

## Koroner By-Pass Ameliyatı Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

Özlem DOĞU<sup>1</sup>, Hale ÇOLAK GÜNGÖRSÜN<sup>2</sup>, Ünal ERKORKMAZ<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup> Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

### Özet

**Amaç:** Çalışma, koroner by-pass uygulanan hastalar yaşam kalitesine belirlemek amacıyla planlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya bir eğitim ve araştırma hastanesinin son 6 ay içerisinde koroner bypass uygulanmış ve eğitim amaçlı broşür verilerek taburcu olmuş, Haziran 2014 - Mart 2015 tarihleri arasında poliklinik kontrolleri sırasında çalışmaya katılmayı kabul eden 119 hasta alındı. Hastalara, demografik özellikler formu ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş, Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmış olan Kısa Form- 36 ölçeği kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya by-pass uygulanan 119 hasta dahil edildi. Bireylerin SF-36 yaşam kalitesi fiziksel komponent özet puan ortalaması 41.70±6.14 ve mental komponent özet puan ortalaması 38.77±5.85 ile orta düzeyde olduğu görüldü. Ölçek alt puanları ortalamalarından fiziksel fonksiyon puan ortalaması 19.45±4.36, sosyal fonksiyon 5.63±1.14, fiziksel işlev 4.89±1.35, emosyonel işlev 1.09±1.34, mental sağlık 18.64±3.01, enerjilyorgunluk 13.40±4.15 ve ağrı 6.36±2.20 idi.

**Sonuç:** Çalışmada by-pass uygulanan hastalarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin den aldıkları puanın orta düzeyde olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Koroner- by-pass, yaşam kalitesi

### Abstract

**Aim:** The study, patients undergoing coronary bypass was planned to determine the quality of life.

**Material and Methods:** Working in a teaching and research hospital in the last 6 months underwent coronary bypass surgery and were discharged educational brochure given in June 2014 - March 2015 while participating in the study enrolled 119 patients between clinic that accepts checks. Patients were developed by the Rand Corporation to assess the demographic form and the quality of life, and the Turkish reliability and validity study conducted by Koçyiğit Short Form-36 scale was used and colleagues.

**Results:** 119 patients were included in the research performed bypass surgery. The SF-36 quality of life scale, physical component summary quality of life mean score 41.70 ± 6.14 and mental component summary scores were found. Lower scores of physical function score average of the average of 19:45 ± 4.36, social function 5.63 ± 1.14, physical function, 4.89 ± 1.35, 1:09 ± 1:34 emotional function, and mental health 18.64 ± 3.01 power \ fatigue and pain was 4:15 ± 6:36 ± 2:20 13:40.

**Conclusion:** The study showed patients who underwent bypass the SF-36 quality of life scale was found to be moderate.

**Keywords:** Coronary - bypass, quality of life

Corr. Author:

**Arş. Gör. Özlem DOĞU**

Sakarya Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu, Sakarya

T: 0264 255 08 02

GSM: 0505 679 20 63

F: 0264 295 66 02

ozlemdogu@sakarya.edu.tr

## Introduction

Kardiyak problemler dünyada ve Türkiye’de en önemli ani ölüm sebebidir. Avrupa’da 75 yaş altı ölümlerin kadınlarda %45’inden, erkeklerde %38’inden kardiyovasküler hastalıklar sorumludur. Ani ölümlerin ise hemen yarısını kalp kaynaklı problemler oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 yılında 17.3 milyon kişinin Kardiyovasküler Hastalık (KVH)’lardan dolayı hayatını kaybettiğini, 2030 yılına kadar da 23 milyon kişinin hayatını kaybedeceğini öngörmektedir<sup>1,6,8,9,12,18,19,22</sup>.

Kardiyovasküler hastalıklarda mortalite çoğunlukla taburculuktan sonraki ilk 3 ay içerisinde görülürken, mortalitye düşüren temel faktörler, %50 oranla uygun sağlık davranışları sonucu risk faktörlerinin yönetimi iken, % 40’ı tedavi ile iyileşme ve taburculuk sonrası tedaviye uyum ile sağlanabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalar, sağlık davranışlarındaki değişimin KVH görülme oranını ve mortalitesini düşürdüğünü, konu hakkında eğitim alanlarında gerekli sağlık davranışı ve yaşam tarzı değişikliğine daha fazla önem verdiğini ve KVH risk faktörlerini azalttığını, buna bağlı olarak yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir<sup>15,16</sup>.

