

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK STATÜSÜNÜN ÖLÇÜLMESİ: BYPASS AMELİYATI OLAN HASTALARIN ALGILANAN SAĞLIK STATÜLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Bayram ŞAHİN

T 48914

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Sağlık Kurumları Yönetimi Programı İçin Öngördüğü

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Mehtap TATAR

ANKARA

1996

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Kurumları Yönetimi Programında Bilim Uzmanlığı Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

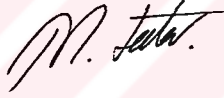
Başkan : Prof. Dr. Tervik DİNÇER, Hacettepe Üniversitesi



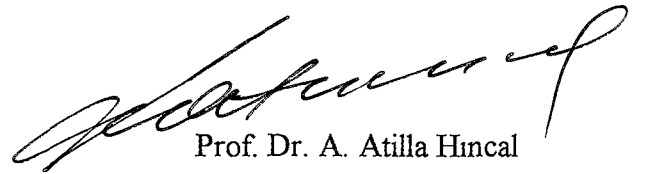
Üye : Yrd. Doç. Dr. Ersen ALOĞLU, Hacettepe Üniversitesi



Üye : Yrd. Doç. Dr. Mehtap TATAR (tez danışmanı), Hacettepe Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. A. Atilla Hincal

Enstitü Müdürü

ÖZET

Fonksiyonellik ve iyilik hali hasta bakımında üzerlerinde çok az durulan sonuçlardır. Bir çok kronik hastalıklarda olduğu gibi koroner arter hastaları için de tıbbi bakımının amacı; hastaların fonksiyonlarını ve iyilik halini geliştirmektir. Bunun için hem koroner arter hastalığının, hem de bu hastalık için uygulanan tedavi yöntemlerinden biri olarak bypass cerrahisinin değerlendirilmesinde, hastalık ve cerrahinin fonksiyonellik ve iyilik hali şeklindeki sağlık statüsü üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma, özel bir hastane olan Sevgi Hastanesi'ne başvuran koroner arter hastalarının (n=85), cerrahi öncesi sağlık statüleri arasında hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek ve cerrahi öncesi ve sonrası sağlık statüleri arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını inceleyerek cerrahinin hastaların sağlık statüleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapılmıştır. Hastaların sağlık statülerini ölçmek için bir genel sağlık statüsü ölçüm aracı olan SF-36 kullanılmıştır. Hastaların sağlık statüleri cerrahiden önce ve cerrahiden 3.5-4 ay sonrası olmak üzere iki kez değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışma sonunda, hastaların cerrahi öncesi sağlık statüleri arasında yaş, cinsiyet, kapalı damar sayısı ve daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat geçirmiş olup olmama gibi değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı bulunmuştur. Eğitim düzeyleri ve hastalık süreleri farklı olan hastalar ile daha önce kalp krizi geçirmiş ve geçirmemiş hastaların ve başka hastalığı olan ile olmayan hastaların genel sağlık statüsü boyutlarından bazıları arasında anlamlı farklılıkların olduğu görülmüştür. Hastaların cerrahi öncesi ve sonrası sağlık statüleri karşılaştırıldığında ise cerrahi sonrası sağlık statülerinin cerrahi öncesinden daha iyi olduğu, cerrahiden sonra 20.81 ile 33.33 puan arasında pozitif yönde bir değişim gösterdikleri ve bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı belirli demografik ve klinik özellikler açısından incelendiğinde ise; farklı yaş ve cinsiyet grubundaki hastaların, eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan hastaların, hastalık süresi 6 ≤ ay ile 7 ≥ ay olan hastaların, kapalı damar sayısı 2 ≤ ile 3 ≥ olan hastaların, başka hastalıkları olan ile olmayan hastaların, daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat geçirmemiş olan ile kalp krizi geçirmiş hastaların ve cerrahi sonrası hekime 1 ve 2 kez başvuran hastaların cerrahi sonrası sağlık statülerinin cerrahi öncesinden daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi ortaokul ve üstü grubundaki hastaların cerrahi öncesi ve sonrası fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları ve duygusal rol sınırlamaları boyutlarında, daha önce aynı hastalıkla ilgili olarak ameliyat geçirmiş hastaların fiziksel fonksiyonellik, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları boyutları arasında, kalp krizi geçirmemiş hastaların ve cerrahi sonrası hekime 3 ve daha fazla başvuran hastaların duygusal rol sınırlamaları boyutları arasında anlamlı farklılığın olmadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık statüsünün ölçülmesi, sonuç değerlendirme, algılanan sağlık statüsü, SF-36, koroner arter by pass cerrahisi

ABSTRACT

Functional status and well-being are generally the most ignored part of patient care. As in other chronic diseases, the aim of medical care for coronary artery patients is to improve the functional status and well-being of patients. To this end, there is a need to evaluate the effects of both coronary artery disease and bypass surgery on the health status of patients defined in terms of functional status and well-being.

The aims of this study can be stated as, to find out if there is a statistically meaningful difference among patients who are admitted to the private Sevgi Hospital for bypass surgery according to their demographic and clinical characteristics before the operation; and to analyse the differences in health status before and after the operation in order to evaluate the impact of surgery on their health status. To this end, SF-36, a measure of general health status was used. The health status of patients was evaluated both before and 3.5-4 months after the surgery.

It has been found out that there are not statistically meaningful differences among patients before the surgery according to their age, sex, number of diseased vessel, having or not having the same operation earlier, and with and without another disease. However, statistically meaningful differences have been found for some dimensions of general health status according to education level, duration of disease and patients who experienced a heart attack earlier. The comparison of the health status of patients before and after the operation has revealed that there is a statistically meaningful improvement after the operation. It can be stated that the patients have experienced between 20.81 and 33.33 points change in the positive direction. After analysing the statistical differences among general health status dimensions before and after the operation, it has been found out that the differences between pre and post operative dimensions are statistically meaningful for patients in different age and sex groups; in primary school and below education level, with differing duration of the disease, with two and below and three and above diseased vessel, with and without another disease, who did not have the same operation earlier, with patients who had a heart attack and who visited their doctors once and twice after the operation. No statistically meaningful differences have been found for patients with secondary school and above educational level in physical role limitation, general health perceptions and emotional role limitation dimensions; who had the same operation earlier in physical functioning, vitality, social functioning and emotional role limitation dimensions; who did not have a heart attack earlier and visited their doctor three times or more after the operation in emotional role limitation dimension.

Key Words: Measurement of health status, outcome evaluation, perceived health status, SF-36, coronary artery bypass grafting

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesindeki katkılarından dolayı aşağıdaki kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Bu çalışmada bana danışmanlık yapan Sayın Yrd. Doç. Dr. Mehtap Tatar'a, çalışmanın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki katkılarından dolayı Sayın Uz. İsmet Şahin'e, çalışma için gerekli izni sağlayan Sevgi Hastanesi Başhekimi Sayın Doç. Dr. Barış Diren'e, araştırmanın yapılması için gerekli ortamı hazırlayan ve araştırma süresince bana hergün günlük yatan hastaları bildiren Sayın Ceyla Diren'e, araştırmaya gösterdikleri ilgi ve sabırdan dolayı hastalara ve bugüne kadar yardım ve desteğini esirgemeyen eşim Azime'ye teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
GİRİŞ.....	1
SAĞLIK VE SAĞLIKLA İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR.....	5
2.1. Sağlığın Tanımları.....	5
2.1.1. Sağlığın Negatif ve Pozitif Tanımları.....	6
2.1.2. Sağlıkla İlgili Görüşler.....	10
2.2. Sağlıkla İlgili Genel Kavramlar.....	12
2.2.1. Sağlık Statüsü Kavramı.....	12
2.2.2. Hayat Kalitesi Kavramı.....	15
2.2.3. Sağlıkla İlgili Hayat Kalitesi Kavramı.....	16
SAĞLIK STATÜSÜNÜ ÖLÇME YÖNTEMLERİ.....	17
3.1. Sağlık Statüsünün Klinik Açıdan Ölçümü.....	17
3.2. Sağlık Statüsünün Algılanan Sağlık Açısından Ölçümü.....	18
3.2.1. Global Sağlık Göstergeleri.....	21
3.2.2. Hastalığa Özgü Ölçüm Araçları.....	22
3.2.3. Fayda (Utility) Ölçümü.....	23
3.2.4. Genel Sağlık Statüsü İndeks ve Profilleri.....	23
SAĞLIK STATÜSÜ ÖLÇÜMLERİNİN VE GENEL SAĞLIK STATÜSÜ ÖLÇÜM ARAÇLARININ KULLANIM ALANLARI.....	27
4.1. Genel Sağlık Statüsü Ölçümlerinin ve Ölçüm Araçlarının Toplumsal Genel Sağlığının İzlenmesinde Kullanımı.....	29
4.2. Genel Sağlık Statüsü Ölçümlerinin ve Ölçüm Araçlarının Sağlık Bakım Politikalarının Değerlendirmesinde Kullanımı.....	31
4.3. Genel Sağlık Statüsü Ölçümlerinin ve Ölçüm Araçlarının Klinik Ortamlarda Kullanımı.....	32

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ ÖLÇME ARAÇLARINA BİR ÖRNEK:

SF-36	41
5.1. SF-36'nın İçeriği.....	42
5.2. SF-36'nın Skorlanması.....	45
5.3. SF-36 İle İlgili Örnek Çalışmalar	48
GEREÇ VE YÖNTEM	51
6.1. Çalışmanın Amacı.....	51
6.2. Problem Cümlesi.....	51
6.3. Hipotezler.....	51
6.4. Varsayımlar.....	52
6.5. Kısıtlılıklar.....	52
6.6. Evren ve Örneklem.....	52
6.7. Veri Toplama Yöntemi.....	53
BULGULAR VE TARTIŞMA	55
7.1. Genel Bilgiler İle İlgili Bulgular.....	55
7.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular.....	58
SONUÇ VE ÖNERİLER	77
KAYNAKLAR	87
ÖZGEÇMİŞ	94
EKLER	
EK 1. Anket	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
SF-36	:	36-Item Short Form Health Survey
NHP	:	Nottingham Health Profile
SIP	:	Sickness Impact Profile
NHS	:	National Health Service
MOS	:	Medical Outcomes Study
WHO	:	World Health Organization
$\bar{x}$	:	Ortalama
SS	:	Standart sapma

TABLolar DİZİNİ

	<i>Sayfa</i>
Tablo 1: SF-36 Genel sağlık statüsü ölçüm aracının boyutları.....	43
Tablo 2: Koroner arter hastalarının demografik ve hastalıkları ile ilgili klinik özelliklerine göre dağılımı.....	56
Tablo 3: Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutlarının yaşa göre karşılaştırması.....	59
Tablo 4: Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırması.....	60
Tablo 5: Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırması.....	61
Tablo 6: Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutlarının hastaların hastalık süresine göre karşılaştırması.....	61
Tablo 7: Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutlarının hastaların kapalı olan damar sayısına göre karşılaştırması...	62
Tablo 8: Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutlarının hastaların kalp krizi geçirmiş olup olmamasına göre karşılaştırması.....	63
Tablo 9: Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutlarının hastaların daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat geçirmiş olup olmamalarına göre karşılaştırması.....	63
Tablo 10: Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutlarının hastaların başka hastalığa sahip olup olmamasına göre karşılaştırması.....	64
Tablo 11: Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi ve sonrası sağlık statüsü boyutlarının genel olarak karşılaştırılması.....	65
Tablo 12: 57≤ yaş ve 58≥ yaş grubundaki koroner arter hastalarının cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının karşılaştırması.....	66
Tablo 13: Erkek ve kadın hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının karşılaştırması	67
Tablo 14: Eğitim düzeyi ilkököl ve altı olan ve ortaokul ve üstü olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının karşılaştırması.....	68

	<i>Sayfa</i>
Tablo 15: Koroner arter hastalığı ile ilgili hastalık süresi $6 \leq$ ay olan ve $7 \geq$ ay olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının karşılaştırması.....	69
Tablo 16: Kapalı damar sayısı $2 \leq$ olan ve $3 \geq$ olan koroner arter hastalarının cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının karşılaştırması.....	70
Tablo 17: Cerrahi öncesi kalp krizi geçirmiş ve geçirmemiş olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının karşılaştırması.....	71
Tablo 18: Cerrahi sonrası hekime bir kez, iki kez ve $3 \geq$ kez başvuran hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının karşılaştırması.....	73
Tablo 19: Daha önce koroner arter hastalığı ile ilgili ameliyat geçirmiş ve geçirmemiş olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının karşılaştırması.....	74
Tablo 20: Başka hastalığı olan ve olmayan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının karşılaştırması.....	76

GİRİŞ

Sağlık ve sağlık bakımı insanların hayatlarında önemli bir yere sahiptir. Bunun bir sonucu olarak, bir çok ülke ekonomik zenginliklerinin giderek artan oranını sağlık hizmetlerinin üretimine ve sunumuna ayırma zorunluluğu ile karşı karşıya kalmaktadır (Patrick and Erickson, 1993). Bugün bir çok ulusal sağlık sisteminin yüz yüze bulunduğu ortak sorun, tıbbi bakım maliyetlerinin ulusal gelirden artan miktar ve oranda pay almasıdır. Bu nedenle mevcut sağlık bakım kaynaklarından daha fazla faydalar elde edilmesi önem kazanmış ve verilen tıbbi bakım ve tedavinin etkililiğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalara verilen önem gittikçe artmıştır (Patrick and Erickson, 1993; Ruta, et al., 1994). Ancak bu amaca yönelik olarak yapılan teorik ve pratik çalışmalar genellikle tıbbi bakımın yapısı ve süreci üzerinde odaklaşmış, tıbbi müdahale ve sağlık sonuçları (health outcomes) arasındaki ilişkiler konusuna ise çok az ilgi gösterilmiştir (Hunt, et al., 1984; Wilson, 1993).

Bakım veya tedavi değerlendirmesinde, sonuçlar (outcomes) üzerinde odaklaşan çalışmaların önemli eksiklikler taşıdıkları görülmektedir. Bunun temel nedeni, tedavi değerlendirmesinde, hastaların önemsedikleri sonuçlar yerine bir organ fizyolojisi üzerinde odaklaşan geleneksel klinik sonuçların kullanılmasıdır (Hunt, et al., 1984: 105). Ancak tedavi etkililiğinin sadece fizyolojik açıdan yorumlanması, fizyolojik açıdan sağlık üzerinde önemli gelişmeler sağlayan, oysa sağlığın diğer boyutlarında olumsuz sonuçlara neden olabilen tedavilerin uygulanmaya devam edilmesine neden olabilmektedir.

Son yirmi yıldır ise tıbbi bakım değerlendirmesinin, hastalar için önemli olan sonuçları da içermesi gerektiği kabul edilmiştir (Richards and Hemstreet, 1994: 31). Böylece tedavilerin ve hastalıkların günlük hayatla ilgili fonksiyonellik ve iyilik hali üzerindeki etkileri de dikkate alınmaya başlanmıştır. Bu amaca yönelik olarak hem hastalıkların hem de tedavilerin, sağlık üzerinde neden oldukları sonuçları ölçmek için, sağlık indekslerinden profillerine kadar uzanan geniş bir yelpaze içerisinde kapsamlı “algılanan sağlık statüsü ölçüm araçları” geliştirilmiş ve bunlar çok çeşitli hastalık ve tedavi gruplarına uygulanarak, klinisyenler dahil olmak üzere sağlık bakım yöneticilerinin ve politika belirleyicilerin bu alana olan ilgilerinin artması sağlanmıştır (Ware, 1995: 329).

Aslında bu ölçüm araçlarının gelişimi ve kullanımının, sağlığın, biyolojik göstergelerin (laboratuvar) ötesinde tanımlanması ve ölçülmesi düşüncesinden (Ware, 1995: 328), yani sağlıkla ilgili görüşlerdeki bir paradigma değişikliğinden kaynaklandığı söylenebilir. Önceki paradigma sadece hastalığa önem verirken, yenisi hastalık yanında sağlığa, fonksiyonelliğe ve iyilik haline önem vermektedir. İlki, öncelikle tıbbi bakım (medical care) üzerinde odaklanmış yenisi ise sağlık bakım (health care) üzerinde odaklanmaktadır. İlki hastalığı sadece patofizyolojik bozukluklara dayalı olarak ölçerken, sağlığın yeni ölçütleri fizyoloji yanında hayat kalitesi, fonksiyonellik ve iyilik haline dayalıdır. İlki hekimi hastalığın iyileştiricisi olarak görmüş yenisi ise hekimi iyileştiriciliğin yanında sağlığın yükselticisi olarak görmektedir. İlki kaliteyi maliyetten ayırırken yenisi ödenebilir bir maliyetteki en iyi sonuçlar olarak tanımlanan en iyi değeri aramaktadır. Bu paradigma değişikliği sağlık kavramı hakkındaki düşüncelerin, sadece hastalığın yokluğundan daha fazlasını içeren bir anlayış yönünde değiştirilmesine neden olmuştur (Greenfield and Nelson, 1992: 25). Bunun üzerine çocukluktan yaşlılığa hayatın her aşamasında, bireylerin iş, oyun ve başkalarıyla olan ilişkilerinden tatmin sağlamlasına olanak veren tam bir fonksiyonellik ve iyilik hali düzeylerinde olmaları gerektiği ve sağlık statüsü ölçümlerinin bu boyutları da içermesi gerektiği kabul edilmiştir. Sonuçta sağlığın ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan mortalite, morbidite ve klinik göstergelere ek olarak gerek hastalıkların, gerekse tedavilerin günlük hayat üzerindeki etkilerini ölçmek için yeni göstergelere ihtiyaç duyulmuş ve bu ihtiyaç algılanan sağlık statüsü ölçüm araçları ile sonuçlanmıştır (McDowell and Newel, 1987; Keith, 1994).

Algılanan sağlık konusunda yapılan çalışmaların, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili değerlendirmelerinin, sağlık statülerinin önemli bir göstergesi olduğuna işaret etmesi (Wannamethee and Shaper, 1990: 910; Robin and McAvay, 1992: 373) bir çok alanda olduğu gibi koroner arter hastalarının algılanan sağlık statülerinin ölçümü konusunda da giderek artan bir ilgi uyandırmıştır. Bu yöndeki bir çok çalışma hastaların sağlıkları ile ilgili algılamalarının fizyolojik ölçümler ile sağlanan bilgileri tamamladığını ve böylece araştırmacıların ve klinisyenlerin koroner arter hastalarını daha doğru değerlendirmelerine olanak verdiğini göstermiştir (Miraldo, et al., 1991: 779).

Koroner arter hastalığının hem görülme sıklığı, hem de tükettiği kaynaklar açısından önemli bir kamu sağlık problemi olduğu açıktır. Özellikle bu yöndeki

tedavilerden biri olarak koroner arter bypass cerrahisinin (Coronary artery bypass grafting-CABG) sağlık bakım kaynaklarının önemli bir kısmını tüketen (Mauldin, et al., 1994: 473) ve kullanımı özellikle 65 yaşından büyük hastalar için giderek artan bir yöntem olduğu bilinmektedir (Montaque, et al., 1985; Guadagnoli, et al., 1992: 60). Ancak koroner arter bypass cerrahisi, koroner arter hastalığı için yaygın bir şekilde kabul edilen ve güvenle uygulanan bir tedavi yöntemi olmakla birlikte, cerrahinin hastaların sağlık statüleri üzerinde neden olduğu sonuçlar (outcomes) hakkında çok az şeyin bilindiği, tedavi sonuçları ile ilgili kararların genellikle hizmet sunanların görüşlerine dayandırıldığı (Papadantonaki, et al., 1994: 45), cerrahiden sonraki sonuçlar ile ilgili yapılan çalışmaların daha çok mortalite ve cerrahi komplikasyonları üzerinde odaklaştığı ve fonksiyonel statü ile iyilik hali şeklindeki sağlık statüsü ile ilgili sonuçların dikkate alınmadığı görülmektedir (Guadagnoli, et al., 1992: 60). Oysa bir çok yazar gibi Denollet (1994)'in de belirttiği gibi, koroner arter hastalarına sağlık bakımı sağlamanın birincil amacı; hastaların fonksiyonelliklerini ve iyilik hallerini geliştirmektir. Bunun için yazarın da işaret ettiği gibi cerrahinin etkisini değerlendirmek için bu yöndeki sonuçların da dikkate alınması ve cerrahinin sağlık statüsünün bu boyutları üzerindeki sonuçlarını değerlendirecek sağlık statüsü ölçüm araçlarının kullanılması gerekmektedir.

Bu çalışmada hem koroner arter hastalığının, hem de bypass cerrahisinin hastaların sağlık statüsü üzerindeki etkileri, hastaların algıladıkları sağlık statüsü açısından ortaya konmaktadır. Çalışmanın amaçları (1) sağlık statüsünün hastalığın klinik şiddetini gösteren değişkenlere ve hastaların demografik özelliklerine göre değişip değişmediğini, yani bu değişkenlerin bireylerin algıladıkları sağlık statülerine olan katkılarını belirlemek ve böylece tedaviden elde edilecek yararların olası alanlarını ortaya koymak (2) hastaların algıladıkları sağlık statülerinin ameliyat öncesi ve sonrası farklılaşıp farklılaşmadığını göstererek bypass cerrahisinin sağlık statüsü üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Bu amaçları gerçekleştirmek için genel sağlık statüsünü ölçmek üzere yakın zamanlarda geliştirilmiş olan SF-36 (36-Item Short Form Health Survey- SF-36) kullanılacaktır.

Bu çerçeve içinde çalışmanın ikinci bölümünde sağlık ve sağlıkla ilgili genel kavramlar hakkında bilgi verilecek, üçüncü bölümünde ise sağlık statüsünü ölçme yöntemlerine yer verilecektir. Dördüncü bölümde sağlık statüsünü ölçme nedenleri ortaya konacak, beşinci bölümde bu çalışmada kullanılan ve genel sağlık statüsü ölçme araçlarına

bir örnek olan SF-36 ile ilgili bilgiler sunulacak, altıncı bölümde gereç ve yöntem, yedinci bölümde bulgular ve tartışma, son bölümde ise sonuç ve öneriler ele alınacaktır.



SAĞLIK VE SAĞLIKLA İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR

Elinson et al. (1977: 65)'ın da belirttiği gibi, bireylerin ya da toplumların sağlığı anlayış ve değerlendirilme biçimleri sağlığın nasıl ölçüleceğine ve tıbbi bakım hizmetlerinin nasıl değerlendirileceğine etki etmektedir. Yani sağlık statüsünün nasıl ölçüleceği büyük ölçüde sağlığın tanımlanma şekline bağlı olmaktadır.

Donabedian da tıbbi bakım değerlendirmesi yönünde kullanılacak sağlıkla ilgili sonuç göstergelerinin geliştirilmesinin, bireylerin sağlıklarının ne ölçüde dar ya da geniş olarak tanımlanacağına bağlı olduğunu ifade etmiştir (Benson, 1992: 164). Yazara göre hasta sağlığı ile ilgili sonuçlar düşünülmeden önce, biçimi ne olursa olsun tüm sağlık bakım örgütlerinin sağlığın ne olduğunu anlama yönünde çaba göstermeleri ve sağlığın örgütsel olarak anlayış kazanması gerekmektedir. Yazar şayet örgütün sağlık kavramı açık değilse geliştirilecek sonuç göstergelerinin de açık olmayacağını belirtmiştir (Benson, 1992: 164). Bunun için bu bölümde sağlık ve sağlıkla ilgili tanım ve kavramlara yer verilmesi gerektiği düşünülmüştür. Bu tanım ve kavramlar, sağlık statüsü ölçümünde nerede olduğumuz ve nereye yönelmemiz gerektiği konusunda önemli ipuçları vermektedir.

2.1. Sağlığın Tanımları

Sağlığın ve hastalığın tanımlarının, tanımlandığı kültüre (Larson, 1991: 1; Jenkins, et al., 1992: 371), tarihsel sürece ve toplumdaki güçlü grupların ideolojisine bağlı olduğu kabul edilmektedir (Larson, 1991: 1). Bir çok bebeğin daha hayatlarının birinci yılında öldüğü ve doğuştan beklenen yaşam süresinin çok düşük olduğu bir toplumdaki sağlık anlayışının, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzun olduğu ve herkesin iyi koşullarda yaşadığı bir toplumdaki sağlık anlayışından farklı olduğu, bu nedenle de bir kültürde hastalık (disease) olarak tanımlanmış bir durumun başka bir kültürde normal olarak karşılanabildiği görülmektedir (Aggleton, 1990: 4). Örneğin göbek fıtığı (umbilical hernia) vakası bir çok Afrika ülkesinde yaygın olduğu için bir hastalık (disease) olarak düşünülmemektedir. Tarihsel sürece göre sağlık tanımlarının nasıl değiştiğine bakıldığında ise son yüz elli yıldır artan beklentilerin, sağlığın tanımını ölüm ve beklenen yaşamdan, günlük aktiviteleri yapabilme yeteneğine doğru değiştirdiği görülmektedir. Sağlığın

tanımlanması ve ölçülmesinde ayrıca toplumdaki güçlü grupların da etkisi vardır. Örneğin sağlığın tanımlanması ve ölçümünde ağırlıklı olarak tıbbi modelin kullanılması hekimlerin etkileriyle açıklanmaktadır (Larson, 1991).

Bugüne kadar sağlıkla ilgili bir çok tanım yapılmıştır (Brook and McGlynn, 1991: 285). Bu tanımlarda kullanılan terimler iyilik ve normallik gibi pozitif durumlardan, sakatlık (disability) ve hastalık (disease) gibi negatif durumlara dağılmıştır (Patrick and Erickson, 1993: 19). Örneğin bir tanımda sağlık, hastalığın yokluğu olarak algılanırken, alternatif bir yaklaşımda ise insan hayatı ile ilgili maksimize edilmesi gereken öğeler olarak kavramsallaştırılmıştır (Brook and McGlynn, 1991: 285).

Read et al. (1987) ve Aggleton (1990), sağlığın kavramsallaştırılmasındaki bu farklılıkları, sağlığın bireyden bireye ve toplumdan topluma değişen nisbi bir özellik olmasıyla açıklamıştır. Bunun için sağlığın tanımı ve boyutları, negatif ya da pozitif olarak tanımlanmasına ve sağlıkla ilgili olarak dikkate alınan görüşlere göre değişmektedir (Brook and McGlynn, 1991: 286). Sağlığın tanımına ilişkin yaklaşımlar aşağıda ayrıntılı olarak sunulmuştur.

2.1.1. Sağlığın Negatif ve Pozitif Tanımları

Sağlıkla ilgili tanımlara bakıldığında, sağlığın negatif ve pozitif olarak tanımlanmış olduğu görülmektedir. Negatif açıdan sağlık hastalık (disease ve illness)¹ durumlarının yokluğu ile (Aggleton, 1990: 5), pozitif açıdan ise belirli niteliklerin varlığı ile karakterize edilmektedir (Aggleton, 1990: 8).

Sağlıkla İlgili Negatif Tanımlar

Sağlığın bu tanımına göre insanlar vücut anormalliği ile ilgili hiç bir semptom göstermediği sürece sağlıklıdır. Yani sağlık, bazı patoloji ve vücut anormallikleri

¹ İngilizcede “disease” ve “illness” kavramları arasında net bir ayırım vardır. Disease vücudun her hangi bir yerinde bir dizi semptom ve işaretlerle kendini belli eden, bazı patolojik bulguların ya da anormalliklerin olmasıdır. Illness ise patolojik anormalliğin sonucu olabilen ya da olmayan, birey tarafından yaşanan subjektif bir durumdur. Yani illness bireyin kendini hasta hissetmesi olarak tanımlanabilir ve patolojik etkilere karşı davranışları ve hisleriyle ilgilidir. İngilizcedeki bu netliğe karşılık Türkçe’de “hastalık” terimi her iki kavram için de kullanılmaktadır (Tatar ve Tatar, 1996). Bu nedenle doğabilecek kavram kargaşasını önlemek için yazım esnasında hastalık ifadesinden kastedilen kavram parantez içinde verilecektir.

şeklindeki hastalığın (disease) yokluğu ile ilgilidir. Bu tanım insanların kendilerini nasıl hissettiklerini dikkate almadığı için eleştirilmektedir. Çünkü hastalık (disease) sıkıntı, ağrı ve rahatsızlığın hissedilmesiyle ya da hissedilmemesiyle ortaya çıkabilmektedir. Birey ağrı ya da rahatsızlık duymaksızın, var olan vücut anormalliklerinin farkına varmaksızın hasta (disease) olabileceği gibi (örneğin dişin ağrısız çürümesi) patolojik anormallik ya da bozukluk olmaksızın da kendini hasta (illness) hissedebilir (Aggleton, 1990: 6).

