

Periferik Arter Hastalığında Yaşam Kalitesi ve Etkili Bazı Faktörlerin Belirlenmesi

Determination Quality of Life in Peripheral Arterial Disease and Which Some Affecting Factors of Quality of Life

Dr. Meryem YILMAZ,^a
Gülçin OYAN^b

^aHemşirelik Bölümü,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD,
Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
^bCumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve
Uygulama Hastanesi, Sivas

Bu çalışma, 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi (5-7 Nisan 2007, İzmir)'nde poster olarak sunulmuş, kongre'nin özet kitabında, özeti yayınlanmıştır.

Geliş Tarihi/Received: 09.04.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 12.06.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Meryem YILMAZ
Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimler Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD,
Sivas,
TÜRKİYE/TURKEY
myilmaz@cumhuriyet.edu.tr
sonmezmm01@hotmail.com

ÖZET Amaç: Kronik hastalıklar, bireylerin günlük hayatını ve iyi olma halini etkilemektedir. Bu çalışmada, periferik arter hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesine etki eden bazı faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı tipte yapılan çalışma, 1 Mayıs- 30 Ekim 2005 tarihleri arasında bir üniversite ve bir devlet hastanesinin kalp- damar cerrahisi kliniklerine periferik arter hastalığı nedeni ile yatırılan 60 olgu üzerinde gerçekleştirildi. Veriler, Kişisel Bilgi Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ile toplandı. Elde edilen veriler, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis ve Student-t testleri kullanılarak değerlendirildi. **Bulgular:** Bu çalışmaya katılan bireylerin %88.3'ünün erkek, %66.7'sinin 60 yaş ve üzerinde, %50'sinin ilk-öğretim mezunu olduğu, %56.7'sinin gecekondu, %60'ının sobalı evde oturduğu, %50'sinin sigara kullandığı, olguların %95'inin ağrı nedeni ile hareket kısıtlılığı ve %40'ının sakat kalma korkusu yaşadığı belirlendi. Olguların SF-36 ölçek genel puan ortalaması 31.79 ± 12.75 olarak bulundu. Olguların medeni durumu, eğitim düzeyi, ekonomik gelir kaynağı, birlikte yaşadığı kişiler, konut tipinin ısınma özellikleri, sigara kullanımı, hastalığı hakkındaki düşünceleri ve uyku ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki ($p < 0.05$) olduğu saptandı. Olguların SF-36'nın tüm alanlarından %50'nin altında puan aldıkları, en düşük puan ortalamasının ağrı (33.50 ± 14.59), en yüksek puan ortalamasının sosyal fonksiyon (49.79 ± 18.62) olduğu bulundu. **Sonuç:** Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, periferik arter hastalığının bireylerin yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu ve bazı faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, periferik arter hastalığı, kronik hastalık

ABSTRACT Objective: Chronic diseases affect individuals' daily lives and their well being. This study was aimed to define how peripheric artery disease influences the quality of individuals' life and factors which affect the quality of individuals' life. **Material and Methods:** Research was carried out as defining with 60 patient who was hospitalized because of peripheric artery disease at the department of cardiology, a university and at the cardiology clinics, a state hospital between 1st May and 30th October in 2005. Data were collected with a personal (inquiry form) data collection form and scale of quality of life (SF-36). The obtained data were analyzed through Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis and student-t tests. **Results:** It was determined that the patients included in this study were 88.3% male, 66.7% older than 60 years old, 50% were primary school graduates, 56.7% live in a slum, 60% live in homes with stove, 50% of them were smoking, 95% of the patients complained about limited physical activity because of the pain and 40% of them were afraid of being handicapped. It was found that the SF-36 total score of patients was 31.79 ± 12.75 . It was determined that there were a significant relationship between patients' marital status, education level, economic source of income, the people who living with them, heating characteristics of housing type, cigarette use, the thinks about their disease, sleep and the quality of life scores ($p < 0.05$). Patients scored below 50% from all areas of the SF-36 and it was determined that the lowest score was about pain (33.50 ± 14.59) and the highest score was about social function (49.79 ± 18.62). **Conclusion:** According to the findings obtained from study, it was concluded that peripheric artery disease causes decrease of quality of life of individuals and some factors negatively affect the quality of life.

Key Words: Quality of life, peripheric arterial disease, chronic disease

Periferik damar hastalığı [Peripheral arter diseases-(PAD)] kronik, ilerleyici ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sağlık problemlerinden biridir.^{1,2} PAD alt ekstremitenin aterosklerotik hastalığının göstergesidir.³ Literatürde PAD için majör risk faktörlerinden birinin sigara diğerlerinin ileri yaş ve erkek cinsiyetinin olduğu,⁴ hastalığın prevalansının 55 yaşın üzerindeki hastalarda %10-25 olup, bu oranın yaşla birlikte arttığı ve etkilenmiş bireylerin %70-80'ninin asemptomatik olduğu bildirilmektedir.^{5,6} İlave olarak bu hastalarda genellikle arteriosklerozun neden olduğu diyabet, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, hiperlipidemi ve serebrovasküler hastalık gibi sağlık problemlerin bulunduğu,⁷ ayrıca günümüzde hala PAD'nin tıbbi ve cerrahi girişimlerle tedavi ve iyileşmesinin tam olarak mümkün olmadığı, bu nedenle hastalığın tedavisindeki amacın, bireyin semptomlarını rahatlatmak ve yaşam kalitesini arttırmak olduğu belirtilmektedir.^{7,8}

