verilir. & Duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir. & İletişimde basit ve direk ifadeler kullanılır.</p>
<p>Mevcut yada algılanan rol değişimlerine bağlı Benlik Kavramında Bozulma Riski</p>	<p>Mevcut durumdaki değişikliği anlayıp kabullenmesi</p>	<p>& Hasta ile durumu tartışılır. & Duygularını ifade etmesine olanak sağlanır. & Rol değişiminin birey için anlamı tartışılır, tepkileri değerlendirilir. & Kişinin olanakları ve güçlü yönleri ortaya çıkarılır. & Sınırlılıkları dahilinde yapacakları tartışılır.</p>
<p>Anjından korkmaya ve benlik kavramında değişime bağlı Seksüel Örüntülerde Değişim Riski</p>	<p>Cinsel işlevlerine ilişkin kaygılarını paylaşması Cinsel aktivite sırasında anjına olmaması</p>	<p>& Cinsel yaşamına ilişkin öykü alınır. &Seksüel aktiviteye başlamadan önce dinlenmesi gerektiği, gerekirse aktivite öncesi nitrogliserin alması. & Aşırı sıcak ortamda, yemek yedikten yada içki içtikten hemen sonra, sarhoş iken seksüel aktivitede bulunmaması gerektiği & Göğüs ağrısı yada dispne olursa seksüel aktiviteyi durdurma konusunda bilgi verilir.</p>

Şekil 5:Koroner arter hastalığı hemşirelik bakım planı (3,28,48)

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Araştırma; KAH'lılığı olan bireylerin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek ve aynı zamanda bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacı ile planlanmış kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Edirne ili Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde ayaktan tedavi gören KAH hastaları üzerinde uygulanmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Edirne ili ve çevresinden Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine randevulu olarak gelen ve rastlantısal örneklem yolu ile seçilen 37-85 yaş grubundaki koroner arter hastaları oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın Örneklemini 30 Ağustos 2006-30 Aralık 2006 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde ayaktan tedavi gören ve rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiş toplam 118 Koroner Arter Hastası oluşturmaktadır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın örneklemine aşağıdaki özelliklere uyan hastalar alınmıştır. Bunlar;

1. En az bir ay önce, Miyokart İnfarktüsü (MI) geçiren hastalar
2. En az bir ay önce, Anjina Pektoris (AP) geçiren hastalar
3. En az bir ay önce, stent takılmış hastalar
4. En az bir ay önce, Perkütan Translüminal Koroner Anjioplasti (PTCA) uygulanan hastalar
5. En az bir ay önce, koroner arter bay-pas grefti (Bay-pass) olan hastalar
6. Soruları tamamını yanıtlayabilecek yeterlilikte olan hastalar
7. Görüşmeyi kabul eden, Türkçe konuşabilen hastalar alınmıştır.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler 4 ay içerisinde toplanmıştır. Kardiyoloji Polikliniğine randevulu olarak gelen hastalar rastlantısal örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmanın yapıldığı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden Etik Kurul izni alınmıştır. Poliklinikte çalışan hekimlere amaç ve yöntem konusunda bilgi verilerek çalışma başlatılmıştır. Araştırma için seçilen koroner arter hastalarına; çalışmanın amacı, uygulama şekli, beklentilerimiz anlatıldıktan sonra çalışmaya alınma konusunda izinleri alınmıştır.

Her birey için veri toplama süresi 15-20 dakikadır. Hastaların kan basıncı değerleri sfigmomanometre aracılığı ile oturur pozisyonda, istirahat halinde ölçülmüştür. Hastaların kardiyoloji polikliniğinde kilo ve boy ölçer ile boy ve kiloları ölçülmüştür. Bu çalışma kesitsel bir çalışma olmakla birlikte, hastalardan gerekli veriler toplandıktan sonra risk faktörlerine yönelik (hipertansiyon, diyabet v.b.) eğitim kitapçıkları verilmiştir.

Araştırmanın verileri Anket formu, Yaşam Kalitesi Anketi (15D) ve Koroner risk tablosu kullanılarak elde edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

1. Anket Formu: Araştırmacı tarafından literatür araştırması yapılarak 33 soruyu kapsayan anket formu hazırlanmıştır. Birinci bölümde kişisel özellikler (cinsiyet, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, iş- mesleki durum, çalışma durumu, yaşamın en fazla geçtiği yerleşim yeri, kimlerle birlikte yaşadığı, sosyal güvence, aylık gelir) ikinci bölümde ise hastalıkla ilgili özellikler (klinik tanı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, sedanter yaşam tarzı, stresli bir yaşantısı olup olmadığı, diyabet hastalığı olup olmadığı diyabet hastası ise süresi, hipertansiyon problemi olup olmadığı hipertansiyon hastası ise süresi, en son ölçülen kan basıncı değeri, son bir yılda ölçülmüş kolesterol değeri, aile öyküsü, ne kadar süredir koroner arter hastası olduğu, KAH ile ilgili kimden bilgi aldığı, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi, kontrollere düzenli gidip gitmediği, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, diyet programına uyup uymadığı, KAH yönelik egzersiz programının varlığı, hangi tür egzersiz yaptığı, egzersiz programına uyup uymadığı, KAH hastalığı ile ilgili şikayetlerinin olup olmadığı, koroner arter hastalığı semptomları ve deneyimleme sıklığı, günlük aldığı ilaç miktarı, aldığı ilaçlar) yer almaktadır.

2. Yaşam Kalitesi Anketi (15D): Sintonen ve ark. (49) tarafından geliştirilen yaşam kalitesi anketi 15 alt boyuttan oluşan genel bir sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçeğidir. Yaşam kalitesi anketi; hareket, görme, işitme, solunum, uyku, yemek yeme, konuşma, boşaltım, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, rahat bozukluğu ve belirtileri, depresyon, sıkıntı, canlılık ve cinsel aktiviteyi sorgulamaktadır. Her soru 5 şıktan oluşmaktadır. Ankette birey şıklardan birini seçmekte ve puan hesaplanmaktadır. 1. şık en üst 5. şık en alt seviyeyi belirtmektedir. Her soru 1 puan üzerinden hesaplanmaktadır. 15 alt boyut 1 ile 0 arasında total bir skora dönüştürülerek subjektif sağlığa ilişkin yaşam kalitesini (1= en iyi genel sağlığa ilişkin yaşam kalitesini; 0= en kötü sağlığa ilişkin yaşam kalitesini) ölçmektedir. Ölçek Akıncı ve ark.(50) tarafından Türkçe ye çevrilmiş ve Türk kültürüne uyarlanmıştır. Bu çalışmada yaşam kalitesi anketi için Cronbach alfa (α) 0.841 olarak bulunmuştur.

3. Koroner risk tablosu: Framingham Çalışması sonuçlarına dayanarak Avrupa Kardiyoloji Derneği yetkililerinin hazırladığı ve Ulusal Korunma Kılavuzunda yer alan risk tablosu yardımıyla koroner arter hastalarının risk yükü hesaplanmıştır. Framingham formülündeki kullanılan şemada bireyin önündeki 10 yılda koroner arter hastalığı risk yüzdesi, kişinin cinsiyet, yaş, sigara içme durumu ve kandaki sistolik kan basıncı ve kolesterol düzeyine göre hesaplanmaktadır. 10 senelik risk yüzdeleri düşükten yükseğe doğru; < %5, %5-10, %10-20,

%20-40, >%40 olarak gruplandırılmıştır. Risk tablosunu hasta grubunda uyguladığımız için çıkan sonuç bir üst yüzde dilimine kaydırılmıştır.

Ön Uygulama

Hazırlanan anket formu işlerliğini saptamak amacıyla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniğine kontrollerine gelen 10 hastaya uygulanmış ve ön uygulama sonucunda anket formunda gerekli düzeltmeler yapılarak son şekli verilmiştir.

Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Anket formu, Yaşam Kalitesi Anketi, koroner risk tablosu, 30 Ağustos 2006-30 Aralık 2006 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde ayaktan tedavi gören rastlantısal örneklem yolu ile seçilmiş toplam 118 koroner arter hastasına uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan formlar hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Her birey için veri toplama süresi 15-20 dakikadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 10.0 programında kayıt edilmiş, verilerin analizi yüzdeler, ortalama, Student's t testi, Mann-Whitney-U test, Kruskal-Wallis Varyans analizi uygulanarak yapılmış, $p < 0.05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmada yanıtlanması istenen sorular:

1. Hastaların kişisel özellikleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

BULGULAR

Koroner arter hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek ve aynı zamanda bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanan çalışmanın bulguları aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır.

- I. Bölüm: Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı
- II. Bölüm: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı
- III. Bölüm: Hastaların Yaşam Kalitesi Anketi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

I.BÖLÜM: KİŞİSEL ÖZELLİKLER

Tablo 1: Koroner Arter Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=118)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	93	78.8
Kadın	25	21.2
Yaş		
≤55	33	28.0
56-65	41	34.7
66-85	44	37.3
Eğitim durumu		
Okur –yazar değil	7	5.9
Okur-yazar	7	5.9
İlkokul	69	58.5
Ortaokul	9	7.6
Lise	10	8.5
Üniversite ve üzeri	16	13.6
Medeni durum		
Evli	100	84.7
Bekar	18	15.3
İş-mesleki durum		
Memur	4	3.4
İşçi	8	6.8
Serbest meslek	18	15.3
Ev hanımı	22	18.6
Emekli	66	55.9

Çalışma durumu		
Tam gün çalışıyorum (8-12 saat)	20	16.9
Yarım gün yada belli saatlerde çalışıyorum	4	3.4
Çalışmıyorum	94	79.7
Yaşamın en fazla geçtiği yerleşim yeri		
Köy	53	44.9
İlçe	30	25.4
İl	35	29.7
Evde kimlerle birlikte yaşadığı		
Evde yalnız	12	10.2
Eşi ile	49	41.5
Eşi ve çocukları ile	30	25.4
Diğer aile üyeleri (gelin, torun, v.b.) ile	27	22.9
Aylık gelirin ne kadar ? (n=115)		
≤480 YTL	40	34.8
481-900 YTL	58	50.4
≥901 YTL	17	14.8

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelenmektedir.

Tablo 1 incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (% 78.8) erkek olduğu, %37.4 oranında 56-65 yaş grubunun yer aldığı görülmektedir. (Yaş ortalaması 61.94±11.05’tir.) Hastaların yarıdan fazlası (%58.5) ilkokul mezunu, %84.7’si evli, %55.9’u emekli, % 18.6’sı ev hanımıdır.

Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğu (%79.7) çalışmamakta, %16.9’u tam gün, % 3.4’ü yarım gün yada belli saatlerde çalışmaktadır. Hastaların %44.9’u köyde oturmakta, %41.5’i eşi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların % 50.4’ünün aylık geliri 481-900 YTL arasındadır.

II. BÖLÜM HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

**Tablo 2: Koroner Arter Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı
(n= 118)**

Hastalık İle İlgili Özellikler	n	%
Klinik tanı		
Anjina Pektoris	6	5.1
Miyokart İnfarktüsü (MI)	38	32.2
PTCA + Stent	19	16.1
By-Pass	55	46.6
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		
<20	5	4.2
20-25 normal	36	30.5
25-30 fazla kilolu	62	52.6
30-40 şişman	15	12.7
Sigara kullanma durumu		
Evet	10	8.5
Hayır	44	37.3
Bıraktım	64	54.2
Alkol kullanma durumu		
Evet	6	5.1
Hayır	101	85.6
Bıraktım	11	9.3
Sedanter yaşam tarzı		
Evet	34	28.8
Hayır	84	71.2
Yaşantıda stres durumu		
Evet	85	72.0
Hayır	33	28.0

Diyabet varlığı		
Evet	25	21.2
Hayır	93	78.8
Hipertansiyon varlığı		
Evet	54	45.8
Hayır	64	54.2
Ailede KAH öyküsü		
Evet	44	37.3
Hayır	74	62.7
KAH ile ilgili şikayet		
Evet	10	8.5
Hayır	66	55.9
Bazen	42	35.6

Tablo 2’de araştırma kapsamına alınan hastaların, hastalık özelliklerine göre dağılımı görülmektedir.