Sağlığın patolojik anormalliğin yokluğu olarak tanımlanması, ölçülmesinde de hastalığın (disease) esas alınması sonucunu doğurmuş ve bunun sonucunda mortalite ve morbidite istatistikleri yoluyla toplumun, biomedikal göstergelerle de bireylerin ne kadar sağlıklı ya da sağlıklı olmadıkları konusunda karara varılması yoluna gidilmiştir (Tatar ve Tatar, 1996). İlerdeki bölümlerde bu göstergeler üzerinde daha ayrıntılı durulacaktır.

Sağlıkla İlgili Pozitif Tanımlar

Pozitif açıdan sağlık sahip olunacak bir mal, ideal bir durum, kişilerin fonksiyonlarını uygun olarak yerine getirmelerini sağlayan değişken bir durum ve değişen koşullara adapte olabilme yeteneği olarak tanımlanmıştır. Bu anlatım sağlık hakkında bir çok yaklaşım ve teorilerin olduğunu göstermektedir (Seedhouse, 1986:1).

İdeal Bir Durum Olarak Sağlık

1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, o ana kadar ki tanımlardan çok farklı bir biçimde, sadece hastalık (disease) ve sakatlığın (infirmary) yokluğu olarak değil tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamıştır (WHO, 1946). Tanım, başlangıçta ütöpik olarak algılanmış, ancak zamanla ortak bir kabul görerek “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” politikasının şekillendirilmesinde de kullanılmıştır (Greenfield and Nelson, 1992: 25).

DSÖ’nün sağlık tanımı, sağlığın hem pozitif hem de negatif öğelerini içermekle birlikte, pozitif yönler üzerinde daha fazla durmaktadır (Seedhouse, 1986: 31; Larson, 1991: 7). Tanım, hangi sağlık durumlarının diğerlerinden daha sağlıklı olduğunu

tanımlamamakla birlikte fizyolojik olguya ilaveten sağlının fonksiyonel statü ve iyilik hali yönlerine de atıfta bulunmaktadır (Patrick and Erickson, 1993: 20).

Jette and Downing (1994: 521)'in de belirttiği gibi, bu sağlık tanımı sağlık ve sağlık sonuçlarının kavramsallaştırılması yönünde çok boyutlu bir model önermektedir. Bu çok boyutlu model sağlıkla ilgili problemleri sadece patofizyolojik hastalıklar açısından değil, aynı zamanda sağlıkla ilgili davranışlar açısından da incelemeyi önermektedir. Sağlının kavramsallaştırılmasında bu modelin kullanımı sosyal rolleri, psikolojik iyilik halini ve fiziksel fonksiyonelliği biyoloji ve patoloji kadar önemli hale getirmektedir.

1950'lerde DSÖ'nün tanımı ölçülemez olarak eleştirilmesine karşın günümüzde bu eleştiriden kurtulduğu ve geniş kesimlerce kabul edildiği görölmektedir. Tanımın içerdii pozitif öğeler bireylerin algılamalarına dayalı olarak iyilik hali boyutu ile ilgili sorularla, negatif öğeler ise hastalığın (morbidite) ve sakatlığın (disability) geleneksel ölçütleri ile ölçölmektedir. Tanımın içerdii fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık boyutlarının ölçümü için bir çok profil ve indeks olmasına rağmen bu yönde tam bir uzlaşma sağlanamamıştır (Larson, 1991: 7).

Teori ile ilgili eleştiri ise, tam fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali kavramları ile anlatılmak istenenlerin bireylerin değerlerine bağlı olmasıdır. Yani ideal sağlığı mutlak ve tanımlanabilir bir durum olarak ele almanın yanlış olacağı ileri sürölmektedir (Seedhouse, 1986: 31).

Fiziksel ve Ruhsal Zindelik Olarak Sağlık

Amerikalı sosyolog Talcott Parsons 1972 yılında sağlığı bireylerin sosyalleştii rol ve görevlerini etkili bir performans ile yapabilmeleri için gerekli optimum bireysel kapasite olarak tanımlamıştır (Aggleton, 1990: 9). Bu tanım bireyin toplumsal normlara ve beklentilere uygun olma kapasitesine önem vermekte ve yüksek sağlık düzeyini toplum kalkınması için önemli olarak görmektedir. Tanıma göre çok düşük bir sağlık düzeyi ya da çok yüksek bir hastalık (disease ve illness) düzeyi toplumu bozucu etkiye sahiptir.

Parsons'un tanımı mevcut sağlık derecelerini ihmal ettiği için eleştirilmektedir. Yazar sağlığı optimum kapasite olarak tanımlamış (Aggleton, 1990: 9) ve hastalığın toplum için kötü olduğunu ileri sürmüştür. Ancak hastalığın, toplumsal değişim ve daha geniş eşitlik için bir güç olarak ortaya çıktığına da inanılmaktadır (Seedhouse, 1986: 33).

Bir Mal Olarak Sağlık

Sağlığın bir mal olduğu teorisi modern tıp uygulaması içerisinde oluşmuş bir düşüncedir (Aggleton, 1990: 10). Teoriye göre sağlık kaybedilebilir, satın alınabilir, satılabilir (sağlık merkezleri tarafından) ve verilebilir (ameliyat ve ilaçlarla) niteliklere sahiptir. Bu teori sağlığı, başkalarından elde edilir durumlara eşitleyerek, bireyden ayrılabilir, bireysel çaba ve katılım olmaksızın verilebilir ve satın alınabilir bir nitelik olarak ele almaktadır (Seedhouse, 1986: 34; Aggleton, 1990: 11).

Teori ile ilgili temel sorun sağlığı bir mal ve ticari bir nesne olarak görmesidir. Oliver Sacks, Rene Dubos ve Ivan Illich gibi humanistik düşünceyi paylaşan yazarlar bu düşünceye karşı çıkmışlardır. Bu yazarlar mal olarak sağlık düşüncesinin tıp bilimi yaklaşımından bazı avantajlar elde ettiğini, ancak tıp biliminin sağlığı yükseltme çalışmalarında karşılaşılan problemlerin tamamını çözmede yetersiz kaldığını ileri sürmüşlerdir. Yazarlara göre ideal sağlığa çabasız bir şekilde sadece tıp bilimi tarafından sağlanan malların elde edilmesiyle ulaşılmaması mümkün değildir (Seedhouse, 1986: 36).

Bireysel Güç ve Adapte Olma Yeteneği Olarak Sağlık

Sağlık ayrıca güç ya da enerji kaynağı olarak da tanımlanmış ve hastalık (disease ve illness) ile mücadele etmek için fiziksel güç ve adapte olma yeteneğine de önem verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu teori genel humanistik yaklaşım altında ele alınmaktadır. Humanistlere göre yeni durumlara adapte olma 19. ve 20. yüzyılda Avrupadaki epidemik hastalıkların azalmasını sağlayan en önemli faktör olup (Aggleton, 1990: 11) modern tıbbın rolü inanıldığı kadar büyük değildir (Seedhouse, 1986: 40). Humanistler hastalıkları (disease ve illness) mümkün olduğunca giderilmesi gereken sorunlar olarak tanımlamalarına rağmen bireysel gelişimi sağlamak için bu durumların gerekli olduğuna da inanmaktadırlar. Teoriye göre sağlık, hastalığın (disease ve illness)

varlığı ile giden bunların ortadan kaldırılmasıyla yeniden ulaşılan bir durum değildir. Sağlık sadece biyolojik açılardan değil diğer yönlerden de uygun bir şekilde yanıt verme yolu ve hayatı kuralına göre yaşama biçimidir (Seedhouse, 1986: 36). Ancak teori bu güç ve yeteneklerin ne olduğunun açık olmaması nedeniyle eleştirilmiştir (Aggleton, 1990: 11; Seedhouse, 1986: 43).

2.1.2 Sağlıkla İlgili Görüşler

Sağlığın, hastalığın ve hayat kalitesinin tanımlanmasına insanların arzu ve korkuları etki ettiği için sağlıksızlıktan sağlıklılığa farklılaşan durumların insanların subjektif çıkarımlarıyla ilgili olduğu söylenebilir (Patrick and Erickson, 1993: 19). Başka bir deyişle, bireyler farklı değerlere, eğitim düzeylerine, yaşam biçimlerine ve kültürlere sahip olduklarından, sağlık farklı bireyler için farklı anlamlara gelmektedir (Seedhouse, 1986: 2). Örneğin, sporla uğraşan bir birey için sağlık, fiziksel zindeliğe eşit olurken, genç birisi için çeşitli aktivitelere katılabilmeye, yaşlı bir insan için ise daha sınırlı aktivitelerin üstesinden gelebilmeye eşit olmaktadır (Aggleton, 1990: 1). Ayrıca yaşlılar gençlere göre daha fazla hastalık olayları ile karşılaştıklarından, yaşlılar için sağlık, gençlerin karşılaşmadığı ya da yaşamadığı ağrı ve rahatsızlığı da içerebilmektedir (Larson, 1991: 2).

Sağlığın tanımlanması değişik perspektiflerden yapılmakla birlikte temelde iki perspektifin olduğu görülmektedir. Birinci perspektif hekimlerle ilgili olup sağlığın kurumsal tanımı olarak isimlendirilmektedir. İkinci perspektif ise sağlıkla profesyonel olarak ilgili olmayan bireylerin ya da hastaların algılamaları ile ilgilidir (Aggleton, 1990:5).

Hekimlere Göre Sağlık

Klinik uygulamalarda sağlığın oldukça dar bir şekilde tanımlandığı görülmektedir. Tıbbi problemlerin sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları üzerinde etkide bulunduğu açık olmasına rağmen, genellikle klinik tıbbın, tıbbi problemlerin direkt etkileri olan organların fizyolojisi üzerinde odaklaştığı (Feinstein, 1992: 51; Street, et al., 1994: 741) ve sağlık profesyonellerinin hastalığın sosyal modelinden çok tıbbi modeline önem verdikleri görülmektedir (Long and Scott, 1994: 683).

Hekimler sağlığın daha çok klinik ya da biyolojik boyutlardan oluştuğunu (Brook and McGlynn, 1991: 286), klinik ya da biyolojik boyutlardaki anormalliklerin fonksiyonellik ve iyilik hali ile ilgili problemlerin kökeni olduğunu ve bu boyutlarda sağlanacak gelişmelerin diğer boyutlarda da gelişmelerle sonuçlanacağını kabul etmektedir (Benson, 1992: 167). Bunun için hekimlerin, öncelikle hastalarının bio-kimyası, fizyolojisi ve mikrobiyolojisi üzerinde pozitif katkılarda bulunma, sağlığın, hastalığın ve tedavinin değerlendirilmesinde ağırlıklı olarak laboratuvar testlerini kullanma eğilimi içerisinde oldukları görülmektedir (Kazis, 1990: 8). Bu konuya, sağlığın klinik açıdan ölçülmesi bölümünde daha ayrıntılı yer verilecektir.

Hastalara Göre Sağlık

Bireylerin sağlık konusundaki inanışları, sağlık sorunlarına karşı davranışlarını ve sağlık sorunlarını anlama biçimlerini etkilediğinden kurumsal tanımlar kadar önemli oldukları kabul edilmektedir (Aggleton, 1990: 5). Brook and McGlynn (1991) hastalar için sağlığın büyük ölçüde fonksiyonellik ve iyilik haline eşit olduğunu, Benson (1992) da fonksiyonelliğe ve iyilik haline ulaşmanın hastaların tıbbi bakımdan yararlanmasının en önemli nedenleri olduğunu ifade etmektedir. Nitekim Blaxter'in yaptığı ve bu konuda daha önceleri de yapılmış bir çok çalışmanın sonuçlarını destekleyen geniş ölçekli bir çalışmada bireylerin çoğu için sağlığın fonksiyonelliğe, zindeliğe ve hastalığın (illness) yokluğuna eşit olduğu görülmüştür (Van Dalen, et al., 1994). Hastaların sağlıkla ilgili olarak önem verdikleri unsurların, sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları olduğu öne srlmektedir (Kazis, 1990: 8). Sağlığın bu şekilde algılanması, ölçülmesinde de fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik ile iyilik hali boyutlarının esas alınması sonucunu doğurmuş ve bunun sonucunda geliştirilmiş sağlık indeks ve profilleri yoluyla bireylerin ne kadar sağlıklı veya sağlıksız olduğu konusunda karara varılması yoluna gidilmiştir. Bu konu üzerinde sağlığın algılanan sağlık açısından ölçülmesi bölümünde daha ayrıntılı bir şekilde durulacaktır.

Hem negatif ve pozitif sağlık yaklaşımları hem de sağlıkla ilgili perspektifler sağlığın ne olduğu konusunda uzlaşlamadığını göstermektedir (Aggleton, 1990: 2). Ancak sağlığın kavramsallaştırılması yönündeki uzlaşma eksikliğine rağmen, hemen herkes bireylerin depresyon içerisinde ya da iyi ruh halinde olup olmamasının, kendi kendine

beslenme, giyinme, banyo yapma, yürüme, koşma ve merdivenlerden çıkma gibi günlük aktiviteleri yapıp yapmamasının ve bir sağlık durumuna bağlı olarak arkadaşlarıyla beraber olup olmamasının bireylerin sağlıklarının önemli boyutları olduğunu kabul etmektedir (Brook and McGlynn, 1991: 285). Bu nedenle kabul edilebilir bir sağlık tanımının hem fizyolojik hem de günlük hayattaki fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik ile ilgili boyutları içermesi ve bireylerin sağlık statülerinin kavramsallaştırılması ve ölçülmesinde bu boyutların ele alınması gerekmektedir (Brook and McGlynn, 1991: 285; Feinstein, 1992: 52).

2.2. Sağlıkla İlgili Genel Kavramlar

2.2.1. Sağlık Statüsü Kavramı

Geniş anlamda sağlık statüsü kavramı bireyin ve hastanın sağlık durumunu ya da düzeyini tarif etmede ve işaret etmede kullanılan bir kavram olup (Greenfield and Nelson, 1992: 25; Patrick and Erickson, 1993: 25; Gill and Feinstein, 1994: 620) sağlığın tüm boyutlarını kapsamaktadır (Keith, 1994: 482).

Sağlık statüsüne ilişkin olarak farklı yazarlarca farklı modeller geliştirilmiştir. Örneğin, Bergner'in sağlık statüsünün formülasyonuna ilişkin modeline göre sağlık statüsü; sağlığın genetik, bio-kimyasal, fizyolojik, anatomik, fonksiyonel (fiziksel, ruhsal ve sosyal) ve sağlık potansiyeli boyutlarından oluşmaktadır (Bergner, 1985: 698). Bu modelde sağlık statüsünü etkileyen toplumsal, bireysel (gelir, barınma gibi), çevresel ve sağlık bakım sistemleri gibi faktörler ise sağlık statüsünün boyutları olarak değil, sadece sağlık ya da sağlık statüsü sonucunu etkileyen süreçler olarak incelenmektedir (Bergner, 1985: 698; Patrick and Bergner, 1990: 166).

Johnson and Wolinsky (1993) ise sağlık statüsünü Nagi'nin sakatlığı kavramsallaştırma yönünde ortaya koyduğu modeli kısmen değiştirerek formüle etmişlerdir. Nagi sakatlığı (disability) kavramsallaştırmadaki en makul yolun birbirini takip eden dört aşamanın düşünülmesi ile olacağını önermiştir. Yazara göre bu aşamalar, hastalık (disease), fizyolojik anormallik (impairment), performans sınırlamaları ve sakatlıktan (disability) oluşmaktadır (Johnson and Wolinsky, 1993: 106).

Johnson and Wolinsky (1993)'nin sağlık statüsü modelinin de hastalıkla (disease)başladığı görölmektedir. İkinci aşama hastalığın neden olduğu sakatlıktan (disability), üçüncü aşama hastalık ve sakatlıktan sonuçlanan fonksiyonel sınırlamalardan (ev ve işteki aktivitelerde) oluşmaktadır. Benzer klinik semptomlara sahip bireyler fonksiyonel açıdan farklılaşabileceği için bireylerin sağlık durumlarının ya da statülerinin gösterilmesinde fonksiyonel statünün mevcut patolojiden bağımsız olarak düşünölmesi gerektiği önerilmiştir. Modelin son aşamasında ise sağlık statüsünün bu boyutlarının hepsinden etkilenen algılanan sağlık statüsü (sağlıkla ilgili global algılamalar şeklinde) yer almaktadır. Yazarlara göre algılanan sağlığı modelleştirmenin nedeni, algılanan sağlığın fiziksel ve ruhsal sağlık statüsünün, sağlık hizmeti kullanımı ve ölüm gibi önemli sonuçların alternatif bir göstergesi olması, akut hastalıkların geçişsel durumlarını yansıtabilmesi ve sağlık statüsündeki gizli değişikliklere duyarlı olmasıdır (Johnson and Wolinsky, 1993: 109).

Yukardaki sağlık statüsü modelleri, Feinstein (1992: 51)'in de belirttiği gibi, sağlık statüsünün geniş anlamda, hekimlerin tıbbi teknoloji kullanarak objektif olarak belirlediği tıbbi olgular ile hastaların subjektif olarak ifade ettikleri olgulardan oluştuğunu göstermektedir. Lohr (1992) ve Ware and Sherbourne (1992) da sağlık statüsünün içerisinde ele alınması gereken bir dizi kavram konusunda geniş ölçüde uzlaşmaya varıldığını, bu kavramların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı gibi kavramlardan oluştuğunu belirtmektedir. Jette and Downing de (1994: 521-522) sağlığın çok boyutlu bir kavram olduğunu, böylesine geniş bir kavramı sadece patolojik ve klinik bulgulara dayandırmanın güç olduğunu, bunun için sağlık sonuçlarının kavramsallaştırılmasında çok boyutluluğun esas alınması gerektiğini önermektedir. Yazarlara göre sağlığı kavramsallaştırmada biyolojik sistem ve patolojik durum kadar, sağlığın davranışsal boyutları olan sosyal, fiziksel ve duygusal fonksiyonellik ve algılanan iyilik hali de önemlidir.

Literatürde sağlık statüsü kavramı ayrıca, bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri şeklindeki iyilik halleri ile iş ve evlerindeki günlük aktivitelerini nasıl yaptıkları şeklindeki fonksiyonel statülerini göstermek ya da tanımlamak için de kullanılmaktadır (Ware, 1987: 474; Jaeschke, et al., 1989: 407; Patrick and Bergner, 1990: 166; Richards and Hemstreet,

1994: 31; Kutner, 1994: 323). Sağlık statüsü kavramının bu yönde kullanılması sağlığın tanımlanma biçimindeki farklılığın gösterilmesinden kaynaklanmıştır. Sağlık, uzun süre ölüm ve hastalık açısından tanımlanmış, daha yakın zamanlarda ise bireylerin günlük fonksiyonlarının ve iyilik hallerinin sağlıkla ilgili olduğu kabul edilmiştir. Ware (1987: 474)'in de önerdiği gibi, yeni kavramı eskisinden ayırmak için sağlık statüsü kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Jette and Downing (1994: 522) de sağlığın bu boyutlarını Ware (1987) gibi sağlık statüsü ve sağlıkla ilgili hayat kalitesi olarak tanımlamıştır. Ayrıca literatürde bireylerin fonksiyonelliklerini (fiziksel, ruhsal ve sosyal) ve iyilik hallerini tanımlamak için sağlık statüsü kavramı yanında hayat kalitesi ve sağlıkla ilgili hayat kalitesi kavramlarının da kullanıldığı görülmektedir (Ware, 1987: 474; Fletcher, et al., 1987: 65; Jaeschke, et al., 1989: 407; Patrick and Bergner, 1990: 166; Meeberg, 1993: 32; Kutner, 1994: 323; Guyatt, et al., 1993: 622; Gill and Feinstein, 1994: 624; Richards and Hemstreet, 1994: 31). Ancak literatürde bu kavramların kullanım biçimleri ile ilgili kavramsal ve metodolojik problemler mevcuttur (Meeberg, 1993: 32; Richards and Hemstreet, 1994: 31). Kavramsal problemler, sağlık statüsü, sağlıkla ilgili hayat kalitesi ve hayat kalitesi kavramlarının özellikle klinik ortamlarda sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarına atıfta bulunmak için birbirlerinin yerlerine kullanılmasından (Patrick and Bergner, 1990: 166; Kutner, 1994: 323), bu kavramların boyutlarının ve sınırlarının ne olduğu konusunda çok az fikir birliği sağlanmış olmasından ve birbiriyle kesişen bir çok yönleri sahip olmasından kaynaklanmaktadır (Gill and Feinstein, 1994: 619; Richards and Hemstreet, 1994: 31). Metodolojik problemler ise bu kavramları ölçmek için tek bir yaklaşımın olmamasından, içerikleri aynı olmakla beraber sağlık statüsü, fonksiyonel statü, sağlıkla ilgili hayat kalitesi ve hayat kalitesi ölçüm araçları şeklinde farklılaşan bir çok aracın oluşmasından (Patrick and Bergner, 1990: 166; Kutner, 1994: 323) ve gerçekte sağlık statüsünü ölçmek için tasarlanmış bir aracın hayat kalitesini ve sağlıkla ilgili hayat kalitesini ölçmek için kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Buna örnek olarak Karnofsky Performance Status Scale'in gerçekte bir sağlık statüsü indeksi olarak tasarlanmış olmasına karşılık, yaygın olarak hayat kalitesi ölçüm aracı olarak kullanılması gösterilebilir (Häyry, 1991: 105).

2.2.2. Hayat Kalitesi Kavramı

Hayatın kalite ve kantite olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Hayatın kantitesi hayatın süresini tanımlamakta ve beklenen yaşam süresi, mortalite oranları ve belirli nedenlerden dolayı ölümler aracılığıyla ifade edilmektedir. Hayatın kalitesi ise değişik göstergeler gerektirmektedir (Ware, 1987: 473). Hayat kalitesi estetik ve güzellik olarak algılanabildiği gibi, hayat tatmini anlamına da gelebilir. Rene Dubos “hayat kalitesinin büyük ölçüde subjektif değer yargıları içerdiğini ve günlük hayat aktivitelerinden elde edilen tatmine eşit olduğunu” öne sürmüştür (Patrick and Erickson, 1993: 21).

Bir sosyolog olan Campbell hayat kalitesi kavramının ilk kez İkinci Dünya Savaşı'ndan kısa bir süre önce Lyndon Johnson tarafından kullanıldığına ve kavramın finansal güvence yanında iyi bir hayata sahip olmayı sağlayacak tüm faktörleri içerecek şekilde ele alındığına işaret etmiştir (Meeberg, 1993: 33). Campbell, hayatın; toplum, eğitim, aile hayatı, arkadaşlık, sağlık, barınma, evlilik, komşuluk, kendi kendine yeterlilik, yaşam standardı ve iş gibi alanlardan oluştuğunu ve hayat kalitesinin bunların etkileşimiyle belirlendiğini ileri sürmüştür (Ware, 1991: 776).

Campbell, McCall ve daha bir çok yazar hayat kalitesinin ölçümünde hem objektif hem de subjektif göstergelerin kullanılması gerektiğini savunmuşlardır. Yazarlar, subjektif göstergelerin direkt olarak hayatla ilgili algılamalar üzerinde durduğunu, objektif göstergelerin ise sadece bu algılamaları etkileyen faktörler üzerinde durduğunu belirtmişlerdir (Meeberg, 1993: 34). Örneğin toplum bilimcilerin hayat kalitesinin ölçümünde kullandıkları işsizlik oranı, yoksulluk düzeyinin altındakilerin oranı, gelir, beslenme, ulaşım, mesleki statü ve yaşam koşulları gibi objektif göstergeler hayatla ilgili algılamalar üzerinde etkide bulunan faktörlerdir. Sağlık alanındaki araştırmacıların kullandıkları subjektif yaklaşım ise insanların kendilerini nasıl hissettikleri ya da yaşadıkları ile ilgilidir (Patrick and Erickson, 1993: 21).

Sağlık alanında hayat kalitesi kavramı insanların kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük aktivitelerini nasıl yaptıkları ile ilgili sağlık statüsünü tarif etmek için kullanılan bir kavram olup (Jaeschke, et al., 1989: 407; Gill and Feinstein, 1994: 620) hastalık ve hastalığın tedavisinin bu boyutlar üzerindeki etkilerini göstermekle ilgilidir (Fletcher, et al.,

1987: 57). Örneğin Packa ve bazı yazarlar hayat kalitesi kavramını iyilik hali açısından tanımlamışlar ve sağlık bakım içerisinde hastaların hayatlarının geliştirilmesi için hayat kalitesi kararlarının alınabileceği ve alınması gerektiğinde uzlaşmışlardır (Meeberg, 1993: 33).

Sağlığı hayat kalitesiyle eşit olarak tanımlamak giderek yaygınlaşmakta ve hayat kalitesi ile ilgili çalışmalarda kullanılan araçların içeriklerine bakıldığında hayat kalitesi ile sağlık arasındaki ayırımı dikkate almadıkları görülmektedir (Ware, 1987: 474). Ancak hayat kalitesi, sağlığa ilaveten bir çok yönlere sahip olup, sağlıktan daha geniş bir kavramdır (Ware, 1987: 474; 1991: 776; Lohr, 1992: 2). Sağlık bireyin (hastanın) hayat kalitesini etkileyen tek faktör değildir (Patrick and Bergner, 1990: 166) ve hayatın her yönü mutlaka bir sağlık ve tıbbi sorunu temsil etmemektedir (Patrick and Erickson, 1993: 21). Bu nedenle bireylerin sağlıkları ölçüleceği zaman daha sınırlı bir tanımlı kullanmak gerekmektedir. Sağlık bakım sistemlerinin amacı hayat kalitesinin sağlıkla ilgili parçasını maksimize etmektir. Hayat kalitesinin sağlıkla ilgili parçası ise sağlık statüsü olarak isimlendirilmektedir (Ware, 1987: 474).

2.2.3. Sağlıkla İlgili Hayat Kalitesi Kavramı

Sağlıkla ilgili hayat kalitesi kavramının sağlık bakım profesyonellerinin çabalarından etkilenen durumları çok daha doğru bir şekilde tanımladığı kabul edilmektedir (Gouveia, et al., 1991: 1912; Patrick and Erickson, 1993: 21).

Patrick and Erickson (1993: 76), sağlıkla ilgili hayat kalitesini hayatın süresine yüklenen değer olarak tanımlamışlar ve bu kavramla ilgili beş boyutun olduğunu belirtmişlerdir. Bunlar; (1) sağlıktan dolayı dezavantaj ve sağlık kapasitesi (2) sağlık algılamaları (sağlığın bireyin kendince oranlanması ve sağlık tatmini) (3) fonksiyonel statü (fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik), (4) fizyolojik anormallik (semptom, işaret ve fizyolojik bulgu) (5) yaşam süresidir. Sağlıkla ilgili hayat kalitesi ile sağlık statüsü arasındaki fark birincisinin hayatın süresini de dikkate almasıdır.

SAĞLIK STATÜSÜNÜ ÖLÇME YÖNTEMLERİ

Sağlık statüsünün ölçülmesi bir bireyin ya da hastanın sağlığının ölçülmesi ya da değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu işlem, sağlığın biyolojik boyutları ile ilgili değerlendirmeleri içerdiği gibi algılanan iyilik halinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonelliğin ve ağrının değerlendirmesini de içermektedir (Greenfield and Nelson, 1992: 25). Sağlığın biyolojik boyutları ile ilgili değerlendirmeler laboratuvar ya da teşhis testlerine, fonksiyonellik ve iyilik hali ile ilgili değerlendirmeler ise bireylerin sağlıkları ile ilgili kararlarına ya da bu kararları belirleyen algılanan sağlık statüsü ölçüm araçlarına dayandırılmaktadır. Birincisi sağlığın klinik ya da objektif ölçümü, ikincisi ise algılanan sağlık statüsünün ya da subjektif sağlığın ölçümü olarak tanımlanmaktadır (McDowell and Newel, 1987: 14).

3.1. Sağlık Statüsünün Klinik Açıdan Ölçümü

Sağlık statüsünün klinik ya da objektif verilere dayalı olarak ölçümü sağlığın ve hastalığın fizyolojik boyutları ile sınırlandırılmıştır. Klinik ya da objektif ölçüm, bireylerin sağlık statülerinin çeşitli fizyolojik boyutlardan oluştuğunu kabul ederek, sağlık statüsünü bu boyutlarla ilgili normlardan sapmalara göre (kan basıncında olduğu gibi), alınan tıbbi bakım ya da tedaviyi de fizyolojik boyutlarda sağlanmış ya da sağlanamamış gelişmelere göre değerlendirmektedir (Elinson, et al., 1977: 119; Brook and McGlynn, 1991: 287). Değerlendirmelerde laboratuvar testleri, mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) verileri kullanılmaktadır. Sağlık statüsünün bu yaklaşıma göre ölçülmesine, sağlığın biomedikal açıdan ölçümü de denmektedir (Larson, 1991: 11).

