

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İç Hastahkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**AKUT KORONER SENDROMLU
HASTALARDA ÇOK BOYUTLU YAŞAM
KALİTESİ İNDEKSİNİN GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Şeyma DEMİR

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2012

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İç Hastahkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**AKUT KORONER SENDROMLU
HASTALARDA ÇOK BOYUTLU YAŞAM
KALİTESİ İNDEKSİNİN GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Şeyma DEMİR

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Zeynep ÖZER

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi Tarafından Desteklenmiştir. (Proje No: 2010.02.0122.014)

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

Antalya, 2012

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 12/07/2012

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye : Prof. Dr. Necmi DEĞER
Akdeniz Üniversitesi
Tıp Fakültesi



Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT
Akdeniz Üniversitesi
Ziraat Fakültesi



Üye : Doç. Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../2012 tarih ve .../... sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu çalışma, Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği (Multidimensional Index of Life Quality)'ni Türkçe'ye uyarlamak ve akut koroner sendrom tanısı alan hastalarda geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek üzere metodolojik olarak planlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji polikliniği ve servisinde izlenen akut koroner sendrom tanısı alan 370 hasta oluşturmuştur. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu ölçümünü yapmak amacıyla geliştirilen 35 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe dil geçerlik çalışması altı uzman tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliği için beş uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlardan gelen görüşler, ölçeğin maddeleri arasındaki korelasyonun oldukça iyi olduğunu göstermiştir ($p=0.063$). Açıklayıcı faktör analizi sonucunda toplam varyansı %69.7 olan altı faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için hesaplanan cronbach alfa katsayısı ölçek toplam puanı için 0.94 olarak bulunmuştur. Güvenirlik çalışmaları kapsamında, ölçeğin altı alt boyutu için 0.43-0.95 arasında değişen korelasyonlar belirlenmiştir. Test-tekrar test korelasyonları anlamlı düzeyde ($p < 0.01$) ve yüksek ($r = 0.87$) bulunmuştur. Paralel form yönteminde, Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği arasındaki karşılıklı korelasyon negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hastaların tanıtıcı bilgilerine ilişkin olarak, yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir-gider durumu ve birlikte yaşadığı bireyler değişkenleri, birlikte, bireylerin yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişki vermiştir. Hastalıkla ilgili özelliklerine bakıldığında ise, miyokart infarktüsü geçirme sıklığı, alkol kullanımı, hastaneye yatış sayısı, egzersiz yapma ve ilaçları düzenli kullanma değişkenleri, birlikte, bireylerin yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişki vermiştir.

Sonuç olarak; Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe versiyonundan elde edilen ölçümlerin orijinal ölçek yapısıyla uyumlu, Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. Ölçeğin, Türk toplumunda akut koroner sendrom tanısı alan bireylerde kullanılabileceği ve yaşam kalitesini çok boyutlu olarak değerlendirebileceği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, akut koroner sendrom, geçerlik ve güvenilirlik.

ABSTRACT

This study is methodologically planned to adapt Turkish the Multidimensional Index of Life Quality and to determine its validity and reliability on the patients diagnosed with acute coronary syndrome.

The sampling of the study is comprised of 370 patients, administered to followed Akdeniz University outpatient and inpatient service of cardiology with acute coronary syndrome diagnosis. Multidimensional Index of Life Quality is a scale with 35 items which in order to commence the multidimensional measuring of health-related quality of life. The Turkish language validity study of scale has been conducted by six experts. Five experts for content validity of the scale had been obtained. Opinions directed by the experts indicated that the correlation between the items of the scale is well ($p=0,063$). As the result of the explanatory factor analysis, a six factor structure has been obtained which total variance is %69,7. The cronbach's alpha coefficient that was used for determining the internal consistence of the scale has been revealed to be 0,94 for the entire scale. Within reliability studies, it was observed that the indicated correlations vary between 0,43-0,95 for six subdimensions of the scale. The test-retest correlations was found out to be significant ($p<0,01$) and high ($r=0,87$). In the parallel form method, the correlations between Multidimensional Index of Life Quality and Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale were found out negative, moderately and statistically significant.

Regarding the informative data of the patients, the variables of age, marital status, occupation, education status, income status and the individuals that they live with, together provided a significant relationship regarding the quality of life of individuals indicated in the study. When the characteristics in relation to the disease, are considered; the variables of the frequency to have myocardium infarction seizure, alcohol consumption, and number of admittances to the hospital, exercising and using the medicines regularly, altogether provided a significant relationship regarding the quality of life of individuals indicated in the study.

As the result, it has been found that the measurements extracted from the Turkish version of Multidimensional Index of Life Quality are compatible with the structure of the original scale, valid and reliable for Turkish people. The scale can be used for individuals who were diagnosed with acute coronary syndrome in Turkish society and it can evaluate the quality of life as a multidimensional.

Keywords: Quality of life, acute coronary syndrome, validity and reliability.

TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, tecrübelerinden faydalanırken de hoşgörü ve sabrını esirgemeyen, öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli danışmanım Sayın Doç.Dr.Zeynep ÖZER'e,

Tezimin istatistiksel analizinin yürütülmesinde değerli katkılarından dolayı Sayın Prof.Dr.Mehmet Ziya FIRAT'a,

Tezimde çeviri çalışmasıyla ilgili olarak katkılarından dolayı Sayın Yard.Doç.Dr.Serap ÖZER, Yard.Doç.Dr.Yasemin TOKEM, Okutman Demet Tekinay, Okutman Gökhan GENÇ, Bağımsız Çevirmen Özge GARGUN ve Okutman Serkan KOÇ'a,

Değerli uzman görüşlerinden ötürü Sayın Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU, Prof.Dr.Nermin OLGUN, Doç.Dr.Fisun ŞENUZUN, Doç.Dr.Serap ÜNSAR ve Yard.Doç.Dr.Özgül EROL'a,

Tezimin veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Hastanesi kardiyoloji biriminin değerli çalışanlarına,

Araştırmama katılan tüm hastalara,

Araştırma süresince desteğini esirgemeyen, özveri ve sabırla tezimin bitmesini bekleyen Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşiresi Nesrin SAHAR SEZGİN başta olmak üzere tüm mesai arkadaşlarıma,

Yaşamım boyunca maddi ve manevi ilgisini gösteren ve her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli aileme sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Araştırmanın Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
GENEL BİLGİLER	4
1.3. Akut Koroner Sendrom	4
1.3.1. Akut Koroner Sendromun Tanımı	4
1.3.2. Etiyoloji ve Fizyopatoloji	4
1.3.3. Akut Koroner Sendromun Klinik Görünümü ve Tanısı	4
1.3.4. Akut Koroner Sendromda Tedavi Stratejileri	5
1.3.5. Akut Koroner Sendromda Hemşirelik Bakımı	6
1.3.6. Hasta / Aile Eğitimi ve Taburculuk Planı	14
1.4. Yaşam Kalitesi	14
1.4.1. Yaşam Kalitesi Kavramı	14
1.4.2. Yaşam Kalitesi ve Akut Koroner Sendrom	15
1.4.3. Yaşam Kalitesinin Ölçümü	16
1.4.3.1. Genel (Jenerik) Ölçekler	16
1.4.3.2. Hastalığa Özgü Ölçekler	18
1.5. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama	23
1.5.1. Güvenirlilik	24
1.5.1.1 Test-tekrar test güvenirliliği	24
1.5.1.2. Paralel form güvenirliliği	24

1.5.1.3.	Bağımsız gözlemciler arası güvenilirlik	24
1.5.1.4.	Bağımsız gözlemciler içindeki güvenilirlik	24
1.5.1.5.	İç tutarlılık güvenilirliği	25
1.5.2.	Geçerlik	25
1.5.2.1.	İçerik/kapsam geçerliği	26
1.5.2.2.	Ölçüt-bağımlı geçerlik	26
1.5.2.3.	Yapı geçerliği	26
GEREÇ VE YÖNTEM		28
2.1.	Araştırmanın Şekli	28
2.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
2.3.	Araştırmanın Evreni	28
2.4.	Araştırmanın Örnekleme	28
2.5.	Araştırmada Kullanılan Gereçler	28
2.5.1.	Hasta Bilgi Formu	29
2.5.1.1.	Araştırmanın Değişkenleri	29
2.5.2.	Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği	29
2.5.3.	Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği	30
2.6.	Araştırmanın Ön Uygulaması	30
2.7.	Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	30
2.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	30
2.9.	Araştırma Etiği	31
BULGULAR		32
TARTIŞMA		61
SONUÇLAR		78
ÖNERİLER		81
KAYNAKLAR		82
ÖZGEÇMİŞ		103
EKLER		104
EK I.	Hasta Bilgi Formu	
EK II.	Multidimensional Index of Life Quality Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK III.	Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği	
EK IV.	Orjinal Ölçeğin Yazarından Mail Yoluyla Alınan İzin Yazısı	
EK V.	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilimsel Etik Kurul Onayı	
EK VI.	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Kardiyoloji Kliniği Onayı	
EK VII.	Katılımcıları Bilgilendirme Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACC	: Amerikan Kardiyoloji Koleji
AHA	: Amerikan Kalp Cemiyeti
AKS	: Akut Koroner Sendrom
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
KMO	: Kaiser – Mayer - Olkin
KR – 20	: Kuder Richardson 20
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
MI	: Miyokard İnfarktüsü
MILQ	: Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği
MİDAS	: Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği
SS	: Standart Sapma
SYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kap Hastalığı ve Risk Faktörleri
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği

TABLULAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
1.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Özellikleri	21
1.2. SYK Ölçümlerinin Kültürler Arası Uyarlanması Klavuz Önerileri	23
2.1. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler	31
3.1. AKS Tanısı Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
3.2. AKS Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları İle İlgili Özellikleri ve Risk Faktörlerine Göre Dağılımı	34
3.3. AKS Tanısı Alan Bireylerin Son İki Hafta İçinde Deneyimledikleri Semptomlar	36
3.4. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Ortalama, Standart Sapma ve Çarpıklık Değerleri	37
3.5. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Görüşleri	41
3.6. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Faktör Analizi Sonuçları	42
3.7. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Faktör Yapısı	43
3.8. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alfa Değerleri	45
3.9. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Alt Boyut Puanı-Ölçek Toplam Puanı Korelasyonunun Belirlenmesi	46
3.10. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları	47

3.11.	Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Korelasyonları	48
3.12.	Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları İle MIDAS ve Alt Boyutları Arasındaki Karşılıklı Korelasyonlar	49
3.13a.	AKS Tanısı Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre MILQ'dan Aldıkları Ortalama Puanlar	51
3.13b.	AKS Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları İle İlgili Özellikleri ve Risk Faktörlerine Göre MILQ'dan Aldıkları Ortalama Puanlar	54
3.14a.	AKS Tanısı Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi	57
3.14b.	AKS Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları İle İlgili Özellikleri ve Risk Faktörlerine Göre Yaşam Kalitesinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi	59

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Araştırmanın Önemi

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önde gelen ölüm nedenlerindedir ve 2020 yılında daha da artması beklenmektedir (1). KVH yaygınlığı, yüksek mortalite oranları, yaşam kalitesinde bozulma, sosyal ve ekonomik maliyete olan olumsuz etkileri nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (2).

Amerikan Kalp Cemiyeti (American Heart Association –AHA)'nin Kalp Hastalığı ve Strok İstatistikleri'ne yönelik yayınladığı klavuzda 2004 yılında, her beş Amerikalıdan birinin ölüm nedeninin Koroner Kalp Hastalığı (KKH) olduğu; 2008 yılında ise, 770 000 Amerikalının yeni bir koroner atak geçireceği açıklanmıştır (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün KVH'ı önleme ve kontrolü üzerine hazırlanan global atlasında, 2008 yılında 17.3 milyon kardiyovasküler ölüm arasında kalp ataklarının 7.3 milyon ölüm ile ön sıralarda olduğu bildirilmiştir (4). Türk Kardiyoloji Derneği (TKD)'nin öncülüğünde yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 18 yıllık izlem verilerine göre, yıllık koroner mortalite insidansı Türkiye genelinde erkekte binde 5.1, kadında ise binde 3.4 olarak bulunmuştur (5).

Son yıllarda kardiyovasküler alanda primer ve sekonder koruma önlemleri ile hastalığın tanı ve tedavisine yönelik önemli gelişmeler sağlanmıştır (6). Ayrıca, kanıta dayalı kılavuz önerileri ile verilen bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine olan yönelim sağ kalım oranlarına olumlu etki yapmıştır (7, 8). Ancak akut koroner sendrom (AKS) tüm bu çaba ve gelişmelere rağmen yıllık hastane yatışlarının büyük çoğunluğundan sorumludur (1). AKS ilerleyici ve ciddi komplikasyonlara neden olmakta, ikincil iskemik olayların sık yaşanması nedeniyle fizyolojik, emosyonel ve sosyal boyutta bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (9, 10, 11). Özellikle de gelişmiş ülkelerde, birincil ve ikincil önleme müdahalelerine bağlı olarak kaynaklar yoğun olarak kullanılmakta, ülke ekonomisine ağır bir yük oluşturmaktadır (12).

Mortalite ve morbitide oranları, hastanede yatış oranları, tedavi edilen hasta sayısı sağlık sonuçlarının yetersiz göstergeleridir. Bununla birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK) sağlık sonuçlarının bir göstergesi olarak artan bir şekilde kullanılmaktadır (13). SYK ölçümleri hastalığın ya da tedavinin etkilerini değerlendirmek amacıyla mortalite ve morbidite verilerine bir kaynak olarak toplanmaktadır (14). DSÖ tarafından yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde; amaçları, beklentileri, yaşam standartları ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır (15). Patrick ve Erickson SYK'ni "hastalık, yaralanma, tedavi ve politikalardan etkilenen, değişen

sosyal fırsatlar, algılar, fonksiyonel durum ve bozukluklar gibi yaşam süresine göre belirlenen değerler” olarak tanımlamaktadırlar (16, 17).

SYK'nin tercihe dayalı bir takım ölçümleri son 30-40 yıl içerisinde ortaya çıkmıştır (18, 19). KVH tanısı alan hastalarda temel bileşenleri fiziksel ve ruhsal sağlık olan SYK'nin farklı boyutlarını değerlendirmek için birtakım genel ve hastalığa özgü ölçekler geliştirilmiştir (20). Hastalığa özgü ölçekler, belirli bir hastalık (örneğin, kalp hastalığı), hasta grubu (örneğin, yaşlılar), fonksiyonel alan (örneğin, ruhsal durum) veya semptom (örneğin, ağrı) ile ilgili sorunlar üzerinde odaklanır (21). Genel SYK ölçekleri ise geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık durumları ile ilgili konuları içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde, tüm hastalıklar ve durumlarda, çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılabilir (22). Hastalığa özgü ölçekler, genel ölçeklerde göz önüne alınmayan hastalığa özgü belirti ve semptomlara yön göstermesi ve tedaviyle ilgili sık görülebilen önemli değişiklikleri tespit edebilmesi nedeniyle daha avantajlıdır (23).

Hemşirelik, insan yaşamıyla, yaşam kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilenir ve bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmalarına yardım eder (24). Hemşireler sağlık bakım sisteminin her noktasında, öncelik belirleme ve karar verme becerilerini kullanarak AKS'lu hastaların bakımında da önemli rol oynar (25). Bu hasta grubu için hemşireler, ikincil önlemeyi kolaylaştırmaya ve yan etkilerin gelişme riskini azaltmaya yardımcı olurlar (26, 27). Bununla birlikte, yaşam kalitesinin fiziksel, ruhsal, sosyal, emosyonel, kişisel ilişkiler gibi etkilenen önemli alanlarını geliştirmede bireylere destek sağlarlar. Bu bilgiler göz önüne alındığında, hemşirelik araştırmalarında SYK ölçümlerinin önemli bir yer tuttuğu anlaşılmaktadır. Hemşirelik alanında SYK'ne ilişkin en fazla ele alınan konuların ölçek geliştirme, kültürlerarası ölçek uyarlama, belirli bir hastalığa, duruma ya da tedavinin etkilerine yönelik yaşam kalitesi değerlendirmeleri olduğu görülmektedir (28). Son zamanlarda yapılan çalışmalar da koroner kaynaklı hastalıklar sonrasında hastaların yaşam kalitesinde kalıcı olumsuz etkilerin oluştuğunu göstermektedir (14, 20). Bu nedenle, hemşirelik araştırmalarına kaynak oluşturması açısından AKS'a ilişkin yaşam kalitesi ölçümlerinin de yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde KVH'da yaşam kalitesini belirlemeye yönelik kullanılan farklı ölçekler bulunmaktadır. Bu ölçekler birbirinden farklı alanları ölçmektedir. KVH'da sağlık durumunu değerlendirmede kullanılan ölçeklerden biri de Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MILQ)'dir. Çeşitli hastalıklarda MILQ'nun kullanımına ilişkin çalışmalar (29, 30, 31, 32, 33) bulunmaktadır. MILQ ile AKS tanısı alan bireylerin yaşam kalitesinin niteliği, fonksiyonel durumu, emosyonel, bilişsel, ruhsal, sosyo-ekonomik ve davranışsal yanıtları çok boyutlu değerlendirilebilmektedir. Bununla birlikte, ölçekte sağlık personelinin ve bakım kalitesinden duyulan memnuniyet düzeylerinin ölçülebilir olması, bu hasta grubunda mesleki farkındalığı arttırabilecek, hemşirelik araştırmalarına ve hemşirelik bakım kalitesine katkı sağlayabilecek verilere ulaşılmasına olanak sağlayabilecektir. Aynı zamanda, ölçeğin hemşireler tarafından KVH tanısı ile izlenen hastalar üzerinde kullanılarak yaşam

kalitesi ölçümlerinin yapılmasının, hastalığın ve tedavinin bireylerin günlük yaşamı üzerindeki etkilerini belirlemede yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu şekilde elde edilen sonuçlar, hemşirelik bakım sürecine katkıda bulunabilecek ve bu doğrultuda hemşirelik girişimlerine yön verilebilecektir. KVVH'ı bu şekilde çok boyutlu olarak değerlendiren bir ölçek ülkemizde bulunmamaktadır. Ülkemizde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunmayan bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ile, AKS'lu hastaların yaşam kaliteleri çok boyutlu olarak değerlendirilebilecek, bireyler üzerine hastalığın etkileri belirlenebilecek, hastaların yaşam kalitesinin geliştirilmesine zemin hazırlanabilecektir. Ayrıca çalışmadan elde edilen bulguların, ülkemizi yansıması bakımından, ulusal ve uluslararası literatüre de katkısı olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, AKS'lu hastalarda Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi İndeksi'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliğini yapmaktır.

GENEL BİLGİLER

1.3. Akut Koroner Sendrom

1.3.1. Akut Koroner Sendromun Tanımı

AKS kan akımında tam ya da kritik düzeyde ani bir azalmaya yol açan, aterosklerotik plağa bağlı olarak gelişen, aterosklerozun klinik bir tablosu olarak tanımlanır (34, 35). AKS'un kararsız angina pektoris (Unstable angina - UA), ST yükselmesi olmayan miyokart infarktüsü (NSTEMI) ve ST yükselmeli miyokart infarktüsü (STEMI) olmak üzere üç klinik görünümü vardır (9, 25).

NSTEMI/UA elektrokardiyogram (EKG) üzerinde ST segment elevasyonları olmaksızın koroner iskemi ile sonuçlanan azalmış koroner kan akımı ile karakterize bir hastalık sürecini ifade eder (36). NSTEMI/ UA ile karşılaştırıldığında, STEMI'li hastalar tamamen tıkalı bir infarkt ile ilişkili artere, daha geniş boyutlarda infarktüslere, daha yüksek bir erken ölüm, kalp yetersizliği ve kardiyojenik şok insidansı açısından daha büyük orana sahiptir (37, 38).

1.3.2. Etiyoloji ve Fizyopatoloji

AKS'un trombus, mekanik obstrüksiyon, dinamik obstrüksiyon, inflamasyon ve artmış oksijen gereksinimi olmak üzere beş temel nedeni vardır (39, 40). AKS trombin oluşumu, fibrin birikimi ve platelet agregasyonu basamaklarını izleyen, kana lipid içeriğinin ve trombojenik bileşenlerin salınımı sonucu oluşan aterosklerotik plağın rüptürü ya da erozyonuyla başlar (41, 42). AKS miyokardın artan oksijen gereksinimiyle birlikte iskemi ve infarktüs gelişimine doğru devam eden bir süreci izler (43). NSTEMI / UA, normal olarak, koroner arterlerde kısmi ya da kesikli olarak bir tıkanıklıkla sonuçlanır, ancak STEMI koroner arterlerde tamamen bir tıkanıklıkla sonuçlanır (41).

1.3.3. Akut Koroner Sendromun Klinik Görünümü ve Tanısı

AKS'da başvuru şekli çeşitlilik gösterir. Ancak klinik öykü şiddetli ani başlayan göğüs ağrısı ve dispne ile başlar (44). Hastalar sıklıkla göğüs ortasında sıkıştırma, baskı ya da yanma şeklinde göğüs ağrısı tarifler (45, 46). Ağrı sol kol, boyun, omuz, sırt ve epigastrik bölgeye yayılabilir. Hastalığa özgü gelişen diğer belirti ve bulgular ise nefes darlığı, terleme, mide bulantısı, baş dönmesi, taşikardi, taşipne, hipotansiyon veya hipertansiyon, azalmış arteriyel oksijen saturasyonu (SaO₂) ve ritim anormallikleridir. Ancak, UA'dan farklı olarak, NSTEMI ve STEMI'de ağrı daha uzun sürer ve daha şiddetlidir (41, 43, 45, 46).

AKS değerlendirilmesinde ilk adımı akut kardiyak iskeminin klinik şüphesini kesinleştirmek adına bir klinik öykü ve fizik muayene oluşturur (42). Hastanın önceki medikal hikayesi AKS açısından demografik risk göstergesi olup olmadığını

belirlemeye yardımcı olur (47). Atherosklerotik kalp hastalıkları için risk faktörleri iki kategoride incelenebilir: (a) değiştirilemeyen ve (b) değiştirilebilir.

a. Değiştirilemeyen risk faktörleri:

- Yaş (40 yaşın üzerinde olma),
- Cinsiyet (erkek ya da postmenopozal kadın olma)
- Etnik köken
- Genetik faktörlerdir (aile öyküsünde erken KAH olması; yaş < 55 erkek yakınlarında, < 65 kadın yakınlarında) (46, 47, 48, 49).

b. Değiştirilebilir risk faktörleri:

- Diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi (HDL kolesterol düzeyi < 40 mg/dl)
- Tütün ve alkol kullanımı
- Obezite (Beden Kitle İndeksi > 30 kg/m²)
- Sedanter yaşam tarzı
- Artmış serum homosistein düzeyi, artmış serum düzeyleridir (45, 46, 48).

Göğüs ağrısıyla gelen hastaların fizik muayenesi göğüs muayenesi, oskültasyon ve kalp hızı, kan basıncı ölçümlerini kapsar (34, 49). AHA ve Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) klavuzları, AKS ile uyuşan bulgular gösteren hastalara acil servise gelişin ilk 10 dakikası içerisinde 12-derivasyonlu EKG çekilmesini önermektedir (41). UA / NSTEMI ile başvuran hastalar geçici ST yükselmesi, ST depresyonu veya T dalgası negatifliği gibi dinamik repolarizasyon anormallikleri gösterebilirler ya da EKG normal de olabilir (50). STEMI'de ise, erken evrede bile EKG'nin normal olması çok seyrek bir bulgudur (51). ST segment yükselmesi STEMI'nin önemli bir bulgusudur (27, 41, 52). AKS'da, biyokimyasal belirteçler STEMI ve NSTEMI'yi UA'dan ayırmanın temelini oluşturur (43). AKS tanısında miyokardiyal hasarı gösteren belirteçler olarak troponin T ve troponin I tercih edilmektedir (1, 27). Enflamatuar aktivite belirteçleri olarak da C-reaktif protein (hsCRP) kullanımı önerilmektedir (1). AKS tanısı koymada yararlanılan diğer yöntemler ise şunlardır:

- Girişimsel olmayan kardiyak görüntüleme
- Ekokardiyografi (EKO)
- Koroner anjiyografi (KAG)
- Sintigrafik teknikler: tek foton emisyon tomografisi (SPET), pozitron emisyon tomografisi (PET)
- İntravasküler ultrasonografi (IVUS)
- Kardiyak bilgisayarlı tomografi (1, 53, 54, 55).

1.3.4. Akut Koroner Sendromda Tedavi Stratejileri

AKS tedavisinin yönetimi son birkaç yılda hızla gelişmiştir (56). AHA ve ACC tarafından AKS'lu tüm hastalar için klinisyenlere yardımcı olabilecek bakım klavuzları ve performans ölçüleri geliştirilmiştir (41). Bu klavuzlar doğrultusunda, AKS'da tedavi amaçları miyokartın oksijen gereksinimi ve sunumu arasındaki

dengeyi sağlamak, trombüs formasyonunu sınırlamak ve lümen açıklığını yeniden sağlamaktır (57).

AKS tanısı alan hastalara uygulanan tedavi yöntemleri 4 genel kategoride incelenir. Bunlar:

- Anti-iskemik tedavi (Nitrogliserin-NTG, β -blokerler)
- Antiplatelet tedavi (Aspirin, klopidogrel, glikoprotein IIb / IIIa inhibitörleri)
- Antitrombin tedavi (Antikoagülanlar)
- Reperfüzyon tedavisidir (Perkütan koroner girişim-PKG, trombolitik tedavi ya da koroner arter bypass greft-CABG) (36, 58).

1.3.5. Akut Koroner Sendrom ve Hemşirelik Bakımı

AKS akut gelişen, ilk üç aylık süreç içerisinde yüksek mortalite oranları gösteren ve hastalara kritik bakım prensipleriyle yaklaşım gerektiren sağlık sorunlarından biridir (40, 43). Böyle akut ve kritik hastalığı olan bireyler stabil olmayabilir, kompleks bakım ihtiyaçları olabilir, yoğun ve sürekli bir hemşirelik bakımı almayı gerektirebilir (59). Hemşireler, sağlık bakım sistemi içerisindeki her giriş noktasında, öncelik belirleme ve karar verme becerilerini kullanarak AKS'lu hastaların bakımında kilit rol oynarlar (25). Hemşireler tarafından yapılan sürekli gözlem, değerlendirme becerileri ve 24 saat boyunca bakım verme yetisi hastalığın yönetim kararlarına destek sağlar (60). Hastalığın bakımında hemşirelik rolleri miyokardiyal iş yükünü azaltmayı ve kardiyak out-putu maksimum düzeye çıkarmayı, tedavilerin sağlanmasını, tedavinin etkilerini ve komplikasyonları belirlemek için dikkatli izlemi, komplikasyonların hızlı tedavisini yapmayı, rahatlığı ve ağrı kontrolünü sağlamayı, psikososyal desteği, eğitim vermeyi ve taburculuk planlamasını kapsar (61).

Acil servise AKS şüphesiyle başvuran bireylerde hemşirelik yaklaşımı hastanın gereksinimlerini değerlendirmek ve bu gereksinimlerin önceliğini belirlemekle başlar (61). Bu hususta, acil servis hemşireleri öncelik belirleme kararlarına katılır ve amaçları AKS semptomlarını tanımak, hastalar arasında önceliği belirlemek ve belirlenen hastaların zamanında tıbbi değerlendirmesini kolaylaştırmaktır (62). Bakımın en önemli yönlerinden biri de, AKS ile gelen hastanın kapsamlı değerlendirilmesidir (63). Hastaların göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi, bulantı-kusma hissi gibi yaşadıkları semptomlara yönelik kapsamlı değerlendirme (niteliği, şiddeti, arttıran-azaltan faktörler, süresi vb), aile öyküsü ve geçmiş tıbbi öykünün dikkatli bir şekilde alınması ve düzenli aralıklarla çekilen 12 derivasyonlu EKG'nin izlemi bireylere yaklaşımda hemşirelere yol gösterir (60, 64).

AKS ile acil servise gelen bir hastaya ilk bir saat içinde uygulanacak hemşirelik yaklaşımı mortaliteyi azaltmada etkili olmaktadır (65). Bu aşamada akut hemşirelik müdahaleleri ağrının değerlendirilmesini ve tedavisini, kalp hızı, kan basıncı, oksijen saturasyonu (SPO₂) gibi yaşam bulgularının izlenmesini, yatak istirahati ve aktivite kısıtlamasıyla birlikte dinlenme ve rahatlığın sağlanmasını kapsar. Bununla birlikte anksiyete ve stresin azaltılması, hastaların emosyonel ve davranışsal yanıtlarına uygun yaklaşım kurulması ve hasta/yakınlarının bilgi gereksinimlerinin karşılanması da hemşirelik girişimleridir. (66, 67, 68). Girişimsel

ve farmakolojik müdahaleler sonrası hastanın yoğun bakım ünitesi ya da kardiyoloji kliniğine transferi yapılır. Bu bölümlerde hemşire, hastaların bakım gereksinimlerini belirler, hemşirelik tanı ve girişimlerini oluşturur ve hemşirelik bakım sürecini kapsamlı bir şekilde devam ettirir. AKS'lu hastalarda ele alınan hemşirelik tanı ve girişimlere aşağıda yer verilmektedir.

a. Akut ağrı (66, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75):

Etiyolojik Faktörler	Tanımlayıcı Kriterler
<ul style="list-style-type: none"> • Artmış kardiyak iş yükü ve oksijen tüketimi • Azalmış miyokardiyal kan akımı, doku iskemisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Kalp ve solunum hızında artma • Kan basıncında yükselme • Soğuk ve nemli cilt görünümü • Kendini koruyucu pozisyon alma • Huzursuz görünüm
Amaç	Sonuç Kriterleri
<ul style="list-style-type: none"> • Akut ağrıyı hafifletmek ya da tamamen geçmesini sağlamak • Tekrar ağrı oluşumunu önlemek 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 dakika içinde hastanın ağrısının geçtiğini sözlü ya da sözsüz olarak belirtmesi • Yaşam bulgularının normal sınırlarda olması • Cilt ve postürünün iyi görünüme sahip olması
<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ağrının özelliklerine yönelik: niteliği (iğneleyici, yanıcı, kramp, kesici, batıcı, spazm-kasılma, zonklayıcı, sızlayıcı vs.), lokalisasyonu (sıklıkla substernal, retrosternal ya da göğsün sol tarafında ağrı), şiddeti (ağrı skalasına göre 1-10 arası puanlama), süresi, azaltan faktörler (dinlenmek, dilaltı nitroglicerine alma), arttıran faktörler (egzersiz, stres, soğuk hava vs.), ağrıya eşlik eden diğer hastalık semptomları (nefes darlığı, çarpıntı, bulantı-kusma, el ve parmaklarda titreme, halsizlik hissi vs.) değerlendirilir ve izlenir. • 12 derivasyonlu EKG çekilir ve ST segment değişiklikleri hekime bildirilir. • Sakin bir ortam sağlanarak uygun pozisyonda (semi-fowler) yatak istirahatine alınır, monitörize edilir ve SPO₂ %96-100 seviyesine ulaşınca dek 2-4 lt/dk'dan oksijenasyonu sağlanır. • Yaşam bulguları, respirasyonu ve SPO₂ takibi yapılır. • Ağrı geçmez ise, önerilen dozda (en fazla üç doz şeklinde ve her 5 dakikada bir) ve hekim bilgisi altında dilaltı ya da sprey NTG uygulanır. • Ağrı geçmez ise, 5-10 ml/st'ten intravenöz NTG başlanır. • Kardiyak enzimlerin takibi ve bu esnada, aralıklı olarak, kan basıncı kontrolü yapılır. • Hekim istemi doğrultusunda beta blokerler ve ACE inhibitörleri günlük uygun dozajda uygulanır. • Diyetini düzenlemeye yönelik, düşük kolesterolü, az sodyum ve doymuş yağ içeren, düşük kalorili besinler alması sağlanır. • Günlük yaşam aktivitelerini yapmada yardım edilir ve rahatlama teknikleri öğretilir. 	

b. Anksiyete/Korku (45, 66, 69, 70, 75, 76, 77, 78):

Etiyolojik Faktörler	Tanımlayıcı Kriterler
<ul style="list-style-type: none">• Göğüs ağrısı• MI veya anginanın tanısı, tedavi ve prognozuyla ilgili bilgi eksikliği• Yaşam tarzı üzerine hastalığın olumsuz etkileri• Destek sistemlerinin yetersizliği	<ul style="list-style-type: none">• Huzursuz, kaygılı ve çaresiz görünüm• Hastanın sürekli soru sorması ve aile/dış ortam ile ilişkilerinde bozulma• Nabız, kan basıncı ve solunum hızında artış• Uyku ve beslenme bozuklukları, titreme• Çarpıntı, soğuk cilt görünümü
Amaç	Sonuç Kriterleri
<ul style="list-style-type: none">• Korku ve anksiyetenin erken belirtilerini tespit etmek• Mümkün olduğunca, korku ve anksiyeteyi önlemek• Korku ve anksiyeteyi azaltmak veya ortadan kaldırmak	<ul style="list-style-type: none">• Sözlü olarak daha az korktuğunu ifade etmesi• Etkili başa çıkma mekanizmalarını uygulaması• Her zamanki uyku düzenine kavuşması• Yüz ifadesi ve vücut hareketlerinde rahatlık olması ve yaşam bulgularının stabil olması
Hemşirelik Girişimleri	
<ul style="list-style-type: none">• Anksiyetenin fiziksel, emosyonel ve davranışsal belirti ve bulguları (kalp hızı, solunum ve kan basıncında artış, konuşma zorluğu, dikkat dağınıklığı) değerlendirilir.• Anksiyete / korku düzeyi (hafif, orta, şiddetli) ve başa çıkma mekanizmalarının etkinliği değerlendirilir ve sözel olmayan iletişimde dikkatli olunur.• Aile ve hastaya, duygularını sözlü olarak açıklamaları için fırsat verilir.• Sakin ve güven verici bir sesle, bakım ve prosedürler hakkında bilgi verilir; şiddetli anksiyete durumunda hastanın yanında olunur.• Rahatlatıcı solunum ve hayal kurma gibi rahatlatıcı teknikleri kullanması için hastaya yol gösterilir.• Hekim istemine göre, endike ise, sedatif ve trankilizan ilaçlar verilir.	

c. Sistemik doku perfüzyonunda azalma (45, 63, 69, 70, 77, 79, 80):

Etiyolojik Faktörler	Tanımlayıcı Kriterler
<ul style="list-style-type: none">• Vazokonstriksiyon, hipovolemi, tromboembolik durum ve aterosklerotik plak oluşumuna bağlı kan akımının azalması ya da kesilmesi• Uzun süreli iskemi ve infarktüse bağlı kardiyak outputta azalma sonucu kalbin pompa fonksiyonunun bozulması	<ul style="list-style-type: none">• Anormal kalp ve solunum hızı ve ritmi• Hemodinamik parametrelerde bozulma• Azalmış zihinsel aktivite• İdrar çıkışında azalma• Aşırı yorgunluk hissi• Soğuk, nemli, siyanotik cilt görünümü• Uzamış kapiller dolun, çarpıntı, dispne
Amaç	Sonuç Kriterleri
<ul style="list-style-type: none">• Azalmış sistemik doku perfüzyonunun erken belirtilerini ve etiyojisini algılamak• Azalmış sistemik doku perfüzyonunun belirtilerini, mümkün olduğunca önlemek• Azalmış sistemik doku perfüzyonunun belirtileri azaltmak veya ortadan kaldırmak	<ul style="list-style-type: none">• Kan basıncı, kardiyak output, idrar çıkışının normal sınırlarda olması ve periferik nabızların alınabilmesi• Göğüs ağrısı ve dispne olmaması• Aktivite toleransında artış olması• Bilişsel ve davranışsal değişim olmaması ve oryante görünüm• Ekstremitelerin normal renkte, sıcaklıkta ve kuru olması
Hemşirelik Girişimleri	
<ul style="list-style-type: none">• Kardiyak monitörizasyon sağlanır, kalp hızı ve ritmi, arteriyel kan basıncı, solunum hızı, idrar çıkışı, periferik dolaşım, kapiller dolun, vücut sıcaklığı ve rengi her 4 saatte bir kapsamlı şekilde değerlendirilir ve değişiklikler kaydedilir.• Sürekli izlem yapılarak iskemi ve infarktüs bulgularını gösterebilecek EKG değişiklikleri izlenir ve değerlendirilir. Göğüs ağrısı, ruhsal durum değişiklikleri, kalp-solunum hızı, ritmi ve seslerindeki değişiklikler hekime bildirilir.• Enerji tüketimini azaltmak için fowler pozisyonunda yatak istirahatine alınır ve endike ise (SPO₂ <%90, dispne varlığı vs.) oksijen desteği sağlanır.• İstem dâhilinde antiaritmik, antitrombolitik, vazodilatör, inotropik, diüretik ve anksiyolitik ilaçlar dikkatli izlem yapılarak uygulanır.• Kan üre nitrojeni, kreatinin, elektrolitler ve koagülasyon çalışmaları gibi laboratuvar bulguları izlenir.• Hasta ve ailesinin tanı testlerine, PKG, cerrahi girişimlere hazırlığı yapılır ve bilgilendirilir.• Günlük aldığı-çıkardığı takibi ve kilo izlemi yapılır.• Hastanın beslenme ihtiyaçları değerlendirilir, sodyum ve doymuş yağdan fakir, sindirimi kolay beslenmesi sağlanır. Öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmede hastaya destek olunur ve yardım edilir.	

