

KORONER ARTER HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİN VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ*

Neşe ERDEM**

Seher ERGÜNEY***

Kabul Tarihi: 01.03.2005

ÖZET

Bu araştırma tanımlayıcı bir araştırma olup, 17.02.2000–13.06.2000 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisinde yatan koroner arter hastalarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ve örneklemini 17.02.2000–13.06.2000 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisine gelen, tanı konulduktan sonra en az altı ay geçen, iletişim kurulabilen tüm hastalar (211 hasta) oluşturmuştur. Bütün hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler, soru formu ve Rolls Royce yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, korelasyon, varyans analizi ve t testi kullanılmıştır.

Hastaların % 32.7' si 56–65 yaş grubunda, % 62.1' i erkek, % 33.6 'sı ev hanımı ve % 31.3' ü ilkökul mezunudur. Hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 109.0 ± 22.5 tir. Araştırma sonucunda; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim ve aylık gelirin, yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter hastalığı, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Investigating The Life Quality Of Patients With Coronary Artery Disease And The Factors Affecting Their Life Quality

This research is a descriptive study made to evaluate the life quality and the factors affecting the life quality of the patients with coronary artery disease who were hospitalized at the Cardiology Department of Atatürk University Aziziye Research Hospital between 17.02. 2000 and 13.06.2000. The study and sampling covered all the patients who reported to Atatürk University Aziziye Research Hospital Cardiology Department between 17.02. 2000 and 13.06.2000, after whose diagnosis settled six months passed, with whom communication was possible (211 patients). All of the patients were included in the study. Data were collected by using a questionnaire and the Rolls Royce Life Quality Scale. Percentage, correlation, t-test, and variation analysis were used in evaluating the data.

The distribution of the patients was as 32.7% being in 56-65 year age group, 62.1% being male, 33.6% housewives, and 31.3% being primary school graduates. The total average life quality point of the patients was 109.0 ± 22.5 . In the result of the research; it was detected that quality of life was affected age, gender, occupation, education and monthly income.

Keywords: Coronary artery disease, quality of life

* Bu çalışma 2000 yılında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. 2003 yılında 5. İç Hastalıkları Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

** Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu (Araş. Gör.)

*** Tez danışmanı. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu (Yrd. Doç.Dr.)

GİRİŞ VE AMAÇ

Bir hastalığın toplumsal önemi; o hastalığın görülme sıklığı, çok sayıda ölüme ve sakatlığa yol açması ile ilişkilidir (Karadakovan1988). Yetişkinlik çağının en önemli kronik hastalıklarından biri olan koroner arter hastalığı (KAH) tüm dünyada, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbiditenin en sık nedeni olup bu hastalığın beslenme alışkanlıklarının değişmesi, stres faktörlerinin artması nedeniyle gelecekte daha da ön plana çıkacağı ve 2020 yılına gelindiğinde tüm dünyada işlevsel yetersizlikler arasında ilk sırada yer alacağı tahmin edilmektedir (Cossu 1995, Yeşilbursa ve ark. 1996, Öncül 1997, Heper ve ark. 1996, Ülgen ve ark 1998, Folsom 1999).

KAH insan yaşamına getirdiği kısıtlamalardan dolayı bireyin sağlığını bedensel, ruhsal ve çevreye uyum yönünden çok yönlü olarak etkilediği için bu tür hastalar beklenenden daha kısa sürede hastaneye tekrar yatmakta, taburcu olduktan sonra yaşamının sonuna kadar bu hastalık ile yaşamaktadırlar (Kuzu 1996, Revicki 1989, Birol ve ark. 1996). Hastalıkla beraber yaşama süresinin artması uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. KAH bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını kısıtlamakta, yaşamdan doyum bulmasını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Eski 1999).

Hastalar özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki güç gerektiren aktivitelerde zorlanmakta, fonksiyonel bağımlılığın olması, çeşitli kısıtlamalar ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Kronik hastalığın her türü fonksiyonel güçsüzlüğe, fiziksel iyilik halinde bozulmalara yol açar ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olur (Akyol 1993).

Oldukça geniş kapsamlı olduğu için tanımlanması güç bir kavram olan yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu olarak değerlendirilmekte, yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti, mutluluk ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Pınar 1994). Daha geniş bir ifadeyle yaşam kalitesi, bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum sağlanması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fizik durumunun üst düzeyde olması ve kişiler arası ilişkilerinin sürdürülmesi gibi özellikleri içine almaktadır (Burckhardt et al 1989, Şengel 1998).

