T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

KERKÜK ŞEHRİNDE YAŞAYAN ANGİNA PEKTORİSLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

HAYFAR JABBAR HASAN HASAN

Çankırı 2023

KERKÜK ŞEHRİNDE YAŞAYAN ANGİNA PEKTORİSLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hayfar Jabbar Hasan HASAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Huri Seval GÖNDEREN ÇAKMAK

Çankırı 2023

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 208210242 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Hayfar Jabbar Hasan HASAN, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Kerkük Şehrinde Yaşayan Angina Pektorisli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi :28.04.2023

Tez Danışmanı:	**Dr. Öğr. Üyesi Huri Seval GÖNDEREN ÇAKMAK** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Dr. Ogr. Üyesi Banu CİHAN ERDOĞAN** **Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**……** **İmza**
Jüri Üyesi:	**Doç. Dr. Bilge BAL ÖZKAPTAN** **Sinop Üniversitesi**	**……** **İmza**

Yukarıdaki sonucu onaylarım

Doç. Dr. Nazan KAYTEZ
Enstitü Müdürü

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Kerkük şehrinde angina pektorisli hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
28.04.2023
HAYFAR JABBAR
HASAN HASAN

ÖNSÖZ

Çalışmada desteğini esirgemeyen hocama (Dr. Öğr. Üyesi Huri Seval GÖNDEREN ÇAKMAK'a), aileme (anneme, babama ve tüm kardeşilerime), bana destekçe olanlara (Gharam, Hareem, Shawbo), katılım sağlayan hastalara ve çalışmanın yapılmasında kolaylık sağlayan kişilere teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY iii
ETİK BEYANNAMESİ iv
ÖN SÖZ v
KISALTMALAR VE SEMBOLLER viii
TABLOLAR LİSTESİ ix
ÖZET x
SUMMARY xi
1. GİRİŞ 1
1.1 Çalışmanın Amacı 2
1.2. Çalışmanın Önemi 2
1.3. Hipotezler 3
1.4. Sınırlılıklar 3
1.5. Varsayımlar 3
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Kalp 4
2.2. Angina Pektoris Kavramı 4
2.3. Angina Pektoris Nedenleri 6
2.4. Angina Pektoris Teşhisi 6
2.5. Angina Pektorisin Semptomları 7
2.6. Angina Pektorise Karşı Kişisel Önlemler 7
2.7. Angina Pektoris İlaç Tedavisi 10
2.8. Angina Pektoris Cerrahi müdahalesi 11
2.9. Angina Pektoris Komplikasyonları 11
2.10. Angina Pektoris Türleri 12
2.10.1. Stabil Angina Pektoris 14
2.10.1.1. Stabil Angina Pektoris Epidemiyolojisi: Yaş ve Cinsiyet Farklılıkları 15
2.10.1.2. Stabil Angina Ağrısının Özellikleri: Tipik ve Atipik Angina Pektoris ve Kalp Dışı Göğüs Ağrısı 17
2.10.1.3. Stabil Angina Pektoris Tedavisi 18
2.10.2. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris 20
2.10.2.1. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris Arka Plan 20
2.10.2.2. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris Patofizyoloji 21
2.10.2.3. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris Sınıflandırma 21
2.10.2.4. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris Teşhis 22
2.10.2.5. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris Terapi 22
2.10.3. Varyant Angina Pektoris 23
2.10.3.1. Varyant Angina Pektoris Epidemiyolojisi 23
2.10.3.2. Varyant Angina Pektoris Patofizyoloji 23
2.10.3.3. Varyant Angina Pektoris Klinik 23
2.10.3.4. Varyant Angina Pektoris Teşhis 24
2.10.3.5. Varyant Angina Pektoris Ayırıcı Tanı 24
2.10.3.6. Varyant Angina Pektoris Terapi 24
2.10.3.7. Varyant Angina Pektoris Prognoz 25

3. YÖNTEM 26
3.1. Araştırmanın Tipi 26
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı 26
3.3. Araştırmanın Örneklemi 26
3.4. Veri Toplama 26
3.5. Veri Toplama Araçları 26
3.6. Güvenirlilik 27
4. BULGULAR 30
4.1. Frekans Dağılım Tabloları 30
4.2. Nicel Değişkenler İçin Tanımlayıcı İstatistikler 38
4.3. Hipotezler 40
4.4. Boyutlar Arası İlişki Tablosu 53
5. TARTIŞMA 61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 65
KAYNAKLAR 69

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

BT : Bilgisayarlı Tomografi

EKG **:** Elektrokardiyogram

EORTC **:** Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü

KAH **:** Koroner Arter Hastalık

MRI **:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

QOL **:** Yaşam Kalitesi

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 3.1. Güvenilirlik İstatistiği 27
Çizelge 3.2. Ölçek Soruları İçin Güvenilirlik İstatistikleri 28
Çizelge 4.3. Sosyodemogrofik Veriler İçin Frekans Dağılım Tablosu 30
Çizelge 4.4. Fiziksel Fonksiyon İçin Frekans Dağılım Tablosu 31
Çizelge 4.5. Rol Fonksiyon İçin Frekans Dağılım Tablosu 33
Çizelge 4.6. Kognifik Fonksiyon İçin Frekans Dağılım Tablosu 33
Çizelge 4.7. Sosyal Fonksiyon İçin Frekans Dağılım Tablosu 34
Çizelge 4.8. Emosyonel Fonksiyon İçin Frekans Dağılım Tablosu 35
Çizelge 4.9. Genel Sağlık Alt Boyutu İçin Frekans Dağılım Tablosu 37
Çizelge 4.10. Nicel Değişkenler İçin İstatistikler 38
Çizelge 4.11. Normallik Testi 39
Çizelge 4.12. Sosyodemografik Verilere Göre Fiziksel Fonksiyon İstatistikleri 40
Çizelge 4.13. Sosyodemografik Verilere Göre Rol Fonksiyon İstatistikleri 42
Çizelge 4.14. Sosyodemografik Verilere Göre Kognifik Fonksiyon İstatistikleri 44
Çizelge 4.15. Sosyodemografik Verilere Göre Sosyal Fonksiyon İstatistikleri 46
Çizelge 4.16. Sosyodemografik Verilere Göre Emosyonel Fonksiyon İstatistikleri 48
Çizelge 4.17. Sosyodemografik Verilere Göre Genel Sağlık İstatistikleri 50
Çizelge 4.18. Sosyodemografik Verilere Göre Toplam Ölçek İstatistikleri 51
Çizelge 4.19. Ölçek Boyutları İlişki Tablosu 54
Çizelge 4. 20 Yaşam Kalitesi Ölçeği AFA Sonuçları……56

KERKÜK ŞEHRİNDE YAŞAYAN ANGİNA PEKTORİSLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

HASAN, Hayfar Jabbar Hasan . "Kerkük şehrinde yaşayan angina pektorisli hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi", (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 202**3.**

Çalışma angina pektörisli hastaların ayaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile analitik tipde yapılmıştır. Araştırma Irak'ın Kerkük şehrinde bir devlet hastanesine angina pektöris tanısı ile başvuran, araştırma kriterlerine uyan 200 hasta ile yapılmıştır. Araştırma verileri hasta bilgi formu ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırma için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik kurulundan 21.04.2022 tarih ve 25 toplantı sayılı etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca hastalara ulaşılan devlet hastanesinden gerekli kurum izinleri alınmıştır. Verilerin analizinde sayı yüzde ve korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Sonuçların normal dağılımının değerlendirilmesinde Kolmogorov Smirnov, Shapiro Wilk testleri ve histogram tablo görünümü ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılmadığı için nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çoklu gruplarda ikili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde ise Post-Hoc Dunn ve Benferroni testleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %60' erkek ve %40'ı kadın cinsiyetinde idi. Araştırmaya katılan hastaların %57.7'si 8 aydan daha az süredir angına pektoris tanısı ile izlenen hastalardan oluşmaktadır. Yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puan ortalaması 68,28±7,94, fiziksel fonksiyon alt boyut 10,61±2,39, rol fonksiyon alt boyutu 4,33 ± 1,35, kognitif fonksiyon alt boyutu 3,65 ± 1,46, emosyonel fonksiyon alt boyutu 36,15 ± 5,81, genel sağlık alt boyutu 8,41 ±2,81 idi. ölçeğin rol fonksiyon alt boyutu ile hastaların aylık giderleri arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Ölçeğin kognitif alt boyutu ile hastaların yaş dağılımı ile ailede anjina pektöris hastalığı varlığı arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark vardır($p<0,05$). Ölçeğin emosyonel fonksiyon alt boyutu ile hastaların çalışma durumu ve aylık gelirleri arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

Sonuç olarak; angına pektoris'in hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü ve kısıtladığı belirlenmiştir. Bu kısıtların ortadan kalkması için uzman doktor ve hemşirelerin tedavi ve önerilerinin, sosyal ve aile ilişkilerine yönelik önerilerin, psikolojik açıdan bilgilendirmelerin önemli ve uygulanması gerektiği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Angıno Pektoris, Yaşam kalitesi, EORTC QLQ-C30, Yaşamsal Fonksiyon.

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS LIVING IN THE CITY OF KIRKUK

SUMMARY

HASAN, Hayfar Jabbar Hasan. "Evaluation of the quality of life of patients with angina pectoris living in Kirkuk ", (Master's Thesis), Çankırı, 2023

The study was conducted in analytical type to evaluate the quality of life of patients with angina pectoris. The study was conducted with 200 patients who met the research criteria and applied to a state hospital in Kirkuk, Iraq with the diagnosis of angina pectoris. Research data were collected with the patient information form and the European Organization for Cancer Research and Treatment Quality of Life Scale. Ethics committee approval dated 21.04.2022 and meeting number 25 was obtained from Çankırı Karatekin University Ethics Committee for the research. In addition, necessary institutional permissions were obtained from the state hospital where the patients were reached. Number, percentage and correlation coefficient were used in the analysis of the data. In the evaluation of the normal distribution of the results, Kolmogorov Smirnov, Shapiro Wilk tests and histogram table view were evaluated. Since the data were not normally distributed, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test, which are nonparametric tests, were used. Post-Hoc Dunn and Benferroni tests were used to evaluate pairwise comparisons in multiple groups. 60% of the patients participating in the study were male and 40% were female. 57.7% of the patients participating in the study consisted of patients who were followed up with the diagnosis of angina pectoris for less than 8 months. Total mean score of the quality of life scale was 68.28±7.94, physical function sub-dimension 10.61±2.39, role function sub-dimension 4.33 ± 1.35, cognitive function sub-dimension 3.65 ± 1.46, emotional function sub-dimension was 36.15 ± 5.81, general health sub-dimension was 8.41 ±2.81. There is a statistically significant difference between the role function sub-dimension of the scale and the monthly expenses of the patients ($p<0,05$).

There is a statistically significant difference between the cognitive sub-dimension of the scale, the age distribution of the patients and the presence of angina pectoris disease in the family ($p<0,05$). There is a statistically significant difference between the emotional function sub-dimension of the scale and the working status and monthly income of the patients ($p<0,05$).

As a result; It has been determined that angina pectoris reduces and restricts the quality of life of patients. In order to eliminate these limitations, it is suggested that the treatment and recommendations of specialist doctors and nurses, suggestions for social and family relations, and psychological information are important and should be implemented.

Key Words: Angino Pectoris, Quality of life, EORTC QLQ-C30, Vital Function.

1. GİRİŞ

Angina pektoris, koroner kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı veya rahatsızlığı için kullanılan tıbbi terimdir. Kalp kası ihtiyaç duyduğu kadar kan almadığında ortaya çıkar. Bu genellikle, iskemi olarak da adlandırılan bir veya daha fazla kalp atardamarının daralması veya tıkanması nedeniyle olur. Angina genellikle göğsün ortasında rahatsız edici basınç, dolgunluk, sıkışma veya ağrıya neden olur. Ayrıca boyun, çene, omuz, sırt veya kollarda da rahatsızlık hissi verir (https://www.heart.org/).

Angina pektoris tipik olarak ya yüksek eforla yada güçlü duygularla tetiklenir, genellikle birkaç dakikadan fazla sürmez ve dinlenmeyle azalır. Efora yanıt genellikle tahmin edilebilir, ancak bazı hastalarda bir gün tolere edilen egzersiz, arteriyel tonsundaki değişiklikler nedeniyle bir sonraki gün angina yı hızlandırabilir. Efor yemekten sonra veya soğuk havalarda ortaya çıktığında semptomlar artarabilir. Rüzgara doğru yürümek veya sıcak bir odadan çıktıktan sonra soğuk havayla ilk temas anginayı tetikleyebilir. Semptomların şiddeti genellikle angina ile sonuçlanan eforun derecesine göre sınıflandırılır (Ranya ve Cıvan, 2020).

Angina toplumu etkiler, çünkü angina pektoris, hastaların yaşam kalitesini düşürür ve bazı durumlarda günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneklerine bile kısıtlayabilir (Pocock ve ark 2000). Angine pektorisin dünya üzerinde hastalıklar arasında yüksek bir maliyeti bulunmaktadır. 2020 yılında anjinin maliyetinin 8,9-15 milyar ABD dolar olduğu tahmin edilmektedir (Javitz ve ark, 2004). Bu nedenle, angina sağlık sistemleri için bir yük olmaya devam etmektedir ve altta yatan patofizyolojinin net bir şekilde anlaşılması, optimal yönetimi için kritik öneme sahiptir.

1.1 Çalışmanın Amacı

Araştırmanın amacı, Irak'ın Kerkük şehrinde angina pektorisli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmektir.

1.2. Çalışmanın Önemi

Amerika Birleşik Devletleri'nde Angina Pektoris hastalığından muzdarip 10,2 milyon insan var ve her yıl 500.000 kişi bu hastalığa yakalanmaktadır. İskemik kalp hastalığı olarak da ifade edilen angina pektoris ABD'ndeki önde gelen ölüm nedenleri arasında gösterilebilir. Amerikan Kalp Derneği'ne göre, 40 yaşından sonra yaşam boyu koroner arter hastalığına (KAH) sahip olma ihtimali, erkekler için yüzde 49 ve kadınlar için yüzde 32 olarak tahmin edilmektedir (Kenneth ve Tobin. 2010). Angina, kalbin oksijen ihtiyacı dengede olmadığında ortaya çıkar. Artan talep (egzersiz sırasında olduğu gibi) arzda karşılık gelen bir artış olmaksızın (koroner arter obstrüksiyonu veya ateroskleroz gibi) bu dengesizliğe neden olabilir. Kadınlarda ve erkeklerde angina patofizyolojisi arasında büyük farklılıklar vardır. Kadınların obstrüktif olmayan koroner hastalığa yakalanma olasılığının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Podridphilip ve ark, 2012). Sigara, diyabet, dislipidemi, ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü (55 yaş üstü erkekler ve 65 yaş üstü kadınlar), yüksek tansiyon, böbrek hastalığı, obezite gibi faktörler angina pektoris için risk faktörleri olarak kabul edilebilir (Moyer ve ark, 2012).

Hastaya Angina Pektoris teşhisi konduysa ve göğüs rahatsızlığı yaşıyorsa, bunu gerçek ağrıdan ziyade "ağır", "sıkı", "sıkıcı", "yanıcı" veya "boğulma" olarak tanımlamak daha olasıdır. Normal göğüs rahatsızlığına ek olarak epigastrium (üst orta göbek), sırt, boyun, çene veya omuzlar da anjinin yanı sıra baş dönmesi, sersemlik, mide bulantısı ve kusma gibi durumlar meydana gelebilir (Lawson ve ark, 2000).

Akut pulmoner ödem, kalp yetmezliği, kardiyojenik şok, ritim bozuklukları ve kalp durması, miyokard enfarktüsü angina pektorisin komplikasyonları olarak kabul edilebilir. Angina pektoris, fizik muayene ve kan basıncı okuması ile teşhis edilebilir.

Stetoskop sayesinde, göğüs de kardiyak üfürüm yada düzensiz nabız gibi anormal durumlar tespit edilebilir (Chandraratna ve ark, 2012).

Angina'nın yaygın bir nedeni olan kalp hastalığına yol açan risk faktörlerini en aza indirerek angina pektoris azaltabilir veya önleyebilirsiniz. Örneğin sigarayı bırakmalı, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol ve diyabet gibi diğer sağlık sorunları izlenmeli ve kontrol edilmelidir. Az yağlı, az tuzlu bir diyet uygulayarak sağlıklı bir kiloyu korumak, gerginlik azaltılmalıdır (Committee Members ve ark, 2003).

Niteliksel iyi oluş (QOL), bireyin mevcut durumunun daha geniş kültürel ve kişisel değerleri ışığında bütüncül bir değerlendirmesidir. Kişisel esenlik, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal esenliğin yönlerini kapsar. Kendi yaşam kalitelerini (QOL) tanıyamayan kişiler için, nesnel göstergeler tamamlayıcı veya bir vekil değerlendirme işlevi görebilir (Janse ve ark, 2004).

1.3.Hipotezler

H0: Sosyodemografik Verilere Göre Toplam Ölçek ve alt boyutları arasında fark yoktur.

H1: Sosyodemografik Verilere Göre Toplam Ölçek ve alt boyutları fark vardır.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırma Kerkük şehrinde yaşayan angina pektorisli hastalar ile sınırlıdır. Yalnızca belli bir bölgede yaşayan angina pektorisli hastalara ilişkin sonuçları göstermesinden dolayı, genellenemez.

2. GENEL BİLGİLER

Angina genellikle koroner arter hastalığından kaynaklanır ve koroner arterlerdeki aterosklerotik plaklar arter lümeninin ilerleyici daralmasına neden olur ve oksijen ihtiyacının artması sırasında (egzersiz sırasında olduğu gibi) kısıtlı kan akışı miyokarda yeterli miktarda oksijen sağlamadığında semptomlar ortaya çıkar. Angina ayrıca daha az yaygın olarak şunlardan da kaynaklanabilir: "kapak hastalığı (örneğin aort stenozu), hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati veya hipertansif kalp hastalığı". Angina pektorisin bu klasik tanımı, esasen ve neredeyse yalnızca, obstrüktif koroner aterosklerozun neden olduğu miyokard iskemisine uygulanabilir. Bu nedenle, son elli yılda tanımlanan çeşitli anjina pektorisin tüm sunumlarını mutlaka kapsamaz. Dinamik, fonksiyonel mekanizmalar, epikardiyal koroner arter tıkanıklıklarının hem varlığında hem de yokluğunda anjinin oluşumunda anahtar rol oynayabilir. Bu bölümde Angina pektoris hakkında detaylı bilgiler verilmeye çalışılacaktır (Öztürk, 2018).

2.1. Kalp

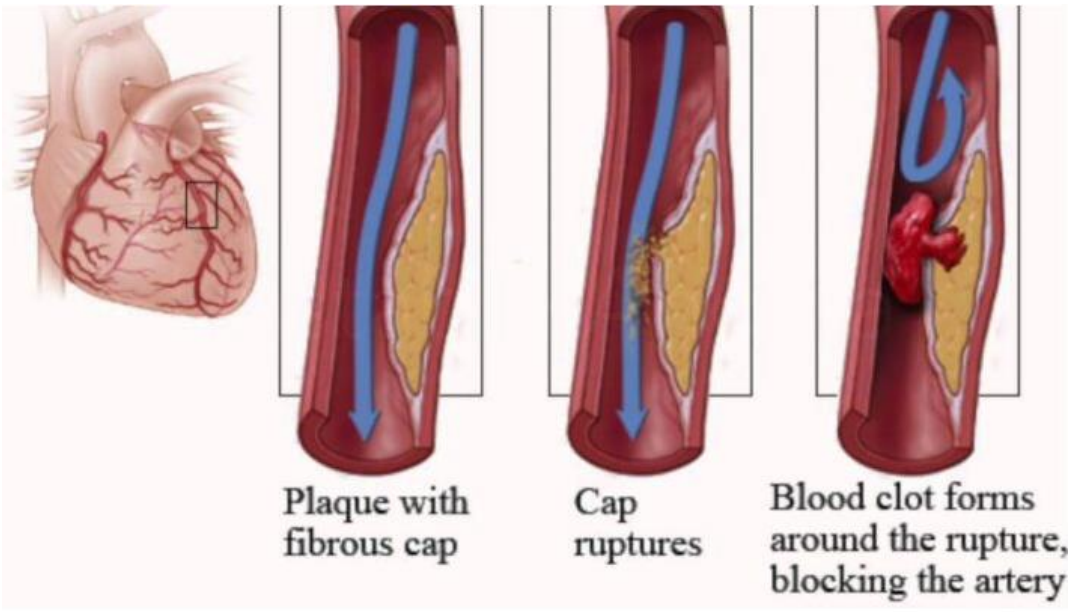
Kalp, tüm vücuda kan pompalayan güçlü bir kastır. Bu kas sürekli çalıştığı için sürekli oksijen ve besin kaynağına ihtiyaç duyar. Bu tedarik, koroner arterler yoluyla kalp kasına ulaşan kan tarafından sağlanır. Aortun ilk kısmından iki koroner arter çıkar ve daha sonra kalbin tüm bölümlerine kan sağlayan daha küçük kan damarlarına dallanır. Fiziksel efor sırasında, kasların ve diğer organların yeterince kanla beslenmesi için kalbin daha güçlü ve daha hızlı pompalaması gerekir. Kalbin ayrıca bunun için daha fazla besine ve oksijene ihtiyacı vardır, bu nedenle kalp kasına giden kan akımının artması gerekir. Sağlıklı bir kalp, koroner arterlerdeki kan akışını dinlenme durumuna göre dokuz kat artırabilir (Mahsuda ve Xadicha, 2022).

