

**TC.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN YAŞAM
KALİTESİ ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
GÜLÇİN OYAN**

SİVAS-2006

**TC.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN YAŞAM
KALİTESİ ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
GÜLÇİN OYAN**

**TEZ DANIŞMANI
Yard. Doç. Dr. Meryem YILMAZ**

SİVAS-2006

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 15/12/1984 tarih ve 84-1 nolu kararıyla kabul edilen Tez Yazma Yönergesi'ne göre hazırlanmıştır.

TEŐEKKÜR

Eğitimim boyunca kiŐiliđi, deneyimi, bilgi ve birikimi ile gerek yetiŐmem için destek veren gerekse araştırmanın yürütülmesinde katkıda bulunan tez danıŐmanım Yard. Doç. Dr. Sayın Meryem YILMAZ'a, araştırmanın istatistiksel analizinin yürütülmesindeki yardımlarından dolayı değerli hocam Yard. Doç. Dr. Sayın Ziyet ÇINAR'a, beraber çalıŐmaktan her zaman keyif aldığım Yard. Doç. Dr. Sayın Ünal Özüm'e, çok değerli dostum Araştırma Görevlisi Selda ifi'ye ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sultan I. İzzettin Keykavus Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi kliniklerinde çalışan meslektaŐlarıma katkılarından dolayı teŐekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Periferik Arter Hastalıkları ve Yaşam Kalitesi	13
2.2.Yaşam Kalitesi Tanımı ve Kavramsal Yönü	17
2.3.Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	20
2.4.Periferik Vasküler Hastalığı Olan Bireyin Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Bakım Planı	21
2.4.1.Periferik Arter Hastalığı Olan Hastanın ve Ailenin Öğretimi	36
2.4.2.Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Evde Bakımında Dikkat Edeceği Konular	36
3.ARAŞTIRMANIN AMACI	38
4.ARAŞTIRMANIN GERECİ ve YÖNTEMİ	39
4.1.Araştırmanın Şekli	39
4.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	39
4.3.Araştırmanın Evreni	39
4.4.Araştırmanın Örneklemi	39
4.5.Araştırmanın Sınırlılıkları	39
4.6.Verilerin Toplanması	40
4.7.Veri Toplama Araçları	40
4.7.1.Kişisel Bilgi Formu (Ek- 1)	40
4.7.2.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek- 2)	40
4.8.Verilerin Değerlendirilmesi	42
4.8.1.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Değerlendirilmesi	42
5.BULGULAR	43
6.TARTIŞMA	70
	I

7.SONUÇLAR	80
8.ÖNERİLER	84
9.ÖZET	86
ABSTRACT	87
10.KAYNAKLAR	88
11.EKLER	96
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	96
Ek 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	98
Ek 3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Yönergesi	102

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Tablo 2: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı	44
Tablo 3: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	46
Tablo 4: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo 5: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 6: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin BKİ'sine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 7: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo 8: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 9: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Mesleki Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 10: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin EGK'na Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	56
Tablo 11: Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	58

Tablo 12: Araştırma rneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşadıkları Konut Tipine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	59
Tablo 13: Araştırma rneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşadıkları Konut Tipinin Isınma zelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	60
Tablo 14: Araştırma rneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	61
Tablo 15: Araştırma rneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Şikâyetlerinin Başlama Zamanına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	63
Tablo 16: Araştırma rneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Aldıkları Tedavi Türüne Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	64
Tablo 17: Araştırma rneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Şikâyetleri ile Baş Etmelerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	65
Tablo 18: Araştırma rneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	66
Tablo 19: Araştırma rneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Gelecek Hakkındaki Düşüncelerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	68
Tablo 20: Araştırma rneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Uyku zelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	69

I.GİRİŞ

I.1.Problemin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “ yalnızca hastalığın bulunmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali ” olarak tanımlamaktadır (Tüzün Eker 2003). Bu tanım çerçevesinde sağlık hizmetlerinde artık hastalıkların sıklığı ve şiddeti gibi özelliklerin yanı sıra sağlık ile ilişkili iyilik hali ve bireyin kendini nasıl hissettiğinin önemi vurgulanmaktadır. İyilik hali sosyal destek, kişisel algılar, bağımsızlık, iç kontrol, öz saygı ve değerler çerçevesinde gelişir. Bu kavramlar kişisel iyilik halini dolayısıyla da bireyin yaşam kalitesini belirler (Schalock 2004).

Tarihsel açıdan bakıldığında, tıbbi uygulamaların ruhsal ve bedensel bozuklukların tanı ve tedavisi üzerine yoğunlaştığı ve tıbbi uygulamaların değerlendirilmesinde de mortalite ve morbidite yaklaşımının kullanıldığı görülmektedir. Ancak bu tür değerlendirmeler hastaların bu uygulamalardan edindiği yarar hakkında bilgi vermemektedir. Ayrıca hastanın değerlendirilmesinde yalnızca patolojik bozuklukların hastalık olarak nitelendirilmesi, hasta bireyin bütüncül görülmesini sınırlamaktadır. Çünkü tıbbın hasta olarak tanımladığı bir kişi kendini hasta olarak hissetmeyebilir. Son yirmi yıldır hastanın kendini nasıl hissettiğinin önem kazanması bu geleneksel yaklaşımdan yavaş da olsa uzaklaşmasına neden olmuştur. Ayrıca yaşamı destekleyen birçok teknolojik gelişmelerin yaşam süresini uzatmasının olumlu ya da olumsuz sonuçlarının değerlendirilebilmesi için yaşam kalitesinin ölçülmesi gündeme gelmiştir (Tüzün Eker 2003, Fidaner ve ark.1999).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri bireylerin kendilerini nasıl hissettiğini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptığını, hastalık durumu ve hastalığın tedavisinden nasıl etkilendiğini bireyin bakış açısıyla değerlendirme olanağı vermektedir. Bu nedenle kronik hastalıkları ölçmede önemli bir göstergedir (Kömürcüoğlu ve ark.2000, Fidaner ve arkadaşları 1999). Yaşam kalitesi kavramı son 20 yılda eğitim, sağlık bakımı, sosyal hizmetler gibi alanlarda verilen hizmetin, hizmeti alan birey açısından kalitesini ve etkinliğini değerlendirmek için kullanılmaya başlanmıştır (Macduff 2000).

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyumun ifadesidir. Yaşam kalitesi, literatürde “memnuniyet”, “iyilik”, “özsaygı”,

”sağlık”, “mutluluk”, “doyum”, gibi terimlerle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Grant ve Rivera (1990) yaşam kalitesinin çok yönlü olduğunu vurgulamışlardır. Yaşam kalitesi kavramı bireylerin beklentileri ve yaşantılarındaki olaylarla ilişkilidir. Literatürde olumlu olayların yaşam kalitesini artırdığı, olumsuz olayların ise yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir (Karabulut ve İz 2002). Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları içermekle birlikte, bireyin hedefleri, düşleri ve umutları ile gerçekler arasındaki farklılığı yani, bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir. Dolayısıyla, yalnızca hastalığın fiziksel boyutları ve olumsuzlukları ile değil aynı zamanda fiziksel ve sosyal iyilik, psikososyal uyum, inanç ve değerlerle de ilgilenmektedir (Beser Öz 2003, Çınar ve ark. 2002, Eski 1999, Fidaner ve ark.1999, Şahin 1997).

Kronik hastalıklar normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır. Kronik hastalığı olan kişi, tedavi ve tedavi ekibine bağımlı olma, aile içinde değişen roller, çalışma yaşamında zorlanma ve sosyal ilişkilerin sınırlanması, yaşanan iç çatışmalar, gelecek korkusu, organını kaybetme korkusu, baş etme yeteneğininin zorlanması ve hastalık nedeniyle yaşam biçiminde değişiklik yapma zorunluluğu gibi pek çok sorun yaşamaktadır. Dolayısıyla bütün bunlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Azak ve ark.2004, Tabak Bidar 2004, Şimşek 2001, Bakoğlu ve Yetkin 2000, Buzlu 1999). Bu konuda yapılan çalışmalarda, kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi sağlıklı bireylere göre düşük bulunmuştur (Acaray, Pınar 2004, Tezel ve ark. 2004, Yaman, Yaman 2003, Mollaoğlu 2001, Eski 1999, Tel 1998, Durademir 1998, Pınar 1995).

Periferik arter hastalıkları, (Arteriyosklerozis Obliterans, Tromboanjitis Obliterans, Akut Arteriyel Emboli)’da, kronik gidişli, ilerleyici, bazen cerrahi girişimin gerekli olduğu, bazen de ilaç tedavisi ile ameliyata giden sürecin uzatılabildiği, hastaların yaşam kalitelerini bozan hastalıklardır (Anderson 2000, Kuğu ve ark. 2001). Gelişmiş ülkelerde periferik damar hastalığının görülme sıklığının %1–2 olduğu belirtilmektedir (Furlong 2001). Ülkemizde periferik arter hastalığının görülme oranına ilişkin sağlıklı veriye rastlanılmamakla beraber gözlemlerimiz hastalığın arttığı yönündedir.

Periferik arter hastalığında, nabızsızlık (Pulselessness), paralizisi, parastezi, ağrı (pain), solukluk (Pallor) görülmektedir (Fried 2002). Ancak periferik arter hastalığı olan bireylerde

yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan bulgu ağrıdır (Anderson 2000). Bilindiği gibi ağrı, kişinin yaşam kalitesini bozan, fiziksel olarak kısıtlayan, üretici konumundan uzaklaştıran, psikolojik olarak zorlayan, uyku bozukluklarına neden olan fizyolojik bir sorundur (Varlı ve ark. 2005). Periferik arter hastalıklarında hastalar ağrıdan dolayı etkin uyuyamadıklarını ve erken kalktıklarını ifade etmektedirler (Walsche 1995). Ayrıca ağrısı olan bireyler ağrının yaşam tarzları ve iş yaşamları üzerindeki kısıtlamalardan dolayı da endişelidirler (Schmieder ve Comerota 2001). Ağrı, hareketsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, izole olma, sosyal aktivitelerden vazgeçme/azaltma, umutsuzluk, amputasyon korkusu ve anksiyeteye neden olarak bireyin iyilik haline zarar verir, fonksiyonel kapasitesini etkiler, sosyal ve mesleki rollerini yerine getirme yeteneğini engeller (Aslan Badır 2005). Özellikle kronik ağrılarda cinsel yaşamda veya evlilik ilişkisinde uyumsuzluk, depresyon, sinirlilik, kontrol kaybı, sosyal ilişkilerde azalma gibi bulgular ortaya çıkabilir (Varlı 2005, Yazıcı 2003, Soykan 1999). Bunların yanı sıra kronik ve ilerleyici olan hastalıkların tedavisinin uzun, maliyetin yüksek olması ve gelişen komplikasyonlar işgücü kayıplarına dolayısıyla maddi sorunlara da neden olabilmektedir. Bu hastaların ağrı, hastalığa uyum ve hareketsizliğin (immobilitenin) yanı sıra maddi sorunlar da yaşaması bireyi zorlayarak, daha fazla anksiyete, depresyon, öfke gibi emosyonel problemlere, sosyal izolasyona neden olmaktadır (Eski 1999). Kronik hastalığın yarattığı fiziksel semptomlar, emosyonel problemler ve sosyal izolasyon bireylerde depresif duygulanıma yol açmaktadır. Depresyon hastalıkla mücadele etme gücünü azaltmakta ve hastalığa uyum sağlamayı zorlaştırmaktadır. Böylece hastaların girmiş olduğu kısır döngü yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kömürcüoğlu ve ark.2000). Walsche (1995)'nin belirttiğine göre Hyland ve arkadaşları (1994) çalışmalarında, hastaların yaşadığı ağrı, uyku bozukluğu ve immobilizasyonun yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörler olduğunu vurgulamışlardır. Meru ve arkadaşları (2005)'nin yaptığı çalışmada da, hastalar intermitten klaudikasyon (bacaklarda egzersizle ortaya çıkan ağrı) nedeni ile yaşamlarındaki sınırlamalar, sosyal izolasyon ve işsizlik nedeniyle güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yazıcı ve arkadaşları (2003)'da çalışmalarında kronik ağrısı olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğunu ve bunun yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini saptamışlardır. Becker ve arkadaşları (1997) kronik ağrısı olan hastaların SF-36 puanlarının sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğunu saptamışlardır (Yazıcı ve ark.2003).

Periferik arter hastalığı olan bireyler diyet, ilaç, egzersiz, kilo düzenlemesi, sigarayı bırakma, cilt bütünlüğünü koruma, ekstremitelerin ılık tutulması ve uygun pozisyon gibi öz bakım davranışları geliştirmek ve yaşamlarındaki bu değişikliklere uyum sağlamak

zorundadırlar (Furlong 2001). Öz bakım, bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapmasıdır (Bakoğlu ve Yetkin 2000). Konu ile ilgili çalışmalarda öz bakım gücünün yaşam kalitesini arttırdığı ve emosyonel iyilik halini olumlu yönde etkilediği, aynı zamanda artan yaşam kalitesinin de öz bakımı gücünü olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Furlong 2001, Kara Fesçi 2000, Durademir 1999).

Günümüzde sağlık bakımının en önemli amacı, hastalıkların ortaya çıkardığı kısıtlamalara rağmen, hastaların kendilerini olabildiğince iyi hissetmelerini sağlamak, günlük yaşamlarını bağımsızca sürdürebilmelerine yardımcı olarak yaşam kalitelerini yükseltmektir (Durademir 1998). Yüksek yaşam kalitesi bireylerin iyi olma hislerini, çalışma performanslarını, seksüel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini ve yaşamdan doyum almalarını artırır. Periferik arter hastalığı gibi bireyi birçok yönden olumsuz etkileyen kronik hastalıklarda da hastaların, hastalığın getirdiği sürecin zorluk ve problemleriyle baş edebilmesi, bağımsızlıklarının artırılması ve öz bakım güçlerinin desteklenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşabilmek için bireyin kendisine, ailesine, yaşamındaki diğer önemli kişilere ve hemşirelere önemli roller düşmektedir. Hastanın uyumu, hastanın yalnızca fizyopatolojik sorunu ile değil aynı zamanda duygu, düşünce ve gereksinmelerini çevresel ve kişisel özelliklerini dikkate alan, bütüncül hemşirelik girişimleri ile artırılabilir. Periferik arter hastaları, hastalığın yönetimi için yaşam biçimini değişikliği yapmak zorundadırlar (Chong, Kwok 2004). Ancak bu değişimi yaparken evlilik, aile ve arkadaş ilişkileri ile ilgili problemler yaşayabilmekte ve sosyal yaşamlarına dönmekte zorlanabilmektedirler. Bireylerin hastalıklarından dolayı yapmak zorunda oldukları yaşam biçimi değişikliklerine uyum sağlayabilmesinde de hemşirenin önemli bir yeri vardır (Johnstone 2003, Spronk 2003).

Ülkemizde periferik arter hastalarının yaşam kalitesini belirlemeye ilişkin yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada hastaların periferik arter hastalığı nedeniyle etkilenmiş yaşam kalitesi alanlarının belirlenerek bu hastaların yattığı kliniklerde bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasına rehber oluşturması amaçlanmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

Periferik damarlar; arterler, venler ve lenfatiklerden oluşur. Kalp, kalp-damar sisteminin merkezi; damarlarda kanı bu merkezden diğer merkezlere taşıyan kanallardır. Yaşam kanın akışına, kanın akışı ise kalbin pompalama gücüne ve damarların açıklığına bağlıdır.

Periferik damar hastalıkları, toplumda oldukça yaygın görülen bir hastalık grubudur. Orta yaştan itibaren yaşlanmayla birlikte periferik damar sorunlarında artış görülmektedir. Bu hastalıkların en önemli özellikleri genellikle uzun süreli (kronik) olmaları, bireyde şiddetli ağrı ve çeşitli sorunlara yol açmasıdır.

Periferik damar hastalıkları genellikle kalp ve beyin damarları dışındaki damarlarda oluşan hastalıklara verilen isimdir (Hirsch et al 2001, Fried 2000, Kempenzinski 2000). Damarlarda konjenital ya da sonradan oluşan patolojik değişiklikler nedeniyle anatomik bütünlüklerinin bozulması kanın kalpten organlara taşınmasında ortaya çıkan düzensizlik ve yetersizlik oluşumuna arter hastalıkları denir (Yetkin Gürbüz 2002). Periferik arter hastalığı geliştiğinde, etkilenen arterlerde değişik derecelerde darlık ve tıkanma oluşarak alt ekstremitelerin perfüzyonu bozulur. Bu darlık ve tıkanmadan genellikle sistemik ateroskleroza neden olan faktörler sorumludur (Oka et al 2004, Fried 2002, Sadıkoğlu, Özçakır, Uncu, Yıldız 2002, Hirsch et al 2001, Allen, Kulbaski, Smith 2001, Kempenzinski 2000, Donaghue et al 2000, Donnely, Emslie-Smith, Gardner, Morris 2000).

Atheroskleroz, özellikle ileri yaşlarda genel sistemin arter dolaşımını etkileyen, lipidler, makrofajlar, fibroblastlar, düz kas hücreleri ve hücre dışı maddeleri değişik oranlarda içeren intimal plaklara bağlı olarak meydana gelen, ilerleyici, arterde darlık ve tıkanmalara, arterlerin esneklik ve antitrombotik özelliklerinin bozulmasına yol açan, kronik inflamatuvar bir problemdir. (Köksal, Sarıkaya, Özcan, Zengin 2003, Kempezinski 2000). Kesin etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, atheroskleroz etiyojisinde çeşitli faktörlerin rolü olduğu bilinmektedir. Bunların başında genetik-herediter özellikler (homosisteinemi, ACE genotipi, gibi), diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, tütün kullanımı, sedanter yaşam (Sonel 2002), şişmanlık, enfeksiyon ajanları (C.pneumonia, virüsler gibi), kronik inflamatuvar hastalıklar (Romatoid artrit gibi) ve kişilik yapısı, ailesel yatkınlık gibi etkenler gelmektedir (Heper 2004, Özer 1999). Atherosklerotik sürecin başlamasında plazma bilemişindeki bozukluklar, trombosit, lenfosit, ve monositler ile, endotel hücreleri arasındaki yıllarca süren etkileşimler

rol oynamaktadır (Heper 2004). Atheroskleroz temel olarak, lümenine doğru büyüyen, altındaki mediayı zayıflatan ve üzerinde trombüs gelişimine zemin hazırlayan, aterom adı verilen intimal plaklar ile karakterizedir. Atheroskleroz tek başına batı ülkelerindeki ölümlerin yarısından daha fazlasından sorumludur (Özer 1999). Başlıca komplikasyonları, trombus gelişimine yol açan endotel fonksiyon bozukluğu veya rüptür-fissür/ülserasyon, anevrizma, sekonder kalsifikasyon gelişimi veya yerleştikleri arterde stenoza yol açmaları ve bunlara bağlı olarak, ilgili damarın beslediği organ ve dokularda akut veya kronik iskemi sonucu fonksiyon bozukluklarının gelişmesidir (Heper 2004). Atheroskleroz bedendeki tüm arter sistemini etkiler. Koroner ve serebral arterlerde değişik derecelerde hastalığa katılır (Ouriel 2001). Dolayısıyla periferik arter hastalığı olan bireylerin birçoğu koroner arter ya da serebrovasküler hastalık nedeni ile %10' undan azı periferik arter hastalığı nedeni ile ölmektedir (Ouriel 2001).

Periferik arter hastalığı olan hastaların yaklaşık %90'ında neden atherosklerozdur (Rasmussen et al 2001). Bu nedenle periferik arter hastalığının risk faktörleri de hemen hemen atheroskleroz oluşumuna neden olan faktörlerle aynıdır (Gardner, Killewich, Montgomery 2004, Schmieder ve Comerota 2001). Periferik arter hastalığının üç en önemli risk faktörü sigara içme, hiperlipidemi ve hipertansiyondur (Duran 2004, Schmieder, Comerota 2001). Diğer risk faktörleri, erkek cinsiyeti, ileri yaş, diabetes mellitus, aile öyküsünün var olması, şişmanlık, sedanter yaşam tarzı (Duran 2004, McGrath et al 2002, Murabito et al 2002, Schmieder, Comerota 2001, Rasmussen et al 2001, Vries et al 1998, Bruni, Hoosier, Hoffman 199), fibrinojen düzeyi (Demiralp ve ark. 2004) ve homosisteinemidir (Spronk, Dolmen, Boelhouwen, Veen 2003, Jilka 2002, Murabito 2002, Allen, Kulbaski, Smith 2001, Kempeziński 2000, Lewis, Collier, Heitkemper 1996). Periferik damar hastalığına neden olan diğer nedenler ise, tromboanjitis obliterans, arterit ve tümörler, flebit, geçirilmiş cerrahi operasyonlar ve travmalardır. Periferik arter hastalığı aynı zamanda kişinin mesleği ile de yakından ilişkilidir (Sadıkoğlu, Özçakır, Uncu, Yıldız 2002).

Periferik arter hastalığının bulguları 5P olarak özetlenebilir:

1. Pulselessness (nabız alamama)
2. Paralizi
3. Parastezi
4. Pain (ağrı)
5. Pallor (solukluk) (Fried 2002).

Periferik arter hastalığının ilerlemesi ve gelişmesinde birincil risk faktörü sigaradır (Gardner, Killewitch, Montgomery 2004). Sigara içenlerde içmeyenlere göre periferik arter hastalığı riski üç kat daha fazladır ve periferik arter hastalığı bulguları 10 yıl daha önce başlar (Sadıkoğlu, Özçakır, Uncu, Yıldız 2002, Schmider ve Comerota 2001). Sigara bilindiği gibi başlı başına vazospastik bir ajan olduğundan kardiyovasküler hastalıkların en önemli nedenidir. Tüm dünyada yaklaşık 1 milyon insan sigara kullanmaktadır ve yaklaşık 1,5 milyon insanın sigaraya bağlı yan etkiler nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir. Düzenli olarak sigara içenlerin %50 'si sigara içimi ile ilgili nedenlerden dolayı kaybedilmektedir ve bu ölümlerin yaklaşık yarısı orta yaş grubundadır. İçilen sigara miktarı ile kalp ve damar hastalıkları arasında doğrudan bir ilişki mevcuttur. Türkiye'de 17 milyon kişinin sigara içtiği yılda 100 bine yakın insanın sigaraya bağlı nedenlerden öldüğü bildirilmektedir (www.tkd.org.tr). Herhangi bir risk faktörü ile sigaranın birleşmesi periferik arter hastalığı gelişme riskini üçe katlamaktadır (Schmider, Comerota 2001). Taylor'un belirttiğine göre Widmer ve arkadaşları çalışmalarında yalnızca sigara içme ile periferik damar hastalığı riskinin 2,3 kat, sigara ve diyabet ile 3,3 kat, sigara, diyabet ve hipertansiyon ile 6,3 kat arttığını saptamışlardır (Taylor, Moneta, Porter 2000). Sigara atheroskleroz gelişimine yol açan bir faktör olarak kabul edilmektedir. Nikotin, inhalasyonla vücuda giren miktarına bağlı olarak uyarıcı veya yatıştırıcı etki oluşturan ve güçlü alışkanlık yapan bir ilaçtır. Sempatik aktivasyon yoluyla plazmadaki adrenalin ve noradrenalin konsantrasyonunu yükselterek kalp atım sayısının, kan basıncının, kalp dakika hacmini ve koronerlere gelen kan miktarının artması; periferik vazokonstriksiyon ve deri sıcaklığının azalması gibi etkilere neden olur (Solak 1997). Sigarayı bırakan bireylerde, bırakmayanlara göre kalp ve damar hastalığına bağlı ölümün %36 oranında azaldığı belirtilmektedir (www.tkd.org.tr).

Sigaranın zararlı etkileri şunlardır;

1. Plazma fibrojen yoğunluğunu artırır
2. Tromboza zemin hazırlar
3. Lökosit sayısını artırır
4. HDL kolesterol düzeylerini azaltır
5. İntima düz kaslardaki plak oluşumunu uyarabilir
6. Trombosit aktiviteleri ve prostoglandin, metabolizmasını etkiler (Solak 1997).