Tablo’da hastaların % 32.2’sinin MI geçirdiği, %46.6’sının By-Pass ameliyatı olduğu, % 52.6’sının beden kitle indeksinin 25-30 kg/m² arasında olduğu saptanmıştır. %54.2’sinin sigarayı bıraktığı ve %85.6’sının alkol kullanmadığı saptanmıştır. Hastaların %71.2’si sedanter yaşam tarzı sorusuna hayır cevabı verirken, %72’si stresli bir yaşam sürdüğünü belirtmiştir.

Araştırma kapsamındaki hastaların %21.2’si diyabet, %45.8’i hipertansiyon hastasıdır. %62.7’sinin ailesinde koroner arter hastalığı öyküsü bulunmamaktadır. KAH ile ilgili şikayetiniz oluyor mu sorusuna %55.9’u hayır cevabı vermiştir.

Tablo 3: Koroner Arter Hastalarının Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı

Tedavi Yöntemi	n	%
Medikal tedavi	44	37.3
İnvaziv tedavi	74	62.7
Toplam	118	100

Araştırma kapsamına alınan koroner arter hastalarının tedavi yöntemlerine göre dağılımı Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde hastaların % 37.3’ünün medikal tedavi, %62.7’sinin invaziv tedavi gördüğü ifade edilmektedir.

Tablo 4: By- Pass Hastalarının Damar Sayısına Göre Dağılımı (n=55)

Damar Sayısı	n	%
1	5	9.1
2	15	27.3
3	21	38.2
4	8	14.5
5	1	1.8
Cevapsız	5	9.1
Toplam	50	100

Tablo 4’de By-Pass hastalarının damar sayısına göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4’de araştırma kapsamına alınan hastalarının damar sayısına göre dağılımı incelendiğinde, %27.3’ünün 2, %38.2’sinin 3 damar, %14.5’inin 4 damar olduğu belirtilmektedir.

Tablo 5: KAH Hastalarının Koroner Risk Tablosuna Göre Sınıflandırılması (n=117)

Koroner risk	n	%
% 5 ve altı	1	0.8
% 5 - %10	4	3.4
%10 - % 20	32	27.4
%20 - % 40	71	60.7
%40 ve üzeri	9	7.7
Toplam	117	100

Tablo 5’de koroner arter hastalarının, koroner risk tablosuna göre sınıflandırılması görülmektedir.

Tablo5’de hastaların %3.4’ü %5-%10, %27.4’ü %10-%20, % 60.7’si %20-%40 ve %7.7’sinin % 40 ve üzeri koroner riske sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6: Hastaların KAH Semptomlarını Deneyimleme Sıklığına Göre Dağılımı (n=118)

Semptomlar	Görülme sıklığı				Toplam
	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hiç	
Göğüs ağrısı	0.8	0.8	23.7	74.7	100
Solunum sıkıntısı	0.8	3.4	19.5	76.3	100
Siyanoz	0.0	0.8	0.8	98.4	100
Yorgunluk	3.4	7.6	27.1	61.9	100
Çarpıntı	0.8	0.8	5.1	93.3	100

Hastaların KAH semptomlarını deneyimleme sıklığına göre dağılımı Tablo 6’da görülmektedir.

Tablo 6’da hastaların %74.7’sinin hiç göğüs ağrısı yaşamadığı ancak %23.7’sinin bazen göğüs ağrısı yaşadığı, %76.3’ü hiç solunum sıkıntısı yaşamadığı ancak 19.5’inin bazen solunum sıkıntısı yaşadığı, %98.4’ünde siyanoz bulgusunun görülmediği, % 61.9’unun yorgunluk yaşamadığını ancak %27.1’inin bazen yorgunluk yaşadığı, %93.3’si hiçbir zaman çarpıntı şikayeti olmadığı bulunmuştur.

III BÖLÜM: HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ANKETİ PUAN ORTALAMALARINA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 7: Koroner Arter Hastalarının Cinsiyete Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketi İle Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Cinsiyet						
	Kadın (n=25)			Erkek (n=93)			P
	X	±	SD	X	±	SD	
Hareket	0.743	±	0.170	0.865	±	0.180	0.002
Görme	0.952	±	0.167	0.990	±	0.044	0.416
İşitme	0.946	±	0.154	0.938	±	0.148	0.581
Solunum	0.752	±	0.154	0.813	±	0.193	0.078
Uyku durumu	0.856	±	0.206	0.925	±	0.163	0.055
Yemek yeme durumu	1.000	±	0.000	1.000	±	0.000	1.000
Konuşma	0.977	±	0.113	0.993	±	0.043	0.587
Boşaltım	0.862	±	0.181	0.962	±	0.102	0.001
Normal aktiviteler	0.706	±	0.222	0.793	±	0.259	0.043
Zihinsel fonksiyon	0.746	±	0.185	0.882	±	0.204	0.001
Rahat bozukluğu	0.869	±	0.150	0.894	±	0.156	0.372
Depresyon	0.769	±	0.232	0.878	±	0.182	0.010
Sıkıntı	0.695	±	0.282	0.691	±	0.306	0.926
Canlılık	0.805	±	0.131	0.892	±	0.175	0.001
Cinsel aktivite	0.596	±	0.244	0.817	±	0.217	<0.001
Total Skor (15 D)	0.816	±	0.091	0.890	±	0.102	<0.001

Mann-Whitney U Testi

Tablo 7’de koroner arter hastalarının cinsiyete göre 15D yaşam kalitesi anketi ile karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 7’de hastaların cinsiyete göre hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında erkek hastaların genel olarak yaşam kalitesinin kadınlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Erkek hastaların hareket, boşaltım, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, depresyon, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 8: Koroner Arter Hastalarının Yaşlarına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Yaş			P
	≤ 55 Yaş (n=33) X ± SD	56-65 Yaş (n=41) X ± SD	66 Yaş ve Üzeri (n=44) X ± SD	
Hareket	0.889 ± 0.167	0.903 ± 0.148	0.742 ± 0.190	<0.001
Görme	0.986 ± 0.052	1.000 ± 0.000	0.963 ± 0.133	0.155
İşitme	0.992 ± 0.043	0.986 ± 0.084	0.857 ± 0.202	<0.001
Solunum	0.833 ± 0.192	0.843 ± 0.185	0.736 ± 0.169	0.007
Uyku durumu	0.897 ± 0.160	0.958 ± 0.120	0.876 ± 0.217	0.061
Yemek yeme durumu	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000
Konuşma	0.982 ± 0.098	1.000 ± 0.000	0.986 ± 0.062	0.411
Boşaltım	0.962 ± 0.127	0.946 ± 0.120	0.921 ± 0.138	0.224
Normal aktiviteler	0.841 ± 0.235	0.817 ± 0.216	0.685 ± 0.277	0.013
Zihinsel fonksiyon	0.9840 ± 0.194	0.874 ± 0.219	0.843 ± 0.209	0.534
Rahat bozukluğu	0.891 ± 0.164	0.898 ± 0.142	0.878 ± 0.161	0.857
Depresyon	0.843 ± 0.190	0.867 ± 0.224	0.853 ± 0.180	0.450
Sıkıntı	0.626 ± 0.302	0.732 ± 0.293	0.705 ± 0.305	0.302
Canlılık	0.879 ± 0.158	0.886 ± 0.167	0.857 ± 0.184	0.732
Cinsel aktivite	0.839 ± 0.225	0.838 ± 0.212	0.655 ± 0.236	<0.001
Total skor (15D)	0.887 ± 0.101	0.902 ± 0.093	0.839 ± 0.108	0.008

Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 8’de koroner arter hastalarının yaşlarına göre 15D yaşam kalitesi anketinin karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 8’de hastaların yaşlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında 56-65 yaş gurubunun yaşam kalitesi, ≤55 yaş, 66 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek bulunmuştur (p<0.05)

56-65 yaş grubunda; hareket, solunum, ve total skor ortalamaları 55 yaş ve altı, 66 yaş ve üzeri grupta daha yüksek bulunmuştur. İşitme, normal aktiviteler ve cinsel aktivite 56-65 yaş grupta daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 9: Koroner Arter Hastalarının Beden Kitle İndeksine Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Beden Kitle İndeksi				P
	20 ve altı (zayıf) (n=5)	20-25 (normal) (n=36)	25-30 (fazla kilolu) (n=62)	30-40 (şişman) (n=27)	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	
Hareket	0.885±0.157	0.845± 0.185	0.847± 0.188	0.776±0.182	0.474
Görme	1.000±0.000	0.994±0.036	0.981±0.078	0.954±0.177	0.800
İşitme	0.899±0.137	0.927±0.163	0.953±0.141	0.930±0.156	0.391
Solunum	0.818±0.165	0.788±0.179	0.822±0.188	0.734±0.204	0.430
Uyku durumu	1.000±0.000	0.881±0.213	0.911±0.163	0.951±0.136	0.334
Yemek yeme durumu	1.000±0.000	1.000±0.000	1.000±0.000	1.000±0.000	1.000
Konuşma	1.000±0.000	0.991±0.049	0.986±0.080	1.000±0.000	0.886
Boşaltım	1.000±0.000	0.956±0.110	0.924±0.146	0.957±0.111	0.444
Normal aktiviteler	0.888±0.152	0.773±0.256	0.769±0.254	0.763±0.282	0.831
Zihinsel fonksiyon	1.000±0.000	0.867±0.227	0.843±0.200	0.815±0.214	0.243
Rahat bozukluğu	0.940±0.133	0.909±0.139	0.874±0.167	0.881±0.150	0.692
Depresyon	0.953±0.105	0.842±0.225	0.859±0.182	0.834±0.220	0.632
Sıkıntı	0.573±0.409	0.693±0.311	0.708±0.289	0.654±0.302	0.792
Canlılık	0.811±0.201	0.844±0.217	0.895±0.138	0.876±0.150	0.698
Total skor (15 D)	0.914±0.062	0.872±0.116	0.876±0.102	0.858±0.097	0.719

Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 9’de koroner arter hastalarının beden kitle indeksine göre 15D yaşam kalitesi anketinin karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 9’de hastaların beden kitle indeksine göre 15D yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 10: Koroner Arter Hastalarının Eğitim Durumuna Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketi İle Karşılaştırılması (n=118)

BÖLÜMLER	Eğitim Durumu						
	Ortaokul ve altı (n=92)			Lise ve üzeri (n=26)			P
	X	±	SD	X	±	SD	
Hareket	0.816	±	0.191	0.922	±	0.129	0.010
Görme	0.982	±	0.093	0.983	±	0.058	0.517
İşitme	0.925	±	0.163	0.990	±	0.049	0.051
Solunum	0.780	±	0.191	0.872	±	0.152	0.030
Uyku durumu	0.909	±	0.185	0.917	±	0.135	0.639
Yemek yeme durumu	1.000	±	0.000	1.000	±	0.000	1.000
Konuşma	0.987	±	0.072	1.000	±	0.000	0.353
Boşaltım	0.928	±	0.139	0.987	±	0.061	0.036
Normal aktiviteler	0.735	±	0.266	0.914	±	0.131	0.002
Zihinsel fonksiyon	0.854	±	0.215	0.849	±	0.179	0.661
Rahat bozukluğu	0.880	±	0.160	0.919	±	0.134	0.275
Depresyon	0.850	±	0.212	0.872	±	0.138	0.898
Sıkıntı	0.710	±	0.296	0.627	±	0.312	0.216
Canlılık	0.850	±	0.180	0.956	±	0.091	0.004
Cinsel aktivite	0.736	±	0.243	0.892	±	0.185	0.002
Total skor (15 D)	0.863	±	0.112	0.914	±	0.053	0.108

Mann- Whitney U Testi

Tablo 10’de koroner arter hastalarının eğitim durumuna göre 15D yaşam kalitesi anketi ile karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir.