2.2. Angina Pektoris Kavramı

Angina pektoris, "kalp kasına yetersiz kan akışından kaynaklanan göğüs ağrısı (veya daralma rahatsızlığı)" olarak tanımlanmaktadır. Angina genellikle koroner arter hastalığından kaynaklanır; koroner arterlerdeki aterosklerotik plaklar lümenin ilerleyici daralmasına neden olur ve oksijen ihtiyacının artması sırasında (egzersiz sırasında olduğu gibi) kısıtlı kan akışı miyokarda yeterli miktarda oksijen sağlamadığında semptomlar ortaya çıkar. Angina ayrıca daha az yaygın olarak şunlardan da kaynaklanabilir: "kapak hastalığı (örneğin aort darlığı), hipertrofik

obstrüktif kardiyomiyopati veya hipertansif kalp hastalığı". Angina pektorisin bu klasik tanımı, esasen ve neredeyse yalnızca, obstrüktif koroner aterosklerozun neden olduğu miyokard iskemisine uygulanabilir. Bu nedenle, son elli yılda tanımlanan çeşitli anjina pektorisin tüm sunumlarını mutlaka kapsamaz. Atlantik'in her iki yakasındaki diğer anjina kılavuzlarına benzer şekilde anjina tanımlaması, miyokard iskemisinin nedeni olarak aterosklerotik plağın önceliği üzerinde döner. Hızla ortaya çıkan kanıtlar anjina pektorisin (dolayısıyla miyokard iskemisinin) tümü obstrüktif koroner arter hastalığını içermesi gerekmeyen çeşitli mekanizmalardan kaynaklanabileceğini gösterdiğinden, bu paradigmanın gözden geçirilmesi gerekmektedir (Kaski vd., 2018).

Kısaca, angina pektoris (stenokardi), tipik olarak göğüs kemiğinin arkasında ani bir ağrı başlangıcıdır. Genellikle kalp bölgesinde sıkışma ve baskı hissi ve ölüm korkusu eşlik eder. Angina pektoris, acil tıbbi müdahale gerektiren yaşamı tehdit eden bir uyarı işaretidir. Genellikle koroner arterlerin arterlerinin (damar sertliği) sertleşmesinin (koroner kalp hastalığı = KKH) ana belirtisidir. Angina pektoris aslında bir semptomdur ve bir hastalık değildir (Mironova vd., 2009; Soylu, 2012).



Şekil 1. Angina Pektoris (Esencan Hastanesi, 2018).

2.3. Angina Pektoris Nedenleri

Angina pektoris ağrısı, kalp kasına oksijen beslemesinin olmamasından kaynaklanır. Fiziksel ve duygusal efor sırasında kalp daha fazla çalışır ve bu nedenle dinlenmeye göre daha fazla oksijene ihtiyaç duyar. Genellikle oksijen kaynağı istirahatte hala yeterlidir, ancak efor sırasında yeterince arttırılamaz. Bu nedenle tipik göğüs ağrısı bu durumlarda ortaya çıkar. Kalp kasına yetersiz oksijen verilmesinin en yaygın nedeni, koroner arter hastalığı (KKH) olarak da bilinen arterlerin sertleşmesine (damar sertliği) bağlı olarak koroner arterlerin daralmasıdır. Koroner arter hastalığı geliştirme riskini artıran birkaç faktör vardır (Akbaba, 2018; DFV, 2022):

- Yüksek kan basıncı,
- Artmış kan lipid düzeyleri ile lipid metabolizması bozukluğu,
- Sigara içmek,
- Tip 1 ve tip 2 diyabet,
- Egzersiz eksikliği,
- Kilolu olmak,
- Genetik eğilim,
- Yüksek yaş,
- Erkek cinsiyeti.

2.4. Angina Pektoris Teşhisi

Hastanın nöbetlerin kesin seyri hakkındaki raporu tanı için belirleyicidir. Buna ek olarak, kalbin elektriksel aktivitesi genellikle bir elektrokardiyogram (EKG) ile kaydedilir, çünkü bu kalp kasında hasar olduğuna dair göstergeler sağlayabilir. Bazı durumlarda bu, fiziksel aktivite sırasında stres EKG'si olarak adlandırılan bir yöntemle yapılır. Belirsizse veya altta yatan hastalığın boyutunu daha iyi değerlendirmek için nükleer tıbbi inceleme (miyokard sintigrafisi), fiziksel efor sırasında ultrason muayenesi (egzersiz ekokardiyografisi), bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRI) gibi başka prosedürler kullanılır. Kan damarlarının kontrastlı röntgeni (anjiyografi) kan damarlarındaki daralmayı gösterebilir. Böyle bir muayene herhangi bir ameliyattan önce yapılmalıdır (Pakhomov vd., 2007).

2.5. Angina Pektorisin Semptomları

Angina pektoris genellikle ani ağrı ve göğüs kemiğinin arkasında sıkışma, yanma, basınç veya sıkışma hissi ile kendini gösterir. Ağrı sıklıkla boyun, boyun, alt çene, dişler, kollar veya üst karın gibi vücudun diğer bölgelerine yayılır. Ek olarak, bazen omuz bıçakları arasında ağrı olur. Etkilenenler genellikle kol, omuz, dirsek veya elde bir ağırlık ve uyuşukluk hissi tanımlar. Vücudun sol tarafı genellikle etkilenir. Ayrıca ani nefes darlığı, mide bulantısı, kusma, terleme ve/veya boğazda baskıcı, boğulma hissi gibi belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtilere genellikle ölüm veya boğulma korkusuna kadar giden endişe duyguları eşlik eder (Webb ve Collins, 2021).

Kadınlarda angina pektoris genellikle erkeklerden farklı belirtilerle kendini gösterir: Yorgunluk, nefes darlığı ve mide problemleri gibi belirtiler burada tipik belirtilerdir. Klasik göğüs ağrısı ise sadece birkaç kadında görülür. Yaşlı insanlar (özellikle 75 yaşın üzerindekiler) sıklıkla kadınlarla benzer angina semptomları gösterirler. Bir atak sırasında, genellikle sadece nefes darlığından ve performans düşüşünden şikayet ederler (Beckerman, 2021).

Diyabette (diyabet) angina pektorisin özel bir özelliği vardır: Diyabete bağlı sinir hasarı (diyabetik polinöropati) olan hastalar genellikle ağrı hissetmezler çünkü hasarlı sinirler artık ağrı uyaranlarını tam olarak iletmezler. Bazı durumlarda, angina pektoris diyabetli kişilerde bu nedenle neredeyse ağrısız (sessiz) olur (Kavuncubaşı, 2019).

2.6. Angina Pektorise Karşı Kişisel Önlemler

Önleme, risk faktörlerinin etkisini mümkün olduğunca en aza indirmekten ibarettir. Yüksek tansiyon, yüksek kan lipid seviyeleri, diyabet tedavisi: Hastalıklar o kadar tutarlı bir şekilde tedavi edilmelidir ki değerler mümkün olduğunca normalleşsin. Sağlıklı bir yaşam tarzı tedaviyi desteklemelidir (Türen ve Sevda, 2014).

- Sağlıklı beslenme: Obeziteye yol açmayacak miktarlarda dengeli, çeşitli yemekler sunulmalıdır. Endüstriyel olarak işlenmiş birçok gıda (örneğin hazır gıdalar), genellikle küçük lokmalarda çok fazla kalori içerdiğinden

sorunludur. Buna ek olarak, bu tür gıdalar genellikle birçok olumsuz doymuş yağ asidi ve çok fazla gizli şeker veya tuz içerir. Şekerli içecekler ve enerji içecekleri obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskini de artırmaktadır. Bol miktarda taze gıda (örn. meyveler, sebzeler, tam tahıllar, [yağlı] balık, yağsız et, yağsız süt ürünleri) kullanmak ve yemek daha iyidir. Diyetteki doymuş yağ asitleri doymamış olanlarla değiştirilmeye çalışılmalıdır. Yağ, diyetteki kalorilerin %30'undan daha azını oluşturmalıdır. Yüksek tansiyonu olan kişiler için tuz alımının azaltılması tavsiye edilir (Akbulut vd., 2016).

- Yeterli ve düzenli egzersiz: Düzenlilik, yüksek yoğunluktan daha faydalıdır. Kalp ve dolaşım için, haftada dört kez 30 dakika boyunca orta ve sabit yükte egzersiz yapmak, bir kez iki saat boyunca tam güçte egzersiz yapmaktan daha iyidir. Efor seviyesi, bireyin yük ile başa çıkma kabiliyetine uygun olmalıdır; şüphe durumunda sağlık kontrolleri tavsiye edilir. Egzersize ne kadar genç yaşta başlarsanız etkisi o kadar iyi olur. Kulüplerde, spor, eğlence veya kardiyo gruplarında düzenli antrenman yapmak genellikle daha kolaydır. Herhangi bir egzersiz hiç egzersiz yapmamaktan iyidir! Asansöre binmek yerine merdivenleri tercih edebilirsiniz. Tiyatronun hemen yanına park etmek yerine, arabanızı daha uzağa park edebilir ve birkaç adım yürüyebilirsiniz. Egzersizi günlük hayata dahil etmenin birçok yolu vardır (Dural ve Sarıtaş, 2017).
- Fazla kiloları azaltma: Vücut ağırlığı normal aralıkta olmalıdır; fazla kiloların azaltılması tavsiye edilenden daha fazladır. Sağlıklı beslenen ve düzenli egzersiz yapanlar doğru yoldadır (Dilek, 2008).
- Sigarayı bırakma: Nikotin yüksek tansiyon, damar sertliği, felç, kalp krizi, kardiyak aritmiler ve diğer hastalıkların riskini artırır. Sigara, puro ve pipo dumanında, akciğer hastalıklarının (örneğin KOAH) yanı sıra boğaz, gırtlak, yemek borusu, akciğer, mide, böbrek, mesane ve pankreas kanseri riski gibi birçok sağlık riskini artıran yaklaşık 4000 başka madde bulunmaktadır. Sigarayı bırakmak her zaman faydalıdır: Yıllar sonra bile vücut sigaradan kurtulabilir. Bırakmak isteyenler, başarı şansını en üst düzeye çıkarmak için tüm makul yardımları (örn. eğitim, nikotin takviyeleri, bırakma tabletleri) kullanmalıdır (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010).

- Diğer hastalıklar ve enfeksiyonlar: Bazı hastalıklar veya enfeksiyonlar kan basıncını ve diğer kardiyovasküler hastalık riskini artırır. Bunlar arasında hipertiroidizm, kronik böbrek yetmezliği, gut, uyku bozuklukları, özellikle apneli horlama ve diş eti iltihabı (periodontitis) sayılabilir (Yakar ve Demirtunç, 2017).
- Stresten kaçınma veya stresi azaltma: Yüksek iş baskısı, mobbing, korkular, para veya yakın insanlarla ilgili endişeler, uykusuzluk, gürültü ve diğer birçok durum strese neden olabilir. Uzun vadede bu durum genellikle kalbe ve kan damarlarına zarar verir. Stres uykuyu bozabilir, bağışıklık sistemini zayıflatabilir, kandaki enflamatuar maddelerin miktarını artırabilir ve kan damarı duvarlarında birikintilerin artmasına neden olabilir. Stresten kaçınılamıyorsa, ilgili diğer kişilerle (örneğin iş arkadaşları, aile, eş) birlikte günlük stresli durumları azaltmaya çalışmalısınız. Rahatlama teknikleri stresi azaltmak için iyi bir yoldur (Özer ve Demir, 2012).
- Yaşam ritmini sürdürme: Vardiyalı çalışanlar diyabet, yüksek tansiyon, felç ve kalp krizine diğer insanlardan daha sık yakalanmaktadır. Ayrıca uyku bozuklukları ve depresyondan daha sık muzdariptirler. Düzenli bir günlük rutin organizmayı korur.
- Sosyal temasları sürdürme: Yalnız yaşayan ve çok yalnız kalan kişilerde kardiyovasküler risk artmaktadır. Sosyal temaslar fiziksel ve ruhsal sağlık için önemlidir.
- Dinlendirici uyku: Uyku bozuklukları ve huzursuz uyku nedeniyle yüksek tansiyon, kalp krizi ve felç riski artar. Gece solunum duraklamaları (apne) ile seyreden uyku bozuklukları özellikle tehlikelidir.
- Depresyondan kaçınma veya tedavi olma: Araştırmalara göre, depresyondaki kişilerin kalp krizi ve felç geçirme riski sağlıklı kişilere kıyasla %30 ila %50 daha fazladır (Kutlu, Özberk ve Demirbaş, 2016).
- Alkol, kahve ve uyuşturucu konusunda dikkatli olunması: Alkol konusunda ölçülü olunması tavsiye edilir; yakın zamanda yapılan çalışmalarda az miktarda bile olsa kalp ve kan damarları için dezavantajlar bulunmuştur. Bu nedenle bazı tıbbi topluluklar "güvenli" üst sınırı erkekler için günde 25 grama, kadınlar için ise 20 grama indirmiştir. Günde iki fincan kahve genellikle güvenli kabul edilir. Bilim insanları hala daha büyük miktarların

zararlı olup olmadığını tartışıyor. Esrar ürünleri (örn. haşhaş, marihuana) hakkında gerçekten kesin bir çalışma yoktur. Bununla birlikte, dumanın tütün dumanına göre kondensat bakımından daha zengin olduğu ve bu nedenle akciğerler ve kan damarları için daha zararlı olduğu düşünülmektedir. ABD'de 18 ila 45 yaş arasındaki her dört ölümcül kalp krizinden biri kokain kullanımının sonucudur. Kullanımdan sonraki ilk bir saat içinde kalp krizi riski 24 kat daha fazladır. Kokain ayrıca felç riskini de iki katına çıkarır. Amfetaminler (uyarıcılar) ve kimyasal olarak ilişkili maddeler (örneğin ecstasy, kristal meth) kardiyovasküler hastalıkları ve diyabeti ağırlaştırabilir, ancak muhtemelen bunların gelişimini de destekleyebilir (Soylu, 2012).

- İlaç Kullanımı: Bazı depresyon ilaçları (antidepresanlar) ve romatizma ilaçları kardiyovasküler hastalık riskini artırabilir. Kan değerleri normal aralığın üzerindeyse, etkilenen kişiler kullandıkları tüm ilaçlar hakkında doktorlarını bilgilendirmelidir. Çoğu zaman, risk faktörleri üzerinde hiç etkisi olmayan veya daha az etkisi olan alternatifler bulunabilir.

2.7. Angina Pektoris İlaç Tedavisi

Anjina pektoris atağı sırasında kısa vadede kullanılan ilaçlar ile önleyici olarak kullanılan ilaçlar arasında bir ayrım yapılır. Nitrogliserin tabletleri ve ağız spreyi kan damarlarını hızla genişletir ve böylece birkaç dakika içinde ağrıyı hafifletir. Bu şekilde ağrıyı dindirirler ancak altta yatan hastalığın ilerlemesini engellemezler. Fiziksel veya zihinsel stresin hemen öncesinde önleyici bir tedbir olarak da kullanılabilirler. Bazı hastalar yan etki olarak baş ağrısı bildirmektedir (Geçirenler vd., 2006).

Beta-blokerler önleyici bir tedbir olarak kullanılır. Kalp atış hızını ve kan basıncını düşürerek kalp kaslarının oksijen ihtiyacını azaltırlar. Beta-blokerlere alternatif olarak kalsiyum kanal blokerleri kullanılır. Anjina pektorisli tüm hastalar için asetilsalisilik asidin ömür boyu kullanımı önerilmektedir. Kullanılan düşük dozajda damar içinde kan pıhtısı oluşumunu engeller ve nadiren yan etkilere neden olur. Ayrıca çoğu hasta için kolesterol düşürücü statinler önerilmektedir. Bunlar,

arterlerin sertleşmesinin ilerlemesini yavaşlatarak kalp krizi riskini azaltır (Shu vd., 2012).

2.8. Angina Pektoris Cerrahi müdahalesi

Semptomlar şiddetliyse, kalbe giden kan akışını iyileştirmek için ameliyat yapılabilir. Stent anjiyoplastide ince bir plastik tüp (kateter) kasıktaki veya bilekteki bir kan damarına yerleştirilir. Bu daha sonra koroner arterlere ilerletilir. Daralmış kan damarı bir balon şişirilerek genişletilir. Genellikle, stent adı verilen tel örgüden yapılmış bir tüp de damarı kalıcı olarak açık tutmak için damara yerleştirilir. Stent anjiyoplasti, hastanın bilinci açıkken ponksiyon bölgesinde lokal anestezi ile gerçekleştirilir. Koroner arter baypası olarak adlandırılan yöntemde, koroner arterdeki daralmaya köprü oluşturmak için bacaktan veya göğüsten kalbe bir kan damarı nakledilir. Koroner arter baypası, hastanın anestezi altında olduğu ve göğsünün açılması gereken büyük bir ameliyattır. Ameliyat sırasında kalp genellikle yapay olarak durdurulur ve işlevi bir kalp-akciğer makinesi tarafından devralınır (Tlhakudi ve Mathibe, 2018).

2.9. Angina Pektoris Komplikasyonları

Kararsız anjina hızla değişme eğilimindedir. Stabil anjina pektoristen kaynaklanabileceği gibi beklenmedik bir şekilde ve uyarı sinyalleri olmadan da ortaya çıkabilir. Hayatı tehdit eden krizler aniden de ortaya çıkabilir. Birçok kalp krizi uyarı işaretleri olmadan gerçekleşir. Buna karşılık, stabil form genellikle sadece yavaşça kötüleşir. Seyri dört şiddet derecesine ayrılabilir. Bunlar, göğüs ağrısına neden olan streslerin şiddetine ve süresine dayanmaktadır (Özkan vd., 2018; Seidel ve Felcner, 2022):

- Şiddet 1: Yürüme ve merdiven çıkma gibi normal günlük aktiviteler herhangi bir rahatsızlığa neden olmaz. Bunlar sadece ani, aşırı (örn. tırmanma, ağır kaldırma, koşma) veya uzun süreli eforla ortaya çıkar.
- Şiddet 2: Ağrı günlük aktiviteler ve orta derecede efor gerektiren zorlanmalar sırasında ortaya çıkar. Tetikleyiciler, örneğin hızlı koşmak, yokuş yukarı yürümek, yemek yedikten sonra, soğuk havada, kalktıktan hemen sonra veya etkilenen kişi üzerinde duygusal stres yaratan durumlarda fiziksel aktiviteler olabilir.

- Şiddet 3: Günlük yaşamdaki ve işteki faaliyetler sadece çok sınırlı ölçüde mümkündür. Normal yürüme, giyinme veya merdiven çıkma gibi yavaş, sessiz hareketler bile ağrıya yol açabilir.
- Şiddet 4: Ağrı artık istirahatte ve en ufak bir fiziksel eforda bile fark edilir; günlük aktiviteler artık imkansızdır. Belirtiler anjina pektorisin stabil veya stabil olmayan bir durum olduğunu gösterebilir. Muayeneler şüpheyi doğrulamalıdır.

Ağrı atakları hareket özgürlüğünü ve yaşam kalitesini ciddi şekilde kısıtlayabilir. Kalp krizi, kalp yetmezliği ve kardiyak aritmiler gibi komplikasyonların riski hastadan hastaya değişmektedir. Yaşam tarzının büyük bir etkisi vardır, ancak yaş ve cinsiyet de öyledir. Ek damar veya akciğer hastalıkları, kronik iltihaplı hastalıklar, diyabet ve istirahat EKG'sindeki bazı anormallikler riski daha da artırır. Ölüm riski özellikle kalp yetmezliği ve anjinal semptomların şiddetinin artması ile artmaktadır. Daha dar anlamda, anjina pektoris kendi başına bir hastalık değildir. Koroner kalp hastalığında neredeyse her zaman ilk ortaya çıkan semptomdur (Seidel ve Felcner, 2022).

2.10. Angina Pektoris Türleri

Hastalığın seyrine bağlı olarak, doktorlar angina pektorisin farklı formları arasında ayrım yaparlar: “stabil, stabil olmayan ve varyant angina pektoris” (Öztürk, 2018).

Genel popülasyondaki bireylerin büyük bir bölümünü etkileyen stabil angina, miyokard enfarktüsü ve kardiyak ölüm dahil olmak üzere majör kardiyovasküler olaylarla ilişkilidir ve hem etkilenen birey hem de dünya çapındaki sağlık hizmetleri için büyük bir mali yük teşkil eder. Stabil angina pektoris, sıklıkla ve tekrarlanabilir şekilde egzersiz, duygu veya diğer stres biçimleri tarafından tetiklenen geçici merkezi göğüs ağrısı atakları ile karakterizedir. Göğüs ağrısı genellikle istirahatle ve dilaltı nitratların uygulanmasıyla azalır. Anjinal ağrının, miyokardiyal oksijen ihtiyacı ile miyokardiyal oksijen temini arasındaki uyumsuzluk tarafından tetiklendiği ve miyokard iskemisi ile sonuçlandığı tespit edilmiştir. Geleneksel olarak, stabil angina pektorisin obstrüktif koroner arter hastalığından kaynaklandığı düşünülür. Bununla birlikte, son birkaç on yılda, epikardiyal koroner arterlerin ve koroner mikro dolaşımın bölgesinde meydana gelen vazomotor değişikliklerin, obstrüktif koroner arter stenozu

yokluğunda bile miyokard iskemisini tetikleyebileceğini düşündüren kanıtlar birikmiştir (Jespersen vd., 2012).



Şekil 1. Angina pektoris türleri (Tez yazarı tarafından derlenmiştir).

Kararsız angina, iki anjina türünden daha tehlikelidir. Kararlı formun aksine, kararsız formda şikayetler daha sık ortaya çıkar, daha güçlüdür ve daha uzun sürer. Kalp krizi riski önemli ölçüde daha yüksektir. Kararsız angina pektoris, etkilenenlerin yaşamını hemen ve kısa vadede tehdit edebilir. Bu nedenle akut koroner sendromun bir parçasıdır, ancak stabil form değildir (Elsaka vd., 2022).

İki formun tedavisi farklıdır. Stabil angina pektoris, tedavinin bireysel adımlarını ve seyrini kapsamlı bir şekilde planlamak için daha fazla hareket alanı bırakır. Kararsız angina pektoris durumunda, genellikle hızlı hareket gerekir. İlk olarak, hastanede kalp krizi olasılığı ekarte edilmelidir. Daha sonra bireysel kalp krizi riskinin ne kadar yüksek olduğunu belirlemek gerekir. Tedavi ile birlikte kalp kateter muayenesi gibi bir müdahalenin gerekli olup olmadığına veya şu an için ilaç ve hasta takibinin yeterli olup olmamasına bağlıdır. Hastaların anketleri, tıbbi öyküleri ve semptomlarının gücü ve süresi, forma ilişkin ipuçları sağlar. Ek bulgular çeşitli araştırmalardan kaynaklanmaktadır. Hangi muayenelerin anlamlı olduğu, zaman

baskısına ve hastanın dayanıklılığına bağlıdır. Elektrokardiyogram (EKG) ve kan testleri vazgeçilmez olarak kabul edilir. Stres EKG, ekokardiyografi, stres ekokardiyografi, manyetik rezonans veya kalbin bilgisayarlı tomografisi ve diğer işlemler de düşünülebilir (Mayoclinic, 2021).

