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

Tez Yöneticisi
Yrd.Doç.Dr. Serap ÜNSAR

AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ: EQ-5D ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Hatice KAHYAOĞLU SÜT

Edirne - 2009

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

Tez Yöneticisi
Yrd.Doç.Dr. Serap ÜNSAR

AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ: EQ-5D ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Hatice KAHYAOĞLU SÜT

Destekleyen Kurum:

Tez No:

Edirne - 2009

TEŞEKKÜR

Çalışmanın yürütülmesindeki değerli katkıları ve desteği için danışman hocam Yrd.Doç.Dr. Serap ÜNSAR'a, verilerin istatistiksel analizleri için Doç.Dr. Necdet SÜT'e teşekkür ederim.

Hatice KAHYAOĞLU SÜT
Edirne - 2009

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ ve AMAÇ 1
GENEL BİLGİLER 3
AKUT KORONER SENDROM (AKS) 3
Akut Miyokart İnfarktüsü (AMİ) 4
Akut Miyokart İnfarktüsünde Hemşirelik Bakımı 5
Akut Miyokart İnfarktüsünde Hemşirelik Tanıları-Girişimleri 5
Akut Miyokard İnfarktüsünde Hasta / Aile Eğitimi 19
ANGİNA PEKTORİS (AP) 21
Angina Pektoriste Hemşirelik Bakımı 23
Angina Pektoriste Hemşirelik Tanıları – Girişimleri 23
Angina Pektoriste Hasta/Aile Eğitimi 25
ANİ İSKEMİK ÖLÜM 26
YAŞAM KALİTESİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ 27
Genel yaşam kalitesi ölçekleri 27
Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri 28
GEREÇ ve YÖNTEM 29
BULGULAR 37
TARTIŞMA 60
SONUÇLAR 66
TÜRKÇE ÖZET 70
İNGİLİZCE ÖZET 72
KAYNAKLAR 74

ŞEKİLLER DİZİNİ 79
ÖZGEÇMİŞ 81
EKLER 82
EQ-5D GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 83
MACNEW KALP HASTALIĞI SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ANKETİ 84
ETİK KURUL İZİN FORMU 91

SİMGE VE KISALTMALAR

AKS	Akut Koroner Sendrom
AMİ	Akut Miyokart infarktüsü
AP	Angina pektoris
Ark.	Arkadaşları
EQ-5D	Euroqol 5 dimension
KAH	Koroner arter hastalığı
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Koroner Arter Hastalığı ve Risk Faktörleri
VAS	Görsel analog ölçek (Visual Analogue Scale)

GİRİŞ ve AMAÇ

Koroner arter hastalığı (KAH) Türkiye'de ve dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkesinde önde gelen ölüm nedenidir (1-3). Türkiye'de 35-64 yaş arası KAH prevelansı erkeklerde %5.8, kadınlarda %5 olarak tahmin edilmektedir (4-6). 2001 yılında Amerika'da bu oran erkeklerde %6.9, kadınlarda %6 olarak tahmin edilmiştir (7). Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması verilerine göre 1990 yılında 1.05 milyon olan koroner arter hasta sayısının 2010 yılında 3.4 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (8,9). KAH'nin dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olmaya devam edeceği ve hastaları mortalite, morbidite, yaşam kalitesi kaybı açısından etkileyeceği açıktır.

Akut koroner sendromlarda yaşam kalitesi, hastaların tedavisinde ve optimal tıbbi bakımı değerlendirmede önemli bir ölçüttür. Hastalığın yaşam kalitesinde yarattığı kaybın saptanması hastalar ve sağlık profesyonelleri için önem taşımaktadır. Sağlık durumu, sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçümü "Health-Related Quality of Life – HRQoL" olarak genelleştirilen genel yada hastalığa özgü bir takım ölçeklerle değerlendirilir. Akut koroner sendromlar için birkaç yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır (10). MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeği bunlardan biridir (11-14). Hastalığa özgü ölçekleri değerli kılan belirli bir hastalık ya da tedavi yöntemiyle ilişkili fonksiyonel değerlendirmeleri yapabilmeleridir, bu nedenle yaşam kalitesini ölçmede daha duyarlıdırlar. Buna karşın popülasyon çalışmalarında sonuçları genellenebilir kılmak ve duyarlılığı maksimize etmek için genel ve hastalığa özgü ölçeklerin her ikisinin birlikte kullanımı arzu edilen bir durumdur. Genel bir ölçekle hastaların yaşam kalitesini saptamak, diğer hastalıklarla yaşam kalitesi açısından kıyaslama olanağı da yaratmaktadır (10). Genel ölçekler sadece hastaların

yaşam kalitesini saptamakla kalmamaktadır, aynı zamanda maliyet-yarar (cost-utility) karşılaştırmalarında kullanılabilecek hastaların tercihlerine dayalı kalite katsayılarının hesaplanmasını da olanaklı kılmaktadır. Sağlık durumunun tercih esasına dayalı ölçümü Kalite Düzeltmeli Yaşam Yılı (Quality Adjusted Life Years – QALY) hesabında da kullanılmaktadır. Popülasyon temelli çalışmalar ve girişimsel klinik deneylerin ekonomik etkilerini değerlendirmede söz konusu ölçeklerden elde edilen kalite katsayıları kullanılmaktadır.

Genel yaşam kalitesi ölçeklerinin ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin hemşirelik alanında uygulamaları her geçen gün daha da yaygınlaşmaktadır. Örneğin Jolly ve ark. (15) Avusturalya'da kalp yetmezliğinde hemşirelik bakımının etkinliğini araştırdıkları çalışmalarında EQ-5D ölçeğini ve Minesota kalp yetmezliği yaşam anketini (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire - MLwHFQ) kullanmışlardır (15). Elliot ve ark. (16) Avustralyada kardiyak cerrahiye maruz kalan hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmede SF-36 genel yaşam kalitesi ölçeğini ve Sintonenin 15-D yaşam kalitesi ölçeğini kullanmışlardır (16). Westlake ve ark. (17) Amerikada yaptıkları ve kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmalarında SF-36 genel yaşam kalitesi ölçeğini kullanmışlardır (17).

Genel sağlık durumunu değerlendirmede kullanılan ölçeklerden biri EQ-5D ölçeğidir. Ölçek yaşam kalitesini tanımlamada ve sağlık durumuna niceliksel değer yüklemede kullanılan kısa, jenerik bir enstrümandır. Ölçeğe ilişkin katsayılar toplumsal değer algılarına dayalı olarak hesaplanmıştır (10,18-25). Çeşitli hastalıklarda EQ-5D ölçeğinin kullanımına ilişkin çalışmalar (26-38) literatürde bulunmaktadır. Ancak söz konusu ölçeğin MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeği ile ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışma yoktur.

Çalışmanın amacı, AKS'li hastalarda EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirliği ile AKS'li hastalarda yaşam kalitesini klinik-sosyodemografik özelliklere göre incelemektir.

GENEL BİLGİLER

AKUT KORONER SENDROM (AKS)

Kardiyovasküler hastalıklar tüm ırklarda, kadın ve erkeklerde en önde gelen ölüm nedenidir. Kardiyovasküler hastalıkların en sık nedeni koroner kan akımında azalma ile karakterize olan ve intimal fibröz plakların gelişimi ile ortaya çıkan koroner arter hastalığıdır. Plak yırtılması durumunda bu bölgede bir trombüs oluşarak damarın bu kısmını ya da tümünü geçici veya kalıcı olarak tıkar. Eğer yeterince uzun süre damar tümüyle tıkalı kalırsa koroner arter perfüzyonuna bağlı olan miyokard hücreleri ölür ve bu süreç miyokard nekrozu ve infarkt ile sonuçlanır. Eğer tıkanma ani ve büyük ise, kollateral dolaşım yeterli değilse, risk altındaki bölge geniş ise durum ani kardiyak ölüm ile sonuçlanabilir. Eğer tıkanma kan akımında önemli ölçüde azalmaya yol açar, ancak olay kısa süreli ve geçici ise ilgili alan iskemik hale gelir ve klinik tablo karşımıza kararsız anjina pektoris şeklinde çıkar. Kan akımında azalma, tıkayıcı plak bulunmasa da, koroner arter spazmı sonucunda ortaya çıkabilir. AKS'lar:

- Akut miyokard infarktüsü (AMİ),
- Kararsız anjina pektoris ve
- Ani iskemik ölümü kapsamaktadır

Bu hastalık durumları aslında benzer mekanizma ile oluşmakta ancak farklı klinik tablo ile karşımıza çıkmaktadır (39-41).

Koroner arter hastalıkları için risk faktörleri kontrol edilebilen ve edilemeyen olmak üzere iki farklı şekilde sınıflandırılabilir.

Kontrol edilemeyen risk faktörleri

- Aile öyküsü

- Yaş
- Cinsiyet

Kontrol edilebilen risk faktörleri

- Sigara
- Hipertansiyon
- Diyabet
- Düşük HDL kolesterol (35 mg/dl altı)
- Yüksek LDL kolesterol (130 mg/dl üzeri)
- Total kolesterol (200 mg/dl üzeri)
- Şişmanlık
- Stres
- Hareketsiz yaşam tarzı

Bireylerin günlük yaşamını etkileyen bu hastalıklarda acil girişimlerin bilinmesi ve uygulanması önem taşımaktadır. Hemşireler bu hastalıklardan korunmak için yapılması gerekenleri halka eğitim planlarıyla anlatmalı, acil durumlarda neler yapılması gerektiğini bilmeli, bireyin yaşamını en iyi şekilde devam ettirebilmesi için gerekli bakımı planlayıp uygulamalıdır. Özelliklede AMİ'de acil girişim önemlidir. Çünkü ölümlerin büyük çoğunluğu ilk 2 saat içinde görülmekte olup acil girişim hayat kurtarıcıdır (9,39-41).

Akut Miyokart İnfarktüsü (AMİ)

Akut Miyokart İnfarktüsü (AMİ) primer bir olay olmayıp, her zaman iskemi sonucunda gelişir. Miyokart iskemisi ise miyokartın oksijen gereksiniminin artması veya sunumunun azalması ile ortaya çıkmaktadır. İskemi hangi şiddette olursa olsun miyositlerde geri dönüşümsüz hasar yapacak kadar devam ederse miyokart infarktüsü gelişir. Ancak miyokart nekrozuna neden olacak iskeminin şiddeti ve süresi, tüm miyokart bölgeleri için (subendokard, epikard) her zaman aynı değildir. Kısa süreli iskemi, sadece subendokardial bölgede nekroza neden olurken, süre uzadıkça nekroz subendokarddan epikarda ve risk altındaki bölgenin kenarlarına doğru yayılır. İnsanda miyokard nekrozu, koroner oklüzyondan yaklaşık 30-40 dakika sonra subendokardiyal bölgede başlamakta ve dört saat içinde risk altındaki tüm bölgede infarktüs tamamlanmaktadır (39,42).

AMİ geçiren hastaların yaklaşık %75'inde geliş EKG'sinde ST segment elevasyonu veya depresyonu mevcuttur. AMİ geçiren hastaların %25'inde başlangıçta akut EKG

değişiklikleri yoktur. Bu hastaların büyük çoğunluğunda (%80'ni) non-Q miyokard infarktüsü gelişir (39,43,44).

Akut Miyokart İnfarktüsünde Hemşirelik Bakımı

AMİ'de hemşirelik bakımının amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir. (39,45)

- Sürekli hasta değerlendirmesi,
- Anginal ağrının kontrolü,
- Miyokardın 0_2 gereksiniminin karşılanması ve optimal kalp debisinin sağlanması,
- Komplikasyonların önlenmesi,
- Hasta/aile eğitimidir.

Akut Miyokart İnfarktüsünde Hemşirelik Tanıları-Girişimleri

AMİ'de görülen başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler; Göğüs Ağrısı, Korku/Anksiyete, Aritmi, Kalp Debisinin Azalması, Aktivite İntoleransı, Kanamaya Eğilim, Konstipasyon, Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski, Beslenmede Değişiklik, Uyku Düzeninde Bozulma olarak tanımlanmaktadır (1,39,46-53). Hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıda açıklanmaktadır.

- **GÖĞÜS AĞRISI**

AMİ'de göğüs ağrısı ile ilgili başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir (1,39,46-53).

TANI ÖLÇÜTLERİ **(Belirti ve Bulgular)**	**NEDEN**	**AMAÇ**
• Sözel olarak ağrı ifadesi, • Dispne, • Retrosternal baskı ve ağırlık hissi, • Kollara, özelikle sol tarafa yayılan ağrı, • Boyun, sırt, omuz ve kol ağrısı, • TA↓/↑, • Vücut ve yüz ifadesinde değişiklik, • Terleme, • Huzursuzluk, • Bulantı kusma, • Halsizlik, • Anksiyete.	• Koroner arter oklüzyonuna bağlı miyokardiyal iskemi ve miyokardiyal nekroz.	• Ağrıyı gidermek, en aza indirmek.

GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
• Göğüs ağrısının nasıl başladığı, niteliği, lokalizasyonu, süresi, yayılımı, şiddeti, artıran-azaltan faktörler, eşlik eden belirti ve bulgular değerlendirilir. • Ağrının derecesini belirlemek için hastaya ağrıyı 1-10'a kadar puan vererek derecelendirmesi istenir, • Yatak istirahati sağlanır. Fowler pozisyonu verilir, • Hekim istemine göre oksijen uygulanır, • Solunum, kan basıncı ve nabız değerlendirilir, • Yatışta ve her göğüs ağrısı olduğunda 12 derivasyonlu EKG ile yeni bir infarkt olasılığı değerlendirilir, • Sakin bir ortamda hastaya güven veren ve anksiyetesini azaltacak şekilde bakım verilir. Rahatsızlık hissi geçene kadar hastanın yanında kalınır, • Ziyaretçi sayısı kısıtlanır, • Hekim istemine göre analjezik ve antianginal ilaçlar uygulanır ve sürekli olarak hastanın tedaviye cevabı değerlendirilir; - Opioidler (morfin); morfin İV uygulanmalı, çünkü İM/SC uygulaması bazı serum enzimlerinde artmaya neden olarak hasarın değerlendirilmesini engelleyebilir. Ayrıca doku perfüzyonu azalmış ise absorbsiyon oldukça azdır. - Nitrat (Nitrogliserin). • Hastaya her düzeydeki ağrının bildirilmesinin değerlendirme ve tedavide ne kadar önemli olduğu açıklanır. • Hekim istemi, ünite protokolü doğrultusunda; - Trombolitik tedavi, - PTCA için hazırlık, - Gerekli ise revaskülarizasyon için cerrahi hazırlık girişimleri planlanır. Mesane distansiyonu varlığı değerlendirilir (atropin, sedatif ve opiumlar, yatak istirahati mesane distansiyonuna neden olabilir). • Kafein alımı (çay, kahve, kola) kısıtlanır.	**Beklenen Sonuçlar** • Göğüs ağrısının olmaması.

- **KORKU/ANKSİYETE**

AMİ'de korku/anksiyete ile ilgili başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir (1,39,46,48,52-54).

TANI ÖLÇÜTLERİ (Belirti ve Bulgular)	**NEDEN**	**AMAÇ**
• Sözel ifade, • Uykusuzluk, • Gerginlik, huzursuzluk, • Terleme, • Taşikardi, • Takipne.	• Göğüs ağrısı, • Ölüm korkusu ve/veya yaşam şekli değişiklikleri, • Gelecekteki olası yetersizlikler, • Bilinmeyen çevre ve yakınlarından ayrılma, • Tanı, tanı testleri ve tedaviye yönelik bilgi eksikliği, • Gelecekteki tedavi ve hastane ücretlerine yönelik finansal durumlar.	• Fiziksel ve emosyonel rahatlama sağlamak.

GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
• Anksiyete ve korkunun belirti ve bulguları değerlendirilir (huzursuzluk, takipne, taşikardi, korku ifadesi), • Sakin, destekleyici ve güvenli bir şekilde bakım sağlanır, • Akut sıkıntılı döneminde hasta yalnız bırakılmaz, • Hastanın çevreye, ekipmanlara ve rutinlere, kardiyak monitorizasyon aletlerine vb. oryantasyonu sağlanır; - Uygulanan ilaçlar, kan tahlilleri, - İhtiyacı olduğunda nasıl yardım isteyebileceği, - İhtiyaçlarının nasıl giderilebileceği, - Yemek saatleri, ziyaret saatleri hakkında bilgi, - Sağlık durumu hakkında kimden bilgi alınacağı açıklanır. • Hastaya bakım verecek ünite çalışanları tanıtılır. Mümkünse aynı kişilerin bakım vermesi sağlanır, • Hastaya miyokard infarktüsü, tedavi planı ve prognoza yönelik hekimin açıklamaları desteklenir ve anlaşılmayan durumlar açıklanır, • Hasta yakınlarına oryantasyonun önemi açıklanır. Hastaya sürekli destek sağlamaları yönünde teşvik edilir, • Hekim istemi ile anksiyolitikler verilir, • Eğer gerekli ise diğer sağlık bakım çalışanları ile görüşmesi sağlanır (psikiyatrist, liyazon psikiyatri hemşiresi).	**Beklenen Sonuçlar** • Anksiyete ve korkunun azalması/ortadan kalkması.

- **ARİTMİ**

AMİ'de aritmi ile ilgili başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir (39,46).

TANI ÖLÇÜTLERİ (Belirti ve Bulgular)	**NEDEN**	**AMAÇ**
• Kalp hızında ↑ veya ↓, • Ritimde değişiklik, • Aritmiler (VEA.VF vb.).	• İnfarktlı veya iskemik bölgeden kaynaklanan elektriksel irritabilite ve instabilite.	• Aritminin önlenmesi, • Aritmi varlığında ritmin sinüs ritmine döndürülmesi.

GİRİŞİMLER	**DEĞERLENDİRME**
• Apikal nabız sayılır. Kalp sesleri (murmur, S3, S4) değerlendirilir, • EKG değişimleri yönünden yakından izlem yapılır, • Dakikada 6 veya daha fazla multifokal veya R on T şeklinde VEA oluştuğunda hekime bildirilir, • Hekim istemi ile antiaritmik ilaçlar uygulanır, • Serum K+ düzeyi yakından izlenir, • Antiaritmik ilaçların etkileri gözlenir, • ST segment değişiklikleri hekime bildirilir.	**Beklenen Sonuçlar** • Kardiyak ritmin stabil olması ve hastada ritim bozuklukları bulgularının olmaması.

- **KALP DEBİSİNİN AZALMASI**

AMİ'de kalp debisinin azalması ile ilgili başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir (39,45,46,48-52).

TANI ÖLÇÜTLERİ (Belirti ve Bulgular)	**NEDEN**	**AMAÇ**
• TA↓, • Taşikardi, • Yorgunluk, halsizlik, • Dispne, ortopne, taşipne, • Raller, • Sinirlilik, huzursuzluk, • Baş dönmesi, senkop, • Periferal nabız dolgunluğunda↓, • Cilt soğuk ve siyanoze, • Kapiller dolum zamanı 3 sn↑, • Oligüri, • Arteriyal kan gazlarında değişiklikler, • Soğuk ekstremiteler.	• Aritmi, Sol ventrikül disfonksiyonu.	• Hastanın hemodinamik dengesini sağlamak ve optimal kalp debisini sürdürmek.

GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
• Hastaya Fowler pozisyonu verilir, • Düşük kalp debisi belirti ve bulguları değerlendirilir, rapor edilir, (TA ↓, nabız ↑, yorgunluk, halsizlik, soğuk, soluk ve nemli deri), • TA, solunum, ısı ve apikal nabız 2-4 saatte bir kontrol edilir, • Kardiyak monitörizasyon sağlanır, 2-4 saatte bir ritim çekilir, • Hasta aritmi yönünden gözlenir, gerekirse hekime hemen bildirilir, • Hastanın valsalva manevrasına neden olacak hareketlerden kaçınması (yatakta hareket sırasında derin nefes alma ve tutma, ıkınma) sağlanır, • Enerji tüketimini azaltmak için yatak istirahatı sağlanır, • Hekim istemine göre oksijen uygulaması yapılır, • Akciğer ve kalp sesleri 4-6 saatte bir dinlenir, • Hekim istemine göre serum enzimlerine bakılır, • Hekim istemine göre PAP, PCWP ve CVP • Hekim istemine göre 12 derivasyonlu EKG çekilir, • Hekim istemine göre parenteral sıvı tedavisi uygulanır, • Hekim istemine göre ilaç uygulaması yapılır, - Nitratlar (nitrogliserin), - Beta blokerler, - ACE inhibitörleri, - Antiaritmikler, - Antikoagulanlar. • Serebral hipoksemi konfüzyon göstergesi olduğu için sık sık hastanın mental durumu değerlendirilir.	**Beklenen Sonuçlar** • TA'nün normal sınırlarda olması, • Apikal nabız düzenli ve 60-100/dk., • Yorgunluk ve halsizliğin belirtilmemesi, • Senkop ve baş dönmesinin olmaması, • Deri sıcak ve rengi doğal, • İdrar çıkışı 30 ml/dk. ↑ olması, • Solunum seslerinin net ve duyulabilir olması.

- **AKTİVİTE İNTOLERANSI**

AMİ'de aktivite intoleransı ile ilgili başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir (39,45,46,49).

TANI ÖLÇÜTLERİ (Belirti ve Bulgular)	**NEDEN**	**AMAÇ**
• Yorgunluk, halsizlik, • Dispne, • Göğüs ağrısı, • Terleme, • Baş dönmesi.	• Kalp debisinde azalma varsa doku hipoksisi, • Sık yapılan tedavi ve değerlendirmeler, • Korku, anksiyete.	• Aktivite toleransını geliştirmek.

GİRİŞİMLER	**DEĞERLENDİRME**
• Aktivite intoleransı belirti ve bulguları değerlendirilir (tanı ölçütleri); - Hareket sırasında kalp hızında değişim: istirahat kalp hızından 20 vuruş/dk. artış; aktivite sonrası hızın 3 dakika içerisinde normale dönmemesi; aritmi. - Hareket ile kan basıncında değişiklikler. • Aktivite intoleransını önlemeye yönelik önlemler uygulanır. - Hekim istemine göre aktivite kısıtlanır. - Çevredeki aktivite ve gürültü en aza indirilir. • Hemşirelik girişimleri kesintisiz dinlenme periyodları sağlanacak şekilde planlanır. • Ziyaretçi sayısı ve süresi kısıtlanır, • Gerekli ise kendine bakım aktivitelerinde hastaya yardım edilir, • Kendine ait gereçleri rahat uzanabileceği ve alabileceği yerlere yerleştirilir, • Korku ve anksiyeteyi azaltacak girişimler uygulanır, • Uyumayı sağlayıcı destekleyici önlemler alınır, • Hekim istemine göre 02 uygulaması yapılır, • Hastaya göğüs ağrısı, nefeste daralma, baş dönmesi, yoğun yorgunluk ve halsizlik hissettiğinde aktiviteyi sonlandırması gerektiği açıklanır, • Eğer gerekli ise diğer sağlık bakım çalışanları ile görüşmesi sağlanır (kardiyak rehabilitasyon terapisti).	**Beklenen Sonuçlar** • Hastanın yorgunluk ve halsizlik ifade etmemesi, • Dispne, göğüs ağrısı, terleme, baş dönmesi ve vital bulgularda anormallik olmaksızın günlük yaşam aktivitelerini yapabilme.

- **KANAMAYA EĞİLİM**

AMİ'de kanamaya eğilim ile ilgili başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir (39,49,55,56).

TANI ÖLÇÜTLERİ (Belirti ve Bulgular)	**NEDEN**	**AMAÇ**
• PT↑ • aPTT↑	• Trombolitik tedavi.	Kanama belirti ve bulgularını erken tanımak ve kanamayı önlemek.

GİRİŞİMLER	**DEĞERLENDİRME**
• Kanama belirti ve bulguları takip edilir (peteşi, hematom,ekimoz, hematüri, hematemez, melena, mental durumda değişiklikler). Herhangi bir değişiklik belirlendiğinde hekime bildirilir, • Trombosit sayısı, Htc. , Hb. , PT, aPTT hekim istemi ile bakılır ve değerlendirilir, • Trombolitik tedaviyi takiben ilk 4 saat süre ile 15 dakikada bir, sonra 24 saat süre ile her saat ve gerektiğinde TA ve Nb kontrolü yapılır, • Vasküler girişler azaltılır, • IV kateter tedaviden önce takılır, • Her saat ve gerektiğinde bütün vasküler giriş bölgeleri kontrol edilir, • 24-48 saat süre ile ‹M ve SC enjeksiyon yapılmaz, • Hasta bakımında kanama ve ekimoza yol açan aktivitelerden kaçınılır (tıraş, damara girme, kuvvetli diş fırçalama, kuvvetli bir şekilde hastayı tutup çevirmek), • 24-48 saat süre ile üriner kateterizasyondan kaçınılır. Gerekli ise foley kateter tedaviden önce takılır, • Bütün idrar örneklerinde kan kontrolü yapılır.	**Beklenen Sonuçlar** • Kanama belirti ve bulgularının olmaması.

- **KONSTİPASYON**

AMİ'de konstipasyon ile ilgili başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir (39,46).

TANI ÖLÇÜTLERİ (Belirti ve Bulgular)	**NEDEN**	**AMAÇ**
• Abdominal ve rektal dolgunluk hissi, • Abdominal kramplar, • Ağrılı defakasyon.	• Yatak istirahati, • Oral alımın kısıtlanması ve yumuşak diyet alımı, • Analjezik ilaçlar.	• Konstipasyonu önlemek, • Olası konstipasyon komplikasyonlarını önlemek (vagal stimülasyon).

GİRİŞİMLER	**DEĞERLENDİRME**
• Diyette posa ve sıvıya yer verilir, • Laksatif ve dışkı yumuşatıcı ilaçların etkinliği değerlendirilir, • Valsalva manevrasının kullanılmaması (ıkınma) için hastaya eğitim verilir, • Sürgüden çok yatak yanı komod kullanımı tercih edilir, • Barsak peristaltizmi ve motilitesini arttırmak için hastanın toleransına göre aktivite planlaması yapılır.	**Beklenen Sonuçlar** • Kardiyak komplikasyonlar gelişmeden normal defekasyon düzenine sahip olma.

- **DERİ BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA RİSKİ**

AMİ'de deri bütünlüğünde bozulma riski ile ilgili başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir (39,46).

TANI ÖLÇÜTLERİ (Belirti ve Bulgular)	**NEDEN**	**AMAÇ**
• Basınç bölgelerinde (kemik çıkıntıları) kızarıklık.	• Yatak istirahati, • Yetersiz doku perfiizyonu.	• Deri bütünlüğünü korumak ve sürdürmek

GİRİŞİMLER	**DEĞERLENDİRME**
• Hastanın cildi değerlendirilir (basınç bölgeleri), • Hastanın pozisyonu yatak içinde 2 saatte bir değiştirilir, • Basınç bölgeleri basınç azaltıcı araç gereç ile desteklenir, • Yüksek basınç yarası riski altında olan hastalar için özel havalı yataklar kullanılır, • Hastanın beslenme durumu düzenlenir.	**Beklenen Sonuçlar** • Deri bütünlüğünün bozulmaması.

- **BESLENMEDE DEĞİŞİKLİK**

AMİ'de beslenmede değişiklik ile ilgili başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir (39,57).

TANI ÖLÇÜTLERİ (Belirti ve Bulgular)	**NEDEN**	**AMAÇ**
	• Diyette yağ ve tuz kontrolü,	• Belirlenen rejime uygun beslenmesini sağlamak.

GİRİŞİMLER	**DEĞERLENDİRME**
• Hastanın sıvı ve yumuşak diyet alması sağlanır, • Öğünler küçük porsiyonlarda sık aralarla planlanır, • Çay, kola ve kahve gibi kafein içeren içecekler yasaklanır, • Diyetinde tuz kısıtlanır, • Bulantı ve kusmadan dolayı beslenemiyorsa hekim istemine göre IV sıvılar verilir, • Hastanın aldığı çıkardığı ve kilo takibi yapılır, • Oral mukoz membran değerlendirilir ve gerekiyorsa özel ağız bakımı verilir.	**Beklenen Sonuçlar** • Diyete uygun beslenme.

- **UYKU DÜZENİNDE BOZULMA**

AMİ'de uyku düzeninde bozulma ile ilgili başlıca hemşirelik tanıları ve uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir (39).

TANI ÖLÇÜTLERİ (Belirti ve Bulgular)	**NEDEN**	**AMAÇ**
• Hastanın kendini yorgun hissettiğini ifade etmesi, • Uykunun sık sık bölünmesi, • Sık sık uyuklama.	• Kompleks tedavi süreci, • Ağrı, • Anksiyete, • Stresli çevre, • Uykunun sık sık bölünmesi.	• Uyku düzenini sağlamak.

GİRİŞİMLER	**DEĞERLENDİRME**
• Hasta odasına giren çıkan kişilerin sayısı kısıtlanır, • Dinlendirici, sessiz ve sakin ortam oluşturulur, • Uyku-uyanık olma dönemleri düzenlenir, • Hasta, durumu stabil ise vital bulgu alımı için uyandırılmamalıdır.	**Beklenen Sonuçlar** • Hastanın kendini dinlenmiş hissetmesi, • Uyku sırasında uyku bölünmesinin azalması.

Akut Miyokard İnfarktüsünde Hasta / Aile Eğitimi

Yoğun bakımdan çıktıktan sonra ve ambulasyonun artırılması sürecinde koroner arter hastalığı hakkında bilgi, koruyucu uygulamaların önemi, taburcu olduktan sonra evde aktivite derecesi ve planlaması hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri (hekim, diyetisyen, fizyoterapist) ile sağlanır.

Eğitim hasta/ailenin öğrenmeye hazır olma durumu, öğrenim gereksinimleri, eğitim düzeyleri, önceki deneyimlerine göre planlanır. Eğitim verilirken görsel ve işitsel kaynakları yerinde kullanmaya özen gösterilmelidir. Hastalığı hakkında kişinin hissettiklerini sorgulamak önemlidir. Korku, anksiyete, depresyon gibi durumlar öğrenmeyi etkileyebilir. Hastanın tanısı ve hastalığının durumu hakkında bilgi hekim tarafından verilir (1,39,41,49,50,52,53,56,58-60).

Genel Bilgi

A. Gerekli bilginin verilmesi

- Normal kalp anatomisi ve fonksiyonu,
- Kardiyovasküler fonksiyon üzerine miyokard infarktüsünün ve koroner arter hastalığının etkileri,
- Risk faktörleri ve bunları azaltmanın yolları (sigara, diyet, kilo ve kolesterolün kontrolü, kan basıncı kontrolü, stres azaltılması, egzersiz),
- Hasta ve ailenin kendinde bulunan risk faktörlerini belirlemesinde yardımcı olunur,
- Hastaya nasıl nabız sayacağı öğretilir; ritim değişiklikleri hakkında açıklama yapılır,
- Hasta/aileye hekimi ile olan randevularını ihmal etmemesinin önemi açıklanır,
- Hasta uyumunu artıracak tedbirler alınır;
  - Mümkünse diğer aile bireylerinin eğitime dahil edilmesi,
  - Verilen bilginin iyice anlaşılması için soru sormasına izin verilmesi ve zaman tanınması,
  - İleri tarihteki randevular, diyet, aktivite artışı, ilaç tedavisi ve bildirilmesi gereken bulgu ve belirtiler hakkında yazılı talimatlar sağlanması (1,39,40).

B. Hastaya yaşam şekli değişikleri hakkında bilgi verilir;

1. Diyet: Hastaya doymuş yağ ve kolesterolden kısıtlı diyetin nedeni ve uygulama yolları açıklanır;

- Kırmızı et, sakatat, şarküteri ürünleri, fast food türü yiyeceklerden kaçınılması,
- Yağlı süt ürünlerinin (süt, peynir, yoğurt, ayran alımının) azaltılması,

- Besinlerin hazırlanmasında ve pişirilmesinde bitkisel yağların tercih edilmesi, doymuş yağ asitlerinin alımının azaltılması (katı margarin),
- Besinlerin kızartma yerine ızgara, buhar, fırınlama, haşlama şeklinde pişirilmesi,
- Yumurta tüketiminin azaltılması (haftada kaç adet yumurta tüketilebileceği hastanın kan lipid düzeylerine bağlı olarak değişir) (1,39,40).

2. İlaç tedavisi: Hasta/aile'ye ilaç uygulaması sırasında takip etmesi gereken işlemler açıklanır.

- İlaçların ismini, dozunu ve kullanım amaçlarını, yan etkilerini bilmesi,
- Yiyecek-ilaç etkileşimlerine yönelik bilgilendirilmesi,
- İlaç listesini planlaması; aktivite, uyku, iş durumuna göre planlamanın yapılması,
- İlaçların reçete edildiği şekilde alınması,
- Hekime danışmadan, ilaçların dozunda değişiklik yapmaması, ilaç almayı bırakmaması (1,39,40).

3. Aktivite: Hekimin aktivite konusundaki önerilerine uyumun önemi hastaya açıklanır.

- Düzenli aerobik egzersiz programına bağlı olarak (genellikle yürüyüşle başlar) aktivitenin aşamalı artırılması,
- Taburculuk sonrası 4-8 hafta boyunca düzenli dinlenme periyotlarının olması,
- Hekim tarafından önerilmeden hafif düz koşu ve aerobik dans gibi fizik kondüsyon programlarından uzak durulması,
- İtme veya kaldırma gibi zorlu egzersiz veya aktivitelerden kaçınması,
- Aşırı soğuk/sıcak ortamlarda veya yemekten en az 2 saat geçmeden egzersiz yapmaması,
- Göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi aşırı halsizlik ya da yorgunluk oluşturan tüm aktivitelerden kaçınması.

Cinsel aktiviteye yönelik önerilere uyma;

- Cinsel aktiviteye önerilen süre sonrasında başlanması (genellikle göğüs ağrısı veya dispne olmadan 2 kat merdiven çıkabilir hale geldiğinde),
- İlişki için rahat ve zorlayıcı olmayan bir pozisyon (yan yatar, partner üstte) seçilmesi,
- Cinsel aktivite sırasında ağrı oluyorsa öncesinde nitrogliserin alınması,
- Yemekten veya alkol alımından en az 1 -2 saat sonrasında cinsel aktivite yapması,
- Yoğun veya stresli durumlarda cinsel aktiviteden kaçınılması,
- İlişkiden hemen önce veya sonra sıcak veya soğuk duştan kaçınması,
- Cinsel ilişki sonrası yorgunluk, göğüs ağrısı, dispne vb. şikayetler oluştuğunda hekimi ile görüşmesi (1,39,40).

4.Sigaranın bırakılması: Sigaranın bırakılmasındaki en basit ve çoğunlukla da en etkin yöntem kişinin ikna edilmesidir ilk olarak kişinin sigara bağımlılığının ne düzeyde olduğu sorgulanır ve takiben sözlü olarak kişiye sigara içiminin bırakılmasının yararları açıklanır;

- Sigaranın bırakılmasını takiben kişinin kendisini çok daha iyi hissedeceği (örn.: efor kapasitesinin artacağı ve sabah öksürüklerinin azalacağı gibi),
- Parasal kazanca yol açacağı.
- Sigara içmeye devam etmesi halinde koroner kalp hastalığı (MI, ani kardiyak ölüm), inme, periferik damar hastalığı, birçok kanser ve hayatı kısıtlayan ciddi akciğer hastalığı risklerinin artacağı,

Başlangıçtaki ikna yönteminin başarılı olmaması halinde, hasta yakınlarından bu konuda destek sağlanmalı ve sigara içimini tetikleyen faktörler belirlenmelidir (1,39,40).

ANGİNA PEKTORİS (AP)

Koroner arter hastalıkları arasında en sık görülen tür Angina Pektoris (AP) dir. AP miyokard iskemisine bağlı rahatsızlık hissidir. Miyokardın oksijen gereksinimi artar ve bu gereksinim karşılanamadığında angina belirtileri ortaya çıkar. AP'nin en sık rastlanan nedeni arterosklerozdur, ayrıca aort stenozu, hipertrofik kardiyomiyopati ve koroner arterit de nedenler arasındadır. Egzersiz, aşırı stres, yüksek adrenarjik aktivite, ateş, tirotoksikoza bağlı aşırı metabolik gereksinimin ortaya çıkması, hipoglisemi miyokardın oksijen gereksinimini arttırarak AP'ye neden olabilir. Taşikardi krizleri AP'yi başlatır, normal koşullarda kalp bu talebi karşılayabilmektedir. Sağlıklı bir kalp koroner kan akımını birkaç kata kadar arttırabilir. Bu artışın sağlanmasında lokal olarak oluşan laktat, adenozin, histamin, bradikinin ve seratonin gibi vazoaktif maddeler etklili olabilmektedir. Miyokardın oksijen gereksinimi karşılanamadığında; EKG değişiklikleri, anjina, sol ventrikül fonksiyon bozuklukları gelişir (39,40,42,52,61-63).

AP klinik seyrine göre stabil ve unstabil olarak iki gruba ayrılır. Unstabil angina pektoris yeni başlayan istirahat ve düşük eforlarda olan angina pektoris ile daha önceden var olan stabil angina pektoris sıklığı ve şiddetinin artması olarak tanımlanmaktadır (42). Unstabil angina pektoriste plak yırtılması sonucu oluşan trombüs, iskemiyle ilişkili arterde ciddi darlığa neden olmaktadır. Tanıda hasta hikayesi önemlidir. Hastadan göğüsteki ağrının niteliği, lokalizasyonu, yayılımı, kolaylaştıran faktörler, süresi ve azaltan faktörler, eşlik eden belirti ve bulgular konusunda veriler toplanır, değerlendirilir ve hemşirelik bakımı planlanır (52,62,63). Angina pektoris tipleri ve özellikleri aşağıdaki Şekil 1'deki gibidir (39,52).