Sağlığın geleneksel ölçümleri ölümü, hastalığı ve sakatlığı (3Ds: death, disease ve disability) yansıtan bu biyolojik göstergelere dayandırılmıştır. Ancak zamanla sağlık anlayışının gelişmesi sağlığın bu boyutla sınırlandırılmayacağı ve sağlığın biyolojik boyutların ötesinde fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik ve iyilik hali açılarından da düşünülmesi gerektiği sonucunu doğurmuştur. Örneğin bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili sonuçları yaşam tatmini, fonksiyon ve rol sınırlamalarının kendilerince algılanan düzeyleri açısından yorumlamaları ve fizyolojik göstergelerin ölçemediği (markete gidebilmek gibi)

bir sağlık sonucuna ulaşmayı öncelikli hale getirmeleri sözkonusudur (Jette and Downing, 1994: 521).

Geleneksel ölçütlerin belirli durumlar açısından irdelendiklerinde yetersiz olacakları ne srlmektedir. Birincisi, bu ölçütler ağrı, acı ya da depresyon gibi sorunlar ile bireylerin bir hastalık durumuna bağlı ya da bağlı olmaksızın kendilerini nasıl hissettiklerini açıklayamamaktadır (Smith, 1983: 61; McDowel and Newel, 1987: 15). İkincisi ise hastalık durumları sadece sağlığın fizyolojik boyutlarını değil, günlük aktivitelerle ilgili rol fonksiyonelliği ile iyilik halini de etkilemektedir (Patrick, 1987: 37). Bu nedenle hekimlerden hastalık semptomlarını izlemenin yanı sıra fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik ile iyilik hali üzerindeki hastalık etkileri hakkında da bilgi sahibi olmaları beklenmektedir (Patrick and Erickson, 1993: 25). Ayrıca sağlık ve hastalık statüsünü izlemek için kullanılan bu fizyolojik göstergeler sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik boyutları ile daima ilişkili olmadıkları için, sağlığın bu boyutlarını açıklamada yetersiz olarak görülmektedir (Greenfield and Nelson, 1992: 26; Guyatt, et al., 1993: 622; Keith, 1994: 480). Örneğin bireylerin laboratuvar değerlerinde gelişme olmasına rağmen fonksiyonellik ve iyilik hallerinde bir gelişme olmayabilmektedir (Patrick, 1987: 39; Benson, 1992: 169; Jette and Downing, 1994: 521). Bir çok çalışma özellikle yaşlıların açık bir patolojinin varlığında dahi sağlıklarını iyi olarak algılamalarının olası olduğunu göstermiştir (Cockerham, et al., 1983: 349; Hunt, et al., 1984: 156). Yine aynı klinik değerlere sahip hastaların farklı fonksiyonellik düzeylerine sahip olmaları da söz konusu olabilmektedir (Guyatt, et al., 1993: 622). Geleneksel göstergelerin yetersizliği ile ilgili üçüncü neden ise sağlık bakım talebine neden olan problemlerin hepsinin mutlaka fizyolojik patoloji ile ilişkili olmayıp (Smith, 1983: 61) bireylerin kendilerini rahatsız ya da hasta hissetmeleriyle de ilişkili olabilmesiyle açıklanmaktadır (Hunt, et al., 1984: 156). Örneğin Hourani and Khylat (1986) yaptıkları çalışmada bireylerin bakım alma davranışlarında sağlıkları ile ilgili algılamalarının önemli rol oynadığını bulmuşlardır.

3.2. Sağlık Statüsünün Algılanan Sağlık Açısından lm

Bowling (1991: 56)'in de belirttiği gibi, sağlık statüsünün daha kapsamlı değerlendirilebilmesi bireylerin algıladıkları sağlık statülerinin de değerlendirilmesini gerektirmektedir. Çünkü sağlık statüsünün belirli yönleri sadece bireylerin ya da hastaların

kendi ifadeleri ile belirlendiğinden, sağlık statüsünün ölçülmesinde temel veri kaynağının yine bireylerin kendisi olduğu kabul edilmektedir. Örneğin, duygusal durumlar, fiziksel semptomların varlığı ya da yokluğu (aşırı durumlar hariç), iyilik hali, günlük aktiviteler ile ilgili fonksiyonellik sadece bireylerin kendi sağlık algılamalarıyla değerlendirilebilmektedir (Jenkins, 1992: 371). Ancak sağlığın bireylerin kendileri tarafından değerlendirilmesi veya derecelendirilmesi subjektif olduğu için sık sık eleştirilmektedir. Oysa bir çok yazar gibi Bowling de (1991) bu ölçümlerin, sağlığın bireysel değerlendirmelerini yansıttığı için güçlü olduğunu ve benzer kuşkuların klinik ve patolojik değerlendirmeler için de var olduğunu öne sürmektedir.

Sağlık statüsünün bireylerin algıladıkları sağlık açısından ölçümü, genellikle günlük hayatı oluşturan aktiviteler ile ilgili fonksiyonellikten, iyilik halinden ve sağlıklı ilgili genel algılamalardan istenmeyen sapmaların belirlenmesi ve değerlendirmesi üzerinde odaklaşmaktadır (McDowee and Newel, 1987: 16; Patrick and Bergner, 1990: 166; Bowling, 1991: 56). Sağlık statüsünün ölçümündeki bu yeni yaklaşım sağlığın sosyo-medikal açıdan ölçümü olarak da tanımlanmaktadır (McDowee and Newel, 1987, 16; Larson, 1991: 11).

Sağlık statüsünün algılanan sağlık açısından ölçümünün geçerliliği ilk olarak 1960'ların ortasında ele alınmış, yapılan araştırmalar sonucunda bireylerin sağlıklarının en iyi yansımalarının mevcut genel sağlıklarının kendi ifadeleriyle olacağı görülerek (Benson, 1992: 132) hasta değerlendirmesinin değerlendirme sürecinin zorunlu bir parçası olduğu ve hizmet sunanların fonksiyonellik, iyilik hali ve hayat kalitesinin diğer yönleri ile ilgili kararlarının hasta değerlendirmelerinin geçerli bir alternatifi olmadığı kabul edilmiştir (Keith, 1994: 482; Ware, 1995: 327). Örneğin bir çalışmada bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili değerlendirmelerinin klinik değerlendirmelere karşı gelecekteki sağlıkları ile daha yüksek ilişkide olduğu ve bu yöndeki bir çok çalışmanın da benzer sonuçlar gösterdiği bulunmuştur. Bireylerin kendi sağlık değerlendirmelerinin klinik değerlendirmelerle karşılaştırıldığında gelecekteki sağlığın daha doğru yansıtıcısı olmasının nedeni ise algılanan sağlığın sağlıktaki daha gizli değişikliklere duyarlı olması ile açıklanmaktadır. Bir çok kişi klinik değerlendirmeler yapılmadan önce de hastalığın varlığını hissedebilir. Yine bir çok hastalıklar (illness) klinik muayenelerde görülmeyen ve küçük rahatsızlıkların olduğu uzun bir semptom öncesi (presymptomatic) aşamaya sahiptir (Larson, 1991: 37).

Sağlığın subjektif ifadesi doğası gereği başlangıçta rakamsal olmadığından bu ifadelerin (örneğin acının ifadesi gibi) uygun istatistiksel analizlere çevrilebilmesi için bazı derecelendirme yöntemlerine (rating method) gerek duyulmuş (McDowell and Newel, 1987; 16) ve bireylerin sağlık düzeylerinin ne kadar iyi ya da ne kadar kötü olduğunu gösterme yönünde ordinal ve kardinal derecelendirme yöntemleri kullanılmıştır (Bowling, 1991; Tatar ve Tatar, 1996).

Ordinal derecelendirme yönteminde sağlık düzeyleri iyiden kötüye doğru sıralanmaktadır. Bu yöntem hangi sağlık düzeylerinin diğerlerinden daha kötü ya da daha iyi olduğunu göstermesine karşılık ne kadar kötü ya da iyi olduğu sorusunu yanıtlayamamaktadır. Örneğin bir sağlık statüsü indeksindeki (1) dışarı çıkamaz, (2) dışarı başkasının yardımıyla çıkabilir, (3) dışarı yardımsız çıkabilir şeklindeki kötüden iyiye doğru yapılmış bir derecelendirme, (1)'in (2)'den, (2)'nin (3)'den ve (1)'in (3)'den kötü olduğunu göstermekte, ancak (1)'in (2)'den ne kadar kötü olduğunu yanıtlayamamaktadır (Tatar ve Tatar, 1996).

Kardinal ölçek ise aralıklı (interval) ölçek ve oran (ratio) ölçeği olmak üzere iki şekilde elde edilmektedir. Aralıklı ölçekte farklı sağlık durumlarına verilen rakamlar sadece ordinal derecelendirmeyi göstermemekte, aynı zamanda rakamlar arasındaki aralığın da aynı olduğunu göstermektedir. Örneğin yine aynı örnek düşünüldüğünde (1)'den (2)'ye yükselme, (2)'den (3)'e yükselme ile aynıdır. Ancak bu yöntemde ise (3) düzeyindeki bir sağlık statüsüne sahip olmanın (1) düzeyindeki bir sağlık statüsüne sahip olmaktan üç kat daha iyi olduğu söylenememektedir. Ancak oran ölçeğinde rakamlar arasındaki farklılıklar aynı olduğu gibi sağlık statüsü düzeyleri arasında da iki kat daha iyi, beş kat daha kötü gibi değerlendirmeler de yapılabilir (Tatar ve Tatar, 1996).

Bugün bu yöntemlerden yararlanarak, sağlık statüsünü klasik biyolojik göstergelerin ötesinde hasta açısından ele alan bir çok algılanan sağlık statüsü ölçüm aracının geliştirilmiş olduğu görülmektedir (Ware, 1991: 778; 1995: 344; Gouveia, et al., 1991: 1913; Greenfield and Nelson, 1992: 26; Benson, 1992: 132). Street et al. (1994: 732) ve Bayley et al. (1995: 226)'ın da belirttiği gibi, bu ölçüm araçları temelde bireylerin ve hastaların fiziksel ve psikolojik sağlık düzeylerini ve bu düzeylerin günlük fonksiyon ve sosyal ilişkiler üzerindeki etkilerini yine bireylerin kendi algılamalarına dayalı olarak

ölçmek için tasarlanmıştır. Street et al. (1994: 732), bu ölçüm araçlarının ortaya çıkışının tıbbi bakım sonuçlarının mortalite, morbidite ve klinik göstergeler gibi geleneksel standartların ötesinde ölçülmesi gerekliliğinden olduğunu ifade etmektedir.

Drummond sağlığın ölçümündeki bu yeni göstergeleri hastalığa özgü ölçüm araçları, genel sağlık indeks ve profilleri ile fayda (utility) ölçümü olarak (Tatar ve Tatar, 1996), Smith (1983) ise global sağlık göstergeleri, hastalığa özgü ölçüm araçları ve genel sağlık indeks ve profilleri olarak sınıflandırmıştır. Drummond'un sınıflandırmasında global sağlık göstergelerine, Smith'in sınıflandırmasında ise fayda ölçümüne yer verilmemiştir. Ancak bu çalışmada her iki sınıflandırmaya da yer verilecektir.

3.2.1. Global Sağlık Göstergeleri

Sağlık statüsünün global sağlık göstergeleri ile ölçümü 1950'lerden beri kullanılmaktadır (Elinson, et al., 1977: 78). Uygulanması kolay ve anlaşılır olan bu yaklaşım (Bergner, 1985: 697; Kind and Gudex, 1994: 86) üç farklı yöntemle dayandırılmaktadır (Gill and Feinstein, 1994: 620). Birincisinde, hastalara sağlığını nasıl görüyorsunuz ya da sağlığınızı nasıl oranlıyorsunuz gibi tek bir soru yöneltilmekte ve mükemmel, çok iyi, iyi, orta ve kötü kategorilerinden kendilerini en iyi tanımlayanı seçmeleri istenmektedir (Elinson, et al., 1977: 78; Bergner, 1985: 697; Bowling, 1991: 18; Feinstein, 1992: 53). İkinci yöntemde hastalardan, bir ucunda mükemmelliğin, diğer ucunda çok kötünün olduğu 10 cm'lik bir çizgide sağlık durumlarını en iyi tanımlayan noktayı işaretlemeleri istenmektedir (Bowling, 1991: 18; Feinstein, 1992: 53; McGill and Feinstein, 1994: 620). Üçüncü yöntemde ise hastalara nasılsınız şeklinde açık uçlu bir soru yöneltilmektedir (Feinstein, 1992: 53). Bu üç yaklaşımın da çok sorulu sağlık statüsü ölçüm araçları ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Elinson, et al., 1977: 78; Bergner, 1985: 698; Kutner, 1994: 324).

Bu üç yaklaşım arasında en sık kullanılanın birincisi olduğu görülmektedir. Literatürde özellikle bireylerin sağlıkları ile ilgili global algılamaları ile gelecekteki mortalite oranları arasında bir ilişki olup olmadığı konusunda bir çok çalışmanın yapılmış olduğu görülmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalarda sağlıklarını mükemmel, iyi, orta, kötü olarak oranlayanların mortaliteleri arasında önemli farklar olduğu, yani bireylerin kendi

sağlıkları ile ilgili global algılamalarının gelecekteki mortalitenin önemli bir yansıtıcısı olduğu bulunmuştur (Idler and Kasl, 1991; Wolinsky and Johnson, 1992).

3.2.2. Hastalığa Özgü Ölçüm Araçları

Hastalığa özgü ölçüm araçlarının çıkış nedeni bir hastalığın varlığını ya da yokluğunu gösteren geleneksel biomedikal göstergelerin, hastalığın hasta üzerindeki gerçek etkisini gösteremediğinin fark edilmesiyle olmuştur (Tatar ve Tatar, 1996). Hastalığa özgü ölçüm araçları, genellikle hekimlerin önemli olarak düşündükleri değişiklikleri ölçmek amacıyla belirli hastalıkları ya da hasta gruplarını değerlendirmek için tasarlanmışlardır. Hastalığa özgü olma kavramı spesifik koşullara ya da teşhislere sahip hasta gruplarına uygulanabilir olma özelliği ile ilgilidir. Ancak, tüm spesifik ölçüm araçları hastalıkla ilişkili değildir. Bunlar belirli durumlara (sırt ağrısı ya da nefes darlığı gibi) (Patrick and Deyo, 1989: 217), belirli fonksiyonlara (cinsel veya duygusal fonksiyon gibi) ya da belirli nüfus gruplarına (yaşlılara ya da çocuklara özgü olmak gibi) özgü olabilir. Bunların içerisinde en geniş yer tutanlar ise belirli koşullara ya da hastalıklara özgü olanlardır (ruh sağlığı, görme bozuklukları ile ilgili olanlar gibi) (Patrick and Deyo, 1989: 218; Guyatt, et al., 1993: 627).

Bu ölçüm araçları daha çok belirli hastalık ya da bu hastalıkla ilgili organ fonksiyonelliğine özgü oldukları için (Richards and Hemstreet, 1994: 32) fizyolojik testlerle yakın ilişkileri olabilmektedir (Patrick and Deyo, 1989: 217). Ancak hastalığa özgü merkezleşmenin bireylerin genel sağlığı ve iyilik hali hakkında bilgi vermediği için problemli olduğu ileri sürülmektedir (Steinwachs, 1989: 14). Bunun için hastalığa özgü ölçüm araçlarının tersine sağlığın fiziksel, ruhsal, sosyal fonksiyonellik ve iyilik hali boyutlarını ölçen çok boyutlu genel sağlık statüsü ölçüm araçlarının kullanılmasının bireylerin sağlıkları hakkında daha kapsamlı bilgiler sağlayacağı ifade edilmekte ve bu araçların kullanılması önerilmektedir (Patrick and Deyo, 1989).

Literatürde hastalığa özgü olarak geliştirilmiş ve geniş şekilde kullanılan ölçüm araçlarından bazıları ise şunlardır: kanser için geliştirilmiş Karnofsky Performans Durum Skalası (Karnofsky Performance Status Scale) ve Hayat Kalitesi İndeksi (Quality of Life Index), artrit için geliştirilmiş Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment

Questionnaire) ve Fonksiyonel Kapasite Anketi (Functional Capacity Questionnaire), kalp hastalıkları için geliştirilmiş New York Kalp Birliği Fonksiyonel Sınıflandırması (New York Heart Association Functional Classification) (Patrick and Deyo, 1989: 222).

3.2.3. Fayda (Utility) Ölçümü

Fayda ölçüm araçları ekonomik karar teorisinden çıkmışlardır. Bu ölçüm araçları hastaların tedavi süreçleri ve sonuçları ile ilgili tercihlerini yansıtmaktadır. Bu araçların en önemli özelliği sağlık durumlarını ölümle ilişkilendirmesidir. Bu nedenle fayda ölçüm araçları hayatın süresini ve kalitesini birleştiren maliyet-fayda (cost-utility) analizlerinde kullanılabilir (Guyatt, et al., 1993: 626).

Fayda ölçümünde farklı sağlık statüleri için aralıklı ölçekte tek bir değer verilmektedir. Ölçek genellikle ölümün (0)'a, tam sağlığın (1)'e eşit olacağı şekilde standardize edilmektedir. Bazı sağlık düzeyleri ölümden daha kötü olarak değerlendirilebileceği için (0)'ın altında değerler alabilmektedir. Bunlar sağlık statüsüne rakamsal değer vermek isteyen ekonomistlerin geliştirdiği bir seri ekonometrik ölçekleme teknikleridir. Bunlar arasında en bilineni Quality Adjusted Life Years (QALYs) ve son zamanlarda Dünya Bankası'nın geliştirdiği Disability Adjusted Life Years'dir (DALYs) (Tatar ve Tatar, 1996).

3.2.4. Genel Sağlık Statüsü İndeks ve Profilleri

Genel sağlık statüsü ölçüm araçları, hastalığa özgü ölçüm araçları gibi herhangi bir yaşa, hastalığa ya da tedavi biçimine özgü olmaksızın farklı hastalıklara, tedavilere, demografik ve kültürel alt gruplara uygulanmak amacıyla geliştirilmiştir (Patrick and Deyo, 1989: 217; Patrick and Bergner, 1990: 177; Kazis, 1990: 8; Ware, 1991: 774; Guyatt, et al., 1993: 626). Başka bir deyişle genel amaçlı ölçüm araçları, sadece bir hastalığın semptomlarını içerecek şekilde değil, bir çok hastalığın etkilerine duyarlı olduğu kanıtlanmış genel sağlık problemlerini içermektedir (Richards and Hemstreet, 1994: 32; Ware, 1995: 338). Fowler et al. (1994), bu ölçüm araçlarının kullanımıyla tıbbi durumların hastaların hayatlarının önemli yönleri üzerindeki toplam etkilerinin değerlendirilebileceğini belirtmektedir.

Genel sağlık statüsü ölçüm araçları ile ilgili ilk ciddi girişimler 1970'lerin başlarında başlamış (Greenfield and Nelson, 1992: 26; Keith, 1994: 479), temelde bu ölçüm araçları özellikle klinik araştırmalarda kullanılmak üzere sonuç ölçütleri (outcome measure) olarak geliştirilmiş ve oluşturulmasında profil ve indeks olmak üzere iki temel yaklaşım kullanılmıştır (Smith, 1983: 165; Patrick and Deyo, 1989: 218; Gill and Feinstein, 1994: 620). Sağlık indeks ve profilleri sağlığın çok boyutlu olma özelliğinin dikkate alınmasından ortaya çıkmıştır (Tatar ve Tatar, 1996). Bu iki yaklaşım arasındaki fark, profil yaklaşımının her bir sağlık boyutu için ayrı ayrı skor, indeks yaklaşımının ise boyutların tümü için tek bir genel skor sunmasıdır (Gill and Feinstein, 1994: 620).

Bireylerin ya da hastaların sağlıklarının bu ölçüm araçlarıyla ölçülmesi, kullanılan aracın içerdği boyutların (fiziksel, ruhsal ve sosyal gibi) üzerindeki bir dizi soruya verilen bireysel yanıtlara ve bu yanıtların skorlanmasına dayandırılmaktadır (Smith, 1983: 53; Kind and Gudex, 1994: 86) ve böylece tıpkı biyolojik testlerde olduğu gibi hastaların gelişim gösterip göstermedikleri ya da kötüleşip kötüleşmedikleri gösterilebilmektedir (Gouveia, et al., 1991: 1913). Sağlığın izlenmesi sırasında sağlık statüsü indeks ya da profillerindeki sayıların zamanla arttığının gözlenmesi hastanın sağlığının iyileştiğini, sayıların azaldığının gözlenmesi ise hastanın ve tedavi planının yeniden değerlendirilmesi gerektiğini açıklamaktadır (Benson, 1992: 131).

Bu ölçüm araçları daha çok, bireylerin iyilik halini, günlük fonksiyonları yapabilme şeklindeki fonksiyonel statülerini ve sağlıkla ilgili genel değerlendirmelerini ölçmek amacıyla oluşturulmuş (Patrick and Deyo, 1989: 217; Ware, 1991: 774) ve hastalık ve tedaviden en çok etkilenen sağlığın bu boyutları (Ware, 1995: 329) genel sağlık statüsü ölçüm araçlarının içermesi gereken asgari kavramlar olarak kabul edilmiştir (Ware, 1991: 774; 1995: 347; Gouveia, et al., 1991: 1913).

Bu genel sağlık kavramlarından fonksiyonel statü ya da fonksiyonellik, sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları ile ilgili davranışsal sonuçları göstermek (Kutner, 1994: 323) ya da davranışsal fonksiyon bozukluklarını yansıtmak için ölçülmektedir (Ware, 1991: 777). Başka bir deyişle bu kavram, bireylerin çeşitli fiziksel, sosyal ya da rol fonksiyonları yerine getirme kapasitesini ve her birinin belirli bir sağlık, hastalık ve tedaviye göre etkilenme derecesini ortaya koymaktadır (Gouveia, et al., 1991: 1913,

Kutner, 1994: 323). Sağlık ölçümlerinin somut, gözlenebilir ve objektif bir kategorisi olan bu boyut; genellikle alışılmış rol aktiviteleri, belirli bir oranda yürüme ya da kendi kendine bakım davranışları gibi sorularla ölçülmektedir.

İyilik hali ise psikolojik rahatsızlığı, psikolojik iyilik halini, hayat tatminini içeren (Ware, 1991: 777), başkaları tarafından direkt olarak gözlenemeyen daha subjektif içsel durumları yansıtan bir kavram olup (Gouveia, et al., 1991: 1913; Kutner, 1994: 323), bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri yönündeki bir takım sorularla ölçülmektedir. Bir çok durumda insanlara nasıl olduklarını sormaksızın insanların nasıl olduklarını öğrenmek mümkün olmadığından ve aynı hastalığa sahip iki insanın hastalığına ilişkin yaşadıkları birbirinden çok farklı olabildiğinden (Ware, 1991: 777) duyguların sıklığının ve yoğunluğunun hastanın kendisi tarafından ifade edilmesi gerekmektedir (Ware, 1987: 477; Gouveia, et al., 1991: 1913).

Genel sağlık algılamaları ise sağlığın bireysel değerlendirmeleri şeklindeki ölçümleri içermektedir. Bu ölçüm biçimi her insanın kendi sağlık değerlerini gündeme getirdiğinden sağlık statüsü ölçüm araçlarının içermesi gereken asgari kavramlardan birisi olarak kabul edilmektedir (Ware, 1987: 478; 1991: 777). Aslında sağlık statüsü kavramıyla en çok önem verilen nokta bir bireyin sağlığı ile ilgili genel algılamalarıdır. Sağlık derecelendirmeleri (health ratings) ya da bireylerin içinde bulundukları durumu kendi kendine değerlendirmeleri (self-assessment), sağlıkları hakkında sahip oldukları düşünceleri ve değerlendirme biçimlerindeki bireysel farklılıkları yansıtmaktadır (Kutner, 1994: 323).

Genel sağlık indeks ve profillerinin gelişimine bakıldığında ilk ölçüm araçları arasında Genel Sağlık Derecelendirme İndeksi'nin (General Health Rating Index-GHRI), İyilik Kalitesi İndeksi'nin (Quality of Well-Being Scale-QWB), Hastalık Etkisi Profili'nin (Sickness Impact Profile-SIP) ve Rosser'in Hastalık Durumu Sınıflandırması'nın olduğu görülmektedir. Bu ölçüm araçları çok uzun olup, daha sonra bir çok genel sağlık statüsü ölçüm araçlarının oluşturulmasında kullanılmış (Benson, 1992: 135; Greenfield and Nelson, 1992:26; Keith, 1994: 479) ve farklı hastalıklarda (kanser, böbrek ve kalp yetmezliği gibi) kullanılarak, geçerlilikleri ve güvenilirlikleri test edilmiştir (Patrick and Deyo, 1989: 222).

Daha yakın zamanlarda ise özellikle tıbbi bakım uygulamalarında hasta sonuçlarını rutin olarak izlemek için 1985’de SIP’den türetilmiş Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP) ve 1988’de çok çeşitli uzun araçlardan türetilmiş olan SF-36 (Medical Outcomes Study-36-Item Short Form Health Survey- MOS-SF-36) gibi daha az soru içeren ve kullanımı kolay olan daha pratik araçlar geliştirilmiştir (Patrick and Bergner, 1990: 177; Gouveia, et al., 1991: 1913; Ware, 1991: 777; Greenfield and Nelson, 1992: 29). Bu ölçüm araçlarından SF-36 bu çalışmada kullanıldığı için ayrı bir başlıkta açıklanması uygun görülmüştür.

Bu ölçüm araçlarının tümünün genel sağlık sonuçları açısından, bir tedavinin diğerine karşı etkisinin değerlendirilmesinde, bir hastalığın diğer bir hastalığa karşı sağlık statüsü üzerinde meydana getirdiği yükün anlaşılmasında, farklı hastalıklar için farklı tedaviler ile aynı hastalık için alternatif tedavilerin sağladığı yararların karşılaştırılmasında geniş ölçüde kullanıldıkları görülmektedir (Patrick and Deyo, 1989: 229; Ware, 1991: 774; 1995: 329). Bu konuya aşağıda daha ayrıntılı yer verilecektir.

SAĞLIK STATÜSÜ ÖLÇÜMLERİNİN VE GENEL SAĞLIK STATÜSÜ ÖLÇÜM ARAÇLARININ KULLANIM ALANLARI

Bu bölümde hem sağlık statüsü ölçümlerinin temel kullanım alanlarına değinilerek sağlık statüsünü niçin ölçmeye ihtiyaç duyulduğu sorusu yanıtlanmaya çalışılacak, hem de bu kullanım alanlarında genel sağlık statüsü indeks ve profillerinin olası katkılarının neler olduğu tartışılacaktır.

Thier (1992: 16), sağlık statüsü ölçümlerinin kullanılmasının giderek artmasını sağlık harcama ve maliyetlerinin artmasına, sağlık harcamalarına karşı uygun bir faydanın elde edilmediği konusundaki şüphelere, hasta tercihi ve özerkliğinin artmasına ve teknolojik gelişmelere dayandırmaktadır. Bütün bu faktörler McDowel and Newel (1987: 12)'in de belirttiği gibi, sağlık statüsünün ölçülmesini; toplumun karşılaştığı büyük sağlık problemlerinin gösterilmesi, sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi ve tıbbi ve sağlık bakım hizmetlerinin etkililiklerinin izlenmesi gibi kamu sorumluluklarının yerine getirilmesinde önemli bir araç durumuna getirmektedir. Lansky et al. (1992: 57) ise sağlık statüsü ölçüm ve ölçüm araçlarının hasta bakımında rutin bir şekilde kullanılmaya başlanmasını, hizmeti finanse edenlerin hastaların sağlık statülerini, hizmet sağlayanların kalite ölçütü olarak görmesiyle açıklamaktadır. Lansky et al. (1992: 62)'a göre sağlık statüsü ölçümleri ve ölçüm araçları hem teşhis hem de değerlendirme amaçlı olarak kullanılabilir. Teşhis amaçlı kullanım bireylerin fonksiyonellik ve psikolojik rahatsızlıklarının belirlenmesi ve destekleyici tedaviye ihtiyaç duyanların belirlenmesi ile ilgilidir. Değerlendirme amaçlı kullanımın ise tedavi etkililiğinin, bakım kalitesinin ve örgütsel performansın değerlendirmesi ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Yazarlar, sağlık statüsü ölçüm araçlarının ayrıca vaka karmasının ve sonraki olası hizmet kullanımlarının belirlenmesi ve tahmin edilmesinin yanı sıra aşağıdaki alanlarda da kullanılmak üzere önemli veriler sağlayacağını ifade etmiştir:

- Sistemin hastanın sağlığı üzerindeki gelişimini değerlendirmede,
- Benzer hastalara sağlanan alternatif tedavilerin sonuçlarını (outcomes) karşılaştırmada,
- Hastaların farklı biçimlerine yöneltilen spesifik bir tedavinin sonuçlarını karşılaştırmada,

- Benzer hasta gruplarına aynı tedaviyi veren hizmet sunanları karşılaştırmada,
- Tedavinin zaman içindeki etkilerini karşılaştırmada,
- Farklı hizmetlerin nisbi faydalarını ya da farklı hastalıkların nisbi yüklerini karşılaştırmada,
- Tedavi seanslarının hangi noktadan sonra marjinal gelişmeler sağlamada başarısız olduğunu belirlemede,
- Tedavinin tıbbi etkililiğinin (efficacy) değerlendirilmesinde,
- Hekimin hasta ile ilgili tedavi planını düzenlemesinde,
- İlave hizmet ihtiyacının belirlenmesinde,
- Hastaların tedaviden ne kadar tatmin olduklarının belirlenmesinde,
- Sağlık sonuçlarının mortalite ve morbidite dışında ifade edilmesinde,
- Hasta hekim ilişkilerinin iyileştirilmesinde (Lansky, et al., 1992).