2.10.1. Stabil Angina Pektoris

Stabil angina pektoris genellikle, egzersiz, duygu veya diğer stres biçimleri tarafından sıklıkla ve tekrarlanabilir şekilde tetiklenen geçici merkezi göğüs ağrısı epizodları ile karakterizedir. Göğüs ağrısı genellikle istirahatle ve dilaltı nitratların uygulanmasıyla azalır. Anjinal ağrı, miyokardiyal oksijen ihtiyacı ile miyokardiyal oksijen kaynağı arasındaki uyumsuzluk ile tetiklenir ve iskemiye neden olur. Geleneksel olarak, stabil angina pektorisin obstrüktif koroner arter hastalığından kaynaklandığı düşünülür. Bununla birlikte, son birkaç on yılda, epikardiyal koroner arterlerin ve koroner mikro dolaşımın bölgesinde meydana gelen vazomotor değişikliklerin, obstrüktif koroner arter stenozu yokluğunda bile miyokard iskemisini tetikleyebileceğini düşündüren kanıtlar birikmiştir. Yüzyıllar boyunca angina pektoris kavramının gelişimi ve anjinal semptomların hem organik hem de fonksiyonel mekanizmalarla ilişkisi merak uyandırıcıdır. Kararlı angina, genel popülasyondaki bireylerin büyük bir bölümünü etkiler, majör kardiyovasküler olaylar ve artan mortalite ile ilişkilidir ve dünya çapında birey ve sağlık hizmetleri için büyük bir mali yük teşkil eder (Okamoto vd., 2019).

Önemli olarak, miyokardiyal iskemi, ağrılı uyaranların kortekse (ve diğer tanımlanamayan mekanizmalara) iletilmesindeki bozulma nedeniyle göğüs ağrısının (sessiz miyokard iskemisi) yokluğunda ortaya çıkabilir ve sıklıkla meydana gelir. Sessiz iskemi, miyokard iskemisine neden olacak kadar şiddetli olmayan koroner arter hastalığı (koroner stenoz) ile karıştırılmamalıdır. Gerçekten de birçok hastada koroner lümen çapını değişen derecelerde azaltan (anjiyografi ile teşhis edilen) koroner arter hastalığı vardır, bu da koroner kan akışını etkilemez ve dolayısıyla anjina pektorisi tetiklemez (Gul ve Makaryus, 2019).

2.10.1.1. Stabil Angina Pektoris Epidemiyolojisi: Yaş ve Cinsiyet Farklılıkları

Yazarlar genellikle durum için farklı tanımları göz önünde bulundurduklarından, "kararlı angina pektoris" in prevalansı ve insidansını yıllar içinde belirlemek son derece zor olmuştur. Bazıları göğüs ağrısı ve belgelenmiş koroner arter hastalığı olan denekleri temsil eden verileri kullanırken, diğerleri giriş kriteri olarak tipik göğüs rahatsızlığı ve miyokard iskemisi belirtilerine atıfta bulunur. Bu nedenle, verilen "anjina" tanımına bağlı olarak rakamlar raporlar arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Önemli olarak, sorun, anjina ağrısı ve obstrüktif koroner arter hastalığını eşanlamlı olarak görme eğilimi olması gerçeğiyle daha da karmaşık hale gelmektedir. Rose angina anketi gibi istatistiksel araçlar, bir dereceye kadar tanı kriterlerini standartlaştırmaya yardımcı olmuştur. Ancak sorun şu ki, bu aletler için duyarlılık ve özgüllük rakamları belirlendiğinde "altın standart", miyokard iskemisinden ziyade "obstrüktif" koroner hastalığın varlığıdır. Göğüs ağrısı özellikleri ve Rose anketi gibi klinik araçlar, EKG bulguları, ekokardiyografik duvar hareketi anormallikleri, perfüzyon kusurları veya koroner arteriyografi gibi daha objektif tanısal testlerle karşılaştırıldığında daha düşük duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir.

Nispeten yeni yayınlara göre, stabil anjina pektorisin yönetimi için 2013 ESC kılavuzlarında özetlendiği gibi, anjina prevalansı hem erkeklerde hem de kadınlarda yaşla birlikte artar: "45-64 yaşındaki kadınlarda %5-7'den %10-12'ye 65-84 yaş arası kadınlarda ve 45-64 yaş arası erkeklerde %4-7'den 65-84 yaş arası erkeklerde %12-14'e". Çağdaş tanı araçlarının artan duyarlılığının, koroner arter hastalığı ile ilişkili yüksek anjina prevalansına katkıda bulunabileceği düşünülebilir. Erkeklere kıyasla orta yaşlı kadınlarda gözlenen anjina pektoris semptomunun prevalansının artmasının, kadınlarda 'mikrovasküler anjina' olarak adlandırılan prevalansın daha yüksek olmasından kaynaklandığı öne sürülmüştür. Ne yazık ki, batı toplumlarında mikrovasküler anjina ve koroner arter spazmı prevalansı hakkında şu anda çok az bilgi mevcuttur. Batı ülkelerinde 45-65 yaş arası erkeklerde yıllık stabil angina pektorisin insidansının %1.0 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Ancak toplam anjina insidansı hem erkeklerde hem de kadınlarda yaşla birlikte dik bir şekilde artar ve 75-84 yaşındaki kişilerde neredeyse %4'e ulaşır. İlgi çekici olan, epidemiyolojik çalışmalar, anjina pektoris insidansının birçok ülkede koroner arter hastalığı mortalitesiyle paralellik gösterdiğini göstermiştir. Amerikan Kalp Derneği tarafından

yakın zamanda koroner arter hastalığı mortalitesinin (yıllık oranlar) azalmasına yönelik bir eğilim bildirilmiştir. 2004'teki veriler, miyokard enfarktüsü insidansının azalmasına rağmen, anjina prevalansının yüksek kaldığını ve 2000 yılında ABD'de doğrudan maliyetlerin 75 milyar dolara kadar çıktığı tahmin edildiğini ileri sürmüştür. ABD'de stabil anjina teşhisi ve tedavisi ile ilişkili doğrudan ve dolaylı maliyetlerin daha yakın tarihli bir tahmini bölgede 177 milyar dolarlık rakamlar göstermiştir (Han vd., 2008).

Özellikle kadınlar arasında halk sağlığı açısından stabil anjinin önemi yeterince anlaşılmamıştır ve bu nedenle tartışılmaya devam etmektedir. Koroner hastalık, gelişmiş ülkelerde kadın ölümlerinin en yaygın nedenidir ve bu demografide en yaygın klinik prezentasyon stabil anginadır. Erkeklerde anjiyografik olarak gösterilen koroner arter hastalığı ve miyokard enfarktüsü insidansının fazla olmasına rağmen, kadınlarda anjina prevalansının erkeklerdeki ile benzer olduğu gerçeğiyle temsil edilen bariz bir paradoks vardır (Casper vd., 2000).

Hemingway ve arkadaşları tarafından yapılan ileriye dönük bir kohort çalışması, bu tartışmaya önemli ölçüde katkıda bulunmak için genel popülasyonda anjina prevalansının Amerika Birleşik Devletleri'ndekine benzer olduğu Finlandiya'da ulusal olarak bağlantılı kayıtları kullanmıştır. Genel popülasyonda anjina insidansı, genel popülasyonla karşılaştırıldığında koroner mortalite ve koroner olay oranları açısından kronik stabil anginadaki cinsiyet farklılıklarını değerlendirdiler. 45-89 yaş arası, koroner hastalık öyküsü olmayan hastalar arasında, nitrat reçetesine göre (56.441 kadın ve 34.885 erkek) yeni "nitrat anjina" veya anormal invaziv veya invaziv olmayan test sonuçlarına göre "test pozitif anjina" vakaları tanımladılar. (11.391 kadın ve 15.806 erkek). Hastalar 1 Ocak 1996 ile 31 Aralık 1998 arasında değerlendirildi ve Aralık 2001'e kadar takip edildi. Ana sonuç ölçütleri 4 yılda koroner mortalite (n = 7906 ölüm) ve 1 yılda ölümcül veya ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü (n= 3129 olay) idi.. Yazarlar tarafından özetlenen çalışmanın ana sonuçları şöyleydi: yaşa göre standardize edilmiş yıllık insidans (tüm anjina vakalarının 100 popülasyonu başına) erkeklerde 2.03 ve kadınlarda 1.89, cinsiyet oranı 1.07 (%95) idi. Kadınlarda ve erkeklerde her yaşta "nitrat anjina", genel popülasyona göre koroner mortalite riskinde benzer bir artışla ilişkilendirildi. Erkeklerde bulunan "test-pozitif angina" olan kadınlar (etkileşim için $p < .001$). Kullanılan nitrat miktarı ile olay oranları arasında

güçlü, dereceli bir ilişki vardı; daha yüksek dozlarda nitrat kullanan kadınların prognozu erkeklerle karşılaştırılabilirdi. Diyabetli ve "test-pozitif angina" olan hastalar arasında, yaşa standardize koroner olay oranları kadınlarda 100 kişi-yılı başına 9,9 ve erkeklerde 9,3 idi (p = ,69) ve tam olarak ayarlanmış erkek-kadın cinsiyet oranı 1,07 idi (%95 GA, 0.81–1.41). Bu bulgulara dayanarak Hemingway ve arkadaşları şu sonuca varmışlardır: "kadınlarda erkeklerle karşılaştırıldığında benzer şekilde yüksek stabil angina insidansı vardır, kadınlarda stabil angina, genel popülasyondaki kadınlara kıyasla artmış koroner mortalite ile ilişkilidir ve kolayca tanımlanabilen klinik alt gruplar arasında, kadınlar erkeklere kıyasla benzer şekilde yüksek mutlak prognostik sonuç oranlarına sahiptir". Bu çalışmadaki bulgular önemlidir, çünkü Hemingway ve arkadaşları, genel popülasyonda kadınlarda anjinin erkeklerde olduğu kadar sık görüldüğünü ve bunun prognostik etkisinin iyi huylu veya yumuşak bir tanı olarak göz ardı edilmemesi gerektiğini gösterdiğini göstermiştir. Bu çalışma, kadınlarda anjinin halk sağlığı açısından önemini ve insidans ve sonuçtaki bazı cinsiyet farklılıklarının altında yatan mekanizmaları anlamanın önemini vurgulamaktadır (Hemingway vd., 2006).

2.10.1.2. Stabil Angina Ağrısının Özellikleri: Tipik ve Atipik Angina Pektoris ve Kalp Dışı Göğüs Ağrısı

Altta yatan patojenik mekanizmalardan bağımsız olarak, miyokard iskemisinden kaynaklanan göğüs ağrısı (angina pektoris), doktorların semptomun potansiyel iskemik doğasını belirlemelerine yardımcı olan tipik özelliklere sahiptir. Miyokardiyal iskemi ile ilişkili göğüs rahatsızlığı, tipik anjini temsil edip etmediğini ve dolayısıyla miyokard iskemisi ve/veya koroner arter hastalığı olasılığını ortaya koyup koymadığını belirlemek için genellikle dört özellik ile ilişkili olarak analiz edilir. Göğüs rahatsızlığının karakteri, yeri ve süresi ile bunun efor ve rahatlatıcı faktörlerle ilişkisi, tipik ve atipik anjina pektorisi neyin oluşturduğunu belirlemek için önemlidir. Tipik olarak, anjina mutlaka "ağrı" olarak değil, "rahatsızlık" olarak tanımlanır; basınç, gerginlik veya ağırlık hissi. Hastalar semptomu tanımlamak için sıklıkla "boğucu", "daraltıcı" ve "baskıcı" kelimelerini kullanırlar. Miyokardiyal iskeminin neden olduğu rahatsızlık genellikle göğsün ortasında, sternumun üzerinde bulunur. Bununla birlikte, hastalar genellikle epigastrium, boğaz, alt çene veya dişler,

kürek kemikleri veya kollar arasındaki alan, bilekler ve daha az sıklıkla parmaklar gibi diğer yerlerden bahseder. Nefes darlığı da sıklıkla anjina ile birlikte ortaya çıkabilir.

Daha nadiren, hastalar miyokard iskemisi atakları sırasında yorgunluk, mide bulantısı ve yaklaşan bir kıyamet duygusu bildirirler. Bazen nefes darlığı iskemiyi yansıtan tek semptom olabilir ve bu bir tanısal problem oluşturur. Göğüs rahatsızlığının süresi genellikle kısadır, tipik olarak 10 dakika içinde dağılır. Daha da önemlisi, sadece birkaç saniye süren göğüs ağrısının miyokard iskemisinden kaynaklanması olası değildir. Angina klasik olarak egzersizle, özellikle yokuş yukarı yürümekle ve/veya duygusal stresle tetiklenir. Angina genellikle artan efor seviyeleri ile şiddette artar ve birçok hasta soğuk havada veya yemeklerden sonra egzersiz yaparken daha kötü göğüs rahatsızlığı bildirir. Tipik eforla ilişkili anjina, benzer aktivite dereceleriyle tekrarlama eğiliminde olsa da, özellikle koroner stenoz bölgesinde yer alan koroner vazomotor mekanizmalarla ilişkili olarak, anjina için değişken bir eşik tanımlanmıştır. Tipik anginanın önemli bir tanısal özelliği, semptomu tetikleyen çabanın kesilmesinden sonra rahatsızlık veya ağrının hızla geçmesi ve bukkal veya dilaltı nitratların anjinal semptomları hızla gidermesidir. Her üç kriter de mevcut olduğunda tipik angina tanısı konur; ancak tipik angina belirgin bir şekilde miyokard iskemisini düşündürse de, bu, bu tür semptomların yalnızca obstrüktif aterosklerotik koroner arter hastalığından kaynaklanabileceği anlamına gelmez. Tipik angina, koroner aterosklerozun yokluğunda mikrovasküler anjinalı hastalarda da görülebilir. Atipik anjina genellikle yer, karakter ve nitratlara yanıt açısından tipik anginaya benzer, ancak mutlaka eforla tetiklenmez. Atipik ağrı genellikle istirahatte gelişir (hastalar tarafından sıklıkla ifade edildiği gibi "anormal"), şiddetinin kademeli ve istikrarlı bir şekilde artması, ardından 5-15 dakika sonra yoğunluğun yavaş yavaş azalması olarak tanımlanır. Bu tip anjinal ağrı, Prinzmetal varyant anginası olan hastalarda yaygındır. Efor sırasında veya sonrasında ortaya çıkan ve dilaltı nitrat uygulamasına zayıf yanıt gösteren uzun süreli ağrı, mikrovasküler anjina düşündürür (National Institutes of Health, 2012).

2.10.1.3. Stabil Angina Pektoris Tedavisi

Semptomların şiddeti tedavi tipini belirler. Prensipte anjina pektoris ve nedeni olan koroner kalp hastalığı tedavi edilemez. İlaç veya cerrahi ağrıyı durdursa bile

koroner arterler kireçlenmiş halde kalır. Ancak iyi ve tutarlı bir tedavi ile hastaların yaşam kalitesi ve yaşam beklentisi sağlıklı insanlarınkine yaklaşır. Hastalar gerekli ilaçları almadığında ve yaşam tarzı değişiklikleri yaptığında durum kötüleşir. Sonuç olarak, operasyonlar daha erken gerekli hale gelir. Ölümcül komplikasyon riski artar. Stabil angina pektorisin tedavisi üç temele dayanmaktadır (Liao vd., 2019):

- Risklerin önlenmesi ve en aza indirilmesi: Yaşam tarzı değişiklikleri esastır. Fazla kilolu hastaların kilo vermesi, sigara içenlerin sigarayı bırakması ve yüksek tansiyon, dislipidemi veya şeker hastalığı olan kişilerin bu hastalıkları uzun süreli tedavi etmesi gerekmektedir. Her biri 15 ila 60 dakika olmak üzere haftada üç ila yedi kez dayanıklılık eğitimi yapılması da tavsiye edilir. Diyet, tuz ve yağ bakımından düşük - özellikle doymuş yağ - ancak lif, meyve, sebze ve karbonhidrat bakımından yüksek olmalıdır. Kalori miktarı yalnızca gerçek tüketimi kapsamalıdır. Stresten ve çok miktarda alkolden kaçınılması gerekir.
- İlaçlar: nitratlar (nitro müstahzarları) akut ataklara karşı yardımcı olur ve ağrı ataklarını önler. Bazı nitratlar çok hızlı etki eder ve nöbetler için kurtarma ilacı olarak uygundur. Hastalar spreyleri veya çiğnenebilir kapsülleri her zaman hazır bulundurmalıdır. Çareleri bir kerede çok az kullanmaktan çok kullanmak daha iyidir. Nitratlar, bir saldırıda erken kullanıldığında en iyi sonucu verir. Şiddetli ataklarda uygulama beşer dakikalık aralıklarla birkaç kez tekrarlanabilir. Ardışık üç tedavi 15 dakika içinde semptomları iyileştirmezse, kalp krizi meydana gelmiş olabilir. Örneğin potansiyel olarak stresli durumlar ortaya çıkmadan hemen önce bunu önlemek için spreyler ve çiğnenebilir kapsüller kullanılabilir. Diğer nitratlar ancak 5 ila 20 dakika sonra etki gösterirler, daha uzun süreli önleme için daha uygundurlar. Trombosit agregasyon inhibitörleri, beta blokerler ve statinler de vazgeçilmez olarak kabul edilir. Ek veya alternatif olarak başka yollar da düşünülebilir.
- Cerrahi müdahaleler: tıkanıklıkların sayısına, boyutuna ve konumuna bağlı olarak iki işlem mümkündür. Stent ile balon dilatasyonda doktorlar kateter ile çalışırlar, bu yüzden sadece küçük kesiler yapmak zorunda kalırlar. Şişirilebilir balonlarla darboğazları genişletirler ve bu alanları kafes tüpler (stentler) ile desteklerler. İkinci prosedür olan baypas işleminde, yedek gemiler (bypass) oluştururlar. Baypas operasyonları daha karmaşık ve

uzundur, ancak bazen avantajları vardır. Her iki prosedür de kalp kasına giden kan akışını iyileştirir ve yaşamı tehdit eden olayların riskini azaltır.

2.10.2. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris

Kararsız angina pektoris, kapalı veya ciddi şekilde daralmış bir koroner artere bağlı bir dizi kardiyovasküler hastalık olan akut koroner sendromun en basit varyantı olarak kabul edilir. Bu anjina pektoris, yüksek kalp krizi riskine eşlik eder. Kararsızlığın başlangıcı, bir hastalığın semptomlarını sendrom spektrumundan değiştirir. Örneğin, tipik AP şikayetleri ilk kez ortaya çıkar veya semptomlar stres olmadan da ortaya çıkar. Ayrıca nöbetlerin süresi veya sıklığı (sıklığı) artabilir. Ayrıca duruma göre ilgili ağrının şiddeti de artar (Öztürk, 2018).

Angina pektoris, miyokard enfarktüsünden 14 gün sonrasına kadar ortaya çıkarsa da kararsız olarak kabul edilir. Bu nekrozdan önce ortaya çıkan angina pektoris de kararsızdır. Bu durumlarda nitrogliserin genellikle daha az etkilidir. Kararsız angina pektoris genellikle koroner arter hastalığı veya arteriosklerozdan kaynaklanır. Örneğin, arteriosklerotik birikintiler, etkilenen koroner arterlerde lokal olarak yırtılır. Bu lezyon, oradaki kuvvetlerin dengesini değiştirir ve arterin bir kısmını hafifçe yer değiştirir. Aynı zamanda, yaralanmaya bağlı bir refleks, arterleri spazmlar (vazospazm) gibi daraltır. Oluşan kan pıhtısı (trombüs) yaralı kan damarını tıkayabilir. Bu, miyokardın akut enfarktüsünü (kalp atışı olarak adlandırılır) başlatır. Angina decubitus (eş anlamlısı: nokturna) olarak, kalbin kararsız sıkışması, yatarken göğüste ağrır. Ağrı, aşırı yüklenmeden kaynaklanır, çünkü hasarlı kalp kasları: Yatarken, miyokardın karşı çalıştığı artan venöz kan akışı vardır (cardiopraxis, 2021).

2.10.2.1. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris Arka Plan

"Kararsız angina pektoris" teriminin kullanımı tek tip değildir. Genellikle semptomları tanımlamak için kullanılır ve daha sonra sabit olmayan semptomları olan anjina pektorisi ifade eder. Aşağıdaki anjina pektoris formları kararsız olarak kabul edilir (Xu ve Yang, 2015):

- De novo anjina: İlk kez ortaya çıkan anjina pektoristir (de novo).

- Enfarktüs sonrası anjina: Miyokard enfarktüsünden sonraki iki hafta içinde ortaya çıkan anjina pektoristir.
- İstirahat anjinası: İstirahat halinde ortaya çıkan anjina pektoristir.
- Kreşendo anjina: Semptomları değişen anjina pektoris (kreşendo semptomlar), örneğin atak sıklığı, ağrı yoğunluğu veya atak süresi açısından
- Angina nocturna: Angina decubitus olarak da adlandırılır. Özellikle geceleri yatarken ortaya çıkan göğüs ağrısıdır

Bu terim aynı zamanda akut koroner sendromu ifade etmek için de kullanılır. Bu durumda, enfarktüs tipik semptomları en az 20 dakika boyunca mevcut olduğunda, ancak miyokard enfarktüsünü gösteren elektrokardiyografik veya serolojik değişiklikler olmadığında konulabilecek bir tanıdır (Kumar ve Cannon, 2009).

2.10.2.2. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris Patofizyoloji

Kararsız anjina, koroner arterlerin aterosklerozu ile seyreden koroner arter hastalığından (KAH) kaynaklanır. İstirahat iskemisinin birincil patomekanizması genellikle koroner arterlerdeki aterosklerotik plakların yakın zamanda yırtılması, trombosit pıhtılarının oluşması ve vazokonstriktörlerin salınmasıdır. Bu, vazospazm ile arterlerin kısmi tıkanmasına ve refleks daralmasına yol açar. Trombüs koroner damarı tıkayabilir ve böylece akut miyokard enfarktüsünü tetikleyebilir (Ambrose ve Dangas, 2000).