Özellikler Göğüs Ağrısı	Stabil angina pektoris (Kararlı angina pektoris)	Variant (prizmental) angina pektoris	Unstable angina pektoris (Kararsız angina pektoris)
Niteliği	Batıcı, yanma ya da baskı şeklinde.	Stabil angina pektorise benzer.	Stabil angina pektorise benzer fakat daha şiddetli olabilir.
Lokalizasyonu ve yayılımı	Sol omuza, sol kolun iç yüzeyine veya her iki kola yayılan substernal ağrı; boyun, çene ve skapulaya yayılım olabilir.	Stabil angina pektorise benzer.	Stabil angina pektorise benzer.
Kolaylaştıran Faktörler	Miyokardın oksijen ihtiyacını artıran egzersiz ve hareketler (örn.; fiziksel hareket, ağır kaldırma, duygusal stres, soğuk ortam) ile bafllar.	Dinlenme sırasında başlar, ağrı periyodiktir, sıklıkla uyku sırasında (en sık gece yarısı ile sabah 8 arasında) ortaya çıkar.	Her zamankinden daha düşük efor ile gelişir, dinlenme sırasında da meydana gelebilir.
Süre ve azaltan faktörler	3-15 dakika; dinlenmekle, dilaltı nitrogliserin alımı, ağrı oluşturan aktivitelere ara verilmesi ile geçer.	Karakteristik olarak ağrı şiddeti hızlı artar.	Uzamıştır ve nitrogliserin alımı veya dinlenme ile azalmaz.
Eşlik eden belirti ve bulgular	Anginal atak sırasında: dispne, anksiyete, soğuk ve nemli bir cilt, terleme.	Stabil angina pektorise benzer.	Stabil angina pektorise benzer fakat daha belirgin olabilir ve devam edebilir; mide bulantısı olabilir.

Şekil 1. Angina pektoris tipleri ve özellikleri (39,52)

Angina Pektoriste Hemşirelik Bakımı

AP'de hemşirelik bakımının amaçları aşağıdaki gibidir (39,45).

1. Göğüs ağrısının erken tanınması,
2. Ağrı kontrolü,
3. Sakin bir ortamın sürdürülmesi ve
4. Hasta/aile eğitimidir.

Angina Pektoriste Hemşirelik Tanıları – Girişimleri

AP'de görülen başlıca hemşirelik tanısı göğüs ağrısıdır ve uygulanan girişimler aşağıda belirtilmektedir (1,39,48,51-53).

- **GÖĞÜS AĞRISI**

TANI ÖLÇÜTLERİ (Belirti ve Bulgular)	**NEDEN**	**AMAÇ**
• Göğüste ağrı, • Huzursuzluk, • TA ↑, Nb↑, • Solunum hızı ↑, • Korku, anksiyete, • Terleme.	• Miyokard iskemisi.	• Ağrıyı gidermek veya en aza indirmek, • Komplikasyonları önlemek.

GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
• Ağrının lokalizasyonu, süresi ve yayılımı yönünden hasta değerlendirilir. • Dispne, çarpıntı, yorgunluk gibi ağrı ile birlikte ortaya çıkabilecek belirtiler araştırılır. • Yemek yeme, soğuk hava, egzersiz, emosyonel durum değişiklikleri gibi ağrıyı ortaya çıkaran faktörler belirlenir. • Anginal ağrının derecesini belirlemek için ağrıyı 1'den (en düşük) 10'a (en yüksek) kadar puan vererek ifade etmesi istenir. • Anginal ağrı sırasında; - Hasta yatak istirahatine alınır (semi Fowler pozisyon), - Vital bulgular değerlendirilir; TA, Nb., solunum hızı, ritim kaydı, ağrı geçene kadar 15 dakikada bir, daha sonra her 2 ve 4 saatte bir takip edilir, - Hekim istemine göre 02 verilir. • ST segmenti, T dalgası değişikliklerini belirlemek için12 derivasyonlu EKG çekilir, • Hekim istemine göre nitratlar ve analjezik ilaçlar verilir, • Hekim istemine göre 5 dakika ara ile verilen 3 doz sublingual nitrogliserinden sonra göğüs ağrısı geçmiyor ise hekime bildirilir, • Hastanın tedaviye cevabını devamlı olarak değerlendirilmesini sağlamak için vital bulguları 1-2 saatte bir kontrol edilir, • Nitrogliserin alımından sonra hastada ortostatik hipotansiyon gelişebilir. Hareket değişikliklerinde baş dönmesi ve düşmeye karşı dikkatli olunmalıdır, • Nitrogliserin tedavisi sonrası hastaya baş ağrısı, baş dönmesi, yüzde kızarma ve kalp hızında artma olabileceği açıklanır, • Diyeti düzenlenir. Hastanın sık sık ve az miktarda sindirimi kolay, kafein içermeyen, kolesterolü ↓, az sodyumlu yiyecekler alması sağlanır.	**Beklenen Sonuçlar** • Hastanın göğüs ağrısının azaldığını sözel olarak ifade etmesi.

Angina Pektoriste Hasta/Aile Eğitimi

Eğitim iskemik ağrı kontrolünden sonra hasta ve ailesine yönelik bir şekilde başlar. Amaç: sağlığı sürdürmek ve yaşam kalitesini geliştirmektir. Aşağıda belirten konularda hasta/aile eğitimi planlanır ve uygulanır (39,41,52,60).

Göğüs ağrısının önlenmesi

- Ağır efor gerektiren aktivitelerden kaçınılması (izometrik/izotonik egzersizler),
- Günlük aktivitelerin göğüs ağrısı, nefes darlığı, aşırı yorgunluk oluşturmayacak şekilde planlanması,
- Aktiviteler sırasında dinlenmek için zaman ayrılması,
- Valsalva manevrasının kullanımından kaçınılması,
- Stresli durumlardan kaçınılması,
- Yemeklerin küçük porsiyonlar halinde yenilmesi,
- Kalp hızında artışa ve göğüste ağrıya neden olan aşırı kafein (kahve, kolalı içecekler) alımından kaçınılması,
- Yemeklerden en az 2 saat sonra fiziksel egzersiz yapılması,
- Soğuk havadan sakınılması,
- İdeal vücut ağırlığına ulaşılması ve sürdürülmesi,
- Bütün tütün ürünlerinden kaçınılması,
- Alkol alımının sınırlandırılması.

Göğüs ağrısının kontrolü

- Hastanın her tür ağrıya duyarlı olacağı ve bunun kalp ağrısı olduğu endişesi yaşayabileceğinin söylenmesi,
- Hastanın, miyokardiyal iskemi nedeniyle oluşan göğüs ağrısını diğer ağrılardan ayırt etmesi için eğitilmesi,
- Ağrıyı kolaylaştıran faktörleri tanımlama ve tahmin etmesinin öğretilmesi,
- Birçok hastaya hekimi göğüs ağrısı için nitrogliserin almasını önerir, bunun için hastaya açıklanması gereken önemli noktalar:
  - Nitrogliserin tableti dilinizin altına yerleştirin ve erimesi için zaman tanıyın. Tableti yutmayın veya çözünürken su içmeyin,

- Tablet yanma hissi oluşturmalı. Eğer böyle bir his olmaz ise ilaç etkisini kaybetmiş olabilir.
- Alınacak tablet sayısı ile ilgili hekimin önerileri dikkate alınmalı. Genelde 3 ile 5 dakika içinde 1 tablet alması söylenir. Eğer göğüs ağrısı 15-20 dakika içinde 3 tablet almış olmasına rağmen geçmemiş ise hemen ambulans çağrılmalıdır.

Hekime/hemşireye bildirilmesi gereken durumlar

- Nitrogliserin ile geçmeyen, 30 dakikadan uzun süren göğüs, kol, boyun,çene ve sırt ağrısı,
- Nefes darlığı,
- Düzensiz nabız veya nabız hızında beklenmeyen belirgin değişiklik olması,
- Önerilen aktiviteyi tolere edememe,
- Göğüs ağrısı sıklığında ve şiddetinde artış,
- Terleme,
- Bulantı.

ANİ İSKEMİK ÖLÜM

İskemik kalp hastalığına bağlı ani ölüm 2 şekilde olmaktadır (39,42).

1. Kronik iskemi geçirilmiş infarktüs sonrasında sol ventrikül fonksiyonlarında bozulma ve aritmik substrat oluşabilir. Bu durum malign ventriküler aritmilere zemin hazırlar.
2. Akut koroner lezyon ve buna eklenen trombüs sonucu AMİ gelişmektedir. Akut miyokard infarktüsü ile birlikte veya hemen sonrasında ortaya çıkan terminal aritmiler, özellikle ilk saatlerde ani ölümün önemli nedenidir.

YAŞAM KALİTESİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanan yaşam kalitesi, bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimini ifade eder. Yaşam kalitesi bireylerin,

- Fiziksel fonksiyonlarını,
- Psikolojik durumlarını,
- Aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkilerini,
- Çevreyle etkileşimleri ve inançlarını,

kapsamaktadır (64).

Yaşam kalitesi kavramı 1970'li yıllarda tıp alanına, 1980'lerden sonra hemşirelik alnına girmiştir. Günümüzde tıp ve hemşirelikte sağlık bakımının amacı sadece hastaların yaşamını uzatmak değil aynı zamanda bireylerin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirerek yaşam kalitelerini yükseltmektir (65,66).

Günümüzde yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan çeşitli ölçekler vardır. Bu ölçekler kullanışlı, geçerli ve güvenilir olmalıdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçekler,

1) Genel yaşam kalitesi ölçekler (generic quality of life scales),
2) Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri (disease specific health related quality of life scales)

olmak üzere iki grupta toplanmaktadır.

Genel yaşam kalitesi ölçekleri

Belli bir hastalığa özgü olarak değil de bireylerin genelinin sağlık durumunu ölçmek için geliştirilmiş ölçeklerdir. Geçerli oldukları ispatlanırsa hastalıklarda da kullanılabilirler. Çalışmada kullanılan EQ-5D ölçeği bu kategoriye girmektedir. Ayrıca SF-36, Sintonen 15-D, Nottingham Sağlık Profli, Sağlık Uarar İndeksi (Health Utility Index) gibi ölçekler de bu kategoriye girmektedir.

Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri

Belli hastalıklara özgü olarak geliştirilen ve sadece bu hastalarda yaşam kalitesini ölçmede kullanılan ölçeklerdir. Çalışmada kalp hastalığında yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeği bu kategoriye girmektedir.

AMİ sonrası hastalar eski yaşamlarına geri dönmede güçlükler yaşamakta, işini kaybeme, boşanma ve iş değiştirme gibi sosyal travmalarla karşılaşmaktadır. AMİ sonrası yaşam hem hasta hem de ailesi için oldukça yüksek düzeyde stres içermektedir. Ayrıca hastalar anksiyete, yorgunluk, irritabilite, konsantrasyon azlığı ve uykusuzluk sorunları yaşamaktadır. Kişisel kontrol kaybı, öz-bakım aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik, ölüm korkusu yaşama hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Bunların üstesinden gelebilmek için hemşirelik girişimleri hastalığın neden olabileceği fizyolojik, psikolojik ve sosyal problemleri düzenlemek, hastalığın tekrar etme riskini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla planlanmalıdır (65,66).

Hemşirelerin AKS sonrası uygun diyet, düzenli egzersiz, düzenli ilaç kullanımı, sigaranın bırakılması, kilo azaltılması gibi konularda eğitim programları düzenlemesi hastaların hastalığa uyumlarını kolaylaştırmakta ve yaşam kalitelerini yükseltmektedir.

Hemşirelerin çeşitli alanlarda yaptığı çeşitli araştırmalarda eğitimin etkinliğini vurgulayan sonuçlar elde edilmiştir. Ünsar ve ark. (2) "Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü" başlıklı araştırmalarında KAH hastalarını deney ve kontrol grubu olark iki gruba ayırmışlar ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçeğini uygulamışlardır. Araştırma sonucunda eğitim verilen grupta kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve toplam SYBD puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (2).

Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi başlıklı Acaray ve Pınar'ın araştırmalarında hastalıkla ilgili eğitim alan hastaların yaşam kalitesleri eğitim almayanlardan daha yüksek bulunmuştur (67).

AKS'a yönelik danışmanlık ve kardiyak rehabilitasyon programları içerisinde uygulanan hemşirelik girişimleri ile hastaların etkin başa çıkma davranışları desteklenmekte, kişiler arası ilişkileri geliştirilmekte, duygusal-fiziksel semptom deneyimleri azaltılmakta, fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyumsuzlukları düzenlenmekte ve yaşam kaliteleri arttırılmaktadır (66).

GEREÇ ve YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Çalışma Şubat-Mayıs 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji servis ve polikliniğinde AKS'li hastalar üzerinde yürütülen kesitsel (cross sectional) bir araştırmadır.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

- EQ-5D genel yaşam kalitesi ölçeği AKS'li hastalarda geçerli ve güvenilir bir ölçekmidir?
- EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen indeks ve VAS yaşam kalitesi skorları ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen skorlar arasında önemli bir ilişki var mıdır?
- EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilecek indeks ve VAS yaşam kalitesi skorları ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen skorlar demografik verilere (yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, gelir, çalışma durumu) göre farklılık göstermekte midir?
- EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilecek indeks ve VAS yaşam kalitesi skorları ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen skorlar klinik değişkenlere (klinik tanı, eşlik eden hastalık, aile öyküsü) göre farklılık göstermekte midir?

- EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği ile belirlenen yaşam kalitesi skorunu etkileyen faktörler (demografik-klinik) nelerdir?

ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM SAYISI

Araştırma Evreni

Araştırma evrenini Şubat-Mayıs 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji servis ve polikliniğine akut koroner sendrom şikayetiyle başvuran tüm hastalar oluşturdu.

Araştırma Örneklemi

Çalışmada öncelikle incelenen konu EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkidir. Schweikert B, ve ark. (31)'nın EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmalarındaki korelasyon katsayı aralığı 0.55 ile 0.72 aralığı referans değer alınarak Tip I hata (α=0.05) ve Tip II hata (β=0.20; Power=0.8) göz önünde bulundurarak örneklem hacmi n=97 kişi olarak saptandı. Kayıp verilerin de olabileceği düşünülerek n=122 hasta çalışmaya dahil edildi.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

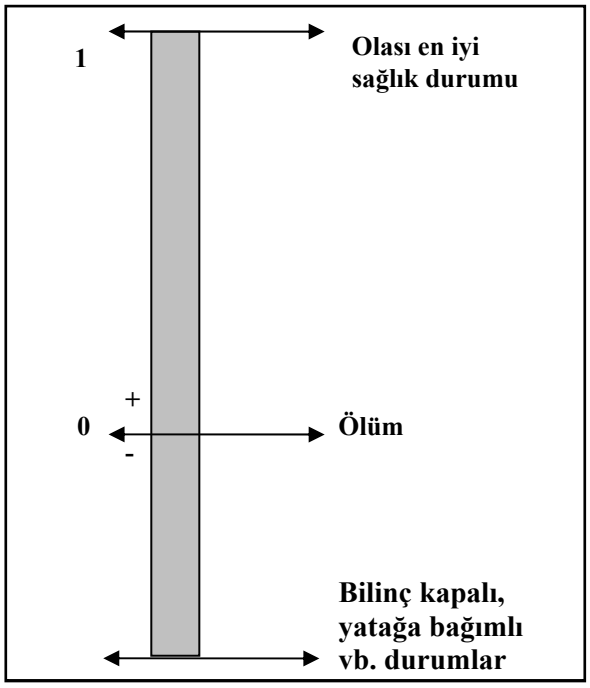
Çalışmada EQ-5D genel yaşam kalitesi ölçeği (Ek-1), MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeği (Ek-2) ve demografik-klinik verileri kapsayan bir anket formu kullanılarak veriler elde edildi.

EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği

Çeşitli hastalıklarda yaşam kalitesi genel sağlık ölçekleriyle ve / veya hastalığa özgü ölçeklerle hesaplanabilmektedir. EQ-5D yaşam kalitesini ölçmede kullanılan genel sağlık ölçeğidir (Ek-1). Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQol grubu tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. EQ-5D genel sağlık ölçeği EuroQol grup tarafından

60'ı aşkın dile çevrilmiştir, bunlardan birisi de Türkçe'dir. 1990 yılında ilk defa yayınlanmış ve 1991 yılından beri de aynı özelliğini (5 boyut) korumaktadır. Ölçek iki parçadan oluşmaktadır (22).

- **EQ-5D indeks ölçek:** Hareket (mobility), öz-bakım (self-care), olağan aktiviteler (usual activities), ağrı/rahatsızlık (pain/discomfort) ve endişe/depresyon (anxiety/depression) olmak üzere beş boyuttan oluşur. Her bir boyuta verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere 3 seçeneklidir. Sonuç olarak ölçekle 243 (3^5=243) olası farklı sağlık sonucu tanımlanmaktadır. Ölçeğin 5 boyutundan -0.59 ile 1 arasında değişen indeks skor hesaplanır. Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlığı gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir (Şekil 2).



Şekil 2. EQ-5D indeks skorun şekilsel gösterimi

EQ-5D indeks skor hesabında Dolan ve ark. (68) çalışmalarında ürettikleri katsayılar (Şekil 3) kullanılarak indeks skor hesaplanmıştır (22).

Boyut	Katsayı
Sabit	0.081
Hareket (Mobility)	
Problem yok	0
Biraz problem var	0.069
Majör problem var	0.314
Öz-bakım (Self-care)	
Problem yok	0
Biraz problem var	0.104
Majör problem var	0.214
Olağan aktiviteler (Usual activities)	
Problem yok	0
Biraz problem var	0.036
Majör problem var	0.094
Ağrı/rahatsızlık (Pain/discomfort)	
Problem yok	0
Biraz problem var	0.123
Majör problem var	0.386
Endişe/depresyon (Anxiety/depression)	
Problem yok	0
Biraz problem var	0.071
Majör problem var	0.236
N3	0.269

N3: Herhangi bir boyutta majör problem olması durumu

Şekil 3. EQ-5D indeks skor hesabında kullanılan katsayılar

- **EQ-5D VAS ölçek:** Bireylerin bugünkü sağlık durumları hakkında 0 ile 100 arası değerler verdikleri ve bunu bir termometre benzeri ölçek üzerinde işaretledikleri görsel analog ölçek (Visual Analogue Scale) dir. Ölçekle 0-100 arasında değişen yaşam kalitesi skorları elde edilmektedir.

MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği

MacNew akut MI geçirmiş hastalarda depresyon ve anksiyeteyi ölçmek için geliştirilmiş olan ve görüşmeci tarafından doldurulan MI sonrası Yaşam Kalitesi adlı ölçeğin "Quality of Life after Myocardial Infarction" kişilerin kendilerinin cevaplayabileceği hale getirilmiş bir modifikasyonudur (Ek-2). MacNew; MI, angina pektoris ve kalp yetmezliği hastaları için geçerli ve kolaylıkla uygulanabilir bir ölçektir. MacNew ile diğer yaşam kalitesi ölçekleri arasında güçlü korelasyonlar mevcuttur, bu durum MacNew'in geçerli ve güvenilir bir yaşam kalitesi ölçme aracı olduğunu ortaya koymaktadır (69).

MacNew ölçeğinin Türkçe, Hollandaca, İngilizce, Farsça, Almanca, Portekizce ve İspanyolca versiyonlarının MI hastalarında geçerlilik çalışmaları yapılmıştır ve ölçeğin geçerli olduğu bulunmuştur. Ayrıca MacNew 19 dile (Türkçe, İngilizce, Danimarkaca, Hollandaca, Farsça, Fince, Fransızca, Almanca, Yunanca, İbranice, İtalyanca, Litvanyaca, Norveççe, Polonyaca, Portekizce, Romence, Rusça, İspanyolca, İsveççe) çevrilerek geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin bu diller dışında diğer dillere çevrilmesi için halen çalışmalar sürdürülmektedir (69).