Periferik arter hastalığının ikinci önemli risk faktörü diyabettir (Oka, Sanders 2005, Egan et all 1999). Periferik arter hastalıkları diyabetiklerde diyabetik olmayanlara göre 4–8 kat daha fazladır (Boyacı ve Boyacı 2003). Semptomatik periferik arter hastalığı olan hastaların yaklaşık %20' sinde aynı zamanda diyabet vardır. Diyabet ve periferik arter hastalığı birlikte olan hastaların yalnızca periferik arter hastalığı olan bireylere göre ekstremitte fonksiyonları daha düşük olduğundan bu bireylerde fiziksel kısıtlamalar ve yürüme hızında belirgin azalma vardır. Bunun sonucu olarak periferik arter hastalığı ve diyabetin birlikte olduğu bireylerde sosyal izolasyon, rol fonksiyonlarında bozulma, düşük sağlık algısı yaşadıkları sonuçta, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Oka, Sanders 2005). Diyabet dünyada 140 milyondan fazla insanı etkilemektedir ve bu rakamın 2025 yılına kadar 300 milyona ulaşması beklenmektedir. Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasında da 1990 ve 2000 yılları arasında diyabetik hasta sayısında neredeyse %100'e yakın bir artış tespit edilmiştir. Bu hızlı yükselişin ardındaki nedenler; nüfusun artması, yaşlanma, kötü beslenme, şişmanlık, sedanter yaşam ve kentselleşmeye doğru artan eğilimdir. Diyabet atheroskleroz gelişiminin önemli bir parçası olan vasküler düz kas hücrelerinin atherojenik aktivitelerini uyarak ve vasküler düz kas hücrelerinin fonksiyonlarını bozarak atherosklerotik lezyon oluşumunu ilerletir. Diyabette lipit profili, HDL-kolesterol düzeyinde düşme, trigliserit ve serbest yağ asit düzeyi ve total kolesterol/LDL-kolesterol düzeyinde artma yönünde değişir. Diyabetteki vasküler bozukluklar hastalığın endotel, düz kas hücreleri ve trombositler üzerindeki olumsuz etkileri sonucu gelişir (Boyacı, Boyacı 2003). 2001 yılında Amerika'da periferik arter hastalığı olan hastalarla yapılan bir çalışmada, diyabet hastaları arasında 40 yaşını geçmiş olanların %10' u ve 50 yaşını geçmiş olanların %20 sinde periferik arter hastalığı bulunduğu ve görülme oranının her 10 yılda bir iki katına çıktığı bildirilmektedir (www.tkd.org.tr).

Yaş, periferik arter hastalığı için bir başka önemli risk faktörüdür (Solak 1997). Hastalık, 40 yaş ve sonrasında daha sıklıkla görülmektedir. Yaşa eklenen her 10 yıl için risk 2–3 kat artmaktadır (Schmider, Comerota 2001). Risk faktörlerinin varlığı ve yaşam süresinin uzaması periferik arter hastalığı ile karşılaşma sıklığını artırmaktadır. Uzayan yaşam süreleri toplumdaki yaşlı sayısını artırdığından doğal olarak periferik arter hasta sayısı da artmaktadır (www.tkd.org.tr) 70 yaş ve üstünde olan ve 50–69 yaş arasında olup aynı zamanda diyabeti olan veya yılda on paketten fazla sigara kullanan kişiler yüksek risk grubunu oluşturmaktadır (Gaylis 2002). 2010–2030 yılları arasında 65 yaş ve üzerindeki bireylerde periferik arter hastalığı görülme oranının %70 büyüyeceği belirtilmektedir (Schmider, Comerota 2001).

2040 yılından sonra ise periferik damar hastalığı geliyecek hasta sayısının 67 milyon üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (Rasmussen et all 2001). Ülkemizde yaşlı erkek ve kadınlarda periferik arter hastalığı görülme oranı %20–30'dır (www.tkd.org.tr).

Periferik arter hastağında risk faktörlerinden bir diğeri erkek cinsiyetidir. Periferik arter hastalığında erkekler kadınlardan daha risklidir (Schmider, Comerota 2001). Sadıkoğlu ve arkadaşları (2002) çalışmalarında periferik arter hastalığının erkeklerde (%89), kadınlardan (%11) daha fazla görüldüğünü belirlemiştir. Bu konuda yapılan tüm çalışmalarda benzer şekilde periferik arter hastalığının erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Oka, Sanders 2005, McGrath et all 2002, Sadıkoğlu, Özçakır, Uncu, Yıldız 2002, Treat-Jacobson et all 2002, Jill 2002, Bauman, Arthur 1997). Kadınlarda östrojenin arter hastalığı görülme riskini azaltıcı etkisinin var olması arter hastalıklarının menapoza kadar görülmesini engellemektedir. Ancak östrojenin etkisinin ortadan kalktığı menapoz sonrasında kadınlarda da periferik arter hastalığı belirgin bir şekilde artarak erkeklerde görülen oranlara erişmektedir (Solak 1997). Menapozdan sonra, östrojen düzeyindeki azalma, lipit metabolizmasını olumsuz etkileyerek serum HDL düzeyinin azalmasına ve LDL düzeyinin artmasına neden olur. LDL düzeyindeki artış damar cidarında kolesterol birikmesine ve sonuçta atheroskleroz gelişimine neden olur (Taşkın 1995). Menapoz sonrası alınan hormon replasman tedavisi periferik arter hastalığı riskini azaltmaktadır (Jill 2002).

Hiperlipidemi, hem kolesterol hem de trigliserid düzeyindeki yükseklidir ve atheroskleroz oluşumuyla doğrudan ilişkili olup periferik arter hastalığı için bir başka önemli risk faktörüdür. Kan yağ oran ve düzeylerinde sağlığı bozacak yöndeki değişikliklere dislipidemi denilmektedir. Bu oranın bozulmasına neden olan genetik faktörler kan lipit düzeyinin yükselmesine, lipoprotein metabolizmasının bozulmasına ve sonuçta atheroskleroz gelişmesine neden olmaktadır (Özer 1999). Ülkemizde yaklaşık 8 milyondan fazla insanın kan lipid düzeylerinin ideal olmadığı bildirilmiştir (Heper 2004). Kan lipidleri pratik uygulamada trigliserid, kolesterol ve fosfolipidler olmak üzere üç grupta toplanırlar. Kolesterol, toplam kolesterol, HDL-Kolesterol, LDL-Kolesterol ve HDL dışı toplam kolesterol olarak değerlendirilir. Plazma kolesterol düzeyinin yüksekliği ve vasküler hastalıklar arasındaki ilişki, diğeri risk faktörlerinden bağımsız bir şekilde ortaya konmuştur. Hiperlipidemisi olan bireylerde periferik arter hastalığı görülme oranı %12, sistolik hipertansiyon olanlarda %25,5'e kadar artış gösterir. HDL düzeyinin düşük olması kalp ve damar hastalıklarının gelişimi açısından bir risk faktörüdür ancak, HDL düzeyini

etkin olarak yükseltecek bir tedavi yöntemi bilinmemektedir (www.tkd.org.tr). Türkiye’de yapılan çalışmalar sonucunda bireylerin %9’unun kan kolesterol, %17’sinin kan trigliserid düzeylerinin yüksek olduğu buna ek olarak yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur (Yeşildal ve Aslan 2003). Progestin içeren oral kontraseptifler HDL-kolesterolü düşürmektedir (Solak 1997). Kilo verme, egzersiz yapma, diyet düzenlemeleri ve sigaranın bırakılması lipit parametrelerinin düzelmesini sağlar (Boyacı ve Boyacı 2003). Hiperlipidemi ve periferik arter hastalığı arasındaki ilişkiye yönelik zıt görüşler vardır. Total kolesterolün periferik arter hastalığına neden olduğunu destekleyen ve bu görüşü çürüten çalışmalar olmakla birlikte total/HDL oranı arteriyal hastalık gelişiminde doğru bir belirleyici olarak tanımlanmıştır (Schmider ve Comerota 2001).

Hipertansiyon atherosklerozun gelişmesinde önemli rolü olması nedeniyle (Heper 2004) periferik arter hastalığında da önemli risk faktörüdür (Murabito et all 2002). Ancak hipertansiyonun periferik arter hastalığı gelişimindeki rolü hala tartışma konusudur. Çünkü hipertansiyon, periferik arter hastalığının hem nedeni hem de sonucu olabilir. Bununla birlikte sigara içme, diyabet, hipertansiyon gibi risk faktörleri bir arada bulunursa periferik arter hastalığı gelişme oranı artmaktadır. “Hipertansiyon, sağlıklı yaşam için gerekli olan vasküler kan basıncı kontrolünün bozulması ile karakterize olan kan basıncı yükselmesidir.” “İnsan sağlığını, insanın yaşam kalitesini ve yaşam süresini kötü yönde etkileyebilecek her türlü kan basıncı yükselmesi hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır.”(Heper 2004). Kan basıncının yüksekliği ya periferik damar direncinin yükselmesinden ya kalb debisinin artışından veya her iki faktörün birlikte etkisinden dolayı meydana gelir. Sistolik hipertansiyon aorta ve onun dallarında ateroskleroz gelişmesine neden olur (Sonel 2002). Yaşla beraber hipertansiyon görülme sıklığı artmaktadır. Yaş arttıkça hipertansiyona bağlı sağlık sorunu riski de artmaktadır (Heper 2004). Oral kontraseptif kullanan kadınlarda hipertansiyon riskinin beş yılda yaklaşık %15 oranında arttığı bildirilmektedir (Solak 1997). 30 yaşın altındaki insanların %4’ünden azında antihipertansif tedavi gereksinimi oluşurken, 50’li yaşlarda bu oran %60’lara ulaşmakta, 80’li yaşlarda ise %96’ya çıkabilmektedir. Bu epidemiyolojik veriler sağlıklı ve uzun yaşamak için hipertansiyonun erken tanı ve tedavisinin ne kadar gerekli olduğunu göstermektedir (Heper 2004). Hipertansiyonun görülme oranı gittikçe artmaktadır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği’nin 2004 yılında yaptığı bir çalışmada, ülkemizde hipertansiyon görülme oranı %31.8 olarak belirlemiştir (www.tkd.org.tr).

Fibrinojen, kardiyovasküler hastalık oluşma riskini arttıran önemli bir faktör olup trombositlerin birbirine yapışmasını (agregasyonunu) ve kanın yoğunluğunu (viskozitesini) artırır ve trombinle birlikte pıhtı oluşumunun son basamağını oluşturur (www.tkd.org.tr). Avrupa Ateroskleroz Cemiyeti, fibrinojenin atheroskleroz oluşumunda önemli bir rolü olduğunu bildirmiştir. Demiralp ve arkadaşları (2004)'nin yaptıkları çalışmada, plazma fibrinojen düzeyi ile koroner olay gelişimi arasında önemli bir korelasyon, sigara içme ve yaş artışı ile birlikte anlamlı bir artış saptamışlardır. Fibrinojen, şişmanlık, sigara kullanımı, diyabet, yüksek LDL kolesterol düzeyi gibi atherosklerotik risk faktörleri olan ile ilişkili olup (Özer 1999) yaşla birlikte fibrinojen düzeyinde artma olduğu belirtilmiştir (Demiralp ve ark 2004). Bedende fibrinojen düzeyindeki artış trombin ve trombositleri aktive ederek tromboza eğilimi artırır. Dolayısıyla atheroskleroz oluşumu kolaylaşır (Boyacı ve Boyacı 2003 Türk Kardiyoloji Seminerleri). Demiralp ve arkadaşları (2004) alkol ve sigaranın bırakılması, diyet ve egzersizle kilo kontrolünün sağlanması, HDL kolesterol ve trigliserid düzeyinin, kan basıncının kontrol altına alınması ile fibrinojen düzeyinde gerileme olduğunu belirtmişlerdir.

Şişmanlık kardiyovasküler hastalık oluşma riskini arttıran bir diğer faktördür. Şişmanlık çeşitli yollardan kardiyovasküler hastalık oluşma riskini arttırmaktadır. Bunların başında şişmanlık nedeniyle insülin direncinde artma, tip 2 diyabet, dislipidemi, hipertansiyon, kardiyak hipertrofi ve trombotik eğilim gelmektedir. Atheroskleroz oluşumunda rolü olan tüm bu maddelerin şişmanlık ve adipoz doku artışının kardiyovasküler riski arttırdığı belirtilmektedir (Kültürsay ve Yavuzgil 2003). Türkiyede 1990' dan 2002' ye, 40–49 yaş arasındaki erkek nüfusundaki şişmanlık oranı %14.2' den %26.8' e, 50–59 yaş arasındaki erkeklerde %17.8' den %28.8' e çıktığı, 40–49 yaş arasındaki kadınlarda şişmanlık oranı %41.6' da kalırken 50–59 yaş arasındaki kadınlarda bu oran %41.7'den %53.1'e yükselmiştir. Özellikle abdominal obezite (göbeklilik), bedensel aktivite düzeylerinden bağımsız olarak, kadınlarda ve yaşlı erkeklerde vasküler hastalık riskini arttırmaktadır (www.tkd.org.tr). Abdominal şişmanlık genel şişmanlıktan daha tehlikelidir. Türk erkeklerinde abdominal şişmanlık için sınır 102 cm yerine 96 cm olarak kabul edilmelidir. Visseral şişmanlığın en iyi göstergesi bel çevresidir. Beden kitle indeksi 25–28 kg/m olup şişmanlıktan uzak olan yüzlerce Türk erkeği, 100 cm ya da daha geniş bel çevresi ile kardiyovasküler riskden habersiz yaşamlarını sürdürmektedir (Onat 2004). Çıkım ve arkadaşları (2004)'nin yaptığı çalışmada (BMI> 30 kg/m² ve WHTR> 0,8 n=252) karın bölgesindeki şişmanlık ile kardiyovasküler risk göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kopuz ve arkadaşları (2000)'nin 1642 şişman kadınla (BMI > 27 kg/ m²)

yaptığı bir çalışmada da benzer şekilde, WHTR (Bel çevresi/Boy oranı) ile kardiyovasküler risk göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki belirlemişlerdir. Kilo fazlalığı ile arter hastalığı arasında önemli bir ilişki vardır. Nitekim günlük yaşamlarında daha fazla fiziksel aktivite gösterenlerde arter hastalıkları daha az görülmektedir. Fiziksel inaktivitenin arter hastalığı gelişimi konusundaki olumsuz etkisi, kan serum lipitlerini, hipertansiyonu, şişmanlık ve psikolojik durumu etkilemesiyle açıklanabilir. Fiziksel aktivitesi yüksek olan bireylerde fiziksel aktivitesi düşük olan bireylere göre kolesterol düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür (Solak 1997). Düzenli egzersiz miyokardın oksijen gereksinimini azaltır. Ayrıca yağlanmayı, diyabet, vasküler enflamasyon ve dislipidemi gelişimini engeller, kan basıncını düşürerek kalbi korur. Düzenli egzersiz hipertansif hastalarda sistolik kan basıncını 5 mmHg düşürür ve HDL düzeyini artırır. Ayrıca trigliserid düzeyini azaltıp, diyabetik hastalarda kan glukoz düzeyinin kontrolünü kolaylaştırır (www.tkd.org.tr).

Homosistein diyetle alınan metiyoninin demetilasyonundan (metil grubunun çıkartılması) türeyen ve sülfidril içeren bir aminoasittir (www.tkd.org.tr). Plazma homosistein düzeyleri yüksek olan hastalarda belirgin bir ateroskleroz riski vardır (Olson, Treat-Jacobson 2004). Hiperhomosisteineminin önemi periferik arter hastalığı için 6 kattan fazla risk oluşturmasıdır. Hiperhomosisteineminin neden prematür ateroskleroz yaptığı ve periferik arter hastalığında yüksek olduğu bilinmemektedir. Bununla birlikte homosisteinemi ve hiperkoagulabilitenin thrombomodulin fonksiyonunu azalttığı, doku plazminojeni ve endotelial protein C aktivasyonu ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Sonel 2002, Schmider, Comerota 2001).

Literatürde tüm risk faktörleri ile birlikte değerlendirildiğinde periferik arter hastalarını % 79.1'inin sigara, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi risk faktörlerinden en az bir tanesine sahip olduğu belirtilmektedir (Sadıkoğlu, Özçakır, Uncu, Yıldız 2002).

II.1. Periferik Arter Hastalıkları ve Yaşam Kalitesi

İnsanlarda görülen hastalıklar arasında en fazla morbidite ve mortaliteye neden olan periferik arter hastalığında görülen ağrı, bireyin yaşam kalitesini etkileyen en önemli bulgudur. Ağrı ve yaşam kalitesi birbiri ile ilişkili kavramlardır. Çünkü ağrı bireyin yaşamını kısıtlar. Bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarında sınırlamalara neden olarak yaşam kalitesini bozar (Oka, Sanders 2005, Dorgan 2004, Bick 2003, Johnstone 2003, Treat-Jacobson et all 2002, Karch 1995). Periferik arter hastalıkları, kronik gidişli, ilerleyici medikal ya da cerrahi yöntemlerle tam tedavi edilemeyen ve ilerlemesi durdurulamayan kronik bir hastalık olması nedeniyle tedavideki amaç, kişinin yaşam kalitesini ve şikâyetlerini azaltmaya yöneliktir (Vries ve ark. 2005, Kuğu, Berkan, Akyüz, Doğan 2001, Gibson 1998).

Periferik vasküler hastalığında bireylerin yaşadıkları şiddetli kronik ağrı, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini sınırlandırmaktadır (Johnstone 2003, Bauman, Arthur 1997). Wann-Hansson ve ark (2005)'nin yaptığı çalışmada, hastalar ağrıları için yanma, zonklama, basınç, bıçaklanma ve kramp gibi tanımlar yaptıkları ve ağrıyı rahatlatmak için yatağın kenarından bacağı sarkıtma, havada bisiklet çevirme, masaj, TV seyretme, radyo dinleme gibi alternatif yollar deneyerek bir an olsun ağrıyı akıllarından uzaklaştırabildiklerini ve yan etkileri dolayısıyla (keyifsizlik baş dönmesi gibi) ilaç almayı istemedikleri saptanmıştır. Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Komisyonu ağrıyı, azaltılmadığı zaman psikolojik ve fizyolojik olumsuz etkileri olan yaygın bir deneyim olarak tanımlamaktadır (Katz 2002). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) ise ağrıyı; var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanan, hoş gitmeyen duygusal ve emosyonel bir deneyim olarak tanımlamıştır (Aslan 2002). Ağrı, hareketsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, izole olma, olumsuz duygular, sosyal aktivitelerden vazgeçme/azaltma hissi, umutsuzluk hissi amputasyon korkusu ve anksiyeteye neden olarak bireyin iyilik haline zarar verir, fonksiyonel kapasiteyi etkiler, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engeller, üretici konumundan uzaklaştırır, uyku bozukluklarına neden olur. Özellikle kronik ağrılarda cinsel yaşamda veya evlilik ilişkisinde uyumsuzluk, depresyon, sinirlilik, kontrol kaybı, sosyal ilişkilerde azalma gibi bulgular ortaya çıkabilir (Berker Dinçer 2005, Varlı ve ark. 2005, Yıldırım, Uyar, Fadılığolu 2005, Yazıcı ve ark. 2003, Soykan, Kumbasar 1999,). Çeşitli kronik hastalıklara bağlı olarak ağrı yakınmaları ile hastanelere başvuran bireylerin ağrısının giderilmesine yönelik girişimlerin sınırlı ya da yetersiz olması hastaların yaşam kalitesinin düşmesine, hastanede kalış süresinin uzamasına ve mortalite oranının artmasına

neden olabilmektedir (Aslan ve Badır 2005). Becker ve arkadaşları (1997) kronik ağrı yaşayan bireylerin SF-36' puanlarının sağlıklı bireylerin puanlarından daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Yazıcı ve arkadaşlarının (2003) kronik bel, boyun veya diz ağrısının bireylerin yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları çalışmada, SF-36 puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur. Özer ve Bölükbaşı (2001)'nin ağrısı olan 300 hastayla yaptıkları çalışmalarında, hastaların %97'sinin ağrı nedeniyle etkili solunumu sürdüremedikleri, %78'inin hareketlerini sınırlandırdığı ve %19.50'sinin uyuyamadığını belirlemişlerdir (Aslan ve Badır 2005). Wann-Hansson ve arkadaşları (2005)'nin yaptığı bir çalışmada ise, hastaların gün içinde en çok ağrıdan ve uyku bozukluklarından yakındıkları ve bu ağrının günlük yaşamda pek çok probleme katkıda bulunduğu saptanmıştır. Adaylar (1995)'in kronik hastalığı olan 60 hastayla yaptığı çalışmasında, hastalığa psikososyal uyumları iyi olmayan hastaların sağlık kurumlarına daha sık başvurdukları, hastalığın prognozunun iyi olmadığı, fiziksel yetersizlik yaşadıkları, başa çıkma mekanizmalarının yetersiz olduğu, öz-bakım konusunda yanlış ve yetersiz tutum gösterdiklerini belirlenmiştir.

Periferik arter hastalığında en erken ve en sık görülen bulgu intermitten klaudikasyodur (Dorgan 2004, Bick 2003, Sadıkoğlu, Özçakır, Uncu, Yıldız 2002). İntermitten klaudikasyo da, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapmalarını engileyerek yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olmaktadır (Bick 2003, Johnstone 2003, Sadıkoğlu, Özçakır, Uncu, Yıldız 2002). Klaudikasyo diğer ağrılardan şu yönleriyle ayrılmaktadır; ağrının oluşabilmesi için mutlaka hareket edilmiş olması gerekir, istirahatle oluşmaz ve dinlenmekle geçer. Ağrı önce iskemik alandaki kas grubunda oluşur daha sonra diğer kas gruplarına yayılabilir. (Efferey, Kruski 1989). Literatürde intermitten klaudikasyonun, Amerika'da 55 yaş üzeri bireylerin %5'inin günlük aktivitelerini sınırlayarak, yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir. İntermitten klaudikasyonu olan periferik arter hastalarında birinci amaç, egzersiz rehabilitasyonu ile bireylerin azalmış fiziksel fonksiyonlarını yeniden kazanmalarını sağlamak (Gardner, Killewitch, Montgomery 2004), semptomlarını rahatlatarak yaşam kalitelerini yükseltmektir (Vries, Kuipers, Hunink 1998). Bireylerin çoğunda intermitten klaudikasyo olmasına rağmen periferik arter hastalığını kesinleştiren anormal Ankle Brachial İndeksidir (ABİ = Ankle Brachial İndeks = El Ayak bileği indeksi) (Murabito et all 2002). Noninvaziv bir yöntem olan ABİ sistemik kan basıncının el ve ayaktan değerlendirilmesidir. ABİ değerlendirilirken brakial arter üzerine kuff yerleştirilir. Ayak bileğinde de malleusun proksimaline yerleştirilir, kuff hızlı bir şekilde şişirilir. Doppler yardımı ile kan basıncı ölçülür. Sağ-sol brakial arter, sağ-sol dorsalispedis ve

sağ-sol posterior tibial arterler ölçülür. En yüksek brakial basınç ve en yüksek ayak basıncı hesaplanır ve oranları belirlenir. El ve ayak bileği oranı (ABİ) > 0.90 ise normal kabul edilir (Oka et al 2004, Olson, Treat-Jacobson 2004). Bu değer klinik açıdan damarın % 95 açık olduğunu gösterir. İşlem sonrası hasta sırt üstü 5 dakika dinlenir (Kempezinski 2000).

Periferik arter hastalığı olan hastalar ile yapılan çalışmalarda bu hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiş olmakla birlikte bireylerin bu hastalığı nasıl yaşadıkları ve hastalığın neden olduğu sorunlarla nasıl başa çıktıkları ile ilgili bilgiler hala yeterli değildir (Wann-Hansson 2005). Treat-Jacobson ve arkadaşları (2002)'nin periferik arter hastalığı olan bireylerin yaşadıkları sorunların kavramsal boyutlarını belirlemek için yaptığı bir çalışmada, hastaların a. tanı koyma aşamasında ertelenme ve hastalığın yönetim sıkıntısı, b. ağrı, c. fiziksel fonksiyonlarında sınırlanma d. sosyal ve rol fonksiyonunda sınırlanma e. kendini tehlikeye atma f. belirsizlik ve korku g. hastalığın etkilerine uyum gibi deneyimler tariflediklerini belirlemişlerdir. Hastalar ayrıca fiziksel, psikososyal ve emosyonel maluliyet, hastalığı kontrol edememe, sinir bozukluğu, acizlik ve umutsuzluk hislerini dile getirmişlerdir. Leech, (1982) tedavi girişimini bekleyen periferik arter hastalarının beden imajları ve rol fonksiyonlarında değişim, depresyon gibi güçlükler yaşadıklarını belirlemiştir. Hasta bireylerin yaşadıkları stres ve anksiyeteyi engellemek, güçlüklerle baş edebilmelerini sağlamak, hastalığın ilerlemesi ve sonuçları hakkında belirsizliğin üstesinden gelmelerine yardım etmek için bilgilendirmek önemlidir (Wann-Hansson 2005). Jill (2002) 'in periferik arter hastalığı olan hastalarla yaptıkları çalışmada, bireylerin hastalığı kabullenme ve uyum sağlama ve bağımsızlık kaybı yaşadıkları, ağrı ve hastalığın ilerlemesinden korktuklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Wann-Hansson ve ark (2005)'nin yaptığı bir başka çalışmada, hastalar, periferik arter hastalığı ile yaşamayı, yorgunluk, güçsüzlük, sosyal olarak kısıtlanma, enerji kaybı, yararsızlık, yaşlanma, umutsuzluk, bağımsızlığın kaybı, iyileşmeyen yaralarla yaşamak, hobilerin kaybedilmesi olarak ifade ettiklerini saptamışlardır. Murray (2000) çalışmasında, hastaların, ağrının neden olduğu uykusuzluk, klaudikasyonu olan erkek hastalarda internal iliak arter tıkanıklığına bağlı impotans, iş ve hobilerinin kaybı, istirahat ağrısına bağlı okuma ya da TV izlemenin bile güç hale geldiğini ifade ettiklerini belirlemiştir. Eski(1999)'nin belirttiğine göre, Selye kalp damar hastalıklarını “adaptasyon hastalığı” olarak sınıflandırmış ve çok fazla uyum gerektirdiğini bildirmiştir. Kuğu ve arkadaşları (2001)'da çalışmalarında, hastalık süresi ve uygulanan tedavi türünün hastanın psikolojik uyumunu ve baş etme gücünü olumsuz etkilediği sonucuna varmışlardır. Akut olarak tedavi edilebilir görünen periferik arter hastalıkları zamanla kronikleştikçe hastanın bundan sonraki rollerine,

geleceğine bakışını ve uyumunu zorlaştırabilir. Periferik arter hastalıkları aynı zamanda hastanın ailesini de olumsuz olarak etkilemektedir. Leavitt (1990), hasta ailelerinin sorunlardan kaçma, problemleri sınırlama, hastalığın ciddi olduğu gerçeğinden kaçma ve hastalığın kronik ve tam olarak tedavi edilemeyen doğasından ziyade tam tedavi edilir bir hastalık olarak görme gibi davranışlar gösterdiklerini belirtmiştir (Gibson ve Kenrick 1998).