Yaşam kalitesi son yıllarda giderek artan kullanımı ile birlikte kabul edilen ortak bir tanımı bulunmamaktadır. Kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu veya en kısa biçimde algılanan sağlık olarak kabul edilebilir. Özellikle ilerleyen teknolojiyle birlikte hastalıkların tedavisinde gelişmeler sağlanması, ortalama yaşam süresinin uzamasına ve bununla bağlantı olarak kronik hastalıkların sağaltımı yaşam kalitesinin artırılmasının önemini ortaya çıkarmış ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için ölçek geliştirme çabasına girilmesine neden olmuştur. Ölçekler, genel olarak her bireye uygulanabilen genel ölçekler olabilirken, belirli hastalık grubuna özgün olan özel ölçekler de olabilmektedir. Bu ölçekler genellikle yaşam kalitesini; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ruh sağlığı gibi farklı boyutlara ayırarak değerlendirmektedir<sup>2,4,5, 20,21</sup>.

Türkiye de hasta bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan pek çok ölçek vardır. Bu ölçekler arasında en sık kullanılanı genel kapsamlı jenerik ölçeklerden birisi olan kısa form 36 (SF-36) ölçeğidir. Bu doğrultuda çalışmada, Sakarya ilinde bulunan bir üniversite, eğitim ve araştırma hastanesinde

koroner by-pass ameliyatı olmuş ve taburcu olmuş hastaların yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Amaç

Bu çalışmanın amacı; koroner by-pass ameliyatı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmektir.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sakarya il merkezinde bulunan üniversite, eğitim, araştırma hastanesinin kardiyovasküler cerrahi biriminde, son 6 ay içerisinde koroner bypass ameliyatı olan ve taburcu olmuş, Haziran 2014 - Mart 2015 tarihleri arasında poliklinik kontrolleri sırasında çalışmaya katılmayı kabul eden, herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmayan 119 kalp hastası (katılım %84) oluşturdu.

### Veri Toplama Araçları

Veriler, demografik özellikleri içeren Soru formu ve “SF-36- Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak toplandı.

Soru Formu; eğitim durumları, medeni durumları, yaş gibi demografik özellikler ve sağlık öyküsü içeren 10 sorudan oluştu.

SF-36-Yaşam Kalitesi Ölçeği; Bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş, türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmış olan Kısa Form- 36 ölçeği kullanıldı. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, zindelik, genel sağlık algısı olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir. Fiziksel komponent (Physical Component Scale, PCS) ve mental komponent (Mental Component Scale, MCS) olmak üzere iki özet skalası vardır. Sekiz alt boyutun ölçümünü sağlayan ölçek (fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı ortanca, genel sağlık algısı, enerji/ canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı), 36 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel komponent ve mental komponent olmak üzere iki özet skalası vardır. Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, mental komponent özet skalası ise; zindelik, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından

oluşur. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve puan yükseldikçe yaşam kalitesinin iyi olduğu şeklinde değerlendirilir. 0 kötü sağlık durumunu gösterirken 100 iyi sağlık durumunu gösterir<sup>16</sup>. Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.61 olarak bulundu.

### Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel olarak kategorik verilerin sıklığı ve yüzdeleri verilmiştir. Karşılaştırmalı gruplarda normal dağılımı belirlemek amaçlı Kolmogorov-Smirnov değerine bakılıp kruskal wallis, mann whitney u testi, t testi ile değerlendirildi. Ölçek puan ortalamaları ile yaş arasında ilişki belirlenmesinde pearson korelasyon analizi  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### Etik Konular

Araştırmaya başlamadan önce, tüm kurumlardan yazılı izinler alındı. Araştırma örneklemini oluşturan hastalara çalışmanın amacı ve kendisinden ne beklendiği açıklanarak isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için kendilerinden bilgilendirilmiş izin alındı.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini sadece Sakarya il merkezinde koroner by-pass işlemi uygulanan hasta bireyler oluşturdu. Bu nedenle araştırma sonuçları genellenemez.

### Bulgular

Araştırmaya KVC girişimi uygulanan 119 hasta dahil edildi. Bireylerin % 84,0'ı erkek, yaş ortalaması  $59.84 \pm 10.74$  ve %95.0 evli ve %75.6' sını çalışmıyor idi. Eğitim durumları; %7.6'sı okur-yazar değil, %75.6'sı okur-yazar, %11.8'i lise mezunu, %5.0'ı lisans mezunu olduğu ve hiç yüksek okul mezunu bulunmadığı görüldü.