PAD'de, bireylerin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan semptom, iskemiye bağlı ortaya çıkan ağrıdır (intermittent klaudikasyon).⁸ Ağrı, hareket sınırlılığına neden olarak yaşam kalitesinin ciddi olarak bozulmasına neden olmaktadır.^{9,10} Ayrıca ağrı, anksiyete ve duygusal sıkıntı oluşturmaktadır; iyilik haline zarar vermekte; fonksiyonel kapasiteyi etkileyerek, ailesel, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engellemektedir. Bu nedenle ağrının, olgunun yaşam kalitesini her yönüyle azalttığı bildirilmektedir.^{11,12} Yaşam kalitesi [quality of life-(QOL)], Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Bireyin kendi yaşamını/durumunu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlanmaktadır.¹³ QOL'nin objektif ve subjektif göstergeleri vardır. QOL'nin objektif göstergeleri; fiziksel aktivite yapabilme becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili algılarını içeren fizyolojik konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler ise; emosyonel iyilik hali, yaşam doyumunu, psikolojik etki ile ilgili konuları içermektedir.^{14,15}

Sağlıkla ilgili QOL ölçümlerinin amacı, hastalıktan çok olguya odaklı bir tedavi değerlendirmesi sağlamaktır. Çünkü günümüzde sağlık bakımı ile

ilgili en önemli gelişmelerden biri, sağlık bakım sonuçlarının olgunun bakış açısından değerlendirilmesine önem verilmeye başlanmasıdır.² Bilindiği gibi medikal ölçümler klinisyenlere önemli bilgiler vermekle birlikte, olgu açısından pek önem taşımazlar. Çünkü medikal ölçüm yöntemlerinin sonuçları olguların çok daha fazla değer verdiği "kendini iyi hissetme" veya fonksiyonel kapasite gibi konularla çoğu zaman korelasyon göstermez. Sağlık ile ilgili QOL ölçümünde önemli bir başka nokta da, aynı klinik belirtilere sahip iki olgunun genel durumlarının dramatik bir biçimde farklı olabilmesidir.¹⁶ Türkiye'de SF-36 kullanılarak yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır.¹⁷⁻¹⁹ Ancak PAD QOL'yi değerlendiren araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada, PAD olan olguların bazı sosyodemografik özellikleri ile etkilenen QOL alanlarının belirlenerek klinikte yatan PAD olgularının bakımı için gerekli düzenlemelerin yapılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmaya, 1 Mayıs-30 Ekim 2005 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Sivas Devlet Hastanesine PAD nedeni ile yatan 60 olgu alındı. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi, belirlenen tarihler arasında kuruma yatan tüm hastalar çalışmaya alındı. Bireylerin QOL ölçeğini kendisinin okuyarak doldurması istendiği için çalışmaya katılmayı kabul eden, okuma yazması olan, bilinci açık, işitme güçlüğü ve görme kaybı olmayan olgular dahil edildi.

Çalışmanın gerçekleştirildiği her iki hastane için etik kurulundan ve olgulardan izin alındıktan sonra veri toplama işlemine başlandı. Olgular kliniğe kabul edildikten sonraki ikinci gün yüz yüze görüşme tekniği ile kişisel bilgi formu ve üçüncü gün ise olguların kendilerinin okuyarak doldurduğu SF-36 QOL ölçeği uygulandı.

Kişisel bilgi formu; Araştırma örnekleme alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek vb.), PAD ve QOL'yi etkileyen bazı etmenleri saptamak amacıyla hazırlanan 20 maddelik bir formdur.

Yaşam kalitesi ölçeği (SF-36); QOL ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan kısa form-36 (short-form health Survey, SF-36) Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (Ware, Sherbourne 1992). Türkiye’de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Pınar ve ark. (1995) tarafından yapılmıştır.²⁰ Kendini değerlendirme ölçeği olan SF-36 alt başlıkları ile birlikte 36 maddeden oluşmaktadır. Altı fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılamaları (5 madde) ölçeğin boyutlarıdır (Tablo 1). Her bir skala için 0-100 arasında puanlama yapılmaktadır. En düşük puan, en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir.²¹ Ayrıca, son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır. Adı geçen madde dışında son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirme yapılmaktadır.

SF-36 periferik arter hastalığına özel olmamasına rağmen, PAD olan olgularda başlangıçtaki genel sağlık durumunu ölçmek için “Transatlantic Inter-Society Consensus (TASC)” tarafından önerilmektedir. SF-36 PAD olanlarda QOL çalışan araştırmacılar tarafından da kullanılmıştır.²²

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Hasta tanıtım formu ve QOL ölçeği kullanılarak elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Packace for the Social Sciences) 10.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak, sayı ve yüz-

de, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney U testi, Student t-test ve Kruskal-Wallis testleri kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan 60 olgunun %88.3’ü erkek, %11.7’si kadındı. %66.7’si 60 yaş ve üzerinde, %50’si ilköğretim mezunu, %63.3’ünün kendi maaşı vardı. Olguların %91.7’sinin eşi ile yaşadığı, %60’ının soba ile ısındığı, %50’sinin PAD’nin en önemli nedenlerinden biri olan sigarayı halen içtiği %36.7’sinin bıraktığı ve %75’inin uyku sorunu, %95’inin hareket kısıtlılığının bulunduğu, %40’ının sakat kalmaktan korktuğu belirlendi (Tablo 2).