Tablo 10’de eğitim durumu ile yaşam kalitesi ortalamaları karşılaştırıldığında; hareket, solunum, boşaltım, normal aktiviteler, canlılık, cinsel aktivite alt boyutu lise ve üzeri grupta ortaokul ve altı gruba göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 11: Koroner Arter Hastalarının Medeni Durumlarına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Medeni Durum						
	Evli (n=100)			Bekar (n=18)			P
	X	±	SD	X	±	SD	
Hareket	0.885	±	0.182	0.752	±	0.180	0.022
Görme	0.991	±	0.042	0.933	±	0.195	0.181
İşitme	0.945	±	0.142	0.912	±	0.182	0.426
Solunum	0.809	±	0.192	0.752	±	0.145	0.142
Uyku durumu	0.918	±	0.169	0.867	±	0.202	0.172
Yemek yeme durumu	1.000	±	0.000	1.000	±	0.000	1.000
Konuşma	0.988	±	0.069	1.000	±	0.000	0.459
Boşaltım	0.946	±	0.126	0.912	±	0.145	0.243
Normal aktiviteler	0.798	±	0.245	0.641	±	0.263	0.013
Zihinsel fonksiyon	0.868	±	0.201	0.772	±	0.225	0.057
Rahat bozukluğu	0.904	±	0.146	0.801	±	0.177	0.012
Depresyon	0.864	±	0.203	0.804	±	0.164	0.043
Sıkıntı	0.694	±	0.299	0.860	±	0.313	0.876
Canlılık	0.888	±	0.168	0.792	±	0.162	0.007
Cinsel aktivite	0.798	±	0.231	0.617	±	0.236	0.003
Total skor (15 D)	0.885	±	0.104	0.815	±	0.087	0.003

Mann- Whitney U Testi

Tablo 11’de koroner arter hastalarının medeni durumlarına göre 15D yaşam kalitesi anketinin karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo11’de hastaların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında evlilerin yaşam kalitesi, bekarlardan daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Evli hastalarda; hareket, normal aktiviteler, rahat bozukluğu, depresyon, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları bekar hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 12: Koroner Arter Hastalarının Yaşantısını En Çok Geçirdiği Yere Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Yaşantısının En Çok Geçtiği Yer			P
	Köy (n=53)	İlçe (n=30)	İl (n=35)	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	
Hareket	0.814 ± 0.177	0.809 ± 0.219	0.902 ± 0.150	0.055
Görme	0.969 ± 0.122	0.985 ± 0.054	1.000 ± 0.000	0.261
İşitme	0.925 ± 0.168	0.912 ± 0.175	0.985 ± 0.058	0.107
Solunum	0.768 ± 0.172	0.794 ± 0.225	0.855 ± 0.163	0.084
Uyku durumu	0.937 ± 0.140	0.872 ± 0.222	0.904 ± 0.175	0.460
Yemek yeme durumu	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000
Konuşma	0.983 ± 0.087	0.990 ± 0.054	1.000 ± 0.000	0.521
Boşaltım	0.929 ± 0.145	0.936 ± 0.128	0.963 ± 0.101	0.491
Normal aktiviteler	0.737 ± 0.270	0.763 ± 0.277	0.841 ± 0.191	0.275
Zihinsel fonksiyon	0.858 ± 0.209	0.792 ± 0.239	0.898 ± 0.163	0.163
Rahat bozukluğu	0.865 ± 0.161	0.900 ± 0.163	0.915 ± 0.136	0.284
Depresyon	0.889 ± 0.141	0.775 ± 0.285	0.872 ± 0.164	0.304
Sıkıntı	0.710 ± 0.291	0.581 ± 0.296	0.760 ± 0.300	0.032
Canlılık	0.855 ± 0.148	0.812 ± 0.235	0.954 ± 0.092	0.003
Cinsel aktivite	0.730 ± 0.237	0.720 ± 0.254	0.874 ± 0.204	0.006
Total skor (15 D)	0.864 ± 0.096	0.845 ± 0.137	0.914 ± 0.069	0.059

Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 12’de koroner arter hastalarının yaşantısının en çok geçtiği yere göre 15D yaşam kalitesi anketi karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 12’de hastaların yaşantısını en çok geçtiği yer ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilde yaşayanlarda sıkıntı, canlılık, cinsel aktivite alt boyutları köy ve ilçede yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 13: Koroner Arter Hastalarının Kiminle Birlikte Yaşadığına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketi İle Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Kiminle Birlikte Yaşadığı				P
	Evde Yalnız (n=12)	Eşi ile(n=49)	Eşi ve Çocukları ile (n=30)	Diğer Aile Üyeleri(geli n,torunv.b.) ile (n=27)	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	
Hareket	0.808±0.141	0.846± 0.184	0.885± 0.143	0.789±0.233	0.350
Görme	0.924±0.198	1.000±0.000	0.992±0.039	0.957±0.116	0.041
İşitme	0.868±0.212	0.925±0.162	0.983±0.063	0.950±0.149	0.116
Solunum	0.798±0.148	0.789±0.201	0.858±0.153	0.757±0.202	0.246
Uyku durumu	0.960±0.092	0.898±0.198	0.944±0.121	0.875±0.202	0.500
Yemek yeme durumu	1.000±0.000	1.000±0.000	1.000±0.000	1.000±0.000	1.000
Konuşma	1.000±0.000	0.993±0.042	0.981±0.103	0.989±0.057	0.899
Boşaltım	0.947±0.122	0.949±0.117	0.948±0.141	0.918±0.140	0.668
Normal aktiviteler	0.643±0.227	0.774±0.268	0.888±0.139	0.692±0.293	0.019
Zihinsel fonksiyon	0.777±0.250	0.872±0.191	0.893±0.166	0.809±0.247	0.335
Rahat bozukluğu	0.800±0.195	0.915±0.135	0.930±0.128	0.834±0.172	0.022
Depresyon	0.863±0.120	0.860±0.209	0.913±0.132	0.778±0.244	0.098
Sıkıntı	0.648±0.321	0.710±0.306	0.711±0.283	0.659±0.312	0.833
Canlılık	0.785±0.161	0.905±0.158	0.900±0.132	0.827±0.212	0.037
Cinsel aktivite	0.606±0.203	0.810±0.220	0.849±0.197	0.684±0.282	0.004
Total skor (15 D)	0.835±0.084	0.883±0.104	0.912±0.066	0.834±0.131	0.040

Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Araştırma kapsamına alınan hastaların birlikte yaşama durumlarına göre 15D yaşam kalitesi anketinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 13’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların birlikte yaşama durumlarına göre 15D yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Eşi ve çocukları yaşayanların yaşam kalitesi genel olarak diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$).

Eşi ve çocukları ile yaşayanlarda; normal aktiviteler, rahat bozukluğu ve cinsel aktivite ve total skor ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuş, ancak eşi ile yaşayanlarda görme ve canlılık alt boyutları, diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 14: Koroner Arter Hastalarının Gelir Düzeylerine Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=115)

Bölümler	Gelir Düzeyi			P
	≤480 YTL (n=40) X ± SD	481-900 YTL (n=58) X ± SD	≥901 YTL (n=17) X ± SD	
Hareket	0.771 ± 0.197	0.877 ± 0.157	0.918 ± 0.160	0.004
Görme	0.977 ± 0.112	0.996 ± 0.028	0.987 ± 0.052	0.576
İşitme	0.895 ± 0.188	0.959 ± 0.129	0.970 ± 0.083	0.067
Solunum	0.757 ± 0.201	0.816 ± 0.173	0.880 ± 0.174	0.067
Uyku durumu	0.922 ± 0.165	0.905 ± 0.177	0.916 ± 0.183	0.884
Yemek yeme durumu	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000
Konuşma	0.985 ± 0.065	0.990 ± 0.074	1.000 ± 0.000	0.478
Boşaltım	0.936 ± 0.127	0.929 ± 0.143	0.981 ± 0.076	0.357
Normal aktiviteler	0.677 ± 0.289	0.835 ± 0.196	0.872 ± 0.212	0.007
Zihinsel fonksiyon	0.857 ± 0.220	0.843 ± 0.211	0.895 ± 0.167	0.698
Rahat bozukluğu	0.865 ± 0.165	0.897 ± 0.142	0.947 ± 0.116	0.183
Depresyon	0.867 ± 0.187	0.859 ± 0.194	0.853 ± 0.213	0.985
Sıkıntı	0.733 ± 0.300	0.672 ± 0.289	0.698 ± 0.328	0.557
Canlılık	0.848 ± 0.173	0.888 ± 0.153	0.918 ± 0.183	0.143
Cinsel aktivite	0.655 ± 0.241	0.833 ± 0.209	0.887 ± 0.207	p<0.001
Total skor (15 D)	0.851 ± 0.117	0.886 ± 0.088	0.917 ± 0.095	0.074

Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Araştırma kapsamına alınan hastaların gelir düzeyi ile 15D yaşam kalitesi anketinden altıkları puanların dağılımı Tablo 14’de verilmiştir. Gelir düzeyi yükseldikçe hastaların yaşam kalitesi artmaktadır.