Günümüzde sağlık bakımının en önemli amacı hastalıkların ortaya çıkardığı kısıtlamalara rağmen, hastaların kendilerini olabildiğince iyi hissetmelerini sağlamak, günlük yaşamlarını sürdürebilmelerine yardımcı olarak yaşam kalitelerini yükseltmektir (Durademir 1998). Yüksek yaşam kalitesi bireylerin iyi olma düşüncelerini, çalışma performanslarını, seksüel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini olumlu yönde etkiler. Ayrıca yüksek yaşam kalitesine sahip bireyler hastalıklarına daha kolay uyum sağlamakta ve yaşamdan doyum almaları artmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, öncelikle bireyin kendisi, ailesi, yaşamındaki önemli diğer kişiler ve hemşireler önemli roller üstlenmelidirler. (Johnstone 2003, Spronk, Dolmen, Boelhouwen, Veen 2003). Hemşire, birey ve ailenin gereksinim duyduğu sağlık danışmanlığını yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneğini artırarak, bireylerin yaşam biçimi değişikliklerinde ve hastalığa uyumlarında uygun baş etme yöntemlerini kullamalarına, hastaların kendilerine güven duymalarına, kendi kararlarını verebilmelerine yardım ederek yaşam kalitesinin yükselmesini sağlayabilir. Hemşirelik, sağlam bireyin sağlığını koruma ve geliştirmenin yanı sıra hasta bireyin hastalığı nedeniyle ortaya çıkan sorunlarını gidermeye ve onu rahatlatmaya temellendirilmiş, insana doğrudan hizmet veren bir meslektir (Aslan ve Badır 2005) . Bu hizmet, sağlıklı bireyin sağlığının sürdürülmesi, hasta bireyin sağlığına yeniden kavuşması için gerekli bilgi, istek ve gücü kazanmasına yönelik etkinlikleri içerir. Ancak bu işlevler sunulurken en önemli amaç bireyin kendi kendine yeterli olmasını sağlamak için özbakım aktivitelerini öğretmek olmalıdır (Durademir 1998). Çünkü periferik damar hastalıkları gibi kronik hastalıkların ilerlemesinin önlenmesinde bireyin gücünün önemi büyüktür (Wann-Hansson 2005). Hastanede veya hastane dışında çalışan kalp-damar hemşireleri, hastalara sigarayı bırakma, kan glukozu, yüksek kan basıncı ve lipid düzeylerinin kontrolü, uzun dönemde antikoagülan tedavi, egzersiz ve rehabilitasyon programlarına katılma, risk faktörlerinin kontrolü ile beraber yaşam tarzı değişikliği yapmaları için hastalara destek olabilirler (Treat-Jacobson, Walsh 2003). Aynı zamanda hemşireler ağrı kontrolünde de önemli bir role sahiptirler. Hemşireler hastalara farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı ile başa çıkma stratejilerini öğreterek ve önerilen analjezik tedavisinin uygulanması ve etkinliğini

izleyerek ve empatik yaklaşımda bulunarak hastanın ağrı ile baş edebilmesine yardım edebilirler (Aslan ve Badır 2005).

II.2. Yaşam Kalitesi Tanımı ve Kavramsal Yönü

Son yıllarda kardiovasküler alandaki teknolojik gelişmeler ile beraber artan bilimsel bilgi birikimi ve yeni tedavi girişimlerinin kullanılması bu alandaki hastalıkların tedavisine olumlu katkıları olmuştur. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamıştır. Ancak yaşam süresinin uzaması yaşam kalitesinin artmasını beraberinde getirmemiştir. Ayrıca kronik hastalıkların artması ile birlikte yeni tedavi ve cerrahi girişimlerin ortaya çıkması da benzer şekilde yaşam süresini uzatmıştır. Bir tedavinin yaşamı uzatması kadar bu sürenin hangi koşullarda yaşandığının önem kazanması, bu tür hastalıklarla yaşamak zorunda olan bireylerin tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmek istemeleri, tedavinin maliyeti üzerindeki etkisinin araştırılması sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi (Quality of Life) kavramının önemi üzerinde durmalarına neden olmuştur (Durademir 1998) .

Kalite kavramı eski çağlardan günümüze kadar sürekli zihinleri kurcalayan ve gelişme gösteren bir kavramdır (Akdemir 1994). Yaşam kalitesi kavramı, ilk kez 1960'lı yıllarda politik kararların alınmasında gündeme gelmiştir. Günümüzde yaşam kalitesi ekonomi, coğrafya, psikoloji, sosyoloji, hemşirelik ve tıp dalları gibi birçok bilim dalı tarafından kullanılmaktadır (Tüzün ve Eker 2003, Dijkers 1999). Her bilim dalı yaşam kalitesi kavramına kendi disiplinlerini ilgilendiren açılardan yaklaşmaktadır. Sosyologlar tarafından daha çok iyilik hali, iyi bir yaşama sahip olma anlamında kullanılmış olan bu kavram, fizyolojide temel olarak kişilerin büyüme ve gelişmelerine odaklanmıştır. Psikolojide ise bireylerde gerginliğe neden olan yaşam olaylarına karşı olan tepkilerini mutluluk ve doyumunu içeren bir kavram olarak bakılmıştır. Ekonomik yönden yaşam kalitesini tanımlamaya çalışan araştırmacılara göre, yaşam kalitesi, teknolojik ve ekonomik gelişimi sağlayacak önemli bir öge olarak gösterilmektedir (Durademir 1998). Hemşirelikte 1980'li yıllardan sonra kullanılmaya başlanmış olup sağlığın, hastalıkların ve tedavilerin yaşam kalitesi ile olan ilişkisine odaklanılmıştır (Şahin 1997, Meeberg 1993). Yaşam kalitesi kullanımı kişiden kişiye değişebildiğinden tanımlaması çok güç bir kavramdır. Bu nedenle yaşam kalitesine ilişkin henüz yapılmış standart bir tanım bulunmamaktadır (Durademir 1998). Yaşam kalitesi DSÖ tarafından, bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileriyle ilişkili olarak, içinde yaşadığı kültür ve değerler sisteminde, yaşamda bulunduğu yeri

algılaması olarak tanımlanmıştır (Şimşek 2001, WHQQL GROUP 1996). Maeland yaşam kalitesini 4 farklı kavramla tanımlamıştır. Bunlar; mutluluk, memnuniyet, gereksinimden duyulan memnuniyet ve kendini gerçekleştirmedir (Karabulut, İz 2002). Yaşam kalitesi sosyolojik açıdan bağımsızlık (otonomi), sevme (sevgi) ve esenlik olma üzere 3 kavram üzerine temellendirilmiştir (Karabulut ve İz 2002, Pınar 1995). Arslan ve Kutsal(1999)'un belirttiğine göre Mc Donie ve Bach, yaşam kalitesinin 4 temel özelliği üzerinde durmuşlardır;

- a. Dinamik özelliği
- b. Çok boyutluluk
- c. İnteraktif olması (Bireyler ve çevre ile olan etkileşimden etkilenmesi)
- d. Bireylerin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi, doğal ihtiyaçlar (hastanın ailesinin bu yöndeki çabaları + toplumun bu yöndeki çabaları) (Arslan ve Kutsal 1999).

Diğer tanımlar ise;

√ Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir.

√ Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır.

Sağlıkta yaşam kalitesi kavramından sağlık çalışanlarının ne anladığını kavrayabilmek için bu tanımları tek tek olduğu kadar bir arada da düşünmekte gerekmektedir (Tabak, Bidar 2004).

Tanımlama zorluluğunun yanı sıra kavramın boyutlarını belirleme zorluğu da yaşanmaktadır. Kavramın tanımda 5 boyut ele alınmaktadır:

1. Fiziksel işlev
2. Sosyal ilişkiler
3. Emosyonel, mental durum
4. Semptomların etkisi
5. Algılamalar ve iyilik hali (Kinney 1995).

Padilla ve arkadaşları, yaşam kalitesinin boyutlarını hemşirelik ile ilişkilendirerek aşağıdaki şekilde özetlemişlerdir;

- Yaşamdan doyum alan, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otokontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar gelime öğrenme durumu, ilişkiler, hedefe ulaşma durumu, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi durumları içeren psikolojik / emosyonel esenlik,
- Fonksiyonel yeterlilik, günlük yaşam aktiviteleri, yeme-içme, iştah, seks, uyku, zindelik, yorgunluk, sağlık-hastalık görünüşü, tanı ve tedavinin sonucunu içeren fiziksel esenlik,
- Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal ve bireysel esenlik,
- Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma duygusu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilme gibi finansal ve maddi esenlik.

Sağlık alanı ile ilgili bilimlerde, bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirme çalışmaları üç amaca yönelik olarak yapılmaktadır. Bu amaçlar:

- ✓ Bağımsız karar verme yönünde hastalara yardım etme,
- ✓ Klinik karar vermenin kolaylaştırılması,
- ✓ Sınırlı medikal kaynakların dağılımıdır (Pınar 1997).

Sağlık İle İlgili Yaşam Kalitesi;

- İki komponenti olan iyilik halidir. Bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden günlük aktiviteleri yapabilme/yürütebilme yeteneğidir. İkincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur.
- Yaşamın iyi ve doyum sağlayan özelliğinin bir bütün olarak öznel biçimde algılanmasıdır.
- Hasta beklentileri ile yapılanların arasındaki uçurumun olabildiğince az olmasıdır.
- Bir hastalığın ve tedavisinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır.
- Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir.
- Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır (Bottomley 2002).

II.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesinin değerlendirilmelerinde en çok konuşulan yöntem, kişinin kendini ifade etmesidir. Çünkü yaşanan hissedilen şeyler kişinin kendi deneyimleridir (Şahin 1996). Yaşam kalitesinin ölçümü sağlık hizmetinin sonucu olarak ortaya çıkan kişilerin veya toplumların sağlığını kar ve zararını toplu olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Kısaca, bir hasta neyi ne düzeyde yapabilir? İlgili alanlarında bu yeteneğini kullanmak için kaynak ve olanakları nelerdir? Nasıl bir iyilik haline sahiptir? Konularına açıklık getirir (Şahin 1997).

Değerlendirmede standart “normal” kabul edilen değil, bireyin olabileceğinin en iyisi olmalıdır. Sadece hastanın veya hastanın bakımı ile ilgilenen kişilerin görüşü yeterli değildir. Hastalığı yaşayan bireyin subjektif görüşü de önemlidir. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılacak ölçütler çok boyutlu, subjektif, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olmalıdır. (Arslan ve Kutsal 1999).

Yaşam kaliteleri değerlendirmeleri;

- Hastalıkların bireyin yaşamını ve iyilik halini nasıl etkilediğini belirleme,
- Farklı klinik yaklaşımların etkinliğini değerlendirme,
- Yaşam kalitesini belirleyici etkenleri belirlemede,
- Hastaya uygun tedavi ve bakımın verilmesinde kullanılır (Aquarius et all 2005, Bloemenkamp et all 2003, Eski 1999, Pınar 1995).

Bu gibi bilgiler; hastanın önceliklerine dayanan hizmet sistemlerinde kaynakların dağılımı yönünden önemlidir. Ayrıca sistem düzeyindeki yaşam kalitesi değerlendirmeleri hizmetlerin sonuçları ile kaynak dağılımı ve hizmetin daha fazla geliştirilmesi için geri bildirim de sağlar (Şahin 1997). Hizmet sunan kişilerin performansının değerlendirilmesi, hastalara bağımsız karar vermesi yönünde yardım etmesi de yaşam kalitesi değerlendirilmesinin diğer yararlı yönleridir (Arslan ve Kutsal 1999, Pınar 1997).

II.4. Periferik Vasküler Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesini Artırmaya Yönelik Bakım Planı

Hemşirelik Tanıları

1. Periferik iskemiye bağlı ağrı
2. Arter kan akımında azalmaya bağlı doku perfüzyonunda bozulma
3. Periferik iskemiye bağlı deri bütünlüğünde bozulma riski
4. Hastalık sürecine ve ağrıya bağlı aktivite intoleransı
5. Doku hipokisi ve duylarda azalmaya bağlı yaralanma riski
6. Bacağını kaybetme korkusuna bağlı keder/acı
7. Ağrıya bağlı uyku örüntüsünde bozulma
8. Hastalık sürecine bağlı anksiyete
9. Beden imajında bozulma
10. Benlik kavramında bozulma
11. Sosyal etkileşimde bozulma
12. Etkisiz bireysel baş etme
13. Hasta ve ailesinin bilgi eksikliğine bağlı tedavi ilkelerini yerine getirmede yetersizlik

I. Periferal iskemiye bağlı ağrı

Hedef: Ağrının rahatlaması/ağrının olmaması

İlişkili faktörler

- Biyolojik faktörler
- Fiziksel faktörler
- Kimyasal ajanlar
- Psikolojik faktörler

Tanımlayıcı özellikleri

- Sözel olarak ağrısının var olduğunu ifade etmesi
- Kendine odaklı koruyucu davranış
- Dikkatte azalma (zamanı algılamada değişme, düşünme sürecinde değişme, sosyal etkileşimden uzaklaşma)
- Rahatsız olduğunu gösteren davranışlar (inleme, ağlama, gezinme, huzursuzluk)
- Ağrılı yüz (yorgun bakış, sabit veya dağınık hareket, yüz ekşitme)
- Otonomik cevaplar (terleme, kan basıncı ve nabızda değişme, pupillar dilatasyon, solunum hızında artma veya azalma)

Hemşirelik girişimleri

- 1.Egzersiz toleransı ve klaudikasyo derecesine karar vermek için ağrının başlangıcı, şiddeti ve süresi değerlendirilir
2. Hastanın ağrının doğasını anlamasına ve ağrıyı başlatan ve artıran aktiviteleri belirlemesine yardım edilir
3. Egzersiz programına teşvik etmek ancak klaudikasyo başlamadan önce doku iskemisini ve dolayısıyla ağrıyı azaltmak için istirahat etmesi ya da egzersizi durdurması gerektiği öğretilir
4. Hastanın tedavi planına uyumunu artırmak için ağrının doku iskeminden dolayı olduğunu açıklamak
- 5.Ağrı varsa ayaklar yükseltilmez. Hastaya iskemik ağrıyı rahatlatmak için yatağın yanından ayağını sarkıtması ya da ayakta durması öğretilir.
- 6.Stres, ağrı ve vazokonstriksiyonu arttırdığından dolayı gevşeme teknikleri (Relaksasyon, biyofeedback, hayal etmek, derin solunum gibi) öğretilir
- 7.Gerekirse uygun analjezik verilir
- 8.Ayaklar sıcak tutulur
- 9.Ağrıyı rahatlatma tekniklerinin etkinliğini değerlendirilir

Beklenen Sonuçlar

Hastanın,

- Ağrısının rahatladığını ya da kontrolünün sağlandığını ifade etmesi
- Hastanın ağrısını azaltan stratejileri ifade etmesi ve göstermesi

II. Arter kan akımda azalmaya bağlı doku perfüzyonunda bozulma

Hedef: Doku perfüzyonunu artırma/düzeltilme

İlişkili faktörler

- Vasküler bozukluklar
- Arteriosklerozis
- Anevrizma
- Arteriel trombozis
- Diabetes mellitus
- Sigara kullanımı
- İmmobilizasyon
- Hipertansiyon
- Burger

Tanımlayıcı özellikler

- Topallama, aksama (klaudikasyo)
- İstirahat halinde ağrı
- Deri renginde değişiklik
 - √ Solgunluk
 - √ Siyanoz
- Deride ısı değişimleri (Daha soğuk olması)
- Arteryal kan basıncında azalma
- Kapiller geri dönüşümün 3sn'den geç olması
- Duyusal fonksiyonda değişim
- Motor fonksiyonda değişim
- Dokularda trofik değişiklikler
 - √ Sert ve kalın tırnaklar
 - √ İyileşmeyen yaralar
 - √ Ekstremitelerde kıl dökülmesi

Hemşirelik girişimleri

1. Periferel dolaşımın yeterli olup olmadığına karar vermek için, arteriyel nabızlar değerlendirilir
2. Atherosklerotik lezyonların var olup olmadığına karar vermek için, egzersiz önce ve sonrası dolgunluk değerlendirilir
3. Yatağın başı yükseltilir
4. Arter akımını sürdürmek ve/veya optimal düzeye çıkarmak için ekstremitenin pozisyonu kalp hizasından aşağıda sürdürülür; hastanın yatakta ayağını sarkıtarak oturması konusunda bilgi verilir

5. Etkilenmiş ekstremiteyi korumak için;

- ✓ Etkilenmiş alan üzerine koruyucu konur
- ✓ Ökçe koruyucular (koyun postu) veya pamuklu çoraplar kullanılır
- ✓ Alt ekstremiteler üzerine sıcak cihazlar kullanmaktan sakınılır
- ✓ Hasta sıcak tutulur
- ✓ Yatarken ve yürürken çorap giymesi,
- ✓ Koton /pamuklu battaniye kullanması,
- ✓ Pamuklu yatak çarşafı kullanması,
- ✓ Gerekirse ekstra battaniye kullanması söylenir.

6. Hastanın uzun süre oturma, ayakta durma gibi tek pozisyonda kalmasından sakınması öğretilir

7. Kollerteral oluşumunu artırmak için planlı egzersiz programı başlatılır (ağrı ortaya çıkana kadar yürümesi sonra dinlenmesi ve tekrar yürümesi)

8. Her 4-6 saatte tüm ekstremitelerine aktif ya da pasif ROM yapması

9. Hastanın pozisyonunu her 20–30 dakikada değiştirmesi

10. Ekstremitelerini kalp hizasından yukarıya kaldırmaktan sakınması

11. Vazokonstriksiyon ve hiperkoagülopatiyi azaltmak için sigara (Nikotin) kullanmamasının öneminin açıklanması

12. İstemde yer alan ilaçların uygulanması

Beklenen sonuçlar

Hastanın,

- Ağrının rahatladığını ifade etmesi (kaludikasyo yok)
- Periferel nabızları var, eşit ve bilateral
- Derisi, sıcak ve rengi normal

III. Periferel iskemiye bağılı deri bütünlüğünde bozulma/bozulma riski

Hedef: Deri bütünlüğünün bozulmasını önleme

İlişkili faktörler

- Periferel vasküler değişiklikler
- Kardiyovasküler bozuklukluklar
- Diabetes mellitus
- Şişmanlık
- Arteriosklerozis
- Ağrıya bağılı immobilitate

Tanımlayıcı özellikler

- Ekstremiteler üzerinde,
 - √ Lezyon
 - √ Ödem
 - √ Eritem
 - √ Kuruluk, çatlak

Hemşirelik girişimleri

1. Günlük olarak deride kuruma, çatlak veya kesilme bulguları değerlendirilir
2. Günlük bacak hijyeni sağlanır
 - √ Sabunla yıkanır
 - √ Su ile iyice durulanır
 - √ Nazikçe, ovmadan kurulanır
 - √ Krem sürülür ancak derinin ıslak kalmasına izin verilmez
3. Her iki bacağın rengi ve ısısı karşılaştırılarak değerlendirilir
4. Ülser alanları oluşmuş ise tedavi edilir
 - √ Topikal veya genel antibiyotikler verilir ve pansumanı yapılır
 - √ Deri üzerine direkt yapışkan bantlar kullanmaktan kaçınılmalıdır
 - √ Hastaya sıkı çorap ve tayt giymekten kaçınması, pamuklu çoraplar kullanması ve ekstremiteye sık pozisyon değiştirmesi öğretilir.

Beklenen sonuçlar

- Deri bütünlüğünün bozulduğunun bulguları görülmeyecek
- Hastanın ülserasyonlarının iyileştiği görülecek

IV. Hastalık sürecine ve ağrıya bağlı aktivite intoleransı

Hedef: Fiziksel aktiviteyi artırma

İlişkili faktörler:

- Ağrı ve rahatsızlık
- Kavramsal ve kognitif yetersizlik
- Nöromusküler yetersizlik
- Kas-iskelet yetersizliği
- Depresyon ve şiddetli anksiyete
- Periferik arterial hastalık
- Şişmanlık
- Cerrahi girişim
- Yatak istirahati
- Stres

Tanımlayıcı özellikleri.

- Fiziksel çevresinde mobilize olma, yatağına gitme gibi amaçlı hareket etmede yetersizlik
- Hareket etmede isteksizlik
- Sıralı harekette (ROM) sınırlanma
- Kas gücü, kontrol ve/veya kütleinde azalma
- Koordinasyonda bozulma

Hemşirelik girişimleri

1. Hastanın hareket toleransı ve motivasyonu değerlendirilir
2. Dolaşım fonksiyonu sürdürülür
3. Her saat başı kol ve bacak egzersizleri yapmaya teşvik edilir
4. Antiembolik çorap giydirilir
5. Ekstremitelerde ağrı, sıcaklık ve ödem bulguları izlenir
6. Aktivite sonrası yaşam bulguları izlenir
7. Solunum fonksiyonu izlenir

Beklenen sonuçlar

- Hastanın aktivite toleransı artacak

V. Doku hipoksisi ve duylarda azalmaya bağlı yaralanma riski

Hedef: Yaralanmayı önlemek

İlişkili faktörler

- Ampütasyon
- Ekstremitede kayıplı
- Yorgunluk
- Duyusal fonksiyon kaybı
- Yürümede dengesizlik
- Ayakkabıların uygun olmaması
- Yabancı ortam(hastane)
- Duyusal ve motor defisitler

Tanımlayıcı özellikler

Ekstremitelerde;

- Siyanoz
- Solgunluk
- Soğukluk
- Ağrı
- Sıcak, soğuk, basınç gibi uyarıları hissetmeme/ azalma

Hemşirelik girişimleri

1. Ekstremitelerin nörovasküler durumu değerlendirilir
2. İrritasyon alanlarını belirlemek için ayak günlük olarak gözlenir
3. Hastaya alt ekstremitelerin yaralanmasını önleme yöntemleri (yumuşak ve sıkmayan ayakkabı giymesi, evini travmalardan korunacak şekilde düzenlemesi ve ekstremitelerde duyu kaybı olması nedeniyle aşırı soğuk, sıcak ve kimyasal maddelere maruz kalmasından korunması) öğretilir
4. Hastaya profesyonel ayak bakımı öğretilir
5. Yatakta yatarken ökçelerini basınçtan korumak için ökçe koruyucuları kullanması öğretilir
6. Yatak parmaklıkları kaldırılır

Beklenen sonuçlar

- Doku bütünlüğü bozulmayacak /yaralanma olmayacak
- Güvenlik ölçülerini kullandığını sözel olarak ifade edecek

VI. Bacağını kaybetme korkusuna bağlı keder/acı

Hedef: Hastanın acı/keder duygusu azalacak

İlişkili faktörler

- Azaltılamayan bacak ağrısı
- Ekstremitede oluşan yaralar
- Bacağının ampute edileceğinin söylenmesi
- Aynı hastalık nedeniyle bacağı ampute edilmiş diğer hastalar

Tanımlayıcı özellikler

- Kişinin potansiyel kayba ilişkin sıkıntı ifade etmesi
- İnkâr
- Yeme alışkanlığında değişiklik
- Keder
- Uyku örüntüsünde değişiklik
- Depresyon
- Sosyal örüntülerde değişiklik
- Suçluluk

Hemşirelik girişimleri

1. Uygun girişimleri başlatmak için hastanın yaşadığı keder ve keder bulguları değerlendirilir
2. Hastanın duygularını tartışabileceği uygun ortam hazırlanır
3. Hastayı destekleyen aile üyelerine yardım edilir
4. Ümit ve pozitif tutumu sürdürmek için durumun gerçeği ile ilgili bilgi verilir

Beklenen sonuçlar

- Keder/acı duygusunu ifade edecek
- Ailesi ve yaşamındaki önemli kişilerle kaybını tartışacak

VII. Ağrıya bağlı uyku kalitesinde bozulma

Hedef: Hastanın yeterli ve etkin uyumasını sağlamak

İlişkili faktörler

- Duyusal değişiklikler
- İnternal faktörler
 - √ Hastalıklar
 - √ Psikolojik stres

- Eksternal faktörler
- Çevresel değişiklikler

Tanımlayıcı özellikler

- Uykusuzluğun sözel olarak ifade edilmesi
- Arzu edilenden az veya çok uyuma
- Kesintili uyuma
- İyi dinlenemediğinin sözel ifadesi
- Performans ve davranışlarda değişiklikler
- Huzursuzluk
- Oryantasyon bozukluğu
- Laterji
- Yorgunluk
- Fiziksel bulgular(göz çevresinde siyah halkalar, postürde değişiklik, göz kapaklarında pitozis, ellerde titreme vb)

Hemşirelik girişimleri

1. Uykusuzluğa neden olan faktörler değerlendirilir.
2. Hastanın normal uyku/istirahat örüntüsü değerlendirilir.
3. Çevresel faktörler (gürültü, ışık) kontrol edilir.
4. Sessiz çevre sürdürülür (kapı kapatılır, perdeler çekilir).
5. Gece lambası ve hafif müzik sağlanır.
6. Hemşirelik akviteleri gece ve istirahat sırasında olmayacak şekilde düzenlenir.
7. İstirahat sırasında ziyaret sınırlanır.
8. Akşam 6' dan sonra mümkünse sıvı alması sınırlanır.
9. Gün boyu aktivite ve istirahat dengeli olarak sürdürülür.
10. Gündüz yorulması için tolere edebileceği düzeyde aktivitesi arttırılır.
11. Gündüz uyuması engellenir.
12. Hastanın rahatlığı/konforu sağlanır.