100 puan üzerinden değerlendirilen SF-36 ölçeğinin alt boyutlarından olguların aldıkları ortalama puanlara bakıldığında, en düşük ağrı (33.50 ± 14.59), en yüksek sosyal fonksiyon alanından (49.79 ± 18.62) puan aldıkları görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4’te görüldüğü gibi olguların sosyodemografik özellikleri, periferik hastalığını etkileyen bazı faktörler ile QOL puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Olguların yaşı ile QOL puan ortalamaları arasında fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık yönünden istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı ($p > 0.05$), ancak diğer alanlarda anlamlı olduğu ($p < 0.05$), cinsiyet ile QOL’nin sosyal fonksiyon, zindelik, toplam QOL ve genel sağlık alanlarından alınan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız ($p > 0.05$), diğer alanlarda anlamlı ($p < 0.05$), medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik gelir kaynağı, birlikte yaşadığı kişiler, konut tipinin ısınma özellikleri, sigara kullanımı, hastalıkları hakkındaki düşünceleri ve uyku ile QOL puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p < 0.05$), beden kitle indeksi (BKİ) ve QOL puanları arasında farkın anlamlı ($p > 0.05$) olmadığı bulundu. Gelecek hakkındaki düşünceleri ile QOL’nin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlaması, mental sağlık, genel sağlık alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlendi ($p > 0.05$) (Tablo 4).

TABLO 1: Yaşam kalitesi ölçeği (SF-36)’nin alt boyutları.

Boyutlar	Madde	Olası ham puan
Fiziksel fonksiyon	10 (3a-3j)	20
Rol güçl. (fiziksel)	4 (4a-4d)	4
Ağrı	2 (7,8)	10
Genel sağlık	5(1,11a-11d)	20
Vitalite (enerji)	4 (9b,9e,9g,9i)	20
Sosyal fonksiyon	2 (6,10)	8
Rol güçl. (emosyonel)	3 (5a-5c)	3
Mental sağlık	5 (9a,9c,9d,9f,9h)	25
TOPLAM	35*	

* Genel sağlığı değerlendirme boyutunda olgunun genel sağlık durumunun son bir yıl içindeki değişimini değerlendiren bir soru skala skoruna katılmamaktadır.

TABLO 2: bireylerin sosyodemografik özellikleri ve PAD'yi etkileyen bazı faktörler.

Özellikler	n	%
Yaş		
< 60	20	33.3
> 60	40	66.7
Cinsiyet		
Kadın	7	11.7
Erkek	53	88.3
Medeni durumu		
Evli	55	91.7
Bekar	5	8.3
Eğitim durumu		
Okur-yazar	11	18.3
İlköğretim	30	50.0
Lise	19	31.7
Beden kitle indeksi		
Zayıf	39	65.0
Normal	17	28.3
Şişman	4	6.7
Ekonomik gelir kaynağı		
Yok	10	16.7
Kendi maaşı	38	63.3
Mal varlığı olan	12	20.0
Birlikte oturan kişi		
Eş	55	91.7
Yalnız	5	8.3
Oturlan evin ısınma özellikleri		
Soba	36	60.0
Kalorifer	24	40.0
Sigara		
Kullanan	30	50
Kullanmayan	8	13.3
Bırakmış	22	36.7
Sigara içme süresi (n:30)		
1-19 yıl	4	13.3
20 ve üzeri	26	86.7
Günlük içtiği sigara miktarı (n:30)		
1 paket	9	30.0
2 ve üzeri paket	21	70.0
İlk şikayetler		
Ağrı ve intermitten klaudikasyon	22	36.7
Soğukluk, morarma ve uyuşma şikayeti birlikte olan	38	63.3
Ağrı (intermittent klaudikasyon) nedeniyle hareket kısıtlılığı		
Var	57	95
Yok	3	5
Uyku sorunu		
Var	45	75.0
Yok	15	25.0
Hastalığı hakkında düşünceleri		
İyileşmeyeceğini düşünen	14	23.3
İyileşeceğini düşünen	18	30
Bilmiyor	28	46.7
Gelecek hakkındaki düşünceleri		
Kayıgı yaşayan	19	31.6
Endişe yaşayan	13	21.7
Ölmekten korkan	10	16.7
Sakat kalmaktan korkan	24	40
Çaresizlik yaşayan	7	11.7
Toplam	60	100