Gelir düzeyi ≥ 901 YTL olan hastalarda hareket, normal aktiviteler ve cinsel aktivite alt boyutları diğer gelir düzeylerine göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 15: Koroner Arter Hastalarının Aldıkları Klinik Tanıya Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketi İle Karşılaştırılması (n=118)

	Tanı				F	P
	Anjina Pektoris (n=6) X \pm SD	Miyokart İnfarktüsü (n=38) X \pm SD	PTCA+ Stent (n=19) X \pm SD	By_Pas (n=55) X \pm SD		
Total skor (15D)	0.83 \pm 0.10	0.90 \pm 0.09	0.86 \pm 0.11	0.87 \pm 0.10	0.922	0.433

Student’s T-Testi

Tablo 15’de koroner arter hastalarının aldıkları tanıya göre 15D yaşam kalitesi anketi ile karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 15’de hastaların aldıkları tanıya göre 15D yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 16: Koroner Arter Hastalarının Tedavi Yöntemine Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Tedavi Yöntemi						
	Medikal Tedavi (n=44)			İnvaziv Girişim (n=74)			P
	X	±	SD	X	±	SD	
Hareket	0.866	±	0.172	0.823	±	0.191	0.246
Görme	0.958	±	0.135	0.997	±	0.025	0.016
İşitme	0.920	±	0.188	0.951	±	0.119	0.834
Solunum	0.848	±	0.152	0.772	±	0.200	0.047
Uyku Durumu	0.940	±	0.145	0.893	±	0.189	0.150
Yemek Yeme Durumu	1.000	±	0.000	1.000	±	0.000	1.000
Konuşma	0.980	±	0.095	0.996	±	0.034	0.284
Boşaltım	0.928	±	0.147	0.948	±	0.117	0.529
Normal Aktiviteler	0.800	±	0.224	0.759	±	0.269	0.532
Zihinsel Fonksiyon	0.881	±	0.205	0.837	±	0.208	0.201
Rahat Bozukluğu	0.918	±	0.134	0.871	±	0.164	0.128
Depresyon	0.874	±	0.182	0.843	±	0.207	0.463
Sıkıntı	0.659	±	0.305	0.712	±	0.298	0.350
Canlılık	0.867	±	0.171	0.877	±	0.170	0.709
Cinsel Aktivite	0.794	±	0.241	0.756	±	0.240	0.352
Total Skor (15 D)	0.886	±	0.094	0.867	±	0.110	0.434

Mann- Whitney U Testi

Medikal tedavi: Anjina Pektoris, Miyokart İnfarktüsü İnvaziv girişim: PTCA, Stent, By- Pass

Tablo 16'da koroner arter hastalarının tedavi yöntemine göre 15D yaşam kalitesi anketi ile karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 16'da hastaların tedavi yöntemine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde invaziv girişimle tedavi olan hastalarda görme alt boyutu medikal tedavi olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur, ancak solunum alt boyutu medikal tedavi olan hastalarda; invaziv girişimle tedavi olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 17: Koroner Arter Hastalarının Sigara İçme Durumlarına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Sigara			P
	Evet (n=10)	Hayır (n=44)	Bıraktım(n=64)	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	
Hareket	0.913 ± 0.138	0.803 ± 0.181	0.852 ± 0.190	0.123
Görme	0.987 ± 0.068	0.967 ± 0.130	0.993 ± 0.037	0.521
İşitme	1.000 ± 0.000	0.910 ± 0.181	0.951 ± 0.131	0.161
Solunum	0.879 ± 0.156	0.811 ± 0.165	0.781 ± 0.203	0.333
Uyku durumu	0.928 ± 0.115	0.892 ± 0.206	0.921 ± 0.159	0.851
Yemek yeme durumu	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000
Konuşma	1.000 ± 0.000	0.980 ± 0.095	0.995 ± 0.037	0.540
Boşaltım	0.968 ± 0.099	0.914 ± 0.155	0.955 ± 0.110	0.260
Normal aktiviteler	0.807 ± 0.286	0.733 ± 0.236	0.798 ± 0.259	0.176
Zihinsel fonksiyon	0.797 ± 0.312	0.825 ± 0.200	0.881 ± 0.191	0.277
Rahat bozukluğu	0.970 ± 0.094	0.871 ± 0.162	0.888 ± 0.155	0.182
Depresyon	0.821 ± 0.260	0.826 ± 0.194	0.880 ± 0.190	0.142
Sıkıntı	0.546 ± 0.361	0.716 ± 0.288	0.698 ± 0.298	0.333
Canlılık	0.789 ± 0.235	0.868 ± 0.163	0.789 ± 0.235	0.272
Cinsel aktivite	0.801 ± 0.330	0.722 ± 0.242	0.799 ± 0.221	0.179
Total skor (15 D)	0.880 ± 0.111	0.857 ± 0.107	0.885 ± 0.101	0.399

Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Araştırma kapsamına alınan hastaların sigara içme durumlarına göre 15D yaşam kalitesi anketinden altıkları puanların dağılımı Tablo 17’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sigara içme durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18: Koroner Arter Hastalarının Alkol Kullanma Durumlarına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Alkol			P
	Evet (n=6) X ± SD	Hayır (n=101) X ± SD	Bıraktım(n=11) X ± SD	
Hareket	0.856 ± 0.157	0.837 ± 0.187	0.847 ± 0.187	0.985
Görme	1.000 ± 0.000	0.979 ± 0.093	1.000 ± 0.000	0.590
İşitme	1.000 ± 0.000	0.932 ± 0.157	0.977 ± 0.075	0.400
Solunum	0.848 ± 0.165	0.798 ± 0.184	0.795 ± 0.233	0.820
Uyku durumu	0.960 ± 0.097	0.910 ± 0.174	0.893 ± 0.218	0.837
Yemek yeme durumu	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000
Konuşma	1.000 ± 0.000	0.988 ± 0.069	1.000 ± 0.000	0.774
Boşaltım	0.947 ± 0.128	0.937 ± 0.132	0.971 ± 0.095	0.721
Normal aktiviteler	0.902 ± 0.239	0.774 ± 0.240	0.708 ± 0.363	0.297
Zihinsel fonksiyon	0.940 ± 0.145	0.845 ± 0.209	0.878 ± 0.219	0.476
Rahat bozukluğu	0.950 ± 0.121	0.882 ± 0.158	0.918 ± 0.139	0.472
Depresyon	0.882 ± 0.128	0.844 ± 0.207	0.935 ± 0.109	0.347
Sıkıntı	0.621 ± 0.338	0.689 ± 0.309	0.755 ± 0.183	0.798
Canlılık	0.881 ± 0.201	0.878 ± 0.171	0.831 ± 0.153	0.434
Cinsel aktivite	0.814 ± 0.287	0.768 ± 0.242	0.766 ± 0.210	0.822
Total skor (15 D)	0.910 ± 0.077	0.871 ± 0.106	0.884 ± 0.102	0.640

Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Araştırma kapsamına alınan hastaların alkol kullanma durumlarına göre 15D yaşam kalitesi anketinden altıkları puanların dağılımı Tablo 18’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların alkol kullanmaları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 19: Koroner Arter Hastalarının Diyabet Öyküsü ile 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Diyabet						
	Evet(n=25)			Hayır (n=93)			P
	X	±	SD	X	±	SD	
Hareket	0.766	±	0.184	0.859	±	0.181	0.019
Görme	0.972	±	0.137	0.985	±	0.068	0.815
İşitme	0.926	±	0.162	0.943	±	0.145	0.560
Solunum	0.714	±	0.181	0.824	±	0.182	0.007
Uyku durumu	0.847	±	0.224	0.928	±	0.156	0.050
Yemek yeme durumu	1.000	±	0.000	1.000	±	0.000	1.000
Konuşma	0.988	±	0.059	0.990	±	0.066	0.612
Boşaltım	0.936	±	0.128	0.942	±	0.129	0.766
Normal aktiviteler	0.732	±	0.256	0.786	±	0.252	0.280
Zihinsel fonksiyon	0.803	±	0.199	0.867	±	0.208	0.099
Rahat bozukluğu	0.857	±	0.151	0.897	±	0.155	0.176
Depresyon	0.878	±	0.166	0.849	±	0.206	0.651
Sıkıntı	0.744	±	0.201	0.678	±	0.321	0.589
Canlılık	0.842	±	0.148	0.882	±	0.175	0.099
Cinsel aktivite	0.708	±	0.226	0.787	±	0.242	0.091
15 D	0.843	±	0.096	0.882	±	0.105	0.034

Mann- Whitney U Testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların diyabet öyküsü ile 15D yaşam kalitesi anketinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 19’da verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların diyabet öyküsü ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde diyabet öyküsü olmayanlarda genel olarak yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Diyabet öyküsü olmayanlarda hareket, solunum, uyku durumu, ve total skor ortalamaları diyabet öyküsü olanlardan daha yüksektir.

Tablo 20: Koroner Arter Hastalarının Hipertansiyon Öyküsü ile 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Hipertansiyon						
	Evet (n=54)			Hayır (n=64)			P
	X	±	SD	X	±	SD	
Hareket	0.813	±	0.177	0.857	±	0.190	0.164
Görme	0.979	±	0.101	0.985	±	0.073	0.826
İşitme	0.946	±	0.150	0.935	±	0.148	0.447
Solunum	0.794	±	0.176	0.805	±	0.196	0.543
Uyku durumu	0.890	±	0.213	0.928	±	0.133	0.686
Yemek yeme durumu	1.000	±	0.000	1.000	±	0.000	1.000
Konuşma	0.994	±	0.040	0.986	±	0.079	0.656
Boşaltım	0.953	±	0.113	0.931	±	0.141	0.420
Normal aktiviteler	0.765	±	0.268	0.782	±	0.242	0.875
Zihinsel fonksiyon	0.825	±	0.196	0.877	±	0.214	0.072
Rahat bozukluğu	0.889	±	0.156	0.888	±	0.155	0.943
Depresyon	0.871	±	0.204	0.841	±	0.193	0.164
Sıkıntı	0.722	±	0.287	0.667	±	0.311	0.402
Canlılık	0.862	±	0.161	0.883	±	0.178	0.264
Cinsel aktivite	0.755	±	0.229	0.783	±	0.250	0.397
Total skor (15 D)	0.868	±	0.104	0.879	±	0.105	0.567

Mann-Whitney U Testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların hipertansiyon öyküsü ile 15D yaşam kalitesi anketinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 20’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hipertansiyon öyküsü ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 21: Koroner Arter Hastalarının Şikayet Durumlarına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması (n=118)

Bölümler	Şikayet			P
	Evet (n=10) X ± SD	Hayır (n=66) X ± SD	Bazen(n=42) X ± SD	
Hareket	0.618 ± 0.162	0.906 ± 0.155	0.786 ± 0.177	<0.001
Görme	0.909 ± 0.220	0.993 ± 0.037	0.982 ± 0.084	0.069
İşitme	0.842 ± 0.225	0.944 ± 0.143	0.956 ± 0.129	0.085
Solunum	0.631 ± 0.148	0.858 ± 0.178	0.750 ± 0.172	<0.001
Uyku durumu	0.691 ± 0.272	0.938 ± 0.162	0.920 ± 0.126	<0.001
Yemek yeme durumu	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000 ± 0.000	1.000
Konuşma kabiliyeti	0.970 ± 0.093	0.995 ± 0.036	0.986 ± 0.087	0.292
Boşaltım	0.873 ± 0.162	0.957 ± 0.109	0.933 ± 0.145	0.128
Normal aktiviteler	0.547 ± 0.191	0.837 ± 0.221	0.730 ± 0.277	0.001
Zihinsel fonksiyon	0.598 ± 0.189	0.899 ± 0.186	0.842 ± 0.200	<0.001
Rahat bozukluğu	0.700 ± 0.201	0.954 ± 0.107	0.829 ± 0.149	<0.001
Depresyon	0.720 ± 0.238	0.888 ± 0.208	0.834 ± 0.155	0.001
Sıkıntı	0.589 ± 0.256	0.720 ± 0.310	0.673 ± 0.295	0.268
Canlılık	0.695 ± 0.197	0.922 ± 0.167	0.840 ± 0.131	<0.001
Cinsel aktivite	0.539 ± 0.237	0.825 ± 0.229	0.739 ± 0.224	0.001
Total skor (15 D)	0.722 ± 0.110	0.911 ± 0.090	0.852 ± 0.084	<0.001

Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 22’de koroner arter hastalarının şikayetlerine göre 15D yaşam kalitesi anketi ile karşılaştırılması görülmektedir.

“KAH hastalığı ile ilgili olarak şikayetiniz oluyor mu?” sorusuna hayır cevabı veren hastaların genel olarak yaşam kalitesi; evet ve bazen cevabını veren hastalardan daha yüksek bulunmuştur (p< 0.05).