13. Sıcak, temiz ve rahat bir yatak sağlanır.
14. Hasta için gerekli araç-gereçler gece hastanın ulaşabileceği şekilde yerleştirilir.
15. Uyku ilaçlarının etkinliği değerlendirilir.
16. Uyku bölünmesine neden olan rahatsızlıklarını ifade etmeye teşvik edilir.
17. Ağrı ve rahatsızlıkları izlenir gerekirse ağrı kesici ilaç verilir.
18. Hastaya ilave ağrı kesici /stres yönetim teknikleri öğretilir.

Beklenen sonuçlar

- Hasta; uyku bölünmelerine neden olan faktörleri anladığını ifade edecek
- Aktivite ve istirahatın en üst düzeyde dengeli olduğunu gösterecek
- Etkin/yeterli uyuduğunu ifade edecek

VIII. Hastalık sürecine bağlı anksiyete

Hedef: Hastanın anksiyete düzeyini azaltmak

İlişkili faktörler

- Yaşamın temel amaç ve değerleri hakkında bilinçsiz mücadele
- Kendilik kavramına tehdit/korkma
- Ölüm, gerçek veya farkına varma tehdidi
- Sağlık durumunda değişim tehdidi
- Sosyoekonomik durumunda değişim tehdidi
- Rol fonksiyonunda değişim tehdidi
- Çevresinde değişim tehdidi
- Durumsal ve gelişimsel krizler

Tanımlayıcı özellikleri

- Gerginlikte artma
- Endişe
- Korku
- Yetersizlik duyguları
- Çaresizlikte artma
- Şüphe
- Panik
- Titreklik

Hemşirelik girişimleri

1. Anksiyete bulguları değerlendirilir
2. Hasta destekleyici dinlenir
3. Problem çözmeye teşvik edilir
4. Doğru ve etkin bilgi verilir
5. Hastanın savunma mekanizmalarının farkında olunur

6. Hastanın baş etme gücünü belirlemesine yardım edilir
7. Sakin, acelesiz hareketler sürdürülür
8. Hastaya anksiyetenin yaşamın bir parçası olduğu öğretilir
9. Relaksasyon teknikleri ve egzersizleri öğretilir

Beklenen sonuçlar

- Kendi anksiyete kaynağını belirleyecek
- Stres yönetim tekniklerini kullanacak
- Relaksasyon tekniklerini öğrenecek ve kullanacak
- Yaşam aktivitelerinde denge kurmayı başarmaya çalışacak

IX. Gerçek ya da algılanan ampütasyon ve rahatlamayan ağrıya bağlı beden imajında bozulma

Hedef: Bozulmuş beden imajı ile ilgili duygu ve düşüncelerinin öğrenilmesi ve yeni bedenine uyumunun artırılması

İlişkili faktörler

- Kronik hastalık
- Psikolojik faktörler
- Vücut parçasının kaybı/riski
- Kültürel ve spritual faktörler
- Vücut fonksiyonunun kaybı/riski
- Ağrı

Tanımlayıcı özellikleri

- Beden imajı bozukluğunun var olduğunun doğrulanması gerekir
 - √ Bedensel ve /veya fonksiyonlarında algılanan veya var olan değişikliği sözel olarak ifade etmesi
 - √ Bedensel ve /veya fonksiyonlarında algılanan veya var olan değişikliğin sözel olmayan ifadesi
- Bedensel ve /veya fonksiyonlarında algılanan veya var olan değişikliğin aşağıdaki klinik göstergeleri gözlenir;
 - √ Beden parçasını/bölümünü bulamama
 - √ Yapı ve fonksiyonda var olan değişiklik
 - √ Beden parçasına bakmama
 - √ Beden parçasına dokunmama
 - √ Fonksiyonel olmayan beden bölümünün travması
 - √ Sosyal ilişkilerde değişiklik

- √ Beden hakkında olumsuz (negatif) duygular
- √ Çaresizlik, ümitsizlik ve güçsüzlük duyguları
- √ Değişiklik veya kayıpla ilgili kaygı/sürekli kaybını düşünme

Hemşirelik girişimleri

1. Hastanın beden imajındaki değişimi ya da tehdidi algılama düzeyi belirlenir
2. Vücut fonksiyonu veya vücut parçasının bir bölümünün kaybı hakkındaki kızgınlık, korku, hayal kırıklığı ve anksiyete gibi duygularını sözel olarak ifade etmesine teşvik edilir
3. Değişen veya kaybettiği vücut parçasına bakmaya ya da dokunmasına teşvik edilir
4. Değişime uyum sağlaması için hastanın bakımını üstlenen aile ve diğer önemli kişilerle konuşmaya teşvik edilir
5. Fiziksel görüntüsü ve bütünlüğüne ilişkin kendi değer ve tutumları değerlendirilir
6. Değişim ve kayıpla ilişkili gerçekçi geribildirim verilir
7. Açıkça ve dürüstçe seksüel endişeleri tartışılır
8. Tedaviye katılmaya teşvik edilir
9. Yeni beden imajı için pozitif geribildirim verilir
10. Çevresinden gelecek ve kendi iç uyararı arasındaki farkları görmesine yardım edilir
11. Sözel durumlar ve sözel olmayan ipuçları için aktif dinlenir
12. Hastalık ve stres durumunda daha önceki uyum ve uyumsuzluk durumları değerlendirilir
13. Kendine zarar verme davranışı için değerlendirilir
14. Sempatiden çok empati kullanılır, hasta ve aileye inkâr aşamaları öğretilir

Beklenen sonuçlar

Hasta;

- Beden fonksiyonlarında değişme ve kaybın varlığını sözel olarak ifade edecek
- Gelecek rol fonksiyonları için gerçekçi plan yapacak
- Hastane ve toplumdaki sosyal destek sistemlerini kullanacak

X. Benlik kavramında bozulma

Hedef: Hasta kendisini olumlu olarak algılayacak

İlişkili faktörler

- Yakınının kaybı
- Vücut fonksiyonu ya da vücut bölümünün kaybı
- Kronik hastalıklar
- Rol değişimi
- Yaşlanma

Tanımlayıcı özellikler

- Kendisi ile ilgili negatif konuşma
- Günah veya suçluluk duyguları
- Kendini olaylarla baş edemeyecek şekilde değerlendirme
- Yeni şeyler ve durumlara çabalamada şüphe /duraksama
- Var olan problemleri inkâr

Hemşirelik girişimleri

1. Hastanın fonksiyonlarını kendi potansiyeli doğrultusunda başarması sağlanır
2. Mümkün olabilen alkol ve ilaç bağımlılığı değerlendirilir
3. Yetersizliklerini gerçekçi olarak kabul etmesi söylemesi
4. Hastanın duygularını açıklaması sağlanır
5. Başarılı sonuçlar için olumlu geri bildirim verilir
6. Alternatif yaklaşımlar veya baş etme stratejileri açıklanır, pozitif tutumlar üzerine yorum yapılır, yanlış övgüden sakınılır
7. Hastanın var olan gücü tartışılır
8. Destek gruplarına katılması desteklenir
9. Çekiciliğini artırmak için gerekirse hijyen ve giyimini düzeltmesine yardım edilir
10. Hastanın geçmişte başarı ile yaptığı aktiviteleri listelemesine yardım edilir
11. Assörtif teknikler öğretilir
12. Assörtif olma ve olmama, agresif ve pasif davranışlar arasındaki farklılık öğretilir
13. Kendini kabul etmesi ile ilgili rol play yapılır
14. Benlik algısını artıran aktiviteler tartışılır

Beklenen sonuçlar

Hasta;

- Yapabilecekleri ve yapamayacaklarını gerçekçi olarak ifade edecek
- Olumlu kişisel bir görüntü gösterecek
- Çevresinde olabilecek tehdit edici değişiklikler ve olaylar için uygun stratejiler geliştirecek
- Sosyal ilişkilerinde uygun assörtif davranışlar gösterecek
- Etkili iletişim kuracak

XI. Sosyal etkileşimde bozulma

Hedef: Bireyin yeterli ve etkin sosyal etkileşimini sağlama

İlişkili faktörler

- Karşılıklı etkileşim yolları ile ilgili bilgi ve beceri eksikliği
- İletişim engelleri
- Benlik kavramı ve kendilik algısında bozulma
- Fiziksel hareket ve enerjinin sınırlanması
- Tedavi amaçlı izolasyon
- Bir vücut parçasının kaybı ya da riski
- Kronik hastalıklar

Tanımlayıcı özellikler

- Devamlı yakınma
- Derin düşünceli ruh hali
- Yüksek düzeyde anksiyete
- Depresif davranışlar
- Agresif davranışlar
- Hostilite
- Eş, aile üyeleri ve diğer yakınları ile fonksiyonel olmayan etkileşim
- Başarısız sosyal etkileşim davranışları kullandığının gözlenmesi

Hemşirelik girişimleri

1. Bireysel, destekleyici ilişki sağlanır
2. Sağlıklı savunmaları desteklenir
3. Stresin problemlere nasıl bir zemin hazırladığına yardım edilir
4. Yeni sosyal davranışları denemesi için cesaretlendirin
5. Etkileşimi sınırlı olan kişiler cesaretlendirilir
6. Problem yaratan durumların rol playı yapılır ve duyguları paylaşılır
7. Alternatif eylemleri tanınmasına yardım edilir

Beklenen sonuçlar

- Etkili sosyalizasyonu sağlayan stratejiler geliştirdiği gözlenecek
- Sosyalizasyonunu olumsuz etkileyen davranışlarını tanımlayacak

XII. Etkisiz bireysel baş etme

Hedef: Uygun baş etme becerileri geliştirmesi

İlişkili faktörler

- Durumsal krizler
- Gelişimsel krizler
- Bireysel yaralanma
- Multipl yaşam değişiklikleri
- Yetersiz relaksasyon
- Yetersiz destek sistemleri
- Gerçekçi olmayan algılamalar
- Yetersiz baş etme şekilleri
- İş yükü
- Gerçekçi olmayan beklentiler
- Kötü beslenme
- Az veya hiç egzersiz yapmama

Tanımlayıcı özellikleri

- Baş etme yetersizliğini sözel olarak ifade etmesi
- Rol beklentilerini yerine getirmede yetersizlik
- Problem çözmede yetersizlik
- Sosyal etkileşimde değişiklik

Hemşirelik girişimleri

Hastanın;

1. Problemi ile ilgili bilmediği konular öğrenilir
2. Olayı açıkça belirlemesine yardım edilir
3. Önceki iki hafta, altı ay veya geçen yılda oluşan majör değişiklikleri açıklatılır
4. Duyguları ve hissettiklerini listelemesi istenir
5. Yaşamını ve geleceğini etkileyen problemin ne olduğu belirlenir
6. Ailesi ya da yaşamındaki diğer önemli kişileri etkileyen problem belirlenir
7. Geçmişinde buna benzer olay olup olmadığı belirlenir
8. Geçmiş krizlerini nasıl ele aldığı sorulur
9. Aynı anksiyeteyi azaltma yöntemlerini şimdi kullanmaya çalışıp çalışmadığı araştırılır, eğer kullanıyorsa önceki baş etme becerilerini kullanma nedenlerini açıklaması istenir
10. Anksiyetesini azaltmaya çabalyor ancak başarısızsa nedeni sorulur
11. Durumsal destek kaynaklarını (arkadaşları, en iyi arkadaşı, yardım için uygun kişiler) belirlemesine yardım edilir
12. Alternatif baş etme becerilerini açıklamasında hastaya yardım edilir
13. Rahatlaması ve kendilik algısının artması için açık ve direkt iletişim için rol modeli olunur
14. Relaksasyon teknikleri öğretilir
15. Kronik stresin fizyolojik ve psikolojik etkileri hakkında bilgi verilir

Beklenen sonuçlar

Hasta;

- Kriz öncesi fonksiyonel durumuna dönecek
- Stresin gecikmiş fizyolojik cevabını ve aşırı anksiyete bulguları göstermeyecek
- Kendilik algısı artacak
- Gelecekte karşılaşılabilecek problemlerde etkili problem çözme güveni artacak

XIII. Hasta ve ailesinin bilgi eksikliğine bağlı tedavi ilkelerini yerine getirmede yetersizlik

Hedef: Önerilen tedavi ilkelerini yerine getirmesi

İlişkili faktörler

- Hatırlamada yetersizlik
- Bilginin yanlış yorumlanması
- Kognitif sınırlılık
- Bilgi kaynaklarının tanınmaması
- Hastanın bilgi istememesi

Tanımlayıcı özellikler

- Problemin sözel olarak ifade edilmesi
- Uygun olmayan veya abartılı davranışlar
- Yanlış anlama durumu
- Hastanın bilgi istemesi

Hemşirelik girişimleri

1. Probleme ve uygun girişimlere karar vermek için hastanın hastalığı ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyi değerlendirilir
2. Bireyselleştirilmiş öğretim planı için hastanın uygun destek sistemleri, kognitif ve fiziksel yeteneği gibi öğrenmesini etkileyen faktörler değerlendirilir
3. Hastanın daha az anksiyete yaşaması, tedavi planına daha fazla uyumu ve yaşam stilinde doğru düzenlemeler yapabilmesi için hastalığı, tedavisi, aktivite sınırlılıkları, yaralanmanın önlenmesi ve ülser tedavisi öğretilir
4. Hastaya nikotinin vazokonstriksiyon, hücrelere oksijenin taşınması ve kullanımını azalttığı ve kanın yoğunluğunu arttırdığına ilişkin etkileri ile ilgili bilgi verilerek sigara içmemesinin önemi açıklanır
5. Ayaklarda travma riskini azaltmak için ayak bakımının önemi vurgulanır

Beklenen sonuçlar

- Verilen eğitimi ve bilgiyi anladığını sözel olarak ifade edecek
- Hasta hastalığını ve hastalığın bulgularını tanımlayacak
- Ayak bakımını gösterecek ve yapacak
- Aktivitesinde uygun düzenlemeleri yapacak
- Hasta sigaranın zararlı etkilerini ifade edecek ve sigara içme davranışı göstermeyecek

II. 4.1. Periferik Arter Hastalığı Olan Hastanın ve Ailenin Öğretimi

1. Hastalık süreci ve ilişkili risk faktörleri hakkında bilgi verilir
2. Tütün ürünlerinin kullanımından sakınmasının gerekliliği açıklanır
3. Hekime gitmesini gerektiren tekrarlayan bulgular öğretilir/tartışılır
4. Kolesterol ve yağdan düşük az kalorili diyetin önemi tartışılır
5. Kullanacağı ilaçların dozu, zamanı, amacı ve yan etkileri tartışılır
6. Hekim kontrolü olmaksızın ilaçlarının dozunu artırmaktan kaçınması gerekliliği açıklanır
7. Sürekli bakımın önemi açıklanır.

II. 4.2. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Evde Bakımında Dikkat Edeceği Konular

1. Bacak ve ayakların bakımının önemi açıklanır
2. Günlük olarak bacaklar, ayaklar ve topuklar kabartılar (bül), renk değişikliği ve yaralar yönünden gözlenir
3. Ayaklar günlük olarak sabunla yıkanır, durulanıp kurulandıktan sonra lanolinli bir krem sürülür. Nemli bırakılmaz
4. İlave yaralanmadan korumak için küçük abrazyon ve kesikler sabun ve su ile temizlenir.
5. Deri kesikleri veya yaraları 2–3 günde iyileşmez ise hekime haber verilir
6. Ayak tırnakları düz olarak kesilir
7. Nasır ve kalluslar kesilmez ya da törpülenmez
8. Bacakların aşırı ısıcağa ve güneş ışınına maruz kalmasından sakınılır, soğukta sıcak tutan giysiler giyilir
9. Bacaklara indirekt sıcak (elektrikli battaniye, termofor gibi) uygulanmaz. Ayaklara pamuklu ya da yün çoraplar giyilir
10. Bacak ve ayakların yaralanmasından sakınılır
11. Daima iyi oturmuş, sıkmayan ayakkabılar ve terlik giyilir. Asla yalınayak gezilmez
12. Dar ve sıkın giysiler giyilmez (jartiyer, korse, elastik iç çamaşırı, dizden yukarda veya ayak bileğini sıkın çoraplar)

13. Bacak bacak üstüne atmaktan sakınılır
14. Ayak ve bacakları güçlü kaşırmaktan sakınılır
15. Çarpmalardan korunmak için gece kalktığında lamba yakılır
16. Baş yüksekte veya düz uyunur
17. Hastanın günlük yürüme programı planlamasına yardım edilir ve eğitilir
18. Yürüme toleransı artırılır; 30–60 dakika ağrısız yürüyebileceği zaman artırılır
19. Ağrı artana kadar yürümesi sonra durması ve ağrı azalana kadar bekledikten sonra yeniden yürümesi söylenir
20. Ağrıyı azaltmak için bacaklarını kalp hizasından yükseğe kaldırmaması söylenir
21. Hastaya yürüdüğü mesafeyi dönmek için tekrar yürüyeceği hatırlatılır (Carpenito-Moyet 2005, Tucker ve ark. 1996)

III. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma periferik arter hastalığıyla (ArteriyoskleroziŐ Obliterans, TromboanjitiŐ Obliterans, Akut Arteryel Emboli) kalp damar cerrahisi kliniklerine yatan hastaların yaşam kaliteleri ve yaşam kalitelerine etki eden etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

IV. GEREÇ VE YÖNTEM

IV.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

IV.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sultan I. İzzettin Keykavus Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi kliniklerinde yapılmıştır. Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde 13 hasta odası bulunmaktadır. Klinikte bulunan odalar dört, iki ve tek kişiliktir. Klinikte sorumlu hemşire ile birlikte toplam 7 hemşire görev yapmaktadır. Klinikte bir profesör, 3 yardımcı doçent ve 10 asistan olmak üzere toplam 14 hekim görev yapmaktadır. Hemşireler, 8–17, 16–24 ve 24–08 olmak üzere 3 shift halinde çalışmaktadırlar. Klinikte periferik arter hastalığı ile yatan hastalara cerrahi tedavi ve ilaç tedavisi yapılmaktadır. Bu tedavilere cevap vermeyen olgularda ortopedi kliniği ile birlikte amputasyon uygulanmaktadır. Sultan I. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde 3 hasta odası bulunmaktadır. Klinikte bulunan odalar dört ve altı kişiliktir. Klinikte sorumlu hemşire ile birlikte toplam 7 hemşire ve 4 uzman hekim görev yapmaktadır. Hemşireler, 8–17, 16–08 olmak üzere 2 shift halinde çalışmaktadırlar. Bu hastanede de periferik arter hastalarına ilaç ve cerrahi tedavi yapılmakta, bu tedavilere cevap vermeyen olgular ortopedi kliniği ile birlikte ampute edilmektedir.

IV.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi kliniği ve Sultan I. İzzettin Keykavus Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniğine **1 Mayıs- 30 Ekim 2005** tarihleri arasında periferik arter hastalığı nedeni ile yatan hastalar oluşturmuştur.

IV.4 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi evreni teşkil etmiştir.

IV.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

- Sivas ili sınırları içerisinde yaşayan,
- Periferik arter hastalığı tanısı olan,
- İşitme güçlüğü, görme kaybı olmayan,

- Bilinci açık,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

IV.6. Verilerin Toplanması

Her iki kurumun yetkili makamlarından ve hastalardan izin alınarak veri toplama işlemine başlanmıştır. Ek -I (kişisel tanıtım formu) hastaların kliniğe kabul edildikten sonra ikinci gün, Ek -II (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği hastalar kliniğe kabul edildikten sonra üçüncü gün uygulanmıştır.

IV.7. Veri Toplama Araçları

Veriler, veri toplama amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan hasta kişisel formu (Ek -I) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) (Ek -II) olmak üzere iki veri toplama aracı kullanılarak toplanmıştır.

IV.7.1 Kişisel Bilgi Formu (EK-I)

Bireylerde periferik damar hastalığına neden olabilen ve yaşam kalitesini etkileyen değişkenler yaş, cinsiyet, BKİ, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, ekonomik gelir kaynağı, sağlık güvencesi, birlikte yaşanılan kişi, oturulan konut tipi ve konut tipinin ısınma özellikleri, sigara kullanımı, içme süresi ve miktarı, hastalığa ilişkin şikâyetlerin başlama zamanı, tedavinin türü, cerrahi girişim sayısı, bireyi hastane veya doktora getiren şikâyetler, uyku sorunu yaşayıp yaşamadığı, hareket kısıtlılığı yaşayıp yaşamadığı, şikâyet ile baş etmek için yapılanlar, hastalık hakkındaki düşünceleri ve gelecek hakkındaki düşünceleri yer almaktadır.

IV.7.2 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) (EK-II)

Yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık durumunu ölçme araçlarından. Ölçek Amerika'da alternatif sağlık yatırımlarının sağlık durumuna etkilerini değerlendirmek amacıyla RAND Corporation tarafından yapılmış olan araştırma sonucu elde edilmiştir.

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 (Short-Form Health Survey, SF-36) Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Uğuz, İnanç, Yerlikaya, Aydın 2004, Fidaner ve ark. 1999, Ware, Sherbourne 1992). Ölçekte alt başlıkları ile birlikte sağlık kavramı ve 36 ifade yer almaktadır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ülkemiz koşullarında geçerlilik ve güvenilirlik

çalışması PINAR (1995) tarafından yapılmış ve kronik hastalıklarda kullanılabilir olduğu belirtilmiştir. Pınar, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili ilk çalışmaları kardiyak, hemodiyaliz ve diyabetli 180 hasta üzerinde başlatmış, aracın dil ve içerik geçerliliğini faktör analizi ile güvenilirliğini test-tekrar-test yöntemi ile yapmıştır (Pınar 1995).

SF-36'nın özelliklerinin başında, bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelir (Ware, Sherbourne 1992). Fonksiyonel durum esenlik, genel sağlık anlayışı olmak üzere 3 temel skala ve global yaşam doyumunu alanlarından oluşmaktadır (Yıldırım, Uyar, Fadılhoğlu 2005, Karadakovan, Yıldırım 2004, Pınar 1995).

Ölçek, adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 Madde), mental sağlık (5 Madde), enerji/vitalite (4 Madde), ağrı (2 Madde) ve sağlığın genel algılamaları (5 Madde) ölçeğin boyutlarıdır (Vries et all 2005, Gardner 2004, Bloemenkamp et all 2003, Fidaner ve ark.1999, Ware, Sherbourne 1992). Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır ve bu şu an için ölçümde kullanılmamaktadır. Adı geçen madde dışında son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirme yapılmaktadır (Fidaner ve ark.1999).