TARTIŞMA

Son yıllarda QOL kavramıyla sağlık alanında sıkça karşılaşılmaktadır. Özellikle QOL kronik hastalıklarda önem kazanmaktadır. Kronik hastalıklı birçok hastada amaç sadece hayatta kalabilmek değil, aynı zamanda QOL arttırmaktır. PAD olan bireylerin QOL ve etkili bazı faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, bireylerin QOL'sinin oldukça düşük olduğu belirlendi. Önceki araştırmalarda da benzer şekilde PAD olan bireylerin QOL'sinin düşük olduğu gösterilmiştir.^{1-3,8,22,23} PAD'de etkilenen arterlerde değişik derecelerde darlıklar ve sonunda tıkanma oluşmaktadır. Bu daralma ve tıkanmalardan genellikle ateroskleroz ve buna neden olan faktörler sorumludur. Semptomlar, arteriyel sistemdeki daralma ve tıkanmalara bağlı olarak gelişen iskemi sonucu ortaya çıkar. İntermittant klaudikasyon (yürüme sırasında bacak kaslarındaki ağrı) en erken ve en sık görülen semptomdur.^{24,25} İntermittant klaudikasyon yürüme/hareketle artıp istirahat ile rahatladığından bu olgular hareketlerini sınırlar.² Fiziksel sınırlılığın QOL'yi azaltma yönünde potansiyel bir etkisi vardır.³ Bu çalışma kapsamında yer alan olguların %95'inin ağrı nedeni ile hareket kısıtlılığı yaşadığı ve genel olarak SF-36'nın alt alanlarından aldıkları puanlara bakıldığında fiziksel fonksiyon (40.08 ± 19.64) ve fiziksel rol kısıtlaması (42.50 ± 43.00) puanlarının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu konuda araştırmacılar tarafından PAD da yürümekle ağrının ortaya çıktığı^{26,27} ve intermitten klaudikasyonu olan olguların QOL'sinin tüm alanlarda bozulduğu gösterilmiştir.^{28,29}

TABLO 3: bireylerin SF-36'nin alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları.

Boyutlar	X ± SD*	Minimum	Maksimum
Fiziksel fonksiyon (FF)	40.08 ± 19.64	0.00	75.0
Sosyal fonksiyon (SF)	49.79 ± 18.62	12.0	75.0
Fiziksel rol kısıtlaması (FRK)	42.50 ± 43.00	0.00	100
Emosyonel rol kısıtlaması (ERK)	47.85 ± 46.44	0.00	65
Mental sağlık (MS)	46.46 ± 16.85	16.0	80.0
Zindelik/ canlılık (Z/C)	41.58 ± 15.87	15.0	65.0
Ağrı (AGR)	33.50 ± 14.59	10.0	60.0
Genel sağlık (GS)	43.58 ± 18.48	0.00	75.0
Toplam ölçek puan ortalaması	31.79 ± 12.75	13.0	60.0

TABLO 4: Periferik arter olgularının sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı

Özellikler	n	Yaşam kalitesi alanları X (± SS)							Zindelik/ canlilik	Ağrı	Genel sağlık
		Fiziksel fonksiyon	Sosyal fonksiyon	Fiziksel rol kısıtlaması	Emosyonel rol kısıtlaması	Mental sağlık	Mental sağlık	Zindelik/ canlilik			
Yaş	≤59	49.09 ± 20.59	64.77 ± 12.27	86.36 ± 32.33	84.00 ± 30.82	64.72 ± 13.24	56.81 ± 12.30	44.54 ± 12.13	56.36 ± 19.63		
	≥60	43.84 ± 19.14	51.44 ± 18.81	42.30 ± 44.02	48.23 ± 46.88	46.30 ± 16.90	40.76 ± 15.40	34.23 ± 16.04	44.42 ± 18.61		
	t testi	0.74 p> 0.05	2.15 p< 0.05	2.98 p< 0.05	2.31 p< 0.05	3.21 p< 0.05	3.05 p< 0.05	1.90 p> 0.05	1.75 p> 0.05		
Cinsiyet	Erkek	43.207±18.24	52.122±17.63	48.113±42.70	54.169±45.80	47.849±17.43	43.113±16.18	35.283±14.62	44.622±19.39		
	Kadın	16.428±13.14	32.142±17.47	17.341±6.94	21.324±10.47	36.006±40.22	32.364±5.77	26.267±12.69	35.714±4.49		
	Mann-whitney U testi	0.002 p< 0.05	0.013 p> 0.05	0.004 p< 0.05	0.004 p< 0.05	0.023 p< 0.05	0.075 p> 0.05	0.007 p< 0.05	0.124 p> 0.05		
Medeni durum	Evlü	41.63 ± 19.74	51.59 ± 18.17	46.36 ± 42.87	52.20 ± 46.09	46.00 ± 16.72	43.72 ± 14.78	34.72 ± 14.63	46.18 ± 16.77		
	Bekar	23.00 ± 5.70	30.00 ± 11.18	22.36 ± 14.32	31.36 ± 9.65	29.60 ± 5.36	18.00 ± 2.73	20.03 ± 6.44	15.00 ± 11.18		
	Mann-whitney U testi	0.023 p< 0.05	0.015 p< 0.05	0.018 p< 0.05	0.018 p< 0.05	0.006 p< 0.05	0.001 p< 0.05	0.025 p< 0.05	0.001 p< 0.05		
Eğitim	Eğitim yok	27.27 ± 12.32	27.27 ± 7.53	4.54 ± 15.07	6.00 ± 19.89	26.90 ± 10.59	23.18 ± 10.55	20.90 ± 7.00	23.18 ± 13.46		
	İlköğretim	34.16 ± 16.08	45.83 ± 12.84	23.33 ± 28.56	34.10 ± 43.74	40.93 ± 8.04	37.50 ± 11.35	28.00 ± 9.96	38.66 ± 13.12		
	Lise	56.84 ± 17.57	69.07 ± 10.51	94.73 ± 15.76	93.78 ± 12.36	66.52 ± 7.44	58.68 ± 9.66	49.47 ± 9.70	63.15 ± 6.50		
KW testi	22.08 p< 0.05	37.83 p< 0.05	40.86 p< 0.05	34.44 p< 0.05	43.41 p< 0.05	42.79 p< 0.05	34.67 p< 0.05	41.73 p< 0.05			
Bedensel kitle indeksi	Zayıf	43.30 ± 19.60	53.52 ± 17.89	50.00 ± 44.42	55.00 ± 47.48	58.51 ± 17.53	43.20 ± 16.83	35.64 ± 14.83	45.25 ± 20.09		
	Normal	36.76 ± 20.22	42.64 ± 17.71	26.47 ± 35.87	33.00 ± 42.06	40.95 ± 14.52	37.35 ± 13.93	28.23 ± 12.36	38.82 ± 15.26		
	Şişman	32.50 ± 12.58	43.75 ± 23.93	37.50 ± 47.87	41.25 ± 49.50	50.00 ± 18.03	43.75 ± 13.76	35.00 ± 19.14	47.50 ± 13.22		
KW testi	0.12 p> 0.05	1.24 p> 0.05	1.56 p> 0.05	4.37 p> 0.05	2.14 p> 0.05	0.63 p> 0.05	0.04 p> 0.05	2.78 p> 0.05			
Ekonomik gelir kaynağı	Maaş yok	18.00 ± 11.10	32.50 ± 15.81	13.87 ± 9.05	13.87 ± 9.05	33.20 ± 7.06	26.50 ± 7.47	19.00 ± 3.16	27.50 ± 14.57		
	Maaş var	48.28 ± 14.80	58.22 ± 13.08	60.52 ± 38.83	67.73 ± 40.56	54.00 ± 13.72	49.47 ± 11.61	39.47 ± 13.34	52.36 ± 12.61		
	Diğer*	32.50 ± 22.20	37.50 ± 19.94	20.83 ± 39.64	24.75 ± 44.77	33.66 ± 17.76	29.16 ± 1.88	26.66 ± 13.02	29.16 ± 19.86		
KW testi	22.69 p< 0.05	19.93 p< 0.05	19.10 p< 0.05	20.68 p< 0.05	24.46 p< 0.05	23.43 p< 0.05	20.86 p< 0.05	22.48 p< 0.05			
İsınma şekli	Soba	31.94 ± 16.48	40.27 ± 15.84	20.83 ± 30.17	28.41 ± 41.85	37.88 ± 13.87	34.30 ± 14.44	26.38 ± 9.90	34.58 ± 15.91		
	Kalorifer	52.29 ± 17.81	64.06 ± 12.39	75.00 ± 39.00	77.00 ± 37.26	59.33 ± 12.18	52.50 ± 11.03	44.16 ± 14.11	57.08 ± 13.18		
	t-testi	4.53 p< 0.05	6.19 p< 0.05	6.05 p< 0.05	4.59 p< 0.05	6.15 p< 0.05	5.23 p< 0.05	5.73 p< 0.05	5.73 p< 0.05		

TABLO 4: Periferik arter olgularının sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı (devamı).