2.10.2.3. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris Sınıflandırma

Braunwald'a göre, kararsız anjina pektorisin şiddeti ikiye ayrılır (Kervinen vd., 2004):

- Sınıf I: Son 2 ay içinde yeni başlayan şiddetli veya hızlanmış eforlu anjina pektorisi.
- Sınıf II: Son 2 ay içinde istirahat anjina pektorisi.
- Sınıf III: son 48 saat içinde istirahat anjina pektorisi.

2.10.2.4. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris Teşhis

Kararsız anjina pektoris, yaklaşan miyokard enfarktüsünün (enfarktüs öncesi anjina) habercisi olarak kabul edilir ve derhal kardiyolojik değerlendirme ve izleme gerektirir. Temel tanılama şunları içerir (Sweis, 2022):

- Dinlenme EKG'si
- Laboratuvar testleri (troponin, kreatin kinaz, GOT gibi kalp kası enzimleri)
- Ekokardiyografi

Gelişmiş teşhis yöntemleri arasında PTCA ile kombine edilebilen koroner anjiyografi yer almaktadır.

2.10.2.5. Stabil Olmayan (Kararsız) Angina Pektoris Terapi

İlk terapötik önlemler şunları içerir (Aronow, 2003):

- Vücudun üst kısmının yükseltilmesi
- Oksijen satürasyonu %90'ın altındaysa nazal tüp veya maske ile oksijen uygulaması (4-8 l/dk).
- Dil altı veya damar içi nitrat uygulaması (sistolik RR < 90 mmHg ise dikkatli olun)
- Analjezi (örn. şiddetli ağrı için intravenöz veya subkutan olarak 3-5 mg morfin)

İleri tedavi, tanı sonuçlarına, klinik seyre ve hastanın bireysel risk profiline bağlıdır. Örneğin aşağıdaki durumlarda acil bir invaziv prosedür (PTCA) gereklidir.

- Tedaviye dirençli kararsız anjina pektoris (gelişmekte olan bir miyokard enfarktüsünün göstergesi)
- ST segment depresyonu (≥2 mm) veya derin negatif T dalgaları ile tekrarlayan anjina pektoris
- Hemodinamik instabilite (kardiyojenik şok)

- Hayatı tehdit eden aritmiler (ventriküler fibrilasyon, ventriküler taşikardi)

2.10.3. Varyant Angina Pektoris

Prinzmetal anjini veya varyant anjina, anjina pektorisin özel bir şeklidir. Adını ilk kez 1959 yılında tanımlayan Amerikalı kardiyolog Myron Prinzmetal'den almıştır. Semptomlar genellikle istirahat halinde ortaya çıkar ve klasik anlamda koroner damarların daralmasına bağlı değildir. Büyük koroner arterlerin bir veya daha fazlasında spazm vardır. Sonuç olarak, kan artık serbestçe akamaz ve anjina pektorisin klasik belirtileri ortaya çıkar. Buna ek olarak, tipik EKG değişiklikleri vardır, ancak bunlar genellikle atak biter bitmez kaybolur. Spazmlar koroner anjiyografi ile görüntülenebilir. Koroner arterlerin aterosklerozu da spazmlara neden olabilir ve Prinzmetal anjinası olanlarda koroner ateroskleroz da olabilir. Bu nedenle farklılaştırma çoğu zaman kolay değildir (Hayrullah vd., 2018).

2.10.3.1. Varyant Angina Pektoris Epidemiyolojisi

Açık olmayan nedenlerle, Prinzmetal anjina prevalansı son yıllarda azalmıştır. Japonya'da Kuzey Amerika veya Batı Avrupa'dan daha yaygındır. Prinzmetal anjinası olan hastalar, NSTEMI hastalarına göre daha genç olma eğilimindedir ve daha az koroner risk faktörüne (sigara içimi dışında) sahiptir (Van Den Höfel, 2021).

2.10.3.2. Varyant Angina Pektoris Patofizyoloji

Altta yatan patomekanizma şu anda tam olarak bilinmemektedir. Vasküler düz kas hücrelerinin artan kontraktilitesi, alfa-adrenoreseptörlerin artan aktivitesi ve tromboksan A2 ve serotonin gibi vazokonstriktörlerin etkisi tartışılmaktadır (Antwerpes vd., 2021).

2.10.3.3. Varyant Angina Pektoris Klinik

Prinzmetal anjini efordan bağımsız olarak, yani istirahat halindeyken bile ortaya çıkar. Ataklar genellikle sabahın erken saatlerinde meydana gelir. Hasta tarafından şiddetli retrosternal basınç veya boyun, çene ve/veya sol omuz ve kola yayılan ağrı olarak tanımlanır. Miyokardiyal iskemi ve sol ventrikül fonksiyonunun

bozulması çarpıntı, miyokard enfarktüsü, senkop, ventriküler taşikardi, ventriküler fibrilasyon ve ani kardiyak ölüme yol açabilir. Bazı hastalarda migren ve/veya Raynaud sendromu ie birlikte jeneralize vazospazm eğilimi vardır (Van Den Höfel, 2021).

2.10.3.4. Varyant Angina Pektoris Teşhis

Prinzmetal anjinası olan hastalarda kardiyak muayene bulguları genellikle dikkat çekici değildir. Elektrokardiyogram (EKG), çoğunlukla istirahat ağrısı dönemlerinde ortaya çıkan nöbet benzeri, geri dönüşümlü ST yükselmeleri gösterir. Bununla birlikte, birçok hastada asemptomatik ST yükselmeleri (sessiz iskemi) de görülür. Q-spike'lar geliştirilmemiştir. İskeminin şiddetine ve süresine bağlı olarak, ST yükselmeleri dakikalar içinde düzelebilir veya bunu saatler ya da günler boyunca devam eden kalıcı T inversiyonları izleyebilir. Kardiyak enzimler (örn. troponin T veya troponin I) genellikle yükselmez. Koroner anjiyografide geçici koroner spazm tespit edilebilir. Fokal koroner stenozu veya ST yükselmesini provoke etmek için hiperventilasyon ve intrakoroner asetilkolin kullanılır (Antwerpes vd., 2021).

2.10.3.5. Varyant Angina Pektoris Ayırıcı Tanı

Prinzmetal anjinası ile koroner damarlarda ateroskleroz ortamında ortaya çıkan kararsız anjina arasındaki ayırıcı tanı zor olabilir. Prinzmetal anjinası olan hastaların yaklaşık %50'sinde en az bir ana damarda aterosklerotik plak olduğu unutulmamalıdır. Tipik kardiyovasküler risk faktörlerinin bulunmaması genellikle Prinzmetal anjinasına işaret eder. Diğer testlerin yanı sıra koroner anjiyografi de ayırıcı tanıda yardımcıdır. Koroner damarlarda vazospazm Kounis sendromunda (angina allergica) da ortaya çıkabilir (Ziccardi ve Hatcher, 2020).

2.10.3.6. Varyant Angina Pektoris Terapi

Nitratlar ve kalsiyum antagonistleri akut tedavi ve profilaksi için kullanılır. Asetilsalisilik asit iskemik atakların şiddetini artırabilir. Ayrıca, kesin mekanizma şu anda belirsiz olsa da statinler muhtemelen ciddi komplikasyon riskini azaltmaktadır. Beta-blokerlere yanıt değişkendir: teorik olarak, etkisi kanıtlanmamış olsa da, alfa-

reseptör aracılı vazokonstriksiyonun ardışık olarak artması nedeniyle spazmı artırırlar. Tersine, semptom alevlenmesi alfa-adrenerjik blokajlı (örn. karvedilol) veya damar genişletici etkileri olan (örn. nebivolol) beta-blokerler ile önlenebilir. Prensip olarak, beta-blokerler dikkatle kullanılmalıdır; hatta bazıları kontrendike olarak kabul edilir. Koroner revaskülarizasyon, akımı sınırlayan, sabit ve proksimal olarak lokalize koroner tıkanıklığın eşlik ettiği Prinzmetal anjinası olan hastalarda faydalı olabilir. Maksimal konservatif tedaviye rağmen iskemiye bağlı ventriküler fibrilasyonu olan hastalar ICD implantasyonundan fayda görmektedir (Van Den Höfel, 2021).

2.10.3.7. Varyant Angina Pektoris Prognoz

Prinzmetal anjinası olan hastalar genellikle klinik başvurudan sonraki ilk 6 ay boyunca sık ataklar ve kardiyak olaylardan oluşan bir akut faz ile başvururlar. 5 yıllık sağkalım oranı %90-95'tir. Bununla birlikte, hastaların %20'sine kadarında miyokard enfarktüsü meydana gelir. Akut faz atlatılırsa, durum genellikle stabilize olur. Spontan ağrı atağı sırasında malign aritmi gelişen Prinzmetal anjinası olan hastalarda ani kardiyak ölüm riski daha yüksektir (Picard vd., 2019).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma analitik tipde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Çalışmanın evrenini Irak Kerkük şehrinde Al- alzadi eğitim Hastanesi'ne başvuran hastalar oluşturmuştur.

3.3.Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklemini dahil edilme kriterine uyan 200 hastaya ulaşılmıştır. G power analizinde %80 güç ile en az 195 hasta olması gerektiği belirlenmiştir.

Dahil edilme kriteri: 18 yaş ve üzerinde, çalışmaya katılmayı kabul eden, Arapça konuşabilen ve anjina pektoris tanısı alan hastalar

Dışlanma kriterleri; çalışmaya katılmayı reddeden, Bilişsel ve psikolojik bir hastalığı olan

3.4.Veri Toplama

Verileri, araştırmacı tarafından yüz yüze toplanmıştır. Görüşme hastanede hemşire odasında 15-20 dk süren bir görüşme ile toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta bilgi formu ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

Hasta Bilgi formu: Bu form araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur. Form yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir, çocuk sayısı, ikamet yeri, ailede angina pektoris öyküsü, angina pektorisinin ne kadar süre önce teşhis edildiği, olmak üzere 12 sorudan oluşmaktadır (Ambrose ve Dangas, 2000; Mahsuda ve Xadicha, 2022; Janse ve ark, 2004).

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği 3. Versiyon (EORTC QLQ-C30 Version 3.0): Ölçek yaşam kalitesini değerlendiren ilk 28 maddesi 4'lü likert olan 30 maddelik bir ankettir. Ölçeğin 3 alt başlığı vardır, bunlar genel iyilik hali, fonksiyonel alan ve semptom kontrolüdür. Katılımcıların üç alt başlıktan alacakları puanlar en fazla 100, en az 0'dır. Ölçeğin Global Sağlık Durumu/Genel İyilik Hali alt başlığı: 29. 30. Soru, Fonksiyonel Skala alt başlığı: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 21. 22. 23.

24. 20. 25. 26. 27. Maddelerinden, kalan maddeler ise Semptom Skalası alt başlığını oluşturmaktadır (Groenvold, M.ve ark, 1997).

Ölçeğin 13 ülkede güvenilirliği ve geçerliliği açısından incelenmiştir. Sonuçlar, EORTC QLQ-C30'un kanser hastalarının yaşam kalitesinin güvenilir ve geçerli bir ölçüsü olduğunu desteklenmiştir (tüm maddeler için Chrobach alfa ≥ 0.70). Ölçek Arapçaya Bener ve arkadaşları tarafından çevrilmiştir. Anketin güvenirliği (iç tutarlılığı) Cronbach alfa katsayısı ile test edilmiş ve karşılanması için kabul edilebilir değer Chrobach alfa > 0.70'dir. Çalışma, ölçeğin Arap popülasyonları arasında kullanılmak üzere geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varmıştır (Bener ve diğerleri, 2017). Ayrıca bu ölçek Arapçaya Ghufran Jassim1 ve Ahmed AlAnsari tarafından çevrilmiştir. Anketin güvenirliği (iç tutarlılığı) Cronbach's alpha katsayısı ile test edilmiş ve karşılanması için kabul edilebilir değer 0.927. Çalışma, ölçeğin Arap popülasyonları arasında kullanılmak üzere geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varmıştır (Jassim ve AlAnsari, 2020). Ayrıca çalışmamızda anjina pektoris hastaları içinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermek için gerekli analizler yapılmıştır.

3.6. Güvenirlilik

Ölçeğin anjina pektörisli hastalarda da kullanılabilmesi için ölçeğin geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır.

Güvenilirlik Analizinde;

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek güvenilirlikte olduğu kabul edilir.

Avupa Kanser Araştırma ve Tadavi Kurumu Yaşam Kalitesi (EORTC QL1-C30) Ölçeği İçin Güvenilirlik Analizi

Çizelge 3.1. Güvenilirlik istatistiği

Güvenilirlik İstatistiği	
Cronbach Alfa Değeri	Soru Sayısı
,659	30

Yukarıdaki tabloda ölçek güvenilirlik (Cronbach Alfa) değerimiz %65,9 olarak bulunmuştur. Bu bize ölçeğimizin oldukça güvenilir olduğu anlamına gelir.

Çizelge 3.2. Ölçek soruları için güvenilirlik istatistikleri

Ölçek Soruları İçin Güvenilirlik İstatistikleri				
	İlgili Soru Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	İlgili Soru Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	İlgili Soru-Toplam Ölçek Arası İlişki Katsayısı	İlgili Soru Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değeri
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	66,2500	61,123	0,078	0,658
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	65,9050	61,071	0,079	0,658
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	66,3850	57,394	0,371	0,627
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	65,9000	61,568	0,038	0,663
5.Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	66,3550	59,567	0,198	0,645
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	66,0150	60,869	0,111	0,655
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	66,2150	58,732	0,259	0,639
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	65,4900	62,935	-0,058	0,675
9. Ağrınız oldu mu?	65,4650	59,938	0,136	0,652
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	65,4600	60,461	0,106	0,656
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	66,0650	56,564	0,370	0,623
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	66,5250	58,492	0,310	0,634
13. İştahınız azaldı mı?	66,0500	58,972	0,200	0,644
14. Bulantınız oldu mu?	65,7150	60,305	0,114	0,655
15. Kustunuz mu?	66,2050	55,681	0,369	0,62

16. Kabız oldunuz mu?	66,4200	63,330	-0,087	0,681
17. İshal oldunuz mu?	66,6300	61,440	0,058	0,66
18. Yoruldunuz mu?	65,8250	56,778	0,355	0,625
19.Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	65,8850	59,891	0,173	0,648
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	66,4350	57,041	0,351	0,626
21. Gerginlik hissettiniz mi?	66,1600	57,864	0,282	0,634
22. Endişelendiniz mi?	66,0650	58,976	0,194	0,645
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	66,4550	57,154	0,367	0,626
24. Bunalıma girdiniz mi?	65,9150	57,425	0,262	0,635
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	66,4750	57,949	0,329	0,631
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	65,7800	57,881	0,274	0,635
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	65,6400	59,166	0,188	0,646
28.Fiziksel Durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı	65,7900	58,943	0,149	0,634
29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	64,1400	66,825	-0,246	0,724
30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	64,0150	64,517	-0,156	0,707

Yukarıdaki tabloda herbir soru için güvenilirlik istatistikleri gösterilmektedir(Çizelge 3.2) .

3.7.Verilerin Analizi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) sürüm 25 kullanılarak analiz edilecektir. Verilerin analizinde sayı yüzde ve korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Sonuçların normal dağılımının değerlendirilmesinde Kolmogorov Smirnov, Shapiro Wilk testleri ve histogram tablo görünümü ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılmadığı için nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi ve

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çoklu gruplarda ikili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde ise Post-Hoc Dunn ve Benferroni testleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Frekans Dağılım Tabloları

Çizelge 4.3. Sosyodemografik veriler için frekans dağılım tablosu

Sosyodemografik Sorular	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Erkek	120	60,0
	Kadın	80	40,0
Yaş	18-27	20	10,0
	28-37	54	27,0
	38-47	85	42,5
	48 ve üzeri	41	20,5
Medeni Durum	Bekar	37	18,6
	Evli	162	81,4
Eğitim Duruu	Okuma Yazma Bilen	42	21,0
	İlkokul	35	17,5
	Ortaokul	78	39,0
	Lise	28	14,0
	Lisans	12	6,0
	Yüksek Lisans ve Üstü	5	2,5
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	21	10,5
	Memur	18	9,0
	Ortaokul	22	11,0
	İşçi	45	22,5
	Emekli	28	14,0
	Serbest Meslek	66	33,0
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	63	31,5
	Gelir Gidere Eşit	130	65,0
	Gelir Giderden Fazla	7	3,5
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	46	23,0
	1-5	121	60,5
	6-10	23	11,5
	11-15	10	5,0
En Uzun Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba	31	15,6
	İlçe	1	0,5
	Şehir/Büyükşehir	167	83,9
Ailede Angina Pektoris Olma Durumu	Hayır	73	36,5
	Evet, 1.dereceden yakınım	96	48,0
	Evet, 2.Dereceden yakınım	31	15,5
Hastalığın Süresi	8 Aydan Az	115	57,5
	8-36 Ay	71	35,5
	36 Aydan Fazla	14	7,0

Katılımcıların erkek olanların sayısı 120 %60,0; kadın olanların sayısı 80 %40,0'dır.18,27 yaş arasında olanların sayısı 20 %10,0; 28-37 yaş aralığında olanların sayısı 54 % 27,0; 38-47 yaş arasında olanların sayısı 85 %42,5; 48 yaş ve üzeri olanların sayısı 41 % 20,5'dir. Bekar olanların sayısı 37 % 18,6; evli olanların sayısı 162 % 81,4'dür. Okuma yazma bilenlerin sayısı 42 % 21,0; ilkokul mezunlarının sayısı 35 % 17,5; ortaokul mezunlarının sayısı 78 % 39,0; lise mezunlarının sayısı 28 % 14,0; lisans mezunlarının sayısı 12 % 6,0; yüksek lisans ve üstü olanların sayısı 5 % 2,5'dir. Çalışmayanların sayısı 21 % 10,5; memur olanların sayısı 18 % 9,0; ortaokul olanların sayısı 22 % 11,0; işçi olanların sayısı 45 % 22,5; emekli olanların sayısı 28 % 14,0; serbest meslek sahiplerinin sayısı 66 % 33,0'dır. Geliri giderinden az olanların sayısı 63 % 31,5; geliri giderine eşit olanların sayısı 130 % 65,0; geliri giderinden fazla olanların sayısı 7 % 3,5'dir. Çocuğu olmayanların sayısı 46 % 23,0; 1-5 arası çocuğu olanların sayısı 121 % 60,5; 6-10 arası çocuğu olanların sayısı 23 % 11,5; 11-15 arası çocuğu olanların sayısı 10 % 5,0'dır. Köy/Kasaba'da yaşayanların sayısı 31 % 15,6; ilçede yaşayanların sayısı 1 %0,5; şehir/büyükşehirde yaşayanların sayısı 167 %83,9'dur. Ailesinde angına pektoris rahatısızlığı olmayanların sayısı 73 %36,5; birinci dereceden yakınları angına pektoris olanların sayısı 96 %48,0; ikinci dereceden yakınları angına pektoris olanların sayısı 31 % 15,5'dir. Hastalık süresi 8 aydan az olanların sayısı 115 % 57,5; 8-36 ay arası olanların sayısı 71 % 35,5; 36 aydan fala olanların sayısı 14 % 7,0'dır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.4. Ölçeğin fiziksel fonksiyon için frekans dağılım tablosu

Fiziksel Fonksiyon Alt Boyut Sorularının Dağılımı								
	Hiç		Biraz		Oldukça		Çok	
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	53	26,5	111	55,5	13	6,5	23	11,5
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	22	11,0	116	58,0	27	13,5	35	17,5
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	70	35,0	97	48,5	17	8,5	16	8,0
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	24	12,0	115	57,5	22	11,0	39	19,5
5.Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	67	33,5	98	49,0	18	9,0	17	8,5

Fiziksel fonksiyon sorularının birinci sorusu olan “Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?” sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 53 %26,5 , biraz cevabını verenlerin sayısı 111 %55,5 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 13 %6,5 , çok cevabını verenlerin sayısı 23 %11,5’dir. Fiziksel fonksiyon sorularının ikinci sorusu olan “Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?” sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 22 %11,0 , biraz cevabını verenlerin sayısı 116 %58,0 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 27 %13,5 , çok cevabını verenlerin sayısı 35 %17,5’dir. Fiziksel fonksiyon sorularının üçüncü sorusu olan “Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?” sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 70 %35,0 ,biraz cevabını verenlerin sayısı 97 % 48,5 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 17 % 8,5 , çok cevabını verenlerin sayısı 16 %8,0’dır. Fiziksel fonksiyon sorusunun dördüncü sorusu olan “Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?” sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 24 %12,0 , biraz cevabını verenlerin sayısı 115 %57,5, oldukça cevabını verenlerin sayısı 22 %11,0 , çok cevabını verenlerin sayısı 39 %19,5’dir. Fiziksel fonksiyon sorusunun beşinci sorusu olan “Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?” sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 67 %33,5 , biraz cevabını verenlerin sayısı 98 %49,0 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 18 %9,0, çok cevabını verenlerin sayısı 17 %8,5’dir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5. Rol fonksiyon için frekans dağılım tablosu

Rol Fonksiyonu Alt Boyut Sorularının Dağılımı								
	Hiç		Biraz		Oldukça		Çok	
	n	%	n	%	n	%	n	%
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	21	10,5	133	66,5	18	9,0	28	14,0
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	50	25,0	108	54,0	21	10,5	21	10,5

"İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 21 %10,5 , bira cevabını verenlerin sayısı 133 %66,5 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 18 % 9,0 , çok cevabını verenlerin sayısı 28 %14,0'dır. "Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 50 % 25,0 , biraz cevabını verenlerin sayısı 108 %54,0 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 21 %10,5 , çok cevabını verenlerin sayısı 21 %10,5'dir(Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6. Kognitif fonksiyon için frekans dağılım tablosu

Kognitif Fonksiyon Alt Boyut Sorularının Dağılımı								
	Hiç		Biraz		Oldukça		Çok	
	n	%	n	%	n	%	n	%
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	88	44,0	75	37,5	17	8,5	20	10,0
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	82	41,0	90	45,0	13	6,5	15	7,5

"Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?" sorusun hiç cevabını verenlerin sayısı 88 %44,0 , biraz cevabını verenlerin sayısı 75 %37,5 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 17 %8,5 ve çok cevabını verenlerin sayısı 20 %10,0'dır. "Bazı şeyleri hatırlamakta

zorluk çektiniz mi?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayış 82 %41,0 , biraz cevabını verenlerin sayısı 90 %45,0 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 13 %6,5 , çok cevabını verenlerin sayısı 15 %7,5'dir (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7. Sosyal fonksiyon için frekans dağılım tablosu

Sosyal Fonksiyon Alt Boyutu Sorularının Dağılımı								
	Hiç		Biraz		Oldukça		Çok	
	n	%	n	%	n	%	n	%
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	23	11,5	104	52,0	23	11,5	50	25,0
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	21	10,5	83	41,5	43	21,5	53	26,5
28. Fiziksel Durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	22	11,0	96	48,0	37	19,0	45	22,0

Ölçeğimizin yirmi altı, yirmi yedi, yirmi sekiz soruları Ölçeğimizin alt boyutu olan Sosyal Fonksiyonun sorularıdır. "Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?" 104 sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 23 % 11,5 , biraz cevabını verenlerin sayısı 104 %52,0 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 23 % 11,5, çok cevabını verenlerin sayısı 50 % 25,0'dır. "Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 21 %10,5, biraz cevabını verenlerin sayısı 83 %41,5 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 43 %21,5 , çok cevabını verenlerin sayısı 53 %26,5'dir. "Fiziksel Durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 22 %11,0, biraz cevabını verenlerin sayısı 96 %48, oldukça cevabını verenlerin sayısı 37 %19,0, çok cevabını verenlerin sayısı 45 %22,0'dır (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.8. Emosyonel fonksiyon için frekans dağılım tablosu

Emosyonel Fonksiyon Alt Boyut Sorularının Dağılımı								
	Hiç		Biraz		Oldukça		Çok	
	n	%	n	%	n	%	n	%
21. Gerginlik hissettiniz mi?	54	27,0	98	49,0	18	9,0	30	15,0
22. Endişelendiniz mi?	49	24,5	94	47,0	22	11,0	35	17,5
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	85	42,5	82	41,0	16	8,0	17	8,5
24. Bunalıma girdiniz mi?	47	23,5	83	41,5	20	10,0	50	25,0
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	12	6,0	86	43,0	34	17,0	68	34,0
9. Ağrınız oldu mu?	11	5,5	86	43,0	32	16,0	71	35,5
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	11	5,5	82	41,0	39	19,5	68	34,0
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	46	23,0	98	49,0	23	11,5	33	16,5
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	84	42,0	93	46,5	11	5,5	12	6,0
13. İştahınız azaldı mı?	42	21,0	108	54,0	12	6,0	38	19,0
14. Bulantınız oldu mu?	14	7,0	116	58,0	13	6,5	57	28,5
15. Kustunuz mu?	77	38,5	69	34,5	16	8,0	38	19,0
16. Kabız oldunuz mu?	101	50,5	58	29,0	9	4,5	32	16,0
17. İshal oldunuz mu?	110	55,0	63	31,5	14	7,0	13	6,5
18. Yoruldunuz mu?	26	13,0	102	51,0	27	13,5	45	22,5
19.Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	20	10,0	113	56,5	35	17,5	32	16,0

"Gerginlik hissettiniz mi?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 54 %27,0, biraz cevabını verenlerin sayısı 98 %49,0, oldukça cevabını verenlerin sayısı 18 %9,0, çok cevabını verenlerin sayısı 30 %15,0'dır. "Endişelendiniz mi?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 49 %24,5, biraz cevabını verenlerin sayısı 94 %47,0, oldukça cevabını verenlerin sayısı 22 %11,0, çok cevabını verenlerin sayısı 35

%17,5'dir. "Kendinizi kızgın hissettiniz mi?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 85 % 42,5, biraz cevabını verenlerin sayısı 82 %41,0 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 16 % 8,0 , çok cevabını verenlerin sayısı 17 %8,5'dir. "Bunalıma girdiniz mi?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 47 %23,5, biraz cevabını verenlerin sayısı 83 %41,5 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 20, %10,0, çok cevabını verenlerin sayısı 50 %25,0'dır. "Nefes darlığı çektiniz mi?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 12 %6,0, biraz cevabını verenlerin sayısı 86 %43,0, oldukça cevabını verenlerin sayısı 34 %17,0 , çok cevabını verenlerin sayısı 68 %34,0'dır. "Ağrınız oldu mu?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 11 %5,5 , biraz cevabını verenlerin sayısı 86 %43,0, oldukça cevabını verenlerin sayısı 32 %16,0, çok cevabını verenlerin sayısı 71 % 35,5'dir. "Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 11 %5,5, biraz cevabını verenlerin sayısı 82 %41,0, oldukça cevabını verenlerin sayısı 39 %19,5, çok cevabını verenlerin sayısı 68 %34,0'dır. "Uyumakta zorluk çektiniz mi?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 46 %23,0, biraz cevabını verenlerin sayısı 98 %49,0, oldukça cevabını verenlerin sayısı 23 %11,5, çok cevabını verenlerin sayısı 33 %16,5'dir. "Kendinizi güçsüz hissettiniz mi" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 84 %42,0, biraz cevabını verenlerin sayısı 93 %46,5, oldukça cevabını verenlerin sayısı 11 %5,5, çok cevabını verenlerin sayısı 12 %6,0'dır. "İştahınız azaldı mı?" sorusuna sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 42 %21,0, biraz cevabını verenlerin sayısı 108 %54,0, oldukça cevabını verenlerin sayısı 12 %6,0, çok cevabını verenlerin sayısı 38 %19,0'dır. "Bulantınız oldu mu?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 14 %7,0, biraz cevabını verenlerin sayısı 116 %58,0 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 13 %6,5, çok cevabını verenlerin sayısı 57 %28,5'dir. "Kustunuz mu?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 17 %38,5, biraz cevabını verenlerin sayısı 69 %34,5 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 16 %8,0, çok cevabını verenlerin sayısı 38 %19,0'dır. "Kabız oldunuz mu?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 101 %50,5, biraz cevabını verenlerin sayısı 58 %29,0 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 9 %4,5, çok cevabını verenlerin sayısı 32 %16,0'dır. "İshal oldunuz mu?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 110 %55,0, biraz cevabını verenlerin sayısı 63 %31,5 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 14 %7,0, çok cevabını verenlerin sayısı 13 %6,5'dir. "Yoruldunuz mu?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 26 %513,0, biraz cevabını verenlerin sayısı 102 %51,0 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 27 %13,5, çok cevabını verenlerin sayısı 45 %22,5'dir. "Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?" sorusuna hiç cevabını verenlerin sayısı 20 %10,0, biraz cevabını

verenlerin sayısı 113 %56,5 , oldukça cevabını verenlerin sayısı 35 %17,5, çok cevabını verenlerin sayısı 32 %16,0'dır(Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Genel sağlık alt boyutu için frekans dağılım tablosu

Genel Sağlık Alt Boyutu Sorularının Dağılımı														
	1 Çok Kötü		2		3		4		5		6		7 Mükemmel	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	10	5,0	19	9,5	44	22,0	36	18,0	56	28,0	21	10,5	14	7,0
30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	6	3,0	18	9,0	35	17,5	57	28,5	47	23,5	16	8,0	21	10,5

"Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna 1-çok kötü cevabını verenlerin sayısı 10 %5,0 , 2 cevabını verenlerin sayısı 19 %9,5, 3 cevabını verenlerin sayısı 44 %22,0, 4 cevabını verenlerin sayısı 36 %18,0 , 5 cevabını verenlerin sayısı 56 %28,0 , 6 cevabını verenlerin sayısı 21 %10,5 , 7 cevabını verenlerin sayısı 14 %7,0'dır. "Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna 1-çok kötü cevabını verenlerin sayısı 6 %3,0, 2 cevabını verenlerin sayısı 18 % 9,0 , 3 cevabını verenlerin sayısı 35 %17,5, 4 cevabını verenlerin sayısı 57 % 28,5, 5 cevabını verenlerin sayısı 47 %23,5 , 6 cevabını verenlerin sayısı 16 %8,0, 7-mükemmel cevabını verenlerin sayısı 21 %10,5'dir (Çizelge 4.9).

4.2. Nicel Değişkenler İçin Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 4.10. EORTC QLQ-C-30'nın alt boyutları ve ölçek değeri için toplam değerlerinin dağılımı

	Veri Sayısı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Hata	Çarpıklık		Kurtosis	
						Çarpıklık Katsayısı	Çarpıklık İçin Standart Hata	Basıklık Katsayısı	Basıklık İçin Standart Hata
(Toplam) Fiziksel Fonksiyon	200	6,00	17,00	10,61	2,39	0,460	0,172	-0,165	0,342
(Toplam)Rol Fonksiyon	200	2,00	8,00	4,33	1,35	0,808	0,172	0,197	0,342
Kognitif Fonksiyon	200	2,00	8,00	3,65	1,46	1,005	0,172	0,875	0,342
(Toplam)Sosyal Fonksiyon	200	2,00	8,00	5,14	1,84	0,308	0,172	-0,944	0,342
(Toplam) Emosyonel Fonksiyon	200	25,00	55,00	36,15	5,81	0,675	0,172	0,359	0,342
(Toplam)Genel Sağlık	200	2,00	14,00	8,41	2,81	0,007	0,172	-0,255	0,342
(Toplam) Yaşam Kalitesi Ölçeği	200	52,00	92,00	68,28	7,94	0,343	0,172	-0,164	0,342

Yukarıdaki tabloda (toplam) ölçek alt boyutları ve (toplam) ölçek değerimiz için veri sayısı, mimimum değer, maksimum değer, ortalama, standart hata, çarpıklık , basıklık katsayıları ve bunların standart hata değerleri gösterilmiştir(Çizelge 4.10)

Çizelge 4.11. EORTC QLQ-C-30'nın normallik testi

Normallik Testi					
	Kolmogorov-Smirnov Testi			Çarpıklık / Çarpıklık Standart Hata	Basıklık / Basıklık Standart Hata
	Test İstatistiği	Serbestlik Derecesi	P Değeri		
Fiziksel Fonksiyon	0,12	200	0,000	2,68	-0,480
Rol Fonksiyon	0,28	200	0,000	4,7	0,570
Kognitif Fonksiyon	0,20	200	0,000	5,85	2,560
Sosyal Fonksiyon	0,21	200	0,000	1,79	-2,760
Emosyonel Fonksiyon	0,10	200	0,000	3,93	1,050
Genel Sağlık	0,10	200	0,000	0,04	-0,740
Toplam Ölçek	0,05	200	0,047	1,99	-0,480

Yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ-C30)'nın herbir alt boyutu ve ölçek değeri için normallik testi yapılmıştır. Bu değerler için test istatistiklerinin p değerlerine bakıldığında fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, kognitif fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel fonksiyon, genel sağlık ve toplam ölçek için α=0,05 değerinden küçük olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre hem (toplam) ölçek hem de her bir alt boyutun toplam değerilerinin dağılımı norma dağılım gösternenektedir. Analizler için non parametrik testler kullanılmıştır (Çizelge 4. 11).

4.3. EORTC QLQ-C-30'nin hasta özellikleri ile karşılaştırılması

Çizelge 4.12. Sosyodemografik verilere göre fiziksel fonksiyon istatistikleri

Sosyodemografik Verilere Göre Fiziksel Fonksiyon İstatistikleri								
Değişken	Değişken Kategorisi	Veri Sayısı	Minimum	Medyan	Maksimum	Ortalama Açıklık	Test İstatistiği	P Değeri
Cinsiyet	Erkek	120	6	10	17	99,65	4697,500	0,796
	Kadın	80	7	10	16	101,78		
Yaş	18-27	20	7	11	17	104,03	3,589	0,309
	28-37	54	6	10	16	89,08		
	38-47	85	7	10	16	101,96		
	48 ve uzerı	41	6	11	16	110,79		
Medeni Durum	Bekar	37	7	10	17	92,74	2728,5	0,391
	Evli	162	6	10,5	16	101,66		
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilen	42	7	11	17	107,29	3,934	0,559
	İlkokul	35	6	11	16	107,56		
	Ortaokul	78	6	10	16	94,52		
	Lise	28	7	10	16	98,27		
	Lisans	12	6	11,5	16	112,79		
	Yüksek Lisans ve Üstü	5	6	10	12	70,40		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	21	8	11	16	118,29	4,335	0,502
	Memur	18	6	10	16	93,50		
	Ortaokul	22	7	10	17	90,59		
	İşçi	45	7	10	16	102,02		
	Emekli	28	6	10	16	88,98		
	Serbest Meslek	66	7	10,5	16	103,90		
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	63	6	10	16	97,48	0,281	0,869
	Gelir Gidere Eşit	130	6	10	17	102,07		
	Gelir Giderden Fazla	7	8	10	16	98,50		
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	46	6	10	17	99,98	4,257	0,235
	1-5	121	6	10	16	100,54		
	6-10	23	6	10	16	87,50		
	11-15	10	8	12	14	132,30		
Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba	31	6	10	16	95,58	0,854	0,652
	İlçe	1	9	9	9	55,50		
	Şehir/Büyükşehir	167	6	10	17	101,09		
	Hayır	73	6	10	17	94,68	2,708	0,258

Ailede Angina Pektoris Varlığı	Evet, 1.dereceden yakınım	96	6	11	16	107,42		
	Evet, 2.Dereceden yakınım	31	6	10	16	92,77		
Hastalık Süresi	8 Aydan Az	115	6	10	17	99,57	0,096	0,953
	8-36 Ay	71	7	10	16	102,19		
	36 Aydan Fazla	14	6	10	15	99,57		

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, ailede angına pektoris varlığı ve hastalık süresine göre fiziksel fonksiyon alt boyutunun değişip değişmediği incelendiğinde cinsiyet ve medeni durum test istatistikleri p değerinin (α=0,05 ve $\alpha/2$=0,025) 0,025 değerinden büyük olduğu; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, angına pektoris varlığı ve hastalığın süresi test istatistikleri p değerlerinin (α=0,05) 0,05'den büyük olduğu görülmektedir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, angına pektoris varlığı ve hastalığın süresi fiziksel fonksiyon alt boyutuna göre farklılık göstermemektedir (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.13. Sosyodemografik verilere göre rol fonksiyon istatistikleri

Değişken	Değişken Kategorisi	Veri Sayısı	Minimum	Medyan	Maksimum	Ortalam Açıklık	Test İstatistiği	P Değeri
Cinsiyet	Erkek	120	2	4	8	93,87	4004,000	0,038
	Kadın	80	2	4	8	110,45		
Yaş	18-27	20	2	4	8	104,80	0,55	0,908
	28-37	54	2	4	8	98,58		
	38-47	85	2	4	8	102,70		
	48 ve uzerı	41	2	4	7	96,37		
Medeni Durum	Bekar	37	2	4	8	95,45	2828,5	0,577
	Evli	162	2	4	8	101,04		
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilen	42	2	4	8	101,33	5,534	0,354
	İlkokul	35	2	4	8	93,66		
	Ortaokul	78	2	4	8	97,12		
	Lise	28	3	4	8	104,64		
	Lisans	12	4	4,5	8	133,92		
	Yüksek Lisans ve Üstü	5	3	4	8	90,70		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	21	8	4	7	85,60	5,988	0,307
	Memur	18	6	4	7	106,17		
	Ortaokul	22	7	4	8	107,84		
	İşçi	45	7	4	8	88,57		
	Emekli	28		4	7	113,48		
	Serbest Meslek	66	6	4	8	103,88		
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	63	2	4	7	85,92	6,577	**0,037**
	Gelir Gidere Eşit	130	2	4	8	107,67		
	Gelir Giderden Fazla	7	3	4	7	98,50		
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	46	2	4	8	101,36	0,434	0,933
	1-5	121	2	4	8	98,74		
	6-10	23	2	4	7	105,74		
	11-15	10	3	4	6	105,85		
Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba	31	3	4	7	108,95	0,974	0,614
	İlçe	1	4	4	4	96,50		
	Şehir/Büyükşehir	167	2	4	8	98,36		

Ailede Angina Pektoris Varlığı	Hayır	73	2	4	8	98,27	0,318	0,853
	Evet, 1.dereceden yakınım	96	2	4	8	102,79		
	Evet, 2.Dereceden yakınım	31	2	4	8	98,65		
Hastalık Süresi	8 Aydan Az	115	2	4	8	100,79	0,042	0,979
	8-36 Ay	71	2	4	8	100,60		
	36 Aydan Fazla	14	2	4	7	97,61		
****α=0,05 Kruskal Wallis H Testi**								

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer, ailede angına pektoris varlığı ve hastalık süresine göre rol fonksiyon alt boyutunun değişip değişmediği incelendiğinde cinsiyet ve medeni durum test istatistikleri p değerinin (α=0,05 ve α/2=0,025) 0,025 değerinden büyük olduğu; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer, angına pektoris varlığı ve hastalığın süresi test istatistikleri p değerlerinin (α=0,05) 0,05'den büyük olduğu görülmektedir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer, ailede angına pektoris varlığı, hastalık süresi rol fonksiyon alt boyutuna göre farklılık göstermemektedir. Aylık gelire göre rol fonksiyonu alt boyutunun farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde test istatistiğimizin p değerinin (p= 0,037) α=0,05'den küçük olduğu görülmektedir. Geliri giderine eşit olanların rol fonksiyonu alt boyutu (ortalama açıklık=107,67) geliri giderinden az olanlardan (ortalama açıklık=85,92) farklı ve daha yükseltir (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.14. Sosyodemografik verilere göre kognitif fonksiyon istatistikleri

Değişken	Değişken Kategorisi	Veri Sayısı	Minimum	Medyan	Maksimum	Ortalam Açıklık	Test İstatistiği	P Değeri
Cinsiyet	Erkek	120	2	3	8	101,23	4712,000	0,082
	Kadın	80	2	3	8	99,40		
Yaş	18-27	20	2	2	8	67,55	9,001	**0,029**
	28-37	54	2	3	8	96,75		
	38-47	85	2	4	8	106,58		
	48 ve uzerı	41	2	4	8	108,90		
Medeni Durum	Bekar	37	2	3	8	91,69	2689,5	0,317
	Evli	162	2	3	8	101,90		
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilen	42	2	3	8	98,06	6,906	0,228
	İlkokul	35	2	3	6	96,06		
	Ortaokul	78	2	4	8	106,45		
	Lise	28	2	3	6	80,68		
	Lisans	12	2	4	8	121,50		
	Yüksek Lisans ve Üstü	5	2	5	5	119,90		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	21	2	3	8	101,62	6,843	0,233
	Memur	18	2	4	8	113,58		
	Ortaokul	22	2	3	6	93,52		
	İşçi	45	2	3	8	97,48		
	Emekli	28	2	4	8	121,52		
	Serbest Meslek	66	2	3	8	92,05		
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	63	2	3	8	93,51	2,737	0,255
	Gelir Gidere Eşit	130	2	3	8	102,43		
	Gelir Giderden Fazla	7	2	5	8	127,50		
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	46	2	3	8	95,76	5,815	0,121
	1-5	121	2	3	8	99,95		
	6-10	23	2	3	6	95,13		
	11-15	10	3	4,5	6	141,35		
Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba	31	2	3	8	89,03	2,723	0,256
	İlçe	1	5	5	5	166,00		

	Şehir/Büyükşehir	167	2	3	8	101,64		
Ailede Angina Pektoris Varlığı	Hayır	73	2	3	8	86,92	6,958	**0,031**
	Evet, 1.dereceden yakınım	96	2	4	8	106,83		
	Evet, 2.Dereceden yakınım	31	2	4	6	112,87		
Hastalık Süresi	8 Aydan Az	115	2	3	8	100,84	0,299	0,861
	8-36 Ay	71	2	3	8	98,58		
	36 Aydan Fazla	14	2	3,5	8	107,43		

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresine göre kongnifik fonksiyon alt boyutunun farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde cinsiyet ve medeni durum için rol fonksiyon alt boyutu test istatistiği p değerinin (α=0,05 ve $\alpha/2$=0,025) 0,025'den büyük olduğu görülmekte; eğitim durumu,çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresinin kognifik fonksiyon alt boyut test istatistiklerinin p değerinin de (α=0,05) 0,05'den büyük olduğu görülmektedir. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresi kognifik fonksiyon alt boyutuna göre farklılık göstermemektedir. Yaşa göre kognifik fonksiyon alt boyutunun farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde test istatistiğinin p değerinin (p=0,029)0,05'den küçük olduğu görülmektedir . 38-47 yaş aralığındaki insanların kognifik fonksiyon alt boyutu (106,58) ve 48 yaş ve üzeri insanların kognifik fonksiyon alt boyutu (108,90) 18-27 yaş aralığındaki insanların kognifik alt boyutundan (67,55) daha yüksektir. Ailede angına pektoris varlığına göre kognifik fonksiyon alt boyutunun farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde test istatistiğinin p değerinin (p=0,031) α=0,05'den küçük olduğu görülmektedir. Ailede birinci dereceden angına pektoris olanlar (106,83) ve ailede ikinci dereceden angına pektoris olanlar (112,87) ailede angına pektoris olmayanlara göre kongifik fonksiyon alt boyutu daha yüksek ve farklıdır (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.15. Sosyodemografik verilere göre sosyal fonksiyon istatistikleri

Sosyodemografik Verilere Göre Sosyal Fonksiyon İstatistikleri								
Değişken	Değişken Kategorisi	Veri Sayısı	Minimum	Medyan	Maksimum	Ortalam Açıklık	Test İstatistiği	P Değeri
Cinsiyet	Erkek	120	2	5	8	101,77	4647,500	0,695
	Kadın	80	2	4	8	98,59		
Yaş	18-27	20	2	4	8	80,65	4,317	0,229
	28-37	54	2	5	8	102,13		
	38-47	85	2	5	8	107,25		
	48 ve uzerı	41	2	4	8	94,05		
Medeni Durum	Bekar	37	2	5	8	101,03	2959	0,901
	Evli	162	2	5	8	99,77		
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilen	42	2	4	8	92,20	5,881	0,318
	İlkokul	35	2	5	8	107,66		
	Ortaokul	78	2	5	8	104,81		
	Lise	28	2	4,5	8	95,30		
	Lisans	12	2	5	8	111,54		
	Yüksek Lisans ve Üstü	5	2	4	6	55,40		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	21	3	5	8	114,90	3,664	0,599
	Memur	18	2	4	8	90,11		
	Ortaokul	22	2	5	8	96,25		
	İşçi	45	2	5	8	108,87		
	Emekli	28	2	4	8	95,84		
	Serbest Meslek	66	2	4	8	96,44		
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	63	2	5	8	106,90	1,542	0,463
	Gelir Gidere Eşit	130	2	5	8	98,21		
	Gelir Giderden Fazla	7	2	4	8	85,43		
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	46	2	5	8	102,99	0,835	0,841
	1-5	121	2	4	8	99,47		
	6-10	23	2	5	8	106,22		
	11-15	10	2	5	7	88,40		
Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba	31	2	4	8	87,89	2,287	0,319
	İlçe	1	4	4	4	60,50		

	Şehir/Büyükşehir	167	2	5	8	102,49		
Ailede Angina Pektoris Varlığı	Hayır	73	2	5	8	96,99	2,047	0,359
	Evet, 1.dereceden yakınım	96	2	5	8	106,09		
	Evet, 2.Dereceden yakınım	31	2	4	8	91,44		
Hastalık Süresi	8 Aydan Az	115	2	5	8	102,73	4,414	0,11
	8-36 Ay	71	2	5	8	102,87		
	36 Aydan Fazla	14	2	4	8	70,11		

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, ailede angına pektoris varlığı ve hastalık süresine göre sosyal fonksiyon alt boyutunun değişip değişmediği incelendiğinde cinsiyet ve medeni durum test istatistikleri p değerinin (α=0,05 ve $\alpha/2$=0,025) 0,025 değerinden büyük olduğu; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, angına pektoris varlığı ve hastalığın süresi test istatistikleri p değerlerinin (α=0,05) 0,05'den büyük olduğu görülmektedir.