Katılımcıların ortalama hastalık süreleri 2 yıl idi. %77.3'ü ilacını unuttuğunda iki doz birlikte almadığını, % 91.6'sı düzenli beslendiği, % 89.1'i yara bakımı, % 94.1'i belirti ve bulgu takibine önem verdiğini ifade etti.

Tablo 1' de bireylerin SF-36 ölçeği alt boyutlarının puan or-

talamalarına yer verildi. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt puanlarında katılımcıların fiziksel fonksiyon puan ortalaması  $19.45 \pm 4.36$ , sosyal fonksiyon  $5.63 \pm 1.14$ , fiziksel işlev  $4.89 \pm 1.35$ , mental sağlık  $18.64 \pm 3.01$  olarak iyi düzeyde, emosyonel işlev  $1.09 \pm 1.34$  olarak düşük düzeyde, enerji/yorgunluk  $13.40 \pm 4.15$  ve ağrı  $6.36 \pm 2.20$  olarak orta düzeyde idi. Araştırmaya dahil edilen hastaların geçen yıl sağlık değişim puanları  $3.38 \pm 1.15$  (min:1, max:6) olarak belirlendi. Ölçeğin iki alt boyutu olan fiziksel komponent puan ortalaması  $41.70 \pm 6.14$  ve mental komponent puan ortalaması  $38.77 \pm 5.85$  olarak orta düzeyde elde edildi.

Tablo 1: SF-36 alt puan ortalamalarının dağılımı (n=119)

SF-36 Alt Grupları	X ± Sd
Fiziksel Fonksiyon	19,45±4,36 (min:10 , max:30)
Sosyal Fonksiyon	5.63±1.14 (min:2 , max:9)
Fiziksel İşlev	4.89±1.35 (min:0 , max:4)
Emosyonel İşlev	1.09±1.34 (min:0 , max:3)
Mental Sağlık	18.64±3.01 (min:5 , max:30)
Enerji/Yorgunluk	13.40±4.15 (min:4 , max:24)
Ağrı	6.36±2.20 (min:2 , max:12)
Genel sağlık anlayışı	14.99±3.00 (min:5 , max:25)

Çalışmada SF-36 yaşam kalitesi alt ölçek puanlarından enerji/yorgunluk ile cinsiyet ( $p=0.020$ ), genel sağlık anlayışı ile medeni durum ( $p=0.018$ ) arasında anlamlı fark olduğu görülürken, diğer değişkenler ile ölçek alt puanları arasında ise anlamlı fark olmadığı görüldü ( $p > 0,05$ ) (Tablo 2). Araştırmaya dahil edilen hastaların yaşları ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grupları arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel fonksiyon ile arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, mental sağlık ile pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi (Tablo 3).

### Tartışma

By-pass ameliyatı, bireylerin yaşam kalitesine büyük ölçüde etki eden ve hayatında geniş kapsamlı sınırlılıklar doğuran kronik bir hastalıktır. Fiziksel ve duygusal çöküntü ile birlikte ağrı, psikolojik ve sosyal fonksiyonlar en fazla etkilenen alanlardır. Hastalar taburcu olduklarında, tekrar rahatsızlanma ve ölüm korkusu gibi endişelerle normal hayatına dönmeye çalışmaktadır. Bu durum hem hastada hem de ailesinde fiziksel ve psikolojik yönden strese sokarak, yaşam kalitesini bozmakta ve

Tablo 2. Sosyodemografik bulgular ile ölçek alt puanı karşılaştırması (n:119)