Görüldüğü gibi sağlık statüsü değerlendirmeleri Keith (1994)'in de belirttiği gibi, sağlık bakım sunumunun tüm yönlerini içermektedir. Patrick and Bergner (1990), Lohr (1992) ve Ware (1995), sağlık statüsü değerlendirmeleri ile genel sağlık statüsü ölçüm araçlarının geniş şekilde program değerlendirme ve kaynak tahsisi olmak üzere politik araştırmalarda ve klinik deney ve karar vermelerde olmak üzere klinik araştırma ve uygulamalarda kullanılabileceğini belirtmektedir. Yazarlar bu yöndeki bilgilerin ayrıca ekonomik araştırma, sonuçların yönetimi (outcomes management), hizmet değerlendirme, teknolojik değerlendirme ve yerel, bölgesel ve ulusal bazda toplumun sağlığının izlenmesinde kullanılabileceğini ifade etmişlerdir. Ancak burada sağlık statüsü ölçümlerinin ve genel sağlık statüsü ölçüm araçlarının temel kullanım alanları aşağıdaki başlıklar altında ele alınacaktır.

- Toplumun genel sağlığının izlenmesinde,
- Sağlık bakım politikalarının değerlendirilmesinde,
- Klinik ortamlarda,

4.1. Genel Sağlık Statüsü Ölçümlerinin ve Ölçüm Araçlarının Toplumun Genel Sağlığının izlenmesinde Kullanımı

Daha önce de belirtildiği gibi toplumların sağlık statüleri geleneksel olarak mortalite, morbidite ve hizmet kullanım göstergeleri ile ölçülmektedir (Elinson, et al., 1977: 67; Turns and Newby, 1983: 113; McDowell and Newel, 1987: 12; Patrick and Erickson, 1993: 6; Keith, 1994: 478; Tatar ve Tatar, 1996).

Bu göstergelerden mortalite verileri özellikle kolera, tifo ve tüberküloz gibi enfeksiyon hastalıklarının ve bu hastalıklardan ölümlerin yoğun olduğu dönemlerde kullanılmaya başlanmış (Elinson, et al., 1977: 67; Bergner, 1985: 696) ve bu dönemde sağlık, beklenen yaşam süresi ve ölüm açısından tanımlanmıştır (Keith, 1994: 478).

Bugün de mortalite verilerinin toplumların sağlık statülerinin bir göstergesi olarak kullanıldığı, ancak bu verilerin yeterliliğinin ve belirli durumlar açısından irdelendiklerinde güvenilirliğinin eleştirildiği görülmektedir (Turns and Newby, 1983: 115; Bergner, 1985; Larson, 1991: 19). Bu durum büyük ölçüde bir çok toplumda öldürücü enfeksiyon hastalıklarının önlenmiş olmasından, toplumsal beklentilerin ve yaşam standartlarının gelişmesi sonucu ölüm oranlarındaki düşüşlerden, nüfusun giderek yaşlanması ve öldürmeyen ancak hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıkların artmasından kaynaklanmıştır (Keith, 1994: 478, Tatar ve Tatar, 1996).

Bugün artık mortalite oranlarındaki bir azalmanın gelişmiş sağlığı gösteremeyebileceği geniş ölçüde kabul edilmektedir (Larson, 1991: 19). Örneğin ABD’de yapılan bir araştırmada 1970 ile 1990 yılları arasında mortalite oranlarının değişmediği, ancak buna karşı herhangi bir hastalıktan dolayı aktivite sınırlamaları olan bireylerin sayılarının 24 milyondan 33.7 milyona çıktığı görülmüştür (Patrick and Erickson, 1993). Bu nedenle sadece mortalite verilerine bakarak bir toplumdaki sağlık statüsünün yüksek ya da düşük olduğunu söylemek kolay olmamaktadır.

Geleneksel olarak kullanılan başka bir sağlık göstergesi de morbiditedir (Turns and Newby, 1983: 113; Tatar ve Tatar, 1996). Morbidite ile ilgili eleştiri ise düşük morbiditenin yüksek mortalitenin sonucu olabileceği, bu nedenle morbidite verilerinin

düşüklüğüne bakılarak toplumun sağlık statüsünün yüksek olduğunun söylenemeyeceği ile ilgilidir (Larson, 1991: 93). Ayrıca mortalite verilerinde olduğu gibi morbidite verileri de bir hastalığa bağlı aktivite sınırlamaları hakkında bilgi vermemektedir (Tatar ve Tatar, 1996).

Morbidite ve mortalite verileri ile ilgili ortak bir eleştiri noktası, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlıklı morbidite ve mortalite verilerine ulaşamamasıdır (Turns and Newby, 1983: 115; Tatar ve Tatar, 1996). Ölüm anında birden çok durumun etkili olabilmesine karşın rutin istatistiksel yaklaşımlarda bunların göz önünde tutulmaması ve ölümün sadece tek bir nedeninin kayıt edilmesi bu göstergelerin sağlıksızlığına bir örnek olarak gösterilebilir (Turns and Newby, 1983: 115).

Diğer bir geleneksel gösterge ise hizmet kullanım oranlarıdır. Ancak bu göstergenin de sağlıktan çok sağlık hizmetlerine ulaşımındaki farklılıklarla ilişkili olduğu, yüksek bir hizmet kullanım düzeyinin toplumdaki iyi sağlığın mı, yoksa kötü sağlığın mı göstergesi olduğunun belirli olmadığı öne sürülmektedir (Turns and Newby, 1983: 115; Ware, 1995: 339).

Bütün bu açıklamalar toplumun sağlığının izlenmesi için kullanılan mevcut göstergelerin bir çok eksiklikler içerdiğini, bu nedenle genel toplumun sağlığının izlenmesinde yaşam, ölüm ve hastalığın ötesinde sağlık statüsünü yaşam kalitesi boyutuyla ölçmeye çalışan genel sağlık statüsü indeks ve profillerinin kullanılması gerektiğini göstermektedir (Larson, 1991: 64; Ware, 1995: 339; Tatar ve Tatar, 1996). Genel sağlık statüsü indeks ya da profillerinin toplumsal düzeyde uygulanması ile ilgili en iyi yol ise, örneğin SIP gibi uzun ya da NHP ve SF-36 gibi kısa profillere “Ulusal Sağlık Araştırmaları’nda” rutin olarak yer verilmesiyle olacaktır. Böyle bir yaklaşım zor ve maliyetli, ancak toplumun sağlık profilinin daha doğru bir şekilde ortaya konulmasındaki katkılarından dolayı benimsenmesi gereken bir yaklaşımdır (Larson, 1991: 92). Toplumun sağlığının izlenmesinde genel sağlık statüsü indeks ve profillerinin kullanımı; önceliklerin oluşturulmasına, yüksek risk gruplarının belirlenmesine, hizmet ihtiyaçlarının tahmin edilmesine ve sağlık düzeyleri ile kullanım düzey ve biçimlerinin analiz edilmesine, toplumla ilgili normatif verilerin elde edilmesi koşuluyla hastalık yüklerinin hesaplanmasına yardım edecektir (Bergner, 1990: 169). Ayrıca bu tür uygulamalarla

çeşitli nedenlerden dolayı sağlık bakım sistemlerinin farkında olmadığı bir çok fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunların, iyilik hali ile ilgili problemlerin ve hastalık durumlarının ortaya çıkarılması da mümkündür (Kind and Gudex, 1994: 86).

4.2. Genel Sağlık Statüsü Ölçümlerinin ve Ölçüm Araçlarının Sağlık Bakım Politikalarının Değerlendirmesinde Kullanımı

Sağlık statüsü konusundaki bilgiler genellikle sağlık politikalarının şekillenmesinde küçük bir role sahip olmuştur. Ancak bu durumun yavaş da olsa değişiyor olduğu gözlenmektedir (Steinwachs, 1989: 13). Bunun temel nedeni, sağlık bakım hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanındaki değişikliklerin istenmedik sağlık sonuçlarına neden olup olmadığının belirlenmesinin, sağlık statüsü ölçümüne ilişkin bilgiler gerektirmesidir (Steinwachs, 1989: 13; Ware, 1991: 778).

Bugün bir çok ulusal sağlık bakım sisteminin sürekli olarak artan sağlık bakım harcamaları ve bu harcamaları kısmak için uygulanan maliyet kontrolü stratejileri ile içiçe olduğu görülmektedir. Ancak Ware (1991: 778)'in de belirttiği gibi, maliyet kısıma stratejilerine ilgi gösterenlerin bu stratejilerin sağlığa olacak etkilerinin değerlendirilmesi ile çok az ilgili oldukları bilinmektedir. Oysa sorumluluk ilkesi gereği, uygulanan sağlık politikasının ve maliyet kontrolü stratejilerinin toplumun sağlığına yaptığı iyi ya da kötü katkının, başka bir deyişle hastanın sağlık sonuçları üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi de gerekmektedir (Ware, 1991: 778). Bunun için politikanın yürürlüğe konmasından önceki sağlık statüsünün politikanın yürürlüğe konmasından sonraki sağlık statüsüne eşit olup olmadığı ya da sağlığa verilen herhangi bir zararın tasarruf edilen kaynaklara değip değmediği belirlenmeye çalışılmaktadır (Ware, 1995: 343). Bu nedenle de sağlık politikası tarafından etkilenen sağlık ve hayat kalitesi sonuçlarının belirlenmesi gerekmektedir (Patrick and Bergner, 1990: 177). Bu süreç içinde alışılmış mortalite verilerinin ötesinde güvenilir, geçerli ve çok boyutlu genel sağlık statüsü indeks ya da profillerinden yararlanılabilir. ABD'de bu yöndeki ilk somut adım, 1989 yılında kongreden çıkmış olan Sonuç Değerlendirme Araştırma Kanunu (Outcomes Assessment Research Act)'dur. Bu düzenleme Sağlık Bakım Politikası ve Araştırması Departmanı (Agency for Health Care Policy and Research-AHCPR) gibi yeni bir kuruluşun doğmasına neden olmuştur. Bu oluşum, sağlık politikalarının ve yeni teknolojilerin hasta sonuçlarını nasıl etkilediğini

izleme ve değerlendirme isteğinin sonucu olup, ağırlıklı olarak genel sağlık sonuçları üzerinde durulması önerilmiştir (Ware, 1995: 340).

4.3. Genel Sağlık Statüsü Ölçümlerinin ve Ölçüm Araçlarının Klinik Ortamlarda Kullanımı

Sağlık ve sağlık statüsü ölçütleri ile ilgili düşünce değişikliğinin doğal sonucu, klinik ortamlarda formal sağlık statüsü değerlendirme araçlarının kullanımını artırma isteğini ortaya çıkarmıştır (Greenfield and Nelson, 1992: 29). Klinik ortamlarda sağlık statüsü değerlendirmeleri uzun bir süre fonksiyonel statü ölçümlerinin sınırlı sayıdaki uygulamalarından öteye gidememiştir. Ancak zamanla fonksiyonel statü dahil genel iyilik hali, sağlıkla ilgili genel değerlendirmeler, ağrı, enerji ve enerji/canlilik gibi boyutların da esas alındığı değerlendirmeler yapılmaya başlanmıştır (Lansky, et al., 1992: 57).

Klinik ortamlarda genel sağlık statüsü indeks ve profilleri ile yapılan sağlık statüsü değerlendirmesinin teşhis amaçlı, hastalığın seyrini izleme amaçlı ve tedavi amaçlı kullanımları sözkonusudur (Greenfield and Nelson, 1992: 31). Bu indeks ve profillerle aynı yaş, cinsiyet, tıbbi ya da hastalık durumlarına sahip kişilerle ilgili değerler, ortalamalar, dağılım ve varyasyon belirlenerek, belirli bir hastalığın oranının dışında ya da belirli bir teşhise uygunluğun ötesinde fonksiyonel ve iyilik hali ile ilgili azalmanın olup olmadığı saptanabilmektedir (Greenfield and Nelson, 1992: 31; Ware, 1995: 345). Böylece bir hekim, hastasının hastalığına bağlı olarak normalden uzaklaşıp uzaklaşmadığına karar vererek (Ware, 1995: 345) ya teşhisin yanlış olduğunu ya da belirlenmemiş ilave problemlerin var olduğunu gösterebilmektedir (Greenfield and Nelson, 1992: 31). Ayrıca bu indeks ve profillerle ulusal, bölgesel ve yerel normal değerler belirlenerek hastalıkların yükleri de saptanabilmektedir (Greenfield and Nelson, 1992: 35).

Mevcut laboratuvar ölçütleri bir çok klinik hastalığın şiddetini eksik olarak yansıttığı için genel sağlık statüsü indeks ve profillerinin, hastalığın şiddetine göre hastaların sınıflandırılmasında klinik ölçütleri tamamlayabileceği (Greenfield and Nelson, 1992: 31; Lansky, 1992: 57) ve böylece klinik göstergelere ilaveten elde edilen bu bilgilerle hekimlerin toplam hasta ihtiyaçlarına uygun tedavi planını yapmasının sağlanacağı da öne sürülmektedir (Greenfield and Nelson, 1992: 36). Ayrıca genel sağlık

statüsü indeks ve profillerinin kullanımı ile yapılacak sağlık statüsü değerlendirmelerinin, fonksiyonel statü (fiziksel, ruhsal ve sosyal) ve iyilik hali açılarından, hastalıkların ve tedavilerin sağlık statüsü üzerindeki etki ve sonuçlarıyla ilgili görüşler sağladığı belirtilmektedir (Greenfield and Nelson, 1992: 29; Keith, 1994: 480). Bu nedenle artık hekimlerin, laboratuvar testlerini kullandıkları kadar hastalarının sağlık durumlarını laboratuvar testlerine göre daha kapsamlı ve en azından hastalar için daha anlamlı gösterdiğinden, sağlık statüsü bilgilerine de ilgi göstermek zorunda kalacakları belirtilmektedir (Greenfield and Nelson, 1992: 35). Ware (1995: 345) bu yeni testler olmaksızın hastalık ve tedaviden etkilenen hasta fonksiyonelliğinin ve iyilik halinin bilinen tıbbi muayenelerde ele alınmasının olası olmayacağını ifade etmektedir.

Sağlık statüsü değerlendirmelerinin klinik ortamlardaki bir başka kullanım alanı ise yeni ilaç, tedavi ve teknolojilerin değerlendirildiği klinik deneylerdir (Gouveia, et al., 1991; Lansky, et al., 1992; Ware, 1995). Mevcut klinik deneylerin oluşturulması ve değerlendirilmesi sürecinde önemli eksiklikler söz konusudur. Bunun nedeni klinik deneylerde yer verilen sağlık statüsü değerlendirme çalışmalarının genellikle biyolojik boyutlar üzerinde odaklaşması nedeniyle kapsamlı sağlık sonuç değerlendirmelerinin yapılamamasıdır. Ancak son yıllarda alternatif tedavi rejimlerinin ve sağlık bakım teknolojilerinin geleneksel olarak tanımlanmış biyolojik sonuçlara ilaveten, hastaların fonksiyonelliği ve iyilik hali üzerindeki etkiler açısından da karşılaştırılmalarının gerekli olduğu kabul edilmektedir. Bunun nedeni bir tedavinin bir ya da daha fazla klinik parametrede ve yaşam süresinde gelişme sağlamasına karşılık, günlük aktivitelerde ve hayat kalitesinin diğer yönlerinde azalmaya neden olmasının söz konusu olabilmesidir. Örneğin kemoterapi, akciğer kanserini %10 dan daha az tedavi etmesine rağmen tedavi edilen tüm kişilerin hayat kalitesini ciddi boyutlarda düşürebilmektedir. Diğer bir neden ise normal biyolojik fonksiyonelliği (kan basıncı kontrolü gibi) başarmada eşit tıbbi etkililiğe (efficacious) sahip olan iki ilacın hayat kalitesi üzerindeki etkileri açısından farklılaşabilmesidir. Bunun için ileriki yıllarda alternatif tedaviler sağlık bakım örgütleri ve sağlık bakım hizmetlerinin ödeyicileri tarafından kabul edilmeden önce tıbbi etkililiğe (efficacy) ilaveten hastaların fonksiyon ve iyilik halleri üzerindeki etkiler açısından da değerlendirilmeleri gerekecektir. Örneğin, ABD’de hızla gelişen bir pazar olarak ilaç endüstrisi ürettiği ürünün değeri hakkındaki iddiaları desteklemek için klinik deneylerde genel sağlık sonuçlarını değerlendirme işlemi yapmayı giderek genişletmektedir (Ware,

1995: 342). Bunun nedeni sağlık bakım hizmetlerini finanse edenlerin de, farklı tedavilerin etkilerinin sadece organ fonksiyonelliği (biyojistik) açısından değil, insan fonksiyonelliği (fiziksel, ruhsal ve sosyal) açısından da yorumlandığı bilgilere gereksinim duymasıdır (Ware, 1995: 343).

Genel sağlık statüsü ölçümlerinin ve ölçüm araçlarının bir başka kullanım alanı ise günlük tıbbi uygulamalardır (Ware, 1991: 345). Tıbbi konsültasyona genellikle biomedikal modelin hakim olduğu ve hastanın sağlığına etki eden faktörlerin biyolojik açıdan izlendiği bilinmektedir (Street, et al., 1994: 741). Bu nedenle formal bir sağlık statüsü ölçüm aracı olmaksızın, hekimlerin, hastaları ile ilgili başta fonksiyonel sınırlamalar olmak üzere bir çok sorunun farkında olmayacakları, hastaların da bu yönde gönüllü olarak bilgi ver(e)meyecekleri öne sürülmektedir (Greenfield and Nelson, 1992: 31). Bu düşünceye karşı çıkılarak vücut fonksiyonelliğinin klinik tıbbın asıl işi olduğu ve hekimlerin formal bir sağlık statüsü ölçüm aracındaki bir çok soruyu günlük uygulamalarında zaten sordukları iddia edilse de, bunun hasta açısından yapılmadığı belirtilmektedir (Golden, 1992: 195; Street, et al., 1994: 741). Nitekim yapılan araştırmalarda ABD'deki yetişkinlerin 1/3-3/4'ü günlük aktiviteleri yaparken karşılaştıkları sınırlamaların derecesi hakkında, hekimlerin kendilerine nadir olarak ya da hiç soru sormadıklarını, hatta bu durumun kronik hastalıkların varlığında dahi olduğunu belirtmişlerdir (Ware, 1995: 345). Ayrıca başka bir araştırmada da hekimlerin yarısının günlük klinik uygulamalarında sağlık statüsü ölçüm araçlarından yararlanmaksızın, hastalarının başta fonksiyonel statülerini doğru bir şekilde değerlendiremedikleri görülmüştür (Calkins, et al., 1991: 451).

Genel sağlık statüsü ölçüm ve ölçüm araçlarının diğer bir kullanım alanı sağlık bakım sonuçlarının izlenmesi ve geliştirilmesi (Ware, 1991: 778; 1995: 339), tedavi etkililiğinin (Gouveia, et al., 1991; Greenfield and Nelson, 1992; Lansky, et al., 1992; Keith, 1994; Johnson, et al., 1995) ve bakım kalitesinin değerlendirilmesi alanıdır (Greenfield and Nelson, 1992; Lansky, et al., 1992; Keith, 1994; Ware, 1995). Son yıllarda tıbbi bakım maliyetlerinin artmasının ve teknolojinin hızlı bir şekilde gelişmesinin, tıbbi bakımın sağlık üzerindeki etkisinin ölçülmesi çalışmalarına hız verdiği görülmektedir (Elinson, et al., 1977: 125; Long and Scott, 1994: 33; Keith, 1994: 479). Hem mevcut kıt kaynakların en etkili ve verimli bir şekilde kullanımının sağlanması, hem de hastalara en fazla faydayı sağlayacak tedavi biçimlerinin belirlenmesi, verilen sağlık hizmetlerinin

sağlık üzerindeki etkilerinin ölçümüne ilişkin verilerin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Aksi halde verilen sağlık hizmetlerinin sağlık üzerindeki etkileri ölçülemediği sürece, gerek makro düzeyde gerekse mikro düzeyde verilen kaynak tahsisi ya da kullanım kararlarının subjektif kriterlere dayandırılmış olacağı düşünülmektedir (Tatar ve Tatar, 1996). Şüphesiz tıbbi bakımın sağlık üzerindeki etkilerinin ölçüm nedenleri sadece bu anlatımla sınırlı değildir ve ileride bunlara kısaca değinilecektir. Daha önce ise Bowling (1991: 51)'in de belirttiği gibi, sağlık bakımdaki en tartışmalı konulardan biri olan tıbbi bakımın sağlık üzerindeki etki ya da sonuçlarının nasıl tanımlandığı ve neler olduğu açıklanacaktır.

Tıbbi bakımın sağlık üzerindeki etki ya da sonuçları bakım sonuçları (outcomes) olarak tanımlanmakta ve ölçülmektedir. Bakım sonuçları en yalın haliyle “tıbbi müdahaleler ya da müdahale etmeme konusundaki kararların sonucunda sağlık statüsünde meydana gelen olumlu veya olumsuz değişimler” olarak tanımlanmaktadır (Tatar ve Tatar, 1996). Başka bir deyişle bakım sonuçları sağlık bakım sistemiyle etkileşime bağlı olarak hastalara ne olduğunu (Benson, 1992: 5), bakımın hastaların sağlık statüleri üzerindeki etkilerini veya belirli bir koşula sahip hastalara birşey yapılmadan önce ve sonra ne olup olmadığını yansıtmaktadır (Gouveia, et al., 1991: 1923).

Alınan bakıma atfedilen yani alınan bakımdan kaynaklandığı kabul edilen bu sonuçların; hasta ölümü, hasta tatmini, hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık alanları ile ilgili rol fonksiyonellik düzeylerindeki değişikliklerden, semptom ve laboratuvar değerleri gibi tıbbi durumlardaki değişikliklerden, hastanın iyilik hali ve genel sağlık statüsündeki değişikliklerden oluştuğu ileri sürülmektedir (Gouveia, et al., 1991: 1923; Capelli, 1994: 348; Bailey, et al., 1994). Görüldüğü gibi bu bakım sonuçlarından bazıları geleneksel göstergelerle (bio-kimyasal ve mortalite göstergeleri), bazıları ise son yirmi yıl içerisinde önemli oldukları kabul edilmiş olan fonksiyonelliğin ve iyilik halinin hastaya dayalı sağlık statüsü ölçüm araçları ile ilişkilidir.

Tıbbi bakımın sağlıkla olan ilişkisini, yani sağlık üzerindeki etkilerini tanımlayan bu sonuçlar, temelde sağlık bakım örgütlerinin ve hizmet sağlayanların yaptıkları faaliyetleri değerlendirmede, tedavi edilen hastaların gelişim sağlayıp sağlamadıklarının değerlendirilmesinde ve bu yönde odaklaşarak hasta sağlık sonuçlarını geliştirme çabalarında kullanılmaktadır (Benson, 1992; Fowler, et al., 1994). Ayrıca bu sonuç ölçüm

araçlarının bakım kalitesinin değerlendirilmesinde de kullanılabileceği önerilmiştir (Williams and Torrens, 1984: 413; Brook and McGlynn, 1991: 284; Kind and Gudex, 1994: 86). Örneğin Gouveia et al. (1991) ve Brook and McGlynn (1991), bakım sonuçlarının bir çok yönden, bakımın iyi ya da kötü olduğunu belirleyebileceğini, iyi sonuçların iyi bakımla, kötü sonuçların kötü bakımla sağlanacağını varsaymışlardır.

Sağlık hizmetlerinin sağlık üzerindeki etkilerinin ölçülmesinin diğer bir nedenin de sağlık bakım sistemlerinin etkililik ve verimliliklerinin değerlendirilmesi için olduğu görülmektedir (Benson, 1992: 8). Örneğin eski bir tedavi yönteminin sağlık üzerinde sağladığı sonuçlar ile yeni bir tedavi yönteminin sağladığı sonuçların karşılaştırılmasıyla, tedavilerin sağlık üzerindeki nisbi avantaj ve dezavantajları saptanarak kaynakların daha etkili ve verimli olarak kullanımı ile ilgili kararlar geliştirilebilmektedir (Jenkins, 1992: 368; Benson, 1992: 8). Bunun için Bowling (1991: 1) ve Lansky et al. (1992: 57) tarafından da belirtildiği gibi, sağlık bakımıyla ilgili klinisyenlerin ve araştırmacıların giderek bakım ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler üzerinde odaklaştıkları görülmektedir.

Yakın zamanlara kadar bu yöndeki uygulamalara bakıldığında, hastalara sağlanan bakımın, bakım kalitesinin ve hizmet etkililiğinin neredeyse değişmez bir biçimde ölüm, beklenen yaşam süresi, bio-kimyasal laboratuvar değerleri ve ameliyat komplikasyon oranları gibi bakım sonuçları açısından değerlendirildiği, ancak bu göstergelerle yapılan ölçümlerin idealden uzak oldukları belirtilmektedir (Patrick and Bergner, 1990: 168; Brook and McGlynn, 1991: 291; Bowling, 1991: 1; Kurtin, et al., 1992: 136; Kind and Gudex, 1994: 86; Tatar ve Tatar, 1996;). Örneğin bakım değerlendirmesinde mortalite verilerinin kullanımı şu açıdan eleştirilmektedir. Ölmüş kişilerle ilgili bir bakım sonucu olan mortalite verileri hayatın kalite boyutunu dikkate almayarak, sadece kantite boyutunu temsil etmektedir (Ware, 1987: 473; 1993: 329). Ancak en azından aynı hastalıkla ilgili alternatif tedavilerin hayat kantitesi üzerindeki etkileri aynı olduğu zaman, tedavilerin seçilmesinde, hayat kantitesinin yeterli olmayacağı açıktır. Ayrıca hayat süresinin uzatılması, özellikle de uzatılmış bir hayatın ağırlı olması ve temel fonksiyon ve aktivitelerden mahrum kalınması hallerinde, tek ve en önemli tedavi amacı ve sonucu olmaktan çıkmaktadır (Jenkins, 1992: 367). Yine bir çok tıbbi durumlara ilişkin yapılan müdahalelerle, hastalık ve yaşam süresi etkilenmese dahi, bireylerin kendilerini güçlü,

dayanıklı ve iyi hissetmeleri sağlanabilmektedir (Patrick and Bergner, 1990: 168). Üstelik bazı tedavi ve ilaçların ömrü uzatma (kalp enfarktüsü sonrası beta blokerler gibi) ya da hastalık olaylarını ertelemek amacıyla verilmesine karşılık, bir çoğunun da hastaların kendilerini iyi hissetmelerinin sağlanması amacıyla verildikleri bilinmektedir (Jaeschke, et al., 1989: 407). Örneğin koroner arter bypass cerrahisinin hayat süresi açısından önemli kazançlar sağlamadığı, ancak semptomları giderme ve fonksiyonları restore etme açısından önemli katkıların olduğu bilinmektedir (Fletcher, et al., 1987: 57). Yine böbrek hastalığı gibi kronik hastalıklarda da tedavinin realistik bir amaç olmadığı ve tedavinin daha çok fonksiyonellik ve iyilik halini hedeflediği görülmektedir (Kutner, 1994: 321). Elbetteki fonksiyonellik ve iyilik hali sadece bu hastalık ve tedavilerle ilgili hedefler değildir. Stewart et al. (1989), hemen her koşuldaki hastaların fonksiyonellik ve iyilik halini önemseydiğini, Ware and Sherbourne (1990) ile Hill et al. (1995) tıbbi müdahalelerin bir çok hasta için nihai amacının daha etkili bir hayat, fonksiyonellik ve iyilik halini sağlamak olduğunu belirtmektedir.