Fiziksel fonksiyonellik boyutunda (3a-3j) hastaların sağlık durumları nedeniyle merdiven çıkma, yürüme, koşma, banyo yapma, giyinme gibi normal günlük aktivitelerinde engelleme yaşayıp yaşamadıkları ve engellenmenin düzeyi, fiziksel rol sınırlaması boyutunda; (4a-4d) hastalıkların son bir ay içinde fiziksel sağlık problemlerine bağlı olarak iş, okul ve evdeki günlük aktivitelerin de sınırlamalarla karşılaşmadıkları, duygusal / emosyonel rol sınırlaması boyutunda, (5a-5c) son bir ay içinde duygusal problemlerden dolayı sınırlama yaşayıp yaşamama durumları, sosyal fonksiyonellik boyutunda, (6-10) hastaların mevcut sağlık durumlarının arkadaş ziyareti gibi sosyal aktivite ve ilişkilere etkisi, genel mental sağlık boyutunda, (9a-9c-9d-9f-9h) hastaların son bir ay içindeki depresyon endişe ve psikolojik iyilik hali ile ilgili durumları, canlılık-enerji boyutunda (9b-9e-9g-9i) hastaların yorgunluk, bitkinlik, enerji düzeyleri hakkındaki subjektif algıları, ağrı boyutunda (7-8) hastanın ağrı yaşama sıklığı ve ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu, genel sağlık değerlendirmeleri boyutunda hastanın genel sağlık durumunun son bir yıl içindeki değişimini değerlendiren bir soru (2.ci soru skala skoruna katılmamaktadır) bulunmaktadır. Genel sağlık değerlendirmeleri boyutundaki sorularla (1,11a-11d) hastanın sağlıkla ilgili genel değerlendirmeleri incelenmektedir (Şahin 1996, Pınar 1995, Ware, Sherbourne 1992). SF-36 periferik arter

hastalığına özel olmamasına rağmen, periferik arter hastalığı olan hastalarda başlangıçtaki genel sağlık durumunu ölçmek için Transatlantic Inter-Society Consensus (TASC) tarafından önerilmektedir. SF-36 periferik arter hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesi çalışan uzmanlar tarafından da kullanılmıştır (Bloemenkamp et al 2003).

IV.8. Verilerin değerlendirilmesi

Hasta tanıtım formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Packace for the Social Sciences) 10.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Man Whitney U testi, student t test ve Kruskal-Wallis testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

IV.8.1 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Değerlendirilmesi

5-10 dakikada hızlı bir şekilde doldurulabilme özelliğine sahip, ölçekte, değerlendirme, dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü, altılı) yapılmaktadır; dördüncü ve beşinci maddeler evet / hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Sağlığın hem pozitif hem de negatif yönlerini ölçme imkânı veren ölçekte, alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 puan arasında değerlendirilmekte; 100 iyi sağlık durumuna işaret eder. Bu alt ölçeklerin, bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir (Aydemir 1999).

SF-36'da sağlık boyutlarının puanlarının belirlenmesi dört aşamada gerçekleşmektedir. İlk olarak skalada işaretlenen soru değerlerinin yeniden kodlanması gerekmektedir. Bu yeniden kodlama işlemi ölçekteki tüm sorular için değil yalnızca 1,6,7,8,9a-9d, 9e,9h,11b,11d soruları için yapılmaktadır. İkinci aşamada, "ölçekte yanıtlanmayan soruların skorlarını belirlemektedir. Bunu yapabilmek için hem bir boyutla ilgili soruların en az yarısının yanıtlanmış olması gerekmektedir. Yanıtlanmış soruların ortalaması yanıtlanmamış soruların skorunu belirlemektedir.

Üçüncü aşamada; her bir boyutu oluşturan soruların değerleri toplanarak ham skala skorunun belirlenmesi gerekir.

Dördüncü aşamada ham skala skorlarının 0-100 arasında değerlendirilmesi işlemi yapılır. Ham skala skoru dönüştürülürken şu formül kullanılır.

$$\text{Dönüştürülmüş} = \frac{\text{Ham skala puanı} - \text{En Düşük olası puan}}{\text{Olas Puanı}} \times 100$$

Skala Skoru

V. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 60 hastaya ilişkin kişisel veriler, hastalık özelliğine ilişkin tanıtıcı bilgiler ve yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo:1 Bireylerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

BOYUT	X ± S	Minimum	Maksimum
Fiziksel Fonksiyon	40.08±19.64	0.00	75.0
Sosyal Fonksiyon (SF)	49.79±18.62	12.0	75.0
Fiziksel Rol Kısıtlaması (FRK)	42.50±43.00	0.00	100
Emosyonel Rol Kısıtlaması (ERK)	47.85±46.44	0.00	165
Mental sağlık (MS)	46.46±16.85	16.0	80.0
Zindelik/ Canlılık (Z/C)	41.58±15.87	15.0	65.0
Ağrı (AGR)	33.50±14.59	10.0	60.0
Genel Sağlık (GS)	43.58±18.48	0.00	75.0
Toplam	31.79±12.75	13.0	60.0

Tablo 1’de bireylerin SF-36’a ait dokuz sağlık ortalama değeri verilmiştir. Ortalamalar 100 puan üzerinden değerlendirilmiş olup, fiziksel fonksiyon puanı X: 40.08, sosyal fonksiyon puanı X: 49.79, fiziksel rol kısıtlaması puanı X: 42.50, emosyonel rol kısıtlaması X: 47.85, mental sağlık puanı X: 46.46, zindelik/canlılık puanı X: 41.58, ağrı puanı X: 33.50, genel sağlık puanı X: 43.58 olarak bulunmuştur. Tablo incelendiğinde hastaların toplam yaşam kalitesi puanının oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
≤59	20	33.3
≥60	40	66.7
Cinsiyet		
Kadın	7	11.7
Erkek	53	88.3
BKİ*		
Zayıf	39	65.0
Normal Kilolu	17	28.3
Hafif Şişman	4	6.7
Medeni durumu		
Evli	55	91.7
Dul	5	8.3
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	11	18.3
İlköğretim	30	50.0
Lise	19	31.7
Meslek		
İşçi	8	13.3
Memur	17	28.3
Emekli	16	26.7
Çiftçi	9	15.0
Diğer**	10	16.7
Ekonomik gelir kaynağı		
EGK Yok	10	16.7
Kendi maaşı	38	63.3
Diğer***	12	20.0
Birlikte oturan kişi		
Eş	55	91.7
Yalnız	5	8.3
Sağlık güvencesi		
Var	60	100.0
Yok	0	0.0
Oturulan ev tipi		
Apartman	26	43.3
Gecekondu	34	56.7
Oturulan evin ısıtma özellikleri		
Soba	36	60.0
Kalorifer	24	40.0
Sigara		
Kullanıyor	30	50
Kullanmıyor	8	13.3
Bırakmış	22	36.7
Sigara içme süresi (n=30)		
1-19 yıl	4	6.7
20-29 yıl	7	11.7
30-39 yıl	9	15.0
40-49 yıl	8	13.3
50 ve üzeri yıl	2	3.3
Günlük sigara içme miktarı (n=30)		
1 paket	9	15.0
2 paket	16	26.7
3 paket	5	8.3
Toplam	60	100.0

* Zayıf: 18.5 kg/m²↓ Normal kilolu:18.5-24,9 kg/m² Hafif Şişman:25-29.9 kg/m²

(Kültürsay Yavuzgil 2003)

** işsiz, öğrenci, ev kadını

*** mal varlığı olanlar, geçimi çocuklarının geliri ile sağlayanlar

Tablo 2’de araştırma örneğine alınan bireylerin kişisel özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde bireylerin %66.7’sinin 60 ve üzeri yaşta, %88.3’ünün erkek, % 65’inin zayıf, %91.7’sinin evli, %50’sinin ilköğretim mezunu, %28.3’ünün memur, %63.3’ünün kendine ait maaşının var olduğu, %91.7’sinin eşile oturduğu, araştırmaya alınan bireylerin %100’ünün sağlık güvencesinin olduğu, %56.7’sinin gecekonduda, %60’ının sobalı evde oturduğu, %50’sinin sigara kullandığı, sigara kullanan bireylerin %15’inin 30–39 yıl sigara içtiği, %26.7’sinin günde 2 paket sigara içtiği görülmektedir.

Tablo 3. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Şikâyetlerin başlangıcı		
≤12 ay	34	56.7
>12 ay	26	43.3
Tedavinin türü		
Tıbbi tedavi	28	46.7
Cerrahi tedavi	32	53.3
Cerrahi girişim sayısı (n=32)		
Birinci	11	18.3
İkinci	15	25.0
Üç ve üzeri	6	10.0
İlk şikâyetler		
Ağrı ve klaudikasyo	22	36.7
3 ve daha fazla şikâyeti bir arada olan*	38	63.3
Uyku sorunu		
Var	45	69.2
Yok	15	30.8
Hareket kısıtlılığı var mı?		
Var	57	95.0
Yok	3	5.0
Şikâyetlerle baş etmek için yapılanlar		
Doktora gittim, ilaç aldım.	29	48.3
İlaç aldım ama kullanmadım.	13	21.7
Hiç bir şey yapmadım.	18	30.0
Hastalığı hakkındaki düşünceleri		
İyileşemeyeceğim	14	23.3
İyileşeceğim	18	30.0
Bilmiyorum	28	46.7
Gelecek hakkındaki düşünceleri		
Kaygı yaşamıyorum	6	10.0
Endişeliyim	13	21.7
Ölmekten korkuyorum	10	16.7
Sakat kalmaktan korkuyorum	24	40.0
Çaresizim	7	11.7
Toplam	60	100.0

*Ayakta ve bacakta şişme, ısı artışı, uyuşma, soğukluk hissi ve morarma

Tablo 3'te araştırma örneğine alınan bireylerin hastalık özellikleri incelendiğinde bireylerin, %56.7'sinin hastalığa ilişkin şikâyetlerinin bir yıl öncesi başladığı, %53.3'ünün cerrahi tedavi aldığı, %25'inin iki kere cerrahi girişim geçirdikleri, %63.3'ünün hastalığa ilişkin üç veya daha fazla şikâyeti bulunduğu, %69.2'sinin uyku sorunu yaşadığı, %95'inde hareket kısıtlılığı bulunduğu, %48.3'ünün doktora gidip ilaç aldığı, %46.7'sinin iyileşip iyileşmeyeceğini bilmediği ve %40'ının sakat kalmaktan korktuğunun belirlendiği görülmektedir.

Tablo 4. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

YAŞ				
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	≤59 (n:20) X ± S	≥60 (n:40) X ± S	t	p
Fiziksel Fonksiyon	49.09±20.59	43.84±19.14	0.74	p>0.05
Sosyal Fonksiyon	64.77±12.27	51.44±18.81	2.15	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	86.36±32.33	42.30±44.02	2.98	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	84.00±30.82	48.23±46.88	2.31	p<0.05
Mental Sağlık	64.72±13.24	46.30±16.90	3.21	p<0.05
Zindelik	56.81±12.30	40.76±15.40	3.05	p<0.05
Ağrı	44.54±12.13	34.23±16.04	1.90	p>0.05
Genel sağlık	56.36±19.63	44.42±18.61	1.75	p>0.05
Toplam	47.02±18.56	39.21±14.32	1.72	p>0.05

Tablo 4'te bireylerin yaşlarına göre yaşam kalitesi alanları puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık yönünden gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı (p>0.05) diğer alanlarda ise anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Toplam yaşam kalitesi puan ortalaması incelendiğinde ise 60 yaşın üzerinde olan bireylerin 60 yaştan küçük olanlara göre puanları düşük olmakla birlikte yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Yaşın artması ile birlikte özellikle fiziksel rol kısıtlaması ve emosyonel rol kısıtlaması olmak üzere yaşam kalitesi alanlarına ilişkin puanların düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

CİNSİYET				
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Erkek (n:53) X ± S	Kadın (n:7) X ± S	Man Whitney U	p
Fiziksel Fonksiyon	43.207±18.2423	16.428±13.1384	0.002	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	52.122±17.6327	32.142±17.4659	0.013	p>0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	48.113±42.7000	17.341±6.9471	0.004	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	54.169±45.8059	21.324±10.4789	0.004	p<0,05
Mental Sağlık	47.849±17.4349	36.006±40.2236	0.023	p<0.05
Zindelik	43.113±16.1788	32.364±5.7735	0.075	p>0.05
Ağrı	35.283±14.6239	26.267±12.698	0.007	p<0,05
Genel sağlık	44.622±19.3859	35.714±4.4986	0.124	p>0.05
Toplam	44.282±19.243	32.790±15.1644	0.010	p>0.05

Tablo 5'te bireylerin cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi alanlarına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında, sosyal fonksiyon, zindelik, genel sağlık yönünden gruplar arasında istatistiksel farkın anlamlı olmadığı (p>0.05) diğer alanlarda anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Kadınların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar incelendiğinde tüm alanlardaki puan ortalamalarının ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının erkekler göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin BKİ'ne Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

BKİ					
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Zayıf (n:39) X ± S	Normal Kilolu (n:17) X ± S	Hafif Şişman (n:4) X ± S	KW	p
Fiziksel Fonksiyon	42.30±19.60	36.76±20.22	32.50±12.58	0.12	p>0.05
Sosyal Fonksiyon	53.52±17.89	42.64±17.71	43.75±23.93	1.24	p>0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	50.00±44.42	26.47±35.87	37.50±47.87	1.56	p>0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	55.00±47.48	33.00±42.06	41.25±49.50	4.37	p>0.05
Mental Sağlık	48.51±17.53	40.94±14.52	50.00±18.03	2.14	p>0.05
Zindelik	43.20±16.83	37.35±13.93	43.75±13.76	0.63	p>0.05
Ağrı	35.64±14.83	28.23±12.36	35.00±19.14	0.04	p>0.05
Genel sağlık	45.25±20.09	38.82±15.26	47.50±13.22	2.78	p>0.05
Toplam	52.39±15.81	44.26±13.70	44.50±12.49	3.24	p>0.05

*Zayıf: 18.5 kg/m²↓

Normal kilolu:18.5–24,9 kg/m²

Hafif Şişman:25–29.9 kg/m²

(Kültürsay Yavuzgil 2003)

Tablo 6'da bireylerin BKİ'ne göre yaşam kalitesi alanlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05). Ancak tablo incelendiğinde, normal kiloya sahip bireylerin fiziksel rol kısıtlaması ve ağrı puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

MEDENİ DURUM				
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Evli (n:55) X ± S	Bekâr (n:5) X ± S	Man Whitney U	p
Fiziksel Fonksiyon	41.63±19.74	23.00±5.70	0.023	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	51.59±18.17	30.00±11.18	0.015	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	46.36±42.87	22.36±14.32	0.018	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	52.20±46.09	31.36±9.65	0.018	p<0.05
Mental Sağlık	46.00±16.72	29.60±5.36	0.006	p<0.05
Zindelik	43.72±14.78	18.00±2.73	0.001	p<0.05
Ağrı	34.72±14.63	20.03±6.44	0.025	p<0.05
Genel sağlık	46.18±16.77	15.00±11.18	0.001	p<0.05
Toplam	38.78±6.16	34.45±4.32	0.009	p<0.05

Tablo 7’de bireylerin medeni durumuna göre yaşam kalitesi alanları puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Evli olanların yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları puanlar, bekâr olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bekâr olanların özellikle fiziksel fonksiyon ve buna bağlı fiziksel rol kısıtlaması, zindelik ve genel sağlık alanlarındaki puanları evlilere göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur

Tablo 8. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

EĞİTİM DURUMU					
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Okur-yazar Değil (n:11) X ± S	İlköğretim (n:30) X ± S	Lise (n:19) X ± S	KW	p
Fiziksel Fonksiyon	27.27±12.32	34.16±16.08	56.84±17.57	22.08	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	27.27±7.53	45.83±12.84	69.07±10.51	37.83	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	4.54±15.07	23.33±28.56	94.73±15.76	40.86	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	6.00±19.89	34.10±43.74	93.78±12.36	34.44	p<0.05
Mental Sağlık	26.90±10.59	40.93±8.04	66.52±7.44	43.41	p<0.05
Zindelik	23.18±10.55	37.50±11,35	58.68±3.66	42.79	p<0.05
Ağrı	20.90±7.00	28.00±9.96	49.47±9.70	34.67	p<0.05
Genel sağlık	23.18±13.46	38.66±13.12	63.15±6.50	41.73	p<0.05
Toplam	26.75±10.56	47.64±12.40	48.75±10.76	32.74	p<0.05

Tablo 8’de bireylerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Eğitim düzeylerine göre fiziksel fonksiyon puanları ikiyeşerli olarak karşılaştırıldığında okuryazar olmayanlar ile lise mezunları, okuryazar olmayanlar ile ilköğretim mezunları arasında farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Eğitim düzeylerine göre sosyal fonksiyon puanları ikiyeşerli olarak karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Fiziksel rol kısıtlaması puanları ikiyeşerli olarak karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Ağrı puanları ikiyeşerli olarak karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (p<0.05). Genel sağlık puanları ikiyeşerli olarak karşılaştırıldığında gruplar

arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Zindelik/canlılık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Emosyonel rol kısıtlaması puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mental sağlık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi azaldıkça yaşam kalitesi alanlarından alınan puanlarda azalmıştır. Eğitim düzeylerine göre toplam yaşam kalitesi puanı incelendiğinde de okuryazar olmayanların puanlarının diğer grupların puanlarından oldukça düşük olduğu görülmektedir. Puanların özellikle fiziksel rol kısıtlaması ve emosyonel rol kısıtlaması alanlarında çok düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Mesleki Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

MESLEK							
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Memur (n:17) X ± S	Emekli (n:16) X ± S	İşçi (n:8) X ± S	Çiftçi (n:9) X ± S	Diğer* (n:10) X ± S	KW	p
Fiziksel Fonksiyon	29.37±1.76	56.17±17.98	21.66±5.00	25.50±23.02	47.81±8.75	31.24	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	50.67±8.34	69.85±9.94	27.77±8.33	35.00±20.24	50.00±9.12	37.88	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	76.69±32.57	97.05±12.12	32.15±6.32	10.00±31.62	50.00±18.25	47.12	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	83.14±10.36	95.11±10.95	26.74±8.49	9.90±31.30	72.18±32.37	50.57	p<0.05
Mental Sağlık	40.24±21.34	67.52±6.30	24.88±6.86	35.60±14.04	46.25±7.00	48.45	p<0.05
Zindelik	37.14±11.67	59.41±3.00	19.44±3.09	30.50±10.91	47.81±7.52	50.35	p<0.05
Ağrı	24.38±16.98	49.41±9.66	18.88±3.33	24.00±12.64	37.50±6.83	44.15	p<0.05
Genel sağlık	33.12±3.72	64.11±5.92	17.77±10.03	34.00±14.86	47.50±10.00	48.93	p<0.05
Toplam	33.50±10.50	47.75±6.08	18.49±7.75	20.72±4.80	37.89±7.89	46.22	p<0.05

* İşsiz, öğrenci, ev kadını

Tablo 9’da bireylerin mesleki durumlarına göre yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu (p<0.05) ve emeklilerin yaşam kalitesi alt skalalarından aldıkları puanların diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Mesleki duruma göre fiziksel fonksiyon puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, işçilerle memurlar ve işçilerle emekliler arasındaki, memurlarla çiftçiler ve memurlarla diğerleri arasındaki, emeklilerle işçi ve emeklilerle çiftçi ve diğerleri arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Mesleki duruma göre fiziksel rol fonksiyon puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Mesleki duruma göre ağrı puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar

arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleki duruma göre genel sağlık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleki duruma göre zindelik/canlılık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleki duruma göre sosyal fonksiyon puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleki duruma göre emosyonel rol kısıtlaması puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleki duruma göre mental sağlık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 10. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Ekonomik Gelir Kaynağına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

EKONOMİK GELİR KAYNAĞI					
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Gelir Kaynağı Yok (n:10) X ± S	Kendi Maaşı (n:38) X ± S	Diğer* (n:12) X ± S	KW	p
Fiziksel Fonksiyon	18.00±11.10	48.28±14.80	32.50±22.20	22.69	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	32.50±15.81	58.22±13.08	37.50±19.94	19.93	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	13.87±9.05	60.52±38.83	20.83±39.64	19.10	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	20.31±8.69	67.73±40.56	24.75±44.77	20.68	p<0.05
Mental Sağlık	33.20±7.06	54.00±13.72	33.66±17.76	24.46	p<0.05
Zindelik	26.50±7.47	49.47±11.61	29.16±1.88	23.43	p<0.05
Ağrı	19.00±3.16	39.47±13.34	26.66±13.02	20.86	p<0.05
Genel sağlık	27.50±14.57	52.36±12.61	29.16±19.86	22.48	p<0.05
Toplam	21.74±9.65	32.44±10.52	21.82±11.74	21.72	p<0.05

* Mal varlığı olanlar, geçimini çocuklarının geliri ile sağlayanlar

Tablo 10’da bireylerin ekonomik gelir kaynağına göre yaşam kalitesi alanlarına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Ekonomik gelir kaynağına göre fiziksel fonksiyon puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, ekonomik gelir kaynağı olmayanlarla kendine ait maaşı olanlar ve kendi maaşı olanlarla diğer grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Ekonomik gelir kaynağına göre fiziksel rol kısıtlaması puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Ekonomik gelir kaynağına göre ağrı puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Ekonomik gelir kaynağına göre genel sağlık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında,

gruplar arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik gelir kaynağına göre zindelik/canlılık ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik gelir kaynağına göre sosyal fonksiyon puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik gelir kaynağına göre emosyonel rol kısıtlaması puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik gelir kaynağına göre emosyonel mental sağlık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bir gelir kaynağı olmayan bireylerin yaşam kalitesi puanları diğer iki gruba göre daha düşük olup bu düşüklüğün özellikle fiziksel fonksiyon ve buna bağlı rol kısıtlaması ve ağrıda olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşadıkları Kişilere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

BİRLİKTE OTURULAN KİŞİ				
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Eş (n:55) X ± S	Yalnız (n:5) X ± S	Man -Whitney U	p
Fiziksel Fonksiyon	41.63±19.74	23.00±5.70	0.023	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	51.59±18.17	30.00±11.18	0.015	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	46.36±42.87	25.64±9.28	0.018	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	52.20±46.09	31.37±10.31	0.018	p<0.05
Mental Sağlık	48.00±16.72	29.60±5.36	0.006	p<0.05
Zindelik	43.72±14.78	18.00±2.73	0.001	p<0.05
Ağrı	34.72±14.63	20.00±00.00	0.025	p<0.05
Genel sağlık	51.59±18.17	15.00±11.18	0.001	p<0.05
Toplam	32.64±15.71	14.01±3.94	0.024	p<0.05

Tablo 11’de bireylerin birlikte oturduğu kişiye göre yaşam kalitesi alanlarının puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Yalnız yaşayan bireylerin özellikle zindelik, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi puanlarının eşi ile yaşayanlardan oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 12. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Oturdukları Konut Tipine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

KONUT TİPİ				
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Apartman (n:26) X ± S	Gecekondu (n:34) X ± S	t	p
Fiziksel Fonksiyon	51.92±17.83	31.02±15.94	4.77	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	64.42±12.08	38.60±14.55	7.31	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	76.92±38.02	16.17±23.74	7.58	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	79.96±39.78	23.29±34.97	5.85	p<0.05
Mental Sağlık	60.30±12.38	35.88±11.20	7.99	p<0.05
Zindelik	53.26±10.94	32.64±13.04	6.49	p<0.05
Ağrı	43.84±13.58	25.58±9.59	6.10	p<0.05
Genel sağlık	56.92±12.73	33.38±15.50	6.28	p<0.05
Toplam	30.20±14.72	19.09±10.08	5.72	p<0.05

Tablo 12’de bireylerin oturdukları konut tipine göre yaşam kalitesi alanlarına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Tablo incelendiğinde, gecekonduya yaşayan bireylerin özellikle fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması ve toplam yaşam kalitesi puanlarının apartmanda yaşayan bireylerden oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 13. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Oturdukları Konut Tipinin Isınma Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

ISINMA ŞEKLİ				
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Soba (n:36) X ± S	Kalorifer (n:24) X ± S	t	P
Fiziksel Fonksiyon	31.94±16.48	52.29±17.81	4.53	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	40.27±15.84	64.06±12.39	6.19	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	20.83±30.17	75.00±39.00	6.05	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	28.41±41.85	77.00±37.26	4.59	p<0.05
Mental Sağlık	37.88±13.87	59.33±12.18	6.15	p<0.05
Zindelik	34.30±14.44	52.50±11.03	5.23	p<0.05
Ağrı	26.38±9.90	44.16±14.11	5.73	p<0.05
Genel sağlık	34.58±15.91	57.08±13.18	5.73	p<0.05
Toplam	39.40±10.96	42.00±7.39	4.32	p<0.05

Tablo 13’de oturuş konut tipinin ısınma özellikleri ile yaşam kalitesi alanlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi sobalı evde oturan bireylerin özellikle fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması ve ağrı alanlarından aldıkları puanların ve toplam yaşam kalitesi puanının kaloriferli evde oturan bireylere göre daha düşüktür.