Ölçeğin katılımcılar tarafından doldurulması 10 dakikadan daha kısa bir zaman sürmektedir.

MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi her biri 7'li Likert tipi cevap içeren 27 maddeden oluşan kalp hastalıklarında yaşam kalitesini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 3 alt boyut (duygusal, fiziksel ve sosyal) ve toplam skor değerleri kullanılır (11-14,69).

Ölçeğin alt boyutları ve geneline ilişkin skorlar hesaplanırken her bir boyuta giren maddelerin ortlamaları alınır. Dolayısıyla skorlar ortalama 1 ile 7 arasında değişir. Düşük skor daha kötü yaşam kalitesini, yüksek skor daha iyi yaşam kalitesini gösterir.

Alt boyutlara giren maddeler ve skorların hesaplanması aşağıdaki gibidir;

- **Duygusal (Emotional) skor (n=14 madde):** Bu boyutta yer alan 14 maddeye ilişkin puanların ortalaması alınarak ruhsal (emotional) skor elde edilmektedir.

Ruhsal skor=**(**m1+m2+m3+m4+m5+m6+m7+m8+m10+m12+m13+m15 +m18+m23)/14.

- **Fiziksel (physical) skor (n=13 madde):** Bu boyutta yer alan 13 maddeye ilişkin puanların ortalaması alınarak fiziksel (physical) skor elde edilmektedir.

Fiziksel skor=**(**m6+m9+m12+m14+m16+m17+m19+m20+m21+m24+m25+m26 +m27)/13.

- **Sosyal (social) skor (n=14 madde):** Bu boyutta yer alan 14 maddeye ilişkin puanların ortalaması alınarak sosyal (social) skor elde edilmektedir.

Sosyal skor=**(**m2+m11+m12+m13+m15+m17+m20+m21+m22+m23+m24 +m25+m26 +m27)/14.

- **Global skor (n=27 madde):** Ölçekte yer alan tüm maddelerin ortalaması alınarak MacNew ölçeğinin global skoru elde edilmektedir.

Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik ve Güvenirliği

EQ-5D genel bir sağlık ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe çevirisi EuroQol grubu tarafından yapılmıştır, bu nedenle ölçek bu gruptan temin edilmiştir (24). MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe çevirisi, geçerlilik-güvenirlik çalışması Daskapan ve ark. (11) tarafından yapılmıştır ve ölçeğin geçerli olduğu kanıtlanmıştır, ayrıca ölçeğe ilişkin Cronbach α katsayıları 0.86 ile 0.89 arasında bildirilmiştir.

Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında değer alır. Katsayı 1'e yaklaştıkça güvenirlik artmaktadır, 0'a yaklaştıkça azalmaktadır. Cronbach alfa katsayısı; <0.40 ise ölçek güvenilir değil, 0.40-0.60 arasında ise ölçek düşük güvenilir, 0.60-0.80 arasında ise orta derecede güvenilir, >0.80 ise yüksek derecede güvenilir yorumu yapılır.

EQ-5D genel sağlık ölçeği ve MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeklerine güvenirlik (Reliability) analizi uygulanarak elde edilen güvenirlik (Cronbach-α) katsayıları Tablo 1'deki gibi bulundu. Buna göre EQ-5D genel sağlık ölçeğinin güvenirlik

katsayısı Cronbach α=0.860 olarak bulundu. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin geneline (global) ilişkin güvenirlik katsayısı Cronbach α=0.936 olarak bulundu, alt boyutların güvenirlik katsayıları da 0.867 ile 0.887 arasında değişmekteydi. Bu verilerden yola çıkarak EQ-5D genel sağlık ölçeği AKS'li hastalarda güvenilir bir ölçektir.

Tablo 1. EQ-5D genel bir sağlık ölçeği ve MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin güvenirlik (Cronbach-α) katsayıları

	Cronbach alfa (α) katsayısı
EQ-5D ölçeği	0.860
MacNew Ölçeği	
Duygusal	0.887
Fiziksel	0.878
Sosyal	0.867
Global	0.936

VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmada 122 akut koroner sendromlu hasta EQ-5D genel yaşam kalitesi ölçeği, MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeği ve demografik-klinik verileri kapsayan bir anket formunu yüz yüze görüşme suretiyle cevaplandırmışlardır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Sonuçlar ortalama ± Standart Sapma ya da sayı (yüzde) olarak ifade edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov test ile incelendi. İki kategoriden oluşan değişkenlerin; ölçeklerden elde edilen toplam skorlar ve faktör toplam skorlarının karşılaştırılmasında skorlar normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategori sayısı >2 olan değişkenlerin; ölçeklerden elde edilen toplam skorlar ve faktör toplam skorları açısından karşılaştırılmasında Kruskal Wallis test kullanıldı, anlamlı farklılık saptandığında farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi kullanıldı. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ve EQ-5D

genel yaşam kalitesi ölçeklerine güvenirlik (Reliability) analizi uygulanarak ölçeklere ilişkin güvenirlik (Cronbach-α) katsayıları hesaplandı. Ölçeklerden elde edilen toplam skorlar, faktör skorları ve klinik-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Yaşam kalitesi skoruna etki eden değişkenleri belirlemede çoklu regresyon analizi kullanıldı. $P<0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerde Statistica 7.0 (Lisans no: 31N6YUCV38) paket programı kullanıldı.

BULGULAR

Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için EQ-5D genel yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe versiyonunun kullanılıp kullanılamayacağını belirlemek ve bu hastalarda yaşam kalitesini klinik-sosyodemografik özelliklere göre incelemek amacıyla planlanan çalışmanın bulguları aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır.

- Kişisel ve hastalığa ilişkin özellikler
- Kişisel ve hastalığa ilişkin özellikler ile yaşam kalitesi ölçeklerinin (EQ-5D ve MacNew) karşılaştırılması ve korelasyonu
- Yaşam kalitesi ölçekleri (EQ-5D ve MacNew) arasındaki korelasyonlar
- Yaşam kalitesini (EQ-5D) etkileyen faktörler

KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Çalışmaya dahil edilen 122 hastaya ilişkin demografik veriler Tablo 2'de gösterildi. Hastaların yaş ortalaması 62.9±9.3 olarak bulundu. 122 hastanın 88'ini (%72.1) erkekler oluşturmaktaydı. Beden kitle indeksi ortalaması 27.0±3.6 olarak bulundu. Hastaların çoğunluğu (%86.9) evliydi. Hastaların eğitim durumları incelendiğinde çoğunluğun (%70.5) ilköğretim seviyesinde olduğu, buna karşın üniversite eğitim düzeyine sahip olanların ise (%5.7) azınlıkta olduğu görüldü. 122 hastanın 81'ini (%66.4) emekliler oluştururken, çalışanların sayısı 12 (%9.8) olarak bulundu.

Tablo 2. Hastalara ilişkin demografik özellikler

	Toplam (n=122)
Yaş, *yıl*	62.9±9.3
Beden kitle indeksi	27.0±3.6
Cinsiyet, *n (%)*	
Erkek	88 (72.1)
Kadın	34 (27.9)
Medeni durum, *n (%)*	
Evli	106 (86.9)
Bekar	16 (13.1)
Eğitim, *n (%)*	
Yok*	21 (17.2)
Ilköğretim	86 (70.5)
Lise	8 (6.6)
Üniversite	7 (5.7)
Çalışma durumu, *n (%)*	
Çalışıyor	12 (9.8)
Emekli	81 (66.4)
İşsiz	26 (21.3)

*Ortalama±Std.Sapma; n (%); * Okur yazar değil + Okur yazar*

Çalışmaya dahil edilen 122 hastaya ilişkin klinik veriler Tablo 3'te gösterildi. Hastaların hastaneye geliş sayısı ortalama 4.5±3.5 olarak bulundu. 122 hastanın 67'si (%54.9) AMİ hastasıydı, 52'sinde (%42.6) aile öyküsü pozitif, 60'ında (%49.2) eşlik eden en az bir hastalık vardı.

Tablo 3. Hastalara ilişkin klinik özellikler

	Toplam (n=122)
Hastaneye geliş sayısı	4.5±3.5
Klinik tanı, *n (%)*	
AMİ	67 (54.9)
AP	55 (45.1)
Eşlik eden hastalık, *n (%)*	
Var	60 (49.2)
Yok	62 (50.8)
Aile öyküsü, *n (%)*	
Var	52 (42.6)
Yok	70 (57.4)

Ortalama±Std.Sapma; n (%)

Hastaların EQ-5D ölçeğinin her bir maddesine verdikleri cevapların frekans dağılımı Tablo 4'te gösterildi. Buna göre hareketle ilgili soruya hastaların %55.7'si herhangi bir sorunu olmadığını, %39.3'ü bazı sorunları olduğunu, %4.9'u ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Öz-bakımla ilgili soruya hastaların %68.9'u herhangi bir sorunu olmadığını, %25.4'ü bazı sorunları olduğunu, %5.7'si ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Olağan aktivitelerle ilgili soruya hastaların %60.7'si herhangi bir sorunu olmadığını, %32.8'i bazı sorunları olduğunu, %6.6'sı ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Ağrı/rahatsızlıkla ilgili soruya hastaların %59.0'ı herhangi bir sorunu olmadığını, %32.8'i bazı sorunları olduğunu, %8.2'si ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir. Anksiyete/Depresyonla ilgili soruya hastaların %65.6'sı herhangi bir sorunu olmadığını, %27.9'u bazı sorunları olduğunu, %6.6'sı ciddi bir sorunu olduğunu bildirmiştir.

Tablo 4. EQ-5D ölçeğinin her bir maddesine verilen cevapların frekans dağılımı

	Problem yok	**Biraz problem var**	**Ciddi problem var**
Hareket	68 (%55.7)	48 (%39.3)	6 (%4.9)
Öz-Bakım	84 (%68.9)	31 (%25.4)	7 (%5.7)
Olağan aktiviteler	74 (%60.7)	40 (%32.8)	8 (%6.6)
Ağrı/rahatsızlık	72 (%59.0)	40 (%32.8)	10 (%8.2)
Anksiyete/depresyon	80 (%65.6)	34 (%27.9)	8 (%6.6)

KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN (EQ-5D VE MACNEW) KARŞILAŞTIRILMASI VE KORELASYONU

Yaş gruplarına (<65 ≥65) göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları Tablo 5'te gösterildi. Yaş grupları arasında EQ-5D indeks ve VAS skor ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları açısından anlamlı fark bulunmadı (p>0.05 tüm karşılaştırmalar için).

Tablo 5. Yaş gruplarına (<65 ≥65) göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

	Yaş grupları		
	<65 (n=65)	**≥65** (n=57)	**P***
EQ-5D indeks skor	0.78±0.34	0.81±0.30	0.785
EQ-5D VAS skor	67.4±13.0	66.5±15.1	0.824
MacNew Ölçeği			
Duygusal	4.9±1.2	5.0±1.1	0.959
Fiziksel	5.2±1.3	5.1±1.2	0.565
Sosyal	5.1±1.3	5.0±1.3	0.863
Global	5.0±1.2	5.0±1.1	0.723

* Mann Whitney U testi

Cinsiyete göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları Tablo 6'da gösterildi. Buna göre EQ-5D indeks skor kadınlarda erkeklerden istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu (p=0.002). EQ-5D VAS skor da kadınlarda erkeklerden düşük bulunmasına karşın istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0.079). MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal, fiziksel, sosyal ve global skorlarının kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha düşük oldukları bulundu (sırasıyla p<0.001, p<0.001, p=0.001 ve p<0.001).

Tablo 6. Cinsiyete göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

	Cinsiyet		
	Erkek (n=70)	**Kadın** (n=25)	**P***
EQ-5D indeks skor	0.84±0.26	0.64±0.41	**0.002**
EQ-5D VAS skor	68.2±13.4	62.8±15.1	0.079
MacNew Ölçeği			
Duygusal	5.2±1.0	4.2±1.3	**<0.001**
Fiziksel	5.4±1.1	4.4±1.3	**<0.001**
Sosyal	5.3±1.0	4.4±1.4	**0.001**
Global	5.2±1.0	4.3±1.3	**<0.001**

* Mann Whitney U testi

Medeni duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları Tablo 7'de gösterildi. Buna göre EQ-5D indeks skor bekarlarda evlilere göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu (p=0.020). EQ-5D VAS skor da bekarlarda daha düşük bulunmasına karşın istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0.080). MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal, fiziksel, sosyal ve global skorlarının bekarlarda evlilere göre anlamlı olarak daha düşük oldukları bulundu (tüm boyutlar için p<0.001).

Tablo 7. Medeni duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

	Medeni Durum		
	Evli (n=106)	**Bekar**[#] (n=16)	**P**[*]
EQ-5D indeks skor	0.80±0.33	0.74±0.19	**0.020**
EQ-5D VAS skor	68.0±13.3	60.0±16.7	0.080
MacNew Ölçeği			
Duygusal	5.1±1.2	3.8±1.1	**<0.001**
Fiziksel	5.3±1.2	4.1±1.0	**<0.001**
Sosyal	5.2±1.2	4.2±1.1	**<0.001**
Global	5.2±1.1	4.0±0.9	**<0.001**

[*] Mann Whitney U testi

[#] Boşanmış/eşi ölmüş olan n=7 kişi bekar kategorisine dahil edildi.

Eğitim duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları Tablo 8'de gösterildi. 4 farklı eğitim grubu arasında EQ-5D indeks skor anlamlı olarak farklı bulundu (p=0.003), farklılık eğitimsiz grubun; lise ve üniversiteden istatistiksel anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olmasından kaynaklanıyordu. EQ-5D VAS skor da 4 farklı eğitim grubu arasında anlamlı olarak farklı bulundu (p=0.044), farklılık eğitimsiz grubun; lise ve üniversiteden istatistiksel anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olmasından kaynaklanıyordu.

MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal alt boyutu 4 farklı eğitim grubu arasında anlamlı olarak farklı bulundu (p<0.001), farklılık eğitimsiz grubun;

ilköğretim, lise ve üniversiteden istatistiksel anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olmasından kaynaklanıyordu. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel alt boyutu 4 farklı eğitim grubu arasında anlamlı olarak farklı bulundu ($p<0.001$), farklılık eğitimsiz grubun; ilköğretim, lise ve üniversiteden istatistiksel anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olmasından kaynaklanıyordu. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal alt boyutu 4 farklı eğitim grubu arasında anlamlı olarak farklı bulundu ($p=0.003$), farklılık eğitimsiz grubun; üniversiteden istatistiksel anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olmasından kaynaklanıyordu. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global skoru 4 farklı eğitim grubu arasında anlamlı olarak farklı bulundu ($p<0.001$), farklılık eğitimsiz grubun; ilköğretim, lise ve üniversiteden istatistiksel anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olmasından kaynaklanıyordu.

Tablo 8. Eğitim duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

	Eğitim Durumu				
	Yok (n=21)	**İlköğretim** (n=86)	**Lise** (n=8)	**Üniversite** (n=7)	**P***
EQ-5D indeks skor	0.52±0.49	0.84±0.25	0.91±0.18	0.91±0.09	**0.003**
EQ-5D VAS skor	60.9±15.1	67.0±13.0	75.6±18.4	74.3±9.3	**0.044**
MacNew Ölçeği					
Duygusal	4.0±1.4	5.1±1.1	5.5±1.3	5.9±0.5	**<0.001**
Fiziksel	4.1±1.2	5.3±1.2	5.5±1.4	6.2±0.5	**<0.001**
Sosyal	4.2±1.4	5.2±1.1	5.3±1.6	5.9±0.6	**0.003**
Global	4.0±1.3	5.1±1.0	5.4±1.4	5.9±0.5	**<0.001**

* Kruskal Wallis test

Çalışma duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları Tablo 9'da gösterildi. Buna göre EQ-5D indeks skor işsizlerde, emekli ve çalışanlara göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu (p=0.001), buna karşın çalışanlar ile emekliler arasında farklılık saptanmadı (p>0.05). Çalışma durumları arasında EQ-5D VAS skor açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (p=0.083). MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal, fiziksel, sosyal ve global skorlarının işsizlerde, emekli ve çalışanlara göre anlamlı olarak daha düşük oldukları bulundu (tüm boyutlar için p<0.001), çalışanlar ile emekliler arasında farklılık saptanmadı (tüm boyutlar için p>0.05).

Tablo 9. Çalışma duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

	Çalışma durumu			
	Çalışıyor (n=12)	**Emekli** (n=81)	**İşsiz** (n=26)	**P***
EQ-5D indeks skor	0.90±0.17	0.84±0.29	0.60±0.40	**0.001**
EQ-5D VAS skor	62.1±13.0	69.2±13.6	62.3±14.8	0.083
MacNew Ölçeği				
Duygusal	5.0±1.2	5.3±1.0	3.9±1.1	**<0.001**
Fiziksel	5.2±1.3	5.5±1.2	4.2±1.1	**<0.001**
Sosyal	5.2±1.3	5.3±1.2	4.3±1.1	**<0.001**
Global	5.1±1.2	5.3±1.1	4.1±1.0	**<0.001**

* Kruskal Wallis test

Klinik tanıya göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları Tablo 10'da gösterildi. Buna göre EQ-5D indeks ve VAS skorlar Angina Pektorisli hastalarda, AMİ'li hastalara göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı (p=0.254 ve p=0.259). MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal, fiziksel, sosyal ve global skorlarının Angina Pektorisli hastalarda, AMİ'li hastalara göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (tüm boyutlar için p>0.05).

Tablo 10. Klinik tanıya göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

	Klinik Tanı		
	Angina Pektoris (n=55)	**AMİ** (n=67)	**P***
EQ-5D indeks skor	0.82±0.27	0.77±0.35	0.254
EQ-5D VAS skor	65.18±13.9	68.4±13.9	0.259
MacNew Ölçeği			
Duygusal	5.1±1.2	4.9±1.2	0.440
Fiziksel	5.3±1.3	5.1±1.3	0.267
Sosyal	5.2±1.3	5.0±1.2	0.315
Global	5.1±1.3	4.9±1.2	0.332

* Mann Whitney U testi

Eşlik eden hastalık duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları Tablo 11'de gösterildi. Buna göre EQ-5D indeks ve VAS skorlar eşlik eden hastalığı olanlarda, olmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0.001$ ve $p=0.023$). MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal, fiziksel, sosyal ve global skorlarının eşlik eden hastalığı olanlarda, olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük oldukları bulundu (tüm boyutlar için $p<0.001$).

Tablo 11. Eşlik eden hastalık varlığına göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

	Eşlik Eden Hastalık		
	Yok (n=62)	**Var** (n=60)	**P***
EQ-5D indeks skor	0.90±0.22	0.68±0.37	**<0.001**
EQ-5D VAS skor	69.8±13.5	64.0±13.9	**0.023**
MacNew Ölçeği			
Duygusal	5.4±0.9	4.5±1.3	**<0.001**
Fiziksel	5.7±0.9	4.6±1.3	**<0.001**
Sosyal	5.6±0.9	4.6±1.4	**<0.001**
Global	5.5±0.8	4.5±1.3	**<0.001**

* Mann Whitney U testi

Aile öyküsü varlığına göre EQ-5D genel bir sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları Tablo 12'de gösterildi. Aile öyküsü olanlarla olmayanlar arasında EQ-5D indeks ve VAS skor ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$ tüm karşılaştırmalar için).