Günümüzde hemşirelikte bütüncül yaklaşım önem kazanmıştır. Hemşirelik, insan yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilidir ve bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmayı amaçlar (Platin 1994, Erdil 1994). Yeni sağlık hizmetleri felsefesine göre; hemşireler holistik bir yaklaşım içinde hastaların yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir (Akyol 1993, Holmes 1989).

İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum bulmaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı, hastaya yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde de yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır. Hemşirelerin yaşamın kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukları yerine getirirken önce yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekir (Pınar 1994).

Bu noktadan hareket ederek yapılan bu araştırma koroner arter hastalarının yaşam kalitelerini ve buna etki eden faktörleri saptamak amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde Şubat-Haziran 2000 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma kapsamına kardiyoloji kliniğinde KAH tanısıyla yatan ve tanı konulduktan sonra en az 6 ay geçen, işitme problemi, dil bilmeme gibi iletişim problemleri olmayan, sözel olarak iletişim kurulabilen, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, Şubat-Haziran 2000 tarihleri arasında kardiyoloji kliniğine gelen tüm hastalar araştırmanın evrenini ve örneklemine oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında hastaların sosyo-demografik özellikleri ve yaşam kalitesini etkileyecek değişkenleri belirlemeye yönelik 16 sorudan oluşan soru formu ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Rolls Royce modeli yaşam kalitesi skalası kullanılmıştır.

Rolls-Royce modeli yaşam kalitesi skalası genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, uyku bozukluğu, iştah durumu, seksüel fonksiyon algılama, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş per-

formansı olarak değerlendirilen 8 alt boyuttan ve 49 sorudan oluşmuştur. Özyılkan ve arkadaşları (1995) tarafından testin geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış ve 42 soruluk son şekli oluşturulmuştur. Araştırmamızda bu son şekli kullanılmıştır. Ölçekten elde edilen puan yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde, pozitif puanlama yapılmıştır. Skala puanı 42–210 arasında değişmektedir (Özyılkan 1995).

Araştırmaya başlamadan önce gerekli izinler alınmıştır. Anket formu ve skala araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek uygulanmış, her görüşme yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Etik kurallara uyularak uygulama öncesi hastalara gerekli açıklamalar yapılmış ve bundan sonra uygulamaya geçilmiştir.

Araştırmada kişisel özellikler bağımsız, skaladaki yaşam kalitesi düzeyi ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

Verilerin analizinde; tanıtıcı özelliklerde yüzdeler, bağımsız değişkenlerde grup sayısının ikiden fazla olduğu durumlarda varyans analizi, grup sayısının iki olduğu durumlarda t-testi kullanılmıştır (Karasar 1995).

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Koroner Arter Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Sayı (n=211)	%
Yaş		
45 yaş ve ↓	25	11.8
46-55 yaş	59	28.0
56-65 yaş	69	32.7
66 yaş ve ↑	58	27.5
Cinsiyet		
Kadın	80	37.9
Erkek	131	62.1
Meslek		
Emekli	59	28.0
Ev hanımı	71	33.6
Memur-işçi	27	12.8
Esnaf çiftçi	54	25.6

Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	52	24.6
Okur-yazar	35	16.6
İlkokul	66	31.3
Ortaokul	24	11.4
Lise	23	10.9
Yüksekokul	11	5.2

Hastaların %32,7' sinin 56-65 yaş grubunda, %62,1'inin erkek, %33,6' sının ev hanımı, %31,3'ünün ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Yaşa Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Yaşam kalitesi	Yaşam S	Yaşam Kalitesi Alanları								
		Genel iyilik	Fiziksel semptom ve aktivite	Uyku	İştah	Seksüel fonksiyon	Algılama	Tıbbi etkileşim	Sosyal ilişkiler ve iş performansı	Toplam
Yaş		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
45 yaş ve ↓	25	20.8 ± 3.8	21.6 ± 5.5	9.3 ± 4.5	7.7 ± 2.2	14.3 ± 4.1	16.2 ± 4.9	10.4 ± 3.4	24.3 ± 5.9	124.6 ± 24.9
46-55	59	21.4 ± 4.7	19.8 ± 5.2	9.0 ± 3.1	6.2 ± 2.3	12.8 ± 3.9	16.1 ± 4.4	9.5 ± 3.1	22.4 ± 5.7	117.2 ± 22.7
56-65	69	19.3 ± 3.9	16.4 ± 3.9	8.5 ± 3.6	6.7 ± 2.2	10.3 ± 4.0	13.9 ± 3.7	8.6 ± 3.4	19.9 ± 4.4	103.6 ± 16.9
66 yaş ve ↑	58	18.7 ± 4.7	15.9 ± 3.8	8.2 ± 3.1	6.3 ± 2.9	9.6 ± 4.3	14.4 ± 4.0	8.2 ± 3.2	19.5 ± 5.2	100.8 ± 21.2
F		4.27	15.10	0.79	2.26	11.74	3.87	3.47	7.39	12.58
P		p<0.01	p<0.01	p<0.05	p<0.05	p<0.01	p<0.01	p<0.05	p<0.01	P<0.01