Sonuçları izlemek için genel sağlık statüsü indeks ve profillerinin kullanılmasının avantajı, bunların, tedavinin pozitif ve negatif etkileri ile kronik hastalıkların yüklerine duyarlı olmasıdır. Ancak sağlık statüsü sonuçlarının alınan bakımdan kaynaklandığı şeklinde bir değerlendirme yapabilmek için hastaların sağlık statülerinin hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası ölçülmesi gerekmektedir (Fletcher, et al., 1987: 64; Ware, 1995: 344). Bunun için geriye dönük (retrospective) ve ileriye yönelik (prospective) araştırmalar kullanılmaktadır. Geriye dönük yaklaşımda, hastalara tedavi olduktan sonraki durumlarını nasıl düşündükleri ile bu durumlarını tedavi öncesi ile karşılaştırmalarına yönelik sorular sorulmaktadır. İleriye yönelik yaklaşımda ise hastalara tedavi öncesi nasıl oldukları sorulmakta, aynı sorular tedavi sonrasında yinelenmektedir. Böylece tedavi etkileri hastaların tedavi öncesi ve sonrası verdikleri yanıtlara göre değerlendirilmektedir. Bir çok araştırmacı tedavi etkisinin değerlendirilmesinde ileriye yönelik tasarımı tercih etmektedir. Çünkü tedavi, insanların tedaviden önce kendilerini nasıl hissettikleri ve nasıl davrandıkları hakkındaki algılarını değiştirebilmektedir. Yani hastaların tedaviden önceki durumlarını hatırlamaları önyargılı olabilmektedir (Fowler, et al., 1994: 72). Bu ölçüm araçlarının kullanımıyla tedavi öncesi ve sonrasında sağlık statüsünde ya da sağlık statüsü skorlarında görülecek farklar, her hangi bir sağlık müdahalesinin sağlık üzerindeki etkisini gösterecektir (Kurtin, et al., 1994: 381; Richards and Hemstreet, 1994: 34). Tedavi öncesi

ölçümler ile tedavi sonrası ölçümler sonucunda, sağlık statüsü skorlarında bir gelişimin saptanması, yapılan sağlık müdahalesinin pozitif katkıları olduğunu, tam tersi ise negatif etkilerinin olduğunu göstermektedir (Gouveia, et al., 1991: 1912). Örneğin tedavi öncesi 60 puan olan fiziksel fonksiyonellik skorunun tedavi sonrası 80 puan olması; yapılan tedavinin, mükemmel sağlığın 100 olduğu noktaya doğru 20 puanlık pozitif bir katkı sağladığını göstermektedir. Tedavi etkisinin belirlenmesinde, tedavi öncesi ve sonrası sağlık statüsü skorlarının karşılaştırması kullanılabilirdiği gibi kontrol grubu ya da alternatif tedavi grupları da kullanılabilir (Fletcher, et al., 1987: 64). Ayrıca bu ölçüm araçlarının kullanımıyla, tedavi öncesi ve sonrası belirli aralıklar ile yapılan ölçümlerle sağlık gelişiminin dönüm noktaları da gösterilebilir. Hekimler bu ölçümleri her bir hastanın gelişimini doğrulamak ve sayısal olarak ifade edebilmek için kullanabilir (Lansky, et al., 1992).

Ancak bu ölçüm araçlarının kullanımıyla elde edilecek sağlık statüsü skorlarının yorumlanmasında hastalığın şiddeti, ölçüm zamanlaması, başka bir hastalığın olup olmaması ve hastanın demografik özellikleri gibi yorumlamaya etki eden faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir (Williams and Torrens, 1984: 413; Greenfield and Nelson, 1992: 32). Çünkü gerek hastalıkların, gerekse bu hastalıklara ilişkin uygulanan tedavilerin bu faktörlere bağlı olarak hastaların sağlık statüleri üzerindeki etkileri farklı olabilir. Örneğin, hastalık şiddetleri fazla olanların sağlık statüsü skorları düşük olabilmektedir. Yine sık sık gözardı edilen ölçüm zamanlaması da kısa ya da uzun tutulmaya bağlı olarak bakımın sağlık üzerindeki etkilerini değiştirebilmektedir. Bunun için bir tedavinin genel sağlık sonuçları üzerindeki etkileri ortaya konulurken, genel sağlık sonuçlarının hastalığın klinik şiddetine, ölçüm zamanlamasına, başka bir hastalığın olup olmasına ve hastanın özelliklerine göre nasıl oluştuğunun dikkate alınması gerekmektedir. Çeşitli araştırmalar fonksiyonel statü ve iyilik halinde aynı hastalığın farklı klinik şiddetine göre önemli farklılıklar olduğunu göstermiştir. Bu nedenle fonksiyonellik ve iyilik hali şeklindeki genel sağlık statüsü ile biyolojik olgu arasındaki karşılıklı etkileşimin daha iyi anlaşılması gerekmektedir (Ware, 1995: 344).

Hunt et al. (1984: 106)'ın da belirttiği gibi, tedavi veya bakım sonuçlarının değerlendirilmesinde genel sağlık statüsü indeks ve profillerinin kullanımı, tedavilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık alanları ile iyilik hali üzerinde neden oldukları sonuçlara ve

bu sonuçların hastaların kendi algılamalarına dayalı olarak değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Bu yaklaşıma göre, bireylerin tedavi ile ilgili yaşadıkları deneyimler bakım sonuçları olarak tanımlanmaktadır (Meyer, et al., 1994: 267). Bu yaklaşım sağlık bakım değerlendirmesinde oldukça yeni bir yaklaşım (Hunt, et al., 1984: 106) olmakla birlikte kullanımı sürekli olarak artmakta ve bir çok çalışmada hastalığın günlük aktivitelere olan etkisinin tedavinin birincil sonuçları olarak ele alındığı görülmektedir (Kurtin, et al., 1994: 376). Örneğin, son yıllarda kalite geliştirme ve yönetiminin nihai amacının hastaların günlük hayattaki fonksiyonları yapabilmesini ve iyilik halini sağlamak olduğu (Benson, 1992: 7), hastanın hayatındaki sağlıkla ilgili bir çok parametreleri değerlendiren bu indeks ve profillere, sağlık bakım örgütlerinin kalite yönetim programlarında yer verilmesi gerektiği (Benson, 1992: 131) ve bu indekslerin kullanımıyla belirlenecek tedavi öncesi ve sonrası sağlık sonuçları arasındaki olumlu ve olumsuz farklılıkların hastalara sağlanan bakım kalitesinin değerlendirilmesinin önemli bir göstergesi olduğu ifade edilmektedir (Gouveia, et al., 1991: 1914; Ware, 1991: 778; Brown and Adams, 1992: 401; Kurtin, et al., 1992: 136; Thier, 1992: 18; Meyer, et al., 1994: 278). Aslında bu düşünceler yeni olmayıp Lembcke tarafından bu yüzyılın başında şu şekilde açıklanmıştır.

“Kalitenin en iyi ölçütü bir tıbbi hizmetin ne kadar iyi ve ne kadar sıklıkla verildiği değil, sonuçların yaşamın uzatılması, rahatsızlığın giderilmesi, fonksiyonların yeniden kazandırılması ve sakatlığın önlenmesi temel hedefine ne ölçüde yakın olduğudur” (Ware, 1991: 778).

Bu indeks ve profillerin, hizmet sağlayanların etkililiklerinin bir ölçütü olarak da kullanılabileceği, tüm hastaların sağlık statüsü indeks sonuçlarına ulaşılmasıyla, örgütün genel etkililik düzeyleri hakkında kararlar alınabileceği belirtilmektedir (Ware, 1991: 778). Aslında bu ölçüm araçlarının gelişim ihtiyacının, farklı programlara sınırlı kaynakların dağıtımındaki öncelikleri belirlemek için kullanılan maliyet-etkililik (cost-effectiveness) ölçütü için olan ihtiyaçtan kaynaklandığı belirtilmektedir. Nitekim klinik ortamlarda tedavi etkililiğinin göstergeleri olarak genel sağlık statüsü ölçüm araçlarının kullanımı ile ilgili bir çok çalışmanın yapılmış olduğu görülmektedir (Greenfield and Nelson, 1992: 30). Özellikle ABD’de bu çalışmalar Sağlık Bakım Politika ve Araştırmaları departmanı himayesinde oluşturulmuş olan Hasta Sonuç Araştırma Ekipleri (Patient Outcomes Research Teams-PORTs) tarafından yürütülmektedir. Bu ekiplerin yürüttüğü Tıbbi Tedavi

Etkililik Programlarının, sağlık hizmetleri araştırmalarının odağını örgütlenme ve süreç sorunlarından, sağlık bakım sonuçlarına çevirmiş olduğu gözlenmektedir. Bu programdan hastalar için en iyi klinik müdahalelerin neler olduğunu göstermeleri, hastaların önemsedikleri sonuçlar üzerinde durmaları ve sağlığın değerlendirmesinde hasta bakışını esas almaları beklenmektedir. Bu sonuçlar bütünden daha çok bir organ üzerinde odaklaşan fizyolojik ölçüt ve parametreler yerine hayat kalitesi, sağlık statüsü ve fonksiyonel kapasitedir (Maklan, et al., 1994: 14). Ancak bu hedeflerin başanılıp başarılmadığı ile ilgili en iyi bilgi kaynağı hastalar olmasına rağmen hastaların hastalık ve tedaviyle ilgili deneyimleri tıbbi kayıtların ve sağlık bakım veri tabanlarının istendik düzeyde parçası olamamıştır (Ware, 1995: 329).



GENEL SAĞLIK STATÜSÜ ÖLÇME ARAÇLARINA BİR ÖRNEK: SF-36

Daha önceki bölümlerde tartışıldığı gibi toplumların ve bireylerin sağlık statülerini değerlendirme konusundaki ilginin giderek artması ve sağlık bakım değerlendirmesinde fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonelliğin hastaya dayalı olarak ölçülmesi gerektiğinin kabul edilmesi, bir çok sağlık statüsü ölçüm aracının geliştirilmesine neden olmuştur (Lyons, et al., 1994: 182). Ancak Stewart et al. (1988: 724) ve Brazier et al. (1992: 160) gibi yazarların da belirtildiği gibi, geliştirilmiş olan ölçüm araçlarının çoğunun uzun olması ve bunların özellikle klinik ortamlarda bakım sonuç ölçütleri olarak rutin ve kolay bir şekilde kullanılamaması, araştırmacıları daha kısa yeni ölçüm araçlarının oluşturulması yönünde harekete geçirmiştir. Garratt et al. (1993: 1440), geliştirilmiş sonuç ölçüm araçlarından çok azının bir bakım sonucu olarak sağlık statüsündeki değişime karşı duyarlı olduğuna ve geçerlilik ve güvenilirlik gibi temel kriterleri sağladığına işaret etmektedir. Brazier et al. (1992), Garratt et al. (1993), Jenkinson et al (1993), Lyons et al. (1994) ve Hill et al. (1995) gibi yazarlar, bu ölçüm araçlarından birisinin de bu çalışmada kullanılan SF-36 olduğunu öne sürmektedir.

SF-36, ABD’de alternatif finansman metodlarının sağlık üzerinde neden olduğu sonuçları değerlendirmek amacıyla RAND Corporation tarafından yapılmış olan Tıbbi Sonuçlar Araştırması’ndan (Medical Outcomes Study-MOS) elde edilmiştir. Bu araştırma, Amerikan Sağlık Bakım Sistemi’nin sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğini anlamak, çeşitli hastalıklara sahip hastaların sağlık sonuçlarını belirlemek ve bu yönde daha pratik (örneğin 10 dakikada tamamlanabilir), ancak daha uzun araçlar kadar geçerli ve güvenilir olan sağlık statüsü ölçüm araçları geliştirmek için yapılmıştır (Jenkinson, et al., 1993; Garratt, et al., 1993; McHorney, et al., 1994). Araştırma hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp yetmezliği gibi çok çeşitli hastalık koşullarına sahip 22462 hastayı kapsamış ve hastaların genel sağlık statülerinin bu tür hastalıklardan etkilenme düzeylerini ölçmek için çok çeşitli sağlık statüsü indeks ve profillerinden seçilmiş sorular kullanılmıştır (McHorney, et al., 1994). Ancak daha sonra uzun yıllar kullanılmış olan bu indeks ve profillerin seçilmiş sorularından yararlanılarak Ware tarafından, bir genel sağlık statüsü sonuç ölçüm aracı olan SF-36 geliştirilmiştir (Stewart, et al., 1988; Brazier, et al., 1992; Ware and Sherbourne, 1992; Garratt, et al., 1993). Bu genel sağlık statüsü ölçüm aracı, temelde bireylerin veya hastaların genel sağlık statülerini ölçmek, alternatif sağlık bakım sunumları

ile hasta sonuçları arasındaki ilişkileri incelemek ve sağlık politikalarını değerlendirilmek için tasarlanmıştır (Stewart, et al., 1988; Gouveia, et al., 1991; Ware and Sherbourne, 1992; Brazier, et al., 1992; Benson, 1992; Jenkinson, et al., 1993; Garratt, et al., 1993; McHorney, et al., 1994; Richards and Hemstreet, 1994).

5.1. SF-36'nın İçeriği

SF-36, sağlığın hem pozitif hem de negatif yönlerini ölçmek için toplam 36 soruyu içeren kısa, genel ve kapsamlı bir ankettir. Bu 36 sorunun yanıtlanması yaklaşık 10 dakika gerektirmektedir. SF-36'nın uygulanması ise soruları hastaların veya bireylerin kendi kendilerine okuyup yanıtlamaları yanında, telefon ve yüz yüze görüşme gibi metodların kullanımıyla da gerçekleştirilmektedir (Benson, 1992; Ware and Sherbourne, 1992; McHorney, et al., 1994).

SF-36'nın oluşturulmasında, sağlık alanındaki otoritelerin tercih ettikleri ve sağlık statüsü tanımlarında ve ölçümlerinde ve yaygın olarak kullanılan sağlık statüsü ölçüm araçlarında sıkça yer verilen fonksiyonel statü, iyilik hali ve genel sağlıkla ilgili değerlendirmeler gibi sağlık kavramları üzerinde odaklaşmıştır (Stewart, et al., 1988). Ware and Sherbourne (1992), bu sağlık kavramlarını temel insani değerler olarak, Stewart et al. (1988) da genel sağlık statüsü ölçümlerinde dikkate alınması gereken asgari kavramlar olarak tanımlamışlardır.

SF-36 fonksiyonel statü, iyilik hali ve sağlığın genel değerlendirmeleri şeklindeki bu üç temel sağlık kavramını ölçmek için sekiz sağlık boyutu veya skalası kullanmaktadır. Böylece sağlığın SF-36 ile ölçülmesi, bu üç temel sağlık kavramına ve bu kavramların altında yer alan sekiz sağlık boyutuna dayandırılmış olmaktadır. Bu sekiz boyuttan fiziksel fonksiyonellik (10 soru), fiziksel problemlerden dolayı rol sınırlamaları (4 soru), duygusal problemlerden dolayı rol sınırlamaları (3 soru) ve sosyal fonksiyonellik (2 soru) fonksiyonel statü alanı içerisinde, ruh sağlığı (5 soru), ağrı (2 soru) ve enerji/canlılık (4 soru) iyilik hali alanı içerisinde, genel sağlık algılamaları (5 soru) ise sağlığın genel değerlendirmesi alanı içerisinde yer almaktadır (Brazier, et al., 1992; Ware and Sherbourne, 1992; Garratt, et al., 1993; Hill, et al., 1995).

Tablo 1: SF-36 Genel Sağlık Statüsü Ölçüm Aracının Boyutları

<i>Genel Sağlık Statüsü Alanları</i>	Boyutlar	Soru Sayısı	Soruların Anketteki Yerleri	Yanıtlan-ması Gereken Enaz Soru Sayısı	Olası En Düşük Skor ²	Olası En Büyük Skor ³	Skorların Teorik Dağılım Aralığı ⁴
<i>Fonksiyonel Statü</i>	Fiziksel fonksiyonellik	10	3a-3j	5	10	30	20
	Fiziksel rol sınırlamaları	4	4a-4d	2	4	8	4
	Duygusal rol sınırlamaları	3	5a-5c	2	3	6	3
	Sosyal fonksiyonellik	2	6,10	1	2	10	8
<i>İyilik Hali</i>	Ruh sağlığı	5	9b,9c, 9d,9f,9h	3	5	30	25
	Canlılık	4	9a,9e, 9g, 9i	2	4	24	20
	Ağrı	2	7,8	1	2	12	10
<i>Genel Sağlık Değerlendirmesi</i>	Genel sağlık algılamaları	5	1, 11a-11d	3	5	25	20
	Sağlık değişimi ¹	1	2				
TOPLAM		36					

1. Bu soru 8 boyut içerisinde değildir ve skorlanmamaktadır.

2. Boyuttaki soru sayısı * en düşük skor.

3. Boyuttaki soru sayısı * en büyük skor

4. Olası en büyük skor - Olası en küçük skor

(Brazier et al., 1992; Medical Outcomes Trust, 1994).

Fiziksel fonksiyonellik boyutu on soru ile bireylerin veya hastaların sağlık ya da hastalık durumlarının merdivenlerden çıkma, yürüme, koşma, banyo yapma ve giyinme gibi normal günlük aktiviteleri engelleyip engellemediğini, fiziksel sınırlamaların varlığını

ve düzeyini belirlemektedir. Fiziksel fonksiyonelliği ölçen sorular Ek1'deki ankette yer alan 3a-3j sorularından oluşmaktadır ve Tıbbi Sonuç Araştırması'nda (Medical Outcomes Study-MOS) kullanılan Fiziksel Fonksiyonellik Skalası'ndan (MOS Physical Functional Scale) alınmıştır.

SF-36'da rol fonksiyonelliğinin ise fiziksel problemlerden ve duygusal problemlerden dolayı rol sınırlamaları olmak üzere iki farklı şekilde incelendiği görülmektedir. Bunlardan ilki dört soru ile bireylerin veya hastaların son bir ay içerisinde fiziksel sağlık problemlerine bağlı olarak iş, okul ve evdeki günlük aktiviteler için ayırdıkları zamanda ve yaptıkları aktivitelerin türlerinde sınırlamalarla karşılaşp karşılaşmadıklarını, ikincisi ise üç soru ile duygusal problemlerden dolayı bu aktiviteler için ayrılan zamanda ve aktivitelerin türlerinde azalma olup olmadığını ölçmektedir. Fiziksel rol sınırlamalarını ölçen sorular ankette yer alan 4a-4d sorularından, duygusal rol sınırlamalarını ölçen sorular ise 5a-5c sorularından oluşmaktadır.

SF-36'nın diğer bir boyutu olan vücut ağrısı boyutu ise iki soru ile ağrının sıklığını ve bu ağrıların günlük aktiviteleri ne ölçüde etkilediğini ölçmektedir. Ağrıyı ölçen sorular ankette yer alan 7. ve 8. sorulardan oluşmaktadır ve MOS'da kullanılmış olan Ağrının Davranışsal Etkisi Skalası'ndan (Behavioral Effect of Pain) alınmıştır.

SF-36'nın genel sağlık değerlendirmeleri boyutu ise beş soru ile sağlıkla ilgili genel değerlendirmeleri ölçmektedir. Sağlıkla ilgili genel değerlendirmeleri ölçen sorular ankette yer alan 1, 11a, 11b, 11c ve 11d sorularından oluşmaktadır ve MOS'da kullanılmış olan Sağlık Algılamaları Anketi'nden (Health Perception Questionnaire) alınmıştır.

SF-36'nın enerji/canlılık boyutu ise dört soru ile bireylerin veya hastaların yorgunluk, bitkinlik ve enerji düzeyleri şeklindeki subjektif iyilik halini ölçmektedir. Enerji/canlılık boyutunu ölçen sorular ankette yer alan 9a, 9e, 9g ve 9i sorularından oluşmaktadır ve MOS'da kullanılmış olan Ruh Sağlığı İndeksi'nden (Mental Health Index-MHI) adapte edilmiştir.

Sosyal fonksiyonellik boyutu ise iki soru ile sağlığın arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivite ve ilişkiler üzerindeki etkilerini ölçmektedir. Sosyal fonksiyonellik boyutunu ölçen

sorular ankette yer alan 6. ve 10. sorulardan oluşmaktadır ve MOS için geliştirilmiş olan Sosyal Fonksiyonellik Skalası'ndan alınmıştır.

Ruh sağlığı boyutu ise 5 soru ile bireylerin veya hastaların kendilerini son bir ay içerisinde ne kadar süreyle çok sinirli, kötü, üzgün, soğukkanlı ve mutlu hissettikleri şeklindeki depresyon, endişe ve psikolojik iyilik hali ile ilgili durumları ölçmektedir. Ruh sağlığı boyutunu ölçen sorular ankette yer alan 9b, 9c, 9d, 9f ve 9h sorularından oluşmaktadır ve MOS'da kullanılmış olan Ruh Sağlığı İndeksi'nden (Mental Health Index-MHI) alınmıştır (Stewart, et al., 1988).

Bu sekiz alt skalanın her birinde birden çok soru kullanılmasının nedeni ise her boyutla ilgili ölçüm geçerliliğini sağlamaktır. Ayrıca SF-36, bu sekiz boyutun dışında, genel sağlık statüsündeki bir yıl içerisindeki değişim miktarını sorgulayan bir soru daha içermektedir, ancak bu soru skorlanmamaktadır (Stewart, et al., 1988; Brazier, et al., 1992: 160; Garratt, et al., 1993: 1441; McHorney, et al., 1994).

5.2. SF-36'nın Skorlanması

SF-36'da ölçeklendirme metodu olarak ise likert metodunun kullanıldığı ve Nottingham Sağlık Profili de olduğu gibi sekiz sağlık boyutunun her biri için ayrı ayrı toplam sekiz skor sağlayan profil yaklaşımının esas alındığı görülmektedir. Bu boyutlarla ilgili skorlar bireylerin veya hastaların her bir boyut üzerindeki sorulara verdikleri yanıtların skorlanması işleminden elde edilmekte ve bu skorların her biri bireylerin sözkonusu skala ya da boyutla ilgili düzey veya statüsünü tanımlamaktadır. SF-36'nın skala skorlarının hesaplanması ise dört aşamanın gerçekleştirilmesiyle olmaktadır. Birincisi soru değerlerinin yeniden kodlanması, ikincisi boş ya da yanıtlanmamış soruların belirlenmesi, üçüncüsü ham skala skorlarını hesaplamak için her bir skala içerisinde yer alan soruların toplanması ve dördüncüsü ise bu ham skala skorlarının 0-100 arasında dönüştürülmesidir. Bu işlemlerin nasıl gerçekleştirildiğine daha ayrıntılı olarak ihtiyaç duyulduğunda, Medical Outcomes Trust'ın Scoring Exercise for the SF-36 Health Survey ile Ware'in How to Score the Revised MOS Short Form Health Scale (SF-36) yapıtlarına başvurulabilir.

Soru değerlerinin yeniden kodlanması veya ters çevrilmesi işlemi tüm sorular için olmayıp toplam on soru için yapılmaktadır. Bu sorular anketteki 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d sorularından oluşmaktadır. Bu soruların değerlerinin yeniden kodlanmasının nedeni ise profildeki diğer soruların tersine olumsuzluğun en yüksek değeri almasıdır. Örneğin “genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız” şeklindeki 1. soruda, “mükemmel” olarak tanımlarım seçeneğine (1), “kötü” olarak tanımlarım seçeneğine ise (5) değeri verilmiştir. Yine enerji/canlılık altında yer alan, “son bir ay içerisinde kendinizi ne kadar süreyle canlı ve hayat dolu hissettiniz” şeklindeki 9a sorusunda “hiç bir zaman” seçeneği skaladaki en yüksek rakam olan (6) ile “her zaman” ise (1) ile tanımlanmıştır. Oysa 1. soruda (5) rakamının, 9a sorusunda da (6) rakamının, profildeki diğer sorularda olduğu gibi iyi sağlık durumuna atıfta bulunan “mükemmel ve her zaman” seçenekleri için kullanılması, “kötü olarak tanımlarım ve hiç bir zaman” seçeneklerine ise skaladaki en düşük değer olan (1)’in yüklenmesi gerekmektedir. Bu sorularda olduğu gibi 6, 7, 8, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d sorularında da kötü sağlık durumlarına işaret eden seçeneklere düşük skorların verilmesi gerekmektedir. Böylece skorların ters çevrilmesiyle daha yüksek skorların daha iyi sağlık durumlarını, düşük skorların ise olumsuz sağlık durumlarını yansıtmaları sağlanmaktadır. İkinci aşama olan skalalardaki yanıtlanmamış sorular için ise yanıtlanmış soruların ortalaması kullanılabilir. Ancak bunun için skalalardaki soruların en az yarısının yanıtlanmış olması gerekmektedir. Örneğin bir bireyin fiziksel fonksiyonellik boyutu ile ilgili skorunun hesaplanması için bu boyuttaki toplam on sorudan (Ek1: 3a-3j) en az beşinin yanıtlanmış olması gerekmektedir. Üçüncü aşama olan ham skala skorlarının hesaplanmasında ise ölçülüyor olan aynı sağlık boyutu ya da skalası içerisinde yer alan soruların değerleri toplanmaktadır. Örneğin yine bir bireyin sosyal fonksiyonellik boyutu ile ilgili ham skala skoru hesaplanırken bu boyutla ilgili 2 soruya (Ek1: 6. ve 10. sorular) verdiği yanıtlar toplanmaktadır. Ancak bu işlem yapılırken yukarıda da belirtildiği gibi 6. sorunun yeniden kodlanmış olduğuna, 10. sorunun ise yeniden kodlanmamış olduğuna dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu durum tüm ham skala skorlarının hesaplanmasında geçerli olup, şayet soru yeniden kodlanmışsa ham skala skorunun hesaplanmasında yeni değeri, yeniden kodlanmamış bir soru ise kendi değeri dikkate alınmalıdır.

Bu on sorunun skorlarının ters çevrilmesi işlemi ile sekiz sağlık boyutu altında yer alan sorulara verilen bireysel yanıtların ham skorları toplandıktan sonra dördüncü aşama

olan skorların 0-100 arasında dönüştürülmesi işlemi gerçekleştirilmektedir. Ham skala skorlarının dönüştürülmesi işleminde aşağıdaki formül uygulanmaktadır.

$$\text{Dönüştürülmüş Skala Skoru} = \frac{(\text{Ham Skala Skoru} - \text{Olası En Küçük Skala Skoru})}{\text{Skala Skor Dağılımı}} * 100$$

Sonuçta sekiz sağlık boyutu ile ilgili 0-100 arasında skorlar elde edilmektedir. (0) en az istenir yani en kötü sağlık durumunu, (100) ise bireylerin sözkonusu boyutla ilgili hiç bir sorun yaşamadığı istenir ve iyi bir sağlık durumunu göstermektedir (McHorney, et al., 1994; Medical Outcomes Trust, 1994).

SF-36, sekiz sağlık boyutunun her biri için ayrı ayrı sekiz skala skoru, yani skorlar profili sağladığı için özellikle alternatif tedavileri karşılaştırmada eleştirilebilir. Neden olarak sağlık boyutlarından hangilerine önem veya ağırlık verilmesi gerektiği gösterilebilir. Örneğin bir tedavinin ağrıyı azaltmasına karşılık diğer bir tedavi fiziksel sınırlamadan kaynaklanan rol sınırlamalarını giderebilir. Bu durumda hangi sağlık probleminin giderilmesi gerektiği belirli olmadığı için hangi tedaviye öncelik verilmesi gerektiği sorusu da yanıtlanmamış olmaktadır. Bunun için sağlık statüsü ile ilgili tek bir skor sağlayan sağlık indekslerinin kullanılması tercih edilebilir. SF-36'nın tek ve geçerli bir indeks skoru sağlamak için kullanılıp kullanılamayacağı henüz bilinmemektedir. Ancak Brazier et al. (1992)'in da belirttiği gibi, mevcut sağlık indekslerinden bazılarının geçersiz, bazılarının ise uzun oldukları dikkate alındığında SF-36'ya niçin ihtiyaç duyulduğu daha iyi anlaşılmaktadır. Bu yazarlar yaptıkları çalışma sonucu yine SF-36 gibi genel, kısa, kapsamlı ve yeni bir ölçüm aracı olan NHP ile gözardı edilmiş ve tespit edilememiş sağlık problemlerinin SF-36 ile belirlenebildiğini bulmuşlardır. Bu nedenle yazarlar SF-36'nın nisbeten küçük sağlık problemlerine sahip bir grubun veya toplumun sağlığını ölçmede NHP'e göre tercih edilebilir olduğunu belirtmişlerdir. Jenkinson et al. (1993) da Brazier et al. gibi NHP'in klinik ve hastalar açısından önemli olan rahatsızlıkların düşük düzeylerini araştırmada yetersiz olduğuna, SIP'in uzun olduğuna, oysa SF-36'nın ise sağlıktaki değişime duyarlı olduğuna ve bu genel sağlık statüsü ölçüm aracının bir çok hasta ve toplumsal gruplarda yapılan çalışmalar sonucunda geçerlilik ve güvenilirliğinin ispatlanmış olduğuna, ayrıca özellikle sağlık müdahalelerinin değerlendirilmesinde sağlık statüsünün

önemli özelliklerini yansıttığına işaret etmektedir. Bu düşünceler bir çok yazar yanında Kurtin et al. (1992) tarafından da savunulmaktadır.