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, angına pektoris varlığı ve hastalığın süresi sosyal fonksiyon alt boyutuna göre farklılık göstermemektedir.

Çizelge 4.16. Sosyodemografik verilere göre emosyonel fonksiyon istatistikleri

Değişken	Değişken Kategorisi	Veri Sayısı	Minimum	Medyan	Maksimum	Ortalama Açıklık	Test İstatistiği	P Değeri
Cinsiyet	Erkek	120	25	35,5	51	96,32	4198,500	0,210
	Kadın	80	25	36,5	55	106,77		
Yaş	18-27	20	27	37	51	95,78	0,878	0,831
	28-37	54	27	35	50	95,44		
	38-47	85	25	35	55	103,12		
	48 ve uzerı	41	25	36	52	104,04		
Medeni Durum	Bekar	37	27	37	51	100,50	2978,5	0,953
	Evli	162	25	36	55	99,89		
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilen	42	25	37	51	103,86	3,775	0,582
	İlkokul	35	28	34	51	92,93		
	Ortaokul	78	25	36	55	99,94		
	Lise	28	27	35	52	92,98		
	Lisans	12	28	37,5	50	121,33		
	Yüksek Lisans ve Üstü	5	33	37	46	126,20		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	21	26	36	51	96,40	14,965	**0,011**
	Memur	18	34	38,5	46	139,81		
	Ortaokul	22	30	35,5	51	103,18		
	İşçi	45	27	36	51	101,42		
	Emekli	28	25	37	55	112,88		
	Serbest Meslek	66	25	34	52	84,31		
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	63	25	34	51	84,88	7,01	**0,030**
	Gelir Gidere Eşit	130	25	36,5	55	107,07		
	Gelir Giderden Fazla	7	33	37	43	119,07		
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	46	25	36,5	51	102,63	0,212	0,976
	1-5	121	25	35	55	99,26		
	6-10	23	27	36	52	103,83		
	11-15	10	28	36	42	98,10		
Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba	31	25	36	51	96,02	0,814	0,666
	İlçe	1	39	39	39	146,50		
	Şehir/Büyükşehir	167	25	36	55	100,46		
Ailede Angina Pektori	Hayır	73	25	34	47	87,23	6,119	**0,047**
	Evet, 1.dereceden yakınım	96	26	37	55	107,48		

s Varlığı	Evet, 2.Dereceden yakınım	31	27	36	52	110,15		
Hastalık Süresi	8 Aydan Az	115	25	36	51	102,37	0,449	0,799
	8-36 Ay	71	25	34	55	96,84		
	36 Aydan Fazla	14	28	37	52	103,71		
****α=0,05 Kruskal Wallis H Testi**								

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresinin emosyonel fonksiyon alt boyutuna göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde cinsiyet ve medeni durum değişkeninin test istatistikleri p değerlerinin ((α=0,05 ve α/2=0,025) 0,025'den büyük olduğu,yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresinin emosyonel fonksiyon alt boyutuna göre incelendiğinde test istatistiklerinin p değeri 0,05'den büyük olduğu görülmüştür. Cinsiyet,yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresi emosyonel fonksiyon alt boyutuna göre farklılık göstermemektedir.

Çalışma durumuna göre emosyonel fonksiyon alt boyutunun farklı olup olmadığı incelendiğinde test istatistiğinin p değerinin (p=0,011) 0,05'den küçük olduğu görülmüştür. Çalışma durumu emosyonel fonksiyon alt boyutuna göre farklılık göstermekte olup yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda memurların emosyonel fonksiyon alt boyutu (139,81), serbest mesleklerin emosyonel fonksiyon alt boyutundan (84,31) yüksektir.

Aylık gelir durumuna göre emosyonel fonksiyon alt boyutunun farklı olup olmadığı incelendiğinde test istatistiğinin p değerinin (p=0,3) 0,05'den küçük olduğu görülmüştür. Aylık gelir durumuna göre emosyonel fonksiyon alt boyutu farklılık göstermekte olup geliri giderine eşit olanların emosyonel alt boyutu (107,07), geliri giderinden az olanlardan (84,88) daha yüksektir.

Ailede angına pektoris varlığına göre emosyonel fonksiyon alt boyutunun farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde test istatistiğimizin p değeri (p= 0,047) 0,05'den küçük olduğu görülmektedir. Ailede angına pektoris varlığı emosyonel fonksiyon alt boyutuna göre farklılık göstermekte olup ailede ikinci dereceden angına pektoris olanların emosyonel alt boyutu (110,15) ve ailede birinci derecedenangina pektoris olanların emosyonel alt boyutu (107,48), ailede angına pektoris olmayanlardan (87,23) daha yüksektir.

Çizelge 4.17. Sosyodemografik verilere göre genel sağlık istatistikleri

Sosyodemografik Verilere Göre Genel Sağlık İstatistikleri								
Değişken	Değişken Kategorisi	Veri Sayısı	Minimum	Medyan	Maksimum	Ortalam Açıklık	Test İstatistiği	p Değeri
Cinsiyet	Erkek	120	2	9	14	102,07	4612,000	0,637
	Kadın	80	2	8	14	98,15		
Yaş	18-27	20	2	9	14	108,68	2,505	0,474
	28-37	54	2	9	14	108,85		
	38-47	85	2	8	14	96,42		
	48 ve uzerı	41	2	9	14	93,98		
Medeni Durum	Bekar	37	2	9	14	107,59	2716	0,37
	Evli	162	2	8	14	98,27		
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilen	42	2	9	14	101,79	2,189	0,822
	İlkokul	35	2	9	14	101,96		
	Ortaokul	78	2	8	14	98,37		
	Lise	28	2	8	14	100,84		
	Lisans	12	2	7	14	90,88		
	Yüksek Lisans ve Üstü	5	3	11	14	134,00		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	21	4	8	14	99,21	6,72	0,242
	Memur	18	2	7	14	72,94		
	Ortaokul	22	2	10	14	119,93		
	İşçi	45	4	9	14	101,38		
	Emekli	28	2	9	14	99,54		
	Serbest Meslek	66	2	9	14	101,76		
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	63	2	9	14	100,72	1,017	0,601
	Gelir Gidere Eşit	130	2	8	14	99,25		
	Gelir Giderden Fazla	7	7	9	14	121,71		
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	46	2	9	14	110,91	2,571	0,463
	1-5	121	2	8	14	99,19		
	6-10	23	2	8	14	89,24		
	11-15	10	5	8,5	11	94,40		
Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba	31	3	9	14	116,92	4,268	0,118

	İlçe	1	6	6	6	38,50		
	Şehir/Büyükşehir	167	2	8	14	97,23		
Ailede Angina Pektoris Varlığı	Hayır	73	2	9	14	103,76	1,019	0,601
	Evet, 1.dereceden yakınım	96	2	9	14	100,96		
	Evet, 2.Dereceden yakınım	31	2	7	14	91,40		
Hastalık Süresi	8 Aydan Az	115	2	9	14	105,68	2,564	0,277
	8-36 Ay	71	2	8	14	91,82		
	36 Aydan Fazla	14	2	8	14	101,93		

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, ailede angına pektoris varlığı ve hastalık süresine göre genel sağlık alt boyutunun değişip değişmediği incelendiğinde cinsiyet ve medeni durum test istatistikleri p değerinin (α=0,05 ve $\alpha/2$=0,025) 0,025 değerinden büyük olduğu; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, angına pektoris varlığı ve hastalığın süresi test istatistikleri p değerlerinin (α=0,05) 0,05'den büyük olduğu görülmektedir.

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, ailede angına pektoris varlığı ve hastalık süresi genel sağlık alt boyutuna göre farklılık göstermemektedir.

Çizelge 4.18. Sosyodemografik verilere göre toplam ölçek istatistikleri

Değişken	**Değişken Kategorisi**	**Veri Sayısı**	**Minimum**	**Medyan**	**Maksimum**	**Ortalam Açıklık**	**Test İstatistiği**	**P Değeri**
Cinsiyet	Erkek	120	52	68	85	97,09	4390,500	0,307
	Kadın	80	53	68	92	105,62		
Yaş	18-27	20	52	67	90	89,63	1,698	0,637
	28-37	54	54	67,5	83	95,55		
	38-47	85	53	69	92	105,02		
	48 ve uzerı	41	53	68	88	102,95		
Medeni Durum	Bekar	37	52	68	90	98,53	2942,5	0,863
	Evli	162	53	68	92	100,34		

Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilen	42	53	69,5	85	102,70	2,912	0,713
	İlkokul	35	56	68	86	96,74		
	Ortaokul	78	53	68	92	99,11		
	Lise	28	52	67,5	80	93,75		
	Lisans	12	60	71	86	125,13		
	Yüksek Lisans ve Üstü	5	66	67	82	108,70		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	21	57	66	86	101,67	4,757	0,446
	Memur	18	61	70,5	80	116,56		
	Ortaokul	22	57	69	85	108,89		
	İşçi	45	52	68	90	101,12		
	Emekli	28	53	69,5	92	107,89		
	Serbest Meslek	66	54	66	88	89,39		
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	63	54	66	88	84,90	6,737	**0,034**
	Gelir Gidere Eşit	130	52	69	92	107,42		
	Gelir Giderden Fazla	7	63	67	86	112,29		
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	46	52	68	90	101,91	0,327	0,955
	1-5	121	53	68	92	99,55		
	6-10	23	55	66	85	98,72		
	11-15	10	60	70,5	73	109,55		
Yaşanılan Yer	Köy/Kasaba	31	53	68	83	101,03	0,035	0,982
	İlçe	1	67	67	67	91,00		
	Şehir/Büyükşehir	167	52	68	92	99,86		
Ailede Angina Pektoris Varlığı	Hayır	73	53	65	86	84,76	8,721	**0,013**
	Evet, 1.dereceden yakınım	96	52	70	92	110,86		
	Evet, 2.Dereceden yakınım	31	55	69	85	105,48		
Hastalık Süresi	8 Aydan Az	115	52	68	90	103,47	0,733	0,693
	8-36 Ay	71	53	67	92	96,10		
	36 Aydan Fazla	14	56	68,5	83	98,43		

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresine göre toplam ölçeğin farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde cinsiyet ve medeni durum test istatistikleri p değerinin (α=0,05 ve α/2=0,025) 0,025 değerinden büyük olduğu; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresi test istatistikleri p değerleri (α=0,05) 0,05'den büyük olduğu görülmektedir.

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresine göre toplam ölçek farklılık göstermemektedir.

Aylık gelir durumuna göre toplam ölçeğin farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde test istatistiğinin p değerinin (p=0,034) 0,05'den küçük olduğu görülmüştür. Gelir durumuna göre toplam ölçek düzeyi farklılık göstermekte olup yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda geliri giderine eşit olanların toplam ölçeği (107,42) geliri giderinden az olanların (84,90) toplam ölçek düzeyinden daha yüksektir.

Ailede angına pektoris varlığına göre toplam ölçeğin farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde test istatistiğimizin p değeri (p= 0,013) 0,05'den küçük olduğu görülmektedir. Ailede angına pektoris varlığı toplam ölçeğe göre farklılık göstermekte olup ailede birinci dereceden angına pektoris olanların toplam ölçek puanı (110,86), ailede angına pektoris olmayanlardan (84,76) daha yüksektir.

4.4. Boyutlar Arası İlişki Tablosu

İlişki katsayısı dereceleri aşağıda gösterilmiştir.

r	İlişki
0,00	İlişki yok
0,01--0,29	Düşük Düzeyde İlişki
0,30--0,70	Orta Düzeyde İlişki
0,71--0,99	Yüksek Düzeyde İlişki
1,00	Mükemmel İlişki

Çizelge 4.19. Ölçek boyutları ilişki tablosu

Ölçek Boyutları Arasındaki İlişki Tablosu								
		Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Kognifik Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Fonksiyon	Genel Sağlık	Toplam Ölçek
Fiziksel Fonksiyon	r	1,000	0,060	0,24	0,043	0,229	-0,147	0,477
	P Değeri		0,400	**,001**	0,546	**0,001**	**0,038**	**,000**
Rol Fonksiyon	r		1,000	0,232	0,006	0,275	-0,112	0,389
	P Değeri			**,001**	0,933	**0,000**	0,113	**,000**
Kognifik Fonksiyon	r			1,000	0,045	0,421	-0,330	0,492
	P Değeri				0,523	**0,000**	**0,000**	**,000**
Sosyal Fonksiyon	r				1,000	0,090	0,026	0,332
	P Değeri					0,207	0,716	**,000**
Emosyonel Fonksiyon	r					1,000	-0,311	0,825
	P Değeri						**0,000**	**,000**
Genel Sağlık	r						1,000	-,009
	P Değeri							,903
Toplam Ölçek	r							1,000
	P Değeri							
(α=0,05 ve α/2=0,025) Spearman Rho								

Boyutlar arasındaki ilişki katsayısı ve anlamlı olup olmadığı incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Fiziksel fonksiyon ile kognifik fonksiyon arasında düşük düzeyde doğrusal anlamlı ilişki vardır. Fiziksel fonksiyon ile emosyonel fonksiyon arasında düşük düzeyde doğrusal anlamlı ilişki vardır. Fiziksel fonksiyon ile genel sağlık arasında düşük düzeyde ters yönlü anlamlı ilişki vardır. Fiziksel fonksiyon ile toplam ölçek arasında orta düzeyde doğrusal anlamlı ilişki vardır. Rol fonksiyonu ile kognifik fonksiyon arasında düşük düzeyde doğrusal anlamlı ilişki vardır. Rol fonksiyonu ile emosyonel fonksiyon arasında düşük düzeyde doğrusal anlamlı ilişki vardır. Rol fonksiyonu ile toplam fonksiyon arasında orta düzeyde doğrusal anlamlı ilişki vardır. Kognikif fonksiyon ile emosyonel fonksiyon arasında orta düzeyde doğrusal anlamlı ilişki vardır. Kognifik fonksiyon ile genel sağlık arasında orta düzeyde ters yönlü anlamlı ilişki vardır. Kognifik fonksiyon ile toplam ölçek arasında orta düzeyde doğrusal anlamlı ilişki vardır. Sosyal fonksiyon ile toplam ölçek arasında orta düzeyde doğrusal anlamlı ilişki vardır. Emosyonel fonksiyon ile

genel sağlık arasında orta düzeyde ters yönlü anlamlı ilişki vardır. Emosyonel fonksiyon ile toplam ölçek arasında yüksek düzeyde doğrusal anlamlı ilişki vardır($p<0,05$).

4.5. Yaşam kalitesi ölçeğinin anjina pektörisli hastalar için analiz sonuçları

4.5.1. Faktör Analizleri: Bu bölümde, angina pektoris teşhisi konan hastaların yaşam kalitelerini değerlendiren 30 maddelik ölçeğin yapı geçerliliği test edilmiştir. Bu kapsamda sırasıyla Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri uygulanmıştır.

4.5.1.1. Açımlayıcı Faktör Analizi

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)'nin yapılabilmesi için bazı koşulların sağlanması gerekmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018: 319-320):

- Örneklem hacminin büyüklüğü kabul edilebilir bir seviyede olması gerekir. Minimum madde sayısının beş veya on katı örneklem, analiz için yeterlidir.
- Verilerin, faktör analizi için uygun olup olmadığını ölçen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısının 0,60'tan büyük olması istenir. Bununla birlikte, korelasyon matrisindeki ilişkilerin yeterliliğini ölçen Barlett küresellik testi anlamlılık (sig.) katsayısının 0,05'ten küçük olması istenir.
- Ölçeğin güçlü maddelerden oluşabilmesi için faktör yük değerlerinin 0,50'den büyük olması istenir.

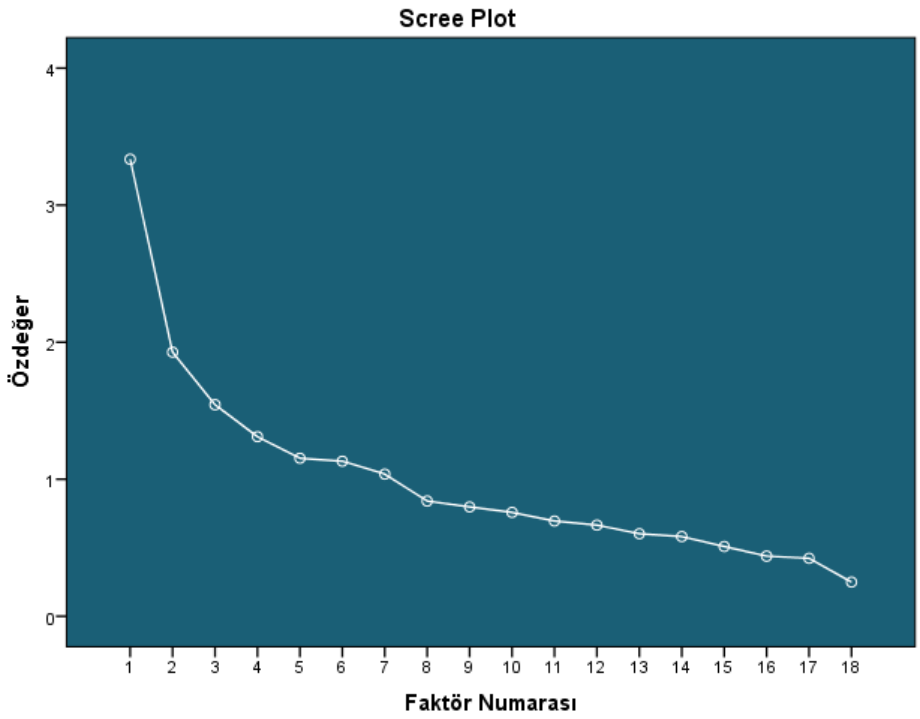
Yaşam Kalitesi Ölçeğinin faktör yapısını belirlemek için 200 kişilik örneklemden elde edilen veriler ile AFA yapılmıştır. Bu kapsamda parametrelerin tahmin edilmesinde "Temel Bileşenler Analizi" tercih edilmiştir. Faktörlerin döndürülmesinde ise dik döndürme yöntemlerinden "Varimaks Tekniğinden" yararlanılmıştır. Analiz neticesinde Yaşam Kalitesi Ölçeğindeki 26, 27, 2, 4, 6, 28 ve 1 numaralı maddeler düşük anti-imaj korelasyon (maddenin açıklayıcılık yeterliliği) değerlerine sahip olduklarından ölçekten çıkarılmıştır. Devamında ölçekte yer alan 5, 3, 25, 17 ve 19 numaralı maddeler ise düşük faktör yük değerine sahip olduklarından (3, 25, 17 ve 19. maddeler düşük faktörlü olmanın yanında ayrıca binişik özellik göstermiştir) sırasıyla ölçekten çıkarılmış ve her seferinde analiz tekrarlanmıştır. Sonuç olarak, 30 sorudan oluşan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin angina pektoris teşhisi konan hastalar üzerinde toplam varyansın %63,55'ini açıklayan **7 boyut** ve **18 maddeden** oluştuğu

belirlenmiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeğine ait AFA sonuçları Tablo 1'de, Scree plot grafiği de Şekil 1'de gösterilmiştir.