Özellikler	n	Yaşam kalitesi alanları X (± SS)								Genel sağlık
		Fiziksel fonksiyon	Sosyal fonksiyon	Fiziksel Rol kısıtlaması	Emosyonel Rol kısıtlaması	Mental sağlık	Zindelik/ canlilik	Ağrı		
Birlikte oturduğu kişi	55	41.63 ± 19.74	51.59 ± 18.17	46.36 ± 42.87	52.20 ± 46.09	48.00 ± 16.72	43.72 ± 14.78	34.72 ± 14.63	51.59 ± 18.17	
Yalnız	5	23.00 ± 5.70	30.00 ± 11.18	25.64 ± 9.28	31.37 ± 10.31	29.60 ± 5.36	18.00 ± 2.73	20.00 ± 0.00	15.00 ± 11.18	
Mann-whitney U		0.023	0.015	0.018	0.018	0.006	0.001	0.025	0.001	
		p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	
Sigara	30	21.87 ± 14.86	32.81 ± 17.67	27.27 ± 32.64	39.00 ± 41.53	42.36 ± 19.14	29.37 ± 11.16	22.50 ± 7.07	34.37 ± 10.83	
İçiyor	8	46.66 ± 20.18	56.66 ± 15.99	65.62 ± 39.94	74.25 ± 38.44	57.00 ± 11.85	47.66 ± 14.12	39.66 ± 15.19	49.33 ± 19.98	
İçmiyor	22	37.72 ± 15.94	46.59 ± 42.38	33.33 ± 41.17	40.70 ± 44.76	42.80 ± 17.20	37.72 ± 16.31	23.18 ± 13.23	39.09 ± 16.37	
Brakmış		10.81	10.14	12.44	12.27	10.57	9.04	11.84	9.15	
KW		p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p> 0.05	
Uyku sorunu	45	25.85 ± 12.93	39.27 ± 11.32	37.44 ± 7.50	29.43 ± 12.50	36.38 ± 17.33	40.24 ± 9.74	42.57 ± 5.82	29.63 ± 7.40	
Var	15	37.34 ± 24.82	19.36 ± 10.72	33.00 ± 18.62	28.66 ± 16.64	42.44 ± 10.54	31.21 ± 6.20	48.51 ± 9.31	37.08 ± 19.23	
Yok		8.32	7.48	7.22	6.51	11.64	9.82	10.19	8.52	
Mann-Whitney-U		p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	
Gelecek hakkındaki düşünceleri	19	55.00 ± 20.00	58.33 ± 12.90	83.33 ± 25.81	82.50 ± 18.07	57.33 ± 8.26	56.66 ± 5.16	41.66 ± 4.08	59.16 ± 8.61	
Kaygı	10	33.00 ± 17.66	45.00 ± 19.72	25.00 ± 42.49	29.70 ± 47.82	40.00 ± 19.95	33.00 ± 16.19	29.00 ± 17.91	34.50 ± 18.32	
Ölüm	24	34.58 ± 19.77	46.35 ± 18.23	31.25 ± 38.48	37.12 ± 42.76	43.00 ± 16.35	37.50 ± 16.28	29.58 ± 12.32	38.54 ± 19.97	
Sakat kalma	7	46.42 ± 12.48	48.21 ± 11.24	42.85 ± 44.98	56.57 ± 62.36	56.57 ± 62.36	42.14 ± 13.49	31.42 ± 10.69	43.57 ± 11.80	
Çaresizlik		7.79	4.48	10.37	4.98	8.35	12.88	8.98	12.29	
KW testi		p> 0.05	p> 0.05	p< 0.05	p> 0.05	p> 0.05	p< 0.05	p> 0.05	p> 0.05	
Hastalığı hakkındaki düşünceleri	14	23.57 ± 6.02	37.50 ± 16.26	3.57 ± 13.36	4.71 ± 17.63	31.14 ± 13.14	24.64 ± 11.67	20.71 ± 6.15	21.07 ± 13.89	
İyileşmeyeceğim	18	52.77 ± 17.16	61.11 ± 17.09	77.77 ± 35.23	78.83 ± 32.29	59.33 ± 12.36	54.44 ± 9.37	43.33 ± 11.88	58.33 ± 11.24	
İyileşeceğim	28	40.17 ± 19.78	48.66 ± 16.78	39.28 ± 39.33	49.50 ± 47.94	45.85 ± 14.46	41.78 ± 13.06	33.57 ± 14.45	45.35 ± 12.76	
Bilmiyorum		19.21	13.19	23.82	20.91	22.64	25.57	20.57	32.53	
KW testi		p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	p< 0.05	

Çalışmamızda 60 yaşından küçük olguların 60 yaşından büyük olanlara göre SF-36 QOL puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık alanlarında fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). PAD'de olguların QOL'sinin yaş, cinsiyet ve fonksiyonel durumdan etkilendiği bildirilmektedir.² Bir çalışmada¹ orta yaş erkeklerde, başka bir çalışmada⁸ 65 yaş ve üzerindeki PAD olgularında QOL önemli derecede düşük bulunmuştur. Bilindiği gibi yardımsız hareket etme/ mobilite bağımsız fonksiyon görebilmek açısından önemlidir. Hareket yeteneği azalan/kaybolan yaşlı bireyin topluma katılımı azalır, morbidite, mortalite, hastaneye yatma oranı artar ve sonuç olarak QOL azalır.³⁰ Daha önce yapılan bir çalışmada,²⁶ PAD olgularının PAD olmayanlara göre mobilite kaybı ve fonksiyonel yetersizliğin daha fazla olduğu bulunmuştur. Hastalığın neden olduğu fonksiyonel yetersizliğin yanı sıra, yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel ve sosyal fonksiyonların yitirilmesi, artan kronik hastalıkların etkisi yaşlı PAD olgularında QOL'nin düşme nedenleri olarak açıklanabilir. QOL ve PAD üzerinde cinsiyetin de önemli etkisi vardır. Çalışmamızda kadınların QOL puan ortalamasının erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç kadın olgu sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Ancak bu konuda SF-36 ölçeği kullanılarak yapılmış önceki çalışmalarda da 50 yaşından küçük PAD olan kadınların fiziksel hareket yeteneklerinin önemli derecede sınırlandığı ve QOL'nin tüm alanlarda düşük olduğu gösterilmiştir.²² PAD şiddetinin benzer olduğu kadın ve erkeklerin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da,³¹ benzer şekilde kadınların erkeklere göre fiziksel fonksiyon, bedensel ağrı ve duygu durumunda (mood) daha fazla azalma gösterdikleri belirlenmiştir.

Medeni durum QOL'yi etkileyen değişkenlerden biri olarak gösterilmektedir. Bu çalışmada evli olguların QOL puan ortalamaları, bekâr bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç, Türk kültüründe aileye bağlılık, aile içi güven, sorunları paylaşma, sosyal destek ile açıklanabilir. Bu konuda Türkiye'de yapılan bir çalışmada³² olgu yakınlarının kültürel olarak, olguya bakmayı aile içi bir yükümlülük saydığı bulunmuştur. Bu neden-

le aile desteğinin hastalık durumunda QOL'ye çoğunlukla olumlu katkısı olduğu söylenebilir. Ancak hemodiyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada¹⁹ bekâr olan bireylerin evlilere göre QOL'si daha yüksek bulunmuştur.

Bunların yanı sıra QOL eğitim, gelir, sağlık ve barınmayı kapsayan sosyoekonomik durum ile yakından ilişkilidir. Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek ve maaşı olan bireylerin QOL puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Eğitim, bireylerin sağlığa ilgili bilgi ve tutumlarını olumlu yönde etkileyerek hastalıkla etkin baş etme davranışları geliştirmesine ve QOL'nin artmasına katkıda bulunabilir. Bu nedenle eğitim QOL'yi olumlu yönde belirleyen önemli faktör olarak düşünülebilir. Bilindiği gibi maddi yeterlilik, yaşam olanaklarından daha fazla yararlanma, sağlık kontrollerine düzenli olarak gelmeyi ve düzenli ilaç kullanmayı sağlar. Dolayısıyla yaşamdan doyum almayı olumlu olarak etkiler. Hemodiyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada¹⁹ ekonomik durumu iyi olan olguların QOL'sinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda BKİ normal olan olguların zayıf ve şişmanlara göre QOL puan ortalamalarının düşük olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. PAD olan diyabetli ve şişman hastalarla yapılan bir çalışmada,³³ şişman olguların şişman olmayanlara göre alt ekstremitelerde fonksiyonel durumunun kötü olduğu gösterilmiştir.

PAD'de bireylerin ısı farklılıklarının fazla olduğu ortamda bulunmaması gerekmektedir. Çünkü arterler ısı farklılıklarına uyum sağlama yeteneklerini kaybetmiştir. Ayrıca ortamın ısısı bireyin yaşadığı ağrının artmasına neden olabilir. Bu nedenle PAD olan olguların evin ısısının her yerde aynı olmadığı sobalı evlerde yaşamaları QOL'nin azalmasına neden olabilir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar bu bilgiyi destekler nitelikte sobalı evde oturan bireylerin QOL puanları, kaloriferli evlerde yaşayan bireylere göre düşük bulunmuştur.

Bu çalışma kapsamında sigara içen olguların QOL puan ortalamalarının sigara içmeyen ve siga-

rayı bırakmış bireylere göre düşük olduğu saptanmıştır. Bilindiği gibi PAD'nin gelişmesi ve ilerlemesinde vazospastik bir ajan olan sigara birincil risk faktörüdür. Sigara, periferik vazokonstriksiyon yaparak doku perfüzyonunun bozulmasına ve ağrıya neden olmaktadır.²⁹ Ancak, yapılan bazı çalışmalarda^{27,29} sigara içen bireylerin QOL'sinin düşük olduğu belirlenirken bazı çalışmalarda²² sigara kullanımı ile QOL arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda, uyku sorunu yaşayan bireylerin QOL puan ortalamaları düşük olarak bulunmuştur. Uyku, organizmanın dinlenmesi ve epitelyum hücrelerinin rejenerasyonu gibi yaşamsal katkıları nedeni ile PAD olan bireyler için önemlidir. Bu bireyler için ağrı ve uyku bozukluklarının majör problemler olduğu belirtilmektedir.⁹ Kronik ağrının günlük aktiviteleri, kişisel ilişkileri, çalışma hayatını ve uykuyu olumsuz olarak etkilediği belirtilmektedir.³⁴

Bireylerin PAD'nin neden olduğu sorunlarla nasıl baş ettiklerine ilişkin bilgilerin henüz yeterli

olmadığı bildirilmektedir.⁹ Bizim çalışmamızda olguların hastalıklarını "kader" olarak ifade ettikleri ve iyileşeceğini düşünenlerin iyileşemeyeceğini düşünenlere göre QOL puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, çalışmamızda ölüm ve sakat kalma korkusu yaşayan olguların yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

SONUÇ

Bu çalışmanın küçük bir örnekleme yapılmış olması en önemli kısıtlılığdır. Bununla birlikte elde edilen bulgular PAD'de birçok faktörün QOL'yi etkilediği, ancak sigara ve ağrının QOL'yi etkileyen, önlenilecek en önemli faktörlerden olduğu söylenebilir. Bu bağlamda çalışmanın, PAD olan olguların sigarayı bırakması konusunda cesaretlendirilmesi ve ağrıya yönelik yaklaşımların uygulanabilmesi için sağlık ekibi üyeleri ve olgulara yönelik programların düzenlenmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Koivunen K, Lukkarinen H. Lower limb atherosclerotic disease causes various deteriorations of patients' health-related quality of life J Vasc Nurs 2006;24(4):102-15.
- Liles DR, Kallen MA, Petersen LA, Bush RL. Quality of life and peripheral arterial disease. J Surg Res 2006;136(2):294-301.
- Oka RK, Sanders MG. The impact of type 2 diabetes and peripheral arterial disease on quality of life. J Vasc Nurs 2005;23(2):61-6.
- Meru AV, Mitra S, Thyagarajan B, Chugh A. Intermittent claudication: an overview. Atherosclerosis 2006;187(2):221-37.
- Norman PE, Eikelboom JW, Hankey GJ. Peripheral arterial disease: prognostic significance and prevention of atherothrombotic complications. MJA 2004;181(3):150-4.
- Mohler ER. Peripheral arterial disease. Arch Intern Med 2003;163(19):2306-14.
- Gibson JME, Kenrick M. Pain and powerlessness. the experience of living with peripheral vascular disease. J Adv Nurs 1998; 27(4):737-45.
- Wann-Hansson C, Hallberg IR, Klevsgard R, Andersson E. Patients' experiences of living with peripheral arterial disease a waiting intervention: a qualitative study. Int J Nurs Stud 2005;42(8):851-62.
- Killewich LA. Improving functional status and quality of life in elderly patients with peripheral arterial disease. J Am Coll Surg 2006;202(2): 345-55.
- Tretinyak AS, Lee ES, Kuskowski MA, Caldwell MP, Santilli SM. Revascularization and quality of life for patients with limb-threatening ischemia. Ann Vasc Surg 2001;15(1):84-8.
- Katz N. The impact of pain management on quality of life. J Pain Symptom Manage 2002;24 (1S):38-47.
- Becker N, Thomsen AB, Olsen AK, Sjogren P, Bech P, Erksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. Pain 1997;73(3): 393-400.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHO-QOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHO-QOL group. Qual Life Res 2004;13(2): 299-310.
- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996; 334(13):835-40.
- Akyol A. [Importance in terms of quality of life in nursing]. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1993;9(3):71-5.
- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. BMJ 1992;305(6861):1074-7.
- Karayurt Ö, Dicle A, Malak AT. [Unshared experience: affecting factors of quality of life with chronic diseases in earthquake victims]. Fırat University Journal of Health Sciences 2008;22(6):327-32.
- Soyyigit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G. [The value of SF-36 questionnaire for the measurement of life quality in chronic obstructive pulmonary disease]. Journal of Tuberculosis and Thorax 2006;54(3):259-66.
- Acaray A, Pinar R. [The evaluation of the quality of life in chronic hemodialysis patients]. Cumhuriyet University Journal of Nursing High School 2004;8(1):1-11.
- Pinar R. Reliability and validity of the Turkish version of multidimensional quality of life scale -cancer version 2 in patients with cancer. Cancer Nursing 2004;27(3):252-7.

21. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36- item short form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6): 473-83.
22. Bloemenkamp DG, Mali WP, Tanis BC, van den Bosch MA, Kemmeren JM, Algra A, et al. Functional health and well-being of relatively young women with peripheral arterial disease is decreased but stable after diagnosis. *J Vasc Surg* 2003;38(1):104-10.
23. Holler D, Claes C, von der Schulenburg JM. Treatment costs and quality of life of patients with peripheral arterial occlusive disease--the German perspective. *Vasa* 2004;33(3):145-53.
24. Chen SJ, Pipinos I, Johanning J, Radovic M, Huisinga JM, Myers SA, et al. Bilateral claudication results in alterations in the gait biomechanics at the hip and ankle joints. *J Biomec* 2008; 41(11):2506-14.
25. Olson KW, Treat-Jacobson D. Symptoms of peripheral arterial disease: a critical review. *J Vasc Nurs* 2004;22(3):72-7.
26. McDermott MM, Guralnik JM, Ferrucci L, Criqui MH, Greenland P, Tian L, et al. Functional decline in lower-extremity peripheral arterial disease: associations with comorbidity, gender, and race. *J Vasc Surg* 2005;42(6):1131-7.
27. Sadıkoğlu G, Özçakır A, Uncu Y, Yıldız C. [Risk factors and clinical findings of peripheral arterial diseases]. *Uludağ University Journal of Medical Faculty* 2002;28(3): 77-80.
28. Pell JP. Impact of intermittent claudication on quality of life. The Scottish Vascular Audit Group. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1995;9(4): 469-72.
29. Gardner AW, Montgomery PS, Killewich LA. Natural history of physical function in older men with intermittent claudication. *J Vasc Surg* 2004;40(1):73-8.
30. Patel KV, Coppin AK, Manini TM, Lauretani F, Bandinelli S, Ferrucci L, et al. Midlife physical activity and mobility in older age: The InCHI-ANTI study. *Am J Prev Med* 2006;31(3):217-24.
31. Oka RK, Szuba A, Giacomini JC, Cooke JP. Gender differences in perception of PAD: a pilot study. *Vasc Med* 2003;8(2):89-94.
32. Bilgili N, Kubilay G. [Problems experienced by families giving care for the elderly]. *Health and Society* 2003;13(1):35-43.
33. Wangi H, Asdie RH. Correlation Between Lower-extremity Functional Status and Obesity in Type-II Diabetic Patients with and without Peripheral Arterial Disease at Dr. Sardjito Central General Hospital, Yogyakarta. *Acta Med Indones* 2009;41(1):2-5.
34. Vo P, Marx S, Penles L. Health-related quality of life (HRQoL) among patients experiencing acute and chronic pain: Results from a survey of 606 pain patients in the United States. *The Journal of Pain* 2008;9(4):69.