d. Aktivite intoleransı (45, 69, 77, 81, 82, 83):

Etiyolojik Faktörler	Tanımlayıcı Kriterler
<ul style="list-style-type: none">• Vücut dokularına dolaşımın azalması• Kardiyak iskemi, uzun süre immobil olma, uzun süre narkotik ve ilaç tedavisi alma• Gerekli veya istenilen günlük aktivitelerini desteklemek veya tamamlamak için yetersiz fiziksel ya da psikolojik enerjiye sahip olma	<ul style="list-style-type: none">• Efor sırasında dispne ve rahatsızlık• Sözel olarak yorgunluk ve güçsüzlük olduğunu belirtmesi• Aktivite sırasında anormal kalp-solunum hızı ve kan basıncı değişiklikleri• İskemi ve aritmiyi gösteren EKG değişiklikleri
Amaç	Sonuç Kriterleri
Anjina, siyanoz, dispne ve disritmi olmadan aktiviteleri arttırmak	<ul style="list-style-type: none">• Aktivite sırasında göğüs ağrısı yaşamaması• Kan basıncı, kalp hızı, SPO₂ ve solunum hızı normal sınırlarda ve cilt kuru, sıcak ve pembe renkte olacak şekilde ilerleyici aktiviteleri tolere etmesi
Hemşirelik girişimleri	
<ul style="list-style-type: none">• Akut dönemde miyokartın iş yükünü ve oksijen gereksinimini azaltmak için semi-fowler pozisyonunda yatak istirahati sürdürülür.• Aktivite öncesi yaşam bulgularına bakılır.• Aktivite sırasında ve sonrasında anormal değişiklikler (kalp hızının 120 atım/dk üzerinde ya da istirahat sırasında normalin 20 atım/dk üzerinde olması, aktivite süresince kan basıncının 20 mmHg üzerinde olması, göğüs ağrısı, baş dönmesi, deride renk değişiklikleri, terleme, nefes darlığı, aritmiler, aşırı yorgunluk, EKG ve ST segment değişikliği) izlenir.• Dinlenme periyodları ile aktivite dengelenir.• Tolere edeceği günlük yaşam aktivitelerini yapması konusunda cesaretlendirilir.• Hasta, uzun vadede, kardiyak rehabilitasyon programlarına katılması için teşvik edilir.	

e. Uyku Düzeninde Bozulma (69, 79, 83, 84, 85):

Etiyolojik Faktörler	Tanımlayıcı Kriterler
<ul style="list-style-type: none">• Ağrı, anksiyete, hastalığın etkileri• Hastane ortamının fiziksel koşulları• Tedavi ve prosedürlerin yoğunluğu• Yapılan işlemlere yönelik bilgi eksikliği• İlaçların yan etkileri (beta blokerler, diüretikler, narkotik analjezikler vs.)	<ul style="list-style-type: none">• Yorgunluk, sık sık esneme• Gözlerinin altında koyu halkalar oluşması• Dikkat dağınıklığı• Sözlü olarak uyuyamadığını belirtmesi
Amaç	Sonuç Kriterleri
Uyku kalitesinde düzenin yeniden sağlanması	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın uykusuzluk belirtilerinin azaldığını ifade etmesi• Dinlenmiş hissetme duygusunda ve rahatlıkta artma olduğunu söylemesi• Uyumayı sağlayacak bireysel yaklaşımları belirleyebilmesi
Hemşirelik Girişimleri	
<ul style="list-style-type: none">• Bireysel uyku alışkanlıkları ve bireye özgü normal süre sorgulanır.• Uyku kalitesini geliştirmek için ön bir değerlendirme yapılır ve uyumayı etkileyen fiziksel, emosyonel, çevresel faktörler belirlenir.• Ağrıyı kontrol edici uygulamalar yapılır ve bedenin rahat edeceği, kasların rahat olduğu uygun pozisyonu alması konusunda desteklenir.• Klinik çevre, prosedürler, tedavi ve bakım saatleri bireye göre düzenlenir.• Hasta odasına giren kişi sayısı azaltılır; dinlendirici, sessiz ve sakin bir ortam hazırlanır.• Odada kullanılmayan araç-gereç (oksijen, aspirasyon aletleri) kapalı tutulur.• Günlük aktiviteleri uyku örüntüsünü engellemeyecek biçimde yeniden düzenlenir.• Uyku örüntüsünü bozabilen ilaçların saatleri yeniden düzenlenir.• Anksiyeteyi azaltacak rahatlatıcı uygulamalar öğretilir ve uygulamaya teşvik edilir.• Hasta ile ilgili rapor sunumları ve tartışma hastadan uzak bir yerde yapılır.• Endike ise, hekim istemi ile sedatif ya da hipnotik ilaçlar verilir.	

f. Gaz değişiminde bozulma riski (63, 73, 79, 84):

Etiyolojik Faktörler	Tanımlayıcı Kriterler
<ul style="list-style-type: none">• Ağrıya ikincil olarak gelişen hipoventilasyon• Miyokart hasarına bağlı gelişen kalp yetersizliği• Kardiyak outputta azalma sonucu gelişen miyokardiyal yetmezliğe bağlı pulmoner konjesyon	<ul style="list-style-type: none">• Anormal arteriyel kan gazları• Anormal solunum (hız, ritim ve derinliği)• Dispne, hipoksemi, hipoksi, taşikardi• Huzursuzluk, konfüzyon• SPO₂ < %90
Amaç	Sonuç Kriterleri
Optimal gaz değişimini sürdürmek	<ul style="list-style-type: none">• Solunum hızının, ritiminin ve derinliğinin normal sınırlarda olması• Arteriyel kan gazı sonuçlarının yeterli gaz değişimi olduğunu göstermesi• SPO₂ düzeyinin %90 ve üzeri değer göstermesi• Bilincin açık ve hastanın oryante olması
Hemşirelik Girişimleri	
<ul style="list-style-type: none">• Her 4 saatte bir genel fizik muayene yapılır ve anormal değişiklikler kaydedilir:• Göğüs ağrısı ve hastalığa özgü semptomlar,• Solunum hız, ritim ve derinliğindeki değişiklikler,• S3, S4 gallop ritmi ve murmur gibi anormal kalp sesleri ve raller gibi solunum sesleri,• Spesifik aktivitelere intoleransı,• Siyanoz açısından cilt ve mukoz membranlar değerlendirilir.• Yüksek fowler pozisyonu ile etkin hava yolu açıklığı sağlanır.• Akut dönemde aktiviteleri kısıtlanır.• SPO₂ düzeyine göre oksijen inhalasyonu başlanır.• Ruhsal durumu ve bilinç düzeyi izlenir.• Düşük sodyum içeren ve düşük kalorili diyet alması sağlanır.	

g. Bilgi eksikliği / Gerekli yaşam tarzı değişiklikleriyle etkin baş edememe (45, 63, 69, 82, 86, 87):

Etiyolojik Faktörler	Tanımlayıcı Kriterler
Hastalığın süreci, tedavi, bakım, iyileşme ve taburculuk dönemiyle ilgili yetersiz bilgi ve destek alınamamasına bağlı bilgi eksikliği	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın sürekli soru sorması ya da hiç soru yöneltmemesi• Hastanın yanlış ifadelerle durumunu anlatması
Amaç	Sonuç Kriterleri
Risk faktörlerini, hastalık sürecini, hastalığın yönetimi için gerekli rehabilitasyon aktivitelerini tanımlamasını sağlamak	<ul style="list-style-type: none">• Hastalığın sürecini, risk faktörlerini, hastalığı şiddetlendiren faktörleri, yaşam tarzına ilişkin baş etme yöntemlerini öğrendiğini ifade etmesi• Taburculuk süresince sağlık hizmetlerine başvurmasını gerektiren semptomları öğrendiğini belirtmesi
Hemşirelik Girişimleri	
<ul style="list-style-type: none">• Hastaya AKS ile ilgili kardiyak iskemi, anjina ve infarktüsün patofizyolojik süreci anlatılır.• Kolesterol düzeylerinin önemi, Yüksek Dansiteli Lipoprotein (High Density Lipoprotein-HDL) ve Düşük Dansiteli Lipoprotein (Low-density lipoprotein-LDL) risk faktörleri arasındaki ayırım anlatılır.• Sigaranın bırakılması, beslenme, kan basıncının kontrolü, aktivite programı, stresten kaçınma gibi risk faktörlerinin önemi anlatılır ve gerektiğinde yetkili birimlerle görüşmesi sağlanır.• NTG ile geçmeyen ağrı gibi dikkat edilmesi gerekli tıbbi semptomlar hastayla tartışılır.• Hastaya kendi kendine nabız sayımını ve ritim değişiklikleriyle ilgili kontrolü nasıl yapacağı öğretilir.• Kullanılan ilaçların etki, yan etki ve önemi anlatılır.• Hastanın, tedavi sürecine daha iyi adapte olabilmesi için aile bireyleri de eğitime dahil edilir.	

1.3.6. Hasta / Aile Eğitimi ve Taburculuk Planı

Hasta / aile eğitimi ve taburculuk planında terapötik yaşam tarzı değişiklikleri ve ikincil korumaya yönelik ilaçların düzenlenmesi uzun vadede sonuçların iyileştirilmesinde önemlidir (88). AKS ile taburcu edilecek hastalara taburculuk öncesi sigaranın bırakılması, lipid yönetimi, kan basıncı kontrolü, diyabet yönetimi, kilo yönetimi, fiziksel aktivite ve olağan aktivitelere yeniden başlamayla ilgili kardiyak rehabilitasyon programları gibi yaşam tarzı ve risk faktörü modifikasyonuna yönelik ihtiyaç duydukları eğitim ve desteğin sağlanması gerekir (42, 50, 88).

Bireylerin ve ailenin eğitiminde sözlü ve yazılı bilgiler şunları kapsamaktadır (48, 51, 63, 71, 89, 90):

- Kullanacağı ilaçların adı, kullanım amacı, dozu ve kullanım şekli, ilaç/ilaç ve besin/ilaç etkileşimleri ve olası yan etkileri anlatılır.
- Sekonder korumada kontrendikasyon yoksa aspirin tedavisinin ömür boyu kullanımı, klopidogrel in ise 12 ay boyunca kullanımı önerilir.
- NTG kullanımından sonra gelişebilecek baş ağrısı ve baş dönmesi üzerinde durulur.
- Kalp hızını arttıran ve vazokonstrüksiyona neden olan kafeinin alımını önleme ya da azaltmanın önemi açıklanır.
- Beslenme yönetimi öğretilir. Düşük doymuş yağlı, sodyumdan fakir, düşük kolesterollü ve mümkünse kilo almayacak şekilde besinlerin alımı konusunda bilgilendirilir.
- Kendi kendine nabız kontrolü öğretilir.
- Anjina ve ilaç kullanımıyla geçmeyen ağrı, dispne, azalmış egzersiz toleransı, bilinç kaybı gibi acil tıbbi müdahale gerektiren belirti ve bulgular öğretilir.
- Taburculuk sonrası 4-8 hafta boyunca düzenli dinlenme periyotları yapması, aktivitelerine yürüyüşle başlaması ve giderek artırması söylenir. Aktivitelerini aşırı soğuk ya da sıcak ortamda yapmasının sakıncası açıklanır.
- Sigara içen bireyler, sigarayı bırakmaya yardımcı olacak programlara yönlendirilir ve gerekirse broşürler verilir.
- Psikososyal sorunlara yönelik yaşam tarzı değişiklikleriyle başa çıkabilmelerini sağlayacak psiko eğitim programlarına katılımı sağlanabilir.

1.4. Yaşam Kalitesi

1.4.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk kavramları ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (24). Kavramın tarihsel gelişimi, erdemli bir yaşamın mutluluk ya da iyi bir yaşamdan ileri geldiğini düşünen Aristo ile başlamıştır (91).

Mortalite ve morbitide oranları, hastanede yatış oranları, tedavi edilen hastaların sayıları sağlık sonuçlarının yetersiz göstergeleridir. Bununla birlikte SYK sağlık sonuçlarının bir göstergesi olarak artan bir şekilde kullanılmaktadır (13). Genel anlamda, SYK bireylerin sosyal iyi olma durumu ile birlikte fiziksel,

psikolojik ve emosyonel fonksiyonlarındaki iyilik halini değerlendirir ve kişinin yaşamındaki tüm deneyimlerinin kendisi tarafından değerlendirilmesini kapsamaktadır (92, 93). Spieth ve Harris (94)'e göre, "SYK bir hastalık ya da yaralanma, medikal tedavi ve sağlık politikasıyla ilişkili bir işlevsel bozukluğun subjektif ve objektif etkisini gösterir". SYK hem pozitif hem de negatif yönleri içeren bir kavram olarak tanımlanır (95, 96).

Yaşam kalitesine ilişkin yapılan tanımlar, yaşam kalitesinin fiziksel, işlevsel, emosyonel, sosyal vb. yönlerini içermesi açısından çok boyutlu bir kavram olduğunu göstermektedir. Wenger, SYK'nin fonksiyonel kapasite, algı ve semptomlar olmak üzere üç alanını tanımlamıştır. Campbell (1981) ise, toplumsallık, eğitim, aile yaşantısı, komşuluk, arkadaşlık, evlilik, milliyet, barınma durumu, sağlık kendilik duygusu, yaşam standardı ve iş durumu olmak üzere yaşam kalitesiyle ilgili 12 alan belirlemiştir. SYK'nin çok boyutlu bir yapı olduğu görüşünü getiren araştırmacılar genel olarak şu alanları değerlendirmişlerdir;

1) Sağlık algısı alanı: sağlık özbeğenisini, hastalık kaygısını, kişilerin geçmişteki ve mevcut sağlık durumlarını değerlendirmesini kapsamaktadır.

2) Fonksiyonel sağlık alanı: rol sınırlılığı, katılım, etkileşim, iletişim, mahremiyet ve cinsel yaşam gibi sosyal konuları, oryantasyon, iyi hissetme, dikkat, mutluluk ve stres gibi duygusal ve bilişsel alanları, fiziksel aktivite, hareketlilik, öz bakım ve uyku gibi fiziksel durumları içermektedir.

3) Semptomlar: Ağrı, baş dönmesi, mide bulantısı gibi hastalıklara özgü belirtileri içermektedir (21, 92, 95, 96).

1.4.2. Yaşam Kalitesi ve Akut Koroner Sendrom

AKS bireylerin sosyal ve kişisel ilişkilerinde, mesleki durumlarında ve günlük aktivitelerinde önemli sağlık boyutlarını etkilemektedir (10, 97). Bu nedenle, AKS ile başvuran hastaların tedavisindeki amaç yalnızca yaşamı uzatmak değil, aynı zamanda semptomları hafifletmek ve fonksiyonları geliştirmektir (98). Yaşam kalitesi ölçümü ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi AKS tanısı alan hastalarda yaşam kalitesini geliştirmek ve sürdürmek için yararlı olmaktadır (99). AKS'da SYK ölçümlerinin potansiyel rolleri:

- İnsanların günlük yaşamı üzerine hastalık ve tedavinin etkisi,
- Hasta açısından hastalık ve tedavinin etkileri,
- Hastalık süresince, sosyal, emosyonel ve fiziksel destek ihtiyacı,
- Farklı tedaviler arasında karar verme,
- Tedavilerin etkileri konusunda hastanın bilgilendirilmesi,
- Hastaların bakış açısına göre tedavinin başarısını izlemek,
- Bakım paketlerini planlamak ve koordine etmektir (10).

Angina şeklinde ortaya çıkan miyokardiyal iskemi AKS tanısı alan bireylerde fonksiyonel kapasiteyi ve genel yaşam kalitesini önemli derecede bozmaktadır (100). Son zamanlarda yapılan çalışmalar da koroner kaynaklı hastalıklar sonrasında hastaların yaşam kalitesinde kalıcı olumsuz etkilerin oluştuğunu göstermektedir (14, 20). Literatür bilgisi incelendiğinde, AKS'un yaşam kalitesi üzerine etkilerinin yanı sıra, bu hasta gruplarında onların SYK'ni etkileyen yaş, cinsiyet, medeni durum ve klinik özellikleri gibi sosyo-demografik faktörlerin, özellikle anksiyete, stres ve depresyon gibi emosyonel durumların, koroner risk faktörlerinin ve hastalığa özgü semptomların, tedavi etkinliğinin ve hastalığa yönelik eğitim faaliyetlerinin de irdelendiği çalışmaların bulunduğu gözlemlenmiştir (101, 102, 103). Westin ve diğ. (104) tarafından iskemik kalp hastalığı olan bireylerde, cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın bir yıllık izlem verileri, kadınlarda genel sağlık, anksiyete ve depresyon boyutlarında yaşam kalitesinin erkeklere göre daha zayıf olduğunu göstermiştir. Broddadottir ve diğ. (105) tarafından yapılan başka bir çalışmada, KAH tanısı alan genç kadınlarda yaşam kalitesi yaşlı kadınlara göre daha zayıf bulunmuştur.

1.4.3. Yaşam Kalitesinin Ölçümü

SYK değerlendirilirken, hastaların özel alanları ile ilgili sağlık boyutlarını ölçen uygun araçların seçilmesi önemlidir (106, 107). Aynı zamanda, AKS'da SYK'nin ölçümü hastaların sağlık gereksinimlerini belirlemekle mümkündür ve seçilecek ölçek hastaların tipik ihtiyaçlarını belirlemelidir (108). Örneğin, AKS sonrası hastalarda kullanılmak üzere geliştirilmiş olan bir ölçek hastalığın akut ve kronik fiziksel sonuçları kadar, eğlence, mesleki, sosyal, kişisel ve cinsel ilişkileri açısından bu hastalıkla yaşayan bireylerin tepkisini de dikkate almalıdır (106).

SYK tarama, sağlık durumunu açıklama, hastaların yönetiminde karar verme, sağlık politikasına yön verme ve kaynakların dağılımı ile ilgili karar verme gibi durumlara olanak sağladığı için önemlidir. Bununla birlikte, SYK hastaları ve ihtiyaçlarını belirlemeyi, dolayısıyla da tedavi planlarının belirlenmesini sağlar (109). Temel bileşenleri olarak fiziksel ve ruhsal sağlıkla birlikte, AKS tanısı alan hastalarda SYK'nin farklı boyutlarını değerlendirmek için birtakım genel ve hastalığa özgü ölçekler geliştirilmiştir (20). Hastalığa özgü ölçekler, belirli bir hastalık süreci, durum, organ sistemi ya da anatomik bölge ile ilgili yaşam kalitesinin yönlerini değerlendirir (10). Genel ölçekler ise, genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçütleri kapsamaktadır (110).

1.4.3.1. Genel (Jenerik) Ölçekler

KVH'da genel sağlığı ölçmek için geliştirilmiş ve yaygın olarak kullanılan genel ölçekler; Nothingam Sağlık Profili (NHP), Kısa Form 36 (SF-36), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF), Hastalık Etki Profili (SIP), EuroQol-5D (EQ-5D) Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ferrans and Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği (QLI)'dir (111).

a. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile - NHP)

Tasarım ve içeriği yönünden SIP'nden etkilenmiş olan NHP, algılanan fiziksel, sosyal ve emosyonel sağlık sorunlarına kısa bir gösterge oluşturmak için 1981'de Hunt ve diğ. tarafından geliştirilmiştir (112). Enerji, ağrı, fiziksel mobilite, uyku, emosyonel reaksiyonlar ve sosyal izolasyon olmak üzere altı alt boyut ve 38 sorudan oluşan NHP'de o anki yakınmalar sorgulanır (113). Ölçekten elde edilen yüksek puanlar daha fazla sorun olduğunu ve kötü bir yaşam kalitesini gösterir (114). NHP kısadır ve sınırlı yanıt seçenekleri nedeniyle hızlı uygulanabilir (115). NHP'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması da Küçükdeveci ve diğ. tarafından yapılmıştır (113).

b. Kısa Form-36 (The Short Form 36 - SF-36)

SF-36, SYK'ni değerlendirmek için en yaygın kullanılan genel sağlık durumu ölçeklerinden biridir (116). Fiziksel ve ruhsal olmak üzere iki temel bileşeni ile, 8 alt boyuttan (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve ruhsal sağlık) ve 36 maddeden oluşan SF-36 (20, 21), Ware ve Sherbourne (1992) tarafından sağlık politikalarıyla ilgili değerlendirmeli çalışmalarda ve toplumsal anketlerde kullanılmak üzere geliştirilmiştir (112). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Koçyiğit ve diğ. (1999) tarafından yapılmıştır (117). Ölçeğin her bir alt boyutu 0-100 arasında puanlandırılmıştır ve yüksek puanlar daha iyi SYK'ni göstermektedir (118, 119). Ölçeğin 8 alt boyutunun iç tutarlılığı 0.71-0.85 arasında değişmektedir (120).

c. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHO Quality of Life BREF - WHOQOL-BREF)

WHOQOL çalışma grubu tarafından 1994 yılında geliştirilmiş olan WHOQOL-BREF, yaşam kalitesinin geniş tanımının subjektif bir değerlendirmesini sağlar (112). 26 maddelik ölçeğin anket formu fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel sağlık olmak üzere dört alt boyuttan oluşur; iki madde de genel yaşam kalitesi ve genel sağlık puanını verir (113, 121). Anket hastalığın etkisini olduğu kadar yaşam memnuniyetini de değerlendirir. Yaşam kalitesinin pozitif ve negatif yönlerini belirler. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması da Eser ve diğ. tarafından yapılmıştır (121).

d. Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile - SIP)

Bergner tarafından 1976'da geliştirilip 1981'de revizyonu yapılan SIP, hastalık nedeniyle kişinin davranışlarındaki değişiklikleri göstermektedir (112). Oniki alanda 136 soru içerir. Bu alanlar; fiziksel boyut (3 alan), psikososyal boyut (4 alan) ve diğer 5 tanesi de bağımsız alanlardır (113). Ölçekten elde edilen puanlar 0 (en iyi sağlık durumu) ve 100 (en kötü sağlık durumu) arasında değişir (122).

e. EuroQol-5D (EQ-5D) Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği

EQ-5D ölçeği, Avrupa Yaşam Kalitesi (EuroQol) Çalışma Grubu tarafından ilaç çalışmaları ve politika araştırmaları gibi değerlendirmeli çalışmalarda kullanılmak üzere 1990'da geliştirilmiş ve 1993'te revizyonu yapılmıştır (112). EQ-5D sağlığı "sorun yok, orta derecede sorun var ve ileri derecede sorun var" şeklinde üç dereceli bir yapı içerisinde beş alt boyut (mobilite, öz bakım, genel aktiviteler,

ağrı/rahatsızlık hissi ve anksiyete/depresyon) açısından tanımlar (123). Yüksek puanların alınması daha kötü bir yaşam kalitesine karşılık gelmektedir (124). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 2011 yılında Süt ve Ünsar tarafından yapılmıştır (125).

f. Ferrans and Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği (Quality of Life Index - QLI)

QLI, yaşam kalitesinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilmesi amacıyla geniş bir kavramsal ve metodolojik temele dayandırılarak geliştirilmiştir (126). 6'lı likert ölçeğine göre düzenlenmiş olan QLI, her birinde 33 madde bulunan memnuniyet ve önem sorularının yer aldığı iki bölümden oluşmaktadır (127). Ölçeğin sağlık ve fonksiyon, sosyoekonomik, psikolojik / spiritüel, aile olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Her bir alt boyuta ait puanlar ve toplam ölçek puanı 0-30 arasında değişmektedir (128). Yüksek puanlar daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir (127). QLI'nin çeşitli hastalıklarla ya da genel popülasyona yönelik kullanımı için geliştirilmiş çeşitli versiyonları bulunmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları kanser, kardiyak, diyaliz ve diyabet versiyonları üzerine yapılmıştır. Bununla birlikte, ölçeğin kullanıldığı 200'den fazla çalışma bulunmaktadır (129).

1.4.3.2. Hastalığa Özgü Ölçekler

KVH'a özgü ölçekler; Seattle Anjina Anketi (SAQ), Miyokart Enfarktüsü Sonrası Yaşam Kalitesi Anketi (QLMI), Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Kalitesi Anketi (MLHFQ), Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS), Yaşam Kalitesi Ölçeği (QLI) Kardiyak Versiyonu, Kardiyovasküler Sınırlılıklar ve Semptom Profili (CLASP), MacNew Kalp Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi (111)'dir.

a. Seattle Anjina Anketi (Seattle Angina Questionnaire - SAQ)

SAQ, beş alt boyutu ile birlikte (fiziksel fonksiyon, anjina stabilitesi, anjina sıklığı, tedavi memnuniyeti ve yaşam kalitesi algısı) 19 maddeden oluşan hastalığa özgü bir ölçektir (124). Her madde 5 ya da 6'lı Likert skalası kullanılarak yanıtlanır (130). Her alt boyut 0 (en kötü sağlık durumu) ile 100 (en iyi sağlık durumu) arasında puanlanır (124).

b. Miyokart Enfarktüsü Sonrası Yaşam Kalitesi Anketi (Quality of Life After Myocardial Infarction - QLMI)

QLMI 26 madde ve semptomlar, sınırlılık, güven, benlik saygısı ve duygu olmak üzere beş boyut içinde gruplandırılmıştır. Son zamanlarda yeniden düzenlenmiş olan anket (iki orjinal sorunun kaldırılması ve üç yeni sorunun eklenmesiyle oluşan QLMI) QLMI-2 olarak bilinir ve 27 madde emosyonel, fiziksel ve sosyal olmak üzere üç boyut içinde gruplandırılır (115, 131). Fiziksel, sosyal ve emosyonel alt boyutları ile birlikte 0-7 arasında değişen puanlama yapılır ve yüksek puanlar daha yüksek fonksiyonu gösterir (110).

c. Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Kalitesi Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire - MLHFQ)

MLHFQ 21 maddeden oluşur ve kalp yetersizliği bulunan hastalarda yaşam kalitesinin üç önemli boyutunu (fiziksel, sosyoekonomik ve psikolojik) ölçer (21, 132). Ortalama 5 dakika içerisinde kendi kendine uygulanabilen ya da bir görüşmeci tarafından uygulanabilen MLHFQ, 0 (etki yok/geçerli değil [en iyi puan])’dan 5 (ağır etkili [en kötü puan])’e kadar derecelendirilmiş 6’lı Likert ölçeği ile puanlanır (133). 21 soru için ölçeğin toplam puanı 0-105 arasında değişmektedir ve yüksek puanlar daha düşük bir yaşam kalitesini göstermektedir (132).

d. Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale - MIDAS)

2002’de Thompson ve diğ. tarafından geliştirilen MIDAS, MI geçiren hastaların hastalığa özgü yaşam kaliteleri ile sağlık durumu ölçümlerinin yapılabilmesi ve uygulanan tedavilerin, fonksiyonel ve iyilik durumları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi için geliştirilen bir araçtır (98, 134). 35 maddeden oluşan ve yaşam kalitesinin fiziksel aktivite (12 madde), güvensizlik (9 madde), duygusal tepki (4 madde), bağımlılık (3 madde), beslenme düzeni (3 madde), ilaç hakkında endişeler (2 madde), ilaç yan etkileri (2 madde) şeklinde yedi alanını ölçen MIDAS’nin her bir alt boyutu 0-100 arasında puanlandırılmıştır. Yüksek puanlar kötü bir sağlık durumunu göstermektedir (111, 135). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Uysal ve diğ. tarafından yapılan MIDAS’nin güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0.38-0.83 arasında bulunmuştur (98).

e. Yaşam Kalitesi Ölçeği (QLI) Kardiyak versiyonu

Başlangıçta, sağlıklı ve hasta bireylerde yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan QLI, bireylerin kendileri tarafından uygulanabilecek olan hastalığa özgü bir araçtır (110). Her birinde 36 soru bulunan 2 temel alandan oluşur ve 6’lı Likert skalası kullanılır: alan 1 yaşamın çeşitli yönleriyle birlikte memnuniyeti ölçer (1-hiç memnun olmama ve 6-çok memnun olma) ve alan 2 kişiyle ilgili yönlerin önemini ölçer (1-çok önemsiz ve 6-çok önemli) (136). Memnuniyet alanındaki her bir madde önem alanının her maddesinden alınan yanıtlar eşleştirilerek ölçülür. Her bir alt boyuttan elde edilen puanlar 0-30 arasında değerrişir ve yüksek puanlar yüksek memnuniyet/önem olarak değerlendirilir (137). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2002 yılında Özer ve Akdemir tarafından yapılmıştır (138).

f. Kardiyovasküler Sınırlılıklar ve Semptom Profili (Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile - CLASP)

CLASP dört semptomlu alt ölçek (angina, nefes darlığı, ayak bileğinde şişlik ve yorgunluk) ve beş fonksiyonel kısıtlılık alt ölçeğini (mobilite, sosyal yaşam ve boş zaman aktiviteleri, ev aktiviteleri, kaygı ve endişeler, cinsiyet) kapsayan 37 sorudan oluşmaktadır. Her alt ölçek 4-6 soruyu kapsar ve her bir alt ölçek için hafif, orta ve şiddetli olmak üzere kategorize edilerek toplam puanlar elde edilir (139).

g. MacNew Kalp Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi

Bireylerin kendileri tarafından uygulanabilecek olan MacNew fiziksel, emosyonel, sosyal fonksiyonlar ve günlük aktivitelerin 2 haftalık zaman zarfında KAH'ndan nasıl etkilendiğini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır (140). Ölçek, fiziksel sınırlılık skalası (n=13), emosyonel fonksiyon skalası (n=14) ve sosyal fonksiyon skalası (n=13) olmak üzere üç alt boyuttan ve 27 maddeden oluşmakta, maddelerin bazıları birden fazla alt boyut içine girmektedir (141). Alt boyut puanları her alt boyuttaki sorulara verilen yanıtların ortamları alınarak hesaplanır ve 1-7 arasında değişen olası puanlar göz önüne alındığında, yüksek puanlar daha iyi bir yaşam kalitesini gösterir (125). Anket formu, ayrıca, semptomlarla ilgili (anjina/göğüs ağrısı (n = 2), nefes darlığı, yorgunluk, baş dönmesi, bacaklarda ağrı ve huzursuzluk) yedi soruyu da içermektedir (142). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008 yılında Daskapan ve diğ. tarafından yapılmıştır (143).

Tablo 1.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Genel Özellikleri

Genel Sağlık Ölçekleri	Geliştiren Kişi / Yılı	Türkçe Uyarlama	Cronbach Alfa Değeri	Alt Boyutları
EQ-5D	EuroQol grubu 1990	Süt ve Ünsar / 2011	0.86*	<ul style="list-style-type: none">• Mobilite• Öz bakım• Genel aktiviteler• Ağrı/rahatsızlık• Anksiyete/depresyon
NHP	Hunt ve diğ. 1981	Küçükdeveci ve diğ. / 2000	0.72	<ul style="list-style-type: none">• Enerji• Ağrı• Fiziksel mobilite• Uyku• Emosyonel reaksiyonlar• Sosyal izolasyon
QLI	Ferrans ve Powers 1984	Kardiyak Kanser Diyaliz Diyabet versiyonları mevcut	0.77	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık ve fonksiyon• Sosyoekonomik• Psikolojik / spiritüel• Aile
SF-36	Ware ve Sherbourne 1992	Koçyiğit ve diğ. 1999	0.80	<ul style="list-style-type: none">• Fiziksel fonksiyon• Fiziksel rol• Vücut ağrısı• Genel sağlık• Enerji• Sosyal fonksiyon• Emosyonel rol• Ruhsal sağlık
SIP	Bergner 1976	-----	0.94	<ul style="list-style-type: none">• Fiziksel boyut (3 alan)• Psikososyal boyut (4 alan)• Bağımsız alanlar (5 alan)
WHOQOL-BREF	WHOQOL çalışma grubu 1994	Eser ve diğ.	0.97**	<ul style="list-style-type: none">• Fiziksel sağlık• Psikolojik sağlık• Sosyal ilişkiler• Çevresel sağlık

* Türkçe versiyonu

** İngiliz versiyonu

Tablo 1.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Genel Özellikleri (Devamı)

Hastalığa Özgü Ölçekler	Geliştiren Kişi / Yılı	Türkçe Uyarlama	Cronbach Alfa Değeri	Alt Boyutları
CLASP	Devien ve diğ.	-----	>0.70***	4 semptomlu alt ölçek: <ul style="list-style-type: none"> • Angina • Nefes darlığı • Ayak bileğinde şişlik • Yorgunluk 5 fonksiyonel kısıtlılık alt ölçeği: <ul style="list-style-type: none"> • Mobilite • Sosyal yaşam ve boş zaman aktiviteleri • Ev aktiviteleri • Kaygı ve endişeler • cinsiyet
MacNew	Lim ve Oldridge 1991	Daskapan ve diğ. 2008	> 0.93	<ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel sınırlılık • Emosyonel fonksiyon • Sosyal fonksiyon
MIDAS	Thompson ve diğ. 2002	Uysal ve diğ. 2009	0.38-0.83****	<ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel aktivite • Güvensizlik • Duygusal tepki • Bağımlılık • Beslenme düzeni • İlaç hakkında endişeler • İlaç yan etkileri
MLHFQ	Rector ve Cohn 1992	-----	0.94	<ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel • Sosyoekonomik • Psikolojik
QLI-kardiyak	Ferrans ve Powers 1998	Özer ve Akdemir 2002	0.73-0.99	<ul style="list-style-type: none"> • Alan 1: yaşam ile ilgili yönlerden memnuniyet • Alan 2: kişi ile ilgili yönlerin önemi
QLMI	McMaster University 1994	-----	0.93-0.95	<ul style="list-style-type: none"> • Semptomlar • Sınırlılık • Güven • Benlik saygısı • Duygu
SAQ	John Spertus 1995	Spertus ve Duruöz	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel fonksiyon • Anjina stabilitesi • Anjina sıklığı • Tedavi memnuniyeti • Yaşam kalitesi algısı

*** İngilizce versiyonu

**** Türkçe versiyonu

1.5. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama

Ölçme, “istatistik birimlerinin ilgilenilen özelliğe sahip olma derecesinin, belirli kurallara uyarak, sembolle ve özellikle sayı ile eşleştirilmesidir” (144). Ölçme belli bir özelliğin varlıklarda sahip oluş derecesini gösteren bir kavramdır ve bu özelliği ölçmeye yönelik bazı ölçme araçları kullanılır (145). Ölçme araçları daima belirli bir amaç için, belirli koşullar altında ve belirli bir gruba uygulanmak üzere geliştirilir (146).