Çizelge 4. 20. Yaşam kalitesi ölçeği afa sonuçları

Faktör/İfadeler	**Faktör Yükü**	**Özdeğer**	**Açıklanan Varyans (%)**	**KMO/Bartlett sig.**
Emosyonel Fonksiyon		*3,34*	*18,53*	
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	0,723			
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	0,683			
24. Bunalıma girdiniz mi?	0,664			
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	0,609			
Genel Sağlık		*1,93*	*10,71*	
30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	0,907			
29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	0,869			
Kognifik ve Bilişsel Fonksiyon		*1,54*	*8,58*	
15. Kustunuz mu?	0,772			
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	0,551			0,693/0,000
18. Yoruldunuz mu?	0,490			
Maddi İyilik Hali		*1,31*	*7,28*	
9. Ağrınız oldu mu?	0,823			
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	0,679			
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	0,638			
Psikolojik Durum		*1,15*	*6,41*	
22. Endişelendiniz mi?	0,845			
21. Gerginlik hissettiniz mi?	0,703			
Rol Fonksiyonu ve Beslenme Bozukluğu		*1,13*	*6,29*	
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	0,816			
13. İştahınız azaldı mı?	0,631			
Metabolik Rahatsızlık		*1,04*	*5,76*	
16. Kabız oldunuz mu?	-0,756			
14. Bulantınız oldu mu?	0,659			

Angina pektoris teşhisi konan hastalardan toplanan 200 adet veri, örneklem hacmi için kabul edilebilir seviyededir. Yaşam Kalitesi Ölçeğine ait KMO değerinin 0,60'dan büyük (0,693) olduğu belirlenmiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeğine ait Bartlett istatistiği anlamlılık değerinin 0,05'ten küçük (0,000) olduğu görülmektedir. 11, 12, 23 ve 24. maddeler orijinalde de emosyonel fonksiyon boyutu altında yer aldığından ortaya çıkan bu yeni boyut "Emosyonel Fonksiyon" şeklinde isimlendirilmiştir. Emosyonel fonksiyon boyutu, yaşam kalitesini en yüksek düzeyde açıklayan faktördür. 4 maddeden oluşan emosyonel fonksiyon boyutu, toplam varyansın 18,53'ünü açıklamaktadır. Bu boyut altında yer alan dört maddenin faktör yük değerleri 0,50'den büyüktür. 29 ve 30. maddeler orijinalde de genel sağlık boyutu altında yer aldığından bu boyut "Genel Sağlık" şeklinde isimlendirilmiştir. 2 maddeden oluşan genel sağlık boyutu, toplam varyansın 10,71'ini açıklamaktadır. Bu boyut altında yer alan her iki maddenin faktör yük değeri 0,50'den büyüktür. 15, 18 ve 20. maddelerin bir araya gelmesiyle oluşan bu yeni boyut "*Kognifik ve Bilişsel Fonksiyon*" şeklinde isimlendirilmiştir. 3 maddeden oluşan kognifik ve bilişsel fonksiyon boyutu, toplam varyansın 8,58'ini açıklamaktadır. Bu boyut altında yer alan üç maddenin faktör yük değeri biri hariç 0,50'den büyüktür.18. madde 0,49'luk faktör yük değeri ile sınıra çok yakındır. Maddenin ölçekten çıkarılması yolu izlenmiş, fakat ölçeğin yapısı ciddi oranda bozulduğundan ölçeğe dahil edilmiştir. 8, 9 ve 10. maddelerin bir araya gelmesiyle oluşan bu yeni boyut "*Maddi İyilik Hali*" şeklinde isimlendirilmiştir. 3 maddeden oluşan maddi iyilik hali boyutu, toplam varyansın 7,28'ini açıklamaktadır. Bu boyut altında yer alan üç maddenin faktör yük değeri 0,50'den büyüktür. 21 ve 22. maddenin bir araya gelmesiyle oluşan bu yeni boyut "*Psikolojik Durum*" şeklinde isimlendirilmiştir. 2 maddeden oluşan psikolojik durum boyutu, toplam varyansın 6,41'ini açıklamaktadır. Bu boyut altında yer alan her iki maddenin faktör yük değeri 0,50'den büyüktür. 7 ve 13. maddenin bir araya gelmesiyle oluşan bu yeni boyut "*Rol Fonksiyonu ve Beslenme Bozukluğu*" şeklinde isimlendirilmiştir. 2 maddeden oluşan rol fonksiyonu ve beslenme bozukluğu boyutu, toplam varyansın 6,29'unu açıklamaktadır. Bu boyut altında yer alan her iki maddenin faktör yük değeri 0,50'den büyüktür. 14 ve 16. maddenin bir araya gelmesiyle oluşan bu yeni boyut "*Metabolik Rahatsızlık*" şeklinde isimlendirilmiştir. 2 maddeden oluşan metabolik rahatsızlık boyutu, toplam varyansın 5,76'sını açıklamaktadır. Bu boyut altında yer alan her iki maddenin faktör yük değeri 0,50'den büyüktür (Çizelge 4.20).

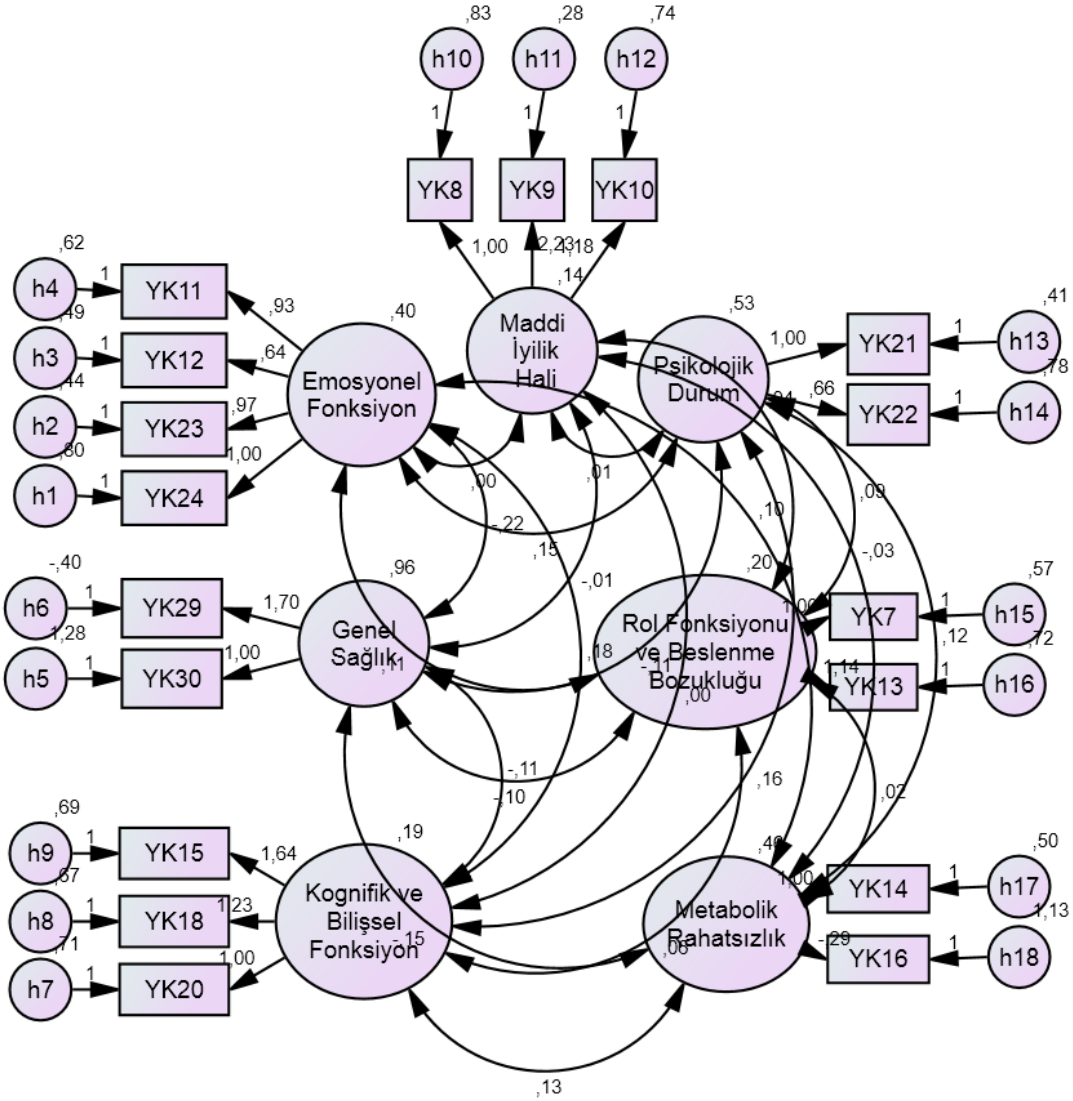


Şekil 1. Yaşam Kalitesi Ölçeği Scree Plot Grafiği

Şekil 1 incelendiğinde, "Yaşam Kalitesi Ölçeğinin" 7 boyutlu olduğu görülmektedir.

4.5.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) neticesinde 7 boyut ve 18 maddeden oluşan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin doğruluğunu test etmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeğine ait DFA diyagramı Şekil 2'de, model uyum indeksleri ise Çizelge 4.21 'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Yaşam Kalitesi Ölçeği DFA Diyagramı

Çizelge 4.21. Yaşam kalitesi ölçeğine ait model uyum indeksleri

Model Uyum İndeksi	Gerçekleşen Katsayı	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum
x^2/df	1,32	<5*	<3*
CFI	0,93	>0,90*	>0,95*
GFI	0,92	>0,90*	>0,95*
IFI	0,93	>0,90*	>0,95*
RMSEA	0,04	<0,08*	<0,05*

*Gürbüz ve Şahin (2018: 345)

Çizelge 4.21'de yer alan analiz sonuçları değerlendirildiğinde, Yaşam Kalitesi Ölçeğine ait hesaplanan model uyum indekslerinden x^2/df ve RMSEA değerlerinin mükemmel; CFI, GFI ve IFI değerlerinin ise kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer

aldığı görülmektedir. Buna göre 7 boyut ve 18 maddeden oluşan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin doğruluğu kanıtlanmıştır. Hipotez testlerinde ölçek, 7 boyut ve 18 maddeden oluşan haliyle analizlere dahil edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmanın bu kısmında istatistiksel verilerden elde edilen sonuçlar literatürde yapılan benzer çalışmalar ile karşılaştırılmıştır ve tartışılmıştır. Bu kısımda elde edilen sonuçlar doğrultusunda gelecekte yapılacak olan çalışmalara ve uygulayıcılara önerilerde bulunulmuştur.

Çalışmamızda Toplam Yaşam Kalitesi, Ortalama Yaşam Kalitesi Ölçeğine Göre Ailede Angına Pektoris Olma, Ortalama Fiziksel Fonksiyon İle Hastalığın Süresi olmak üzere 3 adet ölçek bulunmaktadır ve bunların alt boyutları bulunmaktadır. Bu alt boyutlar Fiziksel Fonksiyon, Rol Fonksiyonu, Kognitif Fonksiyon, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Fonksiyon, Genel Sağlık ve Toplam Ölçek olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda yaşam kalitesini etkileyen bir alt boyut olan Fiziksel Fonksiyon alt boyutu demografik değişkenlere göre değişip değişmediği incelendiğinde cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, angına pektoris varlığı ve hastalığın süresi değişkenlerine göre bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde (Kimble ve diğerleri 2003) yaptıkları çalışmada koroner arter kalp rahatsızlığı olan kişilerin yaşam kalitelerini etkileyen fiziksel fonksiyonun cinsiyete göre farklılık gösterdiğini ve bu farklılığın kadınlarda, erkeklere göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. (Jolicœur ve diğerleri 2013; Franciosa ve diğerleri 1983) yaptıkları çalışmalarda angına pektoris hastalığınının varlığı ile fiziksel fonskiyon arasında anlamlı bir farklılık saptamışlardır. Bu farklılığın hastalığa sahip olanlarda, olmayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Çalışmamızda yaşam kalitesini etkileyen bir başka alt boyut olan Rol Fonksiyon alt boyutunun demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer, ailede angına pektoris varlığı ve hastalık süresine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yine demografik bir değişken olan aylık gelire göre rol fonksiyon alt boyutunun farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu farklılığın geliri giderine eşit olanlar ile geliri giderinden az olanlar arasında olduğu ve gelirini giderine eşit olanlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Geçmiş yıllarda yapılan

çalışmalar incelendiğinde (Lukkarinen ve Hentinen 1997; Mentz ve diğerleri 2012) yaptıkları çalışmalarda bizim yaptığımız çalışmada ulaşılamayan bir bulguya ulaşmışlardır, Yaşam kalitesini değerlendirmişlerdir. Çalışmalarında tam olarak rol fonksiyon alt boyutuna benzer bir ölçüm ile Rol fonksiyonun yaş değişkenine göre bir farklılık gösterdiği ve bu farklılığın 35-54 yaş grupları arasında olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Çalışmamızda yaşam kalitesini etkileyen bir başka alt boyut olan Kognitif Fonksiyon alt boyutunun demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresi kognitif fonksiyon alt boyutuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Yaş ve ailede angına pektoris varlığı değişkenleri incelendiğinde. Yaşa göre kognitif fonksiyonun bir farklılık gösterdiği ve bu farklılığın 18-27, 38-47 ve 48 yaş ve üzeri gruplarında olduğu bulunmuştur. 8-47 yaş ve 48 yaş ve üzeri gruplarının 18-27 yaş aralığında ki gruptaki insanlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde (Gayda ve diğerleri, 2017; Militaru diğerleri 2013) yaptıkları çalışmada kognitif fonksiyonun kalp rahatsızlığı ile olan ilişkisini incelemişlerdir. Yaptıkları incelemeler sonucunda kognitif fonksiyonun yaşa göre ve boy uzunluğu durumuna göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu farklılığın yaşa göre olan değişkende 25-30 yaş ve 35-45 yaş grupları arasında olduğu ve 25-35 yaş grubunda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Boy uzunluğuna göre olan farklılığın hangi gruplarda olduğu saptanamamıştır.

Çalışmamızda Yaşam kalitesini etkileyen bir başka alt boyut olan Sosyal Fonksiyon alt boyutunun demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. İnceleme sonucunda Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, angına pektoris varlığı ve hastalığın süresi sosyal fonksiyon alt boyutuna göre farklılık göstermemektedir. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde (Oklu, 2022) yaptığı çalışmada Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptonlar Profili Ölçeğinin bir alt boyutu olarak kullandığı Sosyal Fonksiyonun mesleğe göre bir farklılık gösterdiğini saptamıştır. Bu farklılığın ise herhangi bir işte çalışmayanların, herhangi bir işte çalışanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Çalışmamızda Yaşam kalitesini etkileyen bir başka boyutlardan bir tanesi Emosyonel Fonksiyon alt boyutudur. Emosyonel Fonksiyonun demografik

değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. İncelemeler sonucunda Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresinin Emosyonel Fonksiyon alt boyutuna göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Çalışma durumuna göre bir farklılık tespit edilmiştir. Bu farklılığın memurlar ve serbest mesleklerin arasında olduğu ve memurların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aylık gelire göre farklılık incelendiğinde geliri giderine eşit olanlar ve geliri giderinden az olanlar arasında olduğu saptanmıştır. Geliri giderine eşit olanların daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ailede angına pektoris varlığına göre bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın ailede ikinci dereceden angına pektoris, ailede birinci dereceden angına pektoris ve ailede angına pektoris olmayanlar arasında olduğu belirlenmiştir ve ailede ikinci dereceden angına pektoris olanlar ve ailede birinci derece angına pektoris olanların ailede angına pektoris olmayanlardan daha yüksek puana sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde Emosyonel Fonksiyon ile ilgili bulgularımızdan farklı olarak desteklenen bir bulguya rastlanmıştır. (Pedersen, ve diğerleri 2006; Söderman ve diğerleri 2003) yaptıkları çalışmalarda Emosyonel Fonksiyonun Depresyon düzeyi ile bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır.

Çalışmamızda Yaşam kalitesini etkileyen bir başka boyutlardan bir tanesi Genel Sağlık alt boyutudur. Genel Sağlığın demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. İncelemeler sonucunda Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu aylık gelir, çocuk sayısı, yaşanılan yer, ailede angına pektoris varlığı ve hastalık süresinin Genel Sağlık alt boyutuna göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde (Spinka ve diğerleri 2019) yaptıkları çalışmada genel sağlığın demografik değişken olan cinsiyet ile anlamlı bir farklılığa sahip olduğunu saptamıştır. Bu farklılığın kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. (Weintraub ve diğerleri, 2008) yaptıkları çalışmada Genel Sağlık alt boyutunun hastalık süresi ile bir farklılık gösterdiği ve bu farklılığın diğer gruplara göre 24 aydan fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Çalışmamızda Toplam Ölçeğin Demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan incelemelerde Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve hastalık süresine göre toplam ölçek farklılık göstermemektedir. Aylık gelir durumuna göre toplam ölçeğin bir

farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu farklılığın geliri giderine eşit olanların, geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ailede angına pektoris varlığına göre toplam ölçeğin bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu farklılığın ailede birinci dereceden angına pektoris olanların, ailede angına pektoris olmayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde (Ambrosio ve diğerleri, 2019) yaptıkları çalışmada alt ölçeklerin ve alt boyutların toplamı olarak toplam ölçeklendirme yapmışlardır. Toplam ölçeğin cinsiyete göre farklılık gösterdiğini ve erkeklerin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda alt boyutların bulunduğu ve bu alt boyutların incelemesini yukarıda gerçekleştirdik. Bu alt boyutların aralarındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığına ve yönü incelenmiştir.

Çalışmamızda Fiziksel fonksiyonun, kongnifik fonksiyon ve emosyonel fonksiyonel ile düşük düzeyde doğrusal ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişkinin düşük olması birbirlerini etkileyebilecekleri fakat çok etkili olamayabilecekleri anlamına gelebilmektedir. Fiziksel fonksiyon ve genel sağlık ile aralarında düşük düzeyde ters yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu ilişkinin anlamı birbirlerini etkileyebilirler fakat çok etkili olamayabilirler ve ters olarak etkileyebilirler. Fiziksel fonksiyon ve toplam ölçek arasında orta düzeyde doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu ilişkinin anlamı birbirlerini etkili olarak etkileyebilirler fakat en etkili şekilde olmayabilir. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde (Parikh ve diğerleri 2016) yaptıkları çalışma fiziksel fonksiyon ile aralarında emosyonel fonksiyon ile düşük düzeyde doğrusal ve anlamlı bir ilişki olduğunu sonucuna ulaşmışlardır. Yapılan bu çalışmada bu ilişkinin anlamlı ve doğrusal olması beklemekteymişler.

Çalışmamızda Rol fonksiyonun, kognifik fonksiyon ve emosyonel fonksiyon ile aralarında düşük düzeyde doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu ilişki çok etkili değildir. Rol fonksiyonun toplam fonksiyon ile arasında orta düzeyde doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu ilişki etkileyici şekilde olabilecek düzeydedir. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde (Marquis ve diğerleri 1995) yaptıkları çalışmada rol fonksiyon ile kognifik fonksiyon arasında yüksek düzeyde doğrusal ve anlamlı bir ilişki bulmuşlardır.

Çalışmamızda Kognifik fonksiyon ile emosyonel fonksiyon ve toplam ölçek arasında orta düzeyde doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu ilişki birbirlerini etkileyebileceklerini ama en etkili şekilde olamayacağını göstermektedir. Genel sağlık

ile aralarında orta düzeyde ters yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu ilişkinin en etkili şekilde olmayabilir. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde (Heran ve diğerleri 2011) yaptıkları çalışmada sosyal fonksiyon ile orta düzeyde doğrusal ve anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Emosyonel ilişki ile düşük düzeyde doğrusal ve anlamlı bir ilişki olduğunu sonucuna ulaşmışlardır. Kognifik fonksiyon ile bir ilişki bulamamışlardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Angina pektorisli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için yapılan çalışmada yaşam kalitesinin alt boyutları ve sosyodemografik özellikler araştırılmıştır.

- Çalışmaya 200 angina pektorisli hasta dahil edilmiştir.
- 200 hastanın 120'si erkek (%60) hastalardan oluşmaktadır.
- Hastaların çoğunluğu (%42.5) 38-47 yaş aralığındadır.
- Hastaların %81.4'ü evlidir.
- Hastaların eğitim durumu incelendiğinde çoğunluğun ortaokul seviyesinde (%39) ve okuma yazma bilmeyen seviyesinde (%21) olduğu görülmektedir.
- Hastaların çalışma durumuna bakıldığında çoğunluğun serbest meslek (%33) ve işçi (%22,5) olduğu görülmektedir.
- Hastaların aylık geliri incelendiğinde çoğunluğun (%65) gelirinin giderine eşit olduğu görülmektedir.
- Hastaların çocuk sayıları incelendiğinde çoğunluğun (%60,5) 1-5 çocuk sayısına sahip olduğu görülmektedir.
- Hastaların en uzun yaşanılan yerleri incelendiğinde çoğunluğun (%83,9) Şehir/Büyükşehir de olduğu görülmektedir.
- Hastaların ailesinde angına pektoris olma durumu incelendiğinde çoğunluğun (%48) 1. Derece yakını olduğu görülmektedir.
- Hastaların hastalıklarının süresi incelendiğinde çoğunluğun (%57,7) 8 aydan az olduğu görülmektedir.

Angino Pektorisli hastaların yaşam kaliteleri incelenirken alt boyutlar oluşturulmuştur. Bu alt boyutlardan Fiziksel Fonksiyon hastaların yaşamlarında ki hareketlerini ortaya çıkarmaktadır. Bu doğrultuda sorulan sorulara verilen cevaplar

incelendiğinde hastaların bu zorluklarla mücadele edebildiği ama uzun süreli devam etmesi halinde zorlayıcı olacağı sonucuna ulaşılmıştır. Fiziksel Fonksiyon alt boyutunun demografik değişkenler ile karşılaştırılması ve aralarında farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Demografik değişkenler çalışmanın bulgular kısmında detaylı şekilde açıklanmıştır. Fiziksel Fonksiyonun sadece aylık gelir demografik değişkeni ile anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu farklılığın geliri giderine eşit olanlar ile geliri giderinden az olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Çalışmada yaş ve cinsiyetin de bu fonksiyonu etkilemesi beklenmekteydi. İstatistiksel analizler sonucunda bu sonuca ulaşılamamıştır.

Angino Pektorisli hastaların yaşam kaliteleri incelenirken alt boyutlar oluşturulmuştur. Bu alt boyutlardan Kognitif Fonksiyon hastaların bilişsel davranışlarını ortaya çıkarmaktadır. Farkına varma, algılama, mantıksal düşünme gibi örneklerle açıklanabilir. Bu doğrultuda sorulan sorulara verilen cevaplar incelendiğinde hastalığın insanların bilişsel fonksiyonlarını etkilediği ama bunun hayatı engelleyecek kadar etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Kognitif Fonksiyon alt boyutunun demografik değişkenler ile karşılaştırılması ve aralarında farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Demografik değişkenler çalışmanın bulgular kısmında detaylı şekilde açıklanmıştır. Kognitif Fonksiyonun ailede Angina Pektoris varlığına ve Yaş'a göre anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Angino Pektorisli hastaların yaşam kaliteleri incelenirken alt boyutlar oluşturulmuştur. Bu alt boyutlardan Rol Fonksiyon hastaların yaşamlarında yapacak oldukları aktivitelerini nasıl yaptılarını ortaya çıkarmaktadır. Bu doğrultuda sorulan sorulara verilen cevaplar incelendiğinde bunun hastalara az engel olduğu ama ilerleyen zamanlarda bir sorun haline gelebileceği sonucuna ulaşılmaktadır. Rol Fonksiyon alt boyutunun demografik değişkenler ile karşılaştırılması ve aralarında farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Demografik değişkenler çalışmanın bulgular kısmında detaylı şekilde açıklanmıştır. Rol Fonksiyonun sadece aylık gelir demografik değişkeni ile anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu farklılığın geliri giderine eşit olanlar ile geliri giderinden az olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Çalışmada aylık gelirin ve çocuk sayısının bu fonksiyonu etkilemesi beklenmekteydi.

Angino Pektorisli hastaların yaşam kaliteleri incelenirken alt boyutlar oluşturulmuştur. Bu alt boyutlardan Sosyal Fonksiyon hastaların yaşamlarında ki mevkilerini, mesleklerini, aile yaşantıları gibi özelliklerini yansıtmaktadır. Bu

doğrultuda sorulan sorulara verilen cevaplar incelendiğinde katılımcıların sahip oldukları hastalıkları yüzünden sosyal fonksiyonlarının kısıtlı olduğunun farkındalar. Bu kısıt ilerleyen zamanlarda büyük bir sorun haline gelebilir. Rol Fonksiyon alt boyutunun demografik değişkenler ile karşılaştırılması ve aralarında farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Demografik değişkenler çalışmanın bulgular kısmında detaylı şekilde açıklanmıştır. Sosyal Fonksiyonun demografik değişkeler ile bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada hastalığın süresinin, çalışma durumun bu fonksiyon ile bir farklılık göstermesi beklenmeteydi.

Angino Pektorisli hastaların yaşam kaliteleri incelenirken alt boyutlar oluşturulmuştur. Bu alt boyutlardan Emosyonel Fonksiyon hastaların duygu durumlarını ve bu tutarsızlığı ortaya çıkarmaktadır. Bu doğrultuda sorulan sorulara verilen cevaplar incelendiğinde bunun hastalara az engel olduğu ama ilerleyen zamanlarda bir sorun haline gelebileceği sonucuna ulaşılmaktadır. Emosyonel Fonksiyon alt boyutunun demografik değişkenler ile karşılaştırılması ve aralarında farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Demografik değişkenler çalışmanın bulgular kısmında detaylı şekilde açıklanmıştır. Emosyonel Fonksiyonun Aylık gelir, çalışma durumu, ailede angına pektoris varlığı değişkenleri ile anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada çocuk sayısınında Emosyonel Fonksiyon ile anlamlı bir farklılığa sahip olması beklenmekteydi.

Angino Pektorisli hastaların yaşam kaliteleri incelenirken alt boyutlar oluşturulmuştur. Bu alt boyutlardan Genel Sağlıktır. Bu doğrultuda sorulan sorulara verilen cevaplar incelendiğinde hastaların kendilerini ne iyi ne kötü hissettikleri sonucuna ulaşılmaktadır. Genel Sağlık alt boyutunun demografik değişkenler ile karşılaştırılması ve aralarında farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Demografik değişkenler çalışmanın bulgular kısmında detaylı şekilde açıklanmıştır. Genel Sağlığın demografik değişkenler ile anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Alt gruplar arasındaki ilişki bulgular kısmında detaylı istatistiksel analizler doğrultusunda sonuçlandırılmıştır. Fiziksel fonksiyonun bütün alt boyutlar ile ilişki ve doğrusal olması beklenmeteydi. Genel sağlık haricindeki diğer alt gruplar ile arasında doğrusal ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur Genel sağlık ile aralarında negatif ve ters yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Emosyonel fonksiyon ile Genel sağlık arasında bir ilişkinin olması muhtemel beklenen bir sonuçtu. Bu sonuca ulaşılmıştır ve ilişki orta düzeyde ters yönlü olarak bulunumuştur.

Çalışmamız için öneriler;

- Çalışmada kullanılan Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Kurumuna ait Yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ-C30)'nin Angina Pektoris'e sahip olan hastalarda kullanılabilir bir ölçek olduğu görülmektedir. Bu ölçek diğer çalışmalarda ortaya çıkartıcı ve aydınlatıcı olacaktır.
- Çalışmada kullanılan yaşam kalitesi alt boyutları Angina Pektoris'e sahip olan hastaların genel olarak sahip oldukları sorunlardan ziyade daha detaylı sorunları ortaya çıkarmaktadır. Yaşam kalitesi alt boyut kullanımı çalışmamıza fayda sağlamıştır ve aydınlatıcı olmuştur. Gelecek çalışmalarda kullanılmalıdır. Yol gösterici olacağı düşünülmektedir.
- Hastalar rehabilitasyon programlarına alınmalıdır ve bu programlarda hemşirelerden detaylı bir şekilde bilgilendirme almalıdırlar.
- Hemşirelerin hastalara verdikleri bilgilerin geçerliliğini denetlemek adına hastalara düzenli olarak hemşire değerlendirme yapılmalıdır.
- Hastaların az olmayacak şekilde bir kısmının okuma yazmadığı görülmektedir. Bunun hastaların hastalıkları ile ilgili bilgilenme ve uygulama kısmında bir engel teşkil etmemesi için çok dikkatli ve titiz davranılmalıdır.

KAYNAKLAR

Akbaba, A. (2018). Yaşlı Bireylerin Akut Koroner Sendrom Semptomlarına İlişkin Bilgi Ve Tutumları.

Akbulut, E., Tülüce, D., & Kahraman, B. B. (2016). Kardiyak rehabilitasyonda hemşirenin rolü. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(14), 140-146.

Ambrose, J. A., & Dangas, G. (2000). Unstable angina: current concepts of pathogenesis and treatment. Archives of internal medicine, 160(1), 25-37.

Ambrosio, G., Collins, P., Dechend, R., Lopez-Sendon, J., Manolis, A. J., & Camm, A. J. (2019). Sta B le Angina: Pe R cept I on of Nee D s, Quality of Life and Mana G em E nt of Patients (BRIDGE Study)—A Multinational European Physician Survey. Angiology, 70(5), 397-406.

Antwerpes, F., Fink, B. Ve Ostendorf, N. (2021). Prinzmetal-Angina. https://flexikon.doccheck.com/de/Prinzmetal-Angina.

Aronow, W. S. (2003). Treatment of unstable angina pectoris/non-ST-segment elevation myocardial infarction in elderly patients. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58(10), M927-M933.

Beckerman, J. (2021). What's Causing My Chest Pain? https://www.webmd.com/pain-management/guide/whats-causing-my-chest-pain.

Bener, A., Alsulaiman, R., Doodson, L., & El Ayoubi, H. R. (2017). An assessment of reliability and validity of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 among breast cancer patients in Qatar. Journal of family medicine and primary care, 6(4), 824.

Cardiopraxis (2021). Angina pectoris: warning signs of a heart attack. https://translate.google.com.tr/?sl=de&tl=en&text=Angina%20pectoris%3A%20Warnzeichen%20bei%20Herzinfarkt&op=translate.

Casper ML, Barnett E, Halverson JA. (2000). Women and heart disease: an atlas of racial and ethnic disparities in mortality. Morgantown: Office for Social Environment and Health Research, West Virginia University.

Chandraratna, P. N., Kuznetsov, V. A., Mohar, D. S., Sidarous, P. F., Scheutz, J., Krinochkin, DV.,Arawgoda, U. (2012). Comparison squatting stress echocardiography anddobutamine stress echocardiography for the diagnosis of coronary artery disease . Echocardiography, 29(6), 695-699. doi:10.1111/j.1540-8175.2012.01687.

Committee Members, Gibbons, R. J., Abrams, J., Chatterjee, K., Daley, J., Deedwania, P. C., ... & Smith, S. C. (2003). ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina—summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina). Journal of the American College of Cardiology, 41(1), 159-168.

DFV (2022). Angina Pectoris: Causes, Symptoms & Treatment. https://www.deutsche-familienversicherung.de/krankenhauszusatzversicherung/ratgeber/artikel/angina-pectoris-ursachen-symptome-und-therapie/.

Dilek, F. (2008). Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (Master's thesis). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Disease Prevention in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation

Dural, G., & Sarıtaş, S. Ç. (2017). Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(17), 131-141.

Durusoy, E., Yıldırım, T., & Altun, A. (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. Balkan Medical Journal, 2010(1), 13-18.

Elsaka, O., Noureldean, M. A., Gamıl, M. A., Ghazalı, M. T., Abd Al-Razık, A. H., & Hısham, D. (2022). Pathophysıology, Investıgatıons, And Management Of Unstable Angına: A Revıew. Asian Journal of Advances in Medical Science, 1-18.

Esencan Hastanesi (2018). Anjina Pektoris Nedir? https://esencanhastanesi.com.tr/anjina-pektoris-nedir/

Franciosa, J. A., Wilen, M., Ziesche, S., & Cohn, J. N. (1983). Survival in men with severe chronic left ventricular failure due to either coronary heart disease or idiopathic dilated cardiomyopathy. The American journal of cardiology, 51(5), 831-836.

Gayda, M., Gremeaux, V., Bherer, L., Juneau, M., Drigny, J., Dupuy, O., ... & Nigam, A. (2017). Cognitive function in patients with stable coronary heart disease: Related cerebrovascular and cardiovascular responses. PLoS One, 12(9), e0183791.

Geçirenler, B. G., Zamorano, J. L., Andreotti, F., Becher, H., Dietz, R., Fraser, A., ... & Weis, M. (2006). Kararl› Angina Pektoris Tedavi K› lavuzu. European Heart Journal, 27, 1341-1381.

Groenvold, M., Klee, M. C., Sprangers, M. A., & Aaronson, N. K. (1997). Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. Journal of clinical epidemiology, 50(4), 441-450.

Gul, Z., & Makaryus, A. N. (2019). ilent Myocardial Ischemia. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).

GÜRBÜZ, S. ve ŞAHİN, F. (2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Ankara, Seçkin Yayınevi, 5. Baskı.

Han, S. H., Bae, J. H., Holmes Jr, D. R., Lennon, R. J., Eeckhout, E., Barsness, G. W., ... & Lerman, A. (2008). Sex differences in atheroma burden and endothelial function in patients with early coronary atherosclerosis. European heart journal, 29(11), 1359-1369.

Hayrullah, A. L. P., Alp, E. K., & Elmacı, A. M. (2018). Adölesanlarda varyant anjina: Kardiyak bilgisayarlı tomografinin kullanımı ve literatür taraması. Dicle Tıp Dergisi, 45(4), 503-507., A. L. P., Alp, E. K., & ELMACI, A. M. (2018). Adölesanlarda varyant anjina: Kardiyak bilgisayarlı tomografinin kullanımı ve literatür taraması. Dicle Tıp Dergisi, 45(4), 503-507.

Hemingway, H., McCallum, A., Shipley, M., Manderbacka, K., Martikainen, P., & Keskimäki, I. (2006). Incidence and prognostic implications of stable angina pectoris among women and men. Jama, 295(12), 1404-1411.

Heran, B. S., Chen, J. M., Ebrahim, S., Moxham, T., Oldridge, N., Rees, K., ... & Taylor, R. S. (2011). Exercise- based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane database of systematic reviews, (7).

https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/angina-chest-pain/angina-pectoris-stable-angina.

Janse, A. J., Gemke, R. J. B. J., Uiterwaal, C. S. P. M., Van Der Tweel, I., Kimpen, J. L. L., & Sinnema, G. (2004). Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis. Journal of clinical epidemiology, 57(7), 653-661.

Jassim, G., & AlAnsari, A. (2020). Reliability and Validity of the Arabic Version of the EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 Questionnaires. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 16, 3045.

Javitz HS, Ward MM, Watson JB, Jaana M. (2004). Cost of illness of chronic angina. Am J Manag Care; 10(11 suppl):S358–S369.

Jespersen, L., Hvelplund, A., Abildstrøm, S. Z., Pedersen, F., Galatius, S., Madsen, J. K., ... & Prescott, E. (2012). Stable angina pectoris with no obstructive coronary artery disease is associated with increased risks of major adverse cardiovascular events. European heart journal, 33(6), 734-744.

Jolicœur, E. M., Dunning, A., Castelvecchio, S., Dabrowski, R., Waclawiw, M. A., Petrie, M. C., ... & Cleland, J. G. (2015). Importance of angina in patients with coronary disease, heart failure, and left ventricular systolic dysfunction: insights from STICH. Journal of the American College of Cardiology, 66(19), 2092-2100.

Kaski, J. C., Crea, F., Gersh, B. J., & Camici, P. G. (2018). Reappraisal of ischemic heart disease: fundamental role of coronary microvascular dysfunction in the pathogenesis of angina pectoris. Circulation, 138(14), 1463-1480.

Kavuncubaşı, Y. (2019). Koroner arter by pass greft cerrahisi geçiren tip 2 diyabetli olgularda telerehabilitasyonun etkileri (Doctoral dissertation, Marmara Universitesi (Turkey)).

Kenneth J & Tobin. (2010) Evidence- based Clinical Review; Jaoa, The Journal of the American Osteopathic Association,7th ed,. PP. 364.(s10).

Kervinen, H., Mänttäri, M., Kaartinen, M., Mäkynen, H., Palosuo, T., Pulkki, K., & Kovanen, P. T. (2004). Prognostic usefulness of plasma monocyte/macrophage and T-lymphocyte activation markers in patients with acute coronary syndromes. The American journal of cardiology, 94(8), 993-996.

Kimble, L. P., McGuire, D. B., Dunbar, S. B., Fazio, S., De, A., Weintraub, W. S., & Strickland, O. S. (2003). Gender differences in pain characteristics of chronic stable angina and perceived physical limitation in patients with coronary artery disease. Pain, 101(1-2), 45–53.

Kumar, A., & Cannon, C. P. (2009). Acute coronary syndromes: diagnosis and management, part I. Mayo Clinic proceedings, 84(10), 917–938.

Kutlu, R., Özberk, D. I., & Demirbaş, N. (2016). Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 24(4), 672-679.

Lawson, W. E., Hui, J. C., & Cohn, P. F. (2000). Long- term prognosis of patients with angina treated with enhanced external counterpulsation: five- year follow- up study. Clinical cardiology, 23(4), 254-258.

Liao, W., Ma, X., Li, J., Li, X., Guo, Z., Zhou, S., & Sun, H. (2019). A review of the mechanism of action of Dantonic® for the treatment of chronic stable angina. Biomedicine & Pharmacotherapy, 109, 690-700.

Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1997). Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease. Journal of Advanced Nursing, 26(1), 73-84.

Mahsuda, B., & Xadicha, B. (2022). Angına pectorıs. Innovatıon ın the modern educatıon system, 2(18), 148-150.

Marquis, P., Fayol, C., & Joire, J. E. (1995). Clinical validation of a quality of life questionnaire in angina pectoris patients. European heart journal, 16(11), 1554-1560.

Mayoclinic (2021). Angina treatment: Stents, drugs, lifestyle changes — What's best? https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronary-artery-disease/in-depth/angina-treatment/art-20046240.

Mentz, R. J., Fiuzat, M., Shaw, L. K., Phillips, H. R., Borges-Neto, S., Felker, G. M., & O'Connor, C. M. (2012). Comparison of clinical characteristics and long-term outcomes of patients with ischemic cardiomyopathy with versus without angina pectoris (from the Duke Databank for Cardiovascular Disease). The American journal of cardiology, 109(9), 1272-1277.

Militaru, C., Donoiu, I., Craciun, A., Scorei, I. D., Bulearca, A. M., & Scorei, R. I. (2013). Oral resveratrol and calcium fructoborate supplementation in subjects with stable angina pectoris: effects on lipid profiles, inflammation markers, and quality of life. Nutrition, 29(1), 178-183.

Mironova, T., Mironov, V., Antufiev, V., Safronova, E., Mironov, M., & Davydova, E. (2009). Heart rate variability analysis at coronary artery disease and angina pectoris. Recent Patents on Cardiovascular Drug Discovery (Discontinued), 4(1), 45-54.

Moyer , Virginia A.; U.S. Preventive Services Task Force (2012) ."Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular

National Institutes of Health. (2012). Morbidity & mortality: 2012 chart book on cardiovascular, lung, and blood diseases. Bethesda: National Institutes of Health.

Okamoto, H., Kume, T., Yamada, R., Koyama, T., Tamada, T., Imai, K., ... & Uemura, S. (2019). Prevalence and clinical significance of layered plaque in patients with stable angina pectoris―Evaluation with histopathology and optical coherence tomography―. Circulation Journal, 83(12), 2452-2459.

Oklu, C. (2022). Akut koroner sendrom hastalarında kısıtlılık ve semptomların incelenmesi (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Özer, Z. C., & Demir, Ş. (2012). Akut Koroner Sendromlarda Hemşirelik Bakımı. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 3(3), 19-32.

Özkan, B., Örsçelik, Ö., Arslan, A., Şahin, E. E., & Özcan, İ. T. (2018). Stabil angina pektoris ile başvuran hastalarda ciddi kroner arter darlığı ile fragmente

QRS arasındaki ilişkinin araştırılması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2), 167-173.

Öztürk, A. (2018). Akut Koroner Sendromlu Ve kararlı Angina Pektorisli Hastalarda Serum Rage Ve s100b düzeyleri, Koroner Arter hastalığı şiddeti Ile ilişkisi (Doctoral dissertation). Bursa Uludag University.

Pakhomov, S. S., Hemingway, H., Weston, S. A., Jacobsen, S. J., Rodeheffer, R., & Roger, V. L. (2007). Epidemiology of angina pectoris: role of natural language processing of the medical record. American heart journal, 153(4), 666-673.

Parikh, K. S., Coles, A., Schulte, P. J., Kraus, W. E., Fleg, J. L., Keteyian, S. J., ... & Mentz, R. J. (2016). Relation of angina pectoris to outcomes, quality of life, and response to exercise training in patients with chronic heart failure (from HF-ACTION). The American journal of cardiology, 118(8), 1211-1216.

Pedersen, S. S., Denollet, J., Spindler, H., Ong, A. T., Serruys, P. W., Erdman, R. A., & van Domburg, R. T. (2006). Anxiety enhances the detrimental effect of depressive symptoms on health status following percutaneous coronary intervention. Journal of Psychosomatic Research, 61(6), 783-789.

Picard, F., Sayah, N., Spagnoli, V., Adjedj, J., & Varenne, O. (2019). Vasospastic angina: A literature review of current evidence. Archives of cardiovascular diseases, 112(1), 44-55.

Pocock SJ, Henderson SA, Clayton T, Lyman GH (200). Chamberlain DA: Quality of life after coronary angioplasty or continued medical treatment for angina: three-year follow-up in the RITE-2 trial: randomized intervention treatment of Angina. J Am Coll Cardiol 2000; 35: 907–914.

Podridphilip J ,peter Libby, MD. (2012) Braunwald's Heart disease A Text book of cardiovascular medicine; 10thed , .PP.44.(s11).

Ranya N. S., Cıvan, A. (2020). Angina Pectoris. Northwestern University Feinberg School of Medicine, (https://www.msdmanuals.com/).

Seidel, M. ve Felcner, C. (2022). Angina pectoris. https://www.netdoktor.de/krankheiten/angina-

pectoris/#:~:text=Angina%20pectoris%20bedeutet%20soviel%20wie,ein%20Hauptsymptom%20der%20Koronaren%20Herzkrankheit.

Shu, D. F., Dong, B. R., Lin, X. F., Wu, T. X., & Liu, G. J. (2012). Long-term beta blockers for stable angina: systematic review and meta-analysis. European journal of preventive cardiology, 19(3), 330-341.

Soylu, K. (2012). Kararlı angina pektoris. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 29(3s), 117-121.

Söderman, E., Lisspers, J., & Sundin, Ö. (2003). Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. Social science & medicine, 56(1), 193-202

Spinka, F., Aichinger, J., Wallner, E., Brecht, S., Rabold, T., Metzler, B., ... & Delle Karth, G. (2019). Functional status and life satisfaction of patients with stable angina pectoris in Austria. BMJ open, 9(9), e029661.

Statement". nnals of Internal Medicine 157 (5): 367–71. doi:10.7326/0003-4819-157-5201209040-00486. PMID.

Sweis, R. N. (2022). Unstable Angina. https://www.msdmanuals.com/professional/cardiovascular-disorders/coronary-artery-disease/unstable-angina#:~:text=Unstable%20angina%20results%20from%20acute,or%20absence%20of%20serologic%20markers.

Tlhakudi, P., & Mathibe, L. J. (2018). Management of stable angina pectoris in private healthcare settings in South Africa. Cardiovascular Journal of Africa, 29(4), 237-240.

Türen, S., & Sevda, E. (2014). Akut koroner sendromlar ve Hemşirelik Yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 18(2), 43-51.

Van Den Höfel, N. (2021). Prinzmetal-Angina. https://flexikon.doccheck.com/de/Prinzmetal-Angina.

Webb, C. M., & Collins, P. (2021). Medical management of anginal symptoms in women with stable angina pectoris: A systematic review of randomised controlled trials. International Journal of Cardiology, 341, 1-8.

Weintraub, W. S., Spertus, J. A., Kolm, P., Maron, D. J., Zhang, Z., Jurkovitz, C., ... & Boden, W. E. (2008). Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. New England Journal of Medicine, 359(7), 677-687.

Xu, M., & Yang, X. (2015). Double hazards of ischemia and reperfusion arrhythmias in a patient with variant angina pectoris. Journal of electrocardiology, 48(4), 739-743.

Yakar, U. D. T., & Demirtunç, R. (2017). Angina Pektoris Hastalarında Enflamatuvar Sitokinlerin Rolünün Araştırılması. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 57(1), 35-41.

Ziccardi, M. R., & Hatcher, J. D. (2020). Prinzmetal Angina. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.

Ekler

EK 1: Etik kurul onayı

EK 2: Hasta Bilgi Formu ve *EORTC QLQ-C30*

EK 3: İntihal Raporu

EK 1: Etik kurul onayı

EK 2: Hasta Bilgi Formu ve *EORTC QLQ-C30*

Ek 3: İntiha Raporu

ÖZGEÇMİŞ

İsim Soyisim **:** Hayfar jabbar HASSAN