Hayır cevabı veren hastalarda hareket, solunum, uyku, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, rahat bozukluğu, depresyon, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları, evet ve bazen cevabını veren hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu araştırma; KAH olan bireylerin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek ve aynı zamanda bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde ayakta tedavi gören rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiş toplam 118 Koroner Arter Hastası üzerinde yapılmıştır.

Tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunulmuştur:

- ◆ Kişisel özelliklere ilişkin veriler
- ◆ Hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin veriler
- ◆ Yaşam kalitesi anketi ile ilgili veriler

KİŞİSEL ÖZELLİKLER

Araştırmamızda, hastaların kişisel özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, araştırma grubuna alınan hastaların (n=118) %78.8' inin erkek, %34.7'si 56-65 yaş grubunda, %58.5'i ilk okul mezunu, %84.7'si evli, %55.9'u emekli, % 18.6 sı ev hanımı, % 44.9'unun yaşantısının en fazla köyde geçtiği , % 41.5'inin eşiyle yaşadığı, %50.4 'ünün gelir düzeyininin 481- 900 YTL olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Ünsar ve ark.'larının (17) "Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü" başlıklı araştırmalarında çalışma grubunun %70.4'ü erkek, %54.8'i 60-69 yaş gurubunda %59.1'i ilkokul mezunu, %92.2'si evli, %25.2'sinin emekli olduğu belirlenmiştir. Eski'nin (1) "Miyokart infarktüsü geçiren

bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi'' başlıklı araştırmasında hastaların % 86.0'sı erkek, % 28.7'si 50-59 yaş gurubu, %45.7'si ilkokul mezunu% 95.3'ü evli %31.8'i emekli, % 48.8'i ilde yaşamakta ve % 66.7'si eşi ve çocukları ile yaşamaktadır. Kattainen ve ark. (51) tarafından CABG ve PTCA geçiren hastalar üzerinde 15D yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada hastaların %63'ünün evli, %70'i ilkokul mezunu, %15'inin emekli olduğu saptanmıştır.

HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

Araştırmamızda, hastaların hastalık özelliklerine özelliklere göre dağılımı incelendiğinde, % 25-30 fazla kilolu olduğu, 54.2'sinin sigarayı bıraktığı, % 85.6'sının alkol kullanmadığı, %28.8'inin sedanter yaşam sürdürdüğü, % 72'sinin stres yaşadığı, % 21.2'sinin diyabet ve %45.8'inin hipertansiyon hastası olduğu, %37.3'ünün ailesinde koroner arter hastası olduğu saptanmıştır (Tablo2). %60.2' sinde koroner risk % 20-% 40'tır (Tablo 5).

Ünsar ve ark.'larının (17) koroner arter hastaları üzerinde yaptığı çalışma grubunun % 60.9'unun aile öyküsü bulunduğu, %59.1'inin sigarayı bıraktığı, %27'sinin obez olduğu, %53' ünün koroner riskinin % 20-40 olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde yapılacak olan koroner arter hastalığı ile ilgili çalışmalarda hipertansiyon, sigara kullanımı, obezite ele alınmalı ve eğitimde öncelik oluşturmalıdır.

Araştırmamızda hastaların KAH semptomlarını deneyimleme sıklığına bakıldığında; %74.7'sinin hiç göğüs ağrısı yaşamadığı ancak %23.7'sinin bazen göğüs ağrısı yaşadığı, %76.3'ü hiç solunum sıkıntısı yaşamadığı ancak 19.5'inin bazen solunum sıkıntısı yaşadığı, %98.4'ünde siyanoz bulgusunun görülmediği, % 61.9'unun yorgunluk yaşamadığını ancak %27'1'inin bazen yorgunluk yaşadığı, %93.3'si hiçbir zaman çarpıntı şikayeti olmadığı bulunmuştur (Tablo 6).

Eski'nin (1) çalışmasında hastaların % 58.9'unun bazen göğüs ağrısı deneyimlediği, %43.42 ünün hiç solunum sıkıntısı yaşamadığı, % 17.1'inin her zaman yorgunluk şikayeti olduğunu ve % 45.0 hiç çarpıntı yaşamadığını belirtilmektedir. Banta'nın (52) çalışmasında MI sonrası hastalarda yorgunluk, göğüs ağrısı ve cinsel performansta azalma en sık görülen semptomlar olarak saptanmıştır.

YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

Araştırmamızda; hastaların cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında erkek hastaların genel olarak yaşam kalitesinin kadınlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. Erkek hastalarda hareket, boşaltım, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, depresyon, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları bayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

Yıldırım ve ark.'larının (53) "Diyaliz hastalarında uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki" başlıklı araştırmalarında SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmış, erkek hastaların yaşam kalitesi kadın hastalardan yüksek bulunmuştur. Kattainen ve ark.'ları (9) tarafından yapılan "By-Pass sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırmalarında da erkeklerin yaşam kalitesi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Norris ve ark.'ları (54) tarafından yapılan araştırmada da erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Eski'nin (1) araştırmasında erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Ünsar ve ark.'larının (55) "Koronar arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırmalarında 15D ölçeğini kullanmış ve kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük bulunmuştur

Özer ve ark.'larının (18) "Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi" başlıklı araştırmalarında erkek hastaların kadın hastalara oranla yaşam kalitelerini daha düşük algıladıkları saptanmıştır.

Acaray ve Pınar'ın, (19) "Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" ve Karadeniz ve ark.'larının (56) "Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi" başlıklı araştırmalarında yaşam kalitesi kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda cinsel aktivite erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Norris ve ark.'ları (54) ve Kartal ve ark.'ları (57) tarafından yapılan araştırmalar da cinsel aktivite erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre düşük olmasının nedeni, daha fazla yaşam biçimi değişikliği yapmak zorunda kalmaları, evlilikle ilgili daha fazla problem yaşamaları, evde daha fazla sorumluluk ve geleneksel rollere sahip olmaları (ev işleri çocukların bakımı v.b.) olarak sıralayabiliriz.

Araştırmamızda hastaların yaşlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında 56-65 yaş grubunun yaşam kalitesi, ≤ 55 yaş, 66 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Eski'nin (1), Acaray ve Pınar'ın (19), Ünsar ve ark.'larının (55) araştırmalarında, yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir. Özer'in (18) araştırmasında yaşam kalitesinin yaştan etkilenmediği bulunmuştur.

56-65 yaş gurubunun yaşam kalitesinin daha yüksek olmasının nedeni olarak, bu grubun yarıdan fazlasının emekliye ayrılmış olmaları ve iş stresi yaşamamaları, sosyal aktivitelere daha fazla zaman ayırabilmeleri olarak sıralanabilir.

Araştırmamızda koroner arter hastalarının eğitim düzeyleri arttıka yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir. Eğitim durumu ile yaşam kalitesi ortalamaları karşılaştırıldığında; hareket, solunum, boşaltım, normal aktiviteler, canlılık, cinsel aktivite alt boyutu lise ve üzeri grupta ortaokul ve altı gruba göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Yapılan çalışmalarda eğitimin yaşam kalitesi üzerine farklı etkiler olduğu bulunmuştur.

Acaray ve Pınar'ın (19), araştırmasında eğitim durumunun artmasına bağlı olarak esenlik boyutu hariç genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi puanlarının yükseldiği saptanmıştır. Durademir ve ark.'ları (58) kronik kalp yetmezliği olan 80 hastanın yaşam kalitesini araştırdığı çalışmalarında, eğitim durumu arttıka yaşam kalitesinin arttığını belirtmişlerdir. Kattainen ve ark.'ları (9) ve Karadeniz ve ark.'ları (56) tarafından yapılan araştırmalarda da eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır.

Özer'in (18) yaptığı araştırmada eğitim durumu yükseldikçe hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir Yoshiko ve ark.'ları (59) tarafından yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yüksek eğitim düzeyi, evre ile açık iletişim kurma, bilgi alış verişi, istenilen yaşam standardına uygun yaşam stili belirleme çabasını gerektirir. Öğrenim düzeyi arttıka sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği, gelişeceği, bireylerin kendi sağlık sorunlarını daha fazla üstlenecekleri, bu bağlamda hastalıklarını/hastalık semptomlarını yönetme stratejilerini daha iyi öğrenecekleri ve kullanacakları, tüm bunların sonucunda yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında evlilerin yaşam kalitesi, bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo11).

Eski (1) ve Suet-ching (60) yaptığı araştırmalarda, evlilerin yaşam kalitesi, bekarlardan daha yüksek bulunmuştur. Acaray ve Pınar'ın (19), yaptığı araştırmada ise yaşam kalitesi bekarlarda evlilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Evlilerin yaşam kalitesinin bekarlardan daha yüksek olmasının nedeni, destek kaynaklarının daha fazla olması, aile hayatının verdiği psikolojik rahatlığın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

KAH hastalarının, yaşantısını en çok geçtiği yer ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilde yaşayanlarda sıkıntı, canlılık, cinsel aktivite alt boyutları köy ve ilçede yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Eski'nin (1) araştırmasında, ilçede yaşayan hastaların yaşam kalitesi, köy ve ilde yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

TEKHARF çalışmasının 2005 verilerine göre; kentli kohortta kaydedilen 21 ölüm bin kişi-yılında 12.1'e karşılık gelirken, kırsal kesimde rastlanan 22 ölüm bin kişi yılında 16.4'e karşılık gelmiştir. Ölüm oranı kırsal kesimde, kentsel kesimden daha yüksek çıkmıştır (21).

Köy ve ilçede yaşayanların yaşam kalitesinin, ilde yaşayanlardan daha düşük olmasının nedenleri olarak; ağır çalışma şartlarının olması, sağlık olanaklarından yararlanmada kısıtlıklar yaşamaları, yaşam kalitesini yükseltmek için gerekli olanakları bulamamaları, sağlıklarına bilinçli olarak dikkat edememeleri ve kültürel değerlerle yaşama zorunlulukları olarak sıralanabilir.

Araştırmamızda, eşi ve çocukları ile yaşayan hastalarda; normal aktiviteler, rahat bozukluğu ve cinsel aktivite ve total skor ortalaması diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Eşim ile yaşayanlarda görme ve canlılık alt boyutları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13).

Eski'nin (1) araştırmasında, eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların yaşam kalitesi genel olarak yalnız yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Acaray ve Pınar'ın (19), araştırmasında, geniş aileye sahip olanların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek bulunmasının nedeni, psikolojik yönden daha fazla desteklenmeleri ve aile içi rollerin paylaşılmasının yaşam kalitesine olumlu yönde katkı sağlayacağı düşünülebilir.

Araştırmamızda gelir düzeyi yükseldikçe hastaların yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (Tablo 14).

Eski'nin (1), Acaray ve Pınar'ın (19) ve Suet-ching (60) yaptığı araştırmalarda gelir'in gideri karşılama yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir. Ünsar ve ark. (17) araştırmasında ekonomik yetersizliğin KAH riskini arttırdığını belirtmiştir. Sönmez ve ark. (61) "Koronar arter hastalığı bulunan olgularda risk faktörlerinin erkek ve kadınlarda sosyoekonomik duruma göre dağılımı" başlıklı araştırmalarında düşük sosyo-ekonomik düzeyde kardiyovasküler mortalite ve morbiditenin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Maddi yeterliliğin yaşamdan alınan doyumunu olumlu etkilediği, sağlık kuruluşlarından yararlanmayı arttırdığı, daha iyi şartlarda yaşam olanakları sağladığı (konut, beslenme, sosyal aktivite v.b.) ve bu durumun yaşam kalitesini arttırdığı söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sigara içme ve alkol kullanma durumlarına ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 17,18).