Soyodemografik		Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel İşlev	Mental İşlev	Mental Sağlık	Enerji/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Anlayışı
Öğrenim Durumu	Okur yazar değilim (n=9)	17.44±4.36	5.30±1.00	5.44±1.81	4.66±1.32	20.11±4.07	14.77±3.59	7.00±3.08	13.88±2.20
	İlköğretim (n=90)	19.67±4.48	5.63±1.18	4.87±1.29	4.12±1.37	18.53±3.03	14.14±2.47	6.90±2.21	15.06±3.00
	Lise-lisans (n=20)	19.35±3.75	5.75±1.06	4.70±1.38	3.70±1.17	18.75±3.55	14.75±2.31	6.15±2.36	15.45±3.31
	Test statistics	$\chi^2KW=2.110$ ; $p=0.348$	$\chi^2KW=0.830$ ; $p=0.660$	$\chi^2KW=1.647$ ; $p=0.439$	$\chi^2KW=3.282$ ; $p=0.194$	$\chi^2KW=1.136$ ; $p=0.567$	$\chi^2KW=2.755$ ; $p=0.252$	$\chi^2KW=1.645$ ; $p=0.439$	$\chi^2KW=1.955$ ; $p=0.376$
Cinsiyet	Erkek (n=100)	19.59±4.37	5.59±1.18	4.94±1.37	4.15±1.37	18.57±3.18	14.08±2.52	6.64±2.27	14.75±2.92
	Kadın (n=19)	18.73±4.36	5.84±0.89	4.63±1.21	3.78±1.18	19.31±3.35	15.42±2.34	7.52±2.41	16.26±3.17
	Test statistics	$U=841.000$ ; $p=0.426$	$U=841.000$ ; $p=0.409$	$U=824.000$ ; $p=0.293$	$U=829.000$ ; $p=0.325$	$U=767.000$ ; $p=0.182$	$U=633.000$ ; $p=0.020$	$U=738.000$ ; $p=0.120$	$U=714.500$ ; $p=0.084$
Medeni Durum	Bekar (n=6)	17.66±3.50	5.00±0.89	4.50±0.54	3.83±0.75	18.50±2.58	13.83±2.92	6.66±1.63	12.33±2.42
	Evli (n=113)	19.54±4.39	5.66±1.15	4.91±1.37	4.10±1.37	18.69±3.24	14.31±2.52	6.78±2.34	15.13±2.97
	Test statistics	$U=246.000$ ; $p=0.256$	$U=219.000$ ; $p=0.128$	$U=336.000$ ; $p=0.967$	$U=334.500$ ; $p=0.951$	$U=317.500$ ; $p=0.793$	$U=328.000$ ; $p=0.893$	$U=316.000$ ; $p=0.778$	$U=145.500$ ; $p=0.018$
Çalışma Durumu	Evet (n=29)	20.10±4.46	5.72±1.09	4.86±1.38	4.17±1.41	17.89±3.03	14.27±2.38	6.20±2.35	14.68±2.82
	Hayır (n=90)	19.24±4.33	5.60±1.16	4.90±1.34	4.06±1.33	18.94±3.23	14.30±2.58	6.96±2.28	15.08±3.06
	Test statistics	$U=1.163.500$ ; $p=0.378$	$U=1.293.500$ ; $p=0.941$	$U=1.293.000$ ; $p=0.932$	$U=1.256.000$ ; $p=0.736$	$U=1.026.000$ ; $p=0.083$	$U=1.289.000$ ; $p=0.908$	$U=1.063.000$ ; $p=0.130$	$U=1.291.000$ ; $p=0.930$

Tanımlayıcı istatistiklerin ortalama  $\pm$ standard standart sapma ve medianları alındı.

Tablo 3: SF- 36 alt puan ortalamalar ile yaş arasında ilişki (n=119)

Yaş	SF-36							
	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel İşlev	Mental İşlev	Mental Sağlık	Enerji/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Anlayışı
r	-0.236	-0.053	0.002	-0.018	0.237	-0.061	-0.022	0.085
p	0.010	0.569	0.984	0.846	0.009	0.512	0.814	0.361

\*Pearson korelasyon analizi

iyileşme sürecini de olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır<sup>5,6,7,13,15,17</sup>.

Bu çalışmada koroner by-pass ameliyatı geçiren 119 bireyin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak taburculuk sonrası yaşam kaliteleri değerlendirilmiş ve genel olarak orta düzeyde olduğu görüldü. Ölçekteki her boyutun puanı yükseldikçe

sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda ölçek alt puanlarından fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel işlev ve mental sağlık puan ortalamaları iyi düzeyde olduğu görüldü. Bu durum katılımcıları birçok fiziksel aktiviteyi kısıtlılık hissetmeden yapabildiğini, fiziksel veya emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın toplumsal etkinliklere katılabildiğini, iş yaşamında ve diğer günlük aktivi-