Tablo 12. Aile öyküsüne göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

	Aile Öyküsü		**P***
	Yok (n=70)	**Var** (n=52)	
EQ-5D indeks skor	0.82±0.30	0.75±0.33	0.103
EQ-5D VAS skor	65.9±12.9	68.4±15.3	0.172
MacNew Ölçeği			
Duygusal	5.0±1.2	4.9±1.1	0.403
Fiziksel	5.2±1.4	5.1±1.2	0.172
Sosyal	5.2±1.4	5.0±1.1	0.140
Global	5.1±1.2	4.9±1.0	0.163

EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları ile tanımlayıcı ve klinik bazı değişkenler arasındaki korelasyon (Spearman) katsayıları ve anlamlılık (p) düzeyleri Tablo 13'te gösterildi. Buna göre EQ-5D İndeks skor ile; eğitim durumu (r=0.311 ; p<0.001), gelir düzeyi (r=0.201 ; p<0.038) ve hastaneye geliş sayısı (r=0.547 ; p<0.001) arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı korelasyonlar saptandı. Eğitim durumu yükseldikçe, gelir düzeyi arttıkça ve hastaların hastaneye geliş sayıları arttıkça yaşam kaliteleri (EQ-5D indeks skorları) yükselmekteydi.

MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları ile; eğitim durumu arasındaki korelasyon katsayılarının 0.328 ile 0.418 arasında, gelir düzeyi arasındaki korelasyon katsayılarının 0.266 ile 0.342 arasında, hastaneye geliş sayısı arasındaki korelasyon katsayılarının 0.505 ile 0.629 arasında değiştikleri ve istatistiksel anlamlı oldukları bulundu.

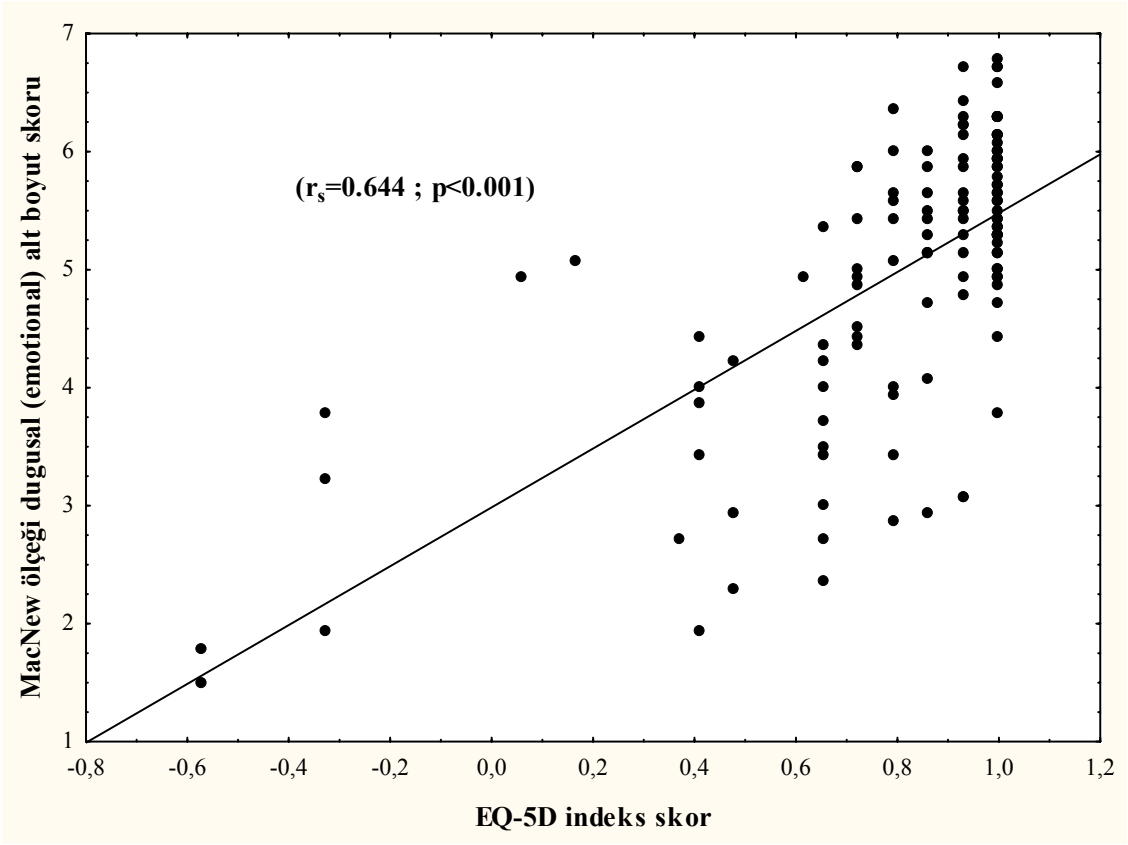
Eğitim durumu yükseldikçe, gelir düzeyi arttıkça ve hastaların hastaneye geliş sayıları arttıkça yaşam kaliteleri (MacNew skorları) yükselmekteydi.

Tablo 13. EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları ile tanımlayıcı ve klinik bazı değişkenler arasındaki korelasyon (Spearman) katsayıları ve anlamlılık (p) düzeyleri

		EQ-5D		**MacNew**			
		İndeks skor	**VAS skor**	**Duygusal**	**Fiziksel**	**Sosyal**	**Global**
Yaş	r_s	-0.032	-0.018	-0.025	-0.060	-0.051	-0.052
	p	0.727	0.840	0.784	0.514	0.579	0.573
Beden kitle indeksi	r_s	0.075	-0.018	0.095	0.020	0.070	0.058
	p	0.415	0.849	0.305	0.830	0.446	0.534
Eğitim	r_s	**0.311**	**0.255**	**0.395**	**0.418**	**0.328**	**0.389**
	p	**<0.001**	**0.005**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Gelir	r_s	**0.201**	0.020	**0.342**	**0.280**	**0.266**	**0.305**
	p	**0.038**	0.838	**<0.001**	**0.004**	**0.006**	**0.001**
Hastaneye geliş sayısı	r_s	**0.547**	**0.263**	**0.511**	**0.629**	**0.505**	**0.592**
	p	**<0.001**	**0.004**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**

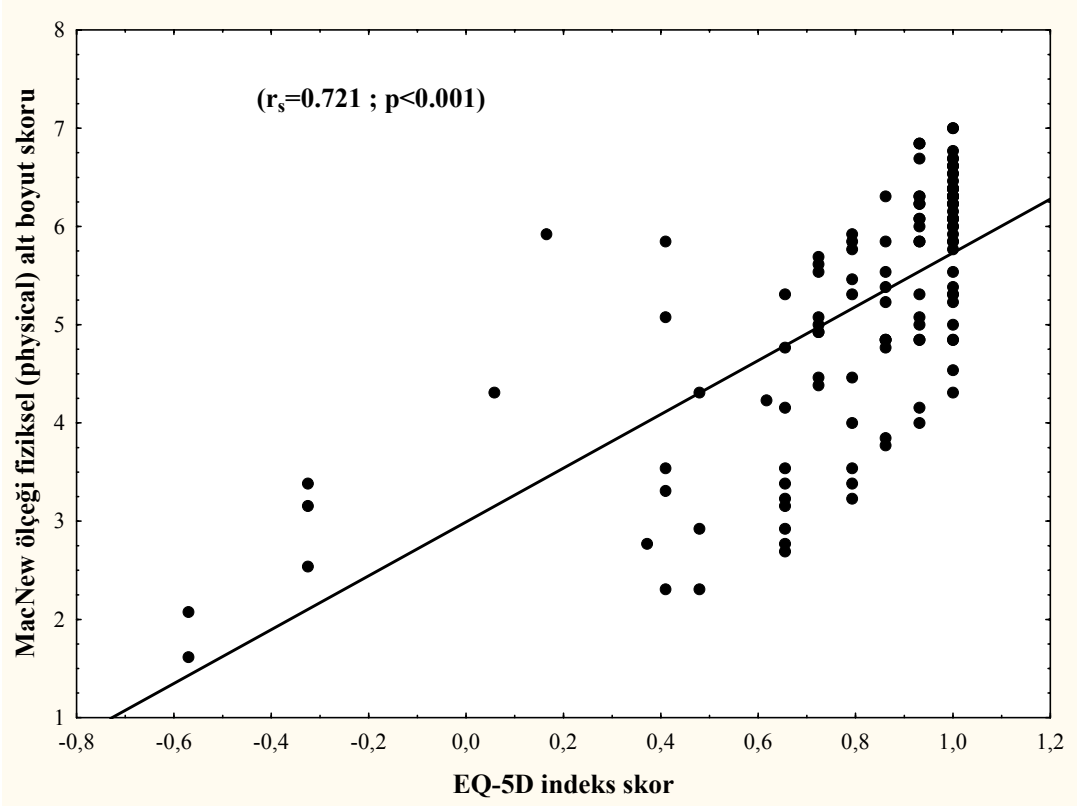
YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ (EQ-5D VE MACNEW) ARASINDAKİ KORELASYONLAR

EQ-5D genel sağlık ölçeğinin indeks ve VAS skorları ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları arasındaki korelasyonlar Şekil 4-11' de gösterildi.



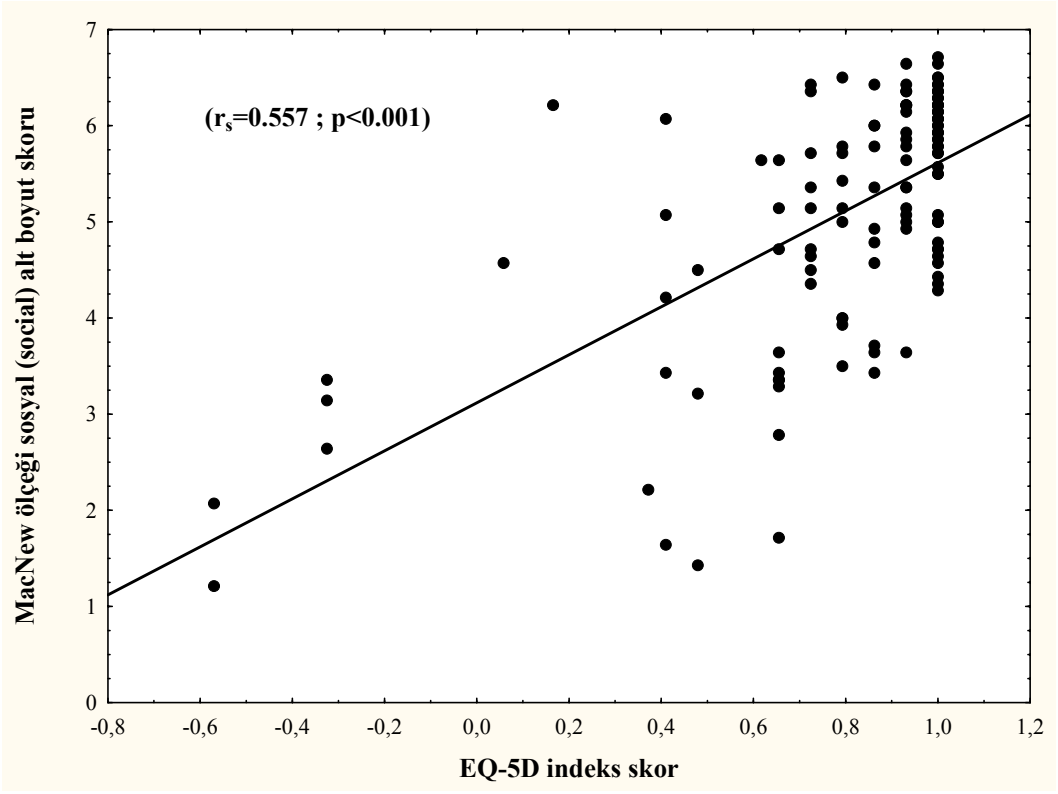
Şekil 4. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin duygusal (emotional) alt boyutu arasındaki ilişki

EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin duygusal alt boyutu arasındaki ilişki Şekil 4'te gösterildi. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin duygusal alt boyut skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (r_s=0.644 ; p<0.001). Buna göre kişinin yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor) artarken, duygusal fonksiyonlar da (MacNew ölçeğinin duygusal boyut skoru) iyileşmekteydi.



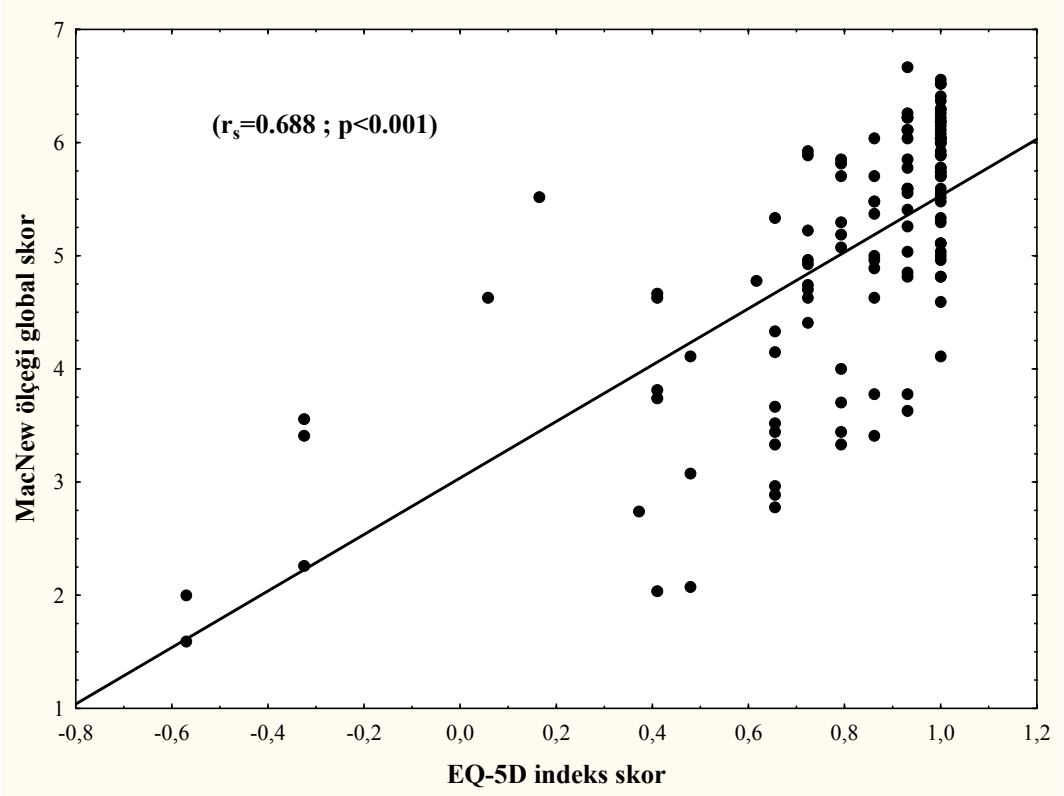
Şekil 5. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin fiziksel (physical) alt boyutu arasındaki ilişki

EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin fiziksel alt boyutu arasındaki ilişki Şekil 5'te gösterildi. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin fiziksel alt boyut skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (r_s=0.721 ; p<0.001). Buna göre kişinin yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor) artarken, fiziksel fonksiyonlar da (MacNew ölçeğinin fiziksel alt boyut skoru) iyileşmekteydi.



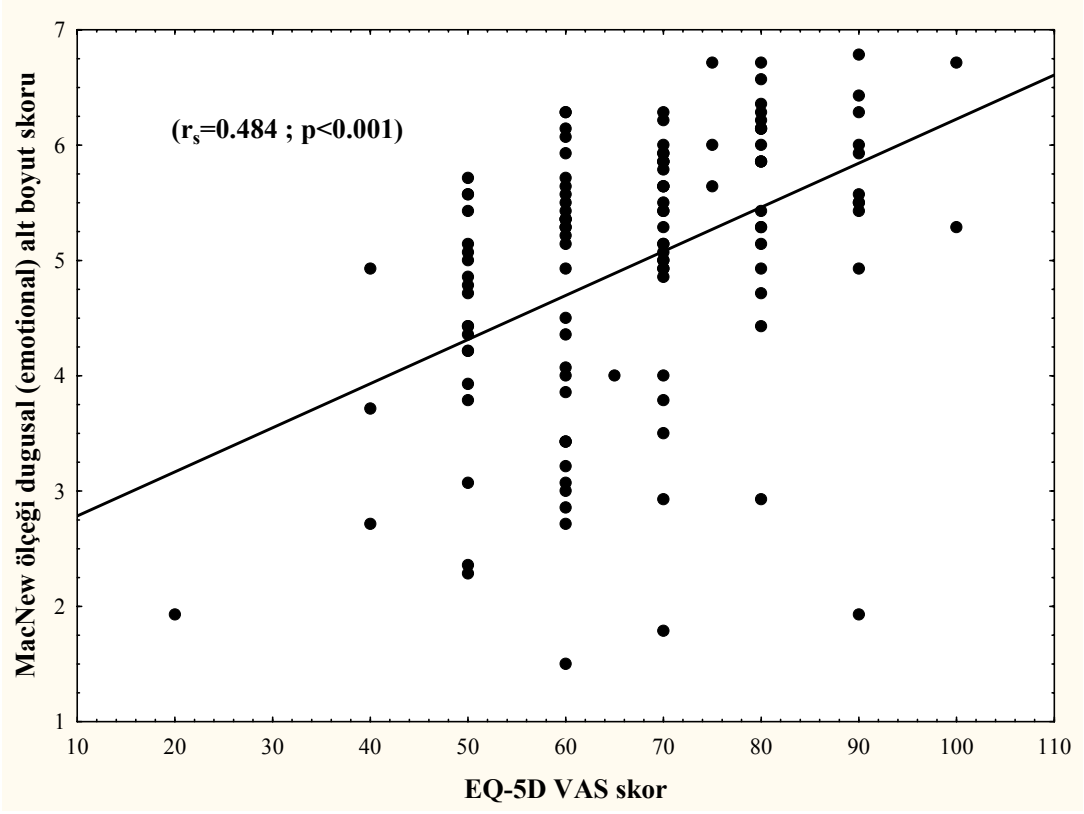
Şekil 6. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin sosyal (social) alt boyutu arasındaki ilişki

EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin sosyal alt boyutu arasındaki ilişki Şekil 6'da gösterildi. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin sosyal alt boyut skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (r_s=0.557 ; p<0.001). Buna göre kişinin yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor) artarken, sosyal fonksiyonlar da (MacNew ölçeğinin sosyal alt boyut skoru) iyileşmekteydi.