Ünsar ve ark. (17) çalışmasında sigara KAH da en önemli risk faktörü olarak belirlenmiştir. Eski ve ark. (1) çalışmasında da, sigara kullananların yaşam kalitesi ortalama puanları kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların diyabet öyküsü ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde diyabet öyküsü olmayanlarda genel olarak yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Diyabet öyküsü olmayanlarda hareket, solunum, uyku durumu, ve total skor ortalamaları diyabet öyküsü olanlardan daha yüksektir (Tablo 19).

Araştırma kapsamına alınan hastaların hipertansiyon öyküsü ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 20).

Ünsar ve ark.'larının (17) çalışmasında hipertansiyon KAH da en sık görülen risk faktörlerinden biri olarak belirtilmiştir. Eski'nin (1), çalışmasında MI'nden başka hastalık tanısı almayan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları farklı hastalık tanısı olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Ünsar ve ark.'larının (55) çalışmasında da KAH'da ilave kronik hastalık olarak hipertansiyon ve diyabet bulunmuştur.

Koroner arter hastalarında görülen ilave kronik hastalıkların bireylerin, fizyolojik ve psikolojik iyilik hallerinin olumsuz etkilenmesine yol açarak yaşam kalitesini azalttığı söylenebilir.

Araştırmamızda “KAH hastalığı ile ilgili olarak şikayetiniz oluyor mu?” sorusuna hayır cevabı veren hastaların genel olarak yaşam kalitesi; evet ve bazen cevabını veren hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 21).

Hayır cevabı veren hastalarda hareket, solunum, uyku, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, rahat bozukluğu, depresyon, canlılık, cinsel aktivite ve total skor ortalamaları, evet ve bazen cevabını veren hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

Eski'nin araştırmasında KAH semptomlarını deneyimleme sıklığına göre yaşam kalitesi ortalama puanları incelendiğinde; göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, yorgunluk ve çarpıntıyı bazen deneyimleyen ve hiçbir zaman deneyimlemeyen hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (1).

Lukkarinen ve ark.'larının (62) KAH ile ilgili yaptığı yaşam kalitesi çalışmasında göğüs ağrısı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını belirtmiştir. Fletcher (63) solunum sıkıntısı olan KAH hastalarının yaşamlarında öz bakımlarını sürdürmede yetersizlik olduğunu, ev ve iş performanslarının azaldığını, psikolojik iyilik hallerinin bozulduğunu ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Banta (52) yorgunluk deneyimleyen hastaların kişisel ilişkilerinin ve seksüel performanslarının azaldığını belirtmektedir.

Sonuç olarak, bireylerin yaşam kalitelerinin, hastalık semptomlarını deneyimleme sıklığı ile ilişkili olduğu ve hastalık semptomlarının deneyimleme sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı düşünülebilir.

Bu araştırmanın sonucunda erkeklerin kadınlara göre, orta yaş grubunun (55-65) diğer yaş gruplarına göre, evlilerin bekarlara göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Eğitim ve gelir düzeyi artıkça hastaların yaşam kalitesi artmaktadır. İlde yaşayanların ilçede ve köyde yaşayanlara oranla, eşi ve çocukları ile yaşayanların diğer gruplara göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner arter hastalarında yaşam kalitesini belirlemek, ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek ve aynı zamanda bakım gereksinimlerinin belirlemede rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanan araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamına giren hastaların %21.2'sini kadın hastalar, %78.8'ini erkek hastalar oluşturmaktadır.
- Hastaların yaş ortalaması 61.94 ± 11.05 olarak belirlenmiştir.
- Hastaların % 58.5'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların 15D yaşam kalitesi puan ortalaması $0.90 \pm 1,43$ olarak bulunmuştur. Hastaların yaşam kalitesi genel olarak iyi düzeydedir.
- Erkeklerde yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksektir.
- 56-65 yaş gurubunun yaşam kalitesi 55 yaş ve altı, 65 yaş ve üzeri gruptan daha yüksektir.
- Eğitim düzeyi artıkça yaşam kalitesi artmaktadır.
- Evlilerde yaşam kalitesi bekarlardan daha yüksektir.
- İlde yaşayanlarda yaşam kalitesi köy ve ilçede yaşayanlardan daha yüksektir.
- Eşi ve çocukları ile yaşayanların yaşam kalitesi, evde yalnız, eşim ile ve diğer aile üyeleri ile yaşayanlardan daha yüksektir.
- Gelir düzeyi artıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.

- Diyabet öyküsü olmayanlarda yaşam kalitesi diyabet öyküsü olanlardan daha yüksektir.
- Koroner arter hastalarının şikayetleri artıkça yaşam kalitesi de azalmaktadır.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sıralanmıştır;

- Hemşireler kardiyak rehabilitasyon programları kapsamında KAH tanısına sahip hastaların yaşam kalitesini etkileyen bireysel ve hastalık ile ilgili özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, yaşanılan yer, evde birlikte yaşanan kişiler, gelir düzeyi, ilave hastalık tanısı, KAH semptomlarını deneyimleme sıklığı) dikkate alarak bakım vermeli ve eğitim programları düzenlenmelidir.
- Koroner arter hastalarının yaşam kalitesi, hemşireler tarafından geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmelidir.
- KAH tanısına sahip bireylere bakım veren hemşireler yaşam kalitesi ve bunları etkileyen faktörler konusunda bilgilendirmeli ve bu bilgileri hemşirelik bakımına yansıtmaları için desteklenmelidir.
- Koroner arter hastalarında semptomların kontrolüne yönelik tedavi ve bakım girişimleri planlanmalıdır.
- Bu araştırma, daha büyük popülasyonda analitik çalışmalarla tekrarlanmalıdır.

ÖZET

Araştırma; KAH olan bireylerin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek ve aynı zamanda bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacı ile planlanmış kesitsel bir araştırmadır.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde 30 Ağustos 2006-30 Aralık 2006 tarihleri arasında ayaktan tedavi gören ve rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiş toplam 118 Koroner Arter Hastası oluşturmaktadır. Yaşam kalitesi 15D anketi ile değerlendirilmiştir.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, Student's T testi, Mann-Whitney-U test, Kruskal-Wallis Varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %78.8' i erkek, % 34.7'si 56-65 yaş arası, %58.5'i ilkokul mezunu, % 84.7' si evli, % 50.4' ünün geliri 481-900 YTL ve % 62.7' si invaziv tedavi görmüştür. Araştırma bulgularına göre erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşantının geçtiği yer, gelirin gideri karşılama durumu, tedavi yöntemi, ilave kronik hastalık yaşam kalitesini etkilemektedir. Araştırmadan elde edile sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin KAH tanısına sahip hastaların yaşam kalitesini etkileyen bireysel ve hastalık ile ilgili özelliklerini dikkate alarak bakım vermeleri ve eğitim programları düzenlemeleri,
- KAH tanısına sahip bireylere bakım veren hemşirelerin yaşam kalitesi ve bunları etkileyen faktörler konusunda bilgilendirilmesi ve bu bilgileri hemşirelik bakımına yansıtılmaları önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Korner Arter Hastalığı, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

ABSTRACT

This research was planned as a cross-sectional study for the purpose of assessing the quality of life of individuals with coronary artery disease (CAD), analyzing the factors that affect quality of life, and making recommendations to serve as a guide in the determination of their care needs.

A total of 118 patients with CAD were selected randomly from those who came for ambulatory care at Trakya University Medical Faculty Cardiology Clinic between August 30 and December 30, 2006. Their quality of life (QOL) was assessed using survey 15D.

Data obtained were analyzed using percentage, mean, Student's t test, Mann Whitney U test, and Kruskal Wallis variance analysis.

Of the patients who participated in this research 78.8% were male, 34.7% were between 56-65 years old, 58.5% were primary school graduates, 84.7% were married, 50.4% had a monthly income between 481-900 YTL and 62.7% had undergone invasive treatment. According to the research findings the male participants had higher QOL than the females. Age, educational status, marital status, place of residence, income's ability to meet expenses status, and additional chronic illness were found to affect QOL. Based on the research results the following recommendations are made:

- That nurses take into consideration the personal and illness-related characteristics that have an effect of CAD patients' QOL when planning their care and educational programs,
- That nurses who give care to individuals with CAD be informed about their QOL and factors that affect QOL and reflect these in their nursing care plans.

Key words: Coronary artery disease, Quality of life, Nursing

KAYNAKLAR

1. Eski S. Miyokart İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Ankara: 1999.
2. Demirtaş RN. Myokart İnfarktüslü Hastalarda Kardiyak Rehabilitasyon. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi, Aralık 1992; 3: 192-196
3. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004: p: 3-462
4. Ermiş C, Demir İ, ve ark. Antalya Bölgesindeki Koroner Arter Hastalarının Demografik ve Klinik Özellikleri Ve Bu Özelliklerinin Ortalamaları İle Karşılaştırılması. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2001; 1: 10-13
5. Azak A, Kahramanoğlu AY, ve ark. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Formu, Mart-Nisan 2005; 2:57-60
6. Kültürsoy H. Koroner Kalp Hastalığı Primer ve Sekonder Korunma. Ankara: 2001; 1-111
7. Özcan N. Koroner Kalp Hastalıkları. Ankara: 1997; 31-50
8. Esin N, Bulbuk S. Koroner Arter Hastalığında Risk Tanılama: Birinci Basamak Uygulama Örneği. Hemşirelik Formu. Temmuz-Ağustos 2005; 4: 40-45
9. Kattainen E, Sintonen H. Sense of Coherence And Health-Related Quality of Life Among Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting Or Angioplasty. European Journal Of Cardiovascular Nursing, Science Direct, 4may 2005; 3-8
10. Kimble LP, Dunbar SB, et al. Gender Differences In Pain Characteristics of Chronic Stable Anjina and Perceived Physical Limitation In Patients With Coronary Artery Disease. International Journal of Cardiovascular Nursing , Science Direct, January 2003; 45-53

11. Akbayrak N, Tosun N. Akut Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastaların Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Uygulanması. Hemşirelik Formu, Eylül-Ekim 2004; 5: 1-11
12. Murray C, Lopez A. Alternative Projections of Mortality, And Disability By Cause 1990-2020. Global Burden of Disease Study. Lancet,1997; 349: 498-504
13. Onat A. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı TEKHARF Çalışması Verileri. İstanbul: Mas Matbaacılık; 2000: 16-23
14. Türkiye Kalp Raporu 2000, Türk Kardiyoloji Derneği, İstanbul, 2000; 11-17
15. Oktik N, Bozyer Ü, ve ark. Huzur Evinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi Muğla Örneği. Muğla: Muğla Üniversitesi Rektörlüğü; 2004; 61-83
16. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2005: 1-33
17. Ünsar S, Durna Z, Süt N. Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Sağlık Eğitiminde Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Formu. Mart-Nisan 2004; 2: 27-41
18. Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005; 1: 63-77
19. Acaray P, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004; 1:1-10
20. Onat A, Sansoy V, ve ark. Oniki Yıllık İzleme Deneyimine Göre, Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı. İstanbul: Argos; 2003; 1-112
21. Onat A, Karabulut A, ve ark. TEKHARF Çalışması 2005 Taramasına İlişkin Mortalite ve Koroner Olay Analizi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2006; 34 (3): 149-153
22. Oto Ali. Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon. Ankara: Farma Tıp Yayıncılık; 2003:51-75
23. Erdil F, Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset; 1997; 297-313
24. Metcalfe JM, Dargie HJ, Anjina. London,1998; 9-91
25. Enar R, Kültürsay H, Öngen Z, Pehlivanoglu, S. Akut Miyokard İnfarktüsü El Kitabı. İstanbul: Asya Tıp Kitabevi; 1998; 1-65
26. Güven Ö. Kronik İskemik Kalp Hastalıkları.,İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Dergisi, İstanbul: Aralık 2003; 7:31-39
27. Barutcu İ. Göğüs Ağrısı ve Koroner arterler. Kocatepe Tıp Dergisi, Kocatepe: 2003; 1: 14-21