“Kültürlerarası uyarlama” ifadesi, başka bir alanda kullanılmak üzere anket hazırlama aşamasında dil (çeviri) ve kültürel uyarlama konusunu göz önünde tutan bir süreci kapsayacak şekilde kullanılır (147). Kültürlerarası ölçek uyarlama ile ilgili son yıllarda tıbbın hemen her alanında en fazla çalışılan konulardan biri SYK olmaktadır. Tıbbi araştırmalarda artan uluslararası işbirliği çağında, SYK’nin değerlendirilmesi için kültürlerarası uyarlanabilir araçlara ulaşma gereksinimi dile getirilmektedir (148). Sağlıkla ilgili ölçekler, genellikle, bir ülke ya da dilde içerik geliştirme, geçerlik ve güvenilirlik için ve sonra da farklı dil ve kültürel alanlarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (149). Yeni bir ülke, kültür ve dilde kullanımı için kendi kendine uygulanabilen sağlık durumuyla ilgili bir anketin kültürlerarası uyarlama çalışması, anketin orijinal kaynağı ve hedef versiyonları arasında dengeyi sağlamayı ve kendine özgü bir yöntem kullanmayı gerektirmektedir (147).

Kültürlerarası uyarlama süreci çeviri, sentez, orijinal dile tekrar çeviri, uzman görüşü alma, ön test ve psikometrik değerlendirmeyi kapsar (150). Yaşam kalitesi ölçümlerinin kültürlerarası uyarlanması ile ilgili klavuzlarda yer alan aşamalar Tablo 1.1’de gösterilmiştir (151). Araştırma ve klinik uygulamalarda yararlılığı için bir SYK ölçümünün geçerli ve güvenilir olması ve kültürlerarası uyarlama çalışmalarında psikometrik değerlendirme kapsamında güvenilirlik ve geçerlik kavramlarının incelenmesi gerekir (152).

Tablo 1.2. SYK Ölçümlerinin Kültürlerarası Uyarlanması Klavuz Önerileri (151)

1. Çeviri

Farklı çevirilerin yapılması (en az iki)
Nitelikli çevirmenler tarafından çevirinin yapılması

2. Tekrar çeviri

Birden fazla çevirinin yapılması
Uygun çevirmenler tarafından yapılması

3. Uzman görüşü

Orijinal kaynağı ve son versiyonu karşılaştırmak için uzmanların seçimi
Çevirilerin anlaşılır olduğundan emin olma
Kaynağın kültürlerarası denliğini ve son versiyonunu doğrulama

4. Ön test

Ön-test tekniği kullanılarak orijinal kaynağın ve son sürümünün kontrol edilmesi
Ya bir araştırma tekniğinin kullanılması ya da iki dili iyi bilen uzmanlara orijinal ve çevrilmiş ölçeğin gönderilmesi

5. Puanların ağırlıklandırılması

Kültürel bağlamda puan ağırlıklarının uyarlanmasını düşünme

1.5.1. Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (144). Eğer ölçme aracı aynı koşullarda aynı bireylere uygulandığında farklı sonuçlara ulaşıyorsa, ölçme aracının güvenilirlik derecesinin düşük olduğu söylenebilir (146). Güvenirliğin yaygın kullanılan şekilleri test-tekrar test, paralel form güvenirligi, bağımsız gözlemciler arası ve içindeki güvenilirlik ve iç tutarlılıktır (153).

1.5.1.1. Test-tekrar test güvenirligi

Test-tekrar test güvenirligi, iki farklı zamanda aynı örneklem içinden rastgele seçilen belli sayıda bireye testin tekrar uygulanması ve her iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanarak güvenirliginin değerlendirilmesidir (154, 155). Testin tekrarı için yeterli bulunan süre genellikle iki haftadır (156). Test güvenilir ise, her birey için iki ölçüm arasında benzerlikler olması ve korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir (155). Korelasyon katsayısının + 0.70 ve üzerinde olması ölçüğün değişime karşı güvenirligini gösterir (157).

Testin tekrarına ilişkin yapılan önemli hatalardan biri, ölçümler arasında geçen sürenin çok kısa ya da uzun tutulmasıdır. Sürenin kısa tutulması bireyin verdiği cevapları hatırlamasına ve uzun tutulması da bireyin geçen zaman içinde öz değerlendirmesine ilişkin farklı değişimler gösterebilmesi nedeniyle tutarsızlık meydana gelmesine yol açabilir (158, 159, 160).

1.5.1.2. Paralel form güvenirligi

Eş değer test ya da alternatif test olarak da bilinen paralel formlar bir testin iki ya da daha fazla formunun aynı bireylere uygulanmasından elde edilen skorlar arasındaki korelasyonu inceler (161). Eşdeğer iki form aralıksız olarak aynı anda ya da aralıklı olarak farklı iki zamanda uygulanır ve her birinin diğeri ile korelasyonuna bakılır (144, 162). Paralel form güvenirligi için kabul edilebilir korelasyon katsayısının 0.80 ve üzeri olduğu düşünülmektedir (161).

1.5.1.3. Bağımsız gözlemciler arasındaki güvenilirlik

Gözlemciler arası güvenilirlik ölçütü, birden fazla gözlemci arasında aynı konu üzerindeki uzlaşma yüzdesinin hesaplanarak testin güvenirligine ulaşmak amacıyla kullanılan bir yöntemdir (163). Güvenirligi hesaplamak için korelasyon, t-testi ya da ikiden fazla gözlemcinin olduğu durumda özel varyans çözümlemeleri ve Cronbach alfa kullanılır (153). Kabul edilebilir korelasyon katsayısı genellikle 0.90 ve üzeri olmaktadır (161).

1.5.1.4. Bağımsız gözlemciler içindeki güvenilirlik

İki farklı zaman sürecinde örneklemde elde edilen aynı verilere aynı gözlemci tarafından ulaşılması anlamında kullanılan bir güvenilirlik ölçütüdür (154). Gözlemciler arası güvenilirlikte olduğu gibi hesaplanır ve gözlemcinin deneyiminden ve tarafsızlığından etkilenebilir (161, 164).

1.5.1.5. İç tutarlılık güvenirligi

İç tutarlılık, belirli bir yapıyı ölçen ölçeğin içindeki maddelerin bir fonksiyonunu ve ilişkili varyasyonlarını ifade eder. İç tutarlılığa dayalı ölçeklerin güvenirligini test etmek için yaygın olarak Cronbach alfa katsayısı kullanılır (152). Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının, genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır ve aynı zamanda ölçeğin homojenliğinin de bir göstergesidir (144, 164). Ancak mevcut klavuzlar iç tutarlılığı doğrulamak için bir faktör analizinin yapılmasını önermektedir (150). Yaygın bir şekilde kullanılan formüllerden biri de Kuder Richardson 20 (KR-20)'dir. Madde puanları var-yok, evet-hayır, doğru-yanlış veya 1-0 şeklinde süreksiz ise KR – 20; likert tipi ölçeklerde olduğu gibi sürekli ise Cronbach alfa hesaplanması gerekir (146).

İç tutarlılığı belirlemede kullanılan başka bir yöntem de, toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişkiye bakıldığı madde istatistikleri yöntemidir. Bu ilişki Pearson Momentler Çarpımı korelasyonunun düzeltilmiş formülü ile hesaplanır (146). Ölçekteki maddeler, eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise, her madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir (153). Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenirliginin yetersiz kalacağı ile ilgili belli bir standart olmamasına rağmen, bu ölçüt genellikle 0.20-0.50 arası olarak kabul görmektedir (165).

1.5.2. Geçerlik

Bir ölçüm aracının ikinci özelliği geçerliktir ve yaygın olarak aracın ölçülmek istenen durumu ölçüp ölçmediğini belirlemek için kullanılır (166). Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan, başka özelliklerden arınık, doğru olarak ölçebilme derecesi olarak da tanımlanmaktadır (167).

Güvenirlik basit bir şekilde deneysel olarak incelenebilmesine rağmen, geçerlik daha karmaşık bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır (168). Bir ölçmenin geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu güvenilirlik olmasına rağmen, güvenilirlik hiçbir zaman geçerliği garantileyemez (153). Yüksek bir güvenilirlik katsayısı ölçme sonuçlarının tutarlılığını gösterir, ancak ölçme aracının geçerliğinin güvencesi değildir. Öte yandan güvenilir olsa da geçerli olmayan bir ölçme aracı, uygulamada önemli değildir (146). Bu nedenle, bir ölçme aracının güvenirligi ile birlikte üzerinde önemle durulması gereken bir diğer konu geçerliktir (165). Bir ölçme aracının geçerliğine ilişkin ölçütler genel olarak üç başlık altında toplanmaktadır (153):

1. İçerik/kapsam geçerliği
2. Ölçüt-bağımlı geçerliği
3. Yapı geçerliği

1.5.2.1. İçerik/kapsam geçerliği

İçerik geçerliği, ölçüm aracındaki öğelerin hedeflenen ölçüm ile ilgili olup olmadığını ve ölçülmek istenen durumu temsil edip etmediğini değerlendirmek için yapılır (168). İçerik geçerliği daha çok subjektif bir ölçümü ifade eder. Bunun nedeni konuyla ilgili literatür bilgisinden yararlanarak ya da alanda uzmanlaşmış en az iki uzman tarafından verilen görüşlere dayanarak ölçümün değerlendirilmesidir (169). Uzmanlar, ölçme aracını inceledikten sonra “belirtke tablosu” adı verilen değerlendirme tablosu hazırlarlar. Uzmanların kararlarını özetleyen sayısal indekslere bakılarak yargıda bulunulur (146). Uzmanlar maddelerin uygunluğuna 1-5 arası puanlar vererek değerlendirir ve her madde için uzmanların katılım yüzdeleri hesaplanır (165).

1.5.2.2. Ölçüt-bağımlı geçerlik

Ölçüt-bağımlı geçerlik, geçerli bir testin aynı teorik yapıdaki diğer ölçümlerle açık bir şekilde ilgili olması gerektiğine ilişkin bir görüştür (170). Bir geçerlik ölçütünü değerlendirmeye yönelik yordama-kestirim geçerliği ve eşzaman geçerliği olmak üzere iki yaklaşım vardır (165). Her iki yaklaşım da, ilgili bir ölçüt için onların yordama yeteneğini belirleyerek yapılabilen sonuçları onaylamayı amaçlar (171).

Bir testin yordama geçerliği, o testten elde edilen puanlarla testin yordamak istediği değişkenin doğrudan ölçüsü olan ve daha sonra elde edilen ölçüt arasındaki korelasyonudur (167). Eşzamanlı olarak, geliştirilen ölçekten elde edilen puanlarla, belirlenen kriter arasındaki korelasyon ise eşzaman geçerliği olarak değerlendirilir (144).

1.5.2.3. Yapı geçerliği

Tüm ölçümler için önemli olan yapı geçerliğinin değerlendirilmesindeki temel amaç, kavram ya da teorilerle oluşturulan yapıda bulunan maddeler arasındaki farklılıkları bularak değerlendirmektir (172). Bir araştırmanın yapı geçerliği, sonuçların araştırmanın dayandığı kavramsal yapıyı destekleyip desteklemediği sorusuyla ilgilidir (170). Kısacası, yapı geçerliği çalışmalarını ölçüm aracının altında yatan kavramsal çerçeveyi geçerli kılmak için yapılır (173). Yapı geçerliği tek bir ölçütün oluşturulmasının zor olduğu testlerde, test geçerliğini göstermede en güçlü yöntemdir (174).

Bir ölçüm aracının yapı geçerliğini değerlendirmek için en fazla kullanılan yöntemler faktör analizi ve bilinen grup karşılaştırmasıdır (153). Faktör analizi, ölçme aracındaki maddelerin farklı faktörler altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir (146). Faktör analizi, analizin amacı dikkate alındığında, açıklayıcı (keşfedici, exploratory) ve doğrulayıcı (confirmatory) olmak üzere iki temel yönetime ayrılmaktadır. Açıklayıcı faktör analizinde, değişkenler arasındaki ilişkilerden hareketle faktör bulmaya, teori üretmeye yönelik bir işlem; doğrulayıcı faktör analizinde ise değişkenler arasındaki ilişkiye dair daha önce saptanan bir hipotezin test edilmesi söz konusudur (175). Bilinen grup karşılaştırmasında ise, araştırmacı, yapının dayandığı kurama bağlı olarak, bir testten anlamlı olarak farklı puan alabilecek grupları belirler, ölçme aracını her iki gruba

uygular ve gruplar arası farka bakar (146). Eğer ölçüm aracı, ölçülen özelliklere göre bireysel farklılıklara duyarlı ise, bu iki grubun ortalama performansının önemli derecede farklı olması beklenir. İki grup arasında farklılık olup olmadığı “t testi” ya da “varyans analizi” gibi istatistiksel bir yaklaşım kullanılarak değerlendirilir (172).

Bu iki yöntem dışında kullanılan bir yapı geçerliği değerlendirme yaklaşımı olan hipotez sınaması/mantıksal analizinde ise, ölçme aracının ilgili yapıya ilişkin geliştirilmiş diğer ölçüm araçlarıyla ilişkisine bakılır (146, 153).

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlamak ve AKS tanısı alan hastalarda geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek üzere metodolojik olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ekim 2010-Haziran 2011 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Servisinde ve Polikliniğinde yürütülmüştür. Hastanenin kardiyoloji birimi 1985 yılında kurulmuş, şu anda yataklı birimler, poliklinik-girişimsel olmayan kardiyoloji laboratuvarları ve girişimsel kardiyoloji laboratuvarı olmak üzere 3 ana bölüm halinde yapılanmıştır. Yataklı birimler 2 ayrı blokta yerleşik olarak toplam 27 yatak ile hizmet vermektedir. Çalışma süresince hastalara ulaşılabilen kliniğin diğer bir bölümü de 9 yataklı post-op bakım birimidir. Burası tanı ve tedavi işlemleri ayaktan görülmekte olan stabil hastaların laboratuvar öncesi hazırlıklarının yapıldığı bölümdür. Klinikte gündüz iki hemşire, gece bir hemşire görev yapmakta ve toplam beş hemşire bulunmaktadır. Poliklinikte altı adet hasta muayene odasının yanı sıra EKO, EKG, efor/stres testi, holter ve pacemaker bölümleri de bulunmaktadır (176).

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği ve Servisinde AKS tanısı ile izlenen hastalar oluşturmuştur.

2.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme ise, ölçek çalışmalarında örnekleme büyüklüğü belirlenmesinde kullanılan yöntem ile belirlenmekte, bu yöntemle göre ölçekte bulunan değişken sayısının 5-10 katı alınması önerilmektedir (157). Ölçekte 35 madde vardır. Araştırma kapsamında, ölçeğin madde sayısının on katı olan 350 kişilik bir örneklemin araştırmanın örneklemini temsil etmede yeterli olacağı düşünülmüş olup, 370 AKS tanısı alan bireye ulaşılmıştır. Araştırmaya, 18 yaşın üzerinde olan, AKS tanısı alan, sözel iletişim sorunu olmayan, tedavi sırasında fiziksel ve psikolojik açıdan anket sorularını cevaplandırabilecek durumda olan, tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalığı olmayan, herhangi bir fiziksel engeli bulunmayan bireyler dâhil edilmiştir.

2.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırmaya ilişkin kullanılan veri toplama gereçleri şunlardır:

1. "Hasta Bilgi Formu" (EK 1)
2. "Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MILQ)" (EK-2)
3. "Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MİDAS)" (EK-3).

2.5.1. Hasta Bilgi Formu

Literatüre dayanarak araştırmacı tarafından hazırlanan soru formunda sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, gelir-gider durumu, birlikte yaşadığı bireyler), hastalıkla ilgili özellikler ve risk faktörleri (tıbbi tanısı, infarktüs geçirme sıklığı, sigara ve alkol kullanımı, hastalığın tanı süresi, kalp hastalığına bağlı hastaneye yatış sayısı, diyet ve egzersiz yapma, ilaç kullanımı ve hastalığa bağlı gelişen semptomlar) ile ilgili bilgileri kapsayan, iki bölümden oluşan toplam 18 soruya yer verilmiştir.

2.5.1.1. Araştırmanın Değişkenleri

a. Bağımlı Değişkenler

Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği

b. Bağımsız Değişkenler

Çalışmaya alınan bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilecek yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir-gider durumu ve birlikte yaşadığı bireyler gibi sosyo-demografik özellikler; tıbbi tanı, infarktüs geçirme sıklığı, sigara ve alkol kullanımı, sigara kullanım süresi ve günlük kullanılan sigara miktarı, alkol kullanım süresi, hastalığın tanı süresi, kalp hastalığına bağlı hastaneye yatış sayısı, diyet ve egzersiz yapma, ilaç kullanımı, ilaçların düzenli kullanım durumu ve hastalığa bağlı gelişen semptomlar gibi hastalıkla ilgili özellikleri ve risk faktörleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.5.2. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği

KVH tanısı alan hastalar için psikometrik olarak kuvvetli, kısa, uygulaması kolay ve uygun olan MILQ, SYK'nin çok boyutlu ölçümünü yapmak amacıyla Avis & diğ. (177) tarafından geliştirilmiş bir araçtır. MILQ soru formu, dokuz alt boyutu ele alan ve her bir alt boyutun 4 maddeyi içerdiği 35 maddelik bir ölçektir. Ölçekteki yanıtlar 1'den 7'ye kadar numaralandırılmıştır. 1 "hiç memnun olmama", "7" ise "çok memnun olma" şeklinde ifade edilmektedir. Anketin kapsadığı dokuz alt boyut: ruhsal sağlık (4 madde), fiziksel sağlık (4 madde), fiziksel fonksiyon (4 madde), bilişsel fonksiyon (4 madde), cinsel fonksiyon (4 madde), sosyal fonksiyon (4 madde), verimlilik (4 madde), sağlık personeline erişim (4 madde) ve finansal durumdur (4 madde). Ölçeğin 12. maddesi fiziksel fonksiyon ve verimlilik olmak üzere iki alt boyutta da kullanılmıştır.

Ölçeğin toplam puanı, tüm alt boyutların ağırlıksız toplamı alınarak hesaplanmıştır. Buna göre, ölçek puanı her bir madde için en düşük 1 ve en yüksek 7 puan olacak şekilde hesaplanmış, her bir alt boyut puanları da 4-28 arasında değişen değerler göstermiştir. Türkçe MILQ'nun ölçek toplam puanı ise 35-245 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar daha iyi fonksiyonel durumu temsil etmektedir.

2.5.3. Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği

Thompson & diğ. tarafından 2002’de geliştirilen MIDAS, miyokart enfarktüsü geçiren hastaların hastalığa özgü yaşam kaliteleri ile sağlık durumu ölçümlerinin yapılabilmesi ve uygulanan tedavilerin, fonksiyonel ve iyilik durumları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen bir araçtır (98). MIDAS, İngiltere’de geliştirilmiş ve test edilmiş olan ve orjinalinde yedi alt boyutu içeren 35 maddelik bir ölçektir (178). Bu alt boyutlar fiziksel aktivite (12 madde), güvensizlik (9 madde), duygusal tepki (4 madde), bağımlılık (3 madde), beslenme düzeni (3 madde), ilaçla ilgili endişeler (2 madde) ve ilaç yan etkileri (2 madde) şeklindedir (111, 135).

MIDAS’la ilgili Uysal & diğ. tarafından ülkemizde yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değerleri, 0.38-0.83 arasında bulunmuştur (98). Ölçeğin soru formu, likert skalasına göre “0” (hiçbir zaman) ve “4” (her zaman) arasında puanlanarak skorlanmıştır. Ölçekteki her bir alt ölçek 0-100 arasında dağılım gösterecek şekilde dönüştürülmüştür (135). Düşük puan daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir (98).

2.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Servisinde yatan, verileri araştırma kapsamına alınmayan 10 hastaya uygulanmıştır.

2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Veriler, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Servis ve Polikliniğinde, Ekim 2010 – Haziran 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler Hasta Bilgi Formu, Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Veri toplama süresi 20 dakikadır. Soru formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla doldurulmuştur.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın sonucunda elde edilen verilerin değerlendirmesi SPSS 19 (The Statistical Package for Social Sciences) ve SAS (Sensory Activation Solutions) programında yapılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

MILQ’nun Türkçe’ye uyarlama çalışması; psikolinguistik ve psikometrik özelliklerin incelenmesi aşamalarından oluşmuştur. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri için Tablo 2.1’de gösterilen tüm yöntemler kullanılmış, ölçeğin zamana göre değişmezliğini belirlemek için araştırma kapsamına alınan 50 hastaya iki hafta ara ile ölçek tekrar uygulanmış ve ölçekle birlikte MIDAS kullanılmıştır. Örneklem alınan gruptaki bağımsız değişkenlerin Türkçe MILQ’nun puanlarına etkisinin belirlenmesinde, örneklem sayısı 10 ve üzerinde olup, normal dağılıma uyanlarda bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Ayrıca yaşam kalitesini etkileyen bağımsız değişkenler arasında anlamlılık gösterenlere çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 2.1. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

VERİLERİN ANALİZİ	KULLANILAN YÖNTEMLER
Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	Sayı ve Yüzde
Geçerlik Analizi	
Dil geçerliği	İngilizce'den Türkçe'ye ve Türkçe'den İngilizce'ye çeviri
Kapsam Geçerliği	Uzman Görüşü (Kendall İyi Uyuşum Katsayısı)
Yapı Geçerliği “Faktör Analizi”	Açıklayıcı Faktör Analizi
Güvenirlilik Analizi	
İç Tutarlık “İç Tutarlık Katsayısı”	Cronbach Alfa Katsayısı Hesaplama
Madde Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu
Zamana Göre Değişmezlik “Test Tekrar Test Yöntemi”	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu
“Paralel Test Yöntemi”	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu

2.9. Araştırma Etiği

Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni geliştiren Nancy E. Avis'ten ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasının yapılabilmesi için izin alınmıştır (EK-4). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilimsel Etik Kurulu Onayı alınmıştır (Ek-5). Araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Kardiyoloji Kliniği İzin Onayı alınmıştır (EK-6). Araştırma kriterlerine uyan, AKS tanısı alan hastalara çalışma hakkında açıklayıcı bilgi verilmiş ve araştırma kapsamında olmayı kabul eden bireylerden yazılı onam alınmıştır. “Katılımcıları Bilgilendirme Formu” anket formunun ilk sayfasında yer almaktadır (EK-7).

BULGULAR

3.1. Akut Koroner Sedrom Tanısı Alan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile birlikte hastalıkla ilgili özellikleri ve risk faktörlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.1. AKS Tanısı Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 370)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	91	24.6
Erkek	279	75.4
Yaş		
30-45 yıl	14	3.8
46-60 yıl	211	57.0
61-75 yıl	145	39.2
Yaş (Ort±SS) / (Min-Max)	58.63±7.76 / 30-75	
Medeni durumu		
Evli	347	93.8
Bekar	23	6.2
Mesleği		
Memur	29	7.8
Emekli	170	46.0
Ev hanımı	76	20.5
İşçi	29	7.9
Serbest meslek	49	13.2
Diğer*	17	4.6
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	25	6.8
Okur-yazar değil	11	2.9
İlkokul	180	48.7
Ortaokul	58	15.7
Lise	65	17.5
Üniversite ve üzeri	31	8.4
Sosyal Güvence		
Var	367	99.2
Yok	3	0.8
Gelir-gider Durumu		
Gelir gidere göre fazla	21	5.7
Gelir gidere göre eşit	216	58.4
Gelir gidere göre az	133	35.9
Birlikte Yaşadığı Bireyler		
Yalnız	15	4.1
Diğer aile bireyleriyle birlikte**	355	95.9

* Çiftçilik (n=11) ve işsiz (n=6) olarak ifade edilmiştir.

** Eşi ile (n=236), eş ve çocuklar ile (n=109), çocukları ile (n=9) ve anne-baba ile (n=1) yaşayanlar olarak ifade edilmiştir.

AKS tanısı alan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, araştırma kapsamındaki bireylerin %75.4’ü erkek, %24.6’sı kadındır. Bireylerin yaş ortalamasının 58.63 ± 7.76 , %57’sinin 46-60 yaş grubunda, %93.8’inin evli, %46’sının emekli, %48.7’sinin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların yalnızca %0.8’inin herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Gelir-gider durumunun eşit olduğunu söyleyenlerin oranı %58.4’tür. Hastaların %95.9’u diğer aile bireyleriyle birlikte (eş, çocuklar vs) yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 3.2. AKS Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları İle İlgili Özellikleri ve Risk Faktörlerine Göre Dağılımı (n=370)

Hastalıkla İlgili Özellikleri ve Risk Faktörleri	Sayı	%
Tıbbi Tanısı		
Kararlı Angina Pektoris	96	25.9
UA	82	22.2
MI	192	51.9
Miyokard İnfaktüsü Geçirme Sıklığı (n=192)		
MI geçirmeyen	178	48.1
1 kez geçiren	163	44.1
2 kez ve üzeri	29	7.8
Sigara Kullanımı		
Evet	90	24.3
Hayır	143	38.7
Bıraktım	137	37.0
Sigara Kullanma Süresi (n=90)		
20 yıl ve altı	20	5.4
21-30 yıl	42	11.4
31-40 yıl	18	4.9
41 yıl ve üzeri	10	2.6
Kullanılan sigara miktarı (gün) (n=90)		
10 adet ve altı	17	4.6
11-20	57	15.4
21 ve üzeri	16	4.3
Alkol kullanımı		
Evet	23	6.2
Hayır	326	88.1
Bıraktım	21	5.7
Tam Süresi		
0-12 ay	121	32.7
13-24 ay	63	17.0
25-36 ay	47	12.7
37-48 ay	31	8.4
49 ay ve üzeri	108	29.2
Kalp Hastalığına Bağlı Hastaneye Yatış Sayısı		
Bir kez	243	65.7
İki kez	99	26.7
Üç kez ve üzeri	28	7.6
Diyet yapma Durumu		
Evet	234	63.2
Hayır	136	36.8
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	129	34.9
Hayır	241	65.1
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	337	91.1
Hayır	33	8.9
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu		
Evet	314	84.9
Hayır	23	6.2

Tablo 3.2’de AKS tanısı alan bireylerin hastalıkları ile ilgili özellikleri ve risk faktörlerine göre dağılımına yer verilmiştir. Tabloya bakıldığında, araştırma kapsamına alınan bireylerin %51.9’unun MI, %25.9’unun kararlı angina pectoris ve %22.2’sinin UA tanısı aldıkları görülmektedir. MI tanısı alan hastaların %44.1’inin yaşamları süresince bir kez MI geçirdikleri bulunmuştur. Hastaların %24.3’ü sigara kullanımına evet, %38.7’si hayır ve %37’si bıraktım şeklinde yanıt vermiştir. Sigara kullanımına evet diyenlerin (n=90) %11.4’ünün 21-30 yıldır kullandıkları, %15.4’ünün de günde 11-20 adet tükettikleri görülmüştür. Aynı şekilde, hastaların %88.1’i hayatında hiç alkol almadığını, %6.2’si de alkol kullandığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına giren bireylerin %32.7’sinin tanı süresi 0-12 ay, %29.2’sinin tanı süresi 49 ay ve üzerindedir. Hastaların %65.7’si kalp hastalığına bağlı olarak bir kez ve %26.7’si iki kez hastaneye yatış yapmıştır. Hastaların %63.2’si hastalığa bağlı diyet yaptığını ifade ederken, %65.1’i egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Bireylerin %91.1’i hastalığa ilişkin ilaç kullanımına sahiptir ve bu hastaların (n=337) %84.9’u ilaçlarını düzenli kullanmaktadır.

Tablo 3.3. AKS Tanısı Alan Bireylerin Son İki Hafta İçinde Deneyimledikleri Semptomlar

Semptomlar	Hiçbir zaman		Nadiren		Bazen		Çoğu zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Göğüs ağrısı	228	61.6	80	21.6	29	7.9	31	8.4	2	0.5
Terleme	214	57.8	65	17.6	60	16.2	27	7.3	4	1.1
Yorgunluk	125	33.8	75	20.3	87	23.5	62	16.7	21	5.7
Solunum sıkıntısı	242	65.4	80	21.6	26	7.0	17	4.6	5	1.4
Çarpıntı	138	37.3	108	29.2	96	25.9	21	5.7	7	1.9
Siyanoz (Morarma)	369	99.7	1	0.3	---	---	---	---	---	---
Bulantı	330	89.2	19	5.1	11	3.0	9	2.4	1	0.3
Kusma	360	97.3	2	0.5	3	0.8	5	1.4	---	---
Baş dönmesi	228	61.6	75	20.3	48	13.0	17	4.6	2	0.5
Kanlı balgam	370	100	---	---	---	---	---	---	---	---
Bayılma	364	98.4	5	1.3	1	0.3	---	---	---	---
Sol kolda uyuşma	357	96.5	---	---	3	0.8	9	2.4	1	0.3
Diğer*	352	95.1	3	0.8	3	0.8	9	2.4	3	0.8

*Sol kolda ağrı (n=7), sağ kolda uyuşma (n=3), sırta yansıyan ağrı (n=7), ellerde titreme (n=1) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 3.3'te AKS tanısı alan bireylerin son iki hafta içinde deneyimledikleri semptomlara ilişkin bulguları yer almaktadır. Buna göre bireylerin %33.8'i hiç yorgunluk hissetmediğini, %5.7'si de yorgunluğun sürekli olduğunu ifade etmiştir. Hastaların %61.6'sı son iki hafta içerisinde göğüs ağrısı yaşamadığını, %21.6'sı nadiren göğüs ağrısı deneyimlediğini ifade etmiştir. Solunum sıkıntısı yaşamadığını belirtenlerin oranı %65.4 iken, solunum sıkıntısının sürekli olduğunu belirtenlerin oranı %1.4'tür. Hastaların büyük çoğunluğu (%61.6, %89.2, %97.3, %98.4 ve %96.5) hiçbir zaman baş dönmesi, bulantı ve kusma, bayılma ve sol kolda uyuşma şikayetleri olmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.4. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Ortalama, Standart Sapma ve Çarpıklık Değerleri

Maddeler	Ort±Ss	Çarpıklık (Skewness)
1. Genel duygusal durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	5.19±1.459	-0.720
2. Geleceğinize umutla bakıyor musunuz?	5.22±1.510	-0.751
3. Şu anki halinizden memnun musunuz?	5.40±1.567	-0.936
4. Kendinizi huzurlu hissediyor musunuz?	5.49±1.488	-0.749
5. Fiziksel olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?	5.23±1.446	-0.677
6. İstediklerinizi yapabilecek enerjiye sahip misiniz?	5.39±1.471	-0.848
7. Ağrı hissetmeme durumunuzdan memnun musunuz?	6.16±1.105	-1.564
8. Fiziksel egzersiz yapabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	4.81±1.676	-0.454
9. Kendi işlerinizi yapabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	6.09±3.915	16.129
10. Ev işlerini yapabilme gücünüzden memnun musunuz?	5.71±1.454	-1.062
11. Fiziksel olarak tatil ya da seyahatlere katılabilme gücünüzden memnun musunuz?	4.28±1.842	-0.216
12. Fiziksel yönden çalışabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	4.88±1.628	-0.558
13. Ailenizin istediğiniz şeyleri yapmanıza izin vermesinden ne kadar memnunsunuz?	5.95±1.313	-1.256
14. Bebek bakımı, akrabaların bakımı gibi konularda ailenize yardım edebilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	4.30±1.857	-0.323
15. Arkadaşlarınızla geçirdiğiniz zamandan ne kadar memnunsunuz?	3.91±1.876	-0.044
16. Sosyal aktivitelere katılma durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	2.83±1.873	0.673
17. Eşiniz/partnerinizle yaptığınız aktivitelerden ne kadar memnunsunuz?	3.90±1.950	0.025
18. Eşiniz/partnerinizin size karşı gösterdiği sevgiden ne kadar memnunsunuz?	5.79±1.684	-1.739
19. Eşinize/partnerinize güvenebilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	6.07±1.684	-2.161
20. Cinsel yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz?	4.18±2.123	-0.122
21. Hastalıkla ilgili olağan üstü durumlara hazırlıklı hissediyor musunuz?	5.35±1.653	-0.754
22. Konsantre olabilme becerinizden ne kadar memnunsunuz?	5.40±1.760	-0.781
23. Kendi başınıza karar verebilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	6.13±1.226	-1.444

Tablo 3.4. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Ortalama, Standart Sapma ve Çarpıklık Değeri (Devamı)

Maddeler	Ort±Ss	Çarpıklık (Skewness)
24. Yakın geçmişteki olayları hatırlayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	5.42±1.717	-0.883
25. Maddi gelirinizden ne kadar memnunsunuz?	4.52±1.426	-0.058
26. Aylık giderlerinizi karşılayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	4.29±1.647	-0.098
27. Tasarruf yapabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	2.52±1.682	0.960
28. Sosyal güvencenizden ne kadar memnunsunuz?	5.75±1.378	-0.957
29. Sağlık personelinin sağladığı bilgilerden ne kadar memnunsunuz?	5.85±1.370	-1.046
30. Sağlık personeline soru sorabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	6.05±1.293	-1.210
31. Aldığınız tıbbi bakımın kalitesinden ne kadar memnunsunuz?	6.07±1.286	-1.285
32. Sağlık personellerinden sağladığınız destekten ne kadar memnunsunuz?	5.49±1.676	-0.834
33. Sağlığınız ölçüsünde çalışma süresinden ne kadar memnunsunuz?	4.97±1.549	-0.456
34. İsteddiğiniz bir işi yapabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	4.98±1.671	-0.555
35. Kendinizi işe yarar hissetme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	6.07±1.684	-2.161

Tablo 3.4'te Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin her bir maddesine ilişkin olarak ortalama, standart sapma ve skewness (çarpıklık) değerleri verilmiştir. Ölçeğin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek açısından bakılan çarpıklık değerinde, "Kendi işlerinizi yapabileceğinizden ne kadar memnunsunuz?" sorusunun yer aldığı 9. Madde normal dağılıma uygunluk göstermemiştir (+16.129). 9. madde ile ilgili kararın faktör analizi sonuçlarına göre verilmesi uygun görülmüş ve bu aşamada ölçek yapısından çıkarılmamıştır.

3.2. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Psikolinguistik ve Psikometrik Analizleri

MILQ'nun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, psikolinguistik ve psikometrik özelliklerin incelenmesiyle iki temel aşamada yapılmıştır.

3.2.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları kapsamında, psikolinguistik problemlerin olmaması için 6 uzmana çevirisi yaptırılmıştır. Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çeviri çalışması; 4 uzman (iki öğretim üyesi ve iki okutman) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi aşamasında;

- Madde-3 “How satisfied are you with how happy you are ?” ifadesi kolay anlaşılabilirliği açısından ve toplumumuzda mutluluk kavramını algılamadaki bireysel farklılıklar göz önüne alınarak Türkçe'ye “Şu anki halinizden memnun musunuz?” şeklinde çevrilmiştir.
- Madde-21 ”How satisfied are you with feeling alert?” içindeki “feeling alert” ifadesi “olağan üstü durumlara hazırlıklı hissetme” şeklinde çevrilmiştir. 21. madde, dilde kolay anlaşılabilirliği açısından “Hastalıkla ilgili olağan üstü durumlara hazırlıklı hissediyor musunuz?” şeklinde çevirisi yapılarak son hali verilmiştir.
- Madde-24'te geçen “awhile ago” ifadesi Türkçe'ye “yakın geçmiş” olarak çevrilmiştir. 24. maddenin çevirisi “Yakın geçmişteki olayları hatırlayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?” şeklinde yapılmıştır.
- Madde-28'de geçen “financial security” ifadesi Türk toplumu için daha geçerli bir çeviri olacağı düşünülerek “sosyal güvence” olarak ele alınmıştır ve sorunun Türkçe çevirisi “Sosyal güvencenizden ne kadar memnunsunuz?” şeklinde yapılmıştır.
- Madde-29 ve Madde-30'da yer alan “doctor” ifadesi, sağlık hizmetleri bir bütün olarak düşünülerek, Türkçe'ye “sağlık personeli” olarak çevrilmiştir.
- “Verimli, üretken, yaratıcı” anlamlarına gelen “productive” ifadesinin yer aldığı Madde-35 Türkçe'ye “Kendinizi işe yarar hissetme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?” şeklinde çevrilmiştir.

Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı öğretim üyesi tarafından düzenlendikten sonra, düzenlenen form her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan bir bağımsız çevirmen ve bir okutman tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir.

3.2.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

3.2.2.1. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması

MILQ'nun Türkçe'ye uyarlanmasının geçerlik çalışması; kapsam geçerliği ve yapı geçerliği aşamaları kullanılarak yapılmıştır.

a. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kapsam Geçerliği

Ölçeğin dil uyarlaması yapıldıktan sonra kapsam geçerliğini belirlemek üzere beş uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 10 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşlerinin sonuçları doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı (W_a) (Kendal coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanmıştır (Tablo 3.5). Uzmanlardan gelen görüşlerin ölçek maddelerinin uygulanabilirliği açısından istatistiksel olarak uyumlu olduğu görülmüştür (p= 0.063). Önerilere yönelik olarak gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğin ön uygulaması yapılmıştır.

Tablo 3.5. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Görüşleri

Maddeler	Min	Max	Ort	SS
1.Genel duygusal durum	8	10	8.80	1.095
2.Geleceğe umutla bakma	7	10	9.00	1.225
3.Şu anki halinden memnuniyet	6	10	8.80	1.643
4.Kendini huzurlu hissetme	7	10	9.00	1.225
5.Fiziksel olarak memnuniyet	8	10	9.40	0.894
6.İstediklerini yapabilecek enerjiye sahip olma	9	10	9.60	0.548
7.Ağrı hissetmeme durumu	6	10	8.40	1.673
8.Fiziksel egzersiz yapabilme gücü	8	10	9.40	0.894
9.Kendi işlerini yapabilme gücü	7	10	8.40	1.140
10.Ev işlerini yapabilme gücü	9	10	9.40	0.548
11.Fiziksel olarak tatil ya da seyahatlere katılabilme gücü	9	10	9.60	0.548
12.Fiziksel yönden çalışabilme gücü	8	10	9.40	0.894
13.Ailenin istediği şeyleri yapmasına izin vermesi	7	10	8.40	1.140
14.Ailesine yardım edebilme durumu	8	10	9.40	0.894
15.Arkadaşlarıyla geçirdiği zamandan memnuniyet	9	10	9.40	0.548
16.Sosyal aktivitelere katılma	8	10	9.00	1.000
17.Eşi/partneriyle yaptığı aktiviteler	9	10	9.60	0.548
18.Eşinin/partnerinin gösterdiği sevgiden memnuniyet	9	10	9.60	0.548
19.Eşine/partnerine güvenebilme durumu	9	10	9.20	0.447
20.Cinsel yaşamından memnuniyet	9	10	9.80	0.447
21.Hastalıkla ilgili olağan üstü durumlar	7	10	8.80	1.304
22.Konsantre olabilme becerisi	9	10	9.20	0.447
23.Kendi başına karar verebilme gücü	10	10	10.00	0.000
24.Yakın geçmişteki olayları hatırlayabilme	7	10	9.20	1.304
25.Maddi durumdan memnuniyet	10	10	10.00	0.000
26.Aylık giderleri karşılayabilme	10	10	10.00	0.000
27.Tasarruf yapabilme durumu	10	10	10.00	0.000
28.Sosyal güvenceden memnuniyet	9	10	9.60	0.548
29.Sağlık personelinin aldığı bilgilerden memnuniyet	8	10	9.00	0.707
30.Sağlık personeline soru sorabilme durumu	9	10	9.60	0.548
31.Aldığı tıbbi bakımın kalitesinden memnuniyet	8	10	9.40	0.894
32.Sağlık personelinin aldığı destekten memnuniyet	6	10	9.00	1.732
33.Sağlığı ölçüsünde çalışma durumundan memnuniyet	8	10	9.00	1.000
34.İsteddiği bir işi yapabilme durumu	7	10	9.20	1.304
35.Kendisini işe yarar hissetme durumu	9	10	9.60	0.548
	N	Kendall Wa	P	
MILQ Ölçek Toplam Puanı	5	0.279	0.063	

b. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Yapı Geçerliği

MILQ'nun faktör yapısı incelenmeden önce örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını sınamak ve faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmek için Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) ve Barlett testi uygulanmıştır. Yapılan analize göre, KMO katsayısı yüksek (0.92) ve Barlett's testi sonucu ($p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur.

Tablo 3.6. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Faktör Analizi Sonuçları

MILQ'nun orjinal boyutları	MILQ'nun Orjinal boyutlarının maddeleri	Türkçe MILQ'nun boyutları	Türkçe MILQ'nun boyut maddeleri
Ruhsal sağlık	1, 2, 3, 4	Fiziksel sağlık	5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 20, 21, 22, 24, 33, 34, 35
Fiziksel sağlık	5, 6, 7, 8	Ruhsal sağlık	1, 2, 3, 4
Fiziksel fonksiyon	9, 10, 11, 12	Sağlık personeline erişim	28, 29, 30, 31, 32
Sosyal fonksiyon	13, 14, 15, 16	Kişilerarası ilişkiler	7, 13, 18, 19, 23
Mahremiyet	17, 18, 19, 20	Finansal durum	25, 26, 27
Bilişsel fonksiyon	21, 22, 23, 24	Sosyal fonksiyon	16, 17
Finansal durum	25, 26, 27, 28		
Sağlık personeline erişim	29, 30, 31, 32		
Verimlilik	33, 34, 35, 12		

Tablo 3.6'da Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin faktör analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Faktör analizi sonuçlarına göre, ölçek maddeleri arasında 9. maddenin faktör ağırlığı 0.30 olarak bulunmuş, faktör ağırlığı 0.45'in altında olması nedeniyle çalışmadan çıkarılmaya karar verilmiştir. 9. madde çıkarıldıktan sonra 34 madde göz önünde bulundurulmuş, ölçek maddelerinin altı faktör altında toplandığı saptanmıştır. Her bir faktör altına giren maddelerin özelliklerine göre yeni alt boyutlar oluşturulmuştur. Tablo 3.6'da görüldüğü gibi "fiziksel sağlık (5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 20, 21, 22, 24, 33, 34, 35) 15 maddeden, ruhsal sağlık (1, 2, 3, 4) 4 maddeden, sağlık personeline erişim (28, 29, 30, 31, 32) 5 maddeden, kişilerarası ilişkiler (7, 13, 18, 19, 23) 5 maddeden, finansal durum (25, 26, 27) 3 maddeden ve sosyal fonksiyon (16, 17) 2 maddeden" oluşmaktadır.

Ölçeğin orjinal yapısıyla karşılaştırıldığına, bulunan sonuçlar arasında bazı yapısal farklılıklar ortaya çıkmıştır. Orjinal ölçeğin fiziksel sağlık, fiziksel fonksiyon, mahremiyet, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve verimlilik alt boyut maddeleri bir birleşim oluşturmuş ve fiziksel sağlık alt boyutu altında incelenmiştir. Ruhsal sağlık alt boyutu aynı yapıyı korumaktadır. Orjinal ölçeğin sağlık personeline erişim alt boyutuna yeni faktör yapısında 28. madde de dahil olmuş ve aynı isimlendirmeye devam edilmiştir. MILQ'nun 28. madde dışındaki diğer üç maddesi aynı faktör yapısı altında toplanmıştır ve bu maddeler Türkçe MILQ'da da finansal durum alt boyutu olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin "sosyal aktivitelere katılma (madde 16)" ve "eşi/partneriyle yaptığı aktiviteler (madde 17)" maddeleri bir grup altında toplanmış ve sosyal fonksiyon alt boyutu olarak alınmıştır. Orjinal ölçeğin dört alt boyutunda yer alan 5 maddenin de (fiziksel sağlık, sosyal fonksiyon, mahremiyet ve bilişsel fonksiyon) bir faktör altında birleştiği görülmüş ve kişilerarası ilişkiler alt boyutu olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 3.7. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Faktör Yapısı

Maddeler	F1	F2	F3	F4	F5	F6	Cronbach alfa
FİZİKSEL SAĞLIK							
(5)Fiziksel olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?	0.69						0.943
(6)İstediklerinizi yapabilecek enerjiye sahip misiniz?	0.68						0.943
(8)Fiziksel egzersiz yapabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	0.79						0.943
(10)Ev işlerini yapabilme gücünüzden memnun musunuz?	0.56						0.944
(11)Fiziksel olarak tatil ya da seyahatlere katılabilme gücünüzden memnun musunuz?	0.79						0.943
(12)Fiziksel yönden çalışabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	0.74						0.943
(14)Bebek bakımı, akrabaların bakımı gibi konularda ailenize yardım edebilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	0.55						0.944
(15)Arkadaşlarınızla geçirdiğiniz zamandan ne kadar memnunsunuz?	0.49						0.944
(20)Cinsel yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz?	0.67						0.945
(21)Hastalıkla ilgili olağan üstü durumlara hazırlıklı hissediyor musunuz?	0.57						0.943
(22)Konsantre olabilme becerinizden ne kadar memnunsunuz?	0.63						0.944
(24)Yakın geçmişteki olayları hatırlayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	0.60						0.944
(33)Sağlığınız ölçüsünde çalışma süresinden ne kadar memnunsunuz?	0.79						0.943
(34)İsteddiğiniz bir işi yapabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	0.80						0.943
(35)Kendinizi işe yarar hissetme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	0.69						0.943
RUHSAL SAĞLIK							
(1)Genel duygusal durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?		0.84					0.945
(2)Geleceğinize umutla bakıyor musunuz?		0.80					0.944
(3)Şu anki halinizden memnun musunuz?		0.86					0.944
(4)Kendinizi huzurlu hissediyor musunuz?		0.82					0.944
SAĞLIK PERSONELİNE ERİŞİM							
(28)Sosyal güvencenizden ne kadar memnunsunuz?			0.45				0.946
(29)Sağlık personelinde aldığınız bilgilerden ne kadar memnunsunuz?			0.90				0.947
(30)Sağlık personeline soru sorabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?			0.80				0.946
(31)Aldığınız tıbbi bakımın kalitesinden ne kadar memnunsunuz?			0.85				0.946
(32)Sağlık personellerinden aldığımız destekten ne kadar memnunsunuz?			0.83				0.947

Tablo 3.7. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Faktör Yapısı (Devamı)

Maddeler	F1	F2	F3	F4	F5	F6	Cronbach alfa değeri
KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER							
(7)Ağrı hissetmeme durumunuzdan memnunsunuz?				0.53			0.946
(13)Ailenizin istediğiniz şeyleri yapmanıza izin vermesinden ne kadar memnunsunuz?				0.60			0.944
(18)Eşiniz/partnerinizin size karşı gösterdiği sevgiden ne kadar memnunsunuz?				0.80			0.945
(19)Eşinize/partnerinize güvenebilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?				0.79			0.945
(23)Kendi başınıza karar verebilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?				0.61			0.945
FİNANSAL DURUM							
(25)Maddi gelirinizden ne kadar memnunsunuz?					0.84		0.945
(26)Aylık giderlerinizi karşılayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?					0.86		0.945
(27)Tasarruf yapabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?					0.73		0.948
SOSYAL FONKSİYON							
(16)Sosyal aktivitelere katılma durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?						0.68	0.945
(17)Eşiniz / partnerinizle yaptığınız aktivitelerden ne kadar memnunsunuz?						0.68	0.945
Cronbach Alfa							
% Açıklanan varyans	0.94	0.93	0.85	0.82	0.84	0.72	
Cumulative variance	23.48	12.19	10.39	10.00	7.49	6.20	
	23.48	35.67	46.06	56.06	63.56	69.77	

Tablo. 3.7'de Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin faktör yapısı gösterilmektedir. Tabloya göre en düşük faktör yükünün 0.45 ile 28. madde ve en yüksek faktör yükünün ise 0.90 ile 29. madde olduğu görülmüştür. Tabloda maddelerle ölçülmek istenen değişkenin varyansının % kaçının açıklandığı da gösterilmektedir. Fiziksel sağlık alt boyutunun bu ölçek ile ölçülmeye çalışılan özelliğin 23.48'ini, ruhsal sağlık alt boyutunun 12.19'ini, sağlık personeline erişim alt boyutunun 10.39'unu, kişilerarası ilişkiler alt boyutunun 10.00'mi, finansal durum alt boyutunun 7.49'unu ve sosyal fonksiyon alt boyutunun 6.20'sini açıkladığı görülmektedir. Altı faktörün tümü toplam varyansın 69.77'sini açıklamaktadır.

3.2.2.2. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Güvenirlik Çalışması

Bu bölümde MILQ'nun güvenilirliğini belirlemede ölçeğin iç tutarlık, madde analizi ve zamana göre değişmezliğini belirlemek üzere test tekrar test ve paralel form yöntemlerine yer verilmiştir.

a. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin İç Tutarlılığının Belirlenmesi

MILQ'nun iç tutarlığını belirlemede cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo 3.8. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alfa Değerleri

MILQ	Toplam Maddeler	Skor aralıkları	Ort.	SS	Cronbach Alfa
Fiziksel sağlık	15	15-105	74.41	19.20	0.94
Ruhsal sağlık	4	4-28	21.31	5.48	0.93
Sağlık personeline erişim	5	5-35	29.22	5.61	0.85
Kişilerarası ilişkiler	5	5-35	30.11	5.44	0.82
Finansal durum	3	3-21	11.34	4.15	0.84
Sosyal fonksiyon	2	2-14	6.73	3.38	0.72
Ölçek Toplam Puanı	34	34-238	173.12	32.58	0.94

Tablo 3.8'de Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puan ortalaması %69'luk bir değer göstermiştir. ortalama, standart sapma ve cronbach alfa değerleri gösterilmiştir. Tabloda belirtilen iç tutarlık analiz sonuçlarına göre, tüm ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Katsayının, ölçeğin boyutları için sırasıyla 0.94, 0.93, 0.85, 0.82, 0.84 ve 0.72 olduğu görülmüştür. Ölçeğin dokuz boyutu kapsayan orijinalinde güvenilirlik katsayıları “sosyal fonksiyon” dışında her bir boyut için 0.76 ve üzerindedir.

b. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Alt Boyut Puanı - Ölçek Toplam Puan Korelasyonunun Belirlenmesi

Tablo 3.9. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Alt Boyut Puanı - Ölçek Toplam Puan Korelasyonunun Belirlenmesi

Ölçek Alt Boyutları	Ölçek Toplam Puanı	Fiziksel sağlık	Ruhsal sağlık	Sağlık personeline erişim	Kişilerarası ilişkiler	Finansal durum
Fiziksel sağlık	0.95**					
Ruhsal sağlık	0.68**	0.60**				
Sağlık personeline erişim	0.43**	0.24**	0.14**			
Kişilerarası ilişkiler	0.68**	0.59**	0.46**	0.23**		
Finansal durum	0.51**	0.42**	0.26**	0.25**	0.10*	
Sosyal fonksiyon	0.65**	0.61**	0.28**	0.19**	0.36**	0.36**

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3.9'da Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyut puanı ile ölçek toplam puan korelasyonlarına yer verilmiştir. Tabloda ölçeğin herbir alt boyutunun birbiri ile karşılıklı korelasyonları ile ölçek toplam puan korelasyonları incelenmiştir.

Tabloya bakıldığında, ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyonların pozitif yönde ve anlamlı olduğu görülmüştür. Ölçeğin altı alt boyutu için korelasyonların 0.43-0.95 arasında değiştiği görülmüştür. MILQ ile en yüksek korelasyonu veren alt boyut fiziksel sağlık ($r= 0.95$) iken, en düşük korelasyonu sağlık personeline erişim alt boyutu ($r= 0.43$) vermiştir.

c. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Zamana Göre Değişmezliğinin Belirlenmesi

MILQ'nun zamana göre değişmezliğinin belirlenmesinde test-tekrar test ve paralel form yöntemleri kullanılmıştır.

1. Test-Tekrar Test Yöntemi

MILQ, AKS tanısı alan bireylere uygulandıktan sonra 2-4 hafta içerisinde 50 hastaya tekrar uygulanmıştır.

Tablo 3.10. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Test-Tekrar Test Uygulamaları	Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu		
	r	p	N
İlk Uygulama	0.87**	0.000	50
İkinci Uygulama			

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır ($p < 0.01$)

Tablo 3.10'da Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin test-tekrar test puanlarının korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, MILQ'nun ilk ve ikinci uygulamaları arasındaki korelasyon anlamlı düzeyde ($p < 0.01$) ve yüksek ($r=0.87$) bulunmuştur.

Tablo 3.11. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Korelasyonları

Ölçek alt boyutları	Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği								
	Ruhsal Sağlık	Fiziksel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Mahremiyet	Bilişsel Fonksiyon	Finansal Durum	Sağlık Personeline Erişim	Verimlilik
Ruhsal Sağlık	0.80**								
Fiziksel Sağlık	0.62**	0.82**							
Fiziksel Fonksiyon	0.68**	0.82**	0.74**						
Sosyal Fonksiyon	0.41*	0.62**	0.62**	0.77**					
Mahremiyet	0.51**	0.67**	0.74**	0.59**	0.73**				
Bilişsel Fonksiyon	0.57**	0.65**	0.65**	0.68**	0.58**	0.83**			
Finansal Durum	0.35	0.47**	0.55**	0.54**	0.36**	0.45**	0.81**		
Sağlık Personeline Erişim	0.26	0.19	0.34*	0.63**	0.30*	0.42**	0.55**	0.84**	
Verimlilik	0.40**	0.66**	0.69**	0.69**	0.57**	0.63**	0.65**	0.41**	0.81**

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3.11’de Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin alt boyutlarının test-tekrar test korelasyonları gösterilmiştir. Buna göre, alt boyutların test-tekrar test korelasyonları 0.73-0.84 arasında değişmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. En yüksek korelasyonun sağlık personeline erişim ve en düşük korelasyonun mahremiyet alt boyutları olduğu görülmüştür.

2. Paralel Form Yöntemi

Tablo 3.12. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları İle MİDAS ve Alt Boyutları Arasındaki Karşılıklı Korelasyonlar

MİDAS ve Alt Boyutları	MILQ ve Alt Boyutları						
	MILQ Ölçek Toplam Puanı	Fiziksel sağlık	Ruhsal sağlık	Sağlık personeline erişim	Kişilerar ası ilişkiler	Finansal durum	Sosyal fonksiyon
MİDAS Ölçek Toplam Puanı	- 0.42**	- 0.39**	- 0.42**	- 0.08	- 0.28**	- 0.27**	- 0.13**
Fiziksel aktivite	- 0.46**	- 0.44**	- 0.47**	- 0.12*	- 0.30**	- 0.27**	- 0.17**
Güvensizlik	- 0.40**	- 0.37**	- 0.39**	- 0.09	- 0.35**	- 0.18**	- 0.12**
Duygusal tepki	- 0.21**	- 0.16**	- 0.32**	- 0.09	- 0.11*	- 0.19**	- 0.03
Bağımlılık	- 0.52**	0.40**	0.24**	0.41**	0.13*	0.92**	0.35**
Beslenme şekli	- 0.39**	0.21**	0.12*	0.96**	0.23**	0.18**	0.16**
İlaç hakkında endişe	- 0.67**	0.61**	0.28**	0.73**	0.32**	0.36**	0.40**
İlaç yan etkileri	- 0.80**	0.84**	0.50**	0.26**	0.52**	0.34**	0.48**

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3.12’de, MILQ ve alt boyutları ile MİDAS ve alt boyutları arasındaki karşılıklı korelasyonlara yer verilmiştir. Tabloya bakıldığında, MİDAS’ın MILQ ile arasındaki korelasyon negatif yönde zayıf-orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r = -0.42$, $p = 0.000$). MİDAS ile MILQ’nun alt boyutları arasındaki korelasyonlar ise sırasıyla -0.39, -0.42, -0.08, -0.28, -0.27, -0.13 şeklindedir. Korelasyonlardan fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, kişilerarası ilişkiler, finansal durum ve sosyal fonksiyon ile MİDAS arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p < 0.01$); sağlık personeline erişim ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p > 0.05$). MİDAS ile MILQ’nun fiziksel sağlık alt boyutu ile arasında negatif yönde zayıf-orta derecede, ruhsal sağlık ile arasında negatif yönde zayıf-orta derecede, sağlık personeline erişim ile arasında negatif yönde çok zayıf derecede, kişilerarası ilişkiler ile arasında negatif yönde zayıf-orta derecede, finansal durum ile arasında negatif yönde zayıf-orta derecede ve sosyal fonksiyon ile arasında negatif yönde çok zayıf derecede korelasyonlar olduğu görülmüştür.

Tablo 3.12’de MILQ’nun fiziksel sağlık alt boyutu en fazla MİDAS’ın fiziksel aktivite (-0.44), ila hakkında endişeler (0.61) ve ila yan etkileri (0.84) alt boyutları ile anlamlı ilişki göstermiştir ($p < 0.01$). Ruhsal sağlık ile en yüksek ilişkiyi gösteren MİDAS alt boyutları fiziksel aktivite (-0.47) ve ila yan etkileri (0.50) iken, sağlık personeline erişim ile beslenme şekli (0.96) ve ila hakkında endişeler (0.73) alt boyutlarıdır. Kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutları da MİDAS’ın yalnızca ila yan etkileri alanıyla en yüksek korelasyonları vermiştir (sırasıyla 0.52 ve 0.48). MILQ’nun finansal durum alt boyutu ile MİDAS’ın bağımlılık alanı arasındaki ilişki ise oldukça yüksek ve anlamlı çıkmıştır (0.92).

3.3. AKS Tanısı Alan Bireylerin ok Boyutlu Yaşam Kalitesi Öleği’nden Aldıkları Puan Ortalamaları

Bu bölümde, AKS tanısı alan hastaların sosyo-demografik, hastalıkları ile ilgili özellikleri ve risk faktörlerine göre MILQ’dan aldıkları puan ortalamalarına yer verilmiştir.

Tablo 3.13a. AKS Tamsı Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre MILQ'dan Aldıkları Puan Ortalamaları

AKS Tamsı Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri		MILQ							
		Fiziksel sağlık	Ruhsal sağlık	Sağlık personeline erişim	Kişilerarası ilişkiler	Finansal durum	Sosyal fonksiyon	Ölçek Toplam Puanı	
N	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Cinsiyet									
Kadın	91	4.80±1.20	5.32±1.32	6.02±0.92	5.66±1.23	3.94±1.37	3.27±1.64	5.17±0.94	
Erkek	279	5.01±1.30	5.32±1.38	5.78±1.17	6.13±1.01	3.72±1.38	3.39±1.70	5.30±1.01	
P/t		0.170/-1.37	0.982/- 0.02	0.049*/1.98	0.001*/-3.28	0.191/1.30	0.559/-0.58	0.290/-1.06	
Yaş									
30-45	14	5.94±0.71	6.10±0.80	5.50±1.49	6.48±0.74	4.23±1.30	3.42±1.77	5.87±0.67	
46-60	211	5.22±1.19	5.41±1.27	5.82±1.13	6.18±1.00	3.84±1.26	3.52±1.64	5.44±0.96	
61-75	145	4.48±1.27	5.11±1.50	5.90±1.07	5.74±1.17	3.64±1.54	3.13±1.72	4.96±0.98	
P/F		0.000*/20.75	0.012*/4.48	0.398/0.92	0.000*/8.50	0.191/1.66	0.100/2.31	0.000*/13.41	
Medeni Durum									
Evli	347	5.07±1.19	5.39±1.33	5.82±1.12	6.17±0.91	3.80±1.36	3.47±1.65	5.35±0.93	
Bekar	23	3.24±1.27	4.34±1.58	6.07±1.01	3.77±1.03	3.44±1.66	1.63±1.13	3.93±0.93	
P/t		0.000*/7.04	0.000*/3.59	0.303/-1.03	0.000*/12.06	0.331/0.99	0.000*/7.34	0.000*/7.03	
Meslek									
Memur	29	5.14±1.41	5.12±1.66	5.67±1.33	6.28±1.07	3.75±1.23	3.48±1.78	5.34±1.13	
Emekli	170	4.82±1.25	5.32±1.34	5.73±1.11	5.99±1.07	3.63±1.43	3.39±1.75	5.17±0.96	
Ev hanımı	76	4.76±1.22	5.28±1.31	6.01±0.96	5.67±1.18	3.89±1.36	3.23±1.65	5.14±0.95	
İşçi	29	5.59±1.18	5.58±1.26	6.12±1.22	6.04±1.19	4.73±1.20	3.65±1.45	5.79±1.19	
Serbest meslek	49	5.44±1.10	5.40±1.40	5.78±1.19	6.46±0.68	3.65±1.28	3.30±1.67	5.54±0.82	
Diğer	17	4.45±1.55	5.26±1.56	6.09±1.01	6.10±1.08	3.45±1.18	3.11±1.64	5.02±1.06	
P/F		0.001*/4.45	0.858/0.38	0.241/1.35	0.003*/3.74	0.003*/3.62	0.856/0.39	0.007*/3.28	

*p< 0.05

Tablo 3.13a. AKS Tanısı Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre MILQ'dan Aldıkları Puan Ortalamaları (Devamı)

		MILQ						
AKS Tanısı Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri		Fiziksel sağlık	Ruhsal sağlık	Sağık personeline erişim	Kişilerarası ilişkiler	Finansal durum	Sosyal fonksiyon	Ölçek Toplam Puanı
N		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Eğitim Durumu								
25	Okur yazar	4.28±1.30	5.13±1.28	5.88±1.25	5.64±1.32	3.30±1.30	2.76±1.53	4.81±1.00
11	Okur yazar değil	3.56±1.20	4.38±1.38	5.92±1.11	4.72±1.43	3.51±1.45	1.81±1.00	4.23±0.94
180	İlkokul	4.87±1.20	5.36±1.31	5.85±1.08	6.04±0.99	3.80±1.42	3.19±1.59	5.22±0.90
58	Ortaokul	5.16±1.18	5.55±1.21	5.86±1.18	6.27±0.86	3.55±1.17	3.55±1.57	5.45±0.99
65	Lise	5.20±1.35	5.13±1.55	5.57±1.18	5.89±1.23	3.94±1.44	3.66±1.90	5.31±1.11
31	Üniversite ve üzeri	5.58±1.19	5.57±1.51	6.23±0.89	6.45±0.88	4.21±1.35	4.40±1.60	5.81±0.89
	P/F	0.000*/6.93	0.084/1.95	0.188/1.50	0.000*/5.83	0.110/1.81	0.000*/6.11	0.000*/6.15
Gelir Gider Durumu								
21	Gelir gidere göre fazla	5.45±1.37	5.40±1.46	6.09±1.05	6.04±1.03	5.17±1.34	4.35±1.92	5.70±1.04
216	Gelir gidere göre eşit	5.09±1.20	5.24±1.39	5.85±1.09	6.09±1.00	3.98±1.32	3.59±1.65	5.36±0.97
133	Gelir gidere göre az	4.66±1.32	5.44±1.32	5.78±1.17	5.90±1.21	3.22±1.23	2.82±1.55	5.04±0.99
	P/F	0.002*/6.47	0.429/0.84	0.470/0.75	0.289/1.24	0.000*/27.22	0.000*/13.26	0.001*/6.73
Birlikte Yaşadığı Bireyler								
15	Yalnız (n=15)	3.47±1.44	4.55±1.74	5.73±1.14	3.81±1.18	2.93±1.65	1.96±1.30	3.98±1.15
355	Diğer aile bireyleriyle	5.02±1.23	5.35±1.34	5.84±1.12	6.11±0.98	3.81±1.36	3.42±1.68	5.32±0.95
	P/t	0.000*/-4.73	0.025*/-2.25	0.697/-0.39	0.000*/-8.81	0.015*/-2.43	0.001*/-4.19	0.000*/-5.25

*p<0.05

Tablo 3.13a'da, AKS tanısı alan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre MILQ'dan aldıkları puan ortalamaları gösterilmiştir. Tabloya göre, cinsiyet değişkeniyle ölçeğin faktörleri arasındaki puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel sağlık, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutlarının puan ortalamaları erkeklerde kadınlardan daha yüksek; sağlık personeline erişim ve finansal durum alt boyutlarının puan ortalamaları ise kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. Sağlık personeline erişim ve kişilerarası ilişkiler dışında diğer alt boyutlardan alınan puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p > 0.05$). Sağlık personeline erişim alt boyutundan alınan puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre ($t = 1.98$, $p < 0.05$), kişilerarası ilişkiler alt boyutundan alınan puan ortalamaları da erkeklerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($t = -3.28$, $p < 0.05$).

Yaşa göre incelendiğinde, fiziksel sağlık, ruhsal sağlık ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür (sırasıyla $F = 20.75$, 8.50 , 4.48 ; $p < 0.05$) ve yaş arttıkça alınan puan ortalamaları düşmüştür.

Medeni duruma göre ölçekten alınan puan ortalamaları arasında fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). Bu alt boyutlarda, evli olanların MILQ'dan aldıkları puan ortalamaları bekâr olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 3.13a meslek düzeyinde incelendiğinde, fiziksel sağlık, kişilerarası ilişkiler ve finansal durum alt boyutlarında istatistiksel anlamda fark ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). İşçi grubunun (5.59 ± 1.18) fiziksel sağlık ve finansal durum, serbest meslek (6.46 ± 0.68) yapanların da kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Fiziksel sağlık ($F = 6.93$; $p = 0.000$) ve sosyal fonksiyon ($F = 6.11$; $p = 0.000$) alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının eğitim düzeyi arttıkça yükseldiği görülmüştür. Sosyal fonksiyondan alınan puan ortalamaları arasında da istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). En yüksek puan ortalamalarını eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanlar (6.45 ± 0.88) ile ortaokul mezunu olanlar (6.27 ± 0.86) almıştır.

Fiziksel sağlık, finansal durum ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından alınan puan ortalamaları, geliri gidere göre fazla olan bireylerde anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0.05$). Tabloya göre, birlikte yaşadığı bireyler göz önüne alındığında, yalnızca sağlık personeline erişimden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır ($F = -0.39$, $p > 0.05$).

Tablo 3.13b. AKS Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları İle İlgili Özellikleri ve Risk Faktörlerine Göre MILQ'dan Aldıkları Puan Ortalamaları

		Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği									
AKS Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları İle İlgili Özellikleri ve Risk Faktörleri		Fiziksel sağlık	Ruhsal sağlık	Sağlık personeline erişim	Kişilerarası ilişkiler	Finansal durum	Sosyal fonksiyon	MILQ Toplam			
N		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Tıbbi Tanısı											
96	Kararlı Angina Pektoris	4.86±1.20	5.50±1.23	5.85±1.13	5.89±1.07	3.78±1.42	3.40±1.75	5.22±0.95			
82	Kararsız Angina Pektoris	5.16±1.14	5.46±1.31	6.00±1.07	6.24±0.92	3.90±1.40	3.42±1.64	5.47±0.91			
192	Miyokard infarktüsü	4.92±1.36	5.18±1.44	5.77±1.13	5.98±1.15	3.72±1.35	3.31±1.68	5.20±1.04			
	P/F	0.254/1.37	0.101/2.30	0.290/1.24	0.084/2.49	0.608/0.49	0.854/0.15	0.116/2.16			
MI Geçirme Sıklığı											
178	MI geçirmeyen	5.00±1.18	5.48±1.26	5.92±1.10	6.05±1.02	3.84±1.41	3.41±1.70	5.34±0.94			
163	1 kez geçiren	5.01±1.29	5.36±1.30	5.77±1.11	6.03±1.10	3.76±1.34	3.32±1.69	5.28±0.98			
29	2 kez ve üzeri	4.41±1.63	4.14±1.80	5.77±1.28	5.71±1.37	3.48±1.39	3.25±1.63	4.78±1.30			
	P/F	0.059/2.85	0.000*/12.74	0.437/0.83	0.273/1.30	0.430/0.84	0.839/0.17	0.019*/3.99			
Sigara Kullanımı											
90	Evet	5.31±1.25	5.30±1.34	5.77±1.27	6.14±1.13	4.04±1.33	3.36±1.75	5.45±0.98			
143	Hayır	4.72±1.31	5.20±1.38	5.89±1.04	5.80±1.10	3.83±1.38	3.30±1.70	5.13±1.06			
137	Bırakım	4.97±1.21	5.47±1.36	5.83±1.10	6.17±1.01	3.55±1.38	3.43±1.63	5.29±0.92			
	P/F	0.003*/5.96	0.248/1.39	0.701/0.35	0.007*/4.97	0.027*/3.64	0.823/0.19	0.051/2.99			
Sigara Kullanma Süresi (n=90)											
20	20 yıl ve altı	5.49±1.31	5.76±1.00	5.74±1.43	6.47±0.68	3.61±1.21	3.72±1.76	5.63±0.90			
42	21-30 yıl	5.52±1.20	5.23±1.41	5.67±1.20	6.10±1.24	4.19±1.23	3.59±1.65	5.54±0.99			
18	31-40 yıl	4.77±0.95	4.88±1.26	5.87±1.33	5.87±1.06	4.03±1.49	2.41±1.41	5.07±0.86			
10	41 ve üzeri	5.03±1.58	5.40±1.63	6.06±1.23	6.16±1.45	4.26±1.67	3.35±2.28	5.39±1.23			
	P/F	0.138/1.88	0.240/1.42	0.828/0.29	0.443/0.90	0.416/0.95	0.075/2.38	0.295/1.25			
Kullanılan Sigara miktarı (gün)											
18	10 adet ve altı	5.13±1.50	5.54±1.27	6.01±1.18	6.12±1.39	4.12±1.46	2.97±1.47	5.41±1.15			
58	11-20	5.39±1.09	5.33±1.14	5.66±1.25	6.08±1.08	4.10±1.28	3.37±1.67	5.47±0.88			
16	21 ve üzeri	5.10±1.50	4.87±1.90	5.81±1.49	6.27±1.09	3.70±1.36	3.78±2.19	5.32±1.17			
	P/F	0.594/0.52	0.324/1.14	0.599/0.51	0.845/0.16	0.551/0.60	0.403/0.91	0.858/0.15			
Alkol Kullanımı											
23	Evet	5.68±1.16	5.47±1.37	5.96±1.23	6.47±0.69	4.11±1.49	4.23±1.98	5.78±0.91			
326	Hayır	4.89±1.26	5.31±1.35	5.83±1.12	5.98±1.09	3.78±1.38	3.26±1.64	5.22±0.99			
21	Bırakım	5.20±1.36	5.33±1.66	5.84±0.94	6.10±1.25	3.28±1.18	3.95±1.75	5.37±1.05			
	P/F	0.010*/4.64	0.861/1.15	0.867/1.14	0.103/2.28	0.133/2.03	0.007*/5.02	0.031*/3.49			

Tablo 3.13b. AKS Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları İle İlgili Özellikleri ve Risk Faktörlerine Göre MILQ'dan Aldıkları Puan Ortalamaları (Devamı)

AKS Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları İle İlgili Özellikleri ve Risk Faktörleri		Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği							
		Fiziksel sağlık	Ruhsal sağlık	Sağlık personeline erişim	Kişilerarası ilişkiler	Finansal durum	Sosyal fonksiyon	MILQ Toplam	
N		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Tanı Süresi									
0-12 ay	121	4.86±1.27	5.11±1.47	5.90±1.12	6.03±1.05	3.70±1.42	3.49±1.78	5.22±1.01	
13-24 ay	63	5.11±1.26	5.62±1.24	5.94±1.04	6.05±1.14	3.83±1.40	3.19±1.64	5.38±0.97	
25-36 ay	47	4.95±1.16	5.31±1.24	5.73±1.06	5.98±1.05	3.78±1.02	3.30±1.59	5.23±0.84	
37-48 ay	31	4.74±1.45	4.97±1.46	5.44±1.41	5.98±1.14	3.76±1.46	3.08±1.51	5.03±1.11	
49 ay ve üzeri	108	5.04±1.30	5.49±1.31	5.87±1.08	6.01±1.11	3.83±1.45	3.42±1.70	5.33±1.02	
P/F		0.558/0.75	0.047*/2.43	0.256/1.33	0.997/0.04	0.966/0.14	0.667/0.59	0.515/0.81	
Hastaneye Yatış Sayısı									
1 kez	243	5.06±1.20	5.46±1.26	5.89±1.09	6.14±0.98	3.85±1.35	3.34±1.66	5.36±0.93	
2 kez	99	4.82±1.32	5.19±1.40	5.75±1.13	5.82±1.18	3.64±1.43	3.36±1.71	5.12±1.01	
3 kez ve üzeri	28	4.55±1.63	4.63±1.84	5.74±1.29	5.62±1.40	3.65±1.49	3.51±1.89	4.91±1.32	
P/F		0.063/2.78	0.005*/5.35	0.515/0.66	0.006*/5.18	0.402/0.91	0.881/0.12	0.019*/3.99	
Diyet Yapma									
Evet	234	5.05±1.26	5.42±1.37	5.88±1.11	6.08±1.07	3.73±1.39	3.48±1.67	5.33±0.98	
Hayır	136	4.80±1.29	5.15±1.34	5.77±1.13	5.91±1.11	3.86±1.36	3.15±1.69	5.15±1.01	
P/t		0.071/1.81	0.071/1.81	0.356/0.92	0.143/1.46	0.383/-0.87	0.068/1.83	0.092/1.69	
Egzersiz Yapma									
Evet	129	5.49±1.11	5.62±1.30	6.02±0.92	6.22±0.95	3.93±1.26	3.88±1.61	5.64±0.87	
Hayır	241	4.67±1.27	5.16±1.37	5.74±1.20	5.91±1.13	3.69±1.43	3.08±1.66	5.07±1.00	
P/t		0.000*/6.12	0.002*/3.10	0.025*/2.25	0.008*/2.68	0.127/1.52	0.000*/4.42	0.000*/5.45	
İlaç Kullanma Durumu									
Evet	337	4.99±1.28	5.35±1.35	5.83±1.12	6.00±1.10	3.79±1.37	3.34±1.69	5.28±0.99	
Hayır	33	4.62±1.24	5.03±1.56	5.93±1.06	6.16±0.95	3.58±1.48	3.54±1.68	5.11±0.99	
P/t		0.109/1.60	0.205/1.27	0.611/-0.50	0.415/-0.81	0.399/0.84	0.521/-0.64	0.348/0.93	
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu (n=337)									
Evet	314	5.03±1.25	5.39±1.32	5.83±1.12	6.01±1.09	3.81±1.39	3.38±1.68	5.31±0.99	
Hayır	23	4.37±1.45	4.84±1.58	5.77±1.20	5.88±1.18	3.63±1.15	2.80±1.72	4.85±1.03	
P/t		0.016*/2.41	0.062/1.87	0.789/0.26	0.587/0.54	0.560/0.58	0.111/1.59	0.030*/2.17	

*p< 0.05

Tablo 3.13b’de, AKS tanısı alan bireylerin hastalıkları ile ilgili özellikleri ve risk faktörlerine göre MILQ’dan aldıkları puan ortalamaları gösterilmiştir. Tabloya göre, tıbbi tanı ile ölçekten alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). MI geçirme sıklığı incelendiğinde yalnızca ruhsal sağlık alt boyutundan alınan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan bir fark ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). MI geçirmeyenlerin en az bir kez MI geçirenlere göre ruhsal sağlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (5.48 ± 1.26).