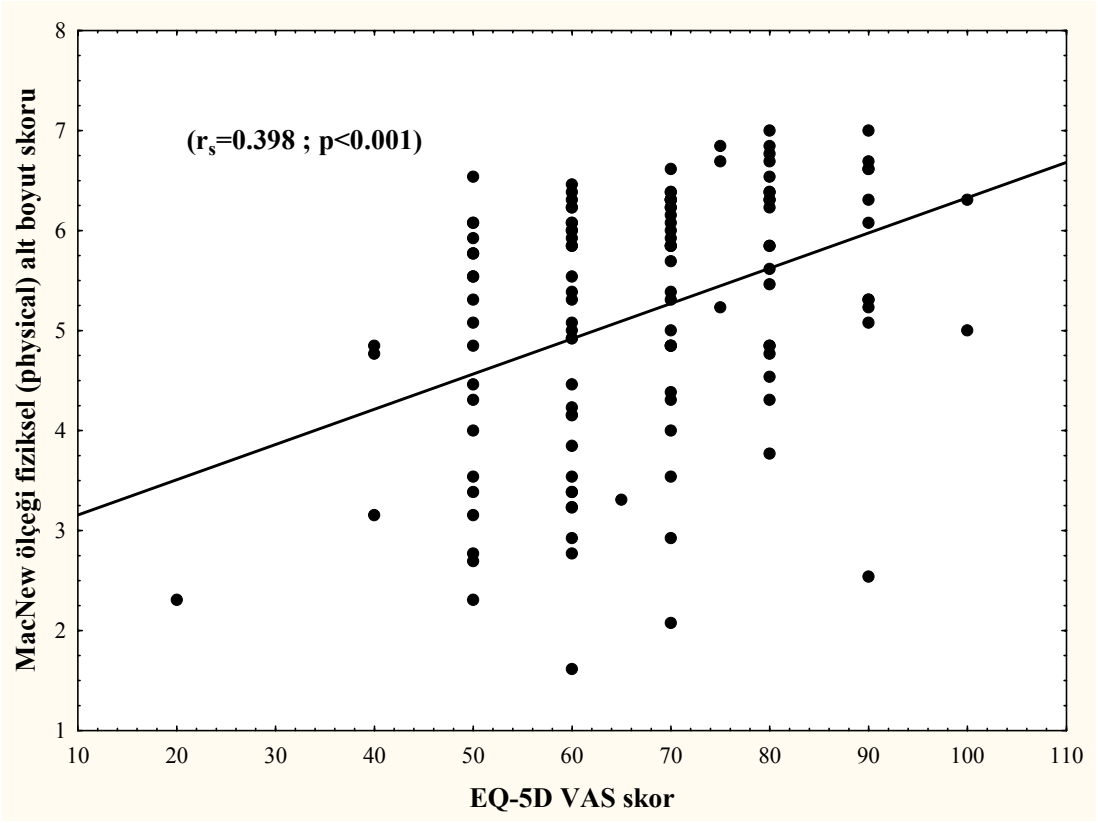
Şekil 7. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin global skoru arasındaki ilişki

EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin global skoru arasındaki ilişki Şekil 7'de gösterildi. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin global skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (r_s=0.688 ; p<0.001). Buna göre kişinin yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor) artarken, genel fonksiyonlar da (MacNew ölçeğinin global skoru) iyileşmekteydi.



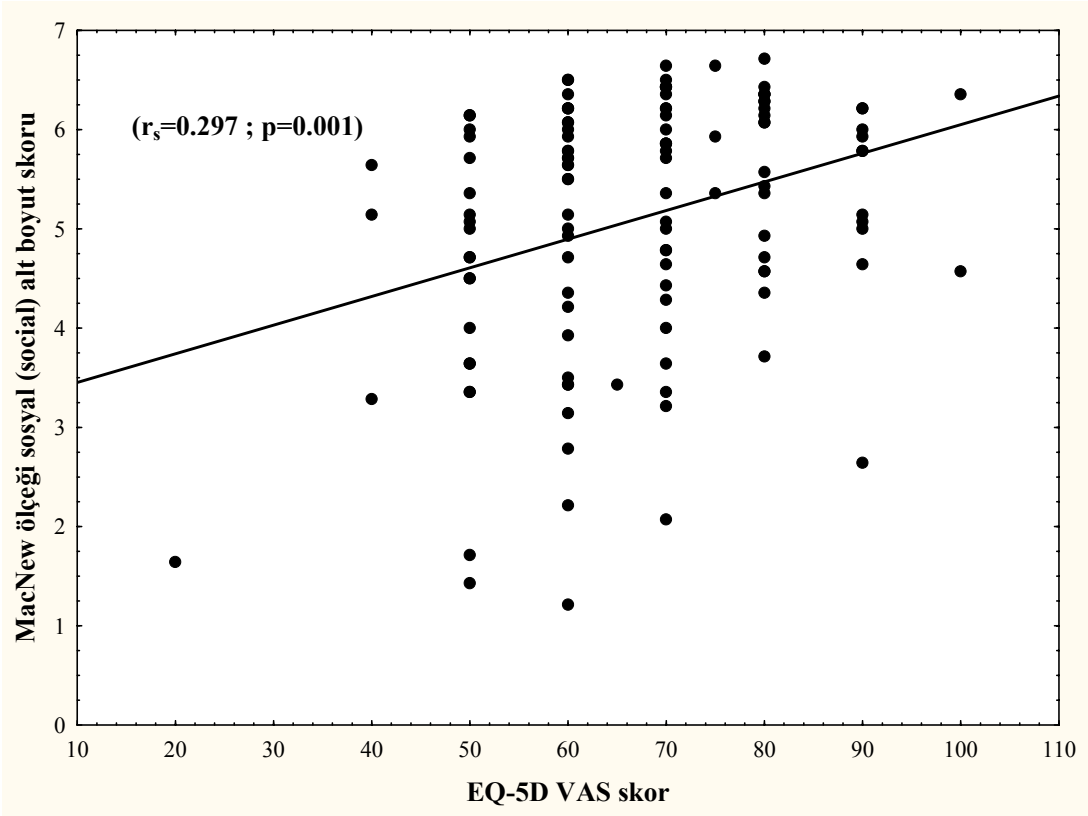
Şekil 8. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin duygusal (emotional) alt boyutu arasındaki ilişki

EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin duygusal alt boyutu arasındaki ilişki Şekil 8'de gösterildi. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin duygusal alt boyut skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (r_s=0.484 ; p<0.001). Buna göre kişinin yaşam kalitesi (EQ-5D VAS skor) artarken, duygusal fonksiyonlar da (MacNew ölçeğinin duygusal boyut skoru) iyileşmekteydi.



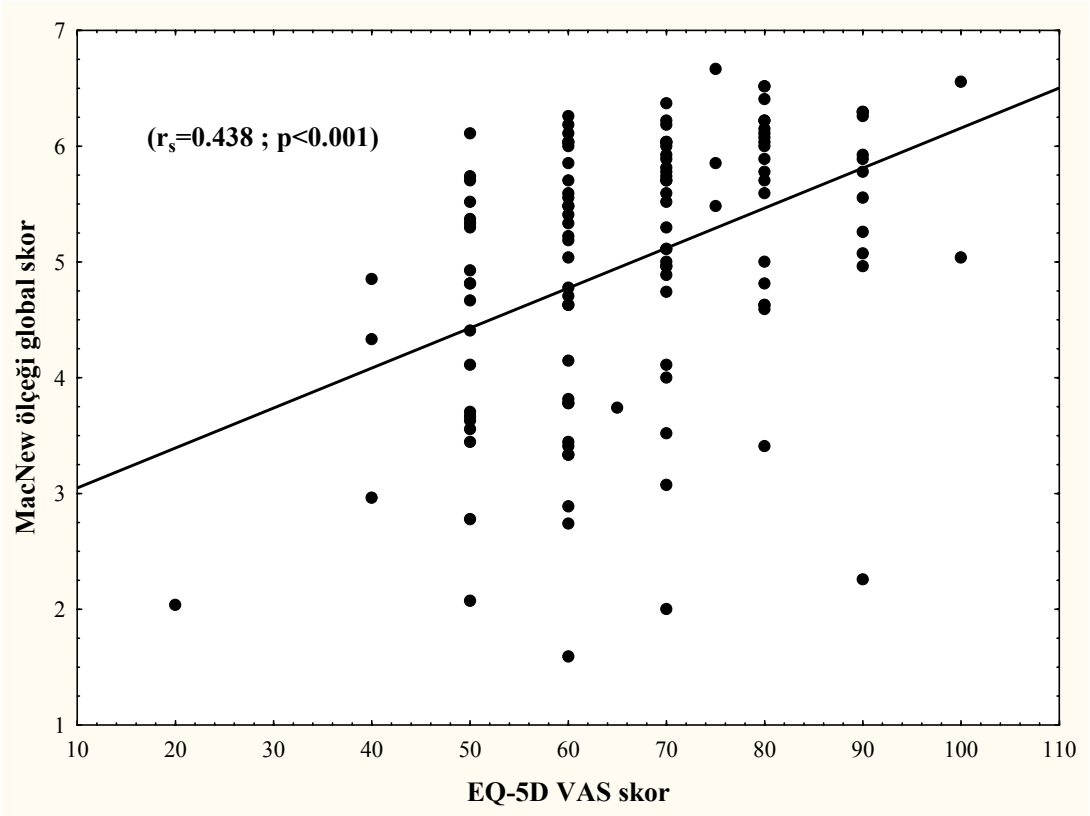
Şekil 9. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin fiziksel (physical) alt boyutu arasındaki ilişki

EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin fiziksel alt boyutu arasındaki ilişki Şekil 9'da gösterildi. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin fiziksel alt boyut skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (r_s=0.398 ; p<0.001). Buna göre kişinin yaşam kalitesi (EQ-5D VAS skor) artarken, fiziksel fonksiyonlar da (MacNew ölçeğinin fiziksel boyut skoru) iyileşmekteydi.



Şekil 10. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin sosyal (social) alt boyutu arasındaki ilişki

EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin sosyal alt boyutu arasındaki ilişki Şekil 10'da gösterildi. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin sosyal alt boyut skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (r_s=0.297 ; p=0.001). Buna göre kişinin yaşam kalitesi (EQ-5D VAS skor) artarken, sosyal fonksiyonlar da (MacNew ölçeğinin sosyal boyut skoru) iyileşmekteydi.



Şekil 11. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin global skoru arasındaki ilişki

EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin global skoru arasındaki ilişki Şekil 11'de gösterildi. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin global skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (r_s=0.438 ; p<0.001). Buna göre kişinin yaşam kalitesi (EQ-5D VAS skor) artarken, genel fonksiyonlar da (MacNew ölçeğinin global boyut skoru) iyileşmekteydi.

YAŞAM KALİTESİNİ (EQ-5D) ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Çoklu regresyon analizi ile EQ-5D indeks skor üzerine MacNew ölçeğinin alt boyutları ve toplam skorunun etkisini araştırdığımızda global skorun modelde anlamlı olarak yer aldığı bulundu (Tablo 14). Global skorun, EQ-5D indeks skordaki değişkenliğin (varyansın) %46.5'ini (Adjusted R^2=0.465) açıkladığı bulundu.

Buna göre EQ-5D indeks skor artarken, hastaların MacNew global skorlarıda artmaktaydı.

Tablo 14. EQ-5D indeks skor üzerine MacNew ölçeğinin alt boyutları ve toplam skorunun etkisinin çoklu regresyon analizi ile incelenmesi

		Enter metodu		**Stepwise metod**	
	Değişken tipi	**Beta (β)**	**p**	**Beta (β)**	**p**
MacNew ölçeği					
Duygusal skor	Nicel	0.064	0.610	–	–
Fiziksel skor	Nicel	0.124	0.227	–	–
Sosyal skor	Nicel	-0.037	0.578	–	–
Global skor	Nicel	0.031	0.908	0.188	**<0.001**
Sabit		-0.150	0.112	-0.150	0,112
	Adjusted R^2	*%46.4*		*%45.6*	

EQ-5D indeks skor üzerine etki eden istatistiksel anlamlı faktörlerin (hastaneye geliş sayısı, aylık gelir, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve eşlik eden hastalık) etkisini çoklu regresyon analizi ile araştırdığımızda; hastaneye geliş sayısı, cinsiyet ve eşlik eden hastalık değişkenlerinin stepwise modelde anlamlı olarak yer aldığı bulundu (Tablo 15). Bu üç değişen EQ-5D indeks skordaki değişkenliğin (varyansın) %26.7'sini (Adjusted R^2=0.267) açıkladı.

Çoklu regresyon analizine göre hastaneye geliş sayısında artışın ve cinsiyetin erkek olmasının yaşam kalitesini arttıran faktörler olduğu, buna karşılık eşlik eden hastalık varlığının yaşam kalitesini düşüren faktör olduğu belirlendi.

Tablo 15. Bazı demografik ve klinik değişkenlerinin EQ-5D indeks skor üzerinde olan etkilerinin çoklu regresyon analizi sonuçları

		Enter metodu		**Stepwise metod**	
	Değişken tipi	**Beta (β)**	**P**	**Beta (β)**	**p**
Hastaneye geliş sayısı	Nicel	0.022	**0.013**	0.023	**0.007**
Aylık gelir	Nicel	0.00014	0.240	–	–
Cinsiyet	0: K , 1: E	0.143	0.123	0.168	**0.018**
Medeni durum	0: Evli , 1: Bekar	0.099	0.326	–	–
Eğitim durumu	0:<Lise , 1:Lise ve üstü	0.003	0.974	–	–
Çalışma durumu	0:Çalışmıyor, 1:Çalışıyor	0.040	0.721	–	–
Eşlik eden hastalık	0: Yok , 1: Var	-0.182	**0.004**	-0.173	**0.005**
Sabit		0.489	**0.035**	0.654	**<0.001**
	Adjusted R^2	*%25.4*		*%26.7*	

TARTIŞMA

Araştırmada öncelikle akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için EQ-5D genel yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe versiyonunun kullanılıp kullanılamayacağının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmanın bir diğer amacı da akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini klinik-sosyodemografik özelliklere göre değişimi irdelemektir.

Çalışma grubu olarak Şubat-Mayıs 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji servis ve polikliniğine akut koroner sendrom şikayetiyle başvuran, görüşmeye istekli, herhangi bir iletişim sorunu olmayan 122 hasta alınmıştır.

Tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunulmuştur:

- Kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin veriler
- Kişisel ve hastalığa ilişkin özellikler ile yaşam kalitesi ölçeklerinin (EQ-5D ve MacNew) karşılaştırılması
- Yaşam kalitesi ölçekleri (EQ-5D ve MacNew) arasındaki ilişkiler

KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER

Çalışma grubundaki hastaların yaş ortalaması 62.9±9.3 olarak bulundu. 122 hastanın 88'ini (%72.1) erkekler oluşturmaktadır. Beden kitle indeksi ortalaması 27.0±3.6 dir. Hastaların çoğunluğu (%86.9) evlidir. Hastaların eğitim durumları incelendiğinde çoğunluğun (%70.5) ilköğretim seviyesinde olduğu, buna karşın üniversite eğitim düzeyine sahip olanların ise (%5.7) azınlıkta olduğu görülmüştür. 122 hastanın 81'ini (%66.4) emekliler oluştururken, çalışanların sayısı 12 (%9.8) olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Hastaların hastaneye geliş sayısı ortalama 4.5±3.5 olarak bulundu. 122 hastanın 67'si (%54.9) AMİ hastasıydı, 52'sinde (%42.6) aile öyküsü pozitif, 60'ında (%49.2) eşlik eden en az bir hastalık belirlenmiştir (Tablo 3).

Hastaların EQ-5D ölçeğinin her bir maddesine verdikleri cevapların frekans dağılımı incelendiğinde; hareketle ilgili soruya hastaların %39.3'ü bazı sorunları olduğunu, %4.9'u ciddi bir sorunu olduğunu, öz-bakımla ilgili soruya hastaların %25.4'ü bazı sorunları olduğunu, %5.7'si ciddi bir sorunu olduğunu, olağan aktivitelerle ilgili soruya hastaların %32.8'i bazı sorunları olduğunu, %6.6'sı ciddi bir sorunu olduğunu, ağrı/rahatsızlıkla ilgili soruya hastaların %32.8'i bazı sorunları olduğunu, %8.2'si ciddi bir sorunu olduğunu anksiyete/depresyonla ilgili soruya hastaların %27.9'u bazı sorunları olduğunu, %6.6'sı ciddi bir sorunu olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 4).

KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN (EQ-5D VE MACNEW) KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda yaş grupları (<65 ≥65) arasında EQ-5D indeks ve VAS skor ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları açısından anlamlı fark bulunmadı (Tablo 5). Ayrıca yaşam kalitesinin bir göstergesi olan EQ-5D indeks skor ile yaş arasında negatif yönde (yaş arttıkça yaşam kalitesi düşüyor) zayıf bir korelasyon (r=-0.032) saptandı fakat bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.727) (Tablo 13). Ünsar ve ark. (3) koroner arter hastalarında yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında yaş yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olarak bildirilmiştir. Durmaz ve ark. (70) koroner arter hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında yaş gruplarının yaşam kalitesini etkilemediğini bulmuşlardır.

Pek çok hastalıkta olduğu gibi akut koroner sendromlarda da yaşın hastanın yaşam kalitesini etkilediğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda istatistiksel anlamlı ilişki

saptanamamasının nedeni olarak, ilerleyen yaşlarda yaşam kalitesinin özellikle fiziksel boyutta daha düşük, ancak anksiyete ve duygusal açıdan tersi bir durumun yani daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda AKS'li kadınlarda yaşam kalitesi erkeklerden daha düşük bulundu (Tablo 6). Pettersen ve ark. (71) Norveç'te MI sonrası hastaların yaşam kalitesini SF-36 genel sağlık ölçeği ile değerlendirdikleri çalışmalarında hem fiziksel komponent skoru hem de mental komponent skoru kadınlarda erkeklere göre daha düşük bildirmişlerdir. Westin ve ark. (72) İsveç'te iskemik kalp hastları üzerinde yürüttükleri çalışmalarında kadınlarda yaşam kalitesini erkeklerden daha kötü bulmuşlardır. Türkiye'de Ünsar ve ark. (3) koroner arter hastalarında yaşam kalitesini Sintonen 15-D ölçeği ile değerlendirdikleri çalışmalarında kadınların yaşam kalitesini erkeklere göre daha düşük bulmuşlardır. Dilek (65) çalışmasında koroner arter hastası kadınlarda erkeklere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu belirlemiştir. Bunun nedenleri olarak kadının fiziksel yapısının erkeğe göre daha zayıf olması, evlilikle ilgili daha fazla problem yaşamaları, evde daha fazla sorumluluk üstlenmeleri (ev işleri, çocuk bakımı vb.) şeklinde sayılabilir.

Çalışmamızda bekarların yaşam kalitesi evlilede göre daha düşük bulundu (Tablo 7). Durmaz ve ark. (70) koroner arter hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında bekarlarda yaşam kalitesinin evlilere göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Dilek (65) çalışmasında koroner arter hastası bekarlarda evlilere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu belirlemiştir. Bekarlarda yaşam kalitesinin daha düşük çıkmasının nedenleri olarak; evlilere göre daha düzensiz yaşamaları, sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması ve yalnızlığın getirdiği psikolojik rahatsızlıklar olarak sayılabilir.

EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları 4 farklı eğitim grubu arasında anlamlı olarak farklı bulundu (Tablo 8). Farklılık eğitimsiz grubun; lise ve üniversiteden istatistiksel anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olmasından kaynaklanıyordu. Ayrıca çalışmada korelasyon analizleri sonucunda eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel anlamlı ilişkiler saptandı. Korelasyon analizleri sonucunda eğitim durumu ile yaşam kalitesi (EQ-5D İndeks skor ve MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları) arasında 0.311 ile 0.418 arasında değişen ve istatistiksel anlamlı korelasyon katsayıları bulundu (Tablo 13). Buna göre eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de yükselmekteydi.