Hastalarda yaşa göre toplam yaşam kalitesi puanı en yüksek 45 yaş ve altı yaş grubunda saptanmış (124.6±24.9) olup, yaş arttıkça yaşam kalitesi puanı düşmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur (p<0.01). Hastaların yaşları ile uyku, iştah ve tıbbi etkileşim alanlarından aldıkları puanlar arasındaki fark anlamlı (p<0.05), genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, seksüel fonksiyon, algılama fonksiyonu, sosyal ilişki ve iş performansı alanlarından aldıkları puanlar arasındaki fark oldukça anlamlı bulunmuştur (p<0.01) (Tablo 1). Yaş artışıyla beraber fiziksel yetersizlikler meydana gelmekte ve bu yaşam doyumunu

azaltmaktadır. İlerleyen yaşın kronik hastalıkları beraberinde getirdiği bu hastalıkların da özellikle fiziksel işlev kısıtlamalarına neden olduğu ve sonuçta da yaşam kalitesini düşürdüğü düşünülebilir.

Ganz (1990) kanserli hastalarda yaptığı çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında olumlu fakat zayıf bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Bu konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, yaş artışıyla birlikte yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir (Eski 1999, Pınar 1997, Bergner 1989, Bowling 1990).

Tablo 3. Hastaların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Yaşam kalitesi	S	Genel iyilik	Fiziksel semptom ve aktivite	Uyku	İştah	Seksüel fonksiyon	Algılama	Tıbbi etkileşim	Sosyal ilişkiler ve iş performansı	Toplam
		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Kadın	80	18.1±3.5	16.2±3.5	8.2±3.4	6.1±2.4	10.0±3.9	14.3±3.9	7.6±2.58	19.9±4.2	100.4±17.3
Erkek	131	21.3±4.7	18.8±5.7	8.9±3.5	6.9±2.5	12.0±4.5	15.3±4.4	9.7±3.5	21.7±5.9	114.6±23.8
t		3.648	1.971	0.227	0.003	1.726	2.295	9.838	13.592	12.566
P		p<0.01	p<0.01	p>0.05	p<0.05	p<0.01	p>0.05	p<0.01	p<0.05	P<0.01

Hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesi toplam puanı en yüksek erkek hastalarda saptanmış (114.6±23.8), aradaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur (p<0.01). Hastalarda cinsiyet ile uyku ve algılama fonksiyonu puanı arasındaki fark anlamsız (p>0.05), iştah ve sosyal ilişkiler ve iş performansı puanı arasındaki fark anlamlı (p<0.05), diğer alanlar arasındaki fark oldukça anlamlı bulunmuştur (p<0.01), (Tablo 2). Bütün alanlarda erkek hastaların, kadın hastalardan yüksek puan aldıkları gözlenmiştir. Kadınların erkeklerden daha yüksek oranda emosyonel reaksiyon gösterdiği, ağrılarının olduğu, fiziksel immobiliteye sahip olduğu eğitim durumlarının düşük olduğu ve tüm bunların da yaşam kalitesini azalttığı düşünülebilir.

Eski'nin (1999) miyokart enfarktüsü geçiren bireylerle yaptığı çalışmasında erkek hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar yüksek bulunmuş, cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. KAH olan hastalarla yapılan bir çalışmada (Lukkarinen and Hentinen 1997) kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonuçları bu bulgularla paralellik göstermektedir.