28. Grant PA. Quality of Life and Patient With Cancer. Cancer Supplement August (15) 1994; 4:1445-1451
29. Bakaoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2000; 4(1): 41-49
30. İliçin G, Biberöglu K, Akalı S, İnal S, Süleymanlar G. Kardiyovasküler Hastalıklar. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996; 133-137
31. Tekir Ö. Hipertansiyonlu Hastalar İçin Eğitim Kitapçığı. Hemşirelik Formu. Mart-Nisan 2006; 2: 27-34
32. Tekir Ö. Hipertansiyon Hastalarına Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Hemşirelik Formu, Temmuz-Ağustos 2006; 4: 60-66
33., About Your High Blood Pressure. American Heart Association. Dallas,1999; 1-12
34. Lieberman E, Çeviri: Kaplan NM, Klinik Hipertansiyon. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 1998; 1-15
35. Sunar H, Halıcı Ü, Canbaz Ş, ve ark. Obezitenin Koroner Bypass Cerrahisi Üzerine Etkisi. Gülhane Tıp Dergisi, 2003; 4: 338-342
36. Michael J, Kathleen A, et al. Obesity and Cardiovascular Events In Patients With Established Coronary Disease. Journal of The European Cardiology, Science Direct, 17 May 2006; 1416-1422
37. Berchtold P, Jorgens V, Finke C, Berger M, Epidemiology of Obesity And Hypertension. Int J Obes 1981; 5 (Suppl 1): 1-7
38. Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, et al. A Prospective Study of Obesity and Risk of Coronary Heart Disease In Women. N Eng J Med 1990; 332:882-9
39. Willett WC, Manson JE, Stampfer MJ, et al. Weight Change, and Coronary Heart Disease In Women. Risk Within The Normal Weight Range. JAMA 1995;273:461-5
- 40 . Physical, Status: The Use And Interpretation of Anthropometry. Report of WHO Expert Committee, Who Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization,1995
41. Gürses HN. Myokard İnfarktüsü Sonrası Egzersiz Programı Uygulanan Hastalar İle Sedanter Kalanlar Arasında Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Ankara: Hacettepe Üniv.1977
42. Oğuz H. Tıbbi Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1995; 735-747
43. Barse GB, Smeltzer SG. Medical Surgical Nursing . 1999; 630-634
44. Beyazova M, Kutsal G. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi; 2000; 1142-1157
45. David L, Brown MD. Cardiac İntensive Care. Philadelphia London Toronto Montreal Sydney Tokyo, 1998; 329-334

46. Arslan Ş, Kutsal YG. Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Geriatri, 1999; (2) 4: 173-178
47. Gök H. Klinik Kardiyoloji. Ankara: Nobel Kitabevi; 1996: 1-33
48. Akbayrak N, Erkal S. Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Alter Yayıncılık; 2007: 269-274
49. Sintonen H. The 15 D Instrument of Health-Related Quality of Life: Properties and Applications. Ann Med. 2001;33: 328-336
50. Akıncı F, et al. Translation, Cultural Adaptation, Initial Reliability, and Validation of Turkish 15D'S Version. Evaluation & The Health Professions, March. 2005; 53-66
51. Kattainen E, Merilainen P, Jokela V. CABG and PTCA Patient's Expectations of Informational Support In Health- Related Quality of Life Themes And Adequacy of Information In 1-Year Follow-Up. European Journal of Cardiovascular Nursing , Science Direct, July 2004; 149-163
52. Banta H. Quality of Life Perspectives. Pharmacy World and Science. 1993; 15;2: 45-4
53. Yıldırım Y, Fadıllıoğlu Ç. Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004; 20 (1): 35-46
54. Norris CM, Ghali WA, et al. Health And Quality of Life Outcomes. Bio Med Central, Canada, 5 May 2004, 1-11
55. Ünsar S, et al. Health-Related Quality of Life In Patients With Coronary Artery Disease. Journal of Cardiovascular Nursing, Science Direct 2007; 501-507
56. Üstün M E, Karadeniz G. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006; (1) 1: 34-43
57. Kartal Ö, Tatlı E, ve ark. Kalp Hastalıklarında Cinsel Aktivite – Eğitim. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2006; 6: 4-9
58. Durademir A. Koronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz Bakım Davranışları. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 1999; 3(1):16-20
59. Yoshioko M, et al. Sleep Disturbance of End-Stage Renal Disease. Jpn J Psychiatry Neurol, 1993; 47: 847-851
60. Suet-Chuing WL. The Quality of Life Hong Kong Dialysis Patients, J Adv Nurs, 2001; 35 (2): 218-22
61. Sönmez K, Pala Ş, ve ark. Koroner Arter Hastalığı Bulunan Olgularda Risk Faktörlerinin Erkek Ve Kadınlarda Sosyoekonomik Duruma Göre Dağılımı – Orijinal Araştırma. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2004; 4: 1-5

- 62.** Lukkarinen J, Hentinen M, Assessment Of Quality of Life With The Nottingham Health Profile Among Patients With Coronary Heart Disease. *Journal of Advanced of Nursing*, 1997;(2) 22: 73-84
- 63.** Fletcher A, Evaluation Of Quality Of Life In Clinical Tilals Of Cardiovascular Disease. *J Chron Dis*. 1987; 6: 557-566

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİLLER	<u>SAYFA</u>
Şekil1: Anjina Pektorisin tipleri ve özellikleri	6
Şekil 2: KAH'da risk faktörlerinin sınıflandırılması	11
Şekil 3: Kan basıncı düzeylerine göre hipertansiyon sınıflandırması	12
Şekil 4: Yaşam kalitesinin çok boyutlu görünümü	19
Şekil 5: Koroner arter hastalığı hemşirelik bakım planı	24

TABLolar

Tablo 1: Koroner Arter Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 2: Koroner Arter Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	34
Tablo 3: Koroner Arter Hastalarının Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı	35
Tablo 4: By- Pass Hastalarının Damar Sayısına Göre Dağılımı	36
Tablo 5: KAH Hastalarının Koroner Risk Tablosuna Göre Sınıflandırılması	36
Tablo 6: Hastaların KAH Semptomlarını Deneyimleme Sıklığına Göre Dağılımı	37
Tablo 7: Koroner Arter Hastalarının Cinsiyete Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketi İle Karşılaştırılması	38
Tablo 8: Koroner Arter Hastalarının Yaşlarına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	39

Tablo 9: Koroner Arter Hastalarının Beden Kitle İndeksine Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	40
Tablo 10: Koroner Arter Hastalarının Eğitim Durumuna Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketi İle Karşılaştırılması	41
Tablo 11: Koroner Arter Hastalarının Medeni Durumlarına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	42
Tablo 12: Koroner Arter Hastalarının Yaşantısını En Çok Geçirdiği Yere Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	43
Tablo 13: Koroner Arter Hastalarının Kiminle Birlikte Yaşadığına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketi İle Karşılaştırılması	44
Tablo 14: Koroner Arter Hastalarının Gelir Düzeylerine Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	45
Tablo 15: Koroner Arter Hastalarının Aldıkları Klinik Tanıya Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketi İle Karşılaştırılması	46
Tablo 16: Koroner Arter Hastalarının Tedavi Yöntemine Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	47
Tablo 17: Koroner Arter Hastalarının Sigara İçme Durumlarına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	48
Tablo 18: Koroner Arter Hastalarının Alkol Kullanma Durumlarına Durumlarına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	49
Tablo 19: Koroner Arter Hastalarının Diyabet Öyküsü ile 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	50
Tablo 20: Koroner Arter Hastalarının Hipertansiyon Öyküsü ile 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	51
Tablo 21: Koroner Arter Hastalarının Şikayet Durumlarına Göre 15D Yaşam Kalitesi Anketinin Karşılaştırılması	52

ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Çorlu'da doğan Filiz Dilek ilk ve orta öğrenimini Büyükkarıştıran ilköğretim okulunda, lise öğrenimini Lüleburgaz'da tamamladı. 2004 yılında T.Ü Tekirdağ Sağlık Yüksek Okulu'ndan mezun olarak Hemşire unvanı aldı. 2004- 2007 Trakya Üniversitesi çocuk solunum ve enfeksiyon servisinde çalıştı. 2005 yılında T.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul İzni

Ek 2: Anket Formu

Ek 3: Yaşam Kalitesi Anketi

Ek 3: Koroner Risk Tablosu

Anket Formu

Bu çalışma koroner arter hastalarının yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Toplanan veriler gizli tutulacaktır.

Adınız- Soyadınız :

Protokol Numaranız:

Adres / Tel No :

I. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz: 1 () Bayan 2 () Erkek
2. Yaşınız:.....:
3. Kilonuz:.....: Boyunuz:..... BKİ:
4. Eğitim Durumunuz Nedir?
 1. () Okur-Yazar Değil
 2. () Okur-Yazar
 3. () İlkokul
 4. () Ortaokul
 5. () Lise
 6. () Üniversite Ve Üzeri
5. Medeni Durumunuz Nedir ?
 1. () Evli
 2. () Bekar
 3. () Dul
6. İş-Mesleki Durumunuz Nedir ?
 1. () Memur
 2. () İşçi
 3. () Serbest Meslek
 4. () Ev Yanımı
 5. () Emekli
7. Çalışma Durumunuz Nedir ?
 1. () Tam Gün Çalışıyorum (8-12 saat)
 2. () Yarım Gün Yada Belli Saatlerde Çalışıyorum
 3. () Çalışmıyorum
8. Yaşantınızın Büyük Çoğunluğunu (1/3) Nerede Geçirdiniz ?
 1. () Köy
 2. () İlçe
 3. () İl
 4. () Yurt Dışı

9. Kiminle Birlikte Yaşamaktasınız ?

1. () Evde Yalnız
2. () Eşimle
3. () Eşim Ve Çocuklar
4. () Diğer Aile Üyeleri (Gelin,Torun v.b.)

10. Sosyal Güvenceniz Var Mı ?

1. () Evet
2. () Hayır

11. Aylık Geliriniz Ne Kadar?

.....

II. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

12. Klinik Tanınız Nedir?

1. () Anjina Pektoris
2. () MI (Miyokart İnfarktüsü)
3. () PTCA+ Stent
4. () By-Pass
5. () Kalp Yetmezliği

13. Sigara Kullanıyor musunuz ?

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

14. Alkol Kullanıyor musunuz ?

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

15. Yaşamınız Hareketsiz mi ?

1. () Evet
2. () Hayır

16. Yaşamınız Stresli midir?

1. () Evet
2. () Hayır

17. Diyabet Hastalığınız var mı?

1. () Evet (Belirtiniz / Kaç Yıl):.....

2. () Hayır

18. Hipertansiyon probleminiz var mı ?

1. () Evet (Belirtiniz / Kaç Yıl):.....

2. () Hayır

19. En Son Ölçülen Kan Basıncı Değerinizi Belirtir misiniz?

.....mm/hg

20. En Son Ölçülen Kolesterol Değerinizi Belirtiniz?

.....:

21. Ailede KAH Olan Birinci Dereceden Akrabanız var mı (Anne, Baba, Eş, Kardeş) ?

1. () Evet

2. () Hayır

22. Ne Kadar Zamandır Koroner Arter Hastasınız?

.....