telerde fiziksel sağlık sorunları yaşamadığı ve sakin, genellikle rahat ve mutlu hissettiğini düşündürdü. Canlı, enerjik, yorgunluk düzeyinin objektif değerlendirilmesi olan enerjiyorgunluk ve ağrının varlığı, şiddeti veya ağrıya bağlı kısıtlılık olması durumunu ortaya koyan ağrı alt puan ortalamaları orta düzeyde bulundu. Emosyonel işlev puan ortalamasının düşük düzeyde olması bireylerin emosyonel sorunlara bağlı çalışma ya da günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiğini gösterdi. Bu durum literatür ile benzerlik göstermektedir. Hayatı tehdit eden kronik hastalıklarda bireyler umutsuzluk gibi duygular yaşamakta ve anksiyete, depresyon görülme durumu artmaktadır. Bu durum günlük hayatlarını etkileyerek tükenmişlik yaşamalarına neden olmaktadır<sup>8,10,16, 20,21</sup>.

Çalışmada katılımcıların öğrenim durumu ile ölçek alt puanları arasında anlamlı farklılık görülmez iken, öğrenim durumu arttıkça yıkanma ve giyinme gibi fiziksel aktiviteleri yapabilme durumunu gösteren fiziksel fonksiyon alt puanının da arttığı, kısıtlılık hissetmeksizin yapıldığı görüldü. Benzer şekilde toplumsal etkinliklere katılım durumunu gösteren sosyal fonksiyonun, iş yaşamı ve diğer günlük aktiviteleri gerçekleştirme durumunu gösteren fiziksel işlevin ve sağlığı konusunda inancını gösteren genel sağlık algısı puan ortalamalarının arttığı saptandı. Ancak sinirlilik, sakinlik ve mutluluk gibi ruh halini gösteren mental sağlık, emosyonel sorunlar nedeniyle günlük aktivite ve iş yaşamında sorun yaşayıp yaşamamayı gösteren mental işlev, bitkinlik veya canlılık gibi zindelik durumunu gösteren enerjiyorgunluk ve ağrı alt puan ortalamaları eğitim durumu arttıkça düştüğü görüldü. Öğrenim durumunun artması sağlıklı yaşamaya ilişkin davranışların yerleşmesini etkilemektedir. Bu durum yaşam kalitesini de etkileyecektir. Öğrenim durumunun artmasıyla birlikte ölçeğin alt puanlarında görülen artış birçok çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir<sup>2,4,20</sup>.

Cinsiyet etmeni ile ölçek alt puanları arasından sadece enerji ve yorgunluk arasında anlamlı farklılık vardı. Erkeklerin daha fazla yorgunluk ve bitkinlik yaşadığı görüldü. Bizim bulgumuzun aksine, Gülseren ve arkadaşları cinsiyetler arası farklılık açısından yaşam kalitesi değerlendirdikleri çalışmada, kadın hastalarda erkek hastalara göre sosyal fonksiyon dışındaki tüm alanlarda yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır<sup>10</sup>.

Katılımcıların medeni durum ile ölçek alt puan ortalamaları incelendiğinde sadece genel sağlık anlayışı ile anlamlı farklılık olduğu, evli bireylerin sağlığını daha iyi olduğuna inandığı, diğer alt puanlar ile farklılık olmadığı görüldü. Çalışmamızın bu bulgusu literatür ile uyumluluk göstermemektedir. Bilir ve arkadaşları Van ilinde yaptıkları çalışmada bekar olmanın yaşam kalitesini yükselttiği sonucuna varmışlar, benzer şekilde Sabbah ve arkadaşları da (2003) bekar olma ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık ortaya koymuşlardır. Bu durum çalışmaların yapıldığı bölgesel farklılıkların sonucu etkilediğini düşündürdü<sup>20</sup>.

Yaş ile ölçek puan ortalamaları arasındaki kolerasyona bakıldığında ise, fiziksel fonksiyon ile negatif, mental sağlık ile pozitif ilişkili olduğu görüldü. Yaş arttıkça fiziksel fonksiyonları yapabilme durumunun azaldığı, sakin, rahat ve mutluluk gibi duygu durumunun da arttığı sonucuna varıldı. Benzer şekilde artan yaş ile birlikte yaşam kalitesinin azaldığı çeşitli çalışmalarla da ortaya konulmuştur. Johnson ve arkadaşları (1996), Hopman ve ark. (2000) yaşın SF-36'yla yaptıkları çalışmada yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir<sup>13,11</sup>. Artan yaşla birlikte sağlık problemleri de artmakta ayrıca, hastalıklar, emekli olma gibi nedenlerle sosyal hayattan izole davranışlar görülmektedir. Bütün bunlar artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin azalmasının bir nedeni olabileceği düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 14 ülkede ve 15 merkezde 5438 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, bedensel belirtiler, yaşlılık ile duygusal rahatsızlığın büyük ölçüde karşılıklı ilişkisinin olduğu belirtilmiştir<sup>22</sup>.