Hastalarda mesleğe göre yaşam kalitesi toplam puanı en yüksek memur

ve işçilerde saptanmış (129.2±27.7), aradaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur (p<0.01). Hastalarda meslek ile yalnızca uyku puanı arasındaki fark anlamsız bulunurken (p>0.05), iştah, algılama fonksiyonu puanı arasındaki fark anlamlı (p<0.05), diğer alanlar arasındaki fark oldukça anlamlı bulunmuştur (p<0.01). Bütün alanlarda memur ve işçiler en yüksek puanları alırken, ev hanımları en düşük puanları almışlardır (Tablo 3). Memurların yaşam kalitesi puanlarının en yüksek olmasının nedenleri, düzenli, belirli bir işe sahip olmaları ve daha fazla sosyal olmaları, ev hanımlarının yaşam kalitesi puanlarının en düşük olmasının nedenleri ise, ev hanımlarının ev içinde sınırlandırılmaları, ev-çocuk-eş üçgeninde geleneksel rollerini devam ettirmek zorunda kalmaları, sosyal yaşamdan soyutlanmaları şeklinde açıklanabilir.

Eski'nin çalışmasında (1999) yaşam kalitesi en yüksek olan grup memurlar, en düşük olan grup ise ev hanımlarıdır. Kızılcı'nın çalışmasında (1997) yaşam kalitesi en yüksek olan grup memur ve işçiler olarak belirtilmiştir. Pınar'ın çalışmasında da (1994) ev hanımlarının global yaşam doyumunu en düşük algılayan grup olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Tablo 4. Hastaların Mesleklerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Yaşam Kalitesi / Meslek	S	Genel iyilik	Fiziksel semptom ve aktivite	Uyku	İştah	Seksüel fonksiyon	Algılam a	Tıbbi etkileşim	Sosyal ilişkiler ve iş performansı	Toplam
Emekli	59	21.1±4.1	18.5±4.2	9.0±3.2	7.1±2.6	11.4±4.5	15.3±4.2	9.4±3.5	21.5±5.4	113.3±20.9
Ev hanımı	71	17.8±3.2	15.8±4.1	8.0±3.5	5.9±2.3	10.0±3.9	14.2±3.6	7.5±2.6	19.4±3.7	98.6±15.8
Memur-İşçi	27	22.9±5.8	22.4±5.3	9.1±4.2	7.3±2.6	14.7±4.2	17.0±4.8	11.1±3.3	24.7±7.2	129.2±27.7
Esnaf – Çiftçi (Diğer)	54	19.9±4.3	17.4±4.9	8.8±3.4	6.8±2.2	10.0±4.2	14.4±4.4	9.3±3.3	20.7±5.5	107.4±21.1
F		12.172	14.488	1.075	3.395	8.301	3.149	9.629	7.078	15.898
P		p<0.01	p<0.01	p>0.05	p<0.05	p<0.01	p<0.05	p<0.01	p<0.01	P<0.01

Hastalarda eğitim durumlarına göre, yaşam kalitesi toplam puanı en yüksek yüksekokul mezunu hastalarda saptanmış (145.3 ± 28.4), aradaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Eğitim durumu ile iştah puanı arasındaki fark anlamsız ($p > 0.05$), uyku puanı arasındaki fark anlamlı ($p < 0.05$), diğer bütün alanların puanları arasındaki fark oldukça anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Bütün alanlarda yüksekokul mezunu hastalar yüksek puan alırken, seksüel fonksiyon alanında okur-yazar hastalar, diğer bütün alanlarda okur-yazar olmayan hastalar düşük puan almışlardır (Tablo 4). Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin artmasının nedeni olarak, kişilerin sağlık anla-

yışlarını eğitimin etkileyebileceği, bunun sonucunda da yaşam kalitesi alanları ve toplam yaşam kalitesi ortalama puanlarının da yükseleceği düşünülebilir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bilinçli baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi, maddi olanakların ve sosyal durumun daha iyi olması da yaşam kalitesini artırabilir.

Araştırma sonuçlarından anlaşıldığı gibi eğitim düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesi puanları yükselmektedir. Bu çalışmaya benzer şekilde, yapılan diğer çalışmalarda da eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir (Eski 1999, Pınar 1994, Kızılcı 1997).