Tablo 14. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

SİGARA KULLANIMI					
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Kullanıyor (n:30) X ± S	Kullanmıyor (n:8) X ± S	Bırakmış (n:22) X ± S	KW	P
Fiziksel Fonksiyon	21.87±14.86	46.66±20.18	37.72±15.94	10.81	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	32.81±17.67	56.66±15.99	46.59±42.38	10.14	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	27.27±32.64	65.62±39.94	33.33±41.17	12.44	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	39.00±41.53	74.25±38.44	40.70±44.76	12.27	p<0.05
Mental Sağlık	42.36±19.14	57.00±11.85	42.80±17.20	10.57	p<0.05
Zindelik	29.37±11.16	47.66±14.12	37.72±16.31	9.04	p<0.05
Ağrı	22.50±7.07	39.66±15.19	23.18±13.23	11.84	p<0.05
Genel sağlık	34.37±10.83	49.33±19.98	39.09±16.37	9.15	p>0.05
Toplam	29.63±7.40	47.73±12.22	35.27±10.21	11.39	p<0.05

Tablo14'te sigara içme durumu ile yaşam kalitesi alanlarına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında, genel sağlık yönünden gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı (p>0.05) diğer alanlarda ise anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Sigara içme durumlarına göre fiziksel fonksiyon puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, sigara içen bireylerle içmeyen bireyler arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Sigara içme durumlarına göre fiziksel rol kısıtlaması puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, sigara içen bireylerle içmeyen bireyler arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Ağrı puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Genel sağlık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki, fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Zindelik/canlılık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar

arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal fonksiyon puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). emosyonel rol kısıtlaması puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mental sağlık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki, fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tablo incelendiğinde sigara içen bireylerin özellikle fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol kısıtlaması puanlarının sigara içmeyen ve sigara içmeyi bırakmış bireylere göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 15. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Şikâyetlerinin Başlama Zamanına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

ŞİKÂyetLERİN BAŞLAMA ZAMANI				
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	>12 ay (n:26) X ± S	≤12 ay (n:34) X ± S	t	P
Fiziksel Fonksiyon	28.00±24.97	50.00±25.00	5.45	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	30.31±22.02	43.75±21.40	7.86	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	20.82±14.09	20.31±36.76	6.95	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	34.06±16.55	31.66±27.53	6.40	p<0.05
Mental Sağlık	22.50±12.90	43.75±19.56	7.47	p<0.05
Zindelik	26.81±42.12	23.52±10.07	6.97	p<0.05
Ağrı	55.00±50.40	50.00±50.00	5.81	p<0.05
Genel sağlık	20.00±20.00	40.93±17.81	5.88	p<0.05
Toplam	25.34±14.22	34.31±20.19	4.92	p<0.05

Tablo 15’te bireylerin şikâyetlerin başlangıcına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, şikâyetlerin başlangıcı 12 ayın üzeri olan bireylerin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve toplam yaşam kalitesi alanlarından ortalama puanların şikâyetlerin başlangıcı 12 ayın altında olan bireylere göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 16. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Aldıkları Tedavi Türüne Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

TEDAVİNİN TÜRÜ				
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Tıbbi Tedavi (n:28) X ± S	Cerrahi Tedavi (n:32) X ± S	t	P
Fiziksel Fonksiyon	38.71±13.35	37.00±14.71	0.42	p>0.05
Sosyal Fonksiyon	46.50±18.58	48.57±24.95	0.77	p>0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	37.85±44.29	43.42±16.61	1.27	p>0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	32.28±20.69	26.00±16.83	0.09	p>0.05
Mental Sağlık	42.42±45.67	44.57±16.06	1.02	p>0.05
Zindelik	24.80±14.46	47.52±41.61	1.07	p>0.05
Ağrı	45.00±14.15	44.48±20.34	1.65	p>0.05
Genel sağlık	35.56±28.44	32.00±31.88	0.92	p>0.05
Toplam	32.49±13.20	31.57±16.72	1.04	p>0.05

Tablo 16’da bireylere uygulanan tedavi türüne göre yaşam kalitesi alanları puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı (p>0.05) görülmektedir.

Tablo 17. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Şikâyetleri ile Baş Etmelerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

ŞİKÂyetLERİ İLE BAŞ ETMEK İÇİN YAPILAN					
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Hekime gittim, ilaç aldım (n:29) X ± S	İlaç aldım ama kullanmadım (n:13) X ± S	Hiçbir şey yapmadım (n:18) X ± S	KW	P
Fiziksel Fonksiyon	40.96±20.86	36.38±19.72	29.44±19.40	0.03	p>0.05
Sosyal Fonksiyon	37.68±23.00	20.86±19.40	49.42±24.92	0.73	p>0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	48.17±39.26	41.28±41.46	36.88±40.11	1.66	p>0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	36.58±41.28	55.74±47.41	49.58±45.62	1.06	p>0.05
Mental Sağlık	38.81±19.49	51.38±10.43	49.33±14.5197	1.83	p>0.05
Zindelik	36.29±35.74	36.23±9.15	41.83±16.17	2.21	p>0.05
Ağrı	35.18±16.16	27.69±13.63	25.00±17.90	1.01	p>0.05
Genel sağlık	49.44±28.25	39.63±10.48	43.23±13.53	0.81	p>0.05
Toplam	39.52±17.82	25.64±11.44	32.28±15.55	0.76	p>0.05

Tablo 17’de bireylerin şikâyetleri ile baş etme şekillerine göre yaşam kalitesi alanları puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı (p>0.05) görülmektedir.

Tablo 18. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

HASTALIĞI HAKKINDA DÜŞÜNCE Sİ					
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	İyileşmeyeceğim (n:14) X ± S	İyileşeceğim (n:18) X ± S	Bilmiyorum (n:28) X ± S	KW	P
Fiziksel Fonksiyon	23.57±6.02	52.77±17.16	40.17±19.78	19.21	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	37.50±16.26	61.11±17.09	48.66±16.78	13.19	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	3.57±13.36	77.77±35.23	39.28±39.33	23.82	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	4.71±17.63	78.83±32.29	49.50±47.94	20.91	p<0.05
Mental Sağlık	31.14±13.14	59.33±12.36	45.85±14.46	22.64	p<0.05
Zindelik	24.64±11.67	54.44±9.37	41.78±13.06	25.57	p<0.05
Ağrı	20.71±6.15	43.33±11.88	33.57±14.45	20.57	p<0.05
Genel sağlık	21.07±13.89	58.33±11.24	45.35±12.76	32.53	p<0.05
Toplam	36.66±11.27	48.73±13.34	42.51±12.39	21.39	p<0.05

Tablo 18’de bireylerin hastalık hakkındaki düşüncelerine göre yaşam kalitesi alanları puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu (p<0.05) görülmektedir. Bireylerin hastalıkları hakkındaki düşüncelerine göre fiziksel fonksiyon puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Fiziksel rol kısıtlaması puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Ağrı puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Genel sağlık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Zindelik/canlılık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Sosyal fonksiyon puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Emosyonel rol kısıtlaması puanları

ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mental sağlık puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tablo incelendiğinde, iyileşemeyeceğini düşünen bireylerin özellikle fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması ve genel sağlık alanlarındaki yaşam kalitesi puanlarının diğer gruplara göre düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 19. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Gelecek Hakkındaki Düşüncelerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Kaygı Yaşamayan (n:6) X ± S	Ölüm korkusu (n:10) X ± S	Sakat Kalma (n:24) X ± S	Çaresizlik Yaşayan (n:7) X ± S	KW	P
Fiziksel Fonksiyon	55.00±20.00	33.00±17.66	34.58±19.77	46.42±12.48	7.79	p>0.05
Sosyal Fonksiyon	58.33±12.90	45.00±19.72	46.35±18.23	48.21±11.24	4.88	P>0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	83.33±25.81	25.00±42.49	31.25±38.48	42.85±44.98	10.37	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	82.50±18.07	29.70±47.82	37.12±42.76	56.57±62.36	4.98	p>0.05
Mental Sağlık	57.33±8.26	40.00±19.95	43.00±16.35	44.00±15.49	8.35	p>0.05
Zindelik	56.66±5.16	33.00±16.19	37.50±16.28	42.14±13.49	12.88	p<0.05
Ağrı	41.66±4.08	29.00±17.91	29.58±12.32	31.42±10.69	8.98	p>0.05
Genel sağlık	59.16±8.61	34.50±18.32	38.54±19.97	43.57±11.80	12.29	P>0.05
Toplam	53.37±22.90	49.63±16.77	39.11±9.07	38.71±9.82	10.34	p>0.05

Tablo 19’da hastaların gelecek hakkındaki düşüncelerine göre yaşam kalitesi alanlarına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel rol kısıtlaması ve zindelik yönünden gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu (p<0.05) diğer alanlarda ise anlamlı olmadığı (p>0.05) görülmektedir. Tablo incelendiğinde, gelecek hakkında kaygı yaşamayan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 20. Araştırma Örneklemine Alınan Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Uyku Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

UYKU SORUNU				
YAŞAM KALİTESİ ALANLARI	Var (n:45) X ± S	Yok (n:15) X ± S	Man-Whitney U	p
Fiziksel Fonksiyon	25.85±12.93	37.34±24.82	8.32	p<0.05
Sosyal Fonksiyon	39.27±11.32	19.36±10.72	7.48	p<0.05
Fiziksel Rol Kısıtlaması	37.44±7.50	33.00±18.62	7.22	p<0.05
Emosyonel Rol Kısıtlaması	29.43±12.50	28.66±16.64	6.51	p<0.05
Mental Sağlık	36.38±17.33	42.44±10.54	11.64	p<0.05
Zindelik	40.24±9.74	31.21±6.20	9.82	p<0.05
Ağrı	42.57±5.82	48.51±9.31	10.19	p<0.05
Genel sağlık	29.63±7.40	37.08±19.23	8.52	p<0.05
Toplam	24.08±15.46	28.63±12.47	10.21	p<0.05

Tablo 20’de görüldüğü gibi uyku sorununun var olup olmamasına göre yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu (p<0.05) bulunmuştur. Yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde, uyku sorunu yaşamayan bireylerin fiziksel fonksiyon, mental sağlık, ağrı, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi puanların yüksek olduğu görülmektedir.

VI. TARTIŞMA

Bu bölümde periferik arter hastalığı tanısı ile Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Sultan I. İzzettin Keykavus Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliğinde yatmış 60 hastanın tanımlayıcı özellikleri ve hastalık özellikleri ile yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmaktadır.

Periferik arter hastalıkları, uzun süren, kronikleşebilen, komplikasyonları ile yaşamı tehdit edebilen önemli bir sağlık problemidir (Furlong 2001). Kronik hastalıklar büyük bir uyum çabası gerektirir ve bireyin baş etme yeteneğini zorlayarak olumsuz deneyimlere neden olabilir. Tedavi ve tedavi ekibine bağımlı olma, aile içinde değişen roller, çalışma yaşamında zorlanma ve sosyal ilişkilerin sınırlanması, yaşanan iç çatışmalar ve gelecek korkusu, organını kaybetme korkusu, hastalık nedeniyle yaşam biçiminde değişiklik yapma zorunluluğu, bireyi hem fiziksel hemde psikososyal yönlerden olumsuz olarak etkilemektedir. Dolayısıyla bireyin yaşam kalitesi büyük ölçüde olumsuz etkilemekte ve fiziksel, sosyal, duygusal, ekonomik ve psikoseksüel bir dizi sorun ve çatışma yaşamaktadır (Tabak Bidar 2004, Şimşek 2001, Buzlu 1999).

Bu çalışmada bireylerin %66,7' sinin 60 ve üzeri yaşta, %88,3'ünün erkek, %91,7 sinin evli, %50'sinin ilköğretim mezunu, %28,3'ünün memur, %63,3'ünün kendine ait maaşının var olduğu, %91,7'sinin eşiyile oturduğu, %100'nün sağlık güvencesinin var olduğu, %56,7'sinin gecekonduda, %60'ının sobalı evde oturduğu, %50'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan bireylerin kişisel özellikleri incelendiğinde, bireylerin çoğunluğunun literatürde yer alan periferik arter hastalığı için risk oluşturan özelliklere (ileri yaş, erkek ve sigara kullanma gibi) sahip oldukları görülmektedir.

Araştırmaya alınan bireylerin, yaşları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4), fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık yönünden gruplar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) diğer alanlarda ise anlamlı olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur. Yaşlanmayla beraber bedende fizyolojik ve anatomik değişiklikler oluşur. Toraksın anatomik yapısı değişir, akciğer rezidüel hacmi artar, solunum hacmi azalır. Kalp debisi azalır, damar direnci artar ve organların kanlanması azalır. Merkezi sinir

sisteminin perfüzyonunun azalması beyin fonksiyonlarında gerilemeye neden olur. Sindirim kanalının peristaltizimi yavaşlar, sekresyon azalır. Sindirim fonksiyonu zayıflar. İskeletin mineral içeriği azalır, kas dokusu azalır, vücut bileşiminde yağ oranı artar. Hormonlar azalır, libido düşer, glikoz toleransı azalır, bazal metabolizma düşer. Duyu organlarıyla ilgili olarak da en önemli değişimler görme ve işitme duyusunun zayıflama şeklinde olur (Bertan ve Güler 1997). Ağrı ve sıcaklık duyularının eşiği düşer, fiziksel hareket güçleşir (Erci, Ünal, Bingöl 1992). Yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkan bu değişiklikler bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapmasını ve sosyal yaşamının kısıtlanmasına neden olur. Fiziksel ve sosyal yönden kısıtlanan bireyler için yaşam zorlaşır dolayısıyla yaşam kalitesi azalır. (Kırdı ve ark. 1992). Bu nedenle yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamaları önemli oranda düşmektedir. Ayrıca ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklar fiziksel fonksiyonların yerine getirilmesini güçleştirdiğinden yaşam kalitesinin azalmasına katkıda bulunmaktadır (Oka ve Sanders 2005). Bauman ve Arthur (1997) 'un yaptıkları çalışmada periferik arter hastalığı olan genç bireylerin, fiziksel fonksiyon ve ağrı puanları yaşlı hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Eski'nin (1999) çalışmasında yaş gruplarına göre fonksiyonel durum ve genel sağlık alanına ilişkin alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Değirmenci'nin (2005) çalışmasında da yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaşın ilerlemesi ile birlikte yaşam kalitesinin düşmesi, fiziksel ve sosyal fonksiyonların yavaş yavaş yitirilmesi sonucunda, fiziksel rol kayıplarının ortaya çıkması, bağımlılığın artması, destek gereksiniminin artması ve artan kronik hastalıkların etkisi şeklinde açıklanabilir.

Bireylerin cinsiyet ile yaşam kaliteleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 5) sosyal fonksiyon, zindelik, toplam yaşam kalitesi ve genel sağlık yönünden farklılık önemsiz bulunurken ($p>0.05$), diğer alanlarda önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Oka ve Sanders (2005) çalışmalarında erkeklerin, aynı şiddette periferik arter hastalığına sahip kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Ulusel ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere göre daha bağımlı olduğu ve bu durumun yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Rasmussen ve arkadaşları (2001)'da periferik revaskülarizasyon cerrahisi sonrası kadınların daha yüksek memnuniyet ve fiziksel fonksiyon skorları gösterdiklerini saptamışlardır. Değirmenci'nin (2005) çalışmasında cinsiyete göre yaşam kalitesi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan diğer

çalışmalarda ise, cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Durademir 1998, Drucap ve ark.1992). Kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklere göre daha düşük olması, yaşamlarında daha fazla yaşam biçimi değişikliği yapmak zorunda kalmaları, evlilikle ilgili daha fazla problem yaşamaları, geleneksel kadınlık rollerini sürdürme zorunlulukları, kadının rollerini algılayış biçimi ve bu rollere verdiği değer, ekonomik bağımsızlığı ve gelir düzeyinin etkili olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte, çalışmalarda kadınların sayısının az olması nedeniyle konu ile ilgili çok daha fazla kadın içeren çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir

Bireylerin BKİ'si ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki (Tablo 6), fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). BKİ'si 25kg/m^2 'nin üzerine çıktığında bireylerin yaşam kalitesinde anlamlı düzeyde azalma meydana gelmektedir (Daşkapan, Tüzün, Bayrak 2004). Şişmanlık bireyin günlük yaşam aktivitelerini yapmasına engel oluyorsa bireyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler. Bloemenkamp ve arkadaşları (2003), periferik arter hastalığı olan genç kadınlarla yaptıkları çalışmada BKİ' nin fiziksel fonksiyonlarda küçük bir azalmaya yol açtığını belirlemiştir. Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun zayıf olması nedeniyle yaşam kalitesini bu anlamda olumsuz etkilemediği söylenebilir.

Bireylerin medeni durumu ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki (Tablo 7), fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada, evli bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları, bekâr bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Utkan (2000) yaptığı çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun yaşamlarında, en büyük destek olarak eşlerini gördüklerini ifade ettiklerini belirlemiştir. Eski(1999)'nin belirttiğine göre Friedman (1993)'in yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı çalışmada evli olmanın bireylerin benlik algılamalarını pozitif yönde etkilediği bu nedenle yaşam kalitesini artırdığı belirlenmiştir. Eski (1999)'nin yaptığı çalışmada da benzer şekilde, medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Değirmenci (2005)'nin çalışmasında medeni durum ile yaşam kalitesi puanları arasında sosyal sağlık ve mental sağlık alanında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunurken, diğer alanlarda anlamlı bulunmuştur. Tseng ve Ruey (2000) tarafından yapılan bir çalışmada ise, medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Evlilikte bireylerin kendisinin yetemediği ya da yapamadığı günlük yaşam aktivitelerine yardım edecek birisinin bulunması ve duygusal paylaşım bireyleri psikolojik ve fiziksel olarak rahatlatmaktadır. Bu nedenle evli olan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının yalnız yaşayan bireylere göre daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Bireylerin eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 8). Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Şahin (1996) 'in bypass geçiren hastaların sağlık durumlarını algılamalarını belirlemek için yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan hastaların, ortaokul ve üstü olan hastalardan fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, genel sağlık durumunu algılamaları ve duygusal rol sınırlamalarının daha kötü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir. Pınar (1995) 'ın "Diyabetes Mellituslu hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek" üzere yaptığı çalışmada, eğitim durumu arttıkça esenlik, genel sağlık anlayışı puanları ve toplam yaşam kalitesi olarak yaşam kalitesi puanlarının arttığı bulunmuştur. Tseng ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında eğitim düzeyinin artması ile kişinin sosyoekonomik statüsünün de arttığı ve bu durumun yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir. Durademir'in (1998) yaptığı çalışmada, eğitim ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmamış ancak, ilaç kullanımı ve eğitim arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim, bireyin davranışında, kendi yaşantısı yoluyla ve kasıtlı olarak istenilen yönde (eğitim amaçlarına uygun) değişme meydana getirme sürecidir. Bu değişme birey için yeni olabileceği gibi, önceden sahip olduğu istenmeyen nitelikteki davranışları terk etmesi biçiminde de olabilir. Eğitimin bu olumlu özelliklerinin, bireylerin sağlıkla ilgili bilinç ve anlayışlarının olumlu yönde etkilenmesi, hastalıkla etkin baş etme davranışları geliştirmeleri ve kendilerini daha kolay ifade etmelerine bu durumda yaşam kalitesinin de artmasına katkıda bulunduğu ayrıca eğitim düzeyi arttıkça emeklilik ve bazı sosyal haklara sahip olma ve bireylerin sağlıklarını korumak ve sürdürmek için daha fazla bilinçli çaba göstermeleri ile açıklanabilir. Eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilemesi, toplumda eğitim düzeyi düştükçe hastaların sorunlarını ifade etmekte güçlük çekmesi, eğitim düzeyi arttıkça bilinçliliğin ve kendini ifade etmenin kolaylaşması, eğitimin kişilerin sağlık anlayışlarını olumlu etkilemesi, hastaların hastalıklarıyla daha iyi baş etmesi, eğitim düzeyi arttıkça emeklilik ve bazı sosyal haklara sahip olma ve bireylerin sağlıklarını koruma ve sürdürmede daha fazla çaba sarf etmeleri ile açıklanabilir.

Bireylerin mesleki durumları ile yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9). Yaşam kalitesi puanlarının dağılımında en yüksek puanı emeklilerin aldığı belirlenmiştir. Eski'nin çalışmasında (1999) 'da mesleki durum ile yaşam kalitesi arasındaki puanların dağılımında en yüksek puanı memurlar alırken, en düşük puanı ev hanımları almıştır. Yıldırım (2001)'in çalışmasında, memurların fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık alanından aldıkları

ortalama puanlar, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Değirmenci (2005)'nin emeklilik durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, emeklilik ile mental sağlık alanında istatistiksel olarak fark anlamsız bulunurken, diğer alanlarda anlamlı bulunmuştur. Emekli olan bireyler çoğunlukla yaşamlarında yapmak istedikleri pek çok şeyi yapmış, bitirmiş, belirli bir yaşta olan kişilerdir. Yaşamdan artık belirgin ve sınırlı beklentileri vardır. Ayrıca düzenli gelirlerinin olması da onların yaşama daha pozitif bakmalarına neden olabilir. Bunlar emekli bireylerin diğer gruplara göre yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olmasına neden olabileceği söylenebilir.

Bireylerin ekonomik gelir kaynaklarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 10). Çalışmada ekonomik gelir kaynağı var olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi gelir, eğitim, sağlık ve barınmayla yakından ilişkilidir. Ayrıca eğitim, sağlık, barınma ve gelir düzeyi birbirine bağlıdır. Bilindiği gibi maddi yeterlilik yaşam olanaklarından daha fazla yararlanma, sağlık kontrollerine düzenli olarak gelme ve düzenli ilaç kullanmayı sağlar. Dolayısıyla yaşamdan doyum almayı olumlu olarak etkiler. Pınar (1995) ve Değirmenci'nin (2005) çalışmalarında hastaların yaşam kalitesi ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu konuda Durademir (1998) ve Eski (1999)'nin yaptığı çalışmalarda ise, hastaların yaşam kaliteleri ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Türkay ve arkadaşları (2003)'nin yaptıkları çalışmada sosyoekonomik düzeyin yaşam kalitesini doğrudan etkilemediği ancak sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin sağlık kuruluşlarına başvuruları geciktiği için hastalıklarının ilerlediği belirlenmiştir.

Bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11). Çalışmamızda ailesi ile beraber yaşayan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları, bekâr yaşayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Aile en küçük toplumsal sistemdir. Bu sistemi oluşturan her bir organın belirli bir görevi vardır. Sistemi oluşturan organlardan herhangi birinin hasar görmesi organizmanın işleyişinde sorunlara yol açar. Hastalık, aile sisteminin işleyişini bozan bir durumdur ve hastalık sürecinde aile, sosyal çevre ve arkadaşlar etkin bir rol üstlenirler. Ailenin hastalık durumunda yaşam kalitesine çoğunlukla olumlu katkısı vardır ancak olumsuz katkısı da ihmal edilemez. Olumlu bir sosyal çevrede bulunma bireyde bir gruba ait olma duygusu uyandırarak kendine güven ve benlik saygısını, dolaylı olarak yaşam kalitesini

arttırır. Yaşanılan kişi ve akrabalar güçlü sosyal destek sağlar. Güçlü sosyal destek, paylaşma duygusunun verdiği rahatlıktan dolayı bireylerin tedaviye, yaşam şekli değişikliklerine uyumunu artırır ve hastalıkla daha kolay baş etmesini sağlar. Kristofferzon, Löfmark, Carlsston (2005) myokard infarktüsü sonrası baş etme, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, erkeklerde her şeyi şans ve kadere bırakan baş etmenin daha az olduğunu, kadınların ise çoğunlukla kaçamaklı baş etmeyi kullandıkları ve kadınların erkeklere göre çocuklarından ve din adamlarından daha fazla destek aldıklarını belirlemişlerdir. Tseng ve Ruey (2000)'nin çalışmasında da ailesi ile birlikte yaşayan kişilerin yaşam kalitesi puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Kerem ve arkadaşları (2001)'nin huzur evi ile evde yaşayan yaşlı bireyleri karşılaştırdığı çalışmalarında, huzur evinde yaşayan bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden evde yaşayan bireylere göre daha fazla zorluk yaşadıklarını belirlemişlerdir. Eski (1999)'nin yaptığı çalışmada da, hastaların evde yaşadıkları kişilere göre yaşam kalitesi puanlarını istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hastaların yaşadığı kişiler ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Değirmenci 2005, Durademir 1998).

Bireylerin oturdukları konut tipine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 12). Çalışmada apartman tipi evde yaşayanların yaşam kalitesi puanlarının, müstakil evde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireylerin yaşadıkları yer sosyokültürel özellikleri ile ilişkilidir. Gecekondu tipi evlerde yaşayan bireyler genellikle sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerdir. Ayrıca gecekondu tipi evler sağlıksız konutlardır. Apartman tipi evler ise ısı, hijyen gibi konularda daha sağlıklı konutlardır. Bu nedenle apartman tipi evlerde yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Eski (1999)'nin çalışmasında da hastaların yaşadığı yer ile yaşam kalitesi arasındaki anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Değirmenci (2005)'nin çalışmasında da benzer şekilde apartman tipi evde yaşayanların yaşam kalitesi puanlarının, müstakil evde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Bireylerin oturdukları konut tipinin ısınma özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13). Sobalı evlerde oturan bireylerin yaşam kalitesi puanları, kaloriferli evlerde yaşayan bireylere göre düşük bulunmuştur. Sobalı evlerde oturan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının düşüklüğünün nedeninin; bireylerin gelir durumunun daha düşük olması, ısınmak için daha fazla fiziksel enerji harcamaları, ev içindeki ısı farklılıklarının olduğu düşünülebilir. Periferik

arter hastalıklarında damarın tıkanması veya daralmasına bağlı olarak ekstremitenin distali soğuktur ve kanlanması azalmıştır. Kan akımı kolletareller tarafından kısmen sağlansa da ekstremiteler ağrılıdır ve soluk renktedir. Dolayısıyla tedavinin amacı, ekstremiteye en kısa zamanda kan akımı sağlayarak, hem hastanın ağrısını azaltmak hem de ekstremitenin renginin düzelmesini sağlamaktır. Bu nedenle damar hastalıkları olan bireylerin soğuk ortamlarda bulunmamaya dikkat etmeleri gerekir. Çünkü soğuk vazokonstriksiyona neden olarak hastaların şikâyetlerini şiddetlendirir (Erdil ve Erbaş 1999). Bunlardan dolayı bireylerin yaşadıkları ortam ve özellikleri yaşam kalitelerini ve hastalık özelliklerini etkilemektedir.

Bireylerin sigara kullanımına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14). Sigara kullanan bireylerin yaşam kalitesi puanları, sigara içmeyen ve sigarayı bırakmış bireylere göre düşük bulunmuştur. Periferik arter hastalığının ilerlemesi ve gelişmesinde birincil risk faktörü sigaradır (Gardner, Killewitch, Montgomery 2004). Sigara içenlerde içmeyenlere göre periferik arter hastalığı riski üç kat daha fazla olup periferik arter hastalığı bulguları on yıl daha önce başlar (Sadıkoğlu, Özçakır, Uncu, Yıldız 2002, Schmider, Comerota 2001). Sigara bilindiği gibi başlıbaşına vazospastik bir ajan olduğundan kardiyovasküler hastalıkların en önemli nedenidir. Ayrıca sigara atheroskleroz gelişimine yol açan en önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Nikotin, inhalasyonla vücuda giren miktarına bağlı olarak uyarıcı veya yatıştırıcı etki oluşturan ve güçlü alışkanlık yapan bir maddedir. Sigara, sempatik aktivasyon yoluyla plazmadaki adrenalin ve noradrenalin konsantrasyonunu yükselterek kalp atım sayısını, kan basıncını, kalp dakika hacmini ve koronerlere gelen kan miktarını artırır; periferik vazokonstriksiyon yapar dolayısıyla deri sıcaklığının azalmasına ve ağrıya neden olur (Solak 1997). Ağrı kişiyi fiziksel olarak kısıtlar, üretici konumdan uzaklaştırır, psikolojik olarak zorlar, uyku bozukluklarına neden olarak yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur (Varlı ve ark.2005). Gardner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2004)' da başlangıçta sigara içen bireylerin puanları, sigara içmeyen gruba göre ağrı, genel sağlık, mental sağlık ve yaşama bağlılık alanlarında anlamlı derecede düşük bulunmuş ancak egzersiz ve rehabilitasyon programından sonra düzelmeye olduğu, ancak sigara içen grupta baldır kan akımının daha düşük kaldığı belirlenmiştir. Bauman ve arkadaşları (1997)' nin yaptığı bir çalışmada ise sigara kullananların yürüme mesafeleri, daha önce kullanmış ve bırakmış olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bloemenkamp ve arkadaşları (2003)' nin yaptığı bir çalışmada ise, sigara kullanımı ile SF-36'nın 8 alanında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır

($p>0,05$). Eski (1999)'nin çalışmasında da benzer şekilde hastaların sigara kullanmaları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bireylerin şikâyetlerinin başlangıç zamanına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 15). Şahin (1996)'in, çalışmasında bypass geçiren hastaların hastalık süresi 6 ay ve daha az olan hastaların fiziksel fonksiyonelliklerinin, ağrılarının, enerji/canlılık düzeylerinin ve duygusal rol sınırlamalarının, hastalık süresi 7 ay ve daha fazla olan hastalara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. Solak ve Başer (2003)'in yaptıkları çalışmada, hastalık süresi arttıkça hastaların yaşam kalitesi puanlarının düştüğü ve umutsuzluğun arttığı görülmüştür. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda, hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (Bloemenkamp 2003, Eski 1999, Durademir 1998). Periferik arter hastalığı gibi kronik ve ilerleyen hastalıkla uzun süre birlikte yaşamak bireylerin fiziksel gücünü ve iyi olma halinin olumsuz etkilenmesine ve eski sağlığını yeniden kazanma umudunu yitirmesine neden olur. Şikâyetlerinin başlangıç zamanı 12 ayın üzerinde üzeri bireylerin yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olma nedeni, ilerleyen zamanla beraber yaşlarının da artması ile fiziksel yetersizliklerin meydana gelmesi, destek gereksinimlerinin ve umutsuzluğun artması, hastaneye tekrarlı yatışlar, cerrahi girişimler ve kronik bir hastalığa sahip olmanın verdiği olumsuz duyguları sık yaşama nedeni ile olduğu düşünülebilir.

Bireylerin tedavi türüne göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (Tablo 16), arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Periferik arter hastalığı kronik ve ilerleyici ve şiddetli ağrı nedeniyle bireylerin baş etme gücünü zayıflatan bir hastalıktır. Hastalar bu nedenle yaşadıkları ağrıdan kurtulmak ister. Arter hastalıklarında ağrı şiddetlidir (Hofman, Ryan, Arnold 1997). Bu nedenle periferik arter hastalığı olan hastaların tedavi seçeneklerinde önemli olan bireylerin yaşam kalitelerini azaltan ağrı gibi sıkıntılarının ortadan kalkmasıdır (Bloemenkamp 2003). Bu nedenle tedavinin türünden çok hastaların şikâyetlerini azaltan tedavi yönteminin yaşam kalitesini etkileyeceği düşünülebilir.

Bireylerin şikâyetleriyle baş etmelerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($P>0,05$) (Tablo 17). Bu çalışmada, hastaların, %21.7'si ilaçlarını kullanmadıklarını belirtirken, %30'u ise şikâyetleriyle baş etmek için hiçbir şey yapmadıklarını belirtmişlerdir. Periferik arter hastalığında yaşanan ağrı bireylerin baş etme gücünü olumsuz etkiler. Bilindiği gibi periferik arter hastalarına genellikle ağrıyı

azaltmak için, bozulmuş perfüzyonu düzeltmek amacıyla vazodilatatör ve ağrı kesici ilaç tedavisi uygulanır. Ancak hastaların pek çoğunun ağrısı bu tedaviyle giderilemez. Bu nedenle hastalar ilacın yararına inanmaz, daha fazla ilaç almak istemezler ve sağlık ekibine güvenlerini kaybederler. Bunun dışında hastalar hastalıklarını kadere bağlayarak kendiliğinden geçmesini beklerler. Utkan'ın (2000) yaptığı çalışmada, hastaların %64'ü tedavilerini tam uygularken, %30'u ise tedaviyi tam olarak uygulayamadıklarını belirtmişlerdir. Eski'nin çalışmasında (1999) hastaların ilaç programına uyma durumları ile yaşam kalitesi ortalama puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özkan ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, bireylerin %26.8'inin ilaçları kullanması gerektiği süreden önce kestiği ve bu tutumun erkeklerde daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Değirmenci'nin (2005) çalışmasında da ilaç kullanma durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında sosyal fonksiyon, ağrı, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması, zindelik, genel sağlık puanları arasındaki farklılığın anlamlı, diğer alanlarda ise anlamsız olduğu bulunmuştur.

Bireylerin hastalıkları hakkındaki düşünceleri ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel analizi sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 18). Çalışmamızda hastaların hastalıklarını "kader" olarak ifade ettikleri ve iyileşeceğini düşünen bireylerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların kronik bir hastalığa sahip olmanın verdiği olumsuz duyguları yaşamaları, sağlık personeline olan güvenlerini kaybetmeleri, etkili tedavinin uygulanmadığını düşünmeleri, düzenli ilaç kullanmama, ağrılarının devam etmesi, özbakım yeteneklerinde azalma, bulguların şiddetli olması, hastalığın tekrarlaması bireylerin mental ve fiziksel sağlıklarını algılamalarını bozarak gelecek ile ilgili ümit ve güven duygularını azalttığı düşünülebilir. Utkan'ın (2000) yaptığı çalışmada, da hastaların hastalığın nedenini "kader"e bağladıkları belirlenmiştir.

Bireylerin gelecek hakkındaki düşünceleri ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel olarak karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlaması, mental sağlık, genel sağlık yönünden anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 19). Periferik arter hastalığında bireyler yaşadıkları şiddetli ve geçmeyen ağrıdan dolayı uyuyamazlar, dinlenemezler ve yapmaları gereken işlere yoğunlaşamazlar. Gece gündüz ağrı ile mücadele etmekten yorulurlar. Bu nedenle hastalar kendilerini zinde ve sağlıklı hissedemezler, fiziksel rollerini yapamazlar. Tüm bunlar bireylerin gelecek hakkındaki düşüncelerini de olumsuz etkiler, geleceğe umutla bakamazlar.

Utkan'ın (2000) yaptığı çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun hastalıklarından dolayı üzüntü duydukları, bunların yanı sıra korku, çaresizlik, şok, kabullenme, isyan, hiçbir şey hissetmeme gibi duygular yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Bireylerin uyku özelliği ve yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel analizi sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 20). Çalışmamızda uyku sorunu yaşayan bireylerin, fiziksel fonksiyon, mental sağlık, ağrı, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar, uyku sorunu yaşamayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Uyku, Maslow'un temel insan gereksinimleri içerisinde ilk sıralamada yer almaktadır. Uykunun organizmaya sağladığı dinlenme, rahatlama ve epitelyum hücrelerinin rejenerasyonu gibi yaşamsal katkıları nedeniyle hastaların yeterli uyumaları önemlidir (Yıldırım 2001). Uyku düzeni bireylerde çeşitli etkenlere ve yaşam koşullarına bağlı olarak değişiklik gösterir. Hasta olma ve hastaneye yatma bireylerin günlük yaşamlarını etkiler. Korku, stres, anksiyete gibi durumlar uyku kalitesini bozar. Uyku kalitesinin bozulması bireylerin duygu, düşünce ve motivasyonunun bozulmasına neden olabilir. Yetersiz uyuyan insanlar bilişsel ve fiziksel çökkünlük yaşar. Bu durum bireylerde, yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya karşı duyarlılığın artmasına, uyumsuzluğa ve günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına neden olur. Wann-Hansson ve arkadaşları (2005)'nin yaptığı bir çalışmada, hastaların gün içinde en çok ağrı ve uyku bozukluklarından yakındıkları saptanmıştır. Ertekin'in (1998) yaptığı çalışmada, hastanede bulunan kadınların uyku kalite puanları erkeklerden daha düşük olduğunu belirlemiştir. Ertekin(1998)'in belirttiğine göre Southwell ve Wistow (1995) yaptıkları çalışmalarında, cerrahi kliniklerde yatan hastaların, uyku kalite puanlarının, dâhiliye kliniklerde yatan hastalardan daha düşük olduğunu saptamışlardır. Rosenberg ve arkadaşları (1996)'da çalışmalarında cerrahi kliniklerde yatan hastaların %23'ünde düşük uyku kalitesi saptamışlardır. Buyyise ve arkadaşları (1991), yaşlı bireylerin uyku kalitesinin genç bireylerden daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Ertekin (1998) 'in yaptığı çalışmada, hastaların ağrı nedeniyle uykularından sık sık uyandıklarını, uykuya dalmakta güçlük çektiklerini aynı zamanda ağrının yanı sıra rahat bir pozisyonda yatamadıklarında uykusuzluk şikâyetlerinin daha fazla arttığını ve uyku kalite puanlarının düştüğünü belirlemiştir. Aynı çalışmada uyku ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel analizinde fark anlamlı bulunmamıştır (Ertekin 1998).

VII. SONUÇLAR

Bu araştırma periferik arter hastalığı olan hastaların, yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesine etki eden etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar:

Tablo 2

Araştırma kapsamına alınan bireylerin, kişisel özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Tabloya göre araştırma kapsamına alınan bireylerin %66,7'sinin 60 ve üzeri yaşta, %88,3'ünün erkek, % 65'inin zayıf, %91,7'sinin evli, %50'sinin ilköğretim mezunu %26,7'sinin emekli, %63,3'ünün kendi maaşının var olduğu, %91,7'sinin eşiyle yaşadığı, tümünün %100 sağlık güvencesinin var olduğu, %56,7'sinin gecekonduda da %60'ının sobalı evde oturduğu, %50'sinin sigara kullandığı, %36,7'sinin sigarayı bıraktığı saptanmıştır.

Tablo 3

Bireylerin, hastalık özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Bireylerin %56,7'sinin şikâyetlerinin bir yıl önce başladığı, %53,3'üne cerrahi tedavi uygulandığı, %25'inin ikinci cerrahi girişimi olduğu, %36,7'sinde ilk şikâyetin ağrı ve klaudikasyon olduğu, %69,2'sinin uyku sorunu yaşadığı, %95'inde hareket kısıtlılığı bulunduğu, %48,3'ünün şikâyetleri ile baş etmek için hekime gidip ilaç aldığı, %30'unun hiç bir şey yapmadığı, %46,7'sinin iyileşip iyileşmeyeceğini bilmediği, %40'ının sakat kalma korkusu yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4

Araştırmaya alınan bireylerin, yaşları ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel analizi sonucunda gruplar arasında, fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi puanları arasındaki fark anlamsız ($p>0.05$), diğer alanlarda anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının önemli oranda düştüğü saptanmıştır.

Tablo 5

Bireylerin cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi alanlarına ilişkin puan ortalamalarından, sosyal fonksiyon, zindelik, genel sağlık yönünden gruplar arasında istatistiksel farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) diğer alanlarda anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Kadınların erkeklerle göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6

Çalışmaya alınan bireylerin BKİ ve yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 7

Bireylerin medeni durumu ve yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında gruplar arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bekâr olanların yaşam kalitesi puanlarının evli olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 8

Çalışmada eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Tablo 9

Araştırma kapsamına alınan bireylerin, mesleki durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada emeklilerin diğer meslek gruplarına göre yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 10

Bireylerin, ekonomik gelir kaynaklarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bir ekonomik gelir kaynağı olan bireylerin, yaşam kalitesi puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Tablo 11

Araştırma kapsamına alınan bireylerin, birlikte yaşadığı kişilere göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yalnız yaşayan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının eşi ile yaşayanlardan oldukça düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 12

Çalışmada bireylerin oturdukları konut tipine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Apartmanda yaşayan bireylerin gecekonduda yaşayan bireylere göre yaşam kalitesi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Tablo 13

Bireylerin, oturdukları konut tipinin ısınma özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmada sobalı evde oturan bireylerin yaşam kalitesi puanları kaloriferli evde yaşayanlara göre düşük bulunmuştur.

Tablo 14

Araştırma kapsamına alınan bireylerin sigara kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel analizi sonucunda gruplar arasında farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada sigara içen bireylerin puanlarının, sigara içmeyen gruba göre anlamlı derecede düşük olduğu, sigaranın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisinin bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 15

Bireylerin, şikâyetlerinin başlangıç zamanlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastalığa ilişkin şikâyetlerin başlangıcının yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 16

Çalışmada hastalığın tedavi türüne göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Hastalığın tedavi türünden çok hastaların yaşam kalitesini düşüren bulguların (ağrı) ortadan kaldırılmasının daha etkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 17

Bireylerin, şikâyetleriyle baş etmelerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Şikâyetlerle baş etme şeklinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur.

Tablo 18

Bireylerin, hastalıkları hakkında ne düşündüğü ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastalık hakkında olumlu düşünmenin yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır.

Tablo 19

Araştırma kapsamına alınan bireylerin gelecek hakkındaki düşünceleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlaması, mental sağlık, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi puanları yönünden istatistiksel farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 20

Çalışmada bireylerin uyku ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının istatistiksel analizi sonucunda gruplar arasında farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Uyku sorunu yaşamayan bireylerin fiziksel fonksiyon, mental sağlık, ağrı, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi puanların yüksek olduğu saptanmıştır.

VIII. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen verilerin, değerlendirilmesi sonucunda;

1. Periferik arter hastalığının gelişmesinde ve ilerlemesinde birincil risk faktörü sigaradır. Çalışmamızda sigara içen bireylerin yaşam kalitesi puanları içmeyen gruba göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre periferik arter hastalıklarından korunmak ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için topluma ve kalp damar cerrahisi kliniklerinde yatan hastalara sigaranın zararlı etkileri konusunda bilgi verilmesi,
2. Periferik arter hastalığı olan hastaların yaklaşık olarak %90'ında neden atherosklerozdur. Bu bilgiye göre toplumun ve kalp damar cerrahisi kliniklerinde yatan hastaların atheroskleroza neden olan risk faktörleri konusunda bilgilendirilmesi,
3. Periferik arter hastalıkları yaşam stili ile ilişkili olup, yönetimi yaşam stilinde değişiklik yapma ve egzersiz eğitimini içerir. Kalp damar cerrahisi kliniklerinde çalışan hemşirelerin diyet, ilaç, egzersiz, kilo düzenlemesi, sigarayı bırakma, cilt bütünlüğünü koruma, ekstremitelerin ılık tutulması ve uygun pozisyon gibi yaşam kalitesini arttıran özbakım davranışları konularında taburculuk planı yapmaları ve kliniklerde hastalar için egzersiz eğitim programı düzenlemeleri,
4. Periferik arter hastalığı olan hastalar şiddetli ağrı yaşarlar. Bu hastalarda ağrı kontrolü zor olduğu için bireylerin günlük yaşam aktiviteleri sınırlanır ve yaşamları olumsuz etkilenir. Hemşirelerin bu nedenle hastanın ağrısını azaltmak için uygulanan farmakolojik yöntemlerin yanında nonfarmakolojik yöntemlerle ağrının azaltılmasına yardımcı olmaları,
5. Hemşire, nörolog, anestezi uzmanı, farmakolog, psikiyatrist, fizik tedavi uzmanı gibi ağrı ile ilişkili meslek üyelerinin işbirliği içinde çalışarak periferik arter hastalarının ağrısının azaltılması,
6. Çalışmada ailesi ile birlikte yaşayan bireylerin yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur. Sosyal destek, olumlu bir baş etme kaynağıdır. Bu nedenle zor yaşam olaylarında bireylerin baş edebilmesi için vazgeçilemeyen bir kaynak olarak kabul edilir. Bu

bağlamda hastanın klinikte yattığı süre içinde aileleri ile birlikte olmalarının sağlanması,

7. Çalışmada hastalık hakkında olumlu düşünmenin yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır. Bu bağlamda bireylerin hastalıkları ile etkili baş etmelerini sağlayacak özbakım davranışları öğretilerek/desteklenerek, yaşamında yapması gereken değişikliklere uyumu artırılarak hastalığı hakkında olumlu düşüncelerinin sağlanması önerilmektedir.

IX. ÖZET

Bu araştırma, periferik arter hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesine etki eden etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sivas Sultan I. İzzettin Keykavus Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi kliniklerinde periferik arter hastalığı tanısı ile yatan 60 hasta alınmıştır. Araştırmada veriler, “Periferik Arter Hastalığı olan Hastalara Yönelik Kişisel Bilgi Formu” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)” kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Man-Whitney U testi, Kruskal-Wallis ve student t test kullanılarak hesaplanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, bireylerin %88.3'ünün erkek, çoğunluğunun 60 yaş ve üzerinde, %50'sinin ilköğretim mezunu, %56.7'sinin gecekonduda, %60'ının sobalı evde oturduğu, %50'sinin sigara kullandığı, çoğunluğuna cerrahi tedavi yapıldığı, ilk şikâyetlerin ağrı ve klaudikasyon olduğu, %40'ının sakat kalma korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmada ele alınan bağımsız değişkenlerin çoğunluğunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu, BKİ', tedavi türü, şikâyetlerle nasıl baş edildiği ve gelecek hakkındaki düşüncelerin yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur. Çalışma sonucuna göre periferik arter hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin oldukça düşük olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, periferik arter hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini etkileyen etmenler ele alınarak, periferik arter hastalığı olan hastalara yönelik öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, periferik arter hastalığı, hemşirelik

ABSTRACT

This study was made to determine the quality of life and factors that effect quality of life people with peripheral arterial illness. This study was made on 60 patients with peripheral arterial illness in Cardiovascular Surgery clinics in Sivas Cumhuriyet University Hospital and Sivas Sultan I. İzzettin Keykavus Hospital. In the study, datums were gained by means of ‘‘Personal Information Form of Patients with Peripheral Arterial Illness’’ and ‘‘ Quality of Life Scale (SF-36)’’ by the researcher. Gained datum were calculated by using the test of importance of difference between two avarage, Man-Whitney U test, Kruskal- Wallis test and Student t test.

According to the findings, that were gained in the research, %88.3 of patients are male, most of them are over 60 years old, %50 have primary school education, %56.7 live in squatter’s house, %60 live in houses with stoves, %50 smoke, most of them had surgical treatment, %40 have scare of being disabled. İn the study it is seen that BKİ, type of teratment, type of overcome and ideas for the future don’t have any influence on life quality but the other variables that affect peripheral arterial illness have effects on quality of life. According to the to the result the study of peoples with peripheral arterial illness is determined that total quality of life was fairly low.

With the direction of results that were gained, dealing with the factors that affect quality of life of patients, some advices were developed for the with peripheral arterial illness.

Key Words: Quality of life, peripheral arterial illness, nursing.

X. KAYNAKLAR

1. Acaray A, Pınar R (2004) Kronik Hemodiyaliz Hastalarını Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(1):1.
2. Adaylar M.(1995) Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yöntemleri, Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
3. Akdemir N (1994) Kalite-Maliyet ve Hemşirelik: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(1): 45–54.
4. Allen CR, Kulbaski MJ, Smith BR (2001) Periferik Arter ve Ven Hastalıkları Hurst Kalp Hastalıkları El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, 559- 561.
5. Anderson I (2000) Quality of Life and Leg Ulcers: Will NHS Reform Address Patient Nedd? British Journal of Nursing, 9(3).
6. Aslan FE (2002) Ağrı Değerlendirme Yöntemleri: Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1):9.
7. Aquarius AE, Denollet J, Hamming JF, Vries J (2005) Role of Disease and Type D Personality in Outcomes in Patient with Peripheral Arterial Disease, Am J Cardiol, 96: 996.
8. Arslan Ş, Kutsal Y (1999) Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi, Turkish Journal of Geriatrics, 2(4): 173–178.
9. Aslan FE, Badır A (2005) Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirmeleri ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları, Ağrı, 17(2): 45.
10. Aydemir Ö (1999) Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form–36 (SF–36) , 3P Dergisi Cilt 7 (Ek 2) :14–22.
11. Azak A, Karamanoğlu A, Sert H, Çetinkaya B, Çınar İ, Kontrol A (2004) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, 8- 10 Nisan 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu.
12. Bakoğlu E, Yetkin A (2000) Hipertansiyonlu Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1):41–42.
13. Bauman HC, Arthur HM (1997) Relationship Between Functional Exercise Capacity and General Quality of Life in Nonsurgical Patients with Lower-extremity Peripheral Arterial Disease, Journal of Nursing, 15:21–8.
14. Bertan M, Güler Ç (1997) Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı, 2.Baskı, Ankara, 366–367.
15. Berker E, Dinçer N (2005) Kronik Ağrı ve Rehabilitasyonu, Ağrı, 17(2):14.
16. Beser N, Öz F (2003) Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete- Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1):48.