### Sonuç ve Öneriler

Çalışmaya katılan hastalarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından fiziksel ve mental komponentlerinin orta düzeyde olduğu görüldü. Kalp ameliyatları yüksek riskli ameliyatlardır ve sonraki süreçte kronik bir rahatsızlık olarak bireyin yaşamında köklü değişiklikler gerekmektedir. Yaşamın iyi olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması ile sağlanabilen yaşam kalitesinde, hasta bireylerin etkilendikleri alanları belirlemek, gerekli desteği sağlamak, negatif etkilerle karşı karşıya kalınan durumlara çare bulmak için önemli bir adımdır. Bu doğrultuda bireylerin taburculuk öncesi ve sonrası sağlık profesyonelleri

tarafından düzenli takip edilmesi, aile desteğinin sağlanması ve gerekirse profesyonel desteğinin alınması gerektiği önerilebilir.



## Kaynaklar

1. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. TKD Arş. 2011; 39 : 1-5
2. Azman AB, Sararaks S, Rugayah B, et al. Quality of life of the Malaysian general population: Results from a postal survey using the SF-36. Med J Malaysia 2003;58:694-711.
3. Birol L. Hemşirelik Süreci, 7. Baskı. İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2005.
4. Bilir N., Özcebe H., Vaizoğlu, SA., Aslan D., Subaşı N., Telatar TG. Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25: 663-8.
5. Boulay P, Prud'homme D. Risk factor management after short-term versus long-term cardiac rehabilitation program. Coronary Health Care 2001; 5: 133-40.
6. Boyde M, Grenfell K, Cert K, Brown R, Bannear S, Lollback N, Witt J, Jiggins L, Aitken L. What have our patients learnt after being hospitalised for an acutemyocardial infarction? Australian Critical Care 2014; 247, 1-6.
7. Cupples SA. Effects of timing and reinforcement of pre-operative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery graft surgery. Heart Lung 1991; 20:654-660.
8. Çayır M. Myokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Doyumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2013, Erzurum.
9. Doğu Ö, Gündüz H, Dede E. Kardiyoloji, Yoğun Bakım ve Acil Biriminde Çalışan Hemşirelerin EKG Bulgularını Tanıyabilme ve Uygun Tedavi Girişimlerinde Bulunabilme Durumlarının Değerlendirilmesi, Sakaryamj 2014; 4(4),178-181.
10. Gülseren L., Hekimsoy Z., Gülseren Ş., Bodur Z., Kültür S. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi, Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(2):89-98
11. Hopman WM, Towheed T, Anastasiades T, et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey. CMAJ 2000;163:265-71
12. Jaarsma T. Developing the potential of social media in cardiovascular care. European Journal of Cardiovascular Nursing 2014; 13(5), 386-387.
13. Johnson JA, Nowatzki TE, Coons SJ ve ark. Healthrelated quality of life of diabetic Pima Indians. Med Care 1999; 34:97102.
14. Jones EJ,Woods JC, Hayman LL. Promoting cardiovascular health and reducing disparities among american indians and alaska natives. JCN. 2013; 28 : 5-7.
15. Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Dergisi 2011; 11: 619-26.
16. Kurçer MA, Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011; 11: 107-13.
17. Özcan H. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans tezi, 2008, Edirne.
18. Onat A, Uğur M, Tuncer M, Ayhan E, Kaya Z, Küçükdurmaz Z, Bulur S, Kaya H. TEKHARF taramasında ölüm yaşı: 56700 kişi-yıllık izlemede dönemsel eğilim ve bölgesel dağılım. TKD Arş. 2009; 37: 155-160.
19. Phillips P. Telephone follow-up for patients eligible for cardiac rehab: A systematic review. British Journal of Cardiac Nursing 2014; 9(4): 186-98.
20. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. Health Qual Life Outcomes 2003;1:30.
21. Saffi Lumertz MA, Polanczyk1 CA, Rabelo-Silva ER. Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial. European Journal of Cardiovascular Nursing 2014; 13(5): 436-443.
22. Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, Von Korff M, Wittchen HU. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on "Psychological Problems in General Health Care." Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 819-