Tablo 5. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Yaşam kalitesi Eğitim Durumu	S	Genel iyilik	Fiziksel semptom ve aktivite	Uyku	İştah	Seksüel fonksiyon	Algılam a	Tıbbi etkileşim	Sosyal ilişkiler ve iş performansı	Toplam
		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Okur-yazar değil	52	16.9±3.6	15.4±3.5	7.6±3.5	5.9±2.2	9.9±4.1	13.8±4.1	7.4±2.8	18.7±3.5	95.2±15.5
Okur-yazar	35	18.9±3.9	15.8±4.6	8.9±3.5	6.1±2.4	9.4±3.3	14.9±4.2	8.9±3.1	19.5±5.5	102.3±21.5
İlkokul mezunu	66	20.4±3.6	17.5±4.3	8.6±3.3	7.0±2.6	11.9±4.4	14.4±3.4	8.6±2.9	20.9±4.5	109.3±17.2
Ortaokul mezunu	24	22.6±5.1	20.3±4.1	8.8±3.3	6.8±2.5	13.0±4.5	16.6±4.4	10.3±3.5	23.5±6.1	121.9±21.8
Lise mezunu	23	21.6±4.3	21.0±4.2	9.3±2.5	7.3±2.6	11.9±4.8	15.1±4.4	10.6±3.0	23.1±5.0	119.9±18.2
Yüksek ok.mez.	11	25.0±3.7	25.4±5.1	11.5±5.2	7.5±2.1	14.9±3.1	20.0±5.2	12.6±3.5	28.4±7.3	145.3±28.4
F		13.223	16.772	2.658	2.067	5.240	5.407	8.373	10.241	18.107
P		p < 0.01	p < 0.01	p < 0.05	p > 0.05	p < 0.01	p < 0.01	p < 0.01	p < 0.01	p < 0.01

Tablo 6. Hastaların Aylık Gelirlerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Yaşam kalitesi Aylık Gelir	Genel iyilik	Fiziksel semptom ve aktivite	Uyku	İştah	Seksüel fonksiyon	Algılam a	Tıbbi etkileşim	Sosyal ilişkiler ve iş performansı	Toplam
	r	0.350	0.386	0.142	0.252	0.148	0.387	0.319	0.458
P	p < 0.01	p < 0.01	p < 0.05	p < 0.01	p < 0.05	p < 0.01	p < 0.01	p < 0.01	p < 0.01

Hastaların aylık gelirlerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde, hastaların aylık gelirleri ile yaşam kalitesinin uyku ve seksüel fonksiyon puanları arasındaki ilişki anlamlı ($p < 0.05$), diğer bütün alanlar ve toplam yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki oldukça anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$) (Tablo 5). Aylık gelir ve yaşam kalitesinin bütün alanları ve toplam yaşam kalitesi puanlarında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir. Hastaların aylık geliri arttıkça yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar yüksel-

mektedir. Maddi sorunların pek çok sorunları beraberinde getirdiği, hastalık durumuna uyumu olumsuz yönde etkilediği, maddi yeterliliğinde birçok olanakları beraberinde getirdiği ve bunun yaşamdan doyum bulmayı olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Yapılan çalışmalarda (Eski 1999, Pınar 1994, Bergner 1989) maddi yeterliliğin yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre;

- Hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının 109.0 ± 22.5 olduğu,
- Yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, aylık gelir gibi değişkenlerin yaşam kalitesini etkilediği,
- Yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı,
- Kadın hastaların yaşam kalitelerinin erkeklere oranla daha düşük olduğu,
- Yaşam kalitesi en düşük olan grubun ev hanımları olduğu,
- Yüksekokul mezunu olan hastaların yaşam kalitelerinin en yüksek olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği,
- Aylık gelir arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçlarımıza göre şu önerilerde bulunulabilir;

—İlerleyen yaşla birlikte fiziksel yetersizlikleri, psikososyal problemleri ve sosyal destek ihtiyacı artan yaşlılara

bütün bu etkenler göz önüne alınarak tedavi ve bakım yapılması, psikolojik ve sosyal destek sağlanarak yaşam kalitelerinin yükseltilmesi,

—Erkeklere oranla daha yüksek oranda emosyonel reaksiyon gösteren kadın hastalara yeterli desteğin sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi,

—Eğitim düzeyi düşük olan hastaların yaşam kalitesi konusunda eğitilmesi ve bu konuda bilinçlendirilmesi,

—Aylık geliri düşük olan, maddi yeterliliği olmayan hastaların ilgili kurumlarca maddi yönden desteklenerek yaşam kalitelerinin yükseltilmesi,

—Hemşirelerin hastaların yaşam kalitesini değerlendirebilecek çalışmalar yaparak, uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesine etkisinin ölçülmesi ve bu sonuçlar doğrultusunda hastaların yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik tedavi ve bakımın düzenlenmesi,

—Bu tür çalışmaların daha geniş kapsamlı olarak daha geniş popülasyonda analitik çalışmalarla tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akyol AD (1993). Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. Ege Üniv. HYO Derg. 9(3): 71-75.

Akyol AD (1993). Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. Ege Üniv. HYO Derg. 9(2): 75-80.

Bergner M (1989). Quality of life, health status and clinical research. Medical Care. 27(3): 148-155.

Birol L ve ark. (1996). Kronik hastalığı olan hastaların hastalıklarına, tedavilerine ve diyetlerine ilişkin bilgileri. Hacettepe Üniv. HYO Derg. 3(2): 1-8.

Bowling A (1990). Associations with life satisfaction among very elderly people living in a deprived part of inner London. Soc. Sci. Med. 31: 1003-1011.

Burckhardt CS, Woods SL, Schultz AA et al. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. Research in Nursing. 12: 347-354.

Cossu SF (1995). The clinical spectrum of ventricular tachyarrhythmias in patient with coronary artery disease. Cardiology In Review. 3(5): 240-250.

Erdil F (1994). Son 20 yılda hemşireliğin stratejisi. Hacettepe Üniv. HYO Derg. 1(1): 1-7.

Eski S (1999). Miyokart Enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniv. Sađl. Bil.Enst. Ankara.

Folsom AR (1999). Miyokart Enfarktüsünün antibiyotiklerle önlenmesi? Henüz değil. JAMA. 12(8): 415-416.

Ganz PA, Schag CAC, Cheng HL (1990). Assessing the quality of life-a study in newly-diagnosed breast cancer patients. J. Clin. Epidemiol. 43(1): 75-86.

Heper G, Boyacı B, Yiğit T ve ark. (1996). Kadınlarda koroner arter hastalığı tespitinde dobutamin stres ekokardiyografi. MN Kardiyoloji. 3(4): 342-349.

- Holmes CA** (1989). Health care and the quality of life; a review. *Journal of Advanced Nursing*. 14: 833-839.
- Karadakovan A** (1988). Kardiyovasküler hastalıkların toplumsal önemi. *Ege Üniv. HYO Derg.* 4(3): 53-56.
- Karasar N** (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi. 7. Baskı, Sim Matbaası, Ankara.
- Kızılcı S** (1997). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniv. Sađl. Bil. Enst. Ankara.
- Kuzu N** (1996). Miyokart Enfarktüsünün cinsel fonksiyon üzerine etkisi ve hemşirenin cinsel danışmanlık rolü. *Hacettepe Üniv. HYO Derg.* 3(1): 19-22.
- Lukkarinen H, Hentinen M** (1997). Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*. 26: 73-84.
- Öncül A** (1997). Aterosklerotik koroner arter hastalığında risk faktörlerinden primer korunma. *Hipokrat Kardiyoloji.* 1(4): 3-6.
- Özyılkan Ö, Karaayağılu E, Topeli A et al.** (1995). A questionnaire for the assessment of quality of life in cancer patients in Turkey. *Materia Medica Polona.* 27(4): 153-156.
- Pınar R** (1994). Diabetes Mellitus' lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniv. Sađl. Bil.Enst. İstanbul.
- Platin N** (1994). Mesleklerin topluma hizmetleri-hemşireliğin topluma hizmeti. *Hacettepe Üniv. HYO Derg.* 1(1): 9-13.
- Revicki DA** (1989). Health related quality of life in the evaluation of medical therapy for chronic illness. *J. Fam.Pract.* 29(4): 377-380.
- Şengel Ö** (1998). Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede aminoasitlerin rolü. *Çınar Derg.* 4(4): 101-108.
- Ülgen MS, Karadede A, Altinel S ve ark.** (1998). Koroner arter hastalığını belirlemede zirve egzersiz QT dispersiyonunun egzersiz testinin doğruluğuna katkısı. *MN Kardiyoloji.* 5(5): 352-356.
- Yeşilbursa D, Cordan J, Serdar OA ve ark.** (1996). Tek damar koroner arter hastalarında treadmill egzersiz testi ile dobutanın stres ekokardiyografinin karşılaştırılması. *MN Kardiyoloji.* 3(4): 313-318.