17. Bick C (2003) Intermittent Claudication, Nurs Stand, Jul 2–8; 17 (42): 45.
18. Bloemenkamp DGM et all (2003) Functionl Health and Well-being of Relatively Young Women with Peripheral Arterial Disease is Decreased but Stable After Diagnosis, Journal of Vasculer Surgery, 38:106–108.
19. Bottomley A. (2002) The Cancer Patient and Quality of Life, The Oncologist, 7: 120–125.
20. Boyacı A, Boyacı B (2003) Diabetes Mellitus ve Kardiyovasküler Sistem, Türk Kardiyoloji Seminerleri 2003, 3(2):116-124.
21. Bruni K, Hoosier-Paty D, Hoffman G (1996) The Quality of life of the Limb-Threatened Patient After Lower-extremity Revascularization, Journal of Vasculer Nursing, 14: 99–103.
22. Buzlu S (1999) Diabetin Psikolojik Yönü, Hemşirelik Bülteni, 12(45):107- 109.
23. Carpenito- Moyet LJ (2005), (Çeviren: Firdevs Erdemir) Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
24. Chong P, Kwok H (2004) Endovascular Management of Peripheral Arterial Occlusive Diseases, Annals of the College of Surgeons of Hong Kong, 8(4): 145.
25. Çıkım SA, Mantar F, Özbey N, Orhan Y (2004) Fazla kilolu ve Şişman Kadınlarda Şişmanlık Tipleriyle Kardiyovasküler Risk Göstergeleri Arasındaki İlişki, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 64(4): 200–204.
26. Çınar D N, Alvur T M, Uçar F, Topsever P, Görpelioğlu S, Akgül Ş (2002) Çıracılık Eğitimi ve Lise Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması, Çocuk Formu Dergisi, 5(2):12.
27. Daşkapan A, Tüzün EH, Albayrak G (2004) Akut Mekanik Bel Ağrılarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri: Sağlık ve Toplum Dergisi, 14(2): 31.
28. Değirmenci ÇA (2005) Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerine Etki Eden Etmenlerin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas. Cumhuriyet Üniversitesi.
29. Demiralp E, Ulusoy ER, Uslu M., Kırılmaz A., Cebeci S.B, Özmen N, Kardeşoğlu E, Us HM (2004) Kardiyovasküler Risk Faktörü Olarak Fibrinoje'nin Atheroskleroz Tedavi ve Takibinde Kullanımı, Gülhane Tıp Dergisi, 46(3): 232–237.
30. Donnelly R, Emslie-Smith AM., Gardner ID, Morris AD (2000) “ABC of Arterial and Venous Disease, Vascular Complications of Diabetes,”BMJ: 320; 7241;1062-6
31. Donaghue CC, Bohannon WR, Maljanian R, Frigan L, Horowitz S, MCGovern A (2000) Improved Health-Related Quality of Life 12 Months After Bypass or Anjioposti for Peripheral Arterial Disease, Journal of Vascular Nursing, 18: 75–82.

32. Dorgan S (2004) Management of Options for Patients with Intermittent Claudication, *British Journal of Nursing*, 12; 13: (8): 448.
33. Drucap K, et al (1992) Quality of Life Patients with Advanced Heart Failure, *J Heart Lung Transplant*, 11(2):273–279.
34. Durademir A (1998) Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Bakım Davranışları. Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
35. Durademir A (1999) Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz Bakım Davranışları, *Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Yayın Organı*, 3(1):20
36. Duran E (2004) Kalp ve Damar Cerrahisi, s:565–566, Çapa Tıp Kitabevi ve Yayın Hizmetleri. Edirne
37. Efferey JD, Kruspski CW (1989) Arter Sistemi (Çeviren, Dr. Erdal Anadol, Edt: Prof. Dr. Hikmet Akgül) *Çağdaş Cerrahi Tanı ve Tedavi 2. Cilt*, Hekimler Birliği Vakfı, 2. Baskı, Türkiye Klinikleri Yayınevi, 792–795.
38. Egan AD, Garg R, Wilt JT, Pettinger BM, Davis BK, Crouse J, Herd HJ, Hunninghake BD, Sheps SD, Kostis BJ, Et al (1999) Rationale and design of the Arterial Disease Multiple Intervention Trial (ADMİT) Pilot Study, *American Journal of Cardiology*, 83: 569–575.
39. Erci B, Ünal G, Bingöl M "Sağlıklı Yaşlanma" Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Ankara.
40. Erdil F, Elbaş ÖN (1999) Periferik Damar Hastalıklarında Tanı ve Hemşirelik Bakımı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 3 Baskı, Ankara, s:335–6, 348- 367.
41. Ertekin Ş (1998) Hastanede Yatan Hastaların Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas. Cumhuriyet Üniversitesi.
42. Eski S (1999) Myokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi
43. Fidaner H, Fidaner C, Eser SY ve ark.(1999) Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF: 3P Dergisi, 7 (ek-2): 5–6.
44. Fried RE (2002) Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Disease, *JAMA*, 287(3): 315–6
45. Furlong W (2001) Venous Disease Treatment and Compliance: The Nursing Role, *British Journal of Nursing*, 10(11):18- 35.
46. Gardner AW, Killewitch LA, Montgomery PS (2004) Response to Exercise Rehabilitation in Smoking and Nonsmoking Patients with Intermittent Claudication, *J Vasc Surg*, 39:531–8.
47. Gibson JME, Kenrick M (1998) Pain and Powerlessness: the Experience of Living with Peripherical Vasculer Disease, *Journal of Advanced Nursing*, 27: 737–45.

48. Heper C (2004) Multidisipliner Kardiyoloji, Nobel Güneş Tıp Kitapevi, 2.Baskı, Bursa, 251–252, 301–302.
49. Hirsch AT, Crigui MH, Treat-Jacobson D, et all (2001) Peripheral Arterial Disease Detection, Awareness and Treatment in Primary Care, JAMA 286(11): 1317–24
50. Hofman C, Ryan T J,Arnold F (1997) Pain in venous ulcers, J. Wound Care 6(5) :222- 224.
51. Jill J.F. Belch (2002) Metabolic, Endocrine and Haemodynamic Risk Faktörs in the Patient with Peripheral Arterial Disease, Diabetes, Obesity and Metabolizm, 4(2): 7.
52. Johnstone CC (2003) Living with Peripheral Vascular Disease: a Review of the Literature, Prof. Nurse, 18(8): 446.
53. Kara B, Feşçi H (2000) Tip I. Diabet Hastalarının Öz Bakım Gücünün İncelenmesi, Sendrom Dergisi, 12(4):28- 30.
54. Karabulut ÖÖ, İz BF (2002) Yaşlılarda Yaşam Kalitesi, Hemşirelik Formu Dergisi, 5(6) : 51–53.
55. Karadakovan A, Yıldırım YK (2004) Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki: Türk Geriatri Dergisi, 7(2): 79.
56. Karch AM (1995) Pain, Pills and Possibilities Drug Therapy in Peripheral Vasculer Disease, AACN Clin Issues, 6(4): 614.
57. Katz N (2002) The Impact of Pain Management on Quality of Life: Journal of Pain Smtom Manage, 24 (I Suppl) : 538–47.
58. Kempezinski RF (2000) The Cronically Ischemic leg: An Overview In: Rutherford RB. (Ed), Vascular Surgery, 5.th Ed. WB Saunders CO: 917–927.
59. Kerem M ve ark (2001) Ev Ortamında ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi, Turkish Journal of Geriatrics, 4(3):106–112.
60. Kırdı N, Cavlak U, Meriç A, Kerem M, Doğal Çevrelerinde ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Risk Faktörlerinin İncelenmesi, ”Sağlıklı Yaşlanma” Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Ankara.
61. Kristoferzon ML, Löfmark L, Carlsson M (2005) Coping, Social Support and Quality of Life Over Time After Myocardial İnfarction, Journal of Advanced Nursing, 52(2):113–124.
62. Kinney MR (1995) Assesment of Quality of Life Recovery Settings, J. Cardiovas Nurs, 10(1): 88–96.
63. Kopuz K, Özbey N, Kazancıoğlu R, Orhan Y (2000) Şişman Kadınlarda Kardiyovasküler Riskin saptanmasında Bel Çevresi / Boy Oranı Düzeyleri” İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 63(3):

64. Köksal C, Sarıkaya S, Özcan V, Zengin M (2003) Koroner Revaskülarizasyon Gerektiren Hastalarda Ek Vasküler Cerrahi Girişimler, *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 34(3): 127.
65. Kömürcüoğlu B, Ballıoğlu M, Öztuna I, Büyüksirin M, Işık E, Perim K (2000) KOAH'lı Erkek Olgularda Depresyon, *Toraks Dergisi*, 1(3):31–34.
66. Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O (2001) Ameliyat Olan ve Olmayan Kronik Periferik Hastalığı Olanlarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(4):213-221.
67. Kültürsay H, Yavuzgil O (2003) Obezite ve Kardiyovasküler Risk, *Türk Kardiyoloji Seminerleri 2003*, 3(2):129-135.
68. Lewis S, Collier I, Heitkemper M (1996) *Medical-Surgical Nursing: Mosby St Louis Baltimore, Singapore, Tokyo, Toronto. Fourth Edition.*
69. Macduff C (2000) Respondent-Generated Quality of Life Measures: Useful Tools For Nursing or More Fool's Gold?, *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), s:375.
70. McGrath C, Robb R, Lucas AJ, Stewart AHR et all (2002) A Randomised, Double Blind, Placebo-controlled Study to Determine the Efficacy of Immune Modulation Therapy in the Treatment of Patients Suffering from Peripheral Arterial Occlusive Disease with Intermittent Claudication, *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 23: 381–7.
71. Meeberg GA (1993) Quality of Life: A Concept Analysis: *Journal of Advanced Nursing*, 18: 32–38.
72. Meru VA, Mitra S, Thyagarajan B, Chugh A (2005) Intermittent Claudication: An Overview, *Atherosclerosis*, 1–7.
73. Mollaoğlu M, Durna Z, Esat E (2001) Epilepsili Hastaların Yaşam Kalitesinin QOLIE–89 ile Değerlendirilmesi, *Epilepsi Dergisi*, 7(3), s:73- 80.
74. Murabito MJ, Evans CJ, Nieto K, Larson GM, Levy D, Peter WF. Wilson (2002) Prevalence and Clinical Correlates of Peripheral Arterial Disease in the Framingham Offspring Study, *American Heart Journal*, 143: 961–5.
75. Muray S (2000) *Care of Patients Requiring Vaskuler Surgery* (edt Rosemary Pudner Bailliere Tindal), *Nursing the Surgical Patient* Edinburg London New York, Philadelphia st. Loui Sydney Toronto, 437–439.
76. Oka KR, Altman M, BS, Giacomini CJ, Szuba A, Cooke PJ (2004) Exercise Patterns and Cardiovascular Fitness of Patients with Peripheral Arterial Disease, *Journal of Vascular Nursing*, 22: 109–14.
77. Oka KR, Sanders GM (2005) The İmpact of Type 2 Diabetes and Peripheral Arterial Disease on Quality of Life, *J Vasc Surg*, 23:61-6.

78. Olson WPK, Treat-Jacobson D (2004) Symptoms of Peripheral Arterial Disease: a Critical Review, *Journal of Vascular Nursing*, 22: 72–77.
79. Onat A (2004) Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Kalp-damar Hastalıklarından Korunma Stratejileri, *Sendrom*, 32; 9:
80. Ouriel K (2001) Detection of Peripheral Arterial Disease in Primary Care: *JAMA*, 286(11): 1380–1381
81. Özer C (1999) Alt Ekstremitte Tıkaçıcı Arter Hastalığında Perkütan Transluminal Anjioplasti ve Stent Uygulaması, Çukurova Üniversitesi Uzmanlık Tezi, Adana.
82. Özkan S, Özbay OD, Aksakal EN, İlhan MN, Aycan S (2005) Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları: *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5): 229.
83. Pınar R (1995) Diyabetli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Yaşam Kalitelerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
84. Pınar R (1997) Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, *Sendrom*, 9 (9): 117–123.
85. Rasmussen D, Bannoson S, Smith J, Mike EPP, Hay M, Gable C, Abbott CD, Dawnklein “Patients Outcomes After Peripheral Revascularization Surgery,” *Journal of Vascular Nursing*. 2001; 19; 108–16
86. Sadıkoğlu G, Özçakır A, Uncu Y, Yıldız C (2002) Periferik Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri ve Klinik bulgular, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(3): 77–80.
87. Schalock FL (2004) The concept of Quality of Life: What We Know and Know and don't know, *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3):203.
88. Schmieder FA, Comerota AJ (2001) Intermittent Claudication: Magnitude of the Problem, Patient Evaluation, and Therapeutic Strategies, *Am J Cardiol*, 87(suppl):3D-13D.
89. Solak H (1997) Damar Hastalıklarında Semptomlar ve Teşhis Yöntemleri: Damar Hastalıkları ve Cerrahisi, Konya 1997, Üniversite Basımevi 1–2; 81–87.
90. Solak M, Başer G (2003) Meme ve Meme Dışı Kanserli Kadın Hastaların Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi: *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6(6):39.
91. Sonel A (2002) Sonel Kardiyoloji, Semih Ofset, 4.Baskı, 498–500.
92. Soykan A, Kumbasar H (1999) Kronik Ağrı Tedavisinde Psikiyatrik Yaklaşımlar, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2: 111.
93. Spronk S, Dolmen W, Boelhouwen RU, Veen HF (2003) The Vascular Nursing Practice: Results of Prescribed Exercise Training in Patients With Intermittent Claudication, *Journal of Vascular Nursing*, 21(4): 141.

94. Şahin B (1996) Sağlık Statüsünün Ölçülmesi: Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Sağlık Statüleri Üzerine Bir Araştırma, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
95. Şahin H (1997) Eski Bir Kavram Yeni Bir Ölçüt: Yaşam Kalitesi, Toplum ve Hekim Dergisi, 12(77):40–46.
96. Şimşek Z (2001) Ruhsal Bozukluğu Olan Kişilerin Yaşam Kalitesi, Sosyal Hizmetler ve Temel Sağlık Hizmetleri Sağlık ve Toplum Dergisi, 11(3):13–22.
97. Tabak SR, Bidar A (2004) Uzun Süren Hastalıklarda Öğrenilmiş Çaresizlik, 8- 10 Nisan 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu.
98. Taşkın L (1995) Doğum ve Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset, s:290–291, Ankara.
99. Taylor LM, Moneta GL, Porter JM (2000) Natural History and Nonoperative Treatment of Chronic Lower Extremity Ischemia” in: Rutherford RB, (Ed) Vascular Surgery, 5.th ed., WB Saunders Co, 928–943.
100. Tel H (1998) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitelerinin ve Geliştirilen Hasta İzlem Formunun Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
101. Tezel C, İçağasioğlu A, Karabulut A, Kolukısa Ş, Keskin H (2004) Geriatri Hastalarında Bilişsel Düzey, Depresyon, Fonksiyonel Kapasite Değerlendirilmesi, Türk Geriatri Dergisi, 4(4):206–210.
102. Treat-Jacobson D, Walsh ME (2003) Treating Patients with Peripheral Arterial Disease Claudication, Journal of Vascular Nursing, 21(1):5.
103. Treat-Jacobson D, Halverson SL, Ratchford A, Regesteiner JG, Lindquist R, Hirsch AT (2002) a Patient-Derived Perspective of Health-Related Quality of Life with Peripheral Arterial Disease, Journal of Nursing Scholarship, 34(1): 55.
104. Tseng Su-Zu, Ruey H (2000) Quality of Life and Related Among Eldely Nursing Home Residents in Southern Taiwan: Public Health Nursing, 18(5):304-311.
105. Tucker SM, Canobbio MM, Paquette EV, Wells MF (1996) Patient Care Standards, Mosby-Year Book, Inc. St. Louis, Missouri.
106. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, Ulusal Kalp Sağlığı Politikaları Ana Sağlığı İlkeleri www.tkd.org.tr
107. Tüzün HE, Eker L (2003) Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi, Sağlık ve Toplum Dergisi, 11(2):3–7.
108. Uğuz Ş, İnanç YB, Yerlikaya EE, Aydın H (2004) Endicott İşte Üretkenlik Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliliğinin Değerlendirilmesi, Türk Psikiyatri Dergisi, 15(3): 211–212.

109. Ulusel B ve ark (2004) Toplum İçinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Faktörleri, *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(4):199–205.
110. Utkan B (2000) Seçilmiş Kronik Hastalıklarda Hastanın Psikososyal Durumu. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
111. Varlı K, Çeliker R, Özen S, Oren H, Aypan Ü, Şahin A, Oruçkaptan HA (2005) Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 36(2): 111.
112. Vries M, Ouwendijk R, Kessels AG, Haan ME, Flobbe K et all (2005) Comparison of Generic and Disease-Specific Questionnaires for the Assesment of Quality in Patients with Peripheral Arterial Disease, *J Vasc Surg*, 41:261–8.
113. Vries SO, Kuipers WD, Hunink MGM (1998) Intermittent Claudication: Symptom Severity Versus Health Values, *J Vasc Surg*, 27: 422–30.
114. Walsche C (1995) Living With a Venous Leg Ulcer: A Descriptive Study of Patients Experiences, *Journal of Advanced Nursing*, 22:1092–1100.
115. Wann-Hansson C, Hallberg IR, Kleusgard R, Andersson E (2005) Patients Experiences of Living with Peripheral Arterial Disease Awaiting Intervention: Qualitative Study, *International Journal of Nursing Studies*, 42(8): 851- 862.
116. Ware JE, Sherbourne CD (1992) The MOS 36-İtem Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual Framework and Item Selection, *Med Care*, 30(6): 473–483.
117. WHOQOL GROUP (1996) What Quality of Life: World Health Forum, 17: 354–356.
118. Yaman H, Yaman A (2003) Migrenin Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri, *Sendrom*, 50–53.
119. Yazıcı K, Yazıcı A, Biçer A, Tot Ş, Şahin G, Buturak V (2003) Kronik Ağrı Hastalarında Anksiyete ve Depresyonunun Yaşam Kalitesine Etkisi, *Klinik Psikofarmoloji Bülteni*, 13(2): 72–77.
120. Yeşildal N, Aslan N (2003) Kardiyovaskuler Hastalıkların Önlenmesinde Beslenme Önerileri, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 12(7): 248.
121. Yetkin U, Gürbüz A (2002) Akut Arter Tıkanmalarına Genel Bakış, *Van Tıp Dergisi*. 9(1): 38.
122. Yıldırım KY, Uyar M, Fadılloğlu Ç (2005) Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi, *Ağrı*, 17(4): 17–21.
123. Yıldırım N (2001) Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.

XI. EKLER

EK I.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaş

≤59

≥60

2.Cinsiyet

Kadın

Erkek

3. Beden Kitle Endeksi

Boy

Kilo

4. Medeni durumu

Evli

Bekâr

5. Eğitim Durumu

Okuryazar değil

İlköğretim

Lise

6.Meslek (işçi, emekli,memur, çiftçi,ev kadını, öğrenci,işsiz.....)

7. Ekonomik Gelir Kaynağı

Gelir kaynağı yok

Kendi Maaşı

Diğer (mal varlığı, çocuklarının geliri...)

8. Sağlık Güvencesi

Var

Yok

9. Birlikte Yaşanılan Kişi

Yalnız

Eş

10. Oturulan konut tipi

Apartman

Gecekondu

11. Oturulan konut tipinin ısınma özellikleri

Soba

Kalorifer

12. Sigara kullanımı

- Var yıl... Adet\paket\gün
 Yok
 Bıraktım

HASTALIĞA İLİŞKİN VERİLER

1. Tıbbi tanı:

2. Periferik arter hastalığına ilişkin şikâyetleriniz ne zaman başladı?

- >12 ay ≤12 ay

3. Tedavinin türü: Tıbbi Tedavi Cerrahi Tedavi

4. Kaçınıcı cerrahi girişim

- Birinci İkinci Üç ve daha fazla

5. İlk şikâyetleriniz ne idi?

- Ağrı ve Klaudikasyo (yürürken topallama)
 3 ve daha fazla şikâyeti bir arada olanlar (Ayakta ve bacakta şişme, ısı artışı, morarma, uyuşma, soğukluk hissi)

6. Uyku sorunu yaşıyor musunuz?

- Evet
 Hayır

7. Hareket kısıtlılığı yaşıyor musunuz?

- Evet Hayır

8. Şikâyetlerinizle baş etmek için neler yaptınız? (Şikâyetlerinizle nasıl baş ettiniz?)

- Doktora gittim, İlaç aldım
 İlaç aldım ama kullanmadım
 Hiçbir şey yapmadım

9. Hastalığınız hakkında ne düşünüyorsunuz?

- İyileşemeyeceğimi
 İyileşeceğimi
 Bilmiyorum

10. Gelecek hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?(Gelecek kaygısı yaşıyor musunuz?)

EK II.

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36)

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun sol tarafındaki boşluğa bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığınız:

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda. Şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz.

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

SAĞLIĞINIZ GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİZ:

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok <u>Engelliyor</u>	Evet biraz <u>Engelliyor</u>	Hayır pek <u>Engellemiyor</u>
a. Koşu ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi <u>Büyük çaba</u> gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürGESİNİ İTMEK GİBİ <u>Orta/hafif</u> aktivitelerde	1	2	3
c. Paket veya Çanta taşırken	1	2	3
d. <u>Birkaç</u> merdiven çıkarken	1	2	3

e. <u>Bir</u> kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, Çömelirken	1	2	3
g. <u>Bir kilometreden fazla</u> yol yürürken	1	2	3
h. <u>Birkaç yüz metre</u> yürürken	1	2	3
i. <u>Yüz metrelik bir mesafeyi</u> yürürken	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikâyetçi oldunuz mu? (evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları		
Yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan</u> daha az mı verimli oldunuz.	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi <u>zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?</u>	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (Örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen dört hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (Örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları		
Yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi veya diğer aktiviteleriniz her zamankinden <u>daha az dikkatli mi yaptınız?</u>	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi. (sadece bir rakam işaretleyiniz.)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

7. Geçen hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (sadece bir rakam işaretleyiniz.)

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

8. Geçen dört hafta boyunca çektiğiniz ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi mi? (evde ve dışarıdaki işleriniz dâhil olmak üzere) (sadece bir rakam işaretleyiniz.)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça az	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

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

GEÇEN AY BOYUNCA

NE KADAR SÜRE

	<u>Her Zaman</u>	<u>Çoğunlukla</u>	<u>Biraz fazla</u>	<u>Bazen</u>	<u>Çok az</u>	<u>Hiç</u>
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşe kadar can. Sikkın	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve Huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
10. Sağlığınız akraba, arkadaş ziyaretleri gibi <u>sosyal aktivitelerinizi</u> sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

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

	<u>Kesinlikle Doğru</u>	<u>Çoğunlukla Doğru</u>	<u>Emin Değilim</u>	<u>Çoğunlukla Yanlış</u>	<u>Kesinlikle Yanlış</u>
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK -3**SF-36 DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ**

Puanlama			
1.a	5	F	1-2-3
B	4,4	G	1-2-3
C	3,4	H	1-2-3
D	2	İ	1-2-3
E	1	J	1-2-3
2.a	5	4.a	1-21 evet
B	4	B	1-22 hayır
C	3	C	1-2
D	2	D	1-2
E	1		
		5.a	1-21 evet
3.a	1-2-3 I: evet çok zorluyor		
B	1-2-3 2= evet biraz zorluyor		
C	1-2-3 3= hayır hiç zorlamıyor	6.a	5
D	1-2-3	B	4
E	1-2-3	C	3
D	2	B	2
E	1	C	3
		D	4
7.a	1 ise 6	E	
B	2 ise 5.4	F	
C	3 ise 4.2		
D	4 ise 3.1	10.a	1
E	5 ise 2.2	B	2
F	6 ise 1	C	3
8. a aynı zamanda madde 7'de 1 ise 6		D	4
A	5	E	5
B	4		
C	3	11 a ve c için	
D	2	A	1
E	1	B	2
9. a, e, d ve h için		C	3
A	6	D	4
B	5	E	5
C	4		
D	3	b ve d için	
E	2	A	5
F	1	B	4
		C	3
b,c,f,g ve i için		D	2
A	1	E	1

	En düşük ham puan	Olası ham puan
Fiziksel fonksiyon:3a+3b+3c+3d+3e+3f+3i+3j	10	20
Rol güçl. (fiziksel) 4a+4b+4c+4d	4	4
Ağrı:7+8	2	10
Genel sağlık:1+11a+11b+11c+11d	5	20
Vitalite (enerji):9a+9e+9g+9i	4	20
Sosyal fonksiyon:6+10	2	8
Rol güçl. (emosyonel):5a+5b+5c	3	3
Mental sağlık:9b+9c+9d+9f+9h	5	25

Ölçeğin puanının hesaplanması: $\frac{\text{elde edilen ham puan} - \text{en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan}} * 100$