Ünsar ve ark. (3) koroner arter hastalarında yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında eğitim durumunu yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olarak bildirmişlerdir, lise ve üstünde yaşam kalitesi anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır.

Durmaz ve ark. (70) koroner arter hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında lise ve üstünde yaşam kalitesinin istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Westin ve ark. (72) İsveç'te iskemik kalp hastaları üzerinde yürüttükleri çalışmalarında eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiğini bildirmişlerdir.

Dilek (65) çalışmasında koroner arter hastalarının eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığını belirlemiştir.

Eğitim düzeyini yükselmesi bireyin bilgi düzeyini ve yaşam standartlarını yükseltmekte, çevre ile açık iletişim kurmasına olanak tanımaktadır. Bu nedenle bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça sağlık sorunları konusunda farkındalık düzeylerinin de yükseldiği ve bu durumun bireylerin yaşam kalitelerine yansıdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda gelir düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin de arttığını belirledik. EQ-5D İndeks skor ile gelir düzeyi ($r=0.201$; $p<0.038$) arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı korelasyonlar saptandı. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları ile gelir düzeyi arasındaki korelasyon katsayılarının 0.266 ile 0.342 arasında değiştikleri ve istatistiksel anlamlı oldukları bulundu (Tablo 13).

Durmaz ve ark. (70) koroner arter hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında gelir düzeyinin yükselmesinin yaşam kalitesini arttırdığını bildirmişlerdir.

Dilek (65) çalışmasında koroner arter hastalarının gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığını belirlemiştir.

Hastaların gelir düzeyleri arttıkça tedavi ve bakım olanaklarından daha fazla yararlanmalarının yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda EQ-5D İndeks skor ile hastaneye geliş sayısı ($r=0.547$; $p<0.001$) arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı korelasyonlar saptandı. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları ile hastaneye geliş sayısı arasındaki korelasyon katsayılarının 0.505 ile 0.629 arasında değiştikleri ve istatistiksel anlamlı oldukları bulundu (Tablo 13). Bu durum hastaların hastaneye geliş sayıları arttıkça uygulanan tedavi yöntemlerinin etkileri sonucu fiziksel ve psikolojik durumlarında iyileşme gözlenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma duruma göre yaşam kalitesini incelediğimze; EQ-5D indeks skor işsizlerde, emekli ve çalışanlara göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu, buna karşın çalışanlar ile emekliler arasında farklılık saptanmadı (Tablo 9).

İşsizlerde yaşam kalitesinin düşük olması bu hastaların gelir düzeylerinin yetersiz olmasından ve bu durumun da yaşam kalitelerini etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Çalışanlarla emekliler arasında farklılık bulunmaması da bu durumu desteklemektedir.

Klinik tanıya göre hastaların yaşam kalitesi skorlarını ele aldığımızda Anjina Pektorisli hastalarda yaşam kalitesi AMİ'li hastalara göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 10).

Dilek (65) çalışmasında anjina pektorisli hastalarda yaşam kalitesini akut miyokart infarktüslü hastalardan daha düşük olduğunu fakat aralarında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığını bildirmiştir.

Eşlik eden hastalık duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorlarını incelediğimizde yaşam kalitesi eşlik eden hastalığı olanlarda, olmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 11).

Eski (66) nin çalışmasında da eşlik eden hastalığı olanlarda yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur.

AKS hastalarında eşlik eden hastalık varlığı hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal durumlarını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır.

Aile öyküsü varlığına göre yaşam kalitesi incelendiğinde aile öyküsü pozitif olanlarda yaşam kalitesi daha düşük olmasına karşın istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (Tablo 12).

Çoklu regresyon analizi ile yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor) üzerine etki eden istatistiksel anlamlı faktörlerin (hastaneye geliş sayısı, aylık gelir, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve eşlik eden hastalık değişkenleri) etkilerini incelediğimizde; hastaneye geliş sayısı, cinsiyet ve eşlik eden hastalık değişkenlerinin stepwise modelde anlamlı olarak yer aldığı bulundu (Tablo 15). Bu üç değişen EQ-5D indeks skordaki değişkenliğin (varyansın) %26.7'sini (Adjusted R^2=0.267) açıkladı.

Ünsar ve ark. (3) koroner arter hastalarında yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında yaşam kalitesi üzerine eğitim durumu, yaş ve cinsiyeti anlamlı faktörler olarak bildirmişlerdir. Durmaz ve ark. (70) koroner arter hastalarında yaşam kalitesini etkileyen çok sayıda faktörü inceledikleri çalışmalarında medeni durum, gelir, daha önce MI geçirmek, günlük işleri yapmada güçlük gibi faktörlerin yaşam kalitesini etkilediğini bildirmişlerdir.

Yaşam kalitesi üzerine olası etkisi düşünülen faktörlerin çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre hastaneye geliş sayısında artış ve cinsiyetin erkek olması yaşam kalitesini arttıran faktörlerdir, buna karşılık eşlik eden hastalık varlığı yaşam kalitesini düşürmektedir.

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ (EQ-5D VE MACNEW) ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Çalışmamızda EQ-5D ölçeğinin AKS'da geçerliliğini araştırmada korelasyon ve regresyon anlizlerinden yararlanıldı. Nowels ve ark. (35) çalışmalarında EQ-5D ölçeğinin geçerliliğini araştırmada korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanmışlardır. Ellis ve ark. (10) ile Schweikert ve ark. (31) da çalışmalarında EQ-5D ölçeğinin geçerliliğini göstermede korelasyon analizini kullanmışlardır.

Çalışmamızda EQ-5D indeks skor ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ve toplam skoru arasında 0.557 ile 0.721 arasında değişen pozitif yönde istatistiksel anlamlı korelasyon katsayıları saptandı (Şekil 4-7). Çoklu stepwise regresyon analizi ile EQ-5D indeks skor üzerine MacNew ölçeğinin alt boyutları ve toplam skorunun etkisini araştırdığımızda global skor modelde anlamlı olarak yer aldığı bulundu. Global skor EQ-5D indek skordaki değişkenliğin %46.5'ini açıkladığı bulundu (Adjusted R^2=0.465) (Tablo 13). Saptanan bu ilişkiler EQ-5D ölçeğinin akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini belirlemede geçerli bir ölçek olduğunu göstermektedir. Ellis ve ark. (10) EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği ile kardiyolojik yaşam kalitesi göstergeleri olan Duke aktivite durum indeksi, kardiyak semptom sayısı ve hastanın algıladığı kardiyak hastalık şiddeti arasındaki korelasyonları incelemişler ve korelasyon katsayılarını sırasıyla r=0.68, r=-0.55 ve r=-0.32 olarak bulmuşlardır. Schweikert ve ark. (31) çalışmalarında EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeği arasındaki korelasyon katsayılarını 0.55 ile 0.78 aralığında bulmuşlardır.

EQ-5D ölçeği kısa ve uygulaması kolay olan bir ölçektir, pek çok kişi ölçeği yardım almaksızın cevaplandırabilir. Bu yönü ölçeği uzun ve karmaşık olan yaşam kalitesi ölçeklerine karşı cazip kılmaktadır. Ayrıca ölçekten tek bir indeks skor elde edilmesi de ölçeği değerli kılmaktadır.

Sonuç olarak EQ-5D, Türk akut koroner sendromlu hastalarda uygulanması kolay, kısa, geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

SONUÇLAR

Akut koroner sendromlu hastalarda EQ-5D genel sağlık yaşam kalitesi ölçeğinin geçerliliğini-güvenirliğini, yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik ve klinik özellikleri araştırdığımız çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

HASTALARA İLİŞKİN GENEL SONUÇLAR

- Çalışmaya 122 akut korener sendromlu hasta dahil edildi.
- Hastaların yaş ortalaması 62.9±9.3 olarak bulundu.
- 122 hastanın 88'ini (%72.1) erkekler oluşturmaktaydı.
- Hastaların %86.9'u evliydi.
- Hastaların eğitim durumları incelendiğinde çoğunluğun (%70.5) ilköğretim seviyesinde olduğu, buna karşın üniversite eğitim düzeyine sahip olanların ise (%5.7) azınlıkta olduğu görüldü. 122 hastanın 81'ini (%66.4) emekliler oluştururken, çalışanların sayısı 12 (%9.8) olarak bulundu.
- Hastaların hastaneye geliş sayısı ortalama 4.5±3.5 olarak bulundu.
- 122 hastanın 67'si (%54.9) AMİ hastasıydı, 52'sinde (%42.6) aile öyküsü pozitif, 60'ında (%49.2) eşlik eden en az bir hastalık vardı.

EQ-5D GENEL SAĞLIK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİĞİ İLE İLGİLİ SONUÇLAR

- Çalışmamızda EQ-5D genel sağlık yaşam kalitesi ölçeğinin indeks skoru ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ve toplam skoru arasında 0.557 ile 0.721 arasında değişen pozitif yönde istatistiksel anlamlı korelasyon katsayıları saptandı. Çoklu stepwise regresyon analizi ile EQ-5D indeks skor üzerine MacNew ölçeğinin alt boyutları ve toplam skorunun etkisini araştırdığımızda global skor modelde anlamlı olarak yer aldığı bulundu. Global skor EQ-5D indek skordaki değişkenliğin %46.5'ini açıkladığı bulundu (Adjusted R^2=0.465).
- EQ-5D genel sağlık ölçeğinin güvenirlik katsayısı Cronbach α=0.860 olarak bulundu. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin geneline (global) ilişkin güvenirlik katsayısı Cronbach α=0.936 olarak bulundu, alt boyutların güvenirlik katsayılarının 0.867 ile 0.887 arasında değiştikleri bulundu.

AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ İLE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

- Yaşam kalitesinin bir göstergesi olan EQ-5D indeks skor ile yaş arasında negatif yönde (yaş arttıkça yaşam kalitesi düşüyor) zayıf bir korelasyon (r=-0.032) saptandı fakat bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.727). Yaş grupları (<65 ≥65) arasında EQ-5D indeks ve VAS skorları ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları açısından anlamlı fark bulunmadı (p>0.05 tüm karşılaştırmalar için).
- Kadınlarda yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor ve MacNew skorları) erkeklerden istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu (p<0.05 tüm karşılaştırmlar için).
- Bekarlarda yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor ve MacNew skorları) evlilere göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu (p<0.05 tüm karşılaştırmlar için).
- Eğitim grupları arasında yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor ve MacNew skorları) anlamlı olarak farklı bulundu (p<0.05 tüm karşılaştırmlar için), farklılık eğitimsiz grubun; lise ve üniversiteden istatistiksel anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesi skoruna sahip olmasından kaynaklanıyordu. Ayrıca eğitim durumu ile EQ-5D indeks skor arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon (r=0.311 ; p<0,001) bulundu, hastaların eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesi de artmaktaydı. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları ile eğitim durumu arasındaki korelasyon

katsayılarının 0.328 ile 0.418 arasında değiştikleri ve istatistiksel anlamlı oldukları bulundu.

- Çalışma duruma göre yaşam kalitesi incelendiğinde, EQ-5D indeks skor işsizlerde, emekli ve çalışanlara göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0.001$), buna karşın çalışanlar ile emekliler arasında farklılık saptanmadı ($p>0.05$).
- Yaşam kalitesi (EQ-5D İndeks skor) ile hastaneye geliş sayısı ($r=0.547$; $p<0.001$) arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı korelasyon saptandı. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları ile hastaneye geliş sayısı arasındaki korelasyon katsayılarının 0.505 ile 0.629 arasında değiştikleri ve istatistiksel anlamlı oldukları bulundu.
- Yaşam kalitesi (EQ-5D İndeks skor) ile gelir düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı korelasyon ($r=0.201$; $p<0.038$) saptandı. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları ile gelir düzeyi arasındaki korelasyon katsayılarının 0.266 ile 0.342 arasında değiştikleri ve istatistiksel anlamlı oldukları bulundu.

AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ İLE KLİNİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

- Klinik tanıya göre yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor ve MacNew skorları) Angina Pektorisli hastalarda, AMİ'li hastalara göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).
- Eşlik eden hastalığı olanlarda yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor ve MacNew skorları) eşlik eden hastalığı olmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0.05$).
- Aile öyküsü olanlarla olmayanlar arasında yaşam kalitesi (EQ-5D indeks skor ve MacNew skorları) açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

ÖNERİLER

1. EQ-5D indeks skor ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ve toplam skoru arasındaki ilişkiler EQ-5D genel sağlık ölçeğinin akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini belirlemede kullanılabilir geçerli bir ölçek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini araştıracak araştırmacılara kısa ve uygulaması çok kolay olan ayrıca tek bir yaşam kalitesi skoru veren EQ-5D genel sağlık ölçeğinin kullanılmasını,
2. Hemşirelerin AKS'li hastalarda yaşam kalitesini EQ-5D v.b. geçerli ve güvenilir ölçeklerle düzenli olarak değerlendirmesini,
3. Hemşirelerin kardiyak rehabilitasyon programları kapsamında AKS'li hastaların yaşam kalitesini etkileyen demografik ve klinik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, eşlik eden hastalık gibi) dikkate alarak bakım vermesini ve eğitim düzenlemesini,
4. AKS'li hastalara bakım veren hemşirelerin bu hastalarda yaşam kalitesi ve bunları etkileyen faktörler konusunda bilgilendirilmesini ve bu bilgilerini hemşirelik bakımına yansıtmalarını önerebiliriz.

TÜRKÇE ÖZET

Bu araştırmanın amacı akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için EQ-5D genel yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe versiyonunun kullanılıp kullanılamayacağını belirlemek ve akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini klinik-sosyodemografik özelliklere göre incelemektir.

Araştırma Şubat-Mayıs 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji servis ve polikliniğinde akut koroner sendrom tanısı alan 122 hasta üzerinde yürütülen kesitsel tasarımdadır. Veriler EQ-5D genel yaşam kalitesi ölçeği, MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeği ve demografik-klinik verileri kapsayan bir anket formu kullanılarak elde edildi.

Hastaların yaş ortalaması 62.9±9.3, beden kitle indeksi ortalaması 27.0±3.6 olarak bulundu. 122 hastanın 88'ini (%72,1) erkekler oluşturmaktaydı. Hastaların çoğunluğu (%86.9) evliydi. Hastaların eğitim durumları incelendiğinde çoğunluğun (%70.5) ilköğretim seviyesinde olduğu, buna karşın üniversite eğitim düzeyine sahip olanların ise (%5.7) azınlıkta olduğu görüldü. 122 hastanın 81'ini (%66.4) emekliler oluştururken, çalışanların sayısı 12 (%9.8) olarak bulundu. Hastaların hastaneye geliş sayısı ortalama 4.5±3.5 olarak bulundu. 122 hastanın 67'si (%54.9) akut miyokart infarktüsü hastasıydı, 52'sinde (%42.6) aile öyküsü pozitif, 60'ında (%49.2) eşlik eden en az bir hastalık vardı.

Çalışmamızda EQ-5D indeks skoru ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ve toplam skoru arasında 0.557 ile 0.721 arasında değişen pozitif yönde istatistiksel anlamlı ($p<0.001$) korelasyon katsayıları saptandı.

EQ-5D genel sağlık ölçeğinin güvenirlik katsayısı Cronbach $\alpha=0.860$ olarak bulundu. MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin geneline (global) ilişkin güvenirlik

katsayısı Cronbach α=0.936 olarak bulundu, alt boyutların güvenirlik katsayılarının 0.867 ile 0.887 arasında değiştikleri bulundu.

Kadın hastaların yaşam kaliteleri erkeklere göre, bekarların evlilere göre daha kötü bulundu. Eğitim, gelir düzeyi ve hastaneye geliş sayısı arttıkça yaşam kalitesi de yükseldiği gözlendi. Eşlik eden hastalığı olanlarda yaşam kalitesi olmayanlara göre daha kötü bulundu.

Sonuç olarak, EQ-5D indeks skoru ile MacNew Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ve toplam skoru arasında saptanan anlamlı ilişkiler EQ-5D ölçeğinin akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini belirlemede geçerli bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesini EQ-5D v.b. geçerli ve güvenilir ölçeklerle düzenli olarak değerlendirmesini, bu hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler konusunda bilgilendirilmesini ve bu bilgilerini hemşirelik bakımına yansıtmalarını önerebiliriz

İNGİLİZCE ÖZET

The aim of this study is to determine whether use of the Turkish version of EQ-5D Health Related Quality of Life (HRQoL) scale in patients with acute coronary syndrome and to examine quality of life in patients with acute coronary syndrome by socio-demographigs and clinical characteristics.

This study was a cross sectional design from February to May 2008 that conducted n=122 patients who were admitted to the cardiology department of Trakya University hospital due to acute coronary syndrome. Data were obtained from the patients using the Turkish version of the EQ-5D HRQoL scale and MacNew HRQoL instrument, and a brief questionnaire contains some socio-demographic and clinic characteristics.

Mean age was found 62.9±9.3 and mean body mass index was found 27.0±3.6. Of the one hundred twenty two patients, 88 (%72.1) were male and most of them (%86.9) were married. When we examined education level, most of the patients had primary school degree (70.5%), however the minority (5.7%) of the patients had university degree. Of the one hundred twenty two patients, 81 (66.4%) were retired, however 12 (9.8) were workers. Mean number of hospital visit was found 4.5±3.5. Of the one hundred twenty two patients, 67 (54.9%) were acute miyocard infarctuse, 52 (42.6%) had positive family history, 60 (49.2%) had least one comorbidite.

There were found positive significantly correlation coefficients between the EQ-5D index score and MacNew global/domains scores ranged from 0.557 to 0.721 ($p<0.001$ for all of them).

Cronbach's α coefficient was found as α=0.860 for the EQ-5D scale. Cronbach's α coefficient was found as α=0.936 for the MacNew instrument that ranged from 0.867 to 0.887 for MacNew domains.

Quality of life in women patients with acute coronary syndrome worst than men, similarly quality of life in single worst than married. Education, income level, and number of hospital visits increase while quality of life increase. Quality of life in co-morbid patients worst than none co-morbid patients.

In conclusion, significantly correlations between EQ-5D index score and MacNew global/domains scores shows that the validity of the EQ-5D index scale to determine quality of life in patients with acute coronary syndrome.

Nurses should be assessed quality of life in patients with acute coronary syndrome by valid and reliable scales such as EQ-5D, additionally they should be informed about risk factors for quality of life and they shoul be use these experiences in daily clinical care practices.

KAYNAKLAR

(1) Lewis SM, Heitkemper MM. Medical-Surgical Nursing. St Louis: MO: Mosby, 2000.

(2) Unsar S, Durna Z, Sut N. Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya sağlık eğitiminde hemşirenin rolü. Hemşirelik Forumu 2004; 7:27-41.

(3) Unsar S, Sut N, Durna Z. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease. J Cardiovasc Nurs 2007; 22(6):501-507.

(4) Onat A, Sansoy V, Soydan I, Tokgozoglu L, Adalet K. Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı. İstanbul: Ohan, 2000.

(5) Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. Atherosclerosis 2001; 156(1):1-10.

(6) Onat A, Senocak MS, Surdum-Avci G, Ornek E. Prevalence of coronary heart disease in Turkish adults. Int J Cardiol 1993; 39(1):23-31.

(7) American Heart Association. http://www.americanheart.org/statistics/biostats/index.html . 26-6-2008.