Sigara kullanımına göre ölçekten alınan puan ortalamaları fiziksel sağlık, kişilerarası ilişkiler ve finansal durum alt boyutlarında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$). Sigara kullanımına “evet” diyenlerin fiziksel sağlık ve finansal durum puan ortalamaları, “hayır” diyenlerin ise kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları diğer yanıt seçeneklerine göre yüksek çıkmıştır. Sigara kullanım süresi ve kullanılan günlük sigara miktarı ile ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır ($p > 0.05$). Alkol kullanımı ise, yalnızca fiziksel sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık ortaya çıkarmıştır ($p < 0.05$).

Tanı süresiyle ruhsal sağlık alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık ortaya çıkarken ($F=2.43$, $p=0.047$), ölçeğin diğer alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu görülmüştür ($p > 0.05$).

Hastaneye yatış sayısı yalnızca ruhsal sağlık ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından alınan puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık oluşturmuştur ($p < 0.05$). Bu alt boyutlarda hastaneye yatış sayısı arttıkça alınan puan ortalamaları düşüş göstermiştir.

Diyet yapma durumu ile ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark ortaya çıkmamıştır ($p > 0.05$). Egzersiz yapma durumu yalnızca finansal durumdan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ($p > 0.05$). Ölçeğin diğer alt boyutlarından alınan puan ortalamaları, egzersiz yapma durumuna “evet” diyenlerde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

İlaç kullanma durumu ile ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). İlaçları düzenli kullanma durumu ($n=337$) ile yalnızca fiziksel sağlıktan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık ortaya çıkmıştır ($F= 2.41$, $p= 0.016$). İlaçlarını düzenli kullanma durumuna “evet” diyenlerin fiziksel sağlık ile ilgili puan ortalamaları “hayır” diyenlere göre daha yüksek bulunmuştur (5.03 ± 1.25).

MILQ’dan alınan puan ortalamalarının yanı sıra, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen değişkenler arasında anlamlılık gösterenlere ayrıca çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 3.14a. AKS Tanısı Alan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Fiziksel sağlık				
	B	Beta	T	P
Sabit	7.826		6.337	0.000
Yaş	-0.520	-0.224	-4.649	0.000
Medeni durum	-1.623	-0.306	-4.889	0.000
Meslek	0.057	0.059	1.239	0.216
Eğitim durumu	0.203	0.199	4.110	0.000
Gelir-gider durumu	-0.255	-0.114	-2.429	0.016
Birlikte yaşadığı bireyler	-0.144	-0.022	-0.351	0.726
R= 0.49 R₂= 0.24 F= 20.01 p= 0.000				
Ruhsal sağlık				
	B	Beta	T	P
Sabit	7.583		5.712	0.000
Yaş	-0.304	-0.123	-2.365	0.019
Medeni durum	-1.054	-0.186	-2.649	0.008
Birlikte yaşadığı bireyler	-0.215	-0.031	-0.441	0.660
R= 0.22 R₂= 0.04 F= 6.23 p= 0.000				
Sağlık personeline erişim				
	B	Beta	T	P
Sabit	6.263		25.644	0.000
Cinsiyet	-0.239	-0.092	-1.764	0.079
R= 0.09 R₂= 0.01 F= 3.11 p= 0.079				
Kişilerarası ilişkiler				
	B	Beta	t	P
Sabit	6.847		7.141	0.000
Cinsiyet	0.169	0.067	1.435	0.152
Yaş	-0.194	-0.098	-2.135	0.033
Medeni durum	-1.971	-0.438	-7.322	0.000
Meslek	0.038	0.047	1.026	0.306
Eğitim durumu	0.084	0.097	2.029	0.043
Birlikte yaşadığı bireyler	0.499	0.090	1.515	0.131
R= 0.56 R₂= 0.32 F= 28.59 p= 0.000				
Finansal durum				
	B	Beta	t	P
Sabit	4.390		5.670	0.000
Birlikte yaşadığı bireyler	0.029	0.028	0.572	0.567
Meslek	-0.837	-0.345	-7.050	0.000
Gelir-gider durumu	0.615	0.088	1.793	0.074
R= 0.36 R₂= 0.13 F= 18.93 p= 0.000				
Sosyal fonksiyon				
	B	Beta	t	P
Sabit	6.434		4.039	0.000
Medeni durum	-1.877	-0.268	-4.087	0.000
Eğitim durumu	0.263	0.195	3.988	0.000
Gelir-gider durumu	-0.618	-0.209	-4.250	0.000
Birlikte yaşadığı bireyler	-0.306	-0.036	-0.543	0.588
R= 0.49 R₂= 0.24 F= 18.34 p= 0.000				
Ölçek Toplam Puanı				
	B	Beta	t	P
Sabit	6.699		6.795	0.000
Yaş	-0.295	-0.163	-3.304	0.001
Medeni durum	-1.158	-0.280	-4.369	0.000
Meslek	0.052	0.069	1.413	0.158
Eğitim durumu	0.138	0.173	3.501	0.001
Gelir-gider durumu	-0.214	-0.122	-2.557	0.011
Birlikte yaşadığı bireyler	0.149	0.029	0.456	0.649
R= 0.46 R₂= 0.21 F= 16.44 p= 0.000				

Tablo 3.14a'da, AKS tanısı alan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesinin regresyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre “yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir-gider durumu ve birlikte yaşadığı bireyler” değişkenleri, birlikte, bireylerin yaşam kalitesi ile zayıf ve anlamlı bir ilişki vermektedir ($R=0.46$, $R_2= 0.21$, $p= 0.000$). Bu altı değişken, yaşam kalitesindeki toplam varyansın % 21.4'ünü açıklamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin test sonuçları incelendiğinde ise, yalnızca yaş, medeni durum, eğitim durumu ve gelir-gider durumu değişkenlerinin yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etki oluşturduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Regresyon analizi sonuçlarına göre, yaş değişkeni ölçeğin fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık alt boyutuyla; medeni durum değişkeni fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutuyla; meslek değişkeni finansal durum alt boyutuyla; eğitim durumu değişkeni fiziksel sağlık, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutuyla; gelir-gider durumu değişkeni fiziksel sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyutuyla anlamlı ($p < 0.05$) bir ilişki verirken birlikte yaşadığı bireyler ve cinsiyet değişkeni dâhil oldukları alt boyutlarda anlamlı bir ilişki göstermemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 3.14b. AKS Tanısı Alan Bireylerin Hastalıkları ile İlgili Özellikleri ve Risk Faktörlerine Göre Yaşam Kalitesinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Fiziksel sağlık				
	B	Beta	t	p
Sabit	7.856		14.793	0.000
Sigara kullanımı	-0.058	-0.035	-0.663	0.508
Alkol kullanımı	-0.375	-0.101	-1.900	0.058
Egzersiz yapma	-0.893	-0.335	-6.503	0.000
İlaçları düzenli kullanma	-0.492	-0.097	-1.888	0.060
R= 0.36 R₂= 0.13 F= 12.791 p= 0.000				
Ruhsal sağlık				
	B	Beta	t	p
Sabit	6.958		20.124	0.000
MI geçirme sıklığı	-0.376	-0.173	-3.313	0.001
Tanı süresi	0.098	0.117	2.249	0.025
Hastaneye yatış sayısı	-0.337	-0.155	-2.843	0.005
Egzersiz yapma	-0.502	-0.175	-3.490	0.001
R= 0.30 R₂= 0.09 F= 9.613 p= 0.000				
Sağlık personeline erişim				
	B	Beta	t	P
Sabit	6.298		30.067	0.000
Egzersiz yapma	-0.275	-0.117	-2.254	0.025
R= 0.117 R₂= 0.01 F= 5.081 p= 0.025				
Kişilerarası ilişkiler				
	B	Beta	t	P
Sabit	6.855		24.471	0.000
Sigara kullanımı	0.070	0.050	0.963	0.336
Hastaneye yatış sayısı	-0.308	-0.178	-3.458	0.001
Egzersiz yapma	-0.329	-0.144	-2.830	0.005
R= 0.22 R₂= 0.05 F= 6.53 p= 0.000				
Finansal durum				
	B	Beta	t	P
Sabit	4.309		20.619	0.000
Sigara kullanımı	-0.249	-0.139	-2.694	0.007
R= 0.13 R₂= 0.01 F= 7.26 p= 0.007				
Sosyal fonksiyon				
	B	Beta	t	P
Sabit	5.322		8.656	0.000
Alkol kullanımı	-0.302	-0.062	-1.206	0.228
Egzersiz yapma	-0.821	-0.232	-4.537	0.000
R= 0.23 R₂= 0.05 F= 10.54 p= 0.000				
Ölçek Toplam Puanı				
	B	Beta	t	P
Sabit	7.745		18.306	0.000
MI geçirme sıklığı	-0.112	-0.072	-1.334	0.183
Alkol kullanımı	-0.248	-0.086	-1.647	0.100
Hastaneye yatış sayısı	-0.232	-0.150	-2.805	0.005
Egzersiz yapma	-0.651	-0.314	-6.091	0.000
İlaçları düzenli kullanma	-0.352	-0.089	-1.735	0.084
R= 0.38 R₂= 0.14 F= 11.24 p= 0.000				

Tablo 3.14b’de AKS tanısı alan bireylerin hastalıkları ile ilgili özellikleri ve risk faktörlerine göre yaşam kalitesinin regresyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre, “MI geçirme sıklığı, alkol kullanımı, hastaneye yatış sayısı, egzersiz yapma ve ilaçları düzenli kullanma” değişkenleri, birlikte, MILQ ile zayıf ve anlamlı bir ilişki vermiştir. Bu beş değişken, yaşam kalitesindeki toplam varyansın % 14.5’ini açıklamaktadır.

MI geçirme sıklığı değişkeni ruhsal sağlık alt boyutuyla; hastaneye yatış sayısı değişkeni ruhsal sağlık ve kişilerarası ilişkiler alt boyutuyla; egzersiz yapma değişkeni fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, sağlık personeline erişim, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutuyla; sigara kullanımı değişkeni finansal durum alt boyutuyla; tanı süresi değişkeni ruhsal sağlık alt boyutuyla anlamlı ($p < 0.05$) bir ilişki verirken ilaçları düzenli kullanma değişkeni dâhil olduğu fiziksel sağlık alt boyutu ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir ($p > 0.05$).

Egzersiz yapma durumu, yaşam kalitesinin alt boyutlarını etkileyen önemli bir değişken olarak bulunmuştur. Bu değişken ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu bölümde Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin dil uyarlamasına yönelik yapılan işlemler, ölçeğin güvenirlik ve geçerlik sonuçlarına ilişkin değerlendirme ve AKS tanısı alan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yer verilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada MILQ'nun genel olarak yeterli geçerlik ve güvenirliğe sahip olduğu saptanmıştır.

4.1. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Psikolinguistik Analizlerinin Değerlendirilmesi

İnsanlar arasındaki iletişimin doğrudan aracı olan dil, insanın istek, duygu ve düşünceleriyle yaşam biçimi olan kültürünün zenginliklerini yansıtan kalıplardır (179). Ancak, Türk Dili de dahil olmak üzere bütün dünya dilleri işlevsellik açısından ortak bir noktada birleşse de, ait oldukları dil ailelerine göre şekillenen yapısal özellikleri ve kullanımları açısından farklılıklar ortaya çıkmaktadır (180). Türkçe kolay anlaşılır olması ile birlikte sözcük sayısı açısından da en zengin dillerden biridir. Türkçe'nin somut ve soyut bütün kavramları türetme yeteneği, yabancı dillerden gelen sözcüklere daima kapısının açık olması, bu dil zenginliğinin önemli göstergelerindendir (181).

MILQ'nun çevirisine de Türkçe'nin bu önemli özelliklerinin yansıdığı saptanmıştır. Ölçeğin çevirisi orjinal ifadelerden sapma yapmayacak şekilde Türk toplumu için en anlaşılır olacağı düşünülen anlamlar yüklenerek yapılmıştır. MILQ'da geçen ifadelerden 'awhile ago' kelimesi İngilizce'de 'kısa bir süre önce' anlamını verirken, bu çalışmada 'yakın geçmiş' ifadesi kullanılarak soru kalıbının anlaşılabilirlik düzeyi artırılmıştır. Bununla birlikte, 'verimlilik, üretkenlik' anlamlarını veren 'productivite' kelimesi bu ifadeye yüklenecek farklı anlamlar göz önüne alınarak Türkçe'ye 'kendini işe yarar hissetme' şeklinde çevrilmiştir.

4.2. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Psikometrik Analizlerinin Değerlendirilmesi

4.2.1. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi

MILQ'nun geçerlik çalışması; "kapsam geçerliği" ve "yapı geçerliği" aşamaları kullanılarak yapılmıştır.

4.2.1.1. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kapsam Geçerliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar

Ölçeğin dil uyarlaması yapıldıktan sonra, maddelerin anlaşılabilirliği açısından beş uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Ölçeğin kapsam geçerliği için Kendall uyum katsayısı korelasyon testi uygulanmıştır. Ölçek maddelerinin uygulanabilirliği açısından uzmanlar arasında görüş birliği olduğu görülmüştür.

Uzmanlardan gelen görüşler doğrultusunda çeviriler tekrar gözden geçirilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Topluma uygulanması amacıyla dil uyarlaması yapılan bir ölçüm aracının, özgün dilden araştırmanın uygulanacağı toplum grubunun diline çevirisi doğru yapılırsa da, söylemler ve semboller açısından anlamını kaybetmemesi gerekir (182). Bu düşünce ile birlikte, Türk toplumunda günlük hayatta sıklıkla kullanılan ve bireyler tarafından daha anlaşılır olabileceği varsayılan ifadelerle ölçeğin genel düzeni sağlanmıştır. Ölçekte geçen “ruh hali, mutluluk, sakin hissetmek, performans, savunma halinde olma, hane geliri, finansal güvence, doktor, üretken hissetme” ifadeleri yerine “duygusal durum, şu anki halinden memnuniyeti, huzurlu hissetme, güç, olağan üstü durumlara hazırlıklı hissetme, maddi gelir, sosyal güvence, sağlık personeli, kendini işe yarar hissetme” ifadeleri kullanılmıştır. Böylece MILQ'nun Türk toplumu için uygun olduğu kabul edilen formu geliştirilmiştir. Uzman görüşlerine dayalı test sonucu da Türkçe çevirisi yapılan ölçeğin orijinali ile ölçülmek istenen özellikleri yansıttığını göstermiştir.

4.2.1.2. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Yapı Geçerliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar

Faktör analizi yapılmadan önce değerlendirilmesi gereken bir test olan KMO Bartlett testidir (183). Test değerinin yüksek istatistiksel anlamlılık taşıması, araştırma verilerinin farklı istatistiksel analizler için elverişlilik derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir (184). Bununla birlikte, testin anlamlı çıkması verilerin ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmak için uygun olduğunu gösterir (185). Çalışmada KMO Bartlett test sonucu 0.92 bulunmuştur ve anlamlı çıkmıştır. Bu bulgular, verilerin ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapabilmek için yeterli olduğunu göstermektedir.

Faktör analizi sonuçlarına göre, 9. madde faktör ağırlığı 0.45'in altında olması nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Faktör analizi 34 maddeye indirgenen ölçeğe tekrar uygulanmış, orijinalinde dokuz faktör altında toplanan maddeler Türkçe'ye uyarlama çalışmasında altı faktörlü yapı içerisinde incelenmiştir. Orijinal ölçeğin faktör yapısına göre farklılıklar ortaya çıkmış olsa da, her bir faktör altına giren maddeler incelendiğinde, farklılığın sadece yapısal olduğu ancak toplumsal değerleri yansıtmaması bakımından anlamlı tutarlılık gösterdiği görülmüştür.

Madde sayısı bakımından önemli çoğunluğu oluşturan birinci faktör (15 madde) “fiziksel sağlık, fonksiyon görme, enerji, egzersiz yapma, ev işi yapma, seyahat etme, cinsel fonksiyon, olağan üstü durumlara hazırlıklı olma, konsantrasyon, yakın geçmişi hatırlayabilme, çalışma, güç, kendini işe yarar hissetme” gibi ifadelerin bir araya geldiği bir birleşim oluşturmuştur. Sağlığın işlevsel tanımı, yani, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme durumu göz

önüne alındığında, hastalığın olumsuz fiziksel etkileri ve semptomların sıklıkla deneyimlenmesine bağlı fiziksel sınırlılık yaşanmasının yanı sıra, kültürel algıların da hastalığa eklenmesiyle birlikte fiziksel sağlık önemli bir konu olmaktadır (186, 187, 188). Örneğin, insanlar için fiziksel açıdan sağlıklı olmak güç ve enerji kavramlarını, çalışabilme durumunu, olağan aktivitelerini sürdürebilmeyi ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada kolaylığı beraberinde getirmektedir. Tüm bunların birleşmesi de bireyin toplum içinde kendisini daha öz güvenli ve verimli hissetmesini sağlamaktadır. DSÖ'nün yaşam kalitesi ile ilgili olarak belirlediği alanlardan biri olan fiziksel sağlık literatürde de genellikle “günlük aktiviteler, ağır aktiviteler, fonksiyonel durum, hastalığın fiziksel semptomları” gibi ifadeleri içermektedir (92, 94). Bu nedenle, fiziksel alanın SYK'nin temel alt boyutlarından biri olduğu düşünülmüş ve birinci faktörle ilgili yukarıda geçen ifadeler Türkçe ölçeğin “fiziksel sağlık” alt boyutu altında toplanmıştır.

İkinci faktör altında toplanan maddeler orjinal ölçeğin ruhsal sağlık alt boyutuyla aynı yapıyı göstermiştir. DSÖ'nün ruhsal sağlık için yaptığı tanım, “kişilerin kendilerini veya yeteneklerini gerçekleştirdikleri, hayatın normal stresleriyle başa çıkabildikleri, verimli ve sonuçları yararlı olacak şekilde çalıştıkları ve toplumlarıyla katkılı bir birliktelik içinde olabildikleri durum” (189), Türkçe ölçekte geçen “ruh hali, huzur, umut” gibi kavramları yansıttığından ikinci faktör değiştirilmeden ruhsal sağlık olarak isimlendirilmiştir.

Üçüncü faktör orjinal ölçeğin sağlık personeline erişim alt boyut maddelerine “Sosyal güvencenizden ne kadar memnunsunuz?” sorusunun da eklenmesiyle beş maddelik bir alt boyut oluşturmuştur. Ülkemiz insanları için sosyal güvence sağlık giderlerinin doğrudan kişilerin bütçelerinden çıkmaması nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir güvencesi konumundadır (190). Sağlıklı bir toplumun yaratılması ve mevcut sağlıklı ortamın devamının sağlanması hasta ile sağlık personelleri arasındaki olumlu etkileşime bağlıdır (186). Bu etkileşimdeki herhangi bir olumsuzluk hasta memnuniyetini, hastanın tedaviye uyumunu ve sağlıkla ilgili sonuçları olumsuz etkilemektedir (191). Ölçek maddelerinde geçen “tıbbi bakım kalitesi, sağlık personelinin bilgi alma ve destek görme” gibi ifadelerin bu sağlıklı ortamın oluşturulmasında önemli rol sahibi olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, üçüncü faktör altında toplanan beş madde sağlık personeline erişim alt boyutu olarak isimlendirilmiştir.

Dördüncü faktör orjinal ölçeğin fiziksel sağlık, sosyal fonksiyon, mahremiyet ve bilişsel fonksiyon alt boyut maddelerinin bir bileşimi olarak beş maddelik bir yapı altında toplanmıştır. Bu maddelerde “ağrı hissetmeme durumu, ailenin istenilen şeyleri yapmasına izin vermesi, sevgi, güven ve kendi kendine karar verebilme” ifadeleri yer almaktadır. Kişilerarası iletişim rahatlatma, problem çözme, stresi giderme, bilgi verme, ilişkileri biçimlendirme ve sürdürme, duyguları açıklama, ikna etme, karar verme gibi birçok amaca hizmet eder (192). Bunun yanı sıra, kişilerarası ilişkiler kavramı; eşlerin birbirleri ile etkileşimi, çocuğun anne ve babasıyla etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, öğrenci-öğretmen etkileşimi, duygusal ilişkiler gibi örnekler ile somutlaştırılabilir (193). Sevgi ve güven kavramları etkili iletişim tekniklerinden biridir. Ağrı kavramı ise

kişilerarası ilişkileri etkileyen önemli faktörlerden biridir (194). Koroner kaynaklı hastalıklar için düşünüldüğünde, bireylerin sık göğüs ağrısı deneyimlemesi hastalığın tekrarının yaşanacağına dair korkuyu da beraberinde getirebilir. Bununla birlikte, kişilerin ev, iş ya da sosyal yaşamı ile ilgili olağan aktivitelere katılımında yetersizlik oluşturabilir ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Böyle bir durumda kişi duygularını bastıramayabilir, sinirlilik hali yaşanabilir ve kişinin iletişim becerileri olumsuz etkilenebilir. Ayrıca, çeşitli KVVH'a sahip bireylerin, hastalığın bedensel getirilerine bağlı olarak, kişilerarası ilişkiler bağlamında sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (195). Bireylerin kendi kendine karar verebilmesi ve istediği şeyleri yapmada özgür olabilmesi sosyal çevre tarafından kendisine saygı duyulduğu hissi uyandırdığı için etkili iletişimin önemli bileşenlerinden biri olduğu düşünülmüştür. Bu hususta dördüncü faktör altında toplanan maddelerin "kişilerarası ilişkiler" alt boyutu altında incelenmesi uygun görülmüştür.

Faktör analizi sonucunda beşinci faktörü oluşturan üç madde "maddi gelir, aylık giderleri karşılayabilme ve tasarruf yapabilme" ifadelerini içermekte ve orjinal ölçeğin finansal durum alt boyutu içerisinde incelenmektedir. Bu çalışmada da ölçeğin orjinal yapısından sapma yapılmadan maddelerin "finansal durum" alt boyutu altında incelenmesi öngörülmüştür.

Altıncı faktör altında toplanan maddeler de içerisinde "sosyal aktivite ve eş/partner ile yapılan aktiviteler" ifadelerini taşımaktadır. Biyolojik, sosyal, kültürel ve psikolojik bir canlı olan insan bir kültür içinde doğar, kimi zaman pek çok kültürün etkisi içine girer, yaşar ve ölür (182). İnsan yaratılışı itibariyle sosyal bir varlıktır. Bu sosyalliğin bir sonucu olarak başkalarıyla ilişki kurmak, sosyal hayatın kurallarına uyarak medenileşmek ve medeniyetler kurmak durumunda kalmıştır (196). Türk aile ve toplumsal yapısında da boş zamanların aile üyeleri ile birlikte geçirilmesi, çeşitli aktivitelerin yapılması (akraba ve komşu ziyareti, alışveriş yapmak, pikniğe gitmek, sinema/tiyatro aktivitelerine katılım) sosyal birliğin bir simgesi olarak görülmektedir. Bu nedenle çalışmanın altıncı faktöründe geçen ifadeler sosyal bir bütün olarak görülmüş, ilgili maddelerin "sosyal fonksiyon" alt boyutu altında incelenmesine karar verilmiştir.

Faktör yükleri fiziksel sağlık için 0.49-0.80, ruhsal sağlık için 0.80-0.86, sağlık personeline erişim için 0.45-0.90, kişilerarası ilişkiler için 0.53-0.80, finansal durum için 0.73-0.86 ve sosyal fonksiyonun iki maddesi için de 0.68 olarak bulunmuştur. Faktör analizine göre en düşük faktör yükünün 0.45 ile 28. madde ve en yüksek faktör yükünün ise 0.90 ile 29. madde olduğu görülmüştür.

Çalışmada, MILQ ile ölçülmeye çalışılan özelliğin fiziksel sağlık alt boyutu tarafından toplam varyansın %23.48'ini, ruhsal sağlık tarafından %12.19'unu, sağlık personeline erişim tarafından %10.39'unu, kişilerarası ilişkiler tarafından %10'unu, finansal durum tarafından %7.49'unu ve sosyal fonksiyon tarafından %6.20'ini açıkladığı görülmektedir. Altı faktörün tümünün de toplam varyansın %69.7'sini açıkladığı ortaya çıkmıştır.

4.2.2. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde MILQ'nun güvenirligini belirlemede kullanılan iç tutarlık, madde analizi, test tekrar test ve paralel form yöntemleri ile ilgili sonuçlar tartışılmıştır.

4.2.2.1. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin İç Tutarlığının Değerlendirilmesi

MILQ'nun iç tutarlık analiz sonuçlarına göre, tüm ölçeğin cronbach alfa güvenirlilik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin altı faktörlü yapısında her bir alt boyut için bulunan cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0.94, 0.93, 0.85, 0.82, 0.84 ve 0.72 olarak ortaya çıkmıştır. Likert tipi bir ölçekte yeterli olabilecek alfa katsayısı mümkün olduğunca 1'e yakın olmalıdır ifadesinden yola çıkarak, hem tüm ölçek için hem de ölçeğin tüm alt boyutları için alfa katsayısının yeterli olduğu söylenebilir (153). Avis ve diğ. tarafından yapılan orjinal çalışmada ise, sosyal fonksiyon dışındaki tüm alt boyutların cronbach alfa katsayısı 0.76 ve üzerinde bulunmuştur (177). Bu çalışma ile karşılaştırıldığında, Türkçe MILQ'nun sağlık personeline erişim alt boyutu dışında diğer tüm alt boyut cronbach alfa katsayıları orjinal çalışmaya göre daha yüksek değerler göstermiştir. Bu farklılığın, Türk toplumu için yapılan faktör analizi sonuçlarının orjinal MILQ'ya göre yapısal farklılık göstermesi, farklı alt boyutlardaki ölçek maddelerinin bir araya gelerek yeni alt boyutlar oluşturması ve farklı kültürel çevrenin etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneğin, orjinal ölçeğin fiziksel sağlık alt boyutu altında toplanan dört madde o toplumun, Türkçe MILQ'nun aynı alt boyutu altında toplanan 15 madde de bizim toplumumuzun fiziksel sağlığını yansıtmaktadır. Bu durumda, Türkçe ölçeğin yüksek alfa değerleri göstermesi orjinal ölçekle ölçülmek istenen özelliklerin Türk toplumu için de tutarlı bir şekilde ölçüldüğünü ve ölçek maddelerinin Türk toplumuna uygulanması açısından birbirleri ile tutarlılık gösterdiğini ifade etmektedir.

MILQ'nun güvenirlilik çalışmaları kapsamında, her bir boyutun birbiri ile karşılıklı korelasyonları ile ölçek toplam puan korelasyonları incelenerek bakılmıştır. Korelasyonlar incelendiğinde, ölçeğin tümü ile her bir alt boyutu arasındaki korelasyonların 0.43-0.95 arasında değiştiği, tüm ölçek ile fiziksel sağlık arasındaki korelasyonun en yüksek değerde olduğu görülmüştür. Ölçeğin orijinal yapısında ise, tüm ölçek ile her bir alt boyutun korelasyonları 0.33-0.70 arasında değişmektedir (177). Ölçeğin altı faktörlü yapısındaki korelasyonların orjinal yapıya göre daha yüksek düzeyde olduğu göze çarpmaktadır. Bu sonuçlar, Türkçe ölçeğin alt boyutlarını oluşturan maddelerin AKS tanısı alan hastalar için ölçülmek istenen özellikleri yansıtması bakımından tutarlılık gösterdiğini ve yeterli olduğunu ifade etmektedir.

4.2.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği

MILQ, AKS tanısı alan bireylere uygulandıktan 2-4 hafta sonrasında aynı örneklem içerisinde rastgele seçilen 50 hastaya tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin ilk ve ikinci uygulamaları arasındaki korelasyon anlamlı düzeyde ve yüksek bulunmuştur. Ayrıca, tekrar test yönteminde ölçeğin her bir alt boyuta ait korelasyon 0.73-0.84 arasında bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır. Orjinal ölçekte ise, bu alt boyutlara ait korelasyonlar 0.62-0.84 arasında değerlere sahiptir.

Ölçeğin fiziksel sağlık ve fiziksel fonksiyon alt boyutları orjinaline yakın değerler gösterirken, mahremiyet alt boyutu dışındaki diğer tüm alt boyutların tekrar test korelasyonları daha yüksek bulunmuştur. 2-4 haftalık kısa bir süreçte hastalığın fiziksel sağlık ve fonksiyonel durum ile ilgili getirilerinin çok fazla bir değişim göstermeyeceği düşünülerek benzer sonuçlar göstermiş olabileceği söylenebilir. Türk toplumu için aile ve cinsellik kavramları kültürel ve dini açıdan kolay dile getirilemeyen en önemli olgulardandır. Ölçeğin mahremiyet alt boyutunda geçen “eşi/partnerine güvenebilme, eşi/partnerinden gördüğü sevgi ve cinsel yaşam” ifadelerin yer aldığı sorularla ilgili olarak bireylerin daha çekingen ve yanlı cevaplar vermiş olabileceği, bu nedenle de orjinal ölçeğe göre daha düşük değerler göstermiş olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, ölçeğin ilk ve ikinci uygulamaları arasındaki korelasyon değerleri Türk toplumunda AKS tanısı alan hastalar için ölçülen bu özelliklerin zamana göre değişim göstermediğini ve güvenilir sonuçlar verdiğini göstermektedir.

4.2.2.3. Paralel Form Yönteminin Değerlendirilmesi

Çalışmada paralel form olarak kullanılan MIDAS ile MILQ arasındaki karşılıklı korelasyon negatif yönde zayıf-orta derecede ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. MIDAS’ın, ölçeğin her bir alt boyutu ile olan korelasyonları ise sırasıyla - 0.39, - 0.42, - 0.08, - 0.28, - 0.27, - 0.13 şeklinde genellikle zayıf-orta derecede negatif ilişkiler göstermiştir. Bulunan negatif değerler MILQ puanları yükseldikçe yaşam kalitesinin artması, MIDAS puanları yükseldikçe de yaşam kalitesinin azalmasından kaynaklanmaktadır.

Korelasyonlardan fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, kişilerarası ilişkiler, finansal durum ve sosyal fonksiyon ile MIDAS arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; sağlık personeline erişim ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bu ilişkiler anlamlı olmasına rağmen, korelasyon katsayısının yeterli büyüklükte olmaması nedeniyle zayıf ilişkiler olarak değerlendirilmiştir.

MIDAS’ın fiziksel aktivite, ilaç hakkında endişe ve ilaç yan etkileri alt boyutlarıyla MILQ’nun fiziksel sağlık alt boyutunun karşılıklı korelasyonları beklendiği gibi yüksek ve anlamlı çıkmıştır. MIDAS’ın fiziksel aktivite alt boyutunda geçen “göğüs ağrısı, nefessiz kalma, durgunluk/keyifsizlik, güç ve kısıtlama” gibi semptomatik ifadelerin, ilaçlarla ilgili endişe ve ortaya çıkan yan etkilerin bireylerin fiziksel sağlığı ile doğrudan ilişkili olduğu varsayılabilir. Alt boyutlar arasındaki bu yüksek korelasyonların sayılan nedenlerden dolayı bulunmuş olabileceği söylenebilir.

MILQ’nun ruhsal sağlık alt boyutu ile MIDAS’ın yüksek korelasyon vermesi beklenen güvensizlik, duygusal tepki ve bağımlılık alt boyutları anlamlı ancak zayıf ilişkiler göstermiştir. MILQ’da ruhsal sağlıkla ilgili geçen “umut, huzur, ruh hali” gibi ifadelerin bulunduğu maddelerin MIDAS’ta “korku, yalnızlık, güven, stres, mutsuzluk, özgürlük” ifadelerini doğrudan karşılamaması düşük ilişkiler vermesine ancak bireyin ruhsal sağlığını yansıtması bakımından iki ölçeğin maddeleri arasındaki korelasyonların anlamlı çıkmasına yol açtığı düşünülebilir. Bununla

birlikte, ruhsal sağlık alt boyutuyla en yu'ksek iliŐkiyi g'osteren MİDAS alt boyutları ise fiziksel aktivite ve ila'ç yan etkileri olmuŐtur. Fiziksel fonksiyonlarının etkilenmesi ve hastalığa bağlı semptomların sık yaşanması, bireylerin duygusal sağlığını 'onemli 'ol'çüde bozabilir. Ayrıca kardiyovasküler ila'çların ruhsal yan etkiler g'osterebilmesi de bireylerde yaşam kalitesini d'uŐurebilir. Bu varsayımlar birlikte ele alındığında, bu alt boyutların anlamlı ilişkiler g'ostermiŐ olabileceği d'uŐunulmektedir.

MILQ'nun sağlık personeline erişim alt boyutu MİDAS'ın beslenme Şekli ve ila'ç hakkında endişeler alt boyutlarıyla anlamlı d'uzeyde yu'ksek korelasyonlar vermiştir. G'ozlemlerimize g'ore, bu hasta grubunda, taburculuk sırasında bilgi alma ihtiya'cı hissedilen konuların başında beslenme d'uzeni ve ila'ç kullanımı gelmektedir. Hastalar genellikle ne t'ur yiyecekleri tercih etmeleri gerektiğini, ila'çlarını nasıl kullanacaklarını ve olumsuz etkilerinin neler olabileceğini sormaktadır. Bu konularda sağlık personellerinin bireyler i'cin en gu'venilir kaynak olduğu d'uŐunulurse, korelasyonların beklendiği gibi yu'ksek 'cikmasının anlamlı olduğu s'oylenebilir. Yu'ksek korelasyonlar 'cikmiŐ olmasına rağmen, MILQ'nun gerek MIDAS gerekse de diğer SYK 'ol'çme ara'çlarından en 'onemli farkı sağlık personeliyle olan etkileşimi ve bu etkileşim sonucunda hastaların duydukları memnuniyet d'uzeyinin doğrudan 'ol'çulebiliyor olmasıdır. Diğer 'ol'çeklerde bulunmayan bu yaşam kalitesi alanının değerlendirilmesi etkin sağlık hizmeti sunmada sağlık personellerine rehber olabilecek niteliktedir. Aynı zamanda, 'ol'çeğin bu alt boyutu, hastalarla 24 saat s'urekli iletişim halinde bulunan, hastaların her an rahatlıkla ulaŐabildikleri bilgi kaynağı olan, bireylerin fiziksel, emosyonel, ruhsal, sosyal vs yaşam kalitesiyle ilgili alanlarını en sağlıklı bir bi'cimde g'ozlemleyen, bu alanlarla ilgili yaŐanan herhangi bir olumsuzlukta eğitim, danışmanlık, bakım verici gibi rolleri kolayca uŐstlenen hemşirelere de bakım s'urecinde y'on g'ostermesi a'ısından yararlı olabilecektir.

MILQ'nun kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutlarında yer alan maddeler MİDAS'ın ila'ç yan etkileri alanıyla; finansal durum alt boyutu da bağımlılık alanıyla diğer alt boyutlara g'ore daha yu'ksek ve anlamlı korelasyon oluşturmuştur. Bu durum ila'çların olumsuz etkilerine bağlı gelişen belirtilerin bireylerin kişilerarası ilişkiler ve sosyal durumları ile ilgili yaşam kalitesini dolaylı olarak bozabileceğine dair bir varsayımla a'ıklanabilir. Bununla birlikte finansal durumundan memnun olan bireyin kendini daha bağımsız hissedebileceği ve 'ozgu'veninin tam olacağı d'uŐunulurse, MİDAS'ın bağımlılık alt boyutunda ge'cen ifadelerin finansal durumu karŐılayabileceđi s'oylenebilir.

4.3. Akut koroner Sendrom Tanısı Alan Bireylerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

4.3.1. Hastaların Sosyo-demografik 'Ozelliklerine G'ore Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

AKS tanısı alan bireylerin yaş ortalamasının 58.63 ± 7.76 , 'oğunluğunun 46-60 yaş grubunda, erkek, evli, emekli, ilkokul mezunu olduğu ve bireylerin yalnızca k'u'çük bir b'ol'umünün herhangi bir sosyal gu'vencesinin bulunmadığı g'or'ulmuŐtur. Bireylerin 'onemli bir 'oğunluğu yalnızca eş, eş ve 'ocuklar, yalnızca 'ocuklar gibi diğer aile bireyleriyle birlikte yaşadığını ve gelir-gider durumunun eşit olduğunu

ifade etmiştir. Erkek cinsiyet ve 40 yaş üzerinde olmanın önemli AKS risk faktörleri olduğu düşünülürse, çalışma kapsamına alınan bireylerin çoğunun hastalığa ilişkin risk faktörlerini yansıttığı söylenebilir (45, 46, 48).

Türkiye’de yapılan diğer bazı çalışmalarda da, bizim bulgularımıza benzer sosyo-demografik özelliklere rastlanmıştır. TEKHARF çalışmasının 2009 verileri, 1990 yılı verilerine göre, KAH prevalansının 50 yaş üzerindeki bireylerde %80 oranında arttığını göstermiştir (197). Yapılan çalışmalara katılan olguların çoğunluğunun da erkek, evli, düşük eğitim seviyesinde, emekli ve maddi açıdan orta düzeyde olduğu görülmüştür (13, 111, 198). Bununla birlikte, KAH tanısı alan hastalar üzerinde yapılan bazı çalışmalarda da çoğunluğu erkek cinsiyetin oluşturduğu ve yaş ortalamalarının yüksek seyrettiği göze çarpmaktadır (199, 200, 201, 202). Bu sonuçlar yaş ve cinsiyet gibi değiştirilemeyen risk faktörlerinin AKS oluşumu üzerindeki etkisini açıklamaktadır.

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre MILQ’dan aldıkları puan ortalamalarından yaşam kalitesini etkileyen değişkenler arasındaki ilişkiye baktığımızda, ölçek toplam puanı ile yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir-gider durumu ve birlikte yaşadığı bireyler değişkenleri, birlikte, bireylerin yaşam kalitesi ile zayıf ve anlamlı bir ilişki vermiştir. Bu altı değişken, yaşam kalitesindeki toplam varyansın % 21.4’ünü açıklamıştır. Yaş değişkeninin yaşam kalitesi düzeyini etkileyen önemli bir gösterge olduğu bilinmektedir. Yaşlanmanın yanı sıra, ülkemiz açısından son 15 yıla oranla boşanma oranlarının artması, eğitime yönelik düzenlemeler yapılmasına rağmen sosyal eşitsizliklerin yüksek seyretmesi, istihdamdaki yetersizlikler ve gelir-gider düzeyindeki eşitsizlikler nedeniyle toplumdaki bireylerin yaşam standartları halen istenen düzeyde değildir (203, 204, 205). Ülkemiz açısından bireylerin refah düzeylerine bir tehdit oluşturan bu altı değişkenin, çalışma bulgularımızda da bir araya gelerek yaşam kalitesi üzerinde birlikte etki oluşturması önemli bir bulgudur.

Cinsiyet değişkeni ölçekten alınan puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilememiştir. Ancak erkeklerin fiziksel sağlık, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları kadınlara göre; kadınlarda ise, sağlık personeline erişim ve finansal durum alt boyutlarından alınan puan ortalamaları erkeklere göre yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar kadınların fiziksel ve emosyonel uyarılara daha hızlı yanıt verebildiğini, fiziksel güç gerektiren günlük aktivitelerde hastalığın getirisiyle birlikte daha çabuk tükenme yaşayabildiğini göstermektedir. Bu nedenle yaşamdan duydukları memnuniyet düzeylerindeki azalmanın kadınlarda daha sıklıkla yaşanabileceği düşünülmektedir.

Erdem ve Ergüney (24), yaptıkları çalışmada KAH tanısı alan erkeklerin yaşam kalitesini kadınlara oranla daha yüksek bulmuştur. Bizim çalışma bulgularımıza paralel olarak, bu çalışmada da fiziksel fonksiyon ve sosyal ilişkiler yönünden erkeklerin puan ortalamalarının daha iyi seviyede olduğu görülmektedir. Küçükberber ve diğ. (206) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin ölçeğin manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; kadınların ise kişilerarası ilişkiler alt

boyutundan aldıkları puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve diğ. (111)'nin MIDAS'ın Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada da, ölçeğin fiziksel aktivite, güvensizlik, duygusal tepki, bağımlılık, beslenme şekli, ilaç hakkında endişeler ve ilaç yan etkileri alt boyutlarıyla ilgili yaşam kaliteleri kadınlarda daha düşük bulunmuştur. Ünsar ve diğ. (101) tarafından yapılan çalışma da cinsiyetin yaşam kalitesi üzerindeki önemli etkisini göstermiştir. Bu çalışmaya göre kadınların yaşam kalitesi düzeyleri erkeklere oranla daha düşük bulunmuştur. AKS tanısı alan kadınlarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösteren farklı çalışmalar da bulunmaktadır (20, 207).

Yaşa göre alınan puan ortalamalarına bakıldığında, 30-45 yaş grubunda bulunan bireyler diğer yaş gruplarına göre fiziksel sağlık, ruhsal sağlık ve kişilerarası ilişkiler alt boyutları ile ölçeğin bütününden aldıkları puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamasına rağmen, 61-75 yaş grubundaki bireylerin ise sağlık personeline erişim alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre yaşlı hastalar, diğer yaş gruplarına göre, sağlık personeline daha fazla bilgi aldıklarını ve destek gördüklerini, daha rahat soru yöneltebildiklerini ve genel anlamda aldıkları tıbbi bakımdan daha fazla memnun olduklarını söylemiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre de, yaşın artmasıyla birlikte bireylerin yaşam kalitesindeki düşüş istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Yaş değişkeni ölçeğin fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık alt boyutlarıyla anlamlı bir ilişki göstermiştir. Yaşın her 1 birimlik artışı fiziksel sağlık alt boyutuyla ilgili yaşam kalitesini -0.22 birim düşürmekte; ruhsal sağlık alt boyutuyla ilgili yaşam kalitesini de -0.12 birim düşürmektedir. Bu sonuçlar genç hastalarda fiziksel sağlığın, duygusal durumun ve sosyal ilişkilerin diğer yaş gruplarına göre daha memnun edici düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu durumun yaşın ilerlemesiyle birlikte fiziksel sınırlılıkların artması, fiziksel güç ve enerjinin düşüş göstermesi ve kronik hastalıkların sık görülmesi nedeniyle geliştiği düşünülmektedir.

Bengtsson ve diğ. (14) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış, 59 yaş altındaki bireylerde fiziksel sağlığın zamanla artış gösterdiği saptanmıştır. Failde ve Soto (20) ise, tüm yaş gruplarında yaşam kalitesinin fiziksel alanında düşüş saptamış, en fazla düşüşün 56-65 yaş grubunda olduğunu belirlemiştir. Erdem ve Ergüney (24), çalışma kapsamına alınan bireylerde yaş arttıkça alınan ölçek toplam puan ortalamalarının düştüğünü saptamıştır. Küçükberber ve diğ. (206)'nin yaptığı çalışmada da yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada yaşlı bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları da düşüş göstermiştir. Yapılan çalışmaların çoğunda, yaşın yaşam kalitesiyle olan anlamlı ilişkisi ve çalışma bulgularımıza benzer şekilde yaşlandıkça yaşam kalitesi ile ilgili etki alanlarından en fazla etkilenenin fiziksel fonksiyon alanı olduğu göze çarpmaktadır.

Medeni duruma göre fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından alınan puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmuştur. Regresyon analizi sonuçları da, medeni durumun aynı alt boyutlarda yaşam kalitesi ile ilişkisini göstermiştir. İki analizin sonuçları bekar olan

bireylerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bireylerin hastalıkla başa çıkabilme, hastalığın getirdiği zorlukları paylaşabilme, günlük aktivitelerinde onu destekleyici birinin olması isteği göz önüne alındığında, özellikle de ilerleyen yaşın getirdiklerinin yanı sıra çalışmada eşini de kaybetmiş bireylerin çoğunluğu oluşturduğu bu grupta yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, evli kişilerde aileye karşı sorumluluk duygusunun yüksek seyretmesi, gerekli sağlık davranışlarına ve hastalığın getirilerine fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan daha kolay adapte olunabilmesi nedeniyle yaşamdan sağlanan memnuniyet düzeyinin yüksek olması beklenmektedir.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmaların sonuçları da bulgularımızla tutarlılık göstermektedir. Durmaz ve diğ. (208)'nin çalışmasında, KAH tanısı alan evli bireylerin sosyal ve ekonomik statü, ailesel ilişkiler alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ile ölçek toplam puan ortalamaları bekarlara göre yüksek bulunmuştur. Küçükberber ve diğ. (206) ise, evlilerin manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi, beslenme alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalamalarının bekarlara oranla daha yüksek olduğunu saptamıştır. Dilek ve diğ. (198)'nin çalışmasında ise evlilerde hareket, normal aktiviteler, rahat bozukluğu, depresyon, canlılık, cinsel aktivite ve ölçek toplam puan ortalamaları bekarlardan daha yüksek bulunmuştur ve bu çalışmanın bulguları da bizim çalışmamızla paralellik göstermiştir. Bosworth ve diğ. (119)'nin çalışmasında bu hasta grubu için sosyal desteğin önemi vurgulanmış, yeterli desteği almayan bekar kişilerin puan ortalamaları evli olanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Meslek açısından, işçi grubunda fiziksel sağlık, finansal durum ve tüm ölçekten alınan puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Meslek değişkeni regresyon analizi sonuçlarına göre de finansal durum alt boyutunda yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör konumundadır. Puan ortalamalarına bakıldığında, bu alt boyuttaki puan ortalamaları işçi grubunda en yüksek olmakla birlikte sırasıyla ev hanımı, memur, serbest meslek, emekli ve diğer meslek grupları (çiftçilik, işsiz olma vs.) şeklinde sıralanmıştır. Türkiye'de gelir dağılımındaki düzensizlik Avrupa ülkelerine göre daha yüksek seyretmektedir (209). Özellikle serbest meslek yapanlarda ve emeklilerde gelir düzeyi memur/işçi sınıfına oranla düşük seyretmektedir. İyi bir gelirin daha üst düzeyde yaşam standartları ve genel iyilik hali getireceği, maddi açıdan tıbbi hizmetlere erişimi kolaylaştıracağı düşünülürse, diğer meslek gruplarına göre memur ve işçilerin yaşam kalitesinin biraz daha yüksek olması beklenebilir bir durumdur.

Küçükberber ve diğ. (206)'nin çalışmasında da çalışan bireylerin hem manevi gelişim hem de fiziksel aktivite düzeyleri ile ilgili puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Erdem ve Güney (24)'in çalışmasında da, bizim çalışmamıza tutarlılık gösterecek şekilde, memur/işçi sınıfındaki bireylerin fiziksel aktivite, genel iyilik hali ve sosyal ilişkileri ile ilgili yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır.

Üniversite ve üzeri bir okuldan mezun olanların puan ortalamaları diğer gruplardaki bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Bu grup için fiziksel sağlık,

kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları da anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda, regresyon analizi de bireylerin eğitim seviyelerindeki yükselmenin aynı alt boyutlarda yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Eğitim seviyesindeki yükselme bireylerin fiziksel aktivitelere daha fazla katılımını, hastalığın tetikleyici özelliğine kendilerini daha hazır hissetmelerini, ailesiyle olan ilişkilerinde daha öz güvene sahip olmalarını sağlamıştır. Bununla birlikte hastalığı ve günlük yaşamıyla ilgili kararlar vermede daha aktif olmalarına olumlu etki oluşturarak, yaşamdan sağlanan memnuniyet düzeylerinin de yüksek olmasını sağlamıştır. Bu sonuçlar, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hastalık bilincini kazanmaya ve durumla ilgili olarak araştırmaya ve öğrenmeye daha yatkın olmaları, dolaylı olarak da hastalığın getirilerine daha olumlu duygusal yanıt vermeleri nedeniyle puan ortalamalarının yüksek olması sonucunu doğurmuş olabilir.

Yılmaz ve diğ. (111)'nin çalışmasında, bu bulgulara benzer bir şekilde, fiziksel aktivite düzeyleri, duygusal tepkilerde olumlu davranışlar, sosyal aktivitelere katılım ve beslenme şekline uyumları ile ilgili yaşam kalitesi yüksek öğrenim görmüş bireylerde daha fazla bulunmuştur. Diğer bir çalışmada da öğrenim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin bütün alanlarıyla ilgili puan ortalamalarının önemli ölçüde yükseldiği saptanmıştır (206). Beşer ve diğ. (210)'nin yaptığı çalışmada ise, öğrenim durumu yaşam kalitesinin yalnızca bedensel alan alt boyutunu etkilemiştir.

Geliri giderine göre fazla olan grupta ölçekten alınan ölçek toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Fiziksel sağlık, finansal durum ve sosyal fonksiyon alt boyutlarında da aynı grubun puan ortalamalarının yüksek ve anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür. Regresyon sonuçlarında ise, gelir-gider durumu değişkeni fiziksel sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyutuyla anlamlı bir ilişki vermiştir. Gelir durumunun fazla olması bireylerin fiziki çevrede ve çalışma ortamında kendilerini daha güvenli ve iyi hissettiklerini, sosyal aktivitelere katılımında daha özgüvenli ve istekli olduklarını göstermektedir. Bu sonuçlar bireylerin memnuniyet düzeylerini artırmış ve yaşam kalitesini yüksek tutmuştur.

Yılmaz ve diğ. (111)'nin çalışmasında da ölçeğin fiziksel aktivite, güvensizlik ve duygusal tepki alt boyutlarında, düşük gelir gruplarındaki bireylerde olumsuzluk belirginlik göstermiştir. Sönmez ve diğ. (211) sosyo-ekonomik eşitsizliğin kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi önemli düzeyde etkilediğini belirtmiştir. Şimşek ve diğ. (212) de sosyal eşitsizlikler arttıkça erkeklerde HDL riski; kadınlarda sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, şişmanlığın arttığını, dolayısıyla da sağlıklı bireylerde dahi KAH riskinin yükseldiğini belirtmiştir.

Gözlemlerimize göre, bu hasta gruplarında, hastalığın akut alevlenme ve tekrarlayıcı niteliklerinin fazla olması nedeniyle ölüm korkusu sıklıkla yaşanmaktadır. Bu duyguyu fazlaştıran etkenlerden biri, bireylerin yalnız yaşamaları ve bu nedenle hastalığın tekrarladığı bir anda etrafında yardım isteyebileceği birinin olmayacağı düşüncesidir. Çalışmada da, bu düşünceleri yansıtan bulgulara ulaşılmıştır. Yalnız yaşayan bireylerin diğer aile üyeleri ile

yaşayan bireylere nazaran aldıkları puan ortalamaları sağlık personeline erişim dışında diğer tüm alt boyutlarda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ve düşük çıkmıştır. Ancak regresyon sonuçları, birlikte yaşadığı bireyler değişkeninin dâhil olduğu alt boyutta anlamlı bir ilişki göstermediğini ortaya çıkarmıştır. Bu hasta grubunda taburculuk sonrası ruhsal sağlığın bozulması nedeniyle depresyon ve anksiyete gibi durumların sıklıkla yaşandığı görülmektedir. Böyle bir durumda hastaların sosyal ilişkileri de zarar görmektedir. Bununla birlikte, ölüm korkusuna bağlı gelişen uykusuzluk, hastalığın gerektirdiği yaşam tarzı değişikliklerine uymama gibi sorunlar bireylerin fiziksel sağlığını önemli ölçüde bozduğundan yaşam kalitesini de etkilemektedir. Bu düşüncelerle birlikte, çalışmanın sonuçlarından da anlaşılacağı gibi yalnız yaşayan bireylerde yaşam kalitesinin diğerlerine göre daha düşük olması beklenmektedir.

Dilek ve diğ. (198) tarafından yapılan çalışmada da, aynı hastalık grubundaki bireylerde bir aile ortamında yaşamının genel yaşam kalitesini yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır. Bucholz ve diğ. (213)'in çalışmasında ise yalnız yaşayan bireylerde tekrarlayıcı iskemik olayların sıklıkla artış göstermesi nedeniyle yaşam kalitesinin etkilenebileceği gösterilmiştir. Bu sonuçların, AREM çalışmasının bir bulgusu olarak ortaya çıktığı, Türkiye'de pek çok insanın ailesini en önemli sosyal destek sistemi olarak algıladığı ve sadece %4'lük bir kesimin tek başına yaşamayı tercih ettiği görülmüştür (209).

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre uluslararası alanda yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bosworth ve diğ. (119), kadınlarda, eğitim düzeyi düşük hastalarda ve yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Brink ve diğ. (214)'nin çalışmasında ise, MI geçiren hastalarda genel olarak fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi ile ilgili bir düşüş izlenmiş, kadınlarda ise erkeklere oranla fiziksel etki alanında daha fazla düşüş gözlenmiştir. Al-Hassan ve Sagar (215)'in, MI sonrası erken dönemde stres düzeylerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük bireylerde daha fazla stres yaşandığı görülmüştür.

4.3.2. Hastaların Hastalıkları ile İlgili Özellikleri ve Risk Faktörlerine Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Çoğunluğu, yaşamı boyunca yalnızca bir kez MI geçiren bireylerin oluşturduğu çalışmada hastaların %24.3'ü sigara kullandığını, sigara kullanan bireylerin önemli bir bölümü 21-30 yıldır sigara içtiklerini ve günde ortalama 11-20 adet sigara tükettiklerini ifade etmiştir. Çalışma kapsamına alınan hastaların büyük bir çoğunluğu da hayatlarının hiçbir döneminde alkol kullanmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte, "MI geçirme sıklığı, alkol kullanımı, hastaneye yatış sayısı, egzersiz yapma, ilaçları düzenli kullanma" değişkenleri, birlikte, bireylerin yaşam kalitesi ile zayıf ve anlamlı bir ilişki vermiştir. Bu beş değişken yaşam kalitesindeki toplam varyansın %14.5'ini açıklamıştır. Koroner kaynaklı hastalıkların birincil ölüm nedeni olması, hastalığın oluşumuna neden olan temel risk faktörlerinin yaygınlığı (hareketsizlik, tütün ve alkol kullanımı, obezite vb.) ve akılcı ilaç kullanımına dair eksiklik yaşanması ülkemiz adına önemli bir sorun oluşturmaktadır

(216). Çalışma bulgularımızın da bu bilgilere paralellik göstererek benzer sonuçlar vermesi, Türkiye’de AKS’nin büyük bir tehdit oluşturduğunu düşündürmektedir.

Yıldız ve Pınar (217) tarafından yapılan çalışmada hastalarda sigara içiciliğinin yüksek oranlarda olduğu görülmüştür. Sevinç ve Akyol (13) ve Yılmaz ve diğ. (111)’nin makalelerinde ise, bu çalışmanın tersine, hastaların büyük çoğunluğu MI sonrası sigara içiciliğini bırakmıştır. Dilek ve diğ. (198)’nin çalışmasında da sigarayı bırakanların oranı ile hiç alkol kullanmamış olanların oranı yüksek değerler göstermiştir. Bu sonuçlar, ülkemizde, sağlıklı bireyler ya da AKS tanısı alan hastalar tarafından sigara ve alkol kullanımının önemli bir risk faktörü olarak görüldüğünü ve bu konuda insanların bilinçli davrandıklarını göstermiştir.

Koroner bir olay sonrası sigara içiciliğinin Türkiye’de önemli bir sorun haline geldiğini gösteren önemli istatistiksel çalışmalar da bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasının 1990 yılı taramasında erişkin erkeklerin %59.4’ünün, kadınların %18.9’unun sigara içtiği saptanmış; 2009 yılı taramasında ise sigara içiminde erkeklerde azalma, kadında artma eğilimi gözlenmiştir (5, 218). Ülkemizde alkol kullanımının yaygınlığına dair sağlıklı veriler bulunmamasına rağmen, alkol üretim ve tüketiminin son 20 yılda büyük artış gösterdiği bildirilmektedir (219).

Çalışma kapsamındaki hastaların büyük çoğunluğu daha fazla zamandır AKS tanısı almıştır. Kalp hastalığına bağlı olarak sadece bir kez hastaneye yatmış olan bireylerin oranı çalışmanın çoğunluğunu oluşturmuştur. Yıldız ve Pınar (217) tarafından yapılan çalışmada bireylerin MI tanısını son bir yıl içerisinde; Sevinç ve Eşer (220)’in çalışmasında ise 1-5 yıl içerisinde aldıkları saptanmıştır. Hayatında ilk kez MI deneyimlemiş olan hastaların çoğunluğu oluşturduğu diğer bir çalışma da Yılmaz ve diğ. (111) tarafından yapılmıştır.

Beslenmenin düzenlenmesi, sedanter yaşam tarzından uzak durulması, ilaçların düzenlenmesi ve evde tedavi planına hastaların uyumunu sağlama girişimleri, özellikle bu hasta grubunda, taburculuk sırasında verilen eğitimlerin başında gelmektedir. Bu hususta çalışma kapsamına alınan sorular hastaların büyük çoğunluğunun beslenme düzenine dikkat ettiğini ancak egzersiz yapmadığını ortaya koymuştur. Hastalığa bağlı ilaç kullanan bireylerin çoğu da ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmiştir. Bu sonuçlar AKS tanısı alan bireylerde risk faktörleri ile ilgili modifikasyonunu sağlamak için eğitim ve danışmanlık vermenin bireylerin gerekli sağlık davranışlarına uyumunu kolaylaştırmak adına önemli olduğunu göstermiştir.

TEKHARF çalışmasının sonuçlarına göre, 1990 verileri ile karşılaştırıldığında, 2009 yılı verileri özellikle kadınlarda fiziksel aktivite düzeyinin %8 oranında bir azalma gösterdiğini ortaya koymuştur (5). Sevinç ve Eşer (220)’in aynı hastalık grubundaki bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, çoğu hastanın ilaçlarını düzenli kullandığı, diyet konusunda bilinçli oldukları, ancak egzersiz yapmadıkları sonucuna varılmıştır. Kurçer ve Özbay (219) tarafından yapılan çalışmada, KAH tanısı alan hastaların eğitim ve danışmanlık sonrası egzersiz sürelerinde ve diyet

uyumlarında eğitim ve danışmanlık öncesine göre anlamlı düzeyde artış kaydedilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da, MI sonrası uygulanan rehabilitasyon programları bireylerin egzersiz ve diyetle uyum ile ilgili sağlık davranışlarını artırmasını sağlamıştır (221).

Literatür bilgisi dikkate alındığında, bu hasta grubunda, bireylerin hastaneye başvuru şikayetleri genellikle göğüs ağrısı, dispne, terleme, mide bulantısı, baş dönmesi, taşikardi, taşipne, ritim anormallikleri olmaktadır (4, 6, 8, 9, 222). Ancak çalışmanın bulguları bu bilgileri yansıtmamıştır. Çalışma kapsamına alınan hastaların çoğu göğüs ağrısı, dispne, terleme, mide bulantısı-kusma, baş dönmesi gibi hastalığa özgü yaşanabilecek temel semptomları son iki hafta içerisinde hiçbir şekilde deneyimlemediğini ifade etmiştir. Bu durumun, hastaların büyük çoğunluğunun rutin kontrol, reçete ve rapor yazdırma gibi nedenlerle poliklinik ortamlarından seçilmesine bağlı geliştiği düşünülmektedir.

Nakajima ve diğ. (23) tarafından yapılan çalışmada hastaların en fazla göğüs ağrısı ve dispne ile sağlık kuruluşuna başvurduğu görülmüştür. Çalışmada, semptom deneyimi yaşamayan hastalarla karşılaştırıldığında, bu hasta grubunda kullanılan ölçeğin her alt boyutuyla (emosyonel, fiziksel ve sosyal) ilgili yaşam kalitesi puanlarında düşüş gözlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyen, dolayısıyla da yaşam kalitesini düşüren semptomların dispne, yorgunluk ve göğüs ağrısı (azalan sıra ile) olduğu bildirilmiştir (223). Bizim çalışmamızda ise, hastaların büyük çoğunluğu herhangi bir semptom deneyimi yaşamadığı için yaşam kalitesi puanları ölçülemedi.

AKS tanısı alan bireylerin hastalıkları ile ilgili özellikleri ve risk faktörlerine göre ölçekten aldıkları puan ortalamalarında alınan tanının ölçekten elde edilen puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır. Ancak MI geçirmiş olan bireyler arasında, MI geçirme sıklığı arttıkça alınan ölçek toplam puan ortalamalarının azaldığı görülmüştür. MI geçirme sıklığının artışı ile ilgili olarak ruhsal sağlık ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından alınan puan ortalamalarında da azalma görülmüştür. Yapılan regresyon analizinde ise, MI geçirme sıklığı bireylerin sadece ruhsal sağlığı üzerine negatif ve anlamlı bir ilişki göstermiştir. Buna göre, MI sayısı arttıkça bireylerin ruhsal sağlığı olumsuz etkilenmektedir. MI, fiziksel sınırlılıklar getirmesinin yanı sıra, bireylere duygusal çöküntü yaşatan, kişisel ve sosyal ilişkilerinde bozulmaya yol açan önemli bir sağlık sorunudur. Bununla birlikte, çoğu birey için, MI geçirme sıklığındaki artış hastaneye yatış sayısında artma, evden ve aileden ayrılma, mesleki çevreden uzaklaşma nedeniyle maddi olanakların kısıtlanması anlamına gelmektedir. Bu görüşe dayanarak, bu hasta grubunda MI geçirme ve sıklığındaki artışın puan ortalamalarını düşürmüş olabileceği düşünülmektedir.

KAH oluşumunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, KAH bulunan bireylerin genel, fiziksel ve duygusal sağlığında düşüşler görülmüştür (11). Ünsar ve diğ. (101)'nin yaptığı çalışmada ise, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, KAH tanısı alan bireylerin ölçeğin mobilite, işitme, solunum, eliminasyon, olağan aktiviteler, ruhsal

fonksiyon, rahatsızlık ve semptomlar, enerji ve cinsel aktivite alt boyutları ile ilgili yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur. Bu çalışmaların tersine, Erickson ve diğ. (224)'nin çalışmasında, MI geçiren hastaların genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, ruhsal sağlık, emosyonel rol gibi yaşam kalitesinin önemli alanlarından duydukları memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Failde ve diğ. (225)'nin çalışmasında ise, MI tanısı alan hastalarda önceki MI öyküsü bireylerin fiziksel sağlık alanından aldıkları puan ortalamalarını anlamlı ölçüde düşürmüştür. Durmaz ve diğ. (208) tarafından yapılan çalışmada da önceden MI öyküsü olan kişilerde ölçek toplam puan ortalamaları anlamlı derecede düşük çıkmıştır.

Tanı süresi ölçeğin genelinden alınan puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık oluşturmamasına rağmen, yalnızca kişilerarası ilişkiler alt boyuttan alınan puan ortalamalarını etkilemiştir. Bu alt boyuttan alınan puan ortalamaları ilk iki yıl içerisinde en yüksek seviyede iken, 2. ve 4. yıl arasında geçen süre zarfında düşüşe geçmiştir. 4. yıldan sonra ise puan ortalamaları tekrar yükselme göstermiştir. Buna göre, taburculuk sonrası hastalığa uyum evresinde bireylerin daha fazla sosyal destek arayışında olmaları sosyal ilişkilerini de güçlendirmiştir. Regresyon analizine göre de, tanı süresindeki artış ölçeğin ruhsal sağlık alt boyutuyla pozitif yönde anlamlı bir ilişki vermiştir. Bu durumun, tanı süresindeki artış ile birlikte hastalığın tekrarının yaşanmamasına bağlı olarak bireylerin hastalığa ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerine daha iyi adapte olabilmeleri ve içinde buldukları duruma alışmaları sonucu geliştiğini düşündürmektedir.

Sevinç ve Akyol (13)'un çalışmasında, diğer gruplara nazaran MI tanısını daha az süre önce alan kişilerin puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Failde ve Soto (23) tarafından yapılan çalışmada, MI geçirdikten üç ay sonra alınan sonuçlarda bireylerin genel sağlığında ve fiziksel fonksiyonlarında düşüş gösterilmiştir. Roebuck ve diğ. (223), MI sonrası altı haftalık süreç içerisinde bireylerde güvensizlik duygusunun ağır yaşandığı ve bireylerin daha hızlı emosyonel reaksiyonlar verdikleri sonucuna varmışlardır. Bu çalışmada hastaların sosyal etkileşim, aile içi ilişkileri, ruhsal sağlığı, fiziksel aktivite yapma düzeylerinde bozulma saptanmıştır.

Hastaneye yatış sayısındaki artış ölçeğin genelinden alınan puan ortalamaları ile ruhsal sağlık ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından alınan puan ortalamalarını anlamlı şekilde düşürmüştür. Regresyon analizi sonuçlarında da, ölçeğin genelinde ve aynı alt boyutlarda hastaneye yatış sayısı bireylerin yaşam kalitesiyle anlamlı bir ilişki oluşturmuştur. Bu sonuçlara göre, yatış sayısındaki her 1 birimlik artış yaşam kalitesini -0.15 birim düşürerek olumsuz bir etki oluşturmuştur. Bireylere göre hastaneye yatış sıklığı arttıkça duygusal çöküntü artmakta ve sosyal ilişkilerinde olumsuzluklar ortaya çıkmaktadır. MI geçirme sıklığındaki artışın yaşam kalitesi üzerine etkilerinin tartışıldığı bölüm göz önüne alındığında, yatış sıklığının da aynı etkileri oluşturmuş ve yaşam kalitesini düşürmüş olabileceği düşünülmektedir.

Durmaz ve diğ. (208)'nin çalışmasında, iki ve üzeri sıklıkta hastane yatışı yapanların yaşam kalitesi bir kez yatış yapanlara göre yüksek bulunmuştur ancak aradaki fark anlamlı çıkmamıştır.

Çalışma bulguları, sigara kullanımı, kullanım süresi ve günlük kullanılan sigara adedi değişkenlerinin bireylerin ölçek toplam puanlar ortalamaları üzerinde herhangi bir etki oluşturmadığını göstermesine rağmen, ölçeğin yalnızca fiziksel sağlık ve finansal durum alt boyutlarından alınan puanlarda hala sigara kullanan bireylerde puan ortalamaları beklenmeyen bir şekilde yüksek bulunmuştur. AKS sonrasında sigarayı bırakanlarda ise kişilerarası ilişkiler alt boyutundan alınan puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, kardiyak sorunlara rağmen hala sigara kullanan bireylerin fiziksel ve ekonomik açıdan memnuniyetlerinin diğer gruplara nazaran yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak yapılan regresyon analizi sonuçları, alınan puan ortalamalarından farklı olarak, sigara kullanımının ölçeğin gelir-gider ve tasarruf edebilme durumu gibi maddi hususları ele alan finansal durum alt boyutuyla negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bireylerin gelir-gider durumu, mesleki olanakları, günlük ortalama içilen sigara adedi ve sigara fiyatları göz önüne alındığında, sigara kullanımının sonuçlarda da gösterildiği gibi finansal durum ile ilgili yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkiler oluşturabileceği düşünülmektedir.

Alkol kullanımı ile ilgili olarak, alkol tüketen bireylerin ölçeğin genelinden, fiziksel sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, alkol tüketen bireylerin sosyal ve fiziki çevrede kendilerini daha iyi hissettiklerini ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken daha enerjik olduklarını göstermektedir. Beklenenin tersi bir sonuç olmasına rağmen, bu durumun evet diyenlerin sayısının hayır diyenlere oranla çok daha düşük olmasından ya da içinde buldukları sosyo-kültürel yapının etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kurçer ve Özbay (219)'ın çalışmasında da sigara ve alkolün bırakılması konularında verilen eğitime rağmen, eğitim öncesine göre hastaların sigara ve alkol kullanma düzeylerinde anlamlı bir azalma olmadığı görülmüştür. Soyuer ve diğ. (226)'in sigara kullanımının sağlıklı bireylerde fiziksel etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, sigara kullanmayanlara oranla sigara kullanan bireylerin merdiven çıkma ve spor aktiviteleri ile ilgili puanları düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada, yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, yalnızca günde içilen sigara sayısının yaşam kalitesini azalttığı görülmüştür. Kardiyak hastalığı bulunmayan ya da sağlıklı olarak nitelendirilen bireylerde dahi sigara kullanımının olumsuz fiziksel etkileri sıklıkla yaşanmasına rağmen, bizim çalışmamızda aksi bir sonuç ortaya çıkmıştır. Çalışmamızla paralellik gösterecek şekilde, Failde ve diğ. (225)'nin çalışmasında da sigara kullanan bireylerin fiziksel sağlık komponentinden aldıkları puanlar yüksek bulunmuştur.

Diyet yapmanın bireylerin yaşam kalitesi üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı sonucu ortaya çıkarken, egzersiz yapmanın puan ortalamalarını anlamlı ölçüde yükselttiği görülmüştür. Egzersiz yapan bireylerin ölçeğin finansal durum alt boyutu dışında diğer tüm alt boyutlardan aldıkları puan ortalamaları da anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ölçeğin genelinde ise, regresyon analizi sonuçlarına göre, egzersiz yapma durumu tek başına bireylerin yaşam kalitesiyle anlamlı bir ilişki oluşturmuştur. Bu sonuçlar, bireylerin egzersiz yapmak için ek bir masraf

yapmak zorunda olmadıklarını, GYA'ni yerine getirirken daha enerjik olduklarını, ruhsal yönden daha rahat ve huzurlu olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte, kardiyak rehabilitasyon programlarının da temel öğelerinden biri olan egzersiz eğitiminin koroner risk faktörlerini azaltmada etkili olduğu bilinmektedir (227, 228, 229). Düzenli egzersiz yapan kişilerin fiziksel sağlıklarının arttığı ve kendilerini daha iyi hissettikleri, ruh sağlıklarının düzeldiği, güven duygusunun, işteki motivasyonun ve tedavi başarı oranlarının yükseldiği bildirilmektedir (230). Aynı zamanda, egzersizin fiziksel uygunluk düzeyini arttırdığı ve bunun bireylerde fiziksel yeterliliğe ilişkin algısını yükselterek benlik algısını da kuvvetlendirdiğine ilişkin görüşler bulunmaktadır (231). Bu görüşlere göre, çalışma kapsamına alınan bireylerin düzenli egzersiz yapma olgusu ile birlikte yaşam kalitesinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve kişilerarası ilişkiler gibi önemli alanlarından yüksek puanlar alması beklenebilir bir durumdur.

Sevinç ve Akyol (13) tarafından yapılan çalışmada, aktif olan ve düzenli egzersiz yapan kişilerin fiziksel, emosyonel ve sosyal yaşam kalitesi ile ilgili puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Durmaz ve diğ. (208)'nin çalışmasında da diyetine uyum sağlayan kişilerin puan ortalamaları yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Koertge ve diğ. (221), MI geçiren hastalarda bir yıllık izlem sonuçlarını değerlendirmişlerdir. Çalışma sonuçları ile birlikte, bu hasta grubunda 1 yılın sonunda bireylerin kan basıncı, kalp hızı, vücut ağırlığı, total kolesterol ve LDL kolesterol değerlerinde önemli ölçüde düşüş yaşandığı ve egzersiz kapasitelerinde ise iyileşme görüldüğü saptanmıştır. Bireylerde izlenen bu fiziksel değişimler onların hastalık sonrası beslenme düzenlerine dikkat ettiklerini ve dolayısıyla yaşam kalitesi düzeylerinde yükselme sağlandığını düşündürmektedir.

Hastalığa bağlı ilaç kullanımının yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür. Ancak ilaç kullanan bireylerin ilaçlarını düzenli olarak alması onların genel yaşam kalitesi düzeylerinde ve ölçeğin fiziksel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarında anlamlı bir yükseliş ortaya çıkarmıştır. Girişimsel tedavi yapılsın ya da yapılmaz taburculuk sonrası tekrarlayıcı olayların azaltılması, ikincil korunmanın sağlanması için ilaç tedavisi ve tedavi rejimine uyum önemlidir. Bireyler üzerine hastalık ile ilgili semptomların doğrudan fiziksel sınırlılıklar getirdiği düşünülürse, AKS tanısı alan hasta grubu için de tedaviye uyumun fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesini yükselttiği düşünülebilir.

SONUÇLAR

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, bu ölçeğin AKS tanısı alan hastalarda SYK'nin değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Geçerlik Analizi Sonuçları

MILQ'nun geçerlik çalışmasında; "kapsam geçerliği" ve "yapı geçerliği" yapılmıştır.

- Ölçeğin kapsam geçerliği sağlanmıştır. Ölçek maddelerinin uygulanabilirliği açısından uzman görüşlerinin istatistiksel anlamda uyum gösterdiği sonucuna varılmıştır.
- Çalışmada KMO Bartlett test sonucu yüksek ve anlamlı çıkmıştır.
- Ölçeğin yapı geçerliği sağlanmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, ölçek maddeleri arasındaki 9. madde çıkarılmıştır. 34 maddelik ölçeğe uygulanan faktör analizinde ortaya çıkan altı faktörlü yapıda yeni alt boyut isimleri fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, sağlık personeline erişim, kişilerarası ilişkiler, finansal durum ve sosyal fonksiyon olarak belirlenmiştir.

Güvenirlik Analizi Sonuçları

MILQ'nun güvenilirliğini belirlemek üzere iç tutarlık, alt boyut-ölçek toplam puanı korelasyonu, test tekrar test ve paralel form yöntemleri kullanıldı.

- İç tutarlık analizi sonuçlarında, ölçek toplam puan ortalamasının Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin altı faktörlü yapısında ise alfa katsayıları 0.72-0.94 arasında çıkmıştır. Buna göre, iç tutarlık yönünden güvenilirliği yüksek bulunmuştur.
- Pearson Momentler Çarpımı korelasyonunda MILQ ile her bir alt boyutu arasındaki korelasyonlar 0.43-0.95 arasında değerler almıştır ve en yüksek değer ölçek toplam puan ortalaması ile fiziksel sağlık alt boyutu arasındaki korelasyondan alındığı görülmüştür.
- Test-tekrar test sonuçlarına göre, ilk ve ikinci uygulama arasındaki korelasyon anlamlı düzeyde ve yüksek bulunmuştur.

- Paralel form yönteminde MIDAS ile MILQ arasındaki karşılıklı korelasyon negatif yönde, zayıf-orta derecede ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Cinsiyetin Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- Erkeklerin fiziksel sağlık, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek ve anlamlı; kadınların ise sağlık personeline erişim ve finansal durum alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları erkek hastalara göre daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur.

Yaş değişkeninin Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- 30-45 yaş grubundaki hastaların fiziksel sağlık, ruhsal sağlık ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha yüksek olduğu ve yaş arttıkça alınan puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır.

Medeni durumun Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- Medeni durumun ölçeğin fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon olmak üzere dört alt boyutunu anlamlı düzeyde etkilediği çalışmada, evli olan bireylerin puan ortalamaları bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Meslek değişkeninin Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- Çalışmada, işçi grubunun fiziksel sağlık ve finansal durum, serbest meslek yapanların kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim düzeyinin Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- Çalışmada, eğitim seviyesinin yükselmesine paralel olarak bireylerin puan ortalamalarının arttığı gözlemlenmiştir. Çalışmaya göre, eğitim düzeyi yükseldikçe ölçeğin fiziksel sağlık ve finansal durum alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır.

Gelir-gider düzeyinin Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- Geliri giderine göre fazla olan grupta ölçeğin sağlık personeline erişim alt boyutu dışındaki diğer tüm alt boyutlarından alınan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulguları, gelir-gider durumunun bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde etkili bir faktör olduğunu göstermiştir.

Alınan tanının Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- Alınan tanının ölçekten alınan puan ortalamaları üzerinde herhangi bir etkisi bulunmamıştır. MI geçirmiş olan hastalarda ruhsal sağlık alt boyutundan alınan puan ortalamalarının MI geçirmemiş hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tanı süresi ve hastaneye yatış sayısının Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- Tanı süresinin ölçeğin yalnızca ruhsal sağlık alt boyutundan alınan puan ortalamalarını etkilediği görülmüştür. Hastaneye yatış sayısındaki artış ile beraber de ruhsal sağlık ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından alınan puan ortalamalarında düşme saptanmıştır.

Sigara kullanımının Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- Çalışma bulguları, sigara kullanımının ölçeğin yalnızca fiziksel sağlık, kişilerarası ilişkiler ve finansal durum alt boyutlarından alınan puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilediği görülmüştür. Sigara kullanım süresi ve tüketilen sigara miktarının puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır.

Alkol kullanımının Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- Alkol kullanan hastaların ölçeğin fiziksel sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek çıkmıştır.

Egzersiz ve diyet yapma durumu ile ilaç kullanımının Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarına etkisi;

- Çalışma bulguları hastalık sonrası uygun diyet yapmanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığını, egzersiz yapma durumunun ise ölçeğin finansal durum alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarından alınan puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilediği görülmüştür. Egzersiz yapanların ölçeğin bu alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. İlaç kullanımı ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamalarında farklılık oluşturmamıştır.

ÖNERİLER

1. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin AKS tanısı alan hastalar üzerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve ölçeğin kullanımının yaygınlaştırılması amacıyla kullanılması,
2. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin farklı bölgelerde ve daha büyük örneklem gruplarına uygulanması ve değişmezliğinin araştırılması,
3. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğinin diğer kardiyovasküler hastalıklar için yapılması,
4. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutlarına etki eden diğer faktörlerin belirlenmesi için kalitatif çalışmalarla birlikte kullanılması,
5. Ölçeğin hemşireler tarafından AKS tanısı alan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlere ve bunların yaşam kalitesinin hangi alanlarını daha fazla etkilediğine yönelik hizmet vermede rehber alınarak kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bassand, J. P., Hamm, C. W., Ardissino, D., Boersma, E., Budaj, A., Fernández Avilés, F.,... Wijns, W. (2007). ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavi Kılavuzu: Avrupa Kardiyoloji Derneği ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromlar Tanı ve Tedavi Görev Grubu European Heart Journal, 28, 1598-1660. doi:10.1093/eurheartj/ehm161.
2. Labarthe, D. R. (2011). Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases: A Global Challenge (2nd ed.). United States of America, USA: Jones & Bartlett Learning.
3. American Heart Association & American Stroke Association. (2008). Heart Disease And Stroke Statistics: Our Guide to Current Statistics And The Supplement to Our Heart and Stroke Facts. Dallas, Texas: AHA.
4. World Health Organization. (2011). Global Atlas On Cardiovascular Disease Prevention and Control. France: WHO.
5. Onat, A. (2009). Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırrına Işık, Tıbbi Önemli Katkı. 1. Baskı. İstanbul: Figür Grafik ve Matbaacılık.
6. Ho, S. E., Hayati, Y., Ting, C. K., Oteh, M. & Choy, Y. C. (2008). Information Needs of Post Myocardial Infarction (MI) Patients: Nurse's Perception in Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre (UKMMC). Medicine & Health, 3(2), 281-87.
7. Szekendi, M. K. (2003). Compliance With Acute MI Guidelines Lowers Inpatient Mortality. The Journal of Cardiovascular Nursing, 18(5), 356-59.
8. Eshah, N. F. & Bond, A. E. (2009). Cardiac Rehabilitation Programme For Coronary Heart Disease Patients: An Integrative Literature Review. International Journal of Nursing Practice, 15, 131-39. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01738.x.
9. Brassard, A. (2009). Identification of Patients At Risk of Ischemic Events For Long-term Secondary Prevention. Journal of The American Academy of Nurse Practitioners, 21, 677-89. doi:10.1111/j.1745-7599.2009.00444.x.

21. Swenson, J. R. & Clinch, J. J. (2000). Assessment of Quality of Life In Patient With Cardiac Disease: The Role of Psychosomatic Medicine. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 405-15. PII: S0022-3999(99)00092-6.
22. Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam Kalitesi: Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması. *Üroonkoloji Bülteni*, 1, 25-9.
23. Nakajima, K. M., Rodrigues, R. C. M., Gallani, M. C. B. J., Alexandre, N. M. C. & Oldridge, N. (2009). Psychometric Properties of MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire: Brazilian Version. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1084-94. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.04962.x.
24. Erdem, N. & Ergüney, S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 1-9.
25. Housholder-Hughes, S. D. (2011). Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome: Impact of Nursing Care On Optimal Outcomes. *AACN Advanced Critical Care*, 22(2), 113-24. doi: 10.1097/NCI.0b013e31820b24cf.
26. Thompson, D. R. & Stewart, S. (2002). Nurse-Directed Services: How Can They Be Made More Effective? *Eur J Cardiovasc Nurs*, 1(1), 7-10. doi: 10.1016/S1474-5151(01)00006-8.
27. Marshall, K. (2011). Acute Coronary Syndrome: Diagnosis, Risk Assessment and Management. *Nursing Standard*, 25(23), 47-57.
28. Padilla, G. V., Grant, M. M. & Ferrell, B. (1992). Nursing Research Into Quality of Life. *Quality of Life Research*, 1(5), 341-48.
29. Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Portenoy, R. K. & Tennstedt, S. L. (2008). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Congestive Heart Failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(6), 594-603. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.06.007.
30. Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Tennstedt, S. L. & Portenoy, R. K. (2009). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 115-23. doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.07.006.
31. Sleeper, L. A., Ramanathan, K., Picard, M. H., LeJemtel, T. H., White, H. D., Dzavik, V., Tormey, D., Avis, N. E. & Hochman, J. S. (2005). Functional Status and Quality of Life After Emergency Revascularization for Cardiogenic Shock

Complicating Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 46(2), 266-73. doi:10.1016/j.jacc.2005.01.061.

32. Smith, K. W. & Larson, M. J. (2003). Quality of Life Assessments by Adult Substance Abusers Receiving Publicly Funded Treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 323-35. doi: 10.1081/ADA-120020517.
33. Smith, K. W., Avis, N. E. & Assmann, S. F. (1999). Distinguishing Between Quality of Life and Health Status In Quality of Life Research: A Meta-Analysis. *Quality of Life Research*, 8, 447-59.
34. Bertrand, M. E., Chair, Simoons, M. L., Fox, K. A. A., Wallentin, L. C., Hamm, C. W., McFadden, E., De Feyter, P. J.,...Ruzyllo, W. (2002). Management of Acute Coronary Syndromes In Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation: The Task Force On The Management of Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 23, 1809-40. doi:10.1053/euhj.2002.3385.
35. Oriolo, V. & Albarran, J. W. (2010). Assessment of Acute Chest Pain. *British Journal of Cardiac Nursing*, 5(12), 587-93.
36. Doshi, A. A., Iskyan, K., O'Neill, J. M. & Sawyer, K. N. (2010). Evaluation And Management Of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes In The Emergency Department. *Emergency Medicine Practice*, 12(1), 1-30.
37. Fitchett, D. H., Theroux, P., Brophy, J. M., Cantor, W. J., Cox, J. L., Gupta, M., Kertland, H., Mehta, S. R.,... Goodman, S. G. (2011). Assessment and Management of Acute Coronary Syndromes (ACS): A Canadian Perspective On Current Guideline-Recommended Treatment - Part 2: ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Canadian Journal of Cardiology*, 27, 402-12. doi:10.1016/j.cjca.2011.08.107.
38. Cannon, C. P. & Braunwald, E. (2012). Unstable Angina and Non-ST Elevation Myocardial Infarction. In: R. O. Bonow, D. L. Mann, D. P. Zipes & P. Libby (Eds.), *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine* (9th ed.) (pp. 1178-1209). Philadelphia, PA: Elsevier Inc.
39. White, H. D. (2007). Unstable Angina: Ischemic Syndromes. In: E. J. Topol (Ed.), *Textbook of Cardiovascular Medicine* (3rd ed.). (pp. 251-79). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
40. Gelfand, E. V. & Cannon, C. P. (2009). *Management of Acute Coronary Syndromes*. Oxford, UK: John Wiley & Sons Ltd.

41. Overbaugh, K. J. (2009). Acute Coronary Syndrome. *The American Journal of Nursing*, 109(5), 42-52.
42. Albert, N. (2007). Non-ST Segment Elevation Acute Coronary Syndromes: Treatment Guidelines For The Nurse Practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 277-89. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00227.x.
43. Coady, E. (2006). Managing Patients With Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome. *Nursing Standard*, 20(37), 49-56.
44. Christofferson, R. D. (2008). Acute ST Elevation Myocardial Infarction. In: M. H. Shishehbor, A. T. Askari, T. H. Wang, M. S. Penn & E. J. Topol (Eds.), *Management of the Patient in the Coronary Care Unit* (pp. 15-26). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
45. McDonald, M. (2007). Nursing Care of Patients with Occlusive Cardiovascular Disorders. In: L. S. Williams & P. D. Hopper (Eds), *Understanding Medical-Surgical Nursing* (3rd Ed.) (pp. 404-43.). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
46. Buckley, L. & Schub, E. (2009). Acute Coronary Syndrome. [Information Sheet]. Cinahal Information Systems.
47. Yiadom, M. Y. A. B. (2011). Acute Coronary Syndrome Clinical Presentations and Diagnostic Approaches in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 29, 689-97. doi:10.1016/j.emc.2011.08.006.
48. Ural, E. & Komşuoğlu, B. (2004). Koroner Kalp Hastalıkları. In: B. Komşuoğlu (Ed.), *Klinik Kardiyoloji* (sf. 509-84). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
49. Hamm, C. W., Heeschen, C., Falk, E. & Fox, K. A. A. (2009). Acute Coronary Syndromes: Pathophysiology, Diagnosis and Risk Stratification. In: A. J. Camm, T. F. Lüscher & P. W. Serruys (Eds.), *The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
50. Henderson, R. A. (2010). Ischaemic Heart Disease: Management of Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome. *Medicine*, 38(8), 424-30.
51. Van de Werf, F., Bax, J., Betriu, A., Blomstrom-Lundqvist, C., Crea, F., Falk, V., Filippatos, G., Fox, K.,...Weis, M. (2008). Israrcı ST-Segment Yükselmesi Bulunan Hastalarda Akut Miyokard Enfarktüsü Tedavisi. *European Heart Journal*, 29, 2909-45. doi:10.1093/eurheartj/ehn416.

52. Jacobson, C. (2008). ECG Diagnosis of Acute Coronary Syndrome. AACN Advanced Critical Care, 19(1), 101-8.
53. Kırac, S. (2008). Koroner Arter Hastalığında İleri Kardiyak Görüntüleme Yöntemlerinin Rolü. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 8, Özel Sayı 1, 1-4.
54. Ünlü, M. (2008). Koroner Arter Hastalığı Tanısı ve Prognoz Belirlemede Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi: SPET ve PET. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 8, Supplement 1, 5-11.
55. Ata, N. & Göktekin, Ö. (2008). Koroner Arter Hastalıklarında Intravasküler Ultrason Uygulaması. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 8, Özel Sayı 1, 15-22.
56. De Luca, L., Casella, G., Lettino, M., Fradella, G., Toschi, V., Conte, M. R., Ottani, F., Geraci, G.,...Maggioni, A. P. (2009). Clinical Implications and Management of Bleeding Events in Patients With Acute Coronary Syndromes. Journal of Cardiovascular Medicine, 10, 677-86. doi: 10.2459/JCM.0b013e3283299808.
57. Yiadom, M. Y. A. B. (2011). Emergency Department Treatment of Acute Coronary Syndromes. Emergency Medicine Clinics of North America, 29, 699-710. doi: 10.1016/j.emc.2011.09.016.
58. Johnson, J. (2006). Management of Non-ST Segment Elevation Acute Coronary Syndrome: The Managed Care Perspective. Journal of Managed Care Medicine, 9(2), 22-5.
59. Bruck, L., Comerford, K. C., Donofrio C. & Labus, D. (2008). Critical Care Nursing Made Incredibly Easy. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
60. Chummun, H., Gopaul, K. & Lutchman, A. (2009). Current Guidance on the Management of Acute Coronary Syndrome. British Journal of Nursing, 18(21), 1292-98.
61. Gallagher, R. & Driscoll, A. (2012). Cardiovascular Alterations and Management. In: D. Elliott, L. Aitken & W. Chaboyer (Eds.), Acccn's Critical Care Nursing (2nd ed.). (pp. 251-50). Australia, AU: Elsevier Australia.
62. Arslanian-Engoren, C. (2009). Explicating Nurses' Cardiac Triage Decisions. Journal of Cardiovascular Nursing, 24(1), 50-7.
63. Clark, A. M. & Norris, C. (2009). Management of Patients with Coronary Vascular Disorders. In: R. A. Day, P. Paul, B. Williams, S. C. Smeltzer & B. G. Bare (Eds.), Brunner and Suddarth's Textbook of Canadian Medical-Surgical

- Nursing (2nd ed.). (pp. 803-53). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
64. Mayer, B. H. (2007). *Emergency Nursing Made Incredibly Easy!* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
 65. Edwards, S. L. (2002). Myocardial Infarction: Nursing Responsibilities In The First Hour. *British Journal of Nursing*, 11(7), 454-68.
 66. Martinez, L. G. & Bucher, L. (2007). Nursing Management: Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome. In: S. L. Lewis, M. M. Heitkemper, S. R. Dirksen, P. G. O'Brien & L. Bucher (Eds.), *Medical-Surgical Nursing: Assessment And Management of Clinical Problems* (7th ed.). (pp. 784-820). Philadelphia, PA: Elsevier Inc.
 67. *Straight A's in Medical-Surgical Nursing* (2nd ed.). (2007). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
 68. Basavanthappa, B. T. (2003). *Medical Surgical Nursing*. New Delhi, IN: Jaypee Brothers.
 69. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2010). *Nursing Care Plans Guidelines For Individualizing Client Care Across The Life Span* (8th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
 70. Woods, S. L., Froelicher, E. S. S. & Motzer, S. A. (2009). *Cardiac Nursing* (4th ed.). Washington, WA: Lippincott Williams & Wilkins.
 71. Kuruvilla, J. (2007). *Essentials of Critical Care Nursing*. New Delhi, IN: Jaypee Brothers.
 72. Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L. & Cheever, K. H. (2009). *Brunner And Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing* (12th ed.). North America: Lippincott Williams & Wilkins.
 73. Timby, B. K. & Smith, N. E. (2005). *Essentials of Nursing: Care of Adults And Children*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
 74. Comer, S. (2005). *Delmar's Geriatric Nursing Care Plans* (3rd ed.). Canada, CA: Thomson Delmar Learning.
 75. Borghardt, B. H. (2007). Coronary Artery Disease. In: R. Kaplow & S. R. Hardin (Eds.), *Critical Care Nursing: Synergy For Optimal Outcomes* (pp. 159 70). Massachusetts, MA: Jones & Bartlett Learning.

76. Halloway, N. M. (2004). *Medical-Surgical Care Planning* (4th ed.). Pennsylvania, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
77. White, L. & Duncan, G. (2002). *Medical-Surgical Nursing: An Integrated Approach* (2nd ed.). New York, NY: Thomson Delmar Learning.
78. Sommers, M. S., Johnson, S. A. & Beery, T. A. (2007). *Diseases and Disorders A Nursing Therapeutics Manual* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
79. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2010). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, And Documenting Client Care* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
80. Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L. & Cheever, K. H. (2008). *Brunner And Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing* (11th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
81. Carpenito-Moyet, L. J. (2009). *Nursing Care Plans & Documentation: Nursing Diagnoses And Collaborative Problems* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
82. Rodrigues, C. G., Moraes, M. A., Sauer, J. M., Kalil, R. A. K. & Souza, E. N. (2011). Nursing Diagnosis of Activity Intolerance: Clinical Validation In Patients With Refractory Angina. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 22(3), 117-22. doi: 10.1111/j.1744-618X.2011.01182.x.
83. Funnell, R., Koutoukidis, G. & Lawrence, K. (2009). *Tabbner's Nursing Care: Theory and Practice* (4th ed.). Australia, AU: Elsevier Australia.
84. Timby, B. K. (2009). *Fundamental Nursing Skills And Concepts* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
85. Demir, Y. (2011). Uyku ve Uyku İle İlgili Uygulamalar. In: F. A. Ay (Ed.), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler* (sf. 682-97). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
86. Herdman, T. H. (2009). *Nursing Diagnoses 2009-2011: Definitions And Classification* (8th ed.). Oxford, Ox: John Wiley and Sons Ltd.
87. Deelstra, M. W. & Blue, J. M. (2003). Cardiovascular Disorders. In: P. L. Swearingen (Ed.), *Manual of Medical-Surgical Nursing Care: Nursing Interventions & Collaborative Management* (5th ed.). (pp. 142-59). Missouri, MO: Elsevier Mosby.

88. Daga, L. C., Kaul, U. & Mansoor, A. (2011). Approach to STEMI and NSTEMI. Supplement to Journal of the Association of Physicians of India, 59, 19-25.
89. Webster, R. A. & Thompson, D. R. (2006). Disorders of the Cardiovascular System. In: M. F. Alexander, J. N. Fawcett & P. J. Runciman (Eds.), Nursing practice: Hospital And Home: The Adult (3rd ed.). Philadelphia, PA: Elsevier Limited.
90. Nehir, S. & Çam, O. (2010). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Psikososyal Sağlık ve Hastalık Uyumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26(3), 73-84.
91. Anderson, K. L. (1999). Conceptualization And Measurement of Quality of Life As An Outcome Variable For Health Care Intervention And Research. Journal of Advanced Nursing, 29(2), 298-306.
92. Top, M. Ş., Özden, S. Y. & Sevim, M. E. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. Düşünen adam, 16(1), 18-23.
93. Ford, E. S., Mokdad, A. H., Li, C., McGuire, L. C., Strine, T. W., Okoro, C. A., Brown, D. W. & Zack, M. M. (2008). Gender Differences In Coronary Heart Disease And Health-Related Quality of Life: Findings From 10 States From The 2004 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Journal of Women's Health, 17(5), 757-68. doi: 10.1089/jwh.2007.0468.
94. Spieth, L. E. & Harris, C. V. (1996). Assessment of Health-Related Quality of Life In Children and Adolescents: An Integrative Review. Journal of Pediatric Psychology, 21(2), 175-93.
95. Singh, R. & Dixit, S. (2010). Health-Related Quality of Life And Health Management. Journal of Health Management, 12(2), 153-72. doi:10.1177/097206341001200204.
96. Fairclough, D. L. (2010). Design And Analysis of Quality of Life Studies In Clinical Trials (2nd ed.). Florida, FL: Taylor and Francis Group.
97. Chan, D. S. K., Chau, J. P. C. & Chang, A. M. (2005). Acute Coronary Syndromes: Cardiac Rehabilitation Programmes And Quality of Life. Journal of Advanced Nursing, 49(6), 591-99.
98. Uysal, H., Özcan, Ş. & Enç, N. (2009). Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 37(8), 543-50.

99. Ma, W., Hu, D., Liu, G., Jiang, J., Zhao, X. & Ma, Y. (2010). Predictors of Quality of Life In Chinese Patients With Acute Coronary Syndrome. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 18, 469-75. doi: 10.1177/0218492310381291.
100. Arnold, S. V., Morrow, D. A., Wang, K., Lei, Y., Mahoney, E. M., Scirica, B. M., Braunwald, E. & Cohen, D. J. (2008). Effects of Ranolazine On Disease Specific Health Status and Quality of Life Among Patients With Acute Coronary Syndromes: Results From The MERLIN-TIMI 36 Randomized Trial. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 1, 107-15. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.108.798009.
101. Ünsar, S., Süt, N. & Durna, Z. (2007). Health-Related Quality of Life In Patients With Coronary Artery Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 501-7.
102. Chan, D. S. K., Chau, J. P. C. & Chang, A. M. (2005). Quality of Life of Hong Kong Chinese Diagnosed With Acute Coronary Syndromes. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1262-63.
103. Konstantina, A. & Helen, D. (2009). Quality of Life After Coronary Intervention. *Health Science Journal*, 3(2), 66-71.
104. Westin, L., Carlsson, R., Erhardt, L., Cantor-Graae, E. & McNeil, T. (1999). Differences In Quality of Life In Men and Women With Ischemic Heart Disease. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 33, 160-65.
105. Broddadottir, H., Jensen, L., Norris, C. & Graham, M. (2009). Health-Related Quality of Life In Women With Coronary Artery Disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 18-25. doi:10.1016/j.ejcnurse.2008.05.002.
106. Thompson, D. R. & Roebuck, A. (2001). The Measurement of Health- Related Quality of Life In Patients With Coronary Heart Disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(1), 28–33.
107. Lee, G. A. (2010). *Coronary Artery Disease And Quality of Life*. New York, NY: Center For International Rehabilitation Research Information and Exchange.
108. Lukkarinen, H. & Hentinen, M. (2006). Treatments of Coronary Artery Disease Improve Quality of Life In The Long Term. *Nursing Research*, 55(1), 26-33.
109. Sajid, M. S., Tonsi, Ü. & Baig, M. K. (2008). Health-Related Quality of Life Measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(4), 365-73. doi: 10.1108/09526860810880162.

110. Smith, H. J., Taylor, R. & Mitchell, A. (2000). A Comparison of Four Quality of Life Instruments In Cardiac Patients: SF-36, QLI, QLMI, and SEIQoL. *Heart*, 84, 390-94.
111. Yılmaz, E., Eser, E., Şekuri, C. & Kültürsay, H. (2011). Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11, 386-401. doi: 10.5152/akd.2011.105.
112. McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide To Rating Scales And Questionnaires* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
113. Başaran, S., Güzel, R. & Sarpel, T. (2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma*, 20(1), 55-63.
114. Nehrir, B., Rahmani, R., Sadeghi, M., Ebadi, A., Babatabar, D. H. & Sadeghi, M. (2009). Quality of Life In Coronary Artery Disease Patients Treated With Nonsurgical And Surgical Methods. *Iranian Journal of Critical Care Nursing Summer*, 2(2), 67-70.
115. Dempster, M. & Donnelly, M. (2000). Measuring The Health Related Quality of Life of People With Ischaemic Heart Disease. *Heart*, 83, 641-44.
116. Nordhorn, J. M., Roll, S. & Willich, S. N. (2004). Comparison of The Short Form (SF)-12 Health Status Instrument With The SF-36 In Patients With Coronary Heart Disease. *Heart*, 90, 523-27. doi:10.1136/hrt.2003.013995.
117. Aydemir, Ö., Ergün, H., Soygür, H., Kesebir, S. & Tulunay, C. (2009). Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 205-12.
118. Bennett, P. (1999). Dyadic Processes In Response To Myocardial Infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 4(1), 45-55. doi:10.1080/135485099106397.
119. Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Olsen, M. K., Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Williams, R. B., Clapp-Channing, N. E. & Mark, D. B. (2000). Social Support And Quality of Life In Patients With Coronary Artery Disease. *Quality of Life Research*, 9, 829-39.
120. Staniute, M., Brozaitiene, J. & Bunevicius, R. (2011). Effects of Social Support And Stressful Life Events On Health-Related Quality of Life In Coronary Artery Disease Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 1-7. doi: 10.1097/JCN.0b013e318233e69d.

121. Sanberk, İ. & İnanç, B. Y. (2009). Yaşam Kalitesinin Sağlık Denetim Odağı, Fiziksel Belirtisi ve Özyeterlik Algısı Açısından İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3(36), 92-104.
122. Busija, L., Pausenberger, E., Haines, T. P., Haymes, S., Buchbinder, R. & Osborne, R. H. (2011). Adult Measures of General Health And Health-Related Quality of Life. *Arthritis Care & Research*, 63(11), S383-S412. doi:10.1002/acr.20541.
123. Asadi-Lari, M., Packham, C. & Gray, D. (2003). Patients' Satisfaction And Quality of Life In Coronary Artery Disease. *Health And Quality of Life Outcomes*, 1(57), 1-7.
124. Kim, J., Robert A. Henderson, R. A., Pocock, S. J., Clayton, T., Sculpher, M. J. & Fox, K. A. A. (2005). Health-Related Quality of Life After Interventional Or Conservative Strategy In Patients With Unstable Angina Or Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(2), 221-28. doi:10.1016/j.jacc.2004.10.034.
125. Süt, H. K. & Ünsar, S. (2011). Is EQ-5D A Valid Quality of Life Instrument In Patients With Acute Coronary Syndrome? *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11, 156-62. doi:10.5152/akd.2011.037.
126. Kimura, M. & Silva, J. V. (2009). Ferrans and Powers Quality of Life Index. *Rev Esc Enferm USP*, 43(Spe):1096-102.
127. Thomopoulou, I., Thomopoulou, D. & Koutsouki, D. (2010). The Differences At Quality of Life And Loneliness Between Elderly People. *The journal Biology of Exercise*, 6(2), 13-28. doi: <http://doi.org/10.4127/jbe.2010.0037>.
128. Flemons, W. W. & Reimer, M. A. (2002). Measurement Properties of the Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index. *Am J Respir Crit Care Med*, 165, 159-64. doi: 10.1164/rccm.2010008.
129. Ferrans, C. E. Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI). <http://www.uic.edu/orgs/qli/index.htm>. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2012.
130. Seki, S., Kato, N., Ito, N., Kinugawa, K., Ono, M., Motomura, N., Yao, A., Watanabe, M.,...,Kazuma, K. (2010). Validity And Reliability of Seattle Angina Questionnaire Japanese Version In Patients With Coronary Artery Disease. *Asian Nursing Research*, 4(2), 57-63.
131. Thompson, D. R. & Yu, C. M. (2003). Quality of Life In Patients With Coronary Heart Disease-I: Assessment Tools. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(42), 1-5.

132. Korkmaz, F. D. (2012). Kalp Damar Cerrahisinde Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitapçığı, Mayıs (ss. 52-9).
133. Supino, P. G., Borer, J. S., Franciosa, J. A., Preibisz, J. J., Hochreiter, C., Isom, O. W., Krieger, K. H., Girardi, L. N.,...Forur, L. (2009). Acceptability And Psychometric Properties of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire Among Patients Undergoing Heart Valve Surgery: Validation and Comparison With SF-36. *Journal of Cardiac Failure*, 15(3), 267-77. doi:10.1016/j.cardfail.2008.10.003.
134. Watson, R., Wang, W., Ski, C. F. & Thompson, D. R. (2012). The Chinese Version of the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS): Mokken Scaling. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(2), 1-4.
135. Yu, D. S. F., Thompson, D. R., Yu, C. & Oldridge, N. B. (2009). Assessing HRQL Among Chinese Patients With Coronary Heart Disease: Angina, Myocardial Infarction And Heart Failure. *International Journal of Cardiology*, 131, 384-94. doi:10.1016/j.ijcard.2007.10.043.
136. Kristofferzon, M. L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2005). Coping, Social Support And Quality of Life Over Time After Myocardial Infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 113-24.
137. Eastwood, J. A., Doering, L. V., Dracup, K., Evangelista, L. & Hays, R. D. (2011). Health-Related Quality of Life: The Impact of Diagnostic Angiography. *Heart & Lung*, 40(2), 147-55. doi: 0.1016/j.hrtlng.2010.05.056.
138. Özer, Z. C. & Akdemir, N. (2002). Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Endeksi Kardiyak Version –IV. http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/pdf/cardiacversionIV/QLI%20Turkis2Cardiac%20IV%20_Ozer_%204-24-07.pdf. Erişim tarihi: 19 Mayıs 2012.
139. Lewin, R. J. P., Thompson, D. R., Martin, C. R., Stuckey, N., Devlen, J., Michaelson, S. & Maguire, P. (2002). Validation of the Cardiovascular Limitations And Symptoms Profile (CLASP) In Chronic Stable Angina. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 22, 184-91.
140. Höfer, S., Benzer, W., Alber, H., Ruttman, E., Kopp, M., Schüssler, G. & Doering, S. (2005). Determinants of Health-Related Quality of Life In Coronary Artery Disease Patients: A Prospective Study Generating A Structural Equation Model. *Psychosomatics*, 46(3), 212-23.
141. Leal, A., Paiva, C., Hofer, S., Amado, J., Gomes, L. & Oldridge, N. (2005). Evaluative And Discriminative Properties of the Portuguese MacNew Heart

Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire. *Quality of Life Research*, 14, 2335-41. doi:10.1007/s11136-005-7213-x.

142. Höfer, S., Doering, S., Rumpold, G., Oldridge, N. & Benzer, W. (2006). Determinants of Health-Related Quality of Life In Patients With Coronary Artery Disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 13, 398-406. doi:10.1097/01.hjr.0000201514.51461.64.
143. Daskapan, A., Hofer, S., Oldridge, N., Alkan, N., Muderrisoglu, H. & Tuzun, E. H. (2008). The Validity And Reliability of the Turkish Version of the MacNew Heart Disease Questionnaire In Patients With Angina. *Journal of Evaluation In Clinical Practice*, 14(2), 209-13.
144. Ercan, İ. & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-16.
145. Başusta, N. B. (2010). Ölçme Eşdeğerliği. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 1(2), 58-64.
146. Aker, S., DüNDAR, C. & Pekşen, Y. (2005). Ölçme Araçlarında İki Yaşamsal Kavram: Geçerlik ve Güvenirlik. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 22(1), 50-60.
147. Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines For The Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*, 25(24), 3186-91.
148. Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D. & Aaronson, N. (1993). Developing And Evaluating Cross-Cultural Instruments From Minimum Requirements to Optimal Models. *Quality of Life Research*, 2(6), 451-59.
149. Rahman, A., Iqbal, Z., Waheed, W. & Hussain, N. (2003). Translation And Cultural Adaptation of Health Questionnaires. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 53(4), 142-47.
150. Maher, C. G., Latimer, J. & Costa, L. O. P. (2007). The Relevance of Cross-Cultural Adaptation And Clinimetrics For Physical Therapy Instruments. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4), 245-52.
151. Guillemin, F., Bombardier, C. & Beaton, D. (1993). Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review And Proposed Guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-32.
152. Hays, R. D., Anderson, R. & Revicki, D. (1993). Psychometric Considerations In Evaluating Health-Related Quality of Life Measures. *Quality of Life Research*, 2(6), 441-49.

153. Gözüm, S. & Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 1, 3-14.
154. Gordon, J. G., Asmundson, G., Norton, R. & Stein, M. B. (2002). *Clinical Research In Mental Health: A Practical Guide*. India, IN: Sage Publications.
155. Jackson, S. L. (2012). *Research Methods And Statistics: A Critical Thinking Approach (4th ed.)*. United States of America: USA: Cengage Learning.
156. Sims, R. L. (2004). *Bivariate Data Analysis: A Practical Guide*. New York, NY: Nova Science Publishers.
157. Baydur H. & Eser E. (2006). Uygulama: Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Psikometrik Çözümlemesi. *Sağlıkta Birikim*, 1(2), 99-123.
158. Domino, G. & Domino, M. L. (2006). *Psychological Testing: An Introduction*. United Kingdom, UK: Cambridge University Press.
159. Johnson, B. & Christensen, L. B. (2012). *Educational Research: Quantitative, Qualitative, And Mixed Approaches (4th ed.)*. United States of America: USA: Sage Publications.
160. Dane, F. C. (2011). *Evaluating Research: Methodology For People Who Need To Read Research*. California, CA: SAGE Publications.
161. Fawcett, A. J. L. (2007). *Principles of Assessment And Outcome Measurement For Occupational Therapists And Physiotherapists: Theory, Skills And Application*. United States of America: USA: John Wiley & Sons.
162. Rust, J. & Golombok, S. (1999). *Modern Psychometrics: The Science of Psychological Assessment (2nd ed.)*. New York, NY: Routledge.
163. Singh, K. (2007). *Quantitative Social Research Methods*. New Delhi, IN: SAGE Publications.
164. Tappen, R. M. (2011). *Advanced Nursing Research*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
165. Öksüz, E. & Malhan, S. (2005). *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri*. Ankara: Başkent Üniversitesi. 1-33.

166. Jacobson, s. F. (2004). Evaluating Instruments For Use In Clinical Nursing Research. In: M. Frank-Stromborg & S. J. Olsen (Eds.), Instruments For Clinical Health-care Research (pp. 3-19). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
167. İşman, A., Odabaşı, H. F., Kuzu, A., Erişti, S. D. B. & Can, V. (2011). Ölçme ve Değerlendirme. Eskişehir: Anadolu üniversitesi.
168. Roach, K. E. (2006). Measurement of Health Outcomes: Reliability, Validity and Responsiveness. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 18(1), 8-12.
169. Wood, M. J. & Kerr, J. C. (2011). Basic Steps in Planning Nursing Research: From Question To Proposal (7th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
170. McBurney, D. H. & White, T. L. (2010). Research Methods (8th ed.). Belmont, CA: Cengage Learning.
171. Cottrell, R. R. & McKenzie, J. F. (2011). Health Promotion & Education Research Methods (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
172. Soeken, K. L. (2010). Validity of Measures. In: C. F. Waltz, O. Strickland & E. R. Lenz (Eds.), Measurement In Nursing And Health Research (4th ed.). (pp. 163-202). New York, NY: Springer Publishing Company.
173. Mark, R. (1996). Research Made Simple: A Handbook For Social Workers. California, CA: SAGE Publications.
174. Paul, K. (1986). A Handbook of Test Construction: Introduction To Psychometric Design. "The Characteristics of Goog Tests In Psychology" (N. Sanlı, Trans.). London, UK: Routledge.
175. Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32, 470-83.
176. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı. <http://hastane2.akdeniz.edu.tr/klinik>. Erişim tarihi: 15 Mayıs 2012.
177. Avis, N. E., Smith, K. W., Hambleton, R. K., Feldman, H. A., Selwyn, A. & Jacobs, A. (1996). Development of the Multidimensional Index of Life Quality: A Quality of Life Measure for Cardiovascular Disease. *Medical Care*, 34(11), 1102-120.
178. Wang, W., Lopez, V. & Thompson, D. R. (2006). A Chinese Mandarin Translation And Validation of the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS). *Quality of Life Research*, 15, 1243-49. doi: 10.1007/s11136-006-0065-1.

179. Tosun, C. (2005). Dil Zenginliği, Yozlaşma ve Türkçe. *Journal of Language and Linguistic Studies*, 1(2), 136-54.
180. Özyürek, R. (t.y.). Türk Devlet ve Topluluklarından Gelen Türk Soylu Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Türkçe Öğreniminde Karşılaştıkları Problemler. <http://www.eab.org.tr/eab/oc/egtconf/pdfkitap/pdf/663.pdf>. Erişim tarihi: 11 Haziran 2012.
181. Sinan, A. T. & Demir, S. (2010). Dil Bilimini Sevdiren Adam: Prpf. Dr. Doğan Aksan. *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish Or Turkic*, 5(4), 639-62.
182. Seviğ, Ü. & Tanrıverdi, G. (2012). *Kültürlerarası Hemşirelik*. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.
183. Karagöz, Y. & Kösterelioğlu, İ. (2008). İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinin Faktör Analizi Metodu İle Geliştirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21, 81-97.
184. Eminoğulları, A., Doğan, A. & Bozkurt, S. (2009). Kültürlerarası Adaptasyon Envanteri (Cross Cultural Adaptability Inventory-CCAI) Üzerine Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(1), 331-49.
185. Şahin, N. & Dişsiz, M. (2009). Sağlık Çalışanlarında Aile İçi Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2), 263-74.
186. Cirhinlioğlu, Z. (2010). *Sağlık Sosyolojisi* (2. basım). Ankara, TR: Nobel Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti.
187. Cruz, L. N., Camey, S. A., Fleck, M. P. & Polanczyk, C. A. (2009). World Health Organization Quality of Life Instrument-brief and Short Form-36 In Patients With Coronary Artery Disease: Do They Measure Similar Quality of Life Concepts? *Psychology, Health & Medicine*, 14(5), 619-28. doi: 10.1080/13548500903111814.
188. Budzynski, J., Pulkowski, G., Suppan, K., Fabisiak, J., Majer, M., Klopocka, M., Galus-Pulkowska, B. & Wasielewski, M. (2011). Improvement In Health-Related Quality of Life After Therapy With Omeprazole In Patients With Coronary Artery Disease and Recurrent Angina-Like Chest Pain. A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of the SF-36 Survey. *Health Qual Life Outcomes*, 9(77). doi:10.1186/1477-7525-9-77.

189. Erginöz, E. (2008). Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 62, 31-40.
190. Çakır, N. (2011). Rasyonel Olmayan Antibiyotik Kullanımının Ekonomik Sonunları. Klinik Dergisi, 14(2), 35-40.
191. Babadağlı, B., Erim, S. E. & Erdoğan, S. (2006). Hekim ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3), 52-69.
192. Atıcı, E. (2007). Hasta - Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33(2) 91-96.
193. Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E. & Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. TJFMPC, 6(1), 13-21.
194. Geylan, R. (1991). Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
195. Batıgün, A. D., Şahin, N. H. & Demirel, E. K. (2011). Bedensel Hastalıkları Olan Bireylerde Stres, Kendilik Algısı, Kişilerarası Tarz ve Öfke İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 22, 1-10. doi: 1.5080/u6478.
196. Şentürk, H. (t. y.). Küreselleşme Çağında İnsan, Din ve Medeniyet. <http://idc.sdu.edu.tr/tammetinler/dinkultur/dinkultur27.pdf>. Erişim tarihi: 19 Mayıs 2012.
197. Demirsoy, N. & Taşkiran, Ö. (2010). Yaşlılarda Kardiyak Rehabilitasyon: Türkiye'ye ve Dünyaya Genel Bir Bakış. Türk Geriatri Dergisi, Özel Sayı 2, 125-33.
198. Dilek, F., Ünsar, S. & Süt, N. (2010). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13), 29-44.
199. Wong, M. S. & Chair, S. Y. (2007). Changes In Health-Related Quality of Life Following Percutaneous Coronary Intervention: A Longitudinal Study. International Journal of Nursing Studies, 44, 1334-42. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.07.011.
200. Boini, S., Briançon, S., Guillemin, F., Galan, P. & Hercberg, S. (2006). Occurrence of Coronary Artery Disease Has An Adverse Impact on Health-Related Quality of Life: A Longitudinal Controlled Study. International Journal of Cardiology, 113, 215-22. doi:10.1016/j.ijcard.2005.11.016.

201. Najafi, M., Sheikhvatan, M., Montazeri, A. & Sheikhfathollahi, M. (2009) Reliability of World Health Organization's Quality of Life-BREF Versus Short Form 36 Health Survey Questionnaires For Assessment of Quality of Life In Patients With Coronary Artery Disease. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 10, 316-21. doi: 10.2459/JCM.0b013e328326291a.
202. Benzer, W., Höfer, S. & Oldridge, N. B. (2003). Health-Related Quality of Life In Patients With Coronary Artery Disease after Different Treatments For Angina In Routine Clinical Practice. *Herz*, 28, 421-28. doi: 10.1007/s00059-003-2388-9.
203. Çelen, M. (2011). Türkiye'de Boşanma Olgusu ve Boşanma Çeşitleri. Ulusal Aile Sempozyumu-Sebepler ve Sonuçlarıyla Boşanma Olgusu konulu sempozyum, 10 Nisan 2011.
204. Koç, İ., Eryurt, M. A., Adalı, T. & Seçkinler, P. (2008). Türkiye'nin Demografik Dönüşümü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008.
205. Avrupa Yaşama ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı (2007). Birinci Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi: Türkiye'de Yaşam Kalitesi. <http://eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0733.htm> adresinden 19 Mayıs 2012 tarihinde alınmıştır.
206. Küçükberber, N., Özdilli, K. & Yorulmaz, H. (2011). Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11, 619-26. doi:10.5152/akd.2011.166.
207. 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.
208. Durmaz, T., Özdemir, Ö., Özdemir, B. A., Keleş, T., Bayram, N. A. & Bozkurt, E. (2009). Factors Affecting Quality of Life In Patients With Coronary Heart Disease. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 39(3), 343-51. doi: 10.3906/sag-0901-26.
209. T.C. İçişleri Bakanlığı Araştırma ve Etütler Merkezi – AREM (2007). Birinci Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi: Türkiye'de Yaşam Kalitesi <http://www.eurofound.europa.eu/>. Erişim tarihi: 19 Mayıs 2012.
210. Beşer, E., Kara, S., Dicleli, T. & Günay, O. (2010). Kayseri İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 8(2), 83-94.

211. Sönmez, K., Pala, S., Mutlu, B., İzgi, A., Bakal, R. B., İncedere, O., Özden, K., Doğan, Y. & Turan, F. (2004). Koroner Arter Hastalığı Bulunan Olgularda Risk Faktörlerinin Erkek ve Kadınlarda Sosyoekonomik Duruma Göre Dağılımı. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4, 301-5.
212. Şimşek, H. G., Günay, T. & Uçku, R. (2010). Sosyal Eşitsizliklerin Koroner Kalp Hastalığı Risk Etmenlerine Etkisi: İzmir'de Topluma Dayalı, Kesitsel Bir Çalışma. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 10, 193-201. doi:10.5152/akd.2010.057.
213. Bucholz, E. M., Rathore, S. S., Gosch, K., Schoenfeld, A., Jones, P. G., Buchanan, D. M., Spertus, J. A. & Krumholz, H. M. (2011). Effect of Living Alone on Patient Outcomes After Hospitalization For Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology*, 108, 943-48. doi.org/10.1080/13548500120101522
214. Brink, E., Karlson, B. W. & Hallberg, L. R. M. (2002). Health Experiences of First Time Myocardial Infarction: Factors Influencing Women's and Men's Health-Related Quality of Life After Five Months. *Psychology, Health & Medicine*, 7(1), 5-16. doi: 10.1080/13548500120101522.
215. Al-Hassan, M. & Sagr, L. (2002). Stress and Stressors of Myocardial Infarction Patients In The Early Period After Discharge. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 181-88.
216. Tosun, N., Erkoç, Y., Buzgan, T., Keskiniliç, B., Aras, D., Yardım, N., Gögen, S., Sarıoğlu, G. & Soylu, M. (2010). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı: Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara: Anıl Maatbaası.
217. Yıldız, H. & Pınar, R. (2004). Miyokard İnfarktüsü Hastalarda Cinsel Disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4, 309-17.
218. Abacı, A. (2011).Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Ülkemizdeki Durumu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 39, Suppl 4, 1-5. doi: 10.5543/tkda.2011.abaci.
219. Kurçer, M. A. & Özbay, A. (2011). Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11, 107-13. doi:10.5152/akd.2011.028.
220. Sevinç, S. & Eşer, İ. (2011). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Korunma Davranışları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 19(3), 135-44.
221. Koertge, J., Weidner, G., Elliott-Eller, M., Scherwitz, L., Merritt-Worden, T. A., Marlin, R., Lipsenthal, L., Guarneri, M.,... Ornish, D. (2003). Improvement In Medical Risk Factors and Quality of Life in Women and Men With Coronary

- Artery Disease in the Multicenter Lifestyle Demonstration Project. *The American Journal of Cardiology*, 91(1), 1316-22. doi:10.1016/S0002-9149(03)00320-5.
222. Anderson, J. L., Adams, C. D., Antman, E. M., Bridges, C. R., Califf, R. M., Casey, D. E., Jr, Chavey II, W. E.,... Wright, R. S. (2011). 2011 ACCF/AHA Focused Update Incorporated Into The ACC/AHA 2007 Guidelines For The Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 123, e426-e579. doi: 10.1161/CIR.0b013e318212bb8b.
223. Roebuck, A., Furze, G. & Thompson, D. R. (2001). Health-Related Quality of Life After Myocardial Infarction: An Interview Study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787-94.
224. Erickson, S. R., Ellisa, J. J., Kucukarslana, S. N., Kline-Rogersb, E., Smithb, D. E. & Eagle, K. A. (2009). Satisfaction With Current Health Status in Patients With A History of Acute Coronary Syndrome. *Current Medical Research and Opinion*, 25(3), 683-89. doi:10.1185/03007990802714473.
225. Failde, I., Medina, P., Ramirez, C. & Arana, R. (2010). Construct and Criterion Validity of the SF-12 Health Questionnaire in Patients With Acute Myocardial Infarction and Unstable Angina. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 569-73. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01161.x.
226. Soyuer, F., Ünalın, D. & Elmalı, F. (2011). Sigara İçmek Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivitesini Etkiliyor mu? *Kafkas J Med Sci*, 1(3), 103-8. doi: 10.5505/kjms.2011.58066.
227. Uzun, M. (2007). Kardiyak Rehabilitasyonda Hasta Eğitimi ve Egzersiz. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 7, 298-304.
228. Karadağ, A., Cicioğlu, İ., Balın, M. & Yavuzkır, M. (2007). Aerobik Egzersiz Programının Kardiyak Rehabilitasyon ve Koroner Risk Faktörlerine Etkisi. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.*, 21(5), 203-10.
229. Demir, M. & Filiz, K. (2004). Spor Egzersizlerinin İnsan Organizması Üzerindeki Etkileri. *Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi*, 5(2), 109-14.
230. Cicioğlu, İ., Karadağ, A., Balın, M. & Yavuzkır, M. (2007). Aerobik Egzersiz Programının Koroner Kalp Hastalarının Kardiyak Fonksiyonları Üzerine Etkisi. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.*, 21(3), 117-24.
231. Aşçı, H. F. (2004). Benlik Algısı ve Egzersiz. *Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 15(4), 233-66.

ÖZGEÇMİŞ

Şeyma DEMİR, 1988 yılında Antalya’da doğDU, ilköğretim ve lise öğrenimini Antalya’da tamamladı. 2008-2009 eğitim öğretim yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2009 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı’nda eğitimine başladı. Ocak 2010 – Temmuz 2010 tarihleri arasında Antalya Özel Anadolu Hastanesi Dahiliye Kliniği’nde çalıştı. Temmuz 2010 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde kardiyoloji klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır.

EKLER

HASTA BİLGİ FORMU

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	
Adı- Soyadı:	1. () Kararlı Angina Pektoris
Protokol No:	2. () Kararsız Angina Pektoris
Tıbbi Tanısı:	3. () Miyokard İnfarktüsü (Kaç kez?.....)
1. Yaşı:	
2. Cinsiyeti:	1. () Kadın 2. () Erkek
3. Medeni Durumu:	1. () Evli 2. () Bekar
4. Mesleği:	1. () İşsiz 2. () Memur 3. () Emekli 4. () Ev hanımı 5. () İşçi 6. () Serbest meslek 7. () Diğer.....
5. Eğitim Durumu:	1. () Okur-yazar 2. () Okur-yazar değil 3. () İlkokul 4. () Ortaokul 5. () Lise 6. () Üniversite ve üzeri
6. Sosyal Güvence:	1. () Var 2. () Yok
7. Gelir-gider Durumu:	1. () Gelir gidere göre fazla 2. () Gelir gidere göre eşit 3. () Gelir gidere göre az
8. Birlikte Yaşadığınız Bireyler:	1. () Yalnız 2. () Diğer aile bireyleriyle birlikte (Açıklayınız) 3. () Diğer (Açıklayınız)
B. HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER VE RİSK FAKTÖRLERİ	
9. Sigara kullanıyor musunuz?	1. () Evet (Kaç yıldır, günde kaç adet? Belirtiniz) 2. () Hayır 3. () Bıraktım Ne kadar süredir kullanmıyorsunuz?
10. Alkol kullanıyor musunuz?	1. () Evet (Kaç yıldır, ne kadar? Belirtiniz...) 2. () Hayır 3. () Bıraktım Nekadar süredir kullanmıyorsunuz?
11. Tanınız ne zaman kondu?.....	

12. Kalp hastalığına bağlı kaç kez hastaneye yattınız?

1. () 1 kez
2. () 2 kez
3. () 3 ve üzeri

13. Hastalığınızla ilgili diyet yapıyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

14. Hastalığınızla ilgili egzersiz yapıyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

15. Hastalığınızla ilgili ilaç kullanıyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

16. Hastalığınızla ilgili ilaçları düzenli kullanıyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

17. Kullandığınız ilaçları yazınız.

.....

18. Son İki Haftada Akut Koroner Sendrom Semptomlarınızı Deneyimleme Sıklığını Belirtiniz.

Semptomlar	Hiçbir zaman (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Çoğu zaman (4)	Her zaman (5)
Göğüs ağrısı					
Terleme					
Yorgunluk					
Solunum sıkıntısı					
Çarpıntı					
Siyanoz (Morarma)					
Bulantı					
Kusma					
Baş dönmesi					
Kanlı balgam					
Bayılma					
Diğer					

MULTIDIMENSIONAL INDEX OF LIFE QUALITY (MILQ)

Step 2

I'm now going to ask you how **satisfied** you are with different aspects of your life **at the present time**. We'll be referring to side B of the response card. Again, in order to be certain that we are both using the same scale, could I ask you to please read to me the responses and corresponding numbers that you have before you for this portion of the interview?

	1 = very dissatisfied 2 = dissatisfied 3 = somewhat dissatisfied 4 = neither satisfied nor dissatisfied 5 = somewhat satisfied 6 = satisfied 7 = very satisfied						
1. How satisfied are you with your overall mood?	1	2	3	4	5	6	7
2. How satisfied are you with how hopeful you feel about the future?	1	2	3	4	5	6	7
3. How satisfied are you with how happy you are?	1	2	3	4	5	6	7
4. How satisfied are you with feeling calm?	1	2	3	4	5	6	7
5. How satisfied are you with how you feel physically?	1	2	3	4	5	6	7
6. How satisfied are you with your energy to do what you want?	1	2	3	4	5	6	7
7. How satisfied are you with being free of pain?	1	2	3	4	5	6	7
8. How satisfied are you with the physical exercise you get?	1	2	3	4	5	6	7
9. How satisfied are you with being able to perform tasks for yourself?	1	2	3	4	5	6	7
10. How satisfied are you with your ability to lift and carry things around the house?	1	2	3	4	5	6	7
11. How satisfied are you with being physically able to take vacations or trips?	1	2	3	4	5	6	7
12. How satisfied are you with physically being able to work?	1	2	3	4	5	6	7
13. How satisfied are you with your family letting you do the things you want?	1	2	3	4	5	6	7
14. How satisfied are you with being able to help family members by babysitting, caring for relatives, etc.?	1	2	3	4	5	6	7
15. How satisfied are you with the amount of time you spend with friends?	1	2	3	4	5	6	7
16. How satisfied are you with participating in community activities?	1	2	3	4	5	6	7
17. How satisfied are you with the activities you do with your spouse/partner?	1	2	3	4	5	6	7
18. How satisfied are you with the amount of affection your spouse/partner expresses toward you?	1	2	3	4	5	6	7
19. How satisfied are you with being able to confide in your spouse/partner?	1	2	3	4	5	6	7
20. How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5	6	7
21. How satisfied are you with feeling alert?	1	2	3	4	5	6	7
22. How satisfied are you with your ability to concentrate?	1	2	3	4	5	6	7

23. How satisfied are you with your ability to make decisions by yourself?	1	2	3	4	5	6	7
24. How satisfied are you with being able to remember things that happened awhile ago?	1	2	3	4	5	6	7
25. How satisfied are you with your household income?	1	2	3	4	5	6	7
26. How satisfied are you with your ability to pay monthly expenses?	1	2	3	4	5	6	7
27. How satisfied are you with the amount of money you have in savings?	1	2	3	4	5	6	7
28. How satisfied are you with your financial security?	1	2	3	4	5	6	7
29. How satisfied are you with the information you get from your doctor?	1	2	3	4	5	6	7
30. How satisfied are you with being able to ask your doctor questions?	1	2	3	4	5	6	7
31. How satisfied are you with the quality of medical care you are getting?	1	2	3	4	5	6	7
32. How satisfied are you with the support you get from your doctors and other health professionals?	1	2	3	4	5	6	7
33. How satisfied are you with the amount of time your health permits you to work?	1	2	3	4	5	6	7
34. How satisfied are you with being able to do the type of work you want?	1	2	3	4	5	6	7
35. How satisfied are you with feeling productive?	1	2	3	4	5	6	7

QOL END TIME __ . __
AM PM

36. Is there anything else that you wish to add that is important to your quality of life that has not been covered in these questions?

- 1. NO**
- 2. YES (SPECIFY)**

ÇOK BOYUTLU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Size yaşamınızdaki değişikliklerden *şu anda* ne kadar memnun olduğunuza dair bazı sorular soracağım. Aşağıdaki her soru için, ölçek üzerinde, *memnuniyet* derecenizi en iyi şekilde gösteren sayıyı daire içine alınız.

Ölçek Maddeleri	MEMNUNİYET DERECEZİ						
	Hiç memnun değilim	Memnun Değilim	Kısmen memnun değilim	Ne Memnunum Ne Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum
1. Genel duygusal durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
2. Geleceğinize umutla bakıyor musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
3. Şu anki halinizden memnun musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
4. Kendinizi huzurlu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
5. Fiziksel olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
6. İstediklerinizi yapabilecek enerjiye sahip misiniz?	1	2	3	4	5	6	7
7. Ağrı hissetmeme durumunuzdan memnun musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
8. Fiziksel egzersiz yapabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
9. Kendi işlerinizi yapabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
10. Ev işlerini yapabilme gücünüzden memnun musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
11. Fiziksel olarak tatil ya da seyahatlere katılabilme gücünüzden memnun musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
12. Fiziksel yönden çalışabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
13. Ailenizin istediğiniz şeyleri yapmanıza izin vermesinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
14. Bebek bakımı, akrabaların bakımı gibi konularda ailenize yardım edebilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
15. Arkadaşlarınızla geçirdiğiniz zamandan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
16. Sosyal aktivitelere katılma durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
17. Eşiniz/partnerinizle yaptığınız aktivitelerden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7

18. Eşiniz/partnerinizin size karşı gösterdiği sevgiden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
19. Eşinize/partnerinize güvenebilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
20. Cinsel yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
21. Hastalıkla ilgili olağan üstü durumlara hazırlıklı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
22. Konsantre olabilme becerinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
23. Kendi başınıza karar verebilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
24. Yakın geçmişteki olayları hatırlayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
25. Maddi gelirinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
26. Aylık giderlerinizi karşılayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
27. Tasarruf yapabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
28. Sosyal güvencenizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
29. Sağlık personelinin aldığımız bilgilerden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
30. Sağlık personeline soru sorabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
31. Aldığımız tıbbi bakımın kalitesinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
32. Sağlık personellerinden aldığımız destekten ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
33. Sağlığınız ölçüsünde çalışma süresinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
34. İsteddiğiniz bir işi yapabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
35. Kendinizi işe yarar hissetme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7

36. Buradaki soruların kapsamadığı, fakat yaşam kaliteniz için önemli gördüğünüz ve eklemek istediğiniz başka hususlar var mı?

1. Hayır.
2. Evet (Belirtiniz).

MİYOKART İNFARKTÜSÜ BOYUTSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Lütfen her soru için bir tane kutuya işaretleme yapınız.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Fiziksel harekete (örneğin; ev, iş veya alışverişe gitme) başlamadan önce iki kez düşündünüz mü?	1	2	3	4	5
2. Göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
3. Günlük yaşamınızı etkileyen göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
4. Üzerinizde durgunluk/keyifsizlik hissettiğiniz oldu mu?	1	2	3	4	5
5. Gücünüz yokmuş gibi hissettiğiniz oldu mu?	1	2	3	4	5
6. Nefessiz kaldığınızı hissettiğiniz oldu mu?	1	2	3	4	5
7. Fiziksel hareket / egzersiz yaptığınız zaman göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
8. Kısıtlamalardan dolayı kendinizi kötü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
9. Daha fazla dinlenme gereksinimi hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
10. Sosyal yaşamınızda bir azalma / değişiklik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
11. Ev ile ilgili sorumluluklarınızı yerine getiremeyeceğinizi hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
12. Hava durumundaki farklılıklar göğsünüzde ağrı oluşturdu mu?	1	2	3	4	5
13. Tekrar kalp krizi geçirme korkusu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
14. Kendinizi her şeyden uzak kalmış gibi hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
15. Kendinizi yalnız hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
16. Seyahate çıkma endişesi yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
17. Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
18. Güvende olmadığınızı hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
19. Kendinize olan güveninizde değişiklik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
20. Ölüm korkusu yaşadınız mı?	1	2	3	4	5
21. Geleceğe yönelik endişeniz oldu mu?	1	2	3	4	5

22. abuk sinirlendiğinizi hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
23. Kendinizi keyifsiz veya mutsuz hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
24. Kendinizi kt huylu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
25. Kendinizi stresli/gergin hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
26. Ailenizin ve arkadaşlarınızın aşırı koruyucu olduklarını hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
27. zgrlğünüz/bağımsızlığınızı yitirdiğinizi hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
28. Başkalarına gvenmek zorunda olduğunuzu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
29. Beslenmenizi nemsediniz mi?	1	2	3	4	5
30. Kolesterol seviyenizi nemsediniz mi?	1	2	3	4	5
31. Kilonuz ile ilgili endişeniz oldu mu?	1	2	3	4	5
32. İla kullanmaktan dolayı endişeniz oldu mu?	1	2	3	4	5
33. Kullandığınız ilaların yan etkileri ile ilgili endişeniz oldu mu?	1	2	3	4	5
34. İlalarınızı kullandıktan sonra şdğünüz hissettiğiniz oldu mu?	1	2	3	4	5
35. İlalarınızı kullanmaya başladıktan sonra yan etkiler (rneğin; eller veya ayaklarda soğuma/gece tuvalete gitme ve bunun gibi başka Őikayetler) yaşadınız mı?	1	2	3	4	5

ORJİNAL ÖLÇEĞİN YAZARINDAN MAİL YOLUYLA ALINAN İZİN YAZISI

Yeni Yanıtla Tümünü yanıtla İlet Sil Gereksiz Süpür İşaretle Taşı

Kategoriler Seçenekler

RE: Multidimensional Index of Life Quality (MILQ) Don't delete

Bununla ilişkili iletileri görmek için, detileri konuşmaya göre gruplandırın.

Nancy Avis 10 April 2010 10:12 AM Yanıtla

To my knowledge there is not a Turkish version of this measure. If you decide to translate it, I would request that you send me a copy of the translated version and a description of the procedure you used for translation. Thank you.

From: Şeyma DEMİR [mailto:seyma__demir@hotmail.com]
Sent: Wednesday, April 28, 2010 10:12 AM
To: Nancy Avis
Subject: Multidimensional Index of Life Quality (MILQ)

Lady Avis,

Hello, I'm Seyma DEMİR. I have been studying postgraduate in Turkey and I'm about to give a thesis proposal. I want to do a validity and reliability study for the location of my thesis. I wonder whether Multidimensional Index of Life Quality (MILQ) 's has been the Turkish version that was developed by you. I want to do the MILQ' Turkish validity and reliability study if it does not have a Turkish version and you also have permission it.

Yours truly...

Windows 7: Gündelik işlerinizi basitleştirin. [Size en uygun bilgisayar bulun.](#)

Yeni Yanıtla Tümünü yanıtla İlet Sil Gereksiz Süpür İşaretle

Taşı Kategoriler

Şullar Gizlilik Bildirimi Reklamlarımız hakkında Tanıtın Geliştiriciler Yardım Merkezi Görüşleriniz Türkçe

RE: Multidimensional Index of Life Quality (MILQ)

Nancy Avis (navis@wfubmc.edu)

30 Nisan 2010 Cuma 22:17:58

Şeyma DEMİR (seyma__demir@hotmail.com)

1 ek

Please see the attached.

From: Şeyma DEMİR [mailto:seyma__demir@hotmail.com]

Sent: Friday, April 30, 2010 3:13 PM

To: Nancy Avis

Subject: RE: Multidimensional Index of Life Quality (MILQ)

Lady Navis,

Thanks for your mail. I would like to translate and to study the reliability and validity with regard your scala. But I can not reach to your original scala. Could you send me it if possible, please?

Sincerely...

MILQ Turkish Version

Şeyma DEMİR (seyma__demir@hotmail.com)
23 Ocak 2012 Pazartesi 12:20:50
navis@wakehealth.edu; navis@wfubmc.edu

Mrs Avis,

Hello, I'm Seyma DEMİR, I'm a postgraduate student in Turkey. I wrote to you earlier that wanted to do Turkish validity and reability study related to Multidimensional Index of Quality of Life (MILQ). I got utilization permission from New England Research Institute to use the MILQ. They sent me in relation to terms of use MILQ is as follows:

LICENSING AGREEMENT Multidimensional index of Life Quality (MILQ Instrument)

This agreement made this January 19th, 2012 by and between New England Research Institutes, Inc. (herein after referred to as the "Licensor") with offices located at 9 Galen Street, Watertown, MA 02472 and ŞEYMA DEMİR at AKDENİZ UNIVERSITY, ANTALYA , Dumlupınar Bulvarı , 07000, TURKEY (here in after referred to as the "Licensee").

WHEREAS, As outlined ŞEYMA DEMİR is requesting to administer the Multidimensional index of Life Quality (MILQ Instrument) 1 times as part of a research project titled: Turkish validity and reliability study.

NOW THEREFORE THE PARTIES MUTUALLY AGREE AS FOLLOWS:

A fair use LICENSING AGREEMENT (one time fee) of \$125 (one hundred and twenty-five dollars) will be assessed for use of the instrument. This agreement would allow LICENSEE to duplicate and administer the questionnaire up to 1 times. LICENSEE'S payment must be received prior to use of the instrument.

Because the Multidimensional index of Life Quality (MILQ Instrument) is copyright protected, the questionnaires must have copyright credit listed on the documents (i.e., © Copyright 1994 New England Research Institutes Inc, 9 Galen Street, Watertown, MA 02472).

1. This agreement represents the complete Agreement between the parties relative to the subject matter hereof. No waiver, modification, or amendment to this Agreement shall be effective unless in writing and signed by both parties.
2. The terms and conditions of this agreement shall be construed under the laws of the Commonwealth of Massachusetts in all respects.

EK-V

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ BİLİMSEL
ETİK KURULU ONAYI**

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/
Konu:

21/09/2010

KARAR

Kurulun Adı, Adresi : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel
Araştırmalar Değerlendirme Kurulu ,
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dumlupınar Bulvarı Kampüs
07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi ve Karar No : 21.09.2010/117

Araştırmanın tam adı :“Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Çok
Boyutlu Yaşam Kalitesi İndeksi'nin Geçerlik ve
Güvenirlilik Çalışması”

Sorumlu araştırmacının ismi : Yrd.Doç.Dr. Zeynep CANLI ÖZER

Sorumlu Araştırmacı Yrd.Doç.Dr. Zeynep CANLI ÖZER tarafından yürütülecek olan “Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi İndeksi'nin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması” adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

Prof.Dr. Fulin AYDOĞDU TİTİZ
Başkan

Prof.Dr. Ata Nevzat YALÇIN
Başkan Yardımcısı

Yrd.Doç.Dr. Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Raportör

Prof.Dr. Ayşel AĞAR
Üye

Prof.Dr. Gökhan ARSLAN
Üye (Görevli)

Prof.Dr.M.Akif ÇİFTÇİOĞLU
Üye

Doç.Dr. Yıldırım ÇETE
Üye (Görevli)

Doç.Dr. Mustafa AKÇAKUŞ
Üye

Doç.Dr. İ.Türker KÖKSAL
Üye (izinli)

Doç.Dr. Zafer ZEYTİN
Üye (izinli)

Yrd.Doç.Dr. Hakan GÜLKESEN
Üye

Ecz. Nurten ZEYBEK BOYACI
Üye

EK-VI

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
KARDİYOLOJİ KLİNİĞİ ONAYI**



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği



Sayı : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER- 1320
Konu : Tez çalışması yapılması.

07/06/2010

ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 25/05/2010 tarih ve B.30.2.AKD.0.Y2.72.00/527 sayılı yazı.

Yüksekokulunuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şeyma DEMİR'in, "Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi İndeksinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu tezi ile ilgili araştırmasını Ekim 2010 – Haziran 2011 tarihleri arasında Hastanemiz Kardiyoloji Kliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr.Abdullah ERDOĞAN
Başhekim
Dekan Yardımcısı

KATILIMCILARI BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Katılımcı;

Adım Şeyma DEMİR, Akut Koroner Sendrom tanısı almış hastalarda yaşam kalitesinin önemli derecede etkilenen fiziksel, fonksiyonel, mental, duygusal, psikolojik, sosyoekonomik ve davranışsal boyutlarını çok yönlü ele alarak ölçen bu ölçeği Türkçe'ye uyarlamak üzere bir ölçek uyarlama çalışması yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplaması için kişisel bilgileri ve çalışmada kullanacağım ölçeklere dayalı bir soru formu hazırladım. Soruları yanıtlamak ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Toplanan bu veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır.

Katıldığımız için teşekkür ederim.

Şeyma DEMİR

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek

Lisans Öğrencisi

Katılımcının İmzası