23.KAH İle İlgili Olarak Kimden Bilgi Aldınız?

1. () Hekim

2. () Hemşire

3. () Sağlık Personeli Dışında (Arkadaş,Gazete V.B.)

4. () Bilgi Almadım

24. Hastalığınız Hakkındaki Bilgi Düzeyinizi Yeterli Buluyor musunuz ?

1. () Evet

2. () Hayır

25. Kontrollerinize Düzenli Olarak Gider misiniz ?

1. () Her Zaman

2. () Çoğu Zaman

3. () Bazen

4. () Hiçbir Zaman

26. İlaçlarınızı Düzenli Kullanıyor musunuz ?

1. () Her Zaman

2. () Çoğu Zaman

3. () Bazen

4. () Hiçbir Zaman

27. Diyet Programınıza Uyuyor musunuz ?

1. () Her Zaman

2. () Çoğu Zaman

3. () Bazen

4. () Hiçbir Zaman

28. KAH Yönelik Egzersiz Programınız var mı ?

1. () Evet

2. () Hayır

29. Hangi Tür Egzersiz Yapıyorsunuz?

1. () Yürüyüş

2. () Bisiklete Binme

3. () Yüzme

4. () Diğer (Belirtiniz):.....

30. KAH Yönelik Egzersiz Programınıza Uyar mısınız ?

1. () Her Zaman

2. () Çoğu Zaman

3. () Bazen

4. () Hiçbir Zaman

31. KAH Hastalığı İle İlgili Olarak şikayetleriniz oluyor mu?

1. () Evet

2. () Hayır

3. () Bazen

32. Koroner Arter Hastalığı Semptomları v e Deneyimleme Sıklığını Belirtiniz?

Semptomlar	Her zaman (1)	Çoğu zaman (2)	Bazen (3)	Hiçbir zaman (4)
Göğüs ağrısı				
Solunum sıkıntısı				
Yorgunluk				
Çarpıntı				
Siyanoz				

33. Günde Toplam Aldığınız İlaç Sayısı Ne Kadar) (Belirtiniz):

.....

YAŞAM KALİTESİ ANKETİ (15D©)

Şu anki sağlık durumunuzu en iyi tanımlayan seçeneğin yanına çarpı işareti (x) koymadan önce, lütfen her sorunun farklı cevaplarının tamamını okuyunuz. Bu yöntemle, her birine sadece bir cevap vererek, 15 sorunun tamamını cevaplamayı sürdürünüz.

SORU 1. HAREKET KABİLİYETİ

- 1 () İçeride, dışarıda ve merdivenlerde normal olarak (güçlük çekmeden) yürüyebilmekteyim.
- 2 () İçeride zorluk çekmeden yürüyebilmekteyim, fakat dışarıda ve/veya merdivenlerde hafif bir zorluk çekmekteyim.
- 3 () Yardım almadan (aletli veya aletsiz) ev içinde yürüyebilmekteyim, fakat dışarıda ve/veya merdivenlerde oldukça güçlük çekerek veya başkalarının yardımı ile yürüyebilmekteyim
- 4 () İçeride ancak başkalarının yardımıyla yürüyebilmekteyim.
- 5 () Tamamen yatalağım ve bir yerden bir yere gidememekteyim.

SORU 2. GÖRME KABİLİYETİ

- 1 () Normal görmekteyim, yani gazeteleri ve televizyonda çıkan yazıları zorluk çekmeden (gözlükle veya gözlüksüz) okuyabilmekteyim.
- 2 () Gazeteleri ve/veya televizyonda çıkan yazıları hafif zorlukla (gözlükle veya gözlüksüz) okuyabilmekteyim.
- 3 () Gazete ve T.V. yazılarını gözlüklü veya gözlüksüz oldukça zor bir şekilde okuyabilmekteyim.
- 4 () Gözlükle veya gözlüksüz gazeteleri veya televizyonda çıkan yazıları okuyamamaktayım, fakat yardım almadan yürüyebilecek kadar görebilmekteyim.
- 5 () Yardım almaksızın yürüyebilecek kadar yeterli oranda göremiyorum, hemen hemen veya tamamen körüm.

SORU 3. İŞİTME KABİLİYETİ

- 1 () İşitme cihazı kullanarak ve/veya kullanmadan normal olarak duyabiliyorum.
- 2 () Normal konuşmaları biraz güçlükle duymaktayım.
- 3 () Normal konuşmaları güçlükle duymaktayım, sohbet esnasında seslerin normalden daha yüksek olmasına ihtiyaç duymaktayım.
- 4 () Çok yüksek sesleri bile çok zor duyabiliyorum. Neredeyse sağırım.
- 5 () Tamamen sağırım.

SORU 4. SOLUNUM

- 1 () Normal olarak, yani solunum yetersizliği veya başka solunum güçlüğü yaşamadan nefes alabilmekteyim.

2 () Ağır iş veya spor yaparken ya da düz yolda veya yokuş yukarı tempolu yürürken solunum yetersizliği çekmekteyim.

3 () Benim yaşımdakilerle aynı hızda düz yolda yürürken solunum yetersizliği çekmekteyim.

4 () Kendi kendime temizlenme, elbise giyme gibi normal aktivitelerimde bile solunum yetersizliği çekmekteyim.

5 () Hemen hemen her zaman, dinlenirken bile solunum güçlüğü çekmekteyim.

SORU 5. UYKU DURUMU

1 () Normal olarak uyuyabilmekteyim, yani uyku sorunum yok.

2 () Uykuya dalmada zorluk, veya geceleyin bazen uyanma gibi hafif uyku sorunlarım var.

3 () Huzursuz uyku veya yeterli uyuyamama hissi gibi, orta derece uyku sorunlarım var.

4 () Sık sık veya sürekli uyku hapi kullanmak zorunda kalmak veya genellikle geceleri ve/veya sabah çok erken uyanmak gibi çok önemli uyku sorunlarım var.

5 () Şiddetli uykusuzluk çekiyorum. Örneğin, düzenli uyku hapi kullandığım halde uyumak neredeyse imkansız, veya bütün gece boyunca gözüme uyku girmiyor.

SORU 6. YEMEK YEME DURUMU

1 () Normal olarak, başkalarından yardım almadan yemek yiyebilmekteyim.

2 () Kendi başıma hafif güçlüklerle(örneğin yavaşça, sakarca, titreyerek veya özel araçlar yardımıyla) yemek yiyebilmekteyim.

3 () Yemek yiyebilmek için bir başka kişinin biraz yardımına ihtiyaç duyuyorum.

4 () Kendi başıma hiç yemek yiyemiyorum, dolayısıyla bir başkasının beni yedirmesi gerekiyor.

5 () Hiç yemek yiyemiyorum, dolayısıyla ya burnumdan konan bir tüple ya da damardan besleniyorum

SORU 7. KONUŞMA KABİLİYETİ

1 () Normal olarak, yani akıcı, net ve duyulabilir bir şekilde konuşabilmekteyim.

2 () Hafif konuşma güçlüklerim var. Örneğin, kelimeler için duraklama, mırıldanma, ses tonunun değişmesi gibi.

3 () Kendimi ifade edebiliyorum, fakat konuşmam düzensiz, dilim sürçüyor, veya kekeliyorum.

4 () Bir çok insan benim konuşmamı anlamakta güçlük çekiyor.

5 () Kendimi sadece el kol hareketleri ile anlatabiliyorum.

SORU 8. BOŞALTIM

1 () Mesane ve bağırsaklarım normal ve sorun olmaksızın çalışmaktadır.

2 () Mesanem ve/veya bağırsaklarımın çalışmasıyla ilgili ufak sorunlarım var. Örneğin; İdrar yapmakta zorluk veya ishal ya da kabızlık.

3 () Mesane ve/veya bağırsak fonksiyonlarımda belirgin zorluklar yaşıyorum. Örneğin; Ara sıra altıma kaçırduğım oluyor veya ishal ya da kabızlık çekiyorum.

4 () Mesane ve/veya bağırsak fonksiyonlarımda ciddi sorunlarım var. Örneğin; düzenli olarak altıma kaçırıyorum veya sonda ya da lavmana ihtiyaç duyuyorum.

5 () Mesane ve/veya bağırsak fonksiyonlarımı kontrol edemiyorum.

SORU 9. NORMAL AKTİVİTELER

1 () Normal aktivitelerimi zorlukla karşılaşmadan yerine getirebiliyorum. (İşte çalışma, ders çalışma, ev işleri, boş zaman aktiviteleri gibi)

2 () Normal aktivitelerimi çok az zorlukla veya daha az etkili olarak yerine getirebiliyorum.

3 () Normal aktivitelerimi çok daha az etkili veya oldukça güçlükle veya hiç yerine getiremiyorum.

4 () Daha önce rahatlıkla yaptığım normal aktivitelerimin ancak küçük bir bölümünü yapabilmekteyim.

5 () Daha önce yaptığım normal aktivitelerimin hiç birini yerine getirememekteyim.

SORU 10. ZİHİNSEL FONKSİYON

1 () Açık seçik ve mantıklı düşünebilmekteyim ve hafızam iyidir.

2 () Açık seçik ve mantıklı düşünmede biraz güçlük çekiyorum veya hafızam bazen beni yanıltıyor.

3 () Açık seçik ve mantıklı düşünmede belirgin güçlükler çekiyorum veya hafızam oldukça zayıfladı.

4 () Açık seçik ve mantıklı düşünmede büyük güçlükler çekiyorum veya hafızam ciddi oranda zayıfladı.

5 () Sürekli kafam karışık ve zaman ve mekanı karıştırıyorum.

SORU 11. RAHAT BOZUKLUĞU VE BELİRTİLER

1 () Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım yok.

2 () Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi hafif belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.

3 () Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi belirgin belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.

4 () Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi şiddetli belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.

5 () Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi dayanılmaz belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.

SORU 12. DEPRESYON

1 () Kendimi hiç üzgün, melankolik ve depresyonda hissetmiyorum.

2 () Kendimi biraz üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.

3 () Kendimi oldukça üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.

4 () Kendimi çok üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.

5 () Kendimi aşırı derecede üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.

SORU 13. SIKINTI

1 () Kendimi hiç endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissetmiyorum.

2 () Kendimi hafif endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.

3 () Kendimi oldukça endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.

4 () Kendimi çok endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.

5 () Kendimi aşırı endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.

SORU 14. CANLILIK

1 () Kendimi sağlıklı ve enerjik hissediyorum.

2 () Kendimi biraz bezgin, yorgun veya zayıf hissediyorum.

3 () Kendimi oldukça bezgin, yorgun veya zayıf hissediyorum.

4 () Kendimi çok bezgin, yorgun veya zayıf, neredeyse tükenmiş hissediyorum.

5 () Kendimi aşırı bezgin, yorgun ve zayıf, tamamen tükenmiş hissediyorum.

SORU 15. CİNSEL AKTİVİTE

1 () Sağlık durumumun cinsel yaşantım üzerinde olumsuz bir etkisi yok.

2 () Sağlık durumumun cinsel yaşantım üzerinde hafif bir etkisi var.

3 () Sağlık durumumun cinsel yaşantım üzerinde belirgin bir etkisi var.

4 () Sağlık durumum cinsel yaşantımı neredeyse imkansız hale getiriyor.

5 () Sağlık durumum cinsel yaşantımı imkansız hale getiriyor.