(8) Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr . 20-3-2009.

(9) Türk Kardiyoloji Derneği. Turkiye Kalp Raporu. İstanbul : Yenilik Basımevi, 2000.

(10) Ellis JJ, Eagle KA, Kline-Rogers EM, Erickson SR. Validation of the EQ-5D in patients with a history of acute coronary syndrome. Curr Med Res Opin 2005; 21(8):1209-1216.

(11) Daskapan A, Hofer S, Oldridge N, Alkan N, Muderrisoglu H, Tuzun EH. The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew Heart Disease Questionnaire in patients with angina. J Eval Clin Pract 2008; 14(2):209-213.

(12) Dixon T, Lim LL, Oldridge NB. The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: reference data for users. Qual Life Res 2002; 11(2):173-183.

(13) Hofer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: a summary. Health Qual Life Outcomes 2004; 2:3.

(14) Asadi-Lari M, Javadi HR, Melville M, Oldridge NB, Gray D. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. Health Qual Life Outcomes 2003; 1:23.

(15) Jolly K, Taylor RS, Lip GY, Davies M, Davis R, Mant J et al. A randomized trial of the addition of home-based exercise to specialist heart failure nurse care: the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study for patients with Congestive Heart Failure (BRUM-CHF) study. Eur J Heart Fail 2009; 11(2):205-213.

(16) Elliott D, Lazarus R, Leeder SR. Health outcomes of patients undergoing cardiac surgery: repeated measures using Short Form-36 and 15 Dimensions of Quality of Life questionnaire. Heart Lung 2006; 35(4):245-251.

(17) Westlake C, Dracup K, Creaser J, Livingston N, Heywood JT, Huiskes BL et al. Correlates of health-related quality of life in patients with heart failure. Heart Lung 2002; 31(2):85-93.

(18) The EuroQoL Group. EuroQoL — a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16:199-208.

(19) Rabin R, de CF. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Ann Med 2001; 33(5):337-343.

(20) Dolan P, Gudex C, Kind P, Williams A. The time trade-off method: results from a general population study. Health Econ 1996; 5(2):141-154.

(21) Fayers PM, Machin D. Quality of Life - Assessment, Analysis & Interpretation. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2000.

(22) Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. York: Oxford University Press, 1997.

(23) Dolan P, Gudex C. Time preference, duration and health state valuations. Health Econ 1995; 4(4):289-299.

(24) EuroQol Group. EQ-5D available versions. http://www.euroqol.org/web/users/language_a.php . 20-5-2008.

(25) Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQoI 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. Qual Life Res 1998; 7(4):311-322.

(26) Coast J, Peters TJ, Richards SH, Gunnell DJ. Use of the EuroQoL among elderly acute care patients. Qual Life Res 1998; 7(1):1-10.

(27) Hurst NP, Jobanputra P, Hunter M, Lambert M, Lochhead A, Brown H. Validity of Euroqol--a generic health status instrument--in patients with rheumatoid arthritis. Economic and Health Outcomes Research Group. Br J Rheumatol 1994; 33(7):655-662.

(28) Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D). Br J Rheumatol 1997; 36(5):551-559.

(29) Schrag A, Selai C, Jahanshahi M, Quinn NP. The EQ-5D--a generic quality of life measure-is a useful instrument to measure quality of life in patients with Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 69(1):67-73.

(30) Tidermark J, Zethraeus N, Svensson O, Tornkvist H, Ponzer S. Femoral neck fractures in the elderly: functional outcome and quality of life according to EuroQol. Qual Life Res 2002; 11(5):473-481.

(31) Schweikert B, Hahmann H, Leidl R. Validation of the EuroQol questionnaire in cardiac rehabilitation. Heart 2006; 92(1):62-67.

(32) Sapin C, Fantino B, Nowicki ML, Kind P. Usefulness of EQ-5D in assessing health status in primary care patients with major depressive disorder. Health Qual Life Outcomes 2004; 2:20.

(33) van der Zanden BP, Dijkgraaf MG, Blanken P, de Borgie CA, van Ree JM, van den BW. Validity of the EQ-5D as a generic health outcome instrument in a heroin-dependent population. Drug Alcohol Depend 2006; 82(2):111-118.

(34) Iglesias CP, Birks Y, Nelson EA, Scanlon E, Cullum NA. Quality of life of people with venous leg ulcers: a comparison of the discriminative and responsive characteristics of two generic and a disease specific instruments. Qual Life Res 2005; 14(7):1705-1718.

(35) Nowels D, McGloin J, Westfall JM, Holcomb S. Validation of the EQ-5D quality of life instrument in patients after myocardial infarction. Qual Life Res 2005; 14(1):95-105.

(36) Luo N, Chew LH, Fong KY, Koh DR, Ng SC, Yoon KH et al. Validity and reliability of the EQ-5D self-report questionnaire in Chinese-speaking patients with rheumatic diseases in Singapore. Ann Acad Med Singapore 2003; 32(5):685-690.

(37) Cleemput I, Kesteloot K, Moons P, Vanrenterghem Y, Van Hooff JP, Squifflet JP et al. The construct and concurrent validity of the EQ-5D in a renal transplant population. Value Health 2004; 7(4):499-509.

(38) Brazier JE, Walters SJ, Nicholl JP, Kohler B. Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. Qual Life Res 1996; 5(2):195-204.

(39) Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. Kılavuz Yayınları, 2007.

(40) Casey P. Acute Coronary Syndromes. Colombia: American Association Critical-Care Nurses, 2002.

(41) Steuble BT. Degeneratice Cardiovascular Disorders. Missouri: Mosby-Year Book, 1996.

(42) Enar R, Özkan AA. Akut Miyokard Infarktüsü Trombolitik Tedavi. İstanbul, Tatlıdil Matbaacılık, 1998.

(43) Jaffe AS, Davidenko J. Unstable Coronary Syndromes. Diagnosis of Acute Myocardial Ischemia and Infarction. London: Mosby International Limited, 2001.

(44) Payzın S. O dalgasız (Non-Q) Miyokard İnfarktüsü. İstanbul: ARGOS, 1999.

(45) Thelan L, Lirden LD, Lough ME, Stacy KM. Critical care nursing diagnosis and management. Philadelphia: A Times Mirror Company, 1998.

(46) Black JM, Hawks JH, Keene AM. Medical-Surgical Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2009.

(47) Boydak B. Akut miyokard infarktüsü ve anstabil angina pektoris. STED 2001; 10(10):378-381.

(48) Dressler DK, Gettrust KV. Plans of Care for Specialty Practice Cardiovascular Critical Care Nursing. New York: Delmar Publisher Inc, 1994.

(49) Gallagher B, Gulanick M. Nursing Care Plans Nursing Diagnosis and Intervention. St. Louis: Mosby Company, 1998.

(50) Guzetta CE, Dossey BM. Cardiovascular Nursing Holistic Practice. St Louis: Mosby-Year Book, 1992.

(51) Tucker SM, Canobbio MM, Poqette EV, Walls MF. Patient Care Standards. StLouis: Mosby Company, 1992.

(52) Tucker SM, Canobbio MM. Patient Care Standarts Collaborative Planning&Nursing Interventions. StLouis: Mosby Company, 2000.

(53) Underhill SL, Woods SL, Froelicher ES, Halpenny CJ. Cardiac Nursing. Philadelphia: B Lippincott Company , 2009.

(54) Güven Ö, Sansoy V. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Dergisi 2002; 1:44-55.

(55) Enç N. Miyokard İnfarktüsünde Trombolitik Tedavi ve Bakım, Trombolitik Tedavi Alan Hastanın Bakımı. İstanbul, Ekin Tıbbi Yayın, 1998.

(56) Lucmann J. Saunders Manual of Nursing Care. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1997.

(57) Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul: İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, 1996.

(58) Adam SK, Osborne S. Critical Care Nursing Science and Practice. NewYork: Oxford University Press Inc, 1997.

(59) Canobbio MM. Handbook of Patient Teaching. Missouri: Mosby- YearBook, Inc., 1996.

(60) Stillwell SB, Randal EM. Cardiovascular Care. Missouri: Mosby-Year Book, 1994.

(61) Fullwood J, Butler G, Smith T, Cox M, Bride W, Mostaghimi Z et al. New strategies in the management of acute coronary syndromes. Nursing Clinics of North America 2000; 35(4):877-+.

(62) Steuble BT. Cardiovascular dysfunctions. Philadelphia: A Times Mirror Company, 1995.

(63) Nolan J, Greenwood J, Mackintosh A. Kardiyak Aciller. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2000.

(64) The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998; 46:1569-1585.

(65) Dilek F. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.

(66) Eski S. Miyokart İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilmleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, 1999.

(67) Acaray P, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 1:1-10.

(68) Dolan P, Gudex C, Kind P, Williams A. The time trade-off method: results from a general population study. Health Econ 1996; 5(2):141-154.

(69) MacNew Group. Measuring Outcome in Heart Disease: MacNew Health related Quality of Life Instrument. http://www.macnew.org . 15-10-2008.

(70) Durmaz T, Özdemir Ö, Akyunak-Özdemir B, Keleş T, Akar-Bayram N, Bozkurt E. Factors Affecting Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease. Turk J Med Sci 2009; 39(1):1-8.

(71) Pettersen KI, Reikvam A, Rollag A, Stavem K. Understanding sex differences in health-related quality of life following myocardial infarction. Int J Cardiol 2008; 130(3):449-456.

(72) Westin L, Carlsson R, Erhardt L, Cantor-Graae E, McNeil T. Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease. A prospective controlled study. Scand Cardiovasc J 1999; 33(3):160-165.

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Angina pektoris tipleri ve özellikleri
Şekil 2. EQ-5D indeks skorun şekilsel gösterimi
Şekil 3. EQ-5D indeks skor hesabında kullanılan katsayılar
Şekil 4. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin duygusal (emotional) alt boyutu arasındaki ilişki
Şekil 5. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin fiziksel (physical) alt boyutu arasındaki ilişki
Şekil 6. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin sosyal (social) alt boyutu arasındaki ilişki
Şekil 7. EQ-5D indeks skor ile MacNew ölçeğinin global skoru arasındaki ilişki
Şekil 8. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin duygusal (emotional) alt boyutu arasındaki ilişki
Şekil 9. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin fiziksel (physical) alt boyutu arasındaki ilişki
Şekil 10. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin sosyal (social) alt boyutu arasındaki ilişki
Şekil 11. EQ-5D VAS skor ile MacNew ölçeğinin global skoru arasındaki ilişki.

TABLOLAR

Tablo 1. EQ-5D genel bir sağlık ölçeği ve MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin güvenirlik (Cronbach-α) katsayıları

Tablo 2. Hastalara ilişkin demografik özellikler

Tablo 3. Hastalara ilişkin klinik özellikler

Tablo 4. EQ-5D ölçeğinin her bir maddesine verilen cevapların frekans dağılımı

Tablo 5. Yaş gruplarına (<65 ≥ 65) göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

Tablo 6. Cinsiyete göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

Tablo 7. Medeni duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

Tablo 8. Eğitim duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

Tablo 9. Çalışma duruma göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

Tablo 10. Klinik tanıya göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

Tablo 11. Eşlik eden hastalık varlığına göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

Tablo 12. Aile öyküsüne göre EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları

Tablo 13. EQ-5D genel sağlık ölçeği ile MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi ölçeğinin global ve alt ölçek skorları ile tanımlayıcı ve klinik bazı değişkenler arasındaki korelasyon (Spearman) katsayıları ve anlamlılık (p) düzeyleri

Tablo 14. EQ-5D indeks skor üzerine MacNew ölçeğinin alt boyutları ve toplam skorunun etkisinin çoklu regresyon analizi ile incelenmesi

Tablo 15. Bazı demografik ve klinik değişkenlerinin EQ-5D indeks skor üzerinde olan etkilerinin çoklu regresyon analizi sonuçları

ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Giresun'un Espiye ilçesinde doğan Hatice Kahyaoğlu Süt ilk, orta ve lise öğrenimini Giresunda tamamladı. 2002 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksek Okulundan mezun oldu ve hemşire unvanı aldı. 2000 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2007 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisans eğitimine başladı.

EKLER

Ek 1: EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek 2: MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi

Ek 3: Etik Kurul İzin Formu

EQ-5D GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

A- Hareket

1( ) Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum

2( ) Yürürken bazı güçlüklerim oluyor

3( ) Yatalağım

B- Öz-bakım

1( ) Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum

2( ) Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor

3( ) Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan aktiviteler

*(*örneğin*, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya b*oş *zaman faaliyetleri)*

1( ) Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum

2( ) Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor

3( ) Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

1( ) Ağrı veya rahatsızlığım yok

2( ) Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var

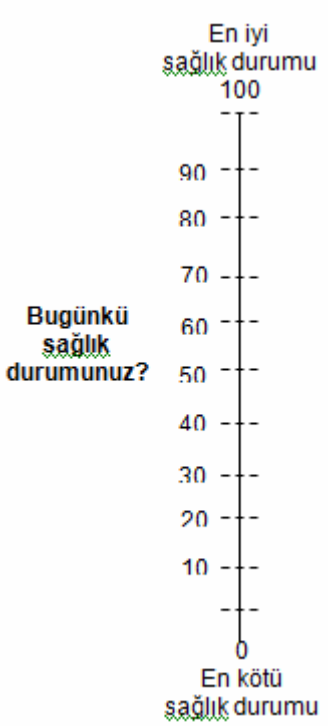
3( ) Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

E- Anksiyete/Depresyon

1( ) Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim

2( ) Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk

3( ) Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk



MACNEW KALP HASTALIĞI SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

Aşağıdaki sorulara verilecek cevaplar **son iki haftaya** ilişkindir. Lütfen kutunun içine X işareti koyarak cevabınızı bildiriniz.

1. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi sinirli, sabırsız veya öfkeli hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

2. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi değersiz veya yetersiz hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

3. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi kalp probleminizle meşgul olabilecek kadar güvenli ve emin hissettiniz?

1 ❑ Hiçbir Zaman
2 ❑ Nadiren
3 ❑ Az
4 ❑ Bazen
5 ❑ Sık Sık
6 ❑ Çoğunlukla
7 ❑ Her Zaman

4. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi keyifsiz ve kederli hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen

5 ❑ Az

6 ❑ Nadiren

7 ❑ Hiçbir Zaman

5. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi rahatlamış ve huzurlu hissettiniz?

1 ❑ Hiçbir Zaman

2 ❑ Nadiren

3 ❑ Az

4 ❑ Bazen

5 ❑ Sık Sık

6 ❑ Çoğunlukla

7 ❑ Her Zaman

6. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi yorgun ve halsiz hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman

2 ❑ Çoğunlukla

3 ❑ Sık Sık

4 ❑ Bazen

5 ❑ Az

6 ❑ Nadiren

7 ❑ Hiçbir Zaman

7. Son iki hafta boyunca, özel yaşantınızla ilgili olarak ne kadar mutlu, hoşnut veya memnunsunuz?

1 ❑ Çoğunlukla Hoşnutsuz, Çoğu Zaman Mutsuz

2 ❑ Genelde Hoşnutsuz, Mutsuz

3 ❑ Biraz Hoşnutsuz, Mutsuz

4 ❑ Genellikle Hoşnut

5 ❑ Genellikle Mutlu

6 ❑ Genellikle Çok Mutlu

7 ❑ Çok Mutlu, ve Memnun

8. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi huzursuz veya tedirgin hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman

2 ❑ Çoğunlukla

3 ❑ Sık Sık

4 ❑ Bazen

5 ❑ Az

6 ❑ Nadiren

7 ❑ Hiçbir Zaman

9. Son iki hafta boyunca, günlük fiziksel aktivitelerinizi yaparken ne kadar nefes darlığı çektiniz?

1 ❑ Aşırı Nefes Darlığı
2 ❑ Çok Nefes Darlığı
3 ❑ Epeyce Nefes Darlığı
4 ❑ Orta Düzeyde Nefes Darlığı
5 ❑ Biraz Nefes Darlığı
6 ❑ Çok Az Nefes Darlığı
7 ❑ Nefes Darlığı Yok

10. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi ağlayacakmış gibi hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

11. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi kalp probleminizden öncesine göre daha bağımlı hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

12. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, sosyal veya ailenizle ilgili aktivitelerinizi gerçekleştirmede kendinizi yetersiz hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren

7 ❑ Hiçbir Zaman

13. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, diğer kimselerin size olan güveninin kalp probleminizden öncesi gibi olmadığını hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

14. Son iki hafta boyunca, günlük aktivitelerinizi yaparken ne kadar sıklıkta, göğüs ağrısı çekmektesiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

15. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizden emin olmadığınızı veya kendinize olan güveninizde azalma olduğunu hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

16. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, bacaklarınızda ağrı ve yorgunluk hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren

7 ❑ Hiçbir Zaman

17. Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, egzersiz veya spor yaparken ne kadar limitlisiniz?

1 ❑ Aşırı Derecede Limitli
2 ❑ Çok Limitli
3 ❑ Epeyce Limitli
4 ❑ Orta Derecede Limitli
5 ❑ Biraz Limitli
6 ❑ Az Limitli
7 ❑ Limitsiz

18. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi endişeli ve korkulu hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

19. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi şaşkın veya sersemlemiş gibi hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

20. Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi kısıtlı ya da limitli hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

21. Son iki hafta boyunca, ne kadar fiziksel aktivite veya egzersiz yapmanız gerektiği hakkında, kendinizi ne kadar sıklıkta, endişeli hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

22. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, ailenizi size karşı aşırı koruyucuymuş gibi hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

23. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi diğer kişiler üzerinde yükmüş gibi hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

24. Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi diğer kişilerle birlikte yapılan işlerden ayrı tutulmuş hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

25. Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi sosyalleşmede yetersiz hissettiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

26. Son iki hafta boyunca, kalp probleminiz nedeniyle, fiziksel yönden ne kadar kısıtlı veya limitlisiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman

27. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kalp probleminizin cinsel hayatınızı limitlediğini veya engellediğini hissetmektesiniz?

1 ❑ Her Zaman
2 ❑ Çoğunlukla
3 ❑ Sık Sık
4 ❑ Bazen
5 ❑ Az
6 ❑ Nadiren
7 ❑ Hiçbir Zaman
❑ Cevapsız

ETİK KURUL İZİN FORMU

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURULU, Edirne, Türkiye
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2008 / 07
	PROTOKOL ADI	Akut Koroner Sendromlarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	TÜTF Yerel Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	Araştırıcıların Kendileri
	FAZI	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☑ Tek Merkez ☐ Çok Merkez ☑ Ulusal ☐ Uluslar arası

	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	31.01.2008		☑ Türkçe ☐ İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			☐ Türkçe ☐ İngilizce

KARAR BİLGİLERİ

Karar No: 03 / 08 **Tarih: 07.02.2008**

Üniversitemiz Edirne Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Hatice KAHYAOĞLU SÜT'ün tezinin araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırma bütçesinin araştırıcıların kendileri tarafından karşılanması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF Etik Kurul Yönergesi

ÜYELER

Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F Farmakoloji A.D.	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	☐E ☐H	☐E ☐H	izinli
Prof.Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	☐E ☐H	☐E ☐H	izinli
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	☐E ☒H	☒E ☐H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	☐E ☒H	☒E ☐H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	☐E ☐H	☐E ☐H	izinli
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Avukat Barış DEMİREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	☐E ☒H	☒E ☐H	

* Araştırma ile İlişki,
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan