

MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN BİREYLERİN YAŞAM KALİTELERİNİN BELİRLENMESİ(*)

Öğr. Gör. Sevilay ESKİ**
Doç. Dr. Hatice FESCI***

ÖZET

Araştırma, Miyokard Enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme, hastanenin Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde Miyokard Enfarktüsü tanısı ile yatıp taburcu edilen ve ikinci kontrole gelen 129 hasta alınmıştır. Veri toplama aracı olarak, hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalıklarına ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren anket formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Yüzdeler Hesaplaması, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastaların yaşam kaliteleri, cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, mesleki durum, çalışma durumu, yaşanan yer, evde birlikte yaşanan kişiler, MI'dan önce başka hastalık tanısı alma durumu, KAH ile ilgili daha önce hastanede yatma durumu, hastalıkla ilgili ilaç, diyet ve egzersize uyma durumu, KAH semptomlarını deneyimleme sıklığının etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Miyokard Enfarktüsü, Yaşam Kalitesi

DETERMINING THE QUALITY OF THE LIFE OF THE PATIENTS WHO HAD MYOCARDIAL INFARCTION SUMMARY

This research has been done in a descriptive to determining the quality of life of the patients who had myocardial infarction. Research has been done at the cardiology polyclinic in Blacksea Technical University Farabi Hospital.

129 patients have been taken as a sample from among those who were treated for Myocardial Infarction and come second control at Cardiology Polyclinic between September 1997 and March 1998. The Quality of Life Scale (SF-36) and the questionnaire prepared by the researchers to collect data on the characteristics of their disease and characteristics of their disease have been used in this study.

For the analysis of data, statistical methods such as Kruskal Wallis Variance Analysis and Mann Whitney have been employed. And the findings have been presented in percentage where appropriate. The quality of life of the patients are affected by their sex, age, education, job, employment status, their dwellings, peoples that live together, illness that have before MI, hospitalization related to Coronary Heart Disease, complications of medical treatment, dietary program and exercise program, frequency of experienced the Coronary Heart Disease symptoms.

Suggestions based on the data obtained during the research are presented.

Words: Myocardial Infarction, Quality of life

* Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, 1999 (Danışman, Fesci, H)

** Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu

*** Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

I. GİRİŞ

Günümüzde, tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesiyle doğuştan beklenen yaşam süresi ve yaşlanmaya bağlı kronik hastalığı olan birey sayısı artmaktadır. Kronik hastalıklar, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olan Koroner Arter Hastalığı (KAH) da kronik bir hastalık olarak bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir (Champion and Ferguson 1987 , Briggs 1994, Dracup et al 1995, Henderson 1996).

KAH gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta ve kardiyovasküler mortalitenin yaklaşık %50 'sinden sorumlu tutulmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' nde Ulusal Sağlık İncelemeleri'nde KAH' na sahip 40 yaş altında 2 milyon, 40-59 yaş arasında 1.5 milyon, 60 yaş üstünde 2.75 milyon kişinin olduğu ve her yıl 1.5 milyondan fazla kişinin Miyokard Enfarktüsü (MI) geçirdiği ve bunların da %50' sinden fazlasının ilk 1 saat içinde kaybedildiği belirtilmektedir. Bu oran ABD'deki tüm ölümlerin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. KAH 1953-1963 yılları arasında 65 yaş altındaki nüfus da dahil olmak üzere ölüm oranında önemli düşüş göstermeyen tek kardiyovasküler hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından koordine edilen yedisi Avrupa Bölgesinden olmak üzere 17 toplulukta yapılan bir araştırmada tüm yaş gruplarında MI görülme oranının erkeklerde %03.9-8.3, kadınlarda %02.2-6.5, 20 -64 yaş grubunda erkeklerde %03.4, kadınlarda %00.9 arasında olduğu saptanmıştır (Fowles 1990, Dilbaz 1996, Hoeman 1996).

Türkiye' de 1994 yılı Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre, seçilen 150 ölüm nedenleri arasında KAH' ndan kaynaklanan ölümler beşinci

sırada yer almaktadır. 1995 yılı Sağlık İstatistik verilerine göre, KAH olan hasta sayısı 82.128' dir. Bu hastaların 77.022' si hastaneye yatıp taburcu olurken 5106' sı MI geçirerek kaybedilmiştir. Kronik hastalığı olan hastaların hastaneye yatış gün sayısı incelendiğinde de KAH olan hastaların hastaneye yatış gün sayısının kronik hastalıklar içerisinde ilk beş sırada yer aldığı görülmektedir (Sağlık İstatistikleri 1995, Ölüm İstatistikleri 1995).

Dünyada ve ülkemizde kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yere sahip olan KAH, bireyin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini alt üst etmekte, yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. KAH' na sahip olan bireyler, MI geçirdikten sonra aşırı derecede stresli bir döneme girerek distres, anksiyete, depresyon, yorgunluk, iritabilete, konsantrasyon azlığı ve uykusuzluk sorunları yaşamaktadır. Bireylerin kendilerini güvensiz, kararsız hissetmeleri, kontrol duygusu eksikliği yaşamaları, aile içinde rol karmaşıklığı ve rutinlerin bozulması, eski yaşantılarına geri dönmelerinde güçlükle yaratmakta, işini kaybetme, boşanma ve iş değiştirme gibi sosyal travmalara neden olmaktadır (Hoeman 1996, Kuzu 1996, Lyke 1992, Meischke 1995, Şahin 1997, Thompson 1994). Hastaların eski işlerine geri dönememe ile ilgili yaşadığı sorunlar, fiziksel yetersizlikleri ile birlikte fiziksel kondisyon, danışma eksikliği ve psikolojik uyumsuzluklar nedeniyle olmaktadır. Bireylerin MI' ne yönelik emosyonel ve davranışsal tepkileri inkar, kızgınlık anksiyete, korku ve bağımlılık evrelerini içermektedir. Birey bu evrelerde uzun süre kendine yetememe ve sağlık problemleri nedeniyle gelecekteki uygulamalarına başlayamama korkusu yaşamaktadır. MI' nün getirdiği fiziksel ve sosyal aktivite kısıtlamaları, bireylerin güçsüzlük ve yetersizlik duygularını arttırmakta ve özsaygıları-

nın azalmasına neden olmaktadır. MI sonrası gelişen düşük özsaygı ve bireyin kendini sürekli "hasta" rolünde algılaması, öğrenmesini ve uyumunu azaltmakta, pozitif başa çıkma davranışlarını olumsuz etkilemekte kendi kimliğine meydan okuma, değersiz hissetme, sağlığın sürdürülmesine önem vermeme gibi davranışları ortaya çıkarmaktadır (Hoeman 1995, Jost 1995, Durmuş 1993). Hastaların göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, yorgunluk gibi hastalık semptomlarından başka şüphe duyma, rahatsızlık, panik atakları, ölüm korkusu yaşamaları, yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda hastaların beslenme alışkanlıklarında ve günlük yaşam aktivitelerinde, aşırı stres ya da aşırı yorgunluk veren etkinliklerde değişiklikler yapma zorunluluğu yaşam kalitesini azaltmaktadır. Moser ve arkadaşlarının belirttiği gibi Orzeck ve Staniloff'un çalışmasında yeterli destek alamayan hastaların depresyon, anksiyete, güvensizlik gibi olumsuz duyguları daha fazla yaşadığı ve hastalıkla ilgili kişisel kontrol yetersizliklerinin olduğu belirtilmektedir (Durmuş 1993, Moser et al 1993, Kabukcu ve Tokgözoğlu 1994, Kuzu 1996).

KAH' na sahip birey ve ailesi MI' nı takiben fiziksel ve psikososyal sorunlarıyla başa çıkabilmek için, profesyonel bir kişiden rehberlik alma ihtiyacıdır. Akyolcu'nun belirttiği gibi Jenkins' in MI' den sonra hastaların gereksinimlerine yönelik bilgi vermenin etkinliğini değerlendiren çalışmasında hastaların büyük bir çoğunluğunun gereksinimlere yönelik bilgilenme sonucunda aile yaşamlarının düzeldiği ve yaşamlarından zevk alır hale geldikleri belirlenmiştir. Hastalar olumlu davranışların gelişmesinde hastalıklarını ve gereksinimlerini sağlık elemanları ile paylaşmanın önemli rol oynadığını ifade etmişlerdir (Akyolcu., Akyolcu 1990, Hoeman 1995, Kütük 1981). Sağlık

ekibi içerisinde yer alan hemşire, hastaya ve ailesine sağlanacak danışmanlık ve eğitimde anahtar rol oynamaktadır. MI' ünden sonra hemşirelik girişimleri, hastanın fizyolojik ve psikolojik rahatının sürdürülmesini, duygusal destek sağlanmasını, baş etme yöntemlerinin geliştirilmesini ve sağlık problemlerinin önlenmesini ya da baş etmesi için gerekli olan bilgilerin verilmesini kapsamaktadır (Murray and Zentner 1985). KAH' na yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerini içeren hemşirelik girişimleri ile hastaların etkin başa çıkma davranışları desteklenmekte, kişilerarası ilişkileri geliştirilmekte, fizyolojik-psikolojik-sosyal uyumsuzlukları düzenlenmekte, destek kaynaklarını kullanmaları sağlanmakta, hastalıklarını kontrol edebilme yetenekleri artırılmakta ve yaşam kaliteleri yükseltilebilmektedir (Conn et al 1991, Briggs 1994, Hoeman 1996, Maines et al 1997).

MI geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesiyle, yaşam düzeyleri, aile ilişkileri, sosyal ilişkileri, günlük aktiviteleri ve ekonomik durumları ile ilgili yaşam deneyimleri değerlendirilmekte ve bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda gereksinim duydukları memnuniyet düzeyleri tanımlanabilmektedir. MI geçiren bireylere kardiyak risk faktörleri konusunda danışmanlık hizmeti sunma, fizyolojik ve psikolojik rahatın sürdürülmesinde gereksinimlere yönelik rehberlik etme, uyum kapasitesi ve özbakım yeteneğinin sürdürülmesinde emosyonel destek sağlama hastalığa ilişkin sağlık problemlerinin önlenmesi ya da baş etmesi için gerekli bilgileri verme ve baş etme yöntemlerini geliştirme konularında eğitim vermeyi içeren hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması yönünden MI geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi önemlidir. Bu nedenle bu çalışmada MI geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

II.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Miyokard Enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Trabzon ili Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'nde yapılmıştır. Araştırma kapsamına Eylül 1997-Mart 1998 tarihleri arasında KTÜ Farabi Hastanesi'nde MI tanısıyla yatıp taburcu olan ve Kardiyoloji Polikliniği'ne ikinci kontrollerine gelen hastalar (N:129) alınmıştır. Araştırma kapsamına ikinci kontrole gelen hastaların alınmasının nedeni hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri için en az bir ay geçmesi gerektiğidir.

Araştırmanın verileri, Anket Formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

Anket Formu, kronik hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Anket Formunda, bireye ilişkin sosyodemografik değişkenler ve hastalığa ilişkin değişkenler yer almaktadır (Bergner 1989, Burckhardt, Ferguson 1987, Fadiloğlu 1987, Fletcher 1987, Hibbert 1993, Holmes 1989, Lewis, Collier and Heltkember 1996, Lukkarinen and Hentinen 1997, Maines et al 1997, Pınar 1995, Pittman and Kirkpatrick 1994).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, ülkemiz koşullarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması Pınar (1995) tarafından yapılmış ve kronik hastalıklarda kullanılabilir olduğu belirtilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı olmak üzere 3 temel skala ve global yaşam doyumu alanlarından oluşmaktadır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan 3 major sağlık alanı ve bunların dokuz belirleyicisi aşağıda yer almaktadır (Ware and Sherbourne 1992, Ware 1989).

Fonksiyonel Durum

Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması

Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması

Fiziksel sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi

Emosyonel sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi

Esenlik

Mental sağlık (emosyonel distres ve esenlik)

Beden Ağrıları

Canlılık (zindellik / yorgunluk)

Genel Sağlık Anlayışı

Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi

Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklikler

Verilerin toplanması öncesi, kurumdan ve MI tanısı ile taburcu olan hastalardan izin alınmış, araştırmanın amacı açıklanmıştır.

Anket Formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği hastalarla teke tek görüşme yapılarak doldurulmuştur. Her görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde kişisel özellikler bağımsız, skaladaki yaşam kalitesi soruları bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Veriler toplandıktan sonra hastaların her boyuta ilişkin kaç puan aldığı elde belirlenmiştir. Her hastaya ilişkin tanıtıcı bilgilerle, yaşam kalitesi puanları SPSS programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalıklarına ilişkin tanıtıcı bilgileri ve hastaların MI sonrası KAH semptomlarını deneyimleme sıklığına göre dağılımında Yüzdellik He-

saplaması, hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması (Mean Rank) dağılımında, dağılım normal dağılıma uymadığı için değerlendirilmede Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis Varyans Analizi yöntemleri kullanılmıştır.

III.BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, hastaların %86.0'nın erkek olduğu, %28.7 oranlarında ise 50-59 ve 60-69 yaş grubunda yer aldığı saptanmıştır. Hastaların %45.7'sinin ilkokul mezunu, %14.7'sinin okur-yazar olmadığı, %13.2'sinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastaların %95.3' ü evli, %31.8' i emekli, %20.2' si işçi, %17.8' i serbest meslek sahibi, %17.1' i memur, %12.4' ü ev hanımıdır. Hastaların %51.9'u çalışmamakta, %29.5' i tam gün, %18.6' sı yarım gün ya da belirli saatlerde çalışmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğunun (%95.3) sosyal güvencesi vardır.

Örneklem kapsamına alınan hastaların %74.4' nün bir kez MI geçirdiği, %71.3' nün KAH ile ilgili daha önce hastanede yatmadığı belirlenmiştir. Hastaların ancak %25.6' sı hastalıklarına ilişkin eğitim aldıklarını, eğitim alanların %72.7' si eğitimi hekimden, %18.1' i diyetisyenden ancak %9.0' ı hemşireden aldığını ifade etmiştir. Hastaların yarısından fazlasının(%56.6) çevresinde MI geçiren birey olduğu saptanmıştır. Hastaların %43.4 ünün hastalığını çevresindeki insanlara anlattığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sigara kullanma durumuna bakıldığında, MI dan önce hastaların %66.7 sinin sigara kullandığı ve bunların da yarıya yakınının(%44.8) günde bir paket sigara içtiği, %30.2 inin 40 yıl ve üzerinde sigara kullandığı, MI dan sonra ise hastaların %90.7 sinin sigara kullanmadığı saptanmıştır.

MI geçiren hastaların büyük çoğunluğunun (%89.1) hastalığıyla ilgili ilaç programına uyduğunu, ilaç programına uyamayan hastaların %50.' si unutkanlık, %21.4' ü ilaçlarını düzenli reçete ettirememesi nedeniyle ilaç programına uyamadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %61.2' si hastalığıyla ilgili diyet programına "her zaman" uyduklarını belirtirken diyet programına uyamayan hastaların %38.0' ı "yiyeceklere dayanamama, canı çekme", %24.0' ı "evde, iş yerinde özel diyet yemeklerinin yapılmaması", %16.0' ı "diyet yemeğini sevmeme" nedenleriyle uyamadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların yarıya yakınının (%40.0) egzersiz programına "her zaman" uyduğu, egzersiz programına uyamayan hastaların ise %25.0 oranlarında yürüme ve koşma için hava şartlarının uygun olmaması, zaman bulamama, ev ve çevresini egzersiz için uygun bulmama nedenleriyle uyamadıkları belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların MI sonrası KAH semptomlarını deneyimle sıklıkları sorulduğunda, %49.7' si yorgunluğu, %18.7 si solunum sıkıntısını, %17.1' i göğüs ağrısını "her zaman ve çoğu zaman" yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.1. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

Cinsiyet	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Kadın	29.00	38.75	45.78	34.00
Erkek	70.84	69.26	68.12	70.03
U	351.0	526.5	653.0	441.0

Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı incelendiğinde; erkek hastaların fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağılımı,

kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. MI geçiren kadın hastaların yaşam kalitesi puanlarının erkeklerden daha düşük olmasının nedeni, daha fazla yaşam biçimi değişikliği yapmak zorunda kalmaları, evlilikle ilgili daha fazla problem yaşamaları ve aile içerisindeki geleneksel rollerini sürdürme zorunlulukları olduğu düşünülmektedir. Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). KAH'lı Hastaların Yaşam Kalitelerini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada kadınların erkeklerden daha fazla emosyonel reaksiyon gösterdiği, uykusuzluk problemi yaşadığı, daha hareketsiz oldukları ve tüm bunların da yaşam kalitelerini azalttığı saptanmıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (Lukkarinen and Hentinen 1997).

Tablo 3.2. Hastaların Yaşa Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

Hastanın Yaşı	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
30-49	66.94	56.13	67.56	66.38
40-49	79.72	68.00	65.26	69.81
50-59	68.08	70.20	74.03	72.09
60-69	61.09	64.09	67.76	65.14
70+	45.88	56.55	41.83	44.58
K.W	10.0994	2.3850	10.0915	7.7623
P	0.0388	0.6653	0.0389	0.1007

Tablo 3.2 de hastaların yaşa göre aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı yer almaktadır. Hastaların 70 ve üzeri yaş grubunda fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı global yaşam kalitesi puanlarının düştüğü görülmektedir. Bunun nedeni olarak, MI geçiren hastaların ilerleyen yaşla birlikte psikososyal problemlerinin ve sosyal destek gereksinimlerinin arttığı düşünülmektedir. Conn et al 1991, yaşlı hastaların MI

sonrası kendi iyilik hallerini algılamalarının ve fiziksel sağlık deneyimlemelerinin daha az ve sosyal desteklerinin yetersiz olduğunu, Bergner 1989 ilerleyen yaşla birlikte fiziksel yetersizliklerin meydana geldiğini ve bunun hem emosyonel doyumu hem de global yaşam doyumunu azalttığını, Burckhard et al 1989 ise ilerleyen yaşla birlikte kronik hastalıkların oranında artma ve bu hastalıklarında özellikle fiziksel işlev kısıtlamalarına neden olduğunu ve sonuçta da yaşam kalitelerini azalttığını belirtmektedir. Yaş gruplarına göre fonksiyonel durum ve genel sağlık anlayışı alanına ilişkin alınan puanların sıra ortalaması dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), esenlik ve global yaşam kalitesine ilişkin puanların sıra ortalaması dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 3.3. Hastaların Eğitim Durumuna Yaşam Kalitesi Alanlarında Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

Eğitim Durumu	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Okur-yazar Değil	28.58	44.00	53.18	39.82
Okur-yazar	67.50	52.42	62.65	61.50
İlkokul	65.31	65.13	63.96	64.34
Ortaokul	92.29	56.15	51.77	55.62
Lise	89.38	92.29	89.32	96.59
Yüksek Öğrenim	89.38	81.00	74.38	83.63
K.W	31.5377	17.6548	11.3323	23.6996
P	0.00001	0.0034	0.0452	0.0002

Hastaların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı incelendiğinde okur-yazar olmayan hastaların global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalamasının, okuryazar, ilkökul ve ortaokul mezunu hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

tır. Lise mezunu olan hastaların tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi puanların sıra ortalaması dağılımının daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bunun nedeni olarak, kişilerin sağlık anlayışlarını eğitimin etkileyebileceği ve bunun sonucunda da yaşam kalitesinin değişebileceği düşünülmektedir (Hicks 1994, O'Donnell 1996). Ancak eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının artması beklenirken, yükseköğrenim mezunu olan hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar, lise mezunu olan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni olarak yükseköğrenim mezunu olan bireylerin sağlığı koruma ve sürdürmeye daha fazla çaba sarf etmeleri, genel sağlıklarına ilişkin daha fazla bilgi ve beklentiye sahip olmaları, daha fazla sorumluluk üstlenme ve artan sorumlulukla baş etme güçlüğü yaşamaları düşünülebilir. Eğitim durumlarına göre grupların puanlarının sıra ortalaması dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 3.4. Hastaların Mesleki Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

Mesleki Durum	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Memur	97.25	81.82	75.48	86.93
İşçi	61.04	59.54	61.25	61.42
Serbest	68.15	69.17	65.13	67.57
Emekli	62.61	65.94	67.76	65.28
Ev hanımı	31.19	41.34	49.56	37.06
KW	31.2326	11.9108	4.9480	16.9779
P	0.00001	0.0360	0.4223	0.0045

Tablo 3.4'de görüldüğü gibi global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağılımı en yüksek olan grup memur, en düşük olan grup ise ev hanımlarıdır. Memurların global yaşam kalitesi puanları sıra ortalaması dağılımının yüksek olması-

nın nedeni olarak, düzenli, belirli bir işe sahip olmaları, belirli bir ücrete göre yaşamlarını planlamaları, belirli düzeyde arkadaş çevresine sahip ve daha fazla sosyal olmaları düşünülebilir. Ev hanımlarının global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağılımının düşük olmasının nedeni ise ev hanımlarının ev içinde sınırlandırılması, ev-çocuk-eş üçgeninde geleneksel rollerini devam ettirmek zorunda kalmaları, sosyal yaşamdan soyutlanmaları şeklinde açıklayabiliriz. Mesleki durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından alınan puanların sıra ortalaması dağılımı istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 3.5. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

Çalışma Durumu	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Tam gün çalışma	84.67	75.49	68.24	76.82
Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışma	60.38	55.79	73.02	62.29
Çalışmama	56.63	62.35	60.29	59.27
KW	12.2143	4.7831	2.4547	5.4971
P	0.0022	0.0915	0.2931	0.0640

Tablo 3.5'de Hastaların çalışma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı görülmektedir. Tam gün çalışan hastaların fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağılımının yarım gün ya da belirli saatlerde çalışan ve çalışmayan hastaların puanlarının sıra ortalaması dağılımından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bunun nedenleri olarak, MI' dan sonra çalışan hastaların daha az oranda anksiyete ve depresyon yaşaması, sosyal aktivitelerinin daha fazla olması, izolasyonlarının engellenmesi düşünülebilir (Holmes 1989, Pittman 1994, Oldridge 1997). Stromborg (1997)' in belirttiği gibi Evans' ın çalışmasında da çalışabilen hastaların yaşam kalitelerinin özellikle subjektif yaşam doyumlarının yüksek olması bizim sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Çalışma durumuna göre grupların esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 3.6. Hastaların Yaşadıkları Yere Göre Yaşam Kalitesi Alanlarında Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

Yaşanılan Yer	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Köy	50.81	53.71	56.61	52.44
İl	70.56	68.60	68.47	70.00
İlçe	73.35	73.60	69.50	72.21
KW	8.4532	5.5908	2.9348	6.6117
P	0.0146	0.0611	0.2305	0.0367

Tablo 3.6'da ilçede yaşayan hastaların köy ve ilde yaşayan hastaların hastalara göre tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı ve global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonucun köyde yaşayanların ağır çalışma şartlarının olması, sağlıklarına bilinçli olarak dikkat edememeleri ve yaşam kalitelerini yükseltmeleri için gerekli olanakları bulamamaları, temel gereksinimleri kültürel değerlere göre değişebileceğinden kültürel değerlerle birlikte yaşama sorunluluklarından kaynaklanabileceği düşünülebilir (Stromborg 1997, Champion, Ferguson 1987). Yaşanılan yere göre fonksiyonel durum alanı ve global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağı-

lımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 3.7. Hastaların Evde Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Yaşam Kalitesi Alanlarında Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

Evde birlikte Yaşayan Kişiler	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Yalnız	21.17	32.00	26.83	22.67
Eşi ile	56.98	59.64	55.84	58.43
Eşi ve çocuk	71.98	69.97	69.58	70.60
Diğer aile bireyleri	65.47	53.33	60.69	53.33
KW	12.4776	6.0610	5.9794	8.2085
P	0.0059	0.1087	0.1126	0.04419

Hastaların evde birlikte yaşadığı kişilere göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı Tablo 3.7' de görülmektedir. Tablodan da görüldüğü gibi eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağılımı daha yüksek, yalnız yaşayanların ise tüm yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağılımı daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni olarak, MI geçiren bireylerin sosyal yaşantılarına geri dönmelerinde en büyük desteği eş ve çocukların oluşturduğu düşünülmektedir. Hanes-tad ve Sheehy in çalışmasında yalnız yaşamının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve yalnız yaşayanların yaşam doyumlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Spertus et al 1994). Ostergren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kardiyak rehabilitasyon programına eş ve çocuklarıyla birlikte katılan hastaların programdan daha fazla yarar sağladıkları belirtilmektedir (Hoeman 1996). Evde birlikte yaşanan kişilere göre grupların fonksiyonel durum alanı ve global yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 3.8. Hastaların MI' dan Önce Başka Hastalığı olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Alanlarında Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

MI'dan önce başka hastalığı	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Var	60.52	56.11	60.98	59.02
Yok	69.27	73.48	68.84	70.71
KW	1.7655	6.9621	1.4277	3.1553
P	0.1836	0.0083	0.2321	0.0757

Hastaların MI' dan önce başka hastalık tanısı alma durumu ile yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı incelenmiş ve MI' dan önce başka hastalık tanısı almamış hastaların, alan hastalara göre tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı ve global yaşam kalitesi puanların sıra ortalaması dağılımı daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak birden fazla hastalığa sahip olan bireylerin, psikolojik ve fizyolojik iyilik hallerinin olumsuz etkilenmesinden ve öz bakım yeteneklerinin azalmasından kaynaklandığı düşünülebilir (Beto and Bansal 1992). MI' dan önce başka hastalık tanısı alıp almama durumunun yaşam kalitesi alanları puanların sıra ortalaması dağılımı üzerindeki etkisinin yaşam kalitesinin esenlik alanından kaynaklandığı yapılan istatistiksel analizle belirlenmiştir ($p < 0.05$)

Tablo 3.9. Hastaların KAH İle İlgili Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Alanlarında Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

Hastanede Yatma Durumu	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Evet	58.72	54.11	56.05	57.95
Hayır	67.53	69.38	68.60	59.04
KW	1.4660	4.4042	2.9733	3.7526
P	0.2260	0.0359	0.0847	0.0527

Tablo'da KAH ile ilgili daha önce hastanede yatmayan hastaların, tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi puanları sıra ortalaması dağılımının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun hastanede yatan bireylerin korku, sınırlılık, üzüntü gibi olumsuz duyguları daha sık yaşamaları nedeniyle kendi iyilik hallerini algılamalarının azalmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bireylerin hastalıkları ile ilgili daha önce hastanede yatmış olmaları, onların pozitif duygu durumlarını (iyilik, mutluluk, memnuniyet vb.) olumsuz etkilemektedir (Holmes 1989). Conn ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (1991) hastaneden taburcu olan hastaların kendi iyilik hallerini algılamanın azaldığını belirtmektedir. Pınar'ın çalışmasında da (1995) ayakta tedavi gören hastaların yaşam kalitelerinin hastanede yatarak tedavi görmüş hastalardan daha yüksek olduğunu saptamıştır. Hastaların KAH ile ilgili daha önce hastanede yatma durumunun yaşam kalitesi puanlarının sıra ortalaması dağılımı üzerindeki etkisinin yaşam kalitesinin esenlik alanından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 3.10. Hastaların İlaç Diyet ve Egzersiz Programlarına Uyma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Alanlarında Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

Hastalığıyla ilgili ilaç programına uyma durumu	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Her zaman	66.06	67.71	66.64	66.84
Çoğu zaman	66.21	61.00	65.43	64.43
Bazen	46.00	16.25	42.75	33.75
Hiçbir zaman	46.83	35.33	30.83	37.33
KW	1.8419	9.3777	4.1481	4.7197
P	0.6059	0.0247	0.2459	0.1935
Diyet programına uyma durumu	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Her zaman	66.15	69.28	65.82	66.70

Çoğu zaman	77.59	77.47	80.91	82.50
Bazen	49.28	40.44	51.81	45.69
Hiçbir zaman	83.86	82.86	70.29	82.29
KW	8.4483	16.0650	6.4380	12.0482
P	0.0376	0.0011	0.0921	0.0072
Egzersiz programına uyma durumu	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Her zaman	14.00	13.25	12.44	13.38
Çoğu zaman	10.20	11.60	14.10	12.00
Bazen	7.33	7.00	6.50	6.83
Hiçbir zaman	3.00	4.00	1.00	2.00
KW	6.1390	5.2086	8.0673	6.5798
P	0.1050	0.1571	0.0446	0.0866

Tablo 3.10'da hastalığıyla ilgili ilaç programına "her zaman" ve "çoğu zaman" uyan hastaların, "bazen" uyan ve "hiçbir zaman" uymayan hastalara göre tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımının ve global yaşam kalitesi puanların sıra ortalaması dağılımının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak, düzenli ilaç kullanmanın getirdiği sağlığın düzeleceğine olan güvenin ve kullanılan ilacın yararına inanmanın yaşam kalitesi puanlarını olumlu yönde etkilemiş olması düşünülebilir (Lewis, Collier 1996, Lukkarinen, Hentinen 1997). Hastaların ilaç programına uyma durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı istatistiksel olarak değerlendirildiğinde esenlik alanı puanların sıra ortalaması dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Hastalığı ile ilgili diyetine "çoğu zaman" uyan hastaların genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanların sıra ortalamalarının, diyetine "hiçbir zaman" uymayan hastaların ise fonksiyonel durum ve esenlik alanı puanların sıra ortalamalarının en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak, diyetine çoğu zaman

uyan hastaların kendi öz bakım sorumluluğunu almaları ve diyetin yararına inanmalarının; diyetine "hiçbir zaman" uymayan hastaların da sağlık durumlarını korumak ve sürdürmek için özel çaba harcamalarının yaşamlarında olumlu etki yapması sonucu olduğu düşünülebilir. Haznedaroğlu'nun belirttiği gibi Carmody ve arkadaşları kardiyak terapötik diyetin uzun süreli davranış değişikliği gerektirdiğini ve hastaların enfarktüstten sonraki ilk bir yıl içerisinde diyetle bağlılıklarının bozulduğunu saptamışlardır. Hastaların diyetlerine uyma durumlarına göre, fonksiyonel durum, esenlik alanı ve global yaşam kalitesi puanların sıra ortalaması dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Hastalığı ile ilgili egzersiz programına "her zaman" ve "çoğu zaman" uyan hastaların "bazen" uyan ve "hiçbir zaman" uymayan hastalara göre tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi puanların sıra ortalaması dağılımının daha yüksek olduğu görülmektedir. KAH olan hastaların egzersiz deneme programlarından sonra yapılan yaşam kalitesi çalışmalarında mental sağlık, genel sağlık, ağrı, fonksiyonel durum, iyilik ve total yaşam kalitesi skorlarında önemli artışlar elde edildiği, MI'nü takiben ilk 6-8 haftalık egzersiz deneme programlarıyla yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu belirtilmektedir (Oldridge et al 1997). Hastaların egzersiz programına uyma durumuna göre genel sağlık anlayışı alanı puanların sıra ortalaması dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 3.11. Hastaların KAH Semptomlarını Deneyimleme Sıklığına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarında Aldıkları Puanların Sıra Ortalaması Dağılımı (N=129)

Göğüs Ağrısı	Yaşam Kalitesi Alanları Puanlarının Sıra Ortalamaları			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Her zaman	43.69	41.06	46.75	42.13
Çoğu zaman	42.50	33.29	38.86	35.18
Bazen	59.35	57.85	64.24	59.02
Hiçbir zaman	94.52	102.98	83.37	99.03
KW	28.7359	48.0747	16.2833	39.5414
P	0.00001	0.0010	0.0010	0.00001
Solunum Sıkıntısı	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Her zaman	28.55	38.00	34.55	42.13
Çoğu zaman	43.18	36.29	47.29	35.18
Bazen	59.26	60.76	59.29	59.02
Hiçbir zaman	81.99	80.71	79.87	99.03
KW	27.0047	24.0039	19.7941	39.5414
P	0.00001	0.00001	0.00002	0.00001
Yorgunluk	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Her zaman	31.27	37.09	49.00	36.64
Çoğu zaman	52.30	47.73	49.50	46.80
Bazen	76.11	79.64	77.34	80.07
Hiçbir zaman	103.78	99.03	87.38	100.53
KW	48.2521	44.7044	23.3399	47.9935
P	0.00001	0.00001	0.00001	0.00001
Çarpıntı	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Her zaman	26.71	40.71	48.14	34.86
Çoğu zaman	37.27	25.91	39.27	28.64
Bazen	60.54	56.70	60.36	58.94
Hiçbir zaman	78.96	82.93	70.16	81.07
KW	22.2346	30.9408	12.6244	27.0672
P	0.001	0.00001	0.0055	0.00001
Siyanoz	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Her zaman	15.75	30.63	39.63	24.25
Çoğu zaman	20.00	63.00	47.33	38.83
Bazen	52.41	51.48	56.93	52.55
Hiçbir zaman	71.09	69.41	68.32	70.15
KW	16.4402	7.6613	4.3298	10.5663
P	0.0009	0.0536	0.2280	0.0143

Hastaların KAH semptomlarını deneyimleme sıklığına göre yaşam kalitesi puanların sıra ortalaması dağılımı incelendiğinde; göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, yorgunluk ve çarpıntıyı “bazen” deneyimleyen ve “hiçbir zaman” deneyimlemeyen hastaların, “her zaman” ve “çoğu zaman” deneyimleyen hastalara göre tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı ve global yaşam kalitesi puanların sıra ortalaması dağılımının daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, yorgunluk ve çarpıntı deneyimleme sıklığına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların sıra ortalaması dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Siyanozu “bazen” deneyimleyen ve “hiçbir zaman” deneyimlemeyen hastaların, “her zaman” ve “çoğu zaman” deneyimleyen hastalara göre fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı alanı puanların sıra ortalaması dağılımı ve global yaşam kalitesi puanların sıra ortalaması dağılımı daha yüksektir. Siyanoz deneyimleme sıklığına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark, fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesi alanında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuçlara göre KAH’ na sahip hastaların yaşam kalitelerinin semptom deneyimleme sıklığından etkilendiğini söyleyebiliriz. Lukkarinen ve Hentinen (1997) KAH ile ilgili yaptığı yaşam kalitesi çalışmasında göğüs ağrısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu ve göğüs ağrısı deneyimleme sıklığı arttıkça, global yaşam kalitesi doyumunun azaldığını, Fletcher (1987) de solunum sıkıntısı çeken KAH’ na sahip hastaların yaşamlarında öz bakımlarını sürdürmede yetersizlik olduğunu ev ve iş performanslarının azaldığını, psikolojik iyilik hallerinin bozulduğunu ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini belirtmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda da bireylerin yaşam kalitelerinin, hastalık semptomlarını deneyimleme sıklığı ile ilişkili olduğu ve hastalık semptomlarını

deneyimleme sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı söylenebilir.

IV.SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastaların yaşam kalitesini cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma durumu, yaşanan yer, evde birlikte yaşanan kişiler, MI' dan önce başka hastalık olma durumu, KAH ile ilgili daha önce hastanede yatma durumu, hastalıkla ilgili ilaç, diyet ve egzersiz uyma durumu, KAH semptomlarını deneyimleme sıklığının etkilediği belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıda yer alan önerilerde bulunulmuştur:

1. Hemşirelerin KAH tanısına sahip hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri (cinsiyet,yaş,eğitim.....) dikkate alarak bakım vermeleri,
2. KAH' nın gelişiminde kontrol edilebilir risk faktörler olan diyet, sigara, sedanter yaşam, stres gibi konularda eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi,
3. Uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşamına etkisinin ölçülmesi ve bu sonuçlara göre değerlendirme yapılması

KAYNAKLAR

- Bergner M.(1989) Quality Of Life,Health Status And Clinical Research. **Medical Care**,.27(3),148-155.
- Beto J.,Bansal V. (1992) Quality Of Life In Treatment Of Hypertension. **American Journal Of Hypertension**, 5(3),125-133 .
- Briggs L.(1994) Sexual Healing : Caring for Patients Recovering from Myocardial Infarction.**British Journal of Nursing**, 3(16), 837-841.
- Burchardt C.et al.(1989) Quality Of Life Of Adults With Chronic Illness:A Psychometric Study. **Research In Nursing And Health**, 12;347-354.
- Champion R.,Ferguson M. (1987) Nursing The Physically Ill Adult. A Text-book of medical-Surgical Nursing.Churcill, Livingstone.
- Conn V., Taylor S.,Abele P.(1991) Myocardial Infarction Survivors:Age and Gender Differences in Physical Health, Psychosocial State and Regiman Adherence. **Journal of Advanced Nursing**. 16: 1026-1034.
- Dilbaz N. (1996) Yaşam Kalitesi. **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**. 5(5), 156-157.
- Dracup K. et al.(1995) Kalp Yetersizliğine Yaklaşım. **JAMA**. Haziran 8(6), 324-328.
- Durmuş B.(1993) Myokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Emosyonel Tepkileri ve Hemşirelik Girişimi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**. 9(3), 57-63
- Fadıloğlu Ç.(1987) Geçmiş Yaşam Olaylarının Miyokard İnfarktüsü Oluşumu Üzerine Etkisi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**. 3(1), 24-27.
- Fletcher A. (1987) Evaluation Of Quality Of Life In Clinical Trials Of Cardiovascular Disease. **Journal Chronic Disease**. 40(6),557-566.

Fowles R.(1996) 1990' larda Myokard İnfarktüsü. **Kardiyoloji Şubat' 96 Eki**,11-24

Haznedaroğlu,İ(1995) Koroner Arter Hastalığı ve Serebrovasküler Olaylarda Diyetin Özellikleri. **İlaç ve Tedavi Dergisi**. 8 (5):312.

Henderson A. (1996) Coronary Heart Disease: Overview. **Lancet** November 1996, 348:1-4

Hoeman S.(1996) Rehabilitation Nursing. Mosby St ,Louis Missouri .

Just K.(1995) Psychosocial Care : Document It. **American Journal of Nursing**, 7:46-49

Kabukçu M., Tokgözoğlu L.(1994) Göğüs Ağrısı Olan Hastaların Değerlendirilmesi. **Sürekli Tıp Eğitim Dergisi**. Mart 3(3),76-78.

Karaaslan Y., Köroğlu E., Ceyhun B.(1994) Koroner Arter Hastalığının Sosyal, Psikolojik ve Kültürel Yönlerini. **Hipertansiyon Bülteni**. 4(4), 99-102.

Karanisanoğlu H.(1990) Hemşirenin geleneksel ve Değişen Rolü İçinde Tedavi Edici, ve Eğitici Rolü. **Hemşirelik Bülteni**. 4(17), 17-20.

Kuzu N. (1996) Myokard İnfarktüsü' nün Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi ve Hemşirenin Cinsel Danışmanlık Rolü. **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**. Ocak-Haziran 3(1), 19-22

Kütük E. (1981) Akut Myokard İnfarktüsünden Sonra Rehabilitasyon. **Mavi Bülten**. 13(1), 75-85

Lewis S., Collier I.,Heitkemper(1996). Medical Surgical Nursing. Mosby St Louis -Baltimore, Singapore, Tokyo, Toronto, Fourth Edition.

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.

Lyke M.E.(1992) Assessing For Nursing Diagnosis.J.B. Lippincott Company.Philadelphia, New York, London, Hagerstown.

Maines T. et al.(1997) Effects of Cardiac Rehabilitation and Exercise programs on Exersice Capacity, Coronary Risk Factors, Behaviour and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. **Southern Medical Journal**. January. 90 (1), 43-48.

Meischke H. et al. (1995) Utilization of Emergency Medical Services for Symptoms of Acute Myocardial Infarction. **Heart and Lung**. January-february 24(1), 11-17.

Murray R., Zentner J.(1985) Nursing Assessment and health Promotion Through The Life Span.Perentice-Hall london.

Moser D.,Dracup K., Marsden C.(1993) Needs of Recovering Cardiac Patients and Their Spouses: Compared Views. **İnt.J. Nurs. Stud**. 30(2), 105-114.

Ölüm İstatistikleri (1995) T.C. Başbakanlık Devlet İstatistikleri Enstitüsü Ankara.

Pınar,R(1995)Diabetli Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.Yayınlanmamış Doktora Tezi,İstanbul, İstanbul Üniversitesi.

Pittman D.,Kirkpatrick M(1994) Women's Health and The Acute Myocardial Infarction. **Nursing Outlook**. 42;207-9,September-October

Sağlık İstatistikleri(1995) T.C. Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Gn. Md.Basimevi, Ankara.

Seertus J.et al(1994) Monitoring The Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. **The American Journal of Cardiology**. December 74(15),1240-1244.

Stromborg F(1997). Instruments For Clinical Health Care Research. Boston, Jones and Bortlett Publishers.

Şahin H.(1997) Eski Bir Kavram, Yeni Bir Ölçüt: Yaşam Kalitesi. **Toplum ve Hekim** .Ocak-Şubat 12(77),54-78.

Tatar M., Tatar F. (1997) Sağlığın Ölçülmesi: kavramsal Bir Çerçeve. **Toplum ve Hekim**. Mart-Nisan 12(78),54 –78

Tatar M., Tatar F.(1997) Sağlığın Ölçülmesi: kavramsal Bir Çerçeve. **Toplum ve Hekim**. Mart-Nisan 12(78),54 –78.

Thompson D.(1994) The Care and Rehabilitation of Cardiac Patients and Their Families: A report of a Study Tour of the USA. **Intensive and Critical Care Nursing**. 10: 293-298.

Ware J. E., Sherbourne C.D(1992) The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)Med care. 30: 473-483.

Ware J. E.(1989) User's Manual / SF-36 Health Status Questionnaire. New England Medical Center Hospitals.