5.3. SF-36 İle İlgili Örnek Çalışmalar

Liretatürde hastaların algıladıkları genel sağlık statülerinin bir ölçüm aracı olarak SF-36 ile ilgili bir çok çalışmanın yapılmış olduğu görülmektedir. Gerek Amerika'da gerekse İngiltere'de yapılmış olan bu çalışmaların çoğunda SF-36'nın çok çeşitli hastalıklara sahip olan hastaları ayırmadaki yeteneği tartışılmış ve yapılan çalışmalar sonucunda bu ölçüm aracının geçerliliğinin ve güvenilirliğinin yüksek olduğu bulunmuştur (Garratt et al., 1993; Lyons et al., 1994; Hill, et al., 1995). Benson (1992), SF-36'nın çeşitli hastalık ve tedavilerin hastaların sağlığı üzerindeki sonuçlarını (outcomes) değerlendirmek için klinik ortamlarda binlerce hastaya uygulandığını, bu üstünlüğünden dolayı önceki sağlık statüsü ölçüm araçları üzerinde önemli bir gelişme kaydettiğini belirtmektedir.

Lyons et al. (1994) yaptıkları çalışma ile SF-36'nın yaşlı insanlardaki kullanımının uygun olup olmayacağını ve bu ölçüm aracının sağlık statülerinde farklılıklar beklenen kişileri ayırıp ayırmadığını incelemiştir. Çalışma sonucunda SF-36'nın, hasta kişileri hasta olmayanlardan ayırdığı, hasta olanların sekiz parametrenin her birinde en az 16 puanlık daha düşük skorlara sahip olduğu ve son on iki ay içerisinde yatarak ya da ayaktan tedavi olanların olmayanlara göre tüm parametrelerde anlamlı şekilde düşük skorlara sahip olduğu görülmüştür. Garratt et al. (1993) tarafından yapılan çalışmada da SF-36'nın dört farklı sağlık sorunundan şikayetçi olan hastaların sağlık sonuçlarını ayırdığı ve sağlık statüsünün geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu görülmüştür. Sonuçta Garratt et al. (1993) ve Lyons et al. (1994) SF-36'nın NHS (National Health Service) içerisinde rutin kullanım için uygun bir bakım ve hasta sonuç ölçütü olarak kullanılabileceğini önermişlerdir. Brazier et al. (1992) da SF-36'yı birinci basamak sağlık hizmetleri için yeni bir sonuç ölçüm aracı olarak tanımlamaktadır.

Johnson et al. (1996), SF-36'yı 54 diabetli hastanın sağlıkla ilgili hayat kalitesini ölçmek ve bu hastaların sağlıkla ilgili hayat kalitelerinin klinik ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediğini incelemek için, Jacobson et al. (1994) tipI ve tipII diabetin

hastaların hayat kaliteleri üzerindeki etkileri değerlendirmek ve bu ölçüm aracı ile diabete özgü bir hayat kalitesi ölçüm aracını karşılaştırmak için, Weinberger et al. (1994) ise glycemik kontrolün diabetli hastaların sağlıkla ilgili hayat kaliteleri üzerindeki etkilerini ölçmek için kullanmışlardır. Pınar (1995) da SF-36'yı diabetli hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla kullanmıştır. Bu çalışma aynı zamanda SF-36'nun Türkçeleştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması ve böylece kronik hastalıkların yaşam kalitesini ölçebilen geçerli ve güvenilir bir genel sağlık statüsü ölçüm aracının Türk Literatürüne kazandırılması ile ilgili ilk çalışmadır. Pınar SF-36'nun geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili çalışmaları kardiyak, hemodializ ve diabetli 180 hasta üzerinde başlatmış, aracın dil ve içerik geçerliliğini (content validity) uzman görüşlerine başvurarak, yapı geçerliliğini (construct validity) faktör analizi ile, güvenilirliğini (reliability) ise test-tekrar test yöntemiyle (aynı hastalara 15 gün sonra aynı anket tekrar uygulanarak) yapmıştır. Sonuçta SF-36 skalalarının test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının 0.83-0.92 arasında değiştiği, bu rakamların güvenilirlik için öngörülen 0.70'in üzerinde olduğu ve bunun için aracın güvenilir bir şekilde kullanılabileceği belirtilmiştir.

Meyer et al. (1994) SF-36'yı dializ hastalarının sağlık statülerini genel toplumun sağlık statüleri ile karşılaştırmak ve dializ hastalarının sağlık statülerindeki değişimi izlemek ve yorumlamak için, Kurtin et al. (1992) ayaktan dializ hastalarının sağlık statülerini izlemek ve tanımlamak için kullanmışlardır.

Johnson et al. (1995) SF-36'yı akut göğüs ağrılı siyah ve beyaz hastaların sağlık statülerini karşılaştırmak ve SF-36 skorlarının bu hastaların klinik ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediğini incelemek için, Krousel-Wood and Richard (1994) hipertansiyonlu hastaların sekiz sağlık boyutu ile ilgili skorlarının klinik ve demografik değişkenlere göre değişip değişmediğini belirlemek için, Jenkinson et al. (1993) sekiz sağlık boyutu ile ilgili toplumsal normları belirlemek için kullanmışlardır. Lyons et al. (1993) SF-36'yı astım, diabet, sırt ağrısı, hipertansiyon, göğüs ağrısı, endişe, depresyon, kalp yetmezliği ve felç gibi hastalıklardan şikayetçi olan hastaların sağlık statülerini karşılaştırmak için, Stewart et al. (1989) ise yaygın olarak görülen kronik hastalıklara (hipertansiyon, kalp yetmezliği, kalp krizi, artrit, kronik akciğer hastalığı, sindirim sistemi hastalıkları, sırt ağrısı, göğüs ağrısı) sahip kişilerin sağlık statülerini,

kronik hastalığı olmayanların sağlık statüleri ile karşılaştırarak bu hastalıkların her birinin sağlık üzerindeki yükünü belirlemek için kullanmışlardır.

Bayley et al. (1995) SF-36'yı total kalça kemiği ile total diz kapağı kemiği değişimi yapılan hastalarda uygulamışlardır. Bu çalışmada hastalar açısından bu iki operasyonun başarısının ölçülmesi ile hastaların tedavi öncesi ve sonrası SF-36 skorlarının karşılaştırılması yapılarak ameliyat başarı derecelendirmesinin tedavi öncesi ve sonrası SF-36 skorlarındaki değişimle olan ilişkisi incelenmiştir. Lansky et al. (1992) SF-36'yı total kalça kemiği değişiminin sağlık statüsü üzerindeki etkisini belirlemek için kullanmış ve hastaların sağlık statülerini operasyon öncesi ve operasyondan 3 ay sonra olmak üzere ölçmüşlerdir. Mangione et al. (1994) SF-36'yı katarakt ameliyatı ile lens uygulamasının sağlık statüsü üzerindeki etkilerini ölçmek ve karşılaştırmak için kullanmışlardır. Rector et al. (1993) SF-36'yı kalp transplantasyon işlemini değerlendirmek için kullanmış, bunun için transplantasyon olan 177 hasta ile transplantasyon için bekleyen 48 hastanın SF-36 skorlarını karşılaştırarak transplantasyonun sağlık statüsü üzerindeki etkisini değerlendirmişlerdir. Jette and Downing (1994) SF-36'yı rehabilitasyon programına giren kalp hastalarının sağlık statüsü profillerini tanımlamak için kullanmışlardır.

Bu örneklerden de görüldüğü gibi SF-36, literatürde yoğun bir şekilde kullanılan bir sağlık statüsü ölçüm aracı olarak karşımıza çıkmaktadır. Araç Türkiye'de de uygulanmış ve geçerlilik ve güvenilirliğinin de yüksek olduğu saptanmıştır (Pınar, 1995). Aşağıda SF-36'nın koroner arter bypass cerrahisi geçiren hastalar üzerinde uygulanmasından elde edilen bulgular ve sonuçlar sunulmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

6.1. Çalışmanın Amacı

Koroner arter bypass cerrahisi koroner arter hastalığı için güvenle uygulanan bir tedavi yöntemi olmakla birlikte, cerrahinin hastaların algıladıkları genel sağlık statüsü boyutları üzerinde neden olduğu sonuçlar (outcomes) hakkında çok az çalışma yapılmıştır. Ameliyattan sonraki sonuçlarla ilgili yapılan çalışmalarla da daha çok mortalite ve ameliyat komplikasyonları üzerinde odaklanmış, fonksiyonel statü ile iyilik hali şeklindeki genel sağlık statüsü ile ilgili sonuçlar ise, tedavinin birincil amaçları olmasına rağmen dikkate alınmamıştır. Bu çalışmanın amacı; (1) koroner arter hastalarının algıladıkları genel sağlık statüsü boyutlarının, hastaların klinik ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediğini belirlemek (2) hastaların algıladıkları genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesi ve sonrası farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyerek bypass cerrahisinin sağlık statüsü üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

6.2. Problem Cümlesi

Koroner arter hastalığı nedeniyle özel bir hastane olan Sevgi Hastanesi'nde bypass cerrahisi geçiren hastaların cerrahi öncesi algıladıkları genel sağlık statüsü boyutları klinik ve demografik özelliklerine göre değişmekte midir, bu hastaların cerrahi öncesi ve sonrası algıladıkları genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık var mıdır ve bu durum hastaların klinik ve demografik özellikleri açısından irdelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar söz konusu mudur soruları araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

6.3. Hipotezler

1. Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi algıladıkları sağlık statüsü boyutları arasında aşağıdaki bağımsız değişkenlere göre;
 - Hastaların *yaş gruplarına* göre,
 - Hastaların *cinsiyetine* göre,

- Hastaların *eğitim düzeyi gruplarına* göre,
 - Hastaların *hastalık süresi gruplarına* göre,
 - Hastaların *kapalı (hasta) olan damar sayısı gruplarına* göre,
 - Hastaların *daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat geçirmiş olup olmamasına* göre,
 - Hastaların *başka bir hastalığa sahip olup olmamasına* göre,
 - Hastaların *cerrahi öncesi kalp krizi geçirmiş olup olmamasına* göre fark vardır.
2. Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi ve sonrası algıladıkları sağlık statüsü boyutları arasında genel olarak ve bağımsız değişkenlerin alt gruplarına göre fark vardır.

6.4. Varsayımlar

Hastaların bilgi toplama aracı olarak kullanılan ankete verdikleri yanıtlar hastaların gerçek durumunu yansıtmaktadır.

6.5. Kısıtlılıklar

Bu araştırma sadece Sevgi Hastanesi'ne 1 Kasım 1995-1 Nisan 1996 tarihleri arasında başvuran koroner arter hastaları üzerinde yapılabildiği için sonuçlarının tüm bypass cerrahisi geçirmiş hastalara genellenmesi olası değildir. Ancak araştırma dönemi içerisindeki acil vakalar hariç tüm hastaların araştırmaya konu edildiği göz önüne alındığında, araştırma sonuçlarının bu hastanedeki koroner arter bypass cerrahisi olan hastalara genellenebileceği söylenebilir. Bu sonuçların tüm koroner arter hastalarına genellenip genellenmeyeceğine karar vermek için daha büyük ölçekli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

6.6. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Sevgi Hastanesi'ne 1 Kasım 1995-1 Nisan 1996 tarihleri arasında başvuran koroner arter hastaları oluşturmaktadır. Araştırma için örneklem seçilmemiş ve bu tarihler arasındaki acil vakalar dışındaki toplam 106 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma bu 106 hastanın genel sağlık statüsü boyutlarının hem

cerrahi öncesi, hem de cerrahi sonrası ölçülmesi şeklindeki iki aşamanın gerçekleştirilmesine dayandırılmıştır. Cerrahi öncesi 106 hastanın tamamı doldurulması gereken anket sorularını yanıtlamış, ancak cerrahi sonrası bu sayıya ulaşamamıştır. Cerrahi sonrası 85 hastanın anket verileri elde edilmiş, 21 hastanın ise telefon ve posta gibi yöntemlere karşılık araştırmaya ilgisiz kaldıkları gözlenmiştir. Bunun için araştırma ile ilgili analizlerde 106 hastadan 85 (%80)'inin verileri dikkate alınmış ve 21 hastanın cerrahi öncesi yanıtladıkları anketler cerrahi sonrası karşılıkları olmadığı için analiz dışında bırakılmıştır.

6.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma ileriye yönelik kesitsel bir araştırmadır. Veriler anket yoluyla toplanmıştır (Ek1). Anketin hazırlık aşamasında hem koroner arter hastalığının hem de bypass cerrahisinin, hastaların genel sağlık statüsü boyutları üzerindeki etkilerini farklılaştırılabilir olan değişkenlerin (bağımsız) tesbiti amaçlanmıştır. Bu yönde yapılan literatür çalışmasından sonra yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi demografik değişkenler üzerinde durulduğu (Cockerham, et al., 1983; Hunt, et al., 1984; Hourani and Khlat, 1986; Robin and McAvay, 1992; Guadagnoli, et al., 1992), hastalık süresi, hasta ya da kapalı olan damar sayısı, daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat geçirmiş olup-olmama, başka bir hastalığa sahip olup-olmama ve cerrahiden önce kalp krizi geçirmiş olup-olmama gibi klinik değişkenlerin hastalık şiddetini tanımlamada, hastalık ve cerrahinin değerlendirmesinde kullanıldığı görülmüştür (Barnes, et al., 1977; Hammermeister, et al., 1978; Russell, et al., 1980; Clancy, et al., 1984; Naunheim, et al., 1988; Guadagnoli, et al., 1992; Mauldin, et al., 1994; Kurtin, et al., 1994). Bunun için anketin birinci bölümünde, anketin uygulanacağı koroner arter hastaları ile ilgili bu yönde tanımlayıcı bilgiler sağlayacak sorulara yer verilmiş, açık ve kapalı uçlu soru teknikleri kullanılmıştır.

Anketin ikinci bölümü ise koroner arter hastalarının algıladıkları genel sağlık statülerini ölçmek için bir genel sağlık statüsü ölçüm aracı olan SF-36'yı içermektedir. Bu araştırmada SF-36'nın tercih edilmesinin nedeni ise ölçeğin sağlık statüsünün bir çok boyutunu değerlendirmesi, sağlık statüsü değerlendirme çalışmalarında geniş ölçüde kullanılmış olması ve yurt dışında ve yurt içinde yapılan çalışmalarda geçerliliğinin ve

güvenirliğinin saptanmış olmasıdır. SF-36'yı tercih etmenin pratik nedeni ise bu ölçeğin kapsamlı olmasına karşılık, uygulamasının kolay olmasıdır.

Anket daha önce de belirtildiği gibi aynı hastalara bypass cerrahisinden önce ve sonra olmak üzere iki kez uygulanmıştır. Anketin cerrahiden önce uygulanması Sevgi Hastanesi Başhekimliğinden alınan izin üzerine Hasta İlişkileri Departmanının bypass cerrahisi olmak için yatan günlük hastaları araştırmacıya iletmesiyle hasta servislerinde olmuş ve araştırmacı tarafından hastalarla yüzyüze görüşülerek doldurulmuştur. Görüşülen hastaların hiç biri anketi yanıtlamayı red etmemiş, görüşme anında hastalara araştırmanın amacı, aynı anketin kendilerine 3 ay sonra tekrar uygulanacağı ve ankete verecekleri yanıtların kendi gerçek durumlarını yansıtmasının çok önemli olduğu açıklamaları yapılmıştır.

Anketin aynı hastalara ikinci kez uygulanması ise hastaların bypass ameliyatlarından 3 ay sonrası olarak planlanmış, ancak bu süre hastalara ulaşmadaki güçlüklerden dolayı 3.5 ile 4 ay sonrası olarak gerçekleşmiştir. Başlangıçta 3 aylık sürenin seçilmesinin nedeni bu sürenin literatürde hastaların cerrahiden sonra normal iyileşme süresi olarak belirtilmesidir (Guadagnoli, et al., 1992). Anketin hastalara ikinci kez uygulanmasında, Ankara da ikamet eden hastalar için telefon, Ankara dışında ikamet eden hastalar için ise önce posta, yanıt alınamadığında telefon yöntemi kullanılmıştır. Sonuçta cerrahi öncesi ve sonrası anket verileri 1 Kasım 1995-30 Temmuz 1996 tarihleri arasında olmak üzere 9 aylık zaman süresi içerisinde toplanabilmiştir. Anketin uygulanmasından elde edilen bu veriler bilgisayara yüklenmiş ve araştırma hipotezlerini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile iki eş arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. Bu işlemlerin yapılmasında Statistical Package for Social Science for Windows (SPSSWIN) programı kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma bulguları ve bu bulgulara ilişkin gerekli tartışmalara yer verilmiştir. Anketin uygulanmasından elde edilen bilgiler iki bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde araştırma kapsamındaki hastaları tanımlayan bilgilere, ikinci bölümde araştırmanın hipotezlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

7.1. Genel Bilgiler İle İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamındaki hastaları demografik ve hastalıkla ilişkili klinik özelliklerine göre tanımlayan ve anketin ilk bölümünde yer alan sorulardan elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.



Tablo 2: Koroner Arter Hastalarının Demografik ve Hastalıkları İle İlgili Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri	Sayı	Yüzde
Yaş		
57 ≤	43	50.6
58 ≥	42	49.4
Cinsiyet		
Erkek	69	81.2
Kadın	16	18.8
Eğitim		
1 Okur-yazar değil	8	9.4
2 Okur-yazar	4	4.7
3 İlkokul	43	50.6
4 Ortaokul	9	10.6
5 Lise	8	9.4
6 Yüksekokul	13	15.3
Hastalık Süresi		
6 ≤ ay	43	50.6
7 ≥ ay	42	49.4
Kapalı Damar Sayısı		
1	5	5.9
2	28	32.9
3	38	44.7
4	9	10.6
5	4	4.7
6	1	1.2
Daha Önce Ameliyat		
Geçiren	6	7.1
Geçirmeyen	79	92.9
Başka Hastalığı		
Olan	45	52.9
Olmayan	40	47.1
Kalp Krizi		
Geçiren	56	65.9
Geçirmeyen	29	34.1
Ameliyat Sonrası Hekime Başvuru Sayısı		
1 kez	44	51.8
2 kez	23	27.1
3 kez	11	12.9
4 kez	5	5.9
5 kez	1	1.2
15 kez	1	1.2
TOPLAM	85	100.0

Araştırma kapsamındaki toplam 85 hastaya uygulanan anket sonuçlarına göre; hastaların %81.2'si (n=69) erkek, %18.8'i (n=16) kadınlardan oluşmaktadır. Hastalar yaş açısından incelendiğinde yaş ortalamalarının yaklaşık 57 olduğu görülmüş ve 57 yaş hastaların yaş açısından gruplandırılmasında baz olarak alınmıştır. Böylece istatistiksel analizler yapılırken, hastalar yaş açısından $57 \leq$ ve $58 \geq$ olmak üzere iki grupta toplanmıştır. Buna göre hastaların %50.6'sı (n=43) $57 \leq$ yaş grubunda, %49.4'ü (n=42) ise $58 \geq$ yaş grubunda yer almaktadır.

Hastalar eğitim düzeyleri açısından incelendiklerinde, toplam 85 hastanın %9.4'ünün (n=8) okur-yazar olmadığı, %4.7'sinin (n=4) okur-yazar olduğu, %50.6'sının (n=43) ilkokul mezunu, %10.6'sının (n=9) ortaokul mezunu, %9.4'ünün (n=8) lise mezunu ve %15.3'ünün (n=13) ise yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir. İstatistiksel analiz yapılırken eğitim gruplarına düşen frekansların birbirinden farklı olması ve ilkokul dışındaki sınıflardaki frekansların düşük olmasından dolayı, hastalar eğitim açısından iki grupta toplanmıştır. İlk grup okur-yazar olmayan, okur-yazar olan ve ilkokul mezunu olan hastalardan, ikinci grup ise ortaokul, lise ve yüksekokul mezunu olan hastalardan oluşmaktadır. Buna göre hastaların %64.7'si (n=55) ilkokul ve altı eğitim grubunda, %35.3'ü (n=30) ise ortaokul ve üstü eğitim grubunda yer almaktadır.

Hastalar koroner arter hastalığı ile ilgili hastalık süreleri açısından incelendiğinde ise toplam 85 hastanın ortalama hastalık süresinin yaklaşık 6 ay olduğu görülmüş ve hastalar hastalık süresi açısından gruplandırılırken ortalama hastalık süresi olan 6 ay baz olarak alınmıştır. Böylece hastalar hastalık süreleri açısından $6 \leq$ ay ve $7 \geq$ ay olmak üzere iki grupta toplanmıştır. Buna göre hastaların %50.6'sı (n= 43) $6 \leq$ ay grubunda, %49.4'ü (n=42) $7 \geq$ ay grubunda yer almaktadır.

Hastalar kapalı damar sayıları açısından incelendiklerinde, toplam 85 hastanın %5.9'unun (n=5) bir damarının, %32.9'unun (n=28) iki damarının, %44.7'sinin (n=38) üç damarının, %10.6'sının (n=9) dört damarının, %4.7'sinin (n=4) beş damarının ve %1.2'sinin (n=1) ise altı damarının kapalı olduğu görülmektedir. Ancak birinci, dördüncü, beşinci ve altıncı gruplardaki frekanslar düşük olduğu için birinci grubun ikinci ile dördüncü, beşinci ve altıncı grubun ise üçüncü grup ile birleştirilmesi uygun görülerek hastalar kapalı damar sayıları açısından $2 \leq$ ve $3 \geq$ olmak üzere iki grupta toplanmıştır.

Buna göre hastaların %38.8'i (n=33) $2 \leq$ grubunda, %61.2'si (n=52) $3 \geq$ grubunda yer almaktadır.

Hastalar daha önce aynı hastalık ile ilgili ameliyat geçirmiş olup olmamaları açısından incelendiklerinde ise %7.1'inin (n=6) daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat olduğu, %92.9'unun (n=79) ise daha önce ameliyat olmadığı görülmektedir.

Hastalar koroner arter hastalığı dışında, yine bu hastalıkla ilişkili olan diyabet, hipertansiyon, astım ve böbrek yetmezliği gibi başka hastalıklarının olup olmadığı konusunda incelendiklerinde ise %52.9'unun (n=45) koroner arter hastalığının dışında başka hastalıklarının olduğu, %47.1'inin (n=40) ise bu hastalık dışında başka bir hastalığının olmadığı görülmektedir.

Hastalar kalp krizi geçirmiş olup olmamaları açısından incelendiklerinde %65.9'unun (n=56) daha önce kalp krizi geçirmiş olduğu, %34.1'inin (n=29) ise daha önce kalp krizi geçirmemiş olduğu görülmektedir.

Cerrahi sonrası hekime başvuru açısından ise toplam 85 hastanın %51.8'inin (n=44) bir kez, %27.1'inin (n=23) iki kez, %12.9'unun (n=11) üç kez, %5.9'unun (n=5) 4 kez, %1.2'sinin (n=1) beş kez ve yine %1.2 (n=1) 15 kez başvurduğu görülmektedir. Cerrahi sonrası hekime dört, beş ve altı kez başvuran gruplardaki frekanslar düşük olduğu için hekime başvurular 1, 2 ve $3 \geq$ olmak üzere üç grupta toplanmıştır. Buna göre hastaların %51.8'i (n=44) hekime bir kez başvuran grubunda, %27.1'i (n=23) iki kez başvuran grubunda ve %21.2'si (n=18) ise $3 \geq$ grubunda yer almaktadır.

7.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmanın hipotezlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Önce koroner arter hastalarının cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutları olan fiziksel fonksiyonelliklerinin, fiziksel rol sınırlamalarının, ağrılarının, genel sağlık algılamalarının, enerji/canlilik düzeylerinin, sosyal fonksiyonelliklerinin, duygusal rol sınırlamalarının ve ruh sağlığı ile ilgili düzeylerinin hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre farklı olup olmadığı, daha sonra ise hastaların cerrahi öncesi ve sonrası bu boyutlarının değişip

değişmediği ile istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı üzerinde durularak bypass cerrahisinin bu boyutlar üzerindeki etkilerine yer verilmektedir.

Farklı demografik ve klinik özelliklere sahip hastaların sağlık statüsü boyutları karşılaştırılırken, bu boyutların mükemmel sağlığı gösteren (100)'e, dolayısıyla kötü sağlığı ya da ölümü gösteren (0)'a uzaklığı dikkate alınarak hangi hasta grubunun sağlık statüsünün daha iyi ya da daha kötü olduğu incelenmiş ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı değerlendirilmiştir. Hastaların sağlık statüsü boyutları arasında İstatistiksel olarak anlamlı farklılığın olup olmadığının belirlenmesinde ise iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Hastaların cerrahi öncesi ve sonrası sağlık statüsü boyutları karşılaştırılırken de bu boyutların skorunun (100)'e uzaklığı dikkate alınmıştır. Böylece cerrahi öncesi ile sonrası sağlık statüsü boyutlarından hangisinin daha iyi olduğu şeklindeki açıklamalar, bu boyutların cerrahi öncesinde mi, cerrahi sonrasında mı (100)'e daha yakın olduğunun belirlenmesine dayandırılmıştır. Cerrahi öncesi ile sonrası sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığının değerlendirilmesi ise iki eş arasındaki farkın önemlilik testine dayandırılmıştır.

1. Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Değişip Değişmediğinin İncelenmesi:

Tablo 3: Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Yaşa Göre Karşılaştırması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Yaş Grupları				p
	57 ≤		58 ≥		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	57.79	24.79	50.59	27.54	0.209
Fiziksel Rol Sınırlamaları	15.11	31.87	23.80	40.18	0.273
Ağrı	37.88	30.99	45.78	35.89	0.280
Genel Sağlık Algılamaları	48.55	20.44	53.23	22.28	0.316
Enerji/Canlılık	43.13	25.49	44.64	32.03	0.812
Sosyal Fonksiyonellik	54.06	34.14	61.30	37.22	0.353
Duygusal Rol Sınırlamaları	29.45	37.94	35.71	43.79	0.484
Ruh Sağlığı	41.20	23.70	49.23	23.49	0.121

Koroner arter hastalarının yaşa göre cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 3'e göre yaşı $57 \leq$ olanların fiziksel fonksiyonelliklerinin yaşı $58 \geq$ olanlardan iyi olmasına rağmen uygulanan iki ortalama arasındaki farkın $p=0.05$ düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. Yaşı $57 \leq$ olanların fiziksel rol sınırlamalarının, ağrılarının genel sağlık algılamalarının, enerji/canlılık düzeylerinin, sosyal fonksiyonelliklerinin, duygusal rol sınırlamalarının ve ruh sağlıklarının ise $58 \geq$ yaş grubundakilerden daha kötü olduğu, ancak iki ortalama arasındaki farkın $p=0.05$ düzeyine göre anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4: Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Cinsiyet				p
	Erkek		Kadın		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	54.34	26.96	53.75	23.91	0.935
Fiziksel Rol Sınırlamaları	21.01	36.78	12.50	34.15	0.401
Ağrı	42.49	35.23	38.75	25.67	0.690
Genel Sağlık Algılamaları	50.24	21.30	53.56	22.14	0.579
Enerji/Canlılık	44.27	28.91	42.18	28.86	0.795
Sosyal Fonksiyonellik	58.51	35.19	53.90	38.65	0.644
Duygusal Rol Sınırlamaları	32.85	41.02	31.25	41.22	0.889
Ruh Sağlığı	45.91	24.07	42.00	23.09	0.557

Koroner arter hastalarının cinsiyete göre cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 4'e göre erkek hastaların fiziksel fonksiyonelliklerinin, fiziksel rol sınırlamalarının, ağrılarının, enerji/canlılık düzeylerinin, sosyal fonksiyonelliklerinin, duygusal rol sınırlamalarının ve ruh sağlıklarının kadınlardan daha iyi olduğu, genel sağlık algılamaları açısından ise kadın hastaların daha iyi olduğu, ancak uygulanan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde 0.05 anlamlılık düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.

Tablo 5: Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Eğitim Grupları				p
	İlkokul ve altı		Ortaokul ve üstü		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	49.63	25.18	62.66	26.57	0.028
Fiziksel Rol Sınırlamaları	10.90	26.24	35.00	46.23	0.012
Ağrı	33.90	32.37	56.23	31.20	0.003
Genel Sağlık Algılamaları	44.76	18.45	62.06	22.10	0.000
Enerji/Canlılık	39.72	29.85	51.50	25.33	0.071
Sosyal Fonksiyonellik	52.95	36.48	66.25	33.01	0.101
Duygusal Rol Sınırlamaları	24.24	37.65	47.77	42.60	0.010
Ruh Sağlığı	41.60	24.55	51.73	21.21	0.060

Koroner arter hastalarının eğitim düzeylerine göre cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 5'e göre eğitim düzeyi okur yazar olmayan, okur-yazar ve ilkokul olan gruptaki hastaların fiziksel fonksiyonelliklerinin, fiziksel rol sınırlamalarının, ağrıların, genel sağlık algılamalarının, enerji/canlılık düzeylerinin, sosyal fonksiyonelliklerinin, duygusal rol sınırlamalarının ve ruh sağlıklarının eğitim düzeyi ortaokul, lise ve yüksekokul olan gruptaki hastalara göre daha kötü olduğu ve uygulanan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde 0.05 anlamlılık düzeyine göre fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları ve duygusal rol sınırlamaları boyutlarındaki farklılıkların anlamlı olduğu, ancak enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı boyutlarındaki farklılıkların anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tablo 6: Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastaların Hastalık Süresine Göre Karşılaştırması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Hastalık Süresi				p
	6≤ ay		7≥ ay		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	61.04	28.17	47.26	22.44	0.015
Fiziksel Rol Sınırlamaları	25.58	41.00	13.09	29.85	0.112
Ağrı	50.00	33.74	33.38	31.54	0.021
Genel Sağlık Algılamaları	55.25	20.64	46.38	21.41	0.055
Enerji/Canlılık	50.58	28.54	37.02	27.63	0.029
Sosyal Fonksiyonellik	63.08	37.79	52.08	32.88	0.157
Duygusal Rol Sınırlamaları	41.08	43.54	23.80	36.28	0.049
Ruh Sağlığı	52.27	22.15	37.90	23.47	0.005

Koroner arter hastalarının hastalık süresine göre cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 6'ya göre hastalık süreleri $6 \leq$ ay olanların fiziksel fonksiyonelliklerinin, fiziksel rol sınırlamalarının, ağrılarının, genel sağlık algılamalarının, enerji/canlılık düzeylerinin, sosyal fonksiyonelliklerinin, duygusal rol sınırlamalarının ve ruh sağlıklarının hastalık süresi $7 \geq$ ay olanlara göre daha iyi olduğu ve uygulanan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde 0.05 anlamlılık düzeyine göre fiziksel fonksiyonellik, ağrı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı boyutlarındaki farklılıkların anlamlı olduğu, ancak fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları ve sosyal fonksiyonellik boyutlarındaki farklılıkların anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tablo 7: Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastaların Kapalı Olan Damar Sayısına Göre Karşılaştırması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Kapalı Damar Sayısı				p
	2≤		3≥		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	55.90	29.32	53.17	24.39	0.643
Fiziksel Rol Sınırlamaları	21.96	38.91	17.78	34.77	0.607
Ağrı	48.60	35.34	37.46	31.94	0.136
Genel Sağlık Algılamaları	54.03	22.48	48.86	20.60	0.280
Enerji/Canlılık	41.66	27.91	45.28	29.44	0.574
Sosyal Fonksiyonellik	61.74	36.30	55.04	35.37	0.402
Duygusal Rol Sınırlamaları	37.37	43.90	29.48	38.85	0.389
Ruh Sağlığı	47.87	23.20	43.46	24.24	0.408

Koroner arter hastalarının kapalı olan damar sayısına göre cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 7'ye göre kapalı damar sayısı $2 \leq$ olanların fiziksel fonksiyonelliklerinin, fiziksel rol sınırlamalarının, ağrılarının, genel sağlık algılamalarının, sosyal fonksiyonelliklerinin, duygusal rol sınırlamalarının ve ruh sağlıklarının kapalı damar sayısı $3 \geq$ olanlara göre daha iyi olduğu, enerji/canlılık açısından ise kapalı damar sayısı $3 \geq$ olanların daha iyi olduğu, ancak uygulanan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde 0.05 anlamlılık düzeyine göre bu farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tablo 8: Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastaların Kalp Krizi Geçirmiş Olup Olmamasına Göre Karşılaştırması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Kalp Krizi				p
	Geçirmiş		Geçirmemiş		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	51.33	25.41	59.82	27.46	0.159
Fiziksel Rol Sınırlamaları	13.39	30.51	31.03	43.63	0.058
Ağrı	37.03	32.83	50.96	33.53	0.069
Genel Sağlık Algılamaları	47.66	21.51	57.06	20.01	0.054
Enerji/Canlılık	39.19	28.20	52.93	28.07	0.036
Sosyal Fonksiyonellik	55.13	37.97	62.50	30.80	0.339
Duygusal Rol Sınırlamaları	27.97	38.02	41.37	45.12	0.152
Ruh Sağlığı	44.35	24.11	46.75	23.54	0.662

Koroner arter hastalarının kalp krizi geçirmiş olup olmamasına göre cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 8'e göre kalp krizi geçirmiş olanların fiziksel fonksiyonelliklerinin, fiziksel rol sınırlamalarının, ağrılarının, genel sağlık algılamalarının, enerji/canlılık düzeylerinin, sosyal fonksiyonelliklerinin, duygusal rol sınırlamalarının ve ruh sağlıklarının kalp krizi geçirmemiş olanlara göre daha kötü olduğu, ancak uygulanan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde 0.05 anlamlılık düzeyine göre enerji/canlılık boyutu dışındaki boyutlardaki farklılıkların anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tablo 9: Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastaların Daha Önce Aynı Hastalıkla İlgili Ameliyat Geçirmiş Olup Olmamasına Göre Karşılaştırması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Daha Önce Ameliyat				p
	Geçirmiş		Geçirmemiş		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	70.00	20.24	53.03	26.40	0.128
Fiziksel Rol Sınırlamaları	8.33	20.41	20.25	37.14	0.441
Ağrı	45.50	27.97	41.50	34.06	0.780
Genel Sağlık Algılamaları	62.66	17.71	49.97	21.45	0.162
Enerji/Canlılık	54.16	22.23	43.10	29.14	0.366
Sosyal Fonksiyonellik	60.41	44.31	57.43	35.27	0.845
Duygusal Rol Sınırlamaları	38.88	38.96	32.06	41.15	0.696
Ruh Sağlığı	48.66	14.62	44.91	24.40	0.712

Koroner arter hastalarının daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat geçirmiş olup olmamaları göre cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 9'a göre daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat geçirmiş olanların fiziksel fonksiyonelliklerinin, ağrılarının, genel sağlık algılamalarının, enerji/canlılık düzeylerinin, sosyal fonksiyonelliklerinin, duygusal rol sınırlamalarının ve ruh sağlıklarının daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat geçirmemiş olanlara göre daha iyi olduğu, fiziksel rol sınırlamaları açısından ise ameliyat geçirmemiş olanların daha iyi olduğu, ancak uygulanan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde 0.05 anlamlılık düzeyine göre anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.

Tablo 10: Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastaların Başka Hastalığa Sahip Olup Olmamasına Göre Karşılaştırması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Başka Hastalığı				p
	Olan		Olmayan		
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	48.55	24.96	60.62	26.55	0.034
Fiziksel Rol Sınırlamaları	13.88	33.09	25.62	39.01	0.137
Ağrı	36.82	31.97	47.37	34.77	0.149
Genel Sağlık Algılamaları	46.53	22.57	55.75	19.04	0.047
Enerji/Canlılık	38.88	28.18	49.50	28.68	0.089
Sosyal Fonksiyonellik	55.27	37.07	60.31	34.30	0.517
Duygusal Rol Sınırlamaları	25.92	38.85	40.00	42.16	0.113
Ruh Sağlığı	40.88	24.08	50.00	22.82	0.078

Koroner arter hastalarının başka bir hastalığa sahip olup olmamalarına göre cerrahi öncesi genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 10'a göre başka hastalığı olanların fiziksel fonksiyonelliklerinin, fiziksel rol sınırlamalarının, ağrılarının, genel sağlık algılamalarının, enerji/canlılık düzeylerinin, sosyal fonksiyonelliklerinin, duygusal rol sınırlamalarının ve ruh sağlıklarının başka hastalığı olmayanlara göre daha kötü olduğu, ancak uygulanan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde 0.05 anlamlılık düzeyine göre fiziksel fonksiyonellik ve genel sağlık algılamaları dışındaki boyutlardaki farklılığın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

2. Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırılması:

Tablo 11: Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi ve Sonrası Sağlık Statüsü Boyutlarının Genel Olarak Karşılaştırılması

GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		p
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	54.23	26.28	78.64	17.58	0.000
Fiziksel Rol Sınırlamaları	19.64	36.41	52.97	39.84	0.000
Ağrı	41.78	33.54	73.36	24.09	0.000
Genel Sağlık Algılamaları	51.53	21.70	72.34	20.23	0.000
Enerji/Canlılık	43.88	28.74	65.94	20.39	0.000
Sosyal Fonksiyonellik	57.64	35.67	79.55	23.84	0.000
Duygusal Rol Sınırlamaları	32.53	41.06	57.53	41.50	0.000
Ruh Sağlığı	45.17	23.80	69.27	18.15	0.000

Koroner arter hastalarının cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 11'e göre hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 24.41, 33.33, 31.58, 20.81, 22.06, 21.91, 25.00 ve 24.10 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmekte olup, hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde de 0.05 anlamlılık düzeyine göre hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının tümü arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında farkın olup olmadığı hastaların demografik ve klinik özellikleri açısından irdelendiğinde ise aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 12: 57≤ Yaş ve 58≥ Yaş Grubundaki Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırması

Yaş Grubu	GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		p
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
57≤	Fiziksel Fonksiyonellik	57.79	24.79	81.04	14.24	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	15.11	31.87	54.65	40.18	0.000
	Ağrı	37.88	30.99	71.53	23.89	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	48.55	20.44	71.31	21.70	0.000
	Enerji/Canlılık	43.13	25.49	67.44	20.94	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	54.06	34.14	79.94	24.26	0.000
	Duygusal Rol Sınırlamaları	29.45	37.94	56.58	41.49	0.001
	Ruh Sağlığı	41.20	23.70	68.27	18.10	0.000
58≥	Fiziksel Fonksiyonellik	50.59	27.54	76.19	20.32	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	23.80	40.18	51.21	39.90	0.002
	Ağrı	45.78	35.89	75.23	24.45	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	53.23	22.28	73.48	18.71	0.000
	Enerji/Canlılık	44.64	32.03	64.40	19.94	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	61.30	37.22	79.16	23.69	0.003
	Duygusal Rol Sınırlamaları	35.71	44.79	58.53	42.01	0.018
	Ruh Sağlığı	49.23	23.49	70.28	18.36	0.000

57≤ yaş grubundaki koroner arter hastalarının cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve 58≥ yaş grubundaki koroner arter hastalarının cerrahi öncesi ile sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 12'ye göre 57≤ yaş grubunda olan hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 23.25, 39.54, 33.65, 22.76, 24.31, 25.88, 27.13 ve 27.07 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu, 58≥ yaş grubunda olan hastaların ise cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 25.60, 27.41, 29.45, 20.25, 19.76, 17.86, 22.82 ve 21.05 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmekte olup, her iki yaş grubundaki hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde de 0.05 anlamlılık düzeyine göre her iki yaş grubundaki hastaların

cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının tümü arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 13: Erkek ve Kadın Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırması

Cinsiyet	GENEL SAĞLIK STATÜSÜ	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		p
	BOYUTLARI	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
Erkek	Fiziksel Fonksiyonellik	54.34	26.96	78.76	18.07	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	21.01	36.78	50.00	39.58	0.000
	Ağrı	42.49	35.23	74.33	23.68	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	50.24	21.30	72.55	19.83	0.000
	Enerji/Canlılık	44.27	28.91	66.01	21.32	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	58.51	35.19	77.71	24.52	0.000
	Duygusal Rol Sınırlamaları	32.85	41.02	56.37	41.23	0.001
	Ruh Sağlığı	45.91	24.07	69.10	18.76	0.000
Kadın	Fiziksel Fonksiyonellik	53.75	23.91	78.12	15.79	0.002
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	12.50	34.15	65.62	39.66	0.002
	Ağrı	38.75	25.67	69.18	26.19	0.001
	Genel Sağlık Algılamaları	53.56	22.14	71.46	22.58	0.030
	Enerji/Canlılık	42.18	28.86	65.62	16.31	0.010
	Sosyal Fonksiyonellik	53.90	38.65	87.50	19.36	0.003
	Duygusal Rol Sınırlamaları	31.25	41.22	62.50	43.67	0.023
	Ruh Sağlığı	42.00	23.09	70.00	15.79	0.000

Erkek ve kadın hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 13'e göre erkek hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 24.42, 28.99, 31.84, 22.31, 21.74, 19.20, 23.52 ve 23.19 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu, kadın hastaların ise cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 24.37, 53.12, 30.43, 17.90, 23.44, 33.60, 31.25 ve 28.00 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmekte olup, her iki cinsiyet grubundaki hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde de 0.05 anlamlılık

düzeyine göre her iki cinsiyet grubundaki hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının tümü arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 14: Eğitim Düzeyi İlkokul ve Altı Olan ve Eğitim Düzeyi Ortaokul ve Üstü Olan Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırması

<i>Eğitim Grubu</i>	<i>GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI</i>	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		p
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
<i>İlkokul ve altı</i>	Fiziksel Fonksiyonellik	49.63	25.18	76.81	19.06	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	10.90	26.24	50.92	39.44	0.000
	Ağrı	33.90	32.37	69.69	26.41	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	44.76	18.45	73.58	19.27	0.000
	Enerji/Canlılık	39.72	29.85	66.63	19.97	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	52.95	36.48	78.40	23.50	0.000
	Duygusal Rol Sınırlamaları	24.24	37.65	54.32	40.59	0.000
	Ruh Sağlığı	41.60	24.55	69.60	17.63	0.000
<i>Ortaokul ve üstü</i>	Fiziksel Fonksiyonellik	62.66	26.57	82.00	14.17	0.001
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	35.00	46.23	56.66	40.96	0.059
	Ağrı	56.23	31.20	80.10	17.62	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	62.06	22.10	70.36	21.87	0.066
	Enerji/Canlılık	51.50	25.30	64.66	21.41	0.011
	Sosyal Fonksiyonellik	66.25	33.01	81.66	24.72	0.021
	Duygusal Rol Sınırlamaları	47.77	42.60	63.33	43.19	0.119
	Ruh Sağlığı	51.73	21.21	68.66	19.37	0.000

Eğitim düzeyi okur-yazar olmayan, okur-yazar ve ilkokul olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve eğitim düzeyi ortaokul, lise ve yüksekokul olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 14'e göre eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 27.18, 40.02, 35.79, 28.82, 26.91, 25.45, 30.25 ve 28.00 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu, eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olan hastaların ise cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına

ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 19.34, 21.66, 23.87, 8.30, 13.16, 15.41, 15.56 ve 16.93 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmekte olup, her iki eğitim grubundaki hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde ise 0.05 anlamlılık düzeyine göre ilk eğitim grubundaki hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının tümü arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ikinci eğitim grubundaki hastaların ise cerrahi öncesi ve sonrası fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları ve duygusal rol sınırlamaları dışındaki boyutlarda görülen farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 15: Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Hastalık Süresi $6 \leq$ ay Olan ve $7 \geq$ ay Olan Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırması

<i>Hastalık Süresi</i>	<i>GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI</i>	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		p
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
<i>$6 \leq$ ay</i>	Fiziksel Fonksiyonellik	61.04	28.17	80.69	17.16	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	25.58	41.00	57.55	39.91	0.001
	Ağrı	50.00	33.74	76.69	24.26	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	55.25	20.64	76.10	19.99	0.000
	Enerji/Canlılık	50.58	28.54	67.44	19.49	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	63.08	37.79	82.84	23.78	0.001
	Duygusal Rol Sınırlamaları	41.08	43.54	59.68	42.13	0.035
	Ruh Sağlığı	52.27	22.15	72.18	15.66	0.000
<i>$7 \geq$ ay</i>	Fiziksel Fonksiyonellik	47.26	22.44	76.54	17.96	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	13.09	29.85	48.17	39.68	0.000
	Ağrı	33.38	31.54	69.95	23.73	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	46.38	21.41	68.39	19.99	0.000
	Enerji/Canlılık	37.02	27.63	64.40	21.39	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	52.08	32.88	76.19	23.71	0.000
	Duygusal Rol Sınırlamaları	23.80	36.28	55.28	41.23	0.000
	Ruh Sağlığı	37.90	23.47	66.28	20.14	0.000

Koroner arter hastalığı ile ilgili hastalık süresi $6 \leq$ ay olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve $7 \geq$ ay olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 15'e göre hastalık süresi $6 \leq$ ay olan hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal

fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 19.65, 31.97, 26.69, 21.85, 16.86, 19.76, 18.60 ve 19.91 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu, hastalık süresi $7 \geq$ ay olan hastaların ise cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlilik düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 29.28, 35.08, 36.57, 22.01, 27.38, 24.11, 31.48 ve 28.38 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmekte olup, her iki hastalık süresi grubundaki hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde de 0.05 anlamlılık düzeyine göre her iki hastalık süresine sahip hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının tümü arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 16: Kapalı Damar Sayısı $2 \leq$ Olan ve $3 \geq$ Olan Koroner Arter Hastalarının Cerrahi Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırması

<i>Kapalı Damar Sayısı</i>	<i>GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI</i>	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		p
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
$2 \leq$	Fiziksel Fonksiyonellik	55.90	29.32	80.75	16.77	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	21.96	38.91	54.68	37.26	0.002
	Ağrı	48.60	35.34	77.09	24.77	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	54.03	22.48	68.83	23.50	0.006
	Enerji/Canlilik	41.66	27.91	64.39	23.34	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	61.74	36.30	82.57	23.16	0.006
	Duygusal Rol Sınırlamaları	37.37	43.90	67.70	39.24	0.007
	Ruh Sağlığı	47.87	23.20	70.06	22.13	0.000
$3 \geq$	Fiziksel Fonksiyonellik	53.17	24.39	77.30	18.10	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	17.78	34.77	51.92	41.67	0.000
	Ağrı	37.46	31.94	71.00	23.59	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	48.86	20.60	74.54	17.80	0.000
	Enerji/Canlilik	45.28	29.44	66.92	18.44	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	55.04	35.37	77.64	24.29	0.000
	Duygusal Rol Sınırlamaları	29.48	38.85	51.28	41.98	0.004
	Ruh Sağlığı	43.46	24.24	68.76	15.32	0.000

Kapalı damar sayıları $2 \leq$ olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve $3 \geq$ olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık

statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 16'ya göre kapalı damar sayısı $2 \leq$ olan hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 24.85, 32.72, 28.49, 14.80, 22.73, 20.83, 30.33 ve 22.19 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu, kapalı damar sayısı $3 \geq$ olan hastaların ise cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 24.13, 34.14, 33.54, 25.68, 21.64, 22.60, 21.80 ve 25.30 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmekte olup, her iki kapalı damar sayısı grubundaki hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde de 0.05 anlamlılık düzeyine göre kapalı damar sayısı $2 \leq$ olan hastalar ile $3 \geq$ olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının tümü arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 17: Cerrahi Öncesi Kalp Krizi Geçirmiş ve Geçirmemiş Olan Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırması

<i>Cerrahi Öncesi Kalp Krizi</i>	<i>GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI</i>	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		p
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
<i>Geçirmiş</i>	Fiziksel Fonksiyonellik	51.33	25.41	78.83	19.32	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	13.39	30.51	50.90	40.81	0.000
	Ağrı	37.03	32.83	70.37	24.58	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	47.66	21.51	70.60	20.68	0.000
	Enerji/Canlılık	39.19	28.20	64.91	21.50	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	55.13	37.97	77.23	25.79	0.000
	Duygusal Rol Sınırlamaları	27.97	38.02	58.18	41.68	0.000
	Ruh Sağlığı	44.35	24.11	67.50	19.08	0.000
<i>Geçirmemiş</i>	Fiziksel Fonksiyonellik	59.82	27.46	78.27	13.90	0.001
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	31.03	43.63	56.89	38.32	0.031
	Ağrı	50.96	33.53	79.13	22.41	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	57.06	20.01	75.62	19.31	0.004
	Enerji/Canlılık	52.93	28.07	67.93	18.25	0.015
	Sosyal Fonksiyonellik	62.50	30.80	84.05	19.16	0.001
	Duygusal Rol Sınırlamaları	41.37	45.12	56.32	41.88	0.172
	Ruh Sağlığı	46.75	23.54	72.68	15.96	0.000

Cerrahi öncesi kalp krizi geçirmiş olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve kalp krizi geçirmemiş olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 17'ye göre kalp krizi geçirmiş olan hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlilik düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 27.50, 37.51, 33.34, 22.94, 25.72, 22.10, 30.21 ve 23.15 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu, kalp krizi geçirmemiş olan hastaların ise cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlilik düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 18.45, 25.86, 28.17, 18.56, 15.00, 21.55, 14.95 ve 25.93 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmekte olup, daha önce hem kalp krizi geçirmiş hem de geçirmemiş olan hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde ise 0.05 anlamlılık düzeyine göre cerrahi öncesi kalp krizi geçirmiş olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının tümü arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, kalp krizi geçirmemiş olan hastaların ise cerrahi öncesi ve sonrası duygusal rol sınırlamaları dışındaki boyutlarda görülen farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 18: Cerrahi Sonrası Hekime Bir Kez, İki Kez ve 3≥ Kez Başvuran Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırması

Cerrahi Sonrası Hekime Başvuru Sayısı	GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		p
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
1	Fiziksel Fonksiyonellik	52.61	28.10	78.40	17.38	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	23.86	38.48	51.70	38.65	0.001
	Ağrı	40.54	33.39	74.45	24.46	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	49.20	24.30	70.80	21.80	0.000
	Enerji/Canlılık	43.18	29.43	66.93	22.49	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	61.36	35.33	79.54	24.72	0.001
	Duygusal Rol Sınırlamaları	28.03	38.00	56.81	41.03	0.000
	Ruh Sağlığı	43.90	23.26	70.63	19.19	0.000
2	Fiziksel Fonksiyonellik	55.86	26.09	80.65	16.74	0.003
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	10.22	29.53	59.09	42.64	0.001
	Ağrı	44.95	34.94	71.39	24.46	0.005
	Genel Sağlık Algılamaları	49.40	19.11	71.25	19.35	0.004
	Enerji/Canlılık	40.86	26.48	63.47	18.42	0.003
	Sosyal Fonksiyonellik	50.54	37.01	78.26	22.99	0.009
	Duygusal Rol Sınırlamaları	31.81	43.00	62.12	44.00	0.038
	Ruh Sağlığı	47.82	23.52	66.08	15.10	0.002
3≥	Fiziksel Fonksiyonellik	56.11	22.78	76.66	19.77	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	20.83	38.58	48.61	40.64	0.019
	Ağrı	40.77	33.75	73.22	23.94	0.001
	Genel Sağlık Algılamaları	59.11	17.08	77.00	17.77	0.001
	Enerji/Canlılık	49.44	30.62	66.66	17.98	0.030
	Sosyal Fonksiyonellik	57.63	35.39	81.25	23.96	0.002
	Duygusal Rol Sınırlamaları	44.44	45.73	53.70	41.44	0.482
	Ruh Sağlığı	44.88	26.48	70.00	19.56	0.002

Cerrahi sonrası hekime bir kez başvuran hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında, 2 kez başvuran hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve 3≥ kez başvuran hastaların genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 18'e göre cerrahi sonrası hekime 1 kez başvuran hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 25.79, 27.84, 33.91, 21.60, 23.75, 18.18, 28.78 ve 26.73 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu, 2 kez başvuran hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık

düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 24.79, 48.87, 26.44, 21.85, 22.61, 27.72, 30.31 ve 18.26 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu ve $3 \geq$ kez başvuran hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 20.55, 27.78, 32.45, 17.89, 17.22, 23.62, 9.26 ve 25.12 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmekte olup, her üç gruptaki hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde ise 0.05 anlamlılık düzeyine göre 1 ve 2 kez hekime başvuran hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının tümü arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, $3 \geq$ kez başvuran hastaların ise cerrahi öncesi ve sonrası duygusal rol sınırlamaları dışındaki boyutlarda görülen farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 19: Daha Önce Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Ameliyat Geçirmiş ve Geçirmemiş Olan Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırması

<i>Daha Önce Ameliyat</i>	<i>GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI</i>	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		p
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
<i>Geçirmiş</i>	Fiziksel Fonksiyonellik	70.00	20.24	86.66	14.02	0.083
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	8.33	20.41	66.66	37.63	0.017
	Ağrı	45.50	27.97	90.66	16.33	0.015
	Genel Sağlık Algılamaları	62.66	17.71	86.00	11.18	0.003
	Canlılık	54.16	22.23	66.66	20.41	0.279
	Sosyal Fonksiyonellik	60.41	44.31	93.75	15.30	0.072
	Duygusal Rol Sınırlamaları	38.88	38.96	55.55	45.54	0.415
	Ruh Sağlığı	48.66	14.62	72.00	17.15	0.028
<i>Geçirmemiş</i>	Fiziksel Fonksiyonellik	53.03	26.40	78.03	17.74	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	20.25	37.14	51.92	40.04	0.000
	Ağrı	41.50	34.06	72.05	24.15	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	49.97	21.45	71.20	20.45	0.000
	Enerji/Canlılık	43.10	29.14	65.88	20.51	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	57.43	35.27	78.48	24.09	0.000
	Duygusal Rol Sınırlamaları	32.06	41.15	57.69	41.49	0.000
	Ruh Sağlığı	44.91	24.40	69.06	18.31	0.000

Daha önce koroner arter hastalığı ile ilgili ameliyat geçirmiş hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve ameliyat geçirmemiş olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 19'a göre daha önce ameliyat geçirmiş olan hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 16.66, 58.33, 45.16, 23.34, 12.50, 33.34, 16.67 ve 23.34 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu, daha önce ameliyat geçirmemiş olan hastaların ise cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 25.00, 31.67, 30.55, 21.23, 22.78, 21.05, 25.63 ve 24.15 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmekte olup, hem daha önce ameliyat geçirmiş hem de geçirmemiş olan hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde ise 0.05 anlamlılık düzeyine göre daha önce ameliyat geçirmiş olan hastaların fiziksel fonksiyonellik, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları dışındaki boyutlarda görülen farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, daha önce ameliyat geçirmemiş olan hastaların ise cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının tümü arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 20: Başka Hastalığı Olan ve Olmayan Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırması

<i>Başka Hastalığı</i>	<i>GENEL SAĞLIK STATÜSÜ BOYUTLARI</i>	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		p
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	
<i>Olan</i>	Fiziksel Fonksiyonellik	48.55	24.96	76.22	18.53	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	13.88	33.09	54.44	40.34	0.000
	Ağrı	36.82	31.97	70.33	26.89	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	46.53	22.57	72.06	22.69	0.000
	Enerji/Canlılık	38.88	28.18	64.66	20.09	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	55.27	37.07	78.61	24.66	0.000
	Duygusal Rol Sınırlamaları	25.92	38.85	55.55	44.94	0.001
	Ruh Sağlığı	40.88	24.08	68.71	17.60	0.000
<i>Olmayan</i>	Fiziksel Fonksiyonellik	60.62	26.55	81.37	16.25	0.000
	Fiziksel Rol Sınırlamaları	25.62	39.01	51.28	39.71	0.005
	Ağrı	47.37	34.77	76.77	20.29	0.000
	Genel Sağlık Algılamaları	55.75	19.04	72.63	17.58	0.000
	Enerji/Canlılık	49.50	28.68	67.37	20.87	0.000
	Sosyal Fonksiyonellik	60.31	34.30	80.62	23.16	0.001
	Duygusal Rol Sınırlamaları	40.00	42.16	59.82	37.60	0.026
	Ruh Sağlığı	50.00	22.82	69.90	18.95	0.000

Başka hastalığı olan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında ve başka hastalığı olmayan hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Tablo 20'ye göre başka hastalığı olan hastaların cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 27.67, 40.56, 33.51, 25.53, 25.78, 23.34, 29.63 ve 27.83 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu, başka hastalığı olmayan hastaların ise cerrahi öncesi ile cerrahi sonrası fiziksel fonksiyonelliklerine, fiziksel rol sınırlamalarına, ağrılarına, genel sağlık algılamalarına, enerji/canlılık düzeylerine, sosyal fonksiyonelliklerine, duygusal rol sınırlamalarına ve ruh sağlıklarına ilişkin skorların ortalamasında sırasıyla 20.75, 25.66, 29.40, 16.88, 17.87, 20.31, 19.82 ve 19.90 puanlık pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmekte olup, her iki gruptaki hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde de 0.05 anlamlılık düzeyinde her iki gruptaki hastaların cerrahi öncesi ve sonrası sağlık statüsü boyutlarının tümü arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner arter hastalarının genel sağlık statüsünün hastaların klinik ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediği ve cerrahisi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı konusunda yapılan araştırmanın örneklemi oluşturulan grupla ilgili sonuçlar aşağıda sunulmuştur

Hastaların genel sağlık statüsü boyutlarının klinik ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediğine, yani bu değişkenlerin bireylerin algılanan sağlık statülerine olan katkılarına bakıldığında, farklı yaş ve cinsiyet gruplarındaki hastaların genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı, yani cinsiyet ve yaşın genel sağlık statüsü üzerindeki etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür. Bunun üzerine farklı yaş ve cinsiyet grubundaki hastaların sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır hipotezleri red edilmiştir. Yine kapalı damar sayısındaki farklılıkların ve daha önce aynı hastalık ile ilgili ameliyat geçirmiş olup olmamanın da hastaların genel sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara neden olmadığı bulunmuştur. Bu sonuca göre kapalı damar sayısı farklı olan hastaların ve daha önce aynı hastalıktan dolayı ameliyat geçirmiş hastalar ile geçirmemiş olan hastaların sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır hipotezleri red edilmiştir. Ancak aynı işlemde bağımsız değişken olarak eğitim düzeyleri dikkate alındığında, hastaların genel sağlık statüsü boyutlarından bazılarında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyleri ilköğretim ve altı olan hastaların fiziksel fonksiyonelliklerinin, fiziksel rol sınırlamalarının, ağrılarının, genel sağlık algılamalarının ve duygusal rol sınırlamalarının eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olan hastalardan daha kötü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu nedenle farklı eğitim grubundaki hastaların sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır hipotezi fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları ve duygusal rol sınırlamaları boyutları için kabul, diğer boyutlar için ise red edilmiştir. Bu durum eğitim düzeyi yüksek olan hastaların kendi sağlıklarını eğitim düzeyi düşük olan hastalara göre daha olumlu değerlendirme eğiliminde olmaları ile açıklanabilir (Cockerham, et al., 1983; Hourani and Khlat, 1986: 1083). Hastalık süresindeki farklılıkların da hastaların genel sağlık statülerinin fiziksel fonksiyonellik, ağrı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı boyutlarında anlamlı farklılıklara neden olduğu görülmüştür.

Hastalık süresi 6 ay ve daha az olan hastaların fiziksel fonksiyonelliklerinin, ağrılarının, enerji/canlılık düzeylerinin, duygusal rol sınırlamalarının ve ruh sağlıklarının hastalık süresi 7 ay ve daha fazla olan hastalara göre daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bunun üzerine farklı hastalık süresi grubunda yer alan hastaların sağlık statüsü boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır hipotezi anlamlı farklılığın saptandığı fiziksel fonksiyonellik, ağrı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı boyutları için kabul, diğer boyutlar için ise red edilmiştir. Bu sonuca göre hastalık süresi arttıkça genel sağlık statüsünün kötüleştiği söylenebilir. Daha önce kalp krizi geçirmiş olup olmamanın ise hastaların enerji/canlılık düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara neden olduğu görülmüştür.. Daha önce kalp krizi geçirmiş olan hastaların enerji/canlılık düzeylerinin, kalp krizi geçirmemiş olan hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre hastaların sağlık statüsü boyutları arasında daha önce kalp krizi geçirmiş olup olmamaya göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır hipotezi sadece enerji/canlılık boyutu için kabul, diğer boyutlar için ise red edilmiştir. Başka hastalığa sahip olup olmamanın ise hastaların fiziksel fonksiyonelliklerinde ve genel sağlık algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara neden olduğu bulunmuştur. Başka hastalığı olan hastaların olmayan hastalara göre daha kötü fiziksel fonksiyonellik ve genel sağlık algılamalarına sahip olduğu görülmüştür. Bunun için hastaların sağlık statüsü boyutları arasında başka hastalığa sahip olup olmamaya göre fark vardır hipotezi fiziksel fonksiyonellik ve genel sağlık algılamaları boyutu için kabul, diğer boyutlar için ise red edilmiştir. Buna göre hastaların başka bir hastalığa sahip olmasının, genel sağlık statülerini negatif yönde etkilediği söylenebilir.

Hastaların genel sağlık statüsü boyutları ile ilgili skorlarının ortalamasına bakıldığında, ayrıca koroner arter hastalığının hastaların genel sağlık statüsü boyutlarından en çok hangisini etkilediği ve bu durumun hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre nasıl değiştiği şeklinde bir değerlendirme de yapılabilir. Buna göre; cinsiyet açısından erkek ve kadın hastaların, eğitim açısından ilkokul ve altı ile ortaokul ve üstü eğitim düzeylerindeki hastaların, hastalık süresi açısından hastalık süresi $6 \leq$ ay ile $7 \geq$ ay olan hastaların, kapalı damar sayısı açısından kapalı damar sayısı $2 \leq$ olan ile $3 \geq$ olan hastaların ve daha önce kalp krizi geçirmiş olup olmama açısından hem daha önce kalp krizi geçirmiş hem de geçirmemiş olan hastaların en çok fiziksel rol sınırlamaları, en az ise sosyal fonksiyonellik boyutları ile ilgili sorunlar yaşadığı söylenebilir. Koroner arter hastalığının

hastaların genel sağlık statüsü boyutlarından en çok hangisini etkilediği hastaların yaşı, hastaların aynı hastalık ile ilgili daha önce ameliyat geçirmiş olup olmaması ve hastaların başka hastalığa sahip olup olmaması açısından incelendiğinde ise, $58 \geq$ yaş grubundaki hastaların, daha önce ameliyat geçirmemiş olan hastaların ve başka hastalığa sahip olan hastaların yine en çok fiziksel rol sınırlamaları, en az sosyal fonksiyonellik boyutları ile ilgili sorunlar yaşadığı, ancak $57 \leq$ yaş grubunda olan hastaların, daha önce ameliyat geçirmiş olan hastaların ve başka hastalığı olmayan hastaların yine en çok fiziksel rol sınırlamaları, en az ise fiziksel fonksiyonellik boyutları ile ilgili sorunlar yaşadığı söylenebilir. Bu duruma göre genelde hastaların en çok fiziksel rol sınırlamaları ile ilgili sorunlar yaşadığı, yani hastalıklarına bağlı olarak işleri için ayırdıkları zaman (ev içi ve ev dışı) ile yaptıkları işlerin türlerinde azalmayla karşılaştıkları ve işlerini yaparken zorlandıkları, en az ise sosyal fonksiyonellik ile ilgili sorunlar yaşadığı, yani hastalıklarına rağmen arkadaş ve akraba ziyaretleri gibi sosyal ilişkilerini sürdürdükleri söylenebilir.

Hastaların cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutlarına bakıldığında, cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu, bu sekiz boyut için 20.81 ile 33.33 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu ve bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bunun üzerine hastaların cerrahi öncesi ve sonrası sağlık statüsü boyutları arasında fark vardır hipotezi kabul edilmiştir. Cerrahiden sonra bu sekiz boyuttan en çok hangisinin pozitif yönde bir değişim gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru genel sağlık algılamaları (20.81), sosyal fonksiyonellik (21.91), enerji/canlılık (22.06), ruh sağlığı (24.10), fiziksel fonksiyonellik (24.41), duygusal rol sınırlamaları (25.00), vücut ağrısı (31.58) ve fiziksel rol sınırlamaları (33.33) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmektedir. Bu duruma göre hastaların hastalıklarına bağlı olarak cerrahi öncesi en çok sorun yaşadığı fiziksel rol sınırlamaları boyutunun cerrahi sonunda en çok pozitif yönde değişim gösteren boyut olduğu görülmektedir.

Cerrahi öncesi ve sonrası genel sağlık statüsü boyutları arasında belirli bir demografik ve klinik özelliğe sahip hastalar için anlamlı farkın olup olmadığı konusu irdelendiğinde ise şu sonuçlara ulaşılmıştır. Cinsiyet açısından hem erkek hem de kadın hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur. Erkek hastaların genel sağlık

statülerinin sekiz boyutu için 19.20 ile 31.84 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Erkek hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru sosyal fonksiyonellik (19.20), enerji/canlılık (21.74), genel sağlık algılamaları (22.31), ruh sağlığı (23.19), duygusal rol sınırlamaları (23.52), fiziksel fonksiyonellik (24.42), fiziksel rol sınırlamaları (28.99) ve vücut ağrısı (31.84) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür. Kadın hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için ise 17.90 ile 53.12 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Kadın hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru genel sağlık algılamaları (17.90), enerji/canlılık (23.44), fiziksel fonksiyonellik (24.37), ruh sağlığı (28.00), vücut ağrısı (30.43), duygusal rol sınırlamaları (31.25), sosyal fonksiyonellik (33.60) ve fiziksel rol sınırlamaları (53.12) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür.

Yaş açısından hem $57 \leq$ yaşında olan hastaların hem de $58 \geq$ yaşında olan hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur. $57 \leq$ yaş grubundaki hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için 22.76 ile 39.54 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. $57 \leq$ yaş grubundaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru genel sağlık algılamaları (22.76), fiziksel fonksiyonellik (23.25), enerji/canlılık (24.31), sosyal fonksiyonellik (25.88), ruh sağlığı (27.07), duygusal rol sınırlamaları (27.13), vücut ağrısı (33.65) ve fiziksel rol sınırlamaları (39.54) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür. $58 \geq$ yaş grubunda olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için ise 17.86 ile 29.45 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. $58 \geq$ yaş grubundaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru sosyal fonksiyonellik (17.86), enerji/canlılık (19.76), genel sağlık algılamaları (20.45), ruh sağlığı (21.05), duygusal rol sınırlamaları (22.82), fiziksel fonksiyonellik (25.60), fiziksel rol sınırlamaları (27.41) ve vücut ağrısı (29.45) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür.

Eğitim açısından ilkokul ve altı eğitim düzeyindeki hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu, eğitim düzeyi ortaokul ve üstü grubundaki hastaların da cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi ancak fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algılamaları ve duygusal rol sınırlamaları dışındaki boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için 25.45 ile 40.02 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık boyutunun pozitif yönde değiştiği yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru sosyal fonksiyonellik (25.45), enerji/canlılık (26.91), fiziksel fonksiyonellik (27.18), ruh sağlığı (28.00), genel sağlık algılamaları (28.82), duygusal rol sınırlamaları (30.08), vücut ağrısı (35.79) ve fiziksel rol sınırlamaları (40.02) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür. Eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için ise 8.30 ile 23.87 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru genel sağlık algılamaları (8.30), enerji/canlılık (13.16), sosyal fonksiyonellik (15.41), duygusal rol sınırlamaları (15.56), ruh sağlığı (16.93), fiziksel fonksiyonellik (19.34), fiziksel rol sınırlamaları (21.66) ve vücut ağrısı (23.87) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür.

Hastalık süresi açısından hem koroner arter hastalığından 6 ay ve daha az zamandır şikayetçi olan hastaların, hem de 7 ay ve daha uzun zamandır bu hastalıktan şikayetçi olan hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur. Hastalık süresi $6 \leq$ ay olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için 16.86 ile 31.97 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru enerji/canlılık (16.86), duygusal rol sınırlamaları (18.60), fiziksel fonksiyonellik (19.65), sosyal fonksiyonellik (19.76), ruh sağlığı (19.91), genel sağlık algılamaları (20.85), vücut ağrısı (26.69) ve fiziksel rol sınırlamaları (31.97) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür. Hastalık süresi $7 \geq$ ay olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu

için ise 22.01 ile 36.57 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık boyutunun pozitif yönde değiştiği yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru genel sağlık algılamaları (22.01), sosyal fonksiyonellik (24.11), enerji/canlılık (27.38), ruh sağlığı (28.38), fiziksel fonksiyonellik (29.28), duygusal rol sınırlamaları (31.48), fiziksel rol sınırlamaları (35.08) ve vücut ağrısı (36.57) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür.

Kapalı damar sayısı açısından hem iki damarı ve altı, hem de üç damarı ve üstü kapalı olan hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur. Kapalı damar sayısı $2 \leq$ olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için 14.80 ile 32.72 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu görülmüştür. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru genel sağlık algılamaları (14.80), sosyal fonksiyonellik (20.83), ruh sağlığı (22.19), enerji/canlılık (22.73), fiziksel fonksiyonellik (24.85), vücut ağrısı (28.49), duygusal rol sınırlamaları (30.33) ve fiziksel rol sınırlamaları (32.72) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür. Kapalı damar sayısı $3 \geq$ olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için ise 21.64 ile 34.14 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru enerji/canlılık (21.64), duygusal rol sınırlamaları (21.80), sosyal fonksiyonellik (22.60), fiziksel fonksiyonellik (24.13), ruh sağlığı (25.30), genel sağlık algılamaları (25.68) vücut ağrısı (33.54) ve fiziksel rol sınırlamaları (34.14) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür.

Daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat geçirmiş olup olmama açısından ameliyat geçirmiş olanların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu, ancak fiziksel fonksiyonellik, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı, ameliyat geçirmemiş olan hastaların ise cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının tümünün cerrahi öncesine göre daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Daha önce ameliyat geçirmiş olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için 12.50 ile 58.33 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru enerji/canlilik (12.50), fiziksel fonksiyonellik (16.66), duygusal rol sınırlamaları (16.67), genel sağlık algılamaları (23.34) ile ruh sağlığı (23.34), sosyal fonksiyonellik (33.34), vücut ağrısı (45.16) ve fiziksel rol sınırlamaları (58.33) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür. Daha önce ameliyat geçirmemiş olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için ise 21.23 ile 31.67 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru genel sağlık algılamaları (21.23), sosyal fonksiyonellik (21.05), enerji/canlilik (22.78), ruh sağlığı (24.15), fiziksel fonksiyonellik (25.00), duygusal rol sınırlamaları (25.63), vücut ağrısı (30.55) ve fiziksel rol sınırlamaları (31.67) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür.

Koroner arter hastalığı dışında başka hastalığın olup olmaması açısından, hem başka hastalığı olan, hem de olmayan hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur. Başka hastalığı olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için 23.34 ile 40.56 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru sosyal fonksiyonellik (23.34), genel sağlık algılamaları (25.53), enerji/canlilik (25.78), fiziksel fonksiyonellik (27.67), ruh sağlığı (27.83), duygusal rol sınırlamaları (29.63), vücut ağrısı (33.51) ve fiziksel rol sınırlamaları (40.56) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür. Başka hastalığı olmayan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için ise 16.88 ile 29.40 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru genel sağlık algılamaları (16.88), enerji/canlilik (17.87), duygusal rol sınırlamaları (19.82), ruh sağlığı (19.90), sosyal fonksiyonellik (20.31),

fiziksel fonksiyonellik (20.75), fiziksel rol sınırlamaları (25.66) ve vücut ağrısı (29.40) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür.

Cerrahi öncesi kalp krizi geçirmiş olup olmama açısından, kalp krizi geçirmiş hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu, kalp krizi geçirmemiş olan hastaların ise cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi olduğu, ancak duygusal rol sınırlamaları dışındaki boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur. Kalp krizi geçirmiş olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için 22.10 ile 37.51 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru sosyal fonksiyonellik (22.10), genel sağlık algılamaları (22.94), ruh sağlığı (23.15), enerji/canlılık (24.72), fiziksel fonksiyonellik (27.50), duygusal rol sınırlamaları (30.21), vücut ağrısı (33.34) ve fiziksel rol sınırlamaları (37.51) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür. Kalp krizi geçirmemiş olan hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için ise 14.95 ile 28.17 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru duygusal rol sınırlamaları (14.95), enerji/canlılık (15.00), fiziksel fonksiyonellik (18.45), genel sağlık algılamaları (18.56), sosyal fonksiyonellik (21.55), fiziksel rol sınırlamaları (25.86), ruh sağlığı (25.93) ve vücut ağrısı (28.17) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür.

Cerrahi sonrası hekime başvuru açısından, 1 kez ve 2 kez başvuran hastaların cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu, 3 ve daha fazla başvuran hastaların ise cerrahi sonrası genel sağlık statüsü boyutlarının cerrahi öncesine göre daha iyi, ancak duygusal rol sınırlamaları dışındaki boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür. Hekime bir defa başvuran hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için 18.18 ile 33.91 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru

sosyal fonksiyonellik (18.18), genel sağlık algılamaları (21.60), enerji/canlılık (23.75), fiziksel fonksiyonellik (25.79), ruh sağlığı (26.73), fiziksel rol sınırlamaları (27.84), duygusal rol sınırlamaları (28.78) ve vücut ağrısı (33.91) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür. Hekime iki defa başvuran hastaların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için ise 18.26 ile 48.87 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru ruh sağlığı (18.26), genel sağlık algılamaları (21.85), enerji/canlılık (22.61), fiziksel fonksiyonellik (24.79), vücut ağrısı (26.44), sosyal fonksiyonellik (27.72), duygusal rol sınırlamaları (30.31) ve fiziksel rol sınırlamaları (48.87) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür. Hekime üç veya daha fazla başvuranların genel sağlık statülerinin sekiz boyutu için ise 9.26 ile 32.45 puan arasında pozitif yönde bir değişimin olduğu saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların cerrahiden sonra en çok hangi sağlık statüsü boyutunun pozitif yönde değiştiği, yani iyileşme gösterdiği incelendiğinde ise en az olandan en çok olana doğru duygusal rol sınırlamaları (9.26), enerji/canlılık (17.22), genel sağlık algılamaları (17.89), fiziksel fonksiyonellik (20.55), sosyal fonksiyonellik (23.62), ruh sağlığı (25.12), fiziksel rol sınırlamaları (27.78) ve vücut ağrısı (32.45) şeklinde bir sıralamanın gerçekleştiği görülmüştür.

Bu çalışmanın sonuçları başta hekimlerin, hem koroner arter hastalığının hem de bypass cerrahisinin, hastaların genel sağlık statüleri üzerindeki etkilerini geleneksel laboratuvar ölçütlerinin ötesinde değerlendirebilmeleri için önemli olabilir. Bu sonuçlar hekimlere, koroner arter hastalarının hastalıklarına bağlı olarak karşılaştıkları sağlık problemlerini ve cerrahinin bu problemlerin giderilmesindeki katkılarını gösterebilir. Ayrıca hastaların cerrahi sonrası skorlarına bakılarak, hastaların ilgili boyutlara ilişkin ilave hizmet ihtiyaçları belirlenip (rehabilitasyon gibi) buna göre destekleyici tedavi planları geliştirilebilir. Araştırmanın sonuçlarının hemşire bakımı açısından önemli olabileceği de söylenebilir. Hemşireler bu bilgilerden yararlanarak, hastaları taburcu sonrası yaşama hazırlamaya yardımcı olabilirler ve hastalarına gelecekteki hayatları ile ilgili daha realistlik hedefler sunabilirler.

Bu yönde yapılacak daha geniş ölçekli bir çalışma ile koroner arter hastalarının sağlık statüsü boyutlarına ilişkin ortalamalar belirlenerek, hastaların bu hastalığın dışında

ilave problemlerinin olup olmadığı saptanabilir. Yine yapılacak geniş ölçekli bir çalışma ile koroner arter hastaları ile başka bir hastalığa sahip olan (örneğin böbrek yetmezliği gibi) hastaların sağlık statüsü skorlarının karşılaştırılmasıyla koroner arter hastalığının ilgili hastalık karşısındaki nisbi avantaj ve dezavantajları gösterilebilir. Ayrıca SF-36'nın geniş ölçekli toplumsal bir çalışmada kullanılmasıyla elde edilecek toplumsal normatif verilerle, belirli bir hastalık koşuluna sahip bireylerin SF-36 skorlarının karşılaştırılmasıyla ilgili hastalığın bireylerin sağlık statüleri üzerindeki yükleri (disease burden) belirlenebilir.

Bu çalışmada bypass cerrahisinin genel sağlık statüsü boyutları üzerindeki etkileri cerrahiden 3.5-4 ay sonrası değerlendirilmiştir. Bu sürenin daha geniş tutulabileceği, örneğin 3 ay, 6 ay, 12 ay gibi periyodik aralıklarla ölçümlerin yapılabileceği çalışmalar yapılabilir. Böylece tedavinin zaman içerisindeki etkileri karşılaştırılabilir. Ayrıca bu sonuçlar, bypass cerrahisi ile başka bir hastalığın tedavisinden elde edilebilecek yararların karşılaştırılması yanında, bypass cerrahisine alternatif olabilecek tedavi ya da tedavilerin yararlarının karşılaştırılmasında da kullanılabilir. Bu yönde yapılacak çalışmalarla her hangi bir tedavi yönteminin önyargılı bir şekilde alternatifine karşı seçilmesi önlenerek kıt olan kaynakların daha etkili ve verimli kullanımı sağlanabilir. Ayrıca aynı hastalığa sahip olup farklı bakım kaynaklarından (örneğin farklı iki hastane) aynı tedaviyi alan hastaların sağlık statülerinin karşılaştırılmasıyla bakım kaynaklarının etkililikleri değerlendirilebilir. Yine bir bakım kalitesi ölçütü olan hasta tatmini ile sağlık statüsü skorları arasındaki ilişkiler konusunda çalışmalar yapılarak bireylerin tatmin düzeyleri ile sağlık statüsü skorlarının gelişimi arasında bir ilişki olup olmadığı belirlenebilir. Ayrıca sağlık statüsü ile hizmet kullanımları arasındaki ilişkilerle ilgili çalışmalar yapılabilir. Bir kişinin kendi sağlık statüsü ile ilgili algılamaları, sağlık hizmeti arama davranışını ve hizmet kullanımını etkileyeceği için bu yöndeki bilgiler sağlık hizmetlerinin planlanması için önemli bir veri kaynağı olabilir. Örneğin SF-36'nın toplumun sağlık statüsünün saptanması ve izlenmesinde rutin olarak kullanımıyla yüksek risk grupları belirlenebilir ve sağlık düzeyleri ile hizmet kullanım düzeyleri de analiz edilerek buna yönelik kaynak tahsisi kararları verilebilir. Bu bulgular ele alındığında bireylerin sağlıkları ile ilgili değerlendirmelerin esas alındığı sağlık statüsü ölçümlerinin özellikle gelişmekte olan ülkelerde toplumların sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde yararlı araçlar olabileceği söylenebilir (Robin and McAvay, 1992).

KAYNAKLAR

- Aggleton , Peter (1990) *Health*. London, J & L Composition Ltd.
- Bailey, William C. et al. (1994) "Measures for Use in Asthma Clinical Research" *Ameracan Journal of Respiratory Critical Care Medicine*. 49. ss.1-8.
- Barnes, G.K. et al. (1977) "Changes in Working Status of Patients Following Coronary Artery By-pass Surgery" *Journal of American Medical Association*. 12. ss.125-129.
- Bayley, Bruce K. et al. (1995) "Measuring the Success of Treatment in Patient Terms" *Medical Care*. 32(4). ss.226-235.
- Benson, Dale S. (1992) *Measuring Outcomes in Ambulatory Care*. American Hospital Publishing.
- Bergner, Marilyn (1985) "Measurement of Health Status" *Medical Care*. 23(5). ss.696-704.
- Bowling, Ann (1991) *Measuring Health: A review of Quality of Life Measurement Scales*. Philadelphia. Open University Press.
- Brazier, J.E. et al. (1992) "Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care" *British Medical Journal*. 305, 18 July. ss.160-164.
- Brook, Robert H. and McGlynn, Elizabeth A. (1991) "Maintaining Quality of Care" (In: Ginzberg, Eli (1991) *Health Services Research Key to Health Policy*. London. Harvard University Press).
- Brown, Jonathan B. and Adams, Miriam E. (1992) "Patients as Reliable Reporters of Medical Care Process" *Medical Care*. 30(5). ss.400-411.
- Calkins, D.R. et al. (1991) "Failure of Physicians to Recognize Functional Disability in Ambulatory Patients" *Annals of Internal Medicine*. 114. ss.451
- Capelli, John P. (1994) "Implementation Organizational Systems to Measure Outcome-Related Processes of End-Stage Renal Disease Care" *American Journal of Kidney Diseases*. 24(2). ss.346-354.
- Clancy, C.A. et al. (1984) "The Effect of Patients' Perceptions on Return to Work After Coronary Artery Bypass Surgery" *Heart & Lung*. 13. ss.173.
- Cockerham, William C. et al. (1983) "Aging and Perceived Health Status" *Journal of Gerontology*. 38(3). ss.349-355.
- Denollet, Johan (1994) "Health Complaints and Outcome Assessment in Coronary Heart Disease" *Psychosomatic Medicine*. 56. ss.463-474.

- Elinson, Jack et al. (1977) *Health Goals And Health Indicators: policy, planning, and evaluation*. AAAS Selected Symposium 2. Westview Press.
- Feinstein, Alvan R. (1992) "Benefits and Obstacles for Development of Health Status Assessment Measures in Clinical Settings" *Medical Care*. 30 (5). ss.50-56.
- Fletcher, Astrid et al. (1987) "Evaluation of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Disease" *Journal of Chronic Diseases*. 40(6). ss.57-66.
- Fowler, Floyd J. et al. (1994) "Methodological Issues in Measuring Patients-Reported Outcomes: the agenda of the work group on outcomes assessment" *Medical Care*. 32(7). ss.67-76.
- Garratt, Andrew M. et al. (1993) "The SF-36 Health Survey Questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS?" *British Medical Journal*. 306(29). ss.1440-1444.
- Gill, Thomas M. and Feinstein, Alvan R. (1994) "A Critical Appraisal of The Quality of Quality-of-Life Measurements" *Journal of American Medical Association*. 272(8). ss.619-626.
- Golden, William E. (1992) "Health Status Measurement: implementation strategies" *Medical Care*. 30(5). ss.187-195.
- Gouveia, William A. et al. (1991) "Paradigm for Management of Patient Outcomes" *American Journal of Hospital Pharmacy*. 48. ss.1912-1916.
- Greenfield, Sheldon and Nelson, Eugene C. (1992) "Recent Developments and Future Issues in the Use of Health Status Assessment Measures in Clinical Settings" *Medical Care*. 30(5). ss.23-41.
- Guadagnoli, Edward et al. (1992) "Comparison of Patient-Reported Outcomes After Elective Coronary Artery Bypass Grafting in Patients Aged $65 \leq$ and $65 \geq$ Years" *American Journal of Cardiology*. 70, 1 July. ss.60-64.
- Guyatt, H. et al. (1993) "Measuring Health-Related Quality of Life" *Annals of Internal Medicine*. 118. ss.622-629.
- Hammermeister, K.E. et al. (1978) "The Effect of Surgical Versus Medical Therapy of Coronary Disease on Return to Work" *American Journal of Cardiology*. 41. ss.409.
- Häyry, Matti (1991) "Measuring the Quality of Life: why, how and what?" *Theoretical Medicine*. 12. ss.97-116.

- Hill, Sara et al. (1995) "Is The Short Form 36 (SF-36) Suitable for Routine Health Outcomes Assessment in Health Care for Older People? Evidence from Preliminary Work in Community Based Health Services in England" *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56. ss.94-98.
- Hourani, Lourel L. and Khat, Myriam (1986) "Determinants of Perceived Mental Status and Help-Seeking Behavior: preliminary testing of a conceptual model" *Social Science Medicine*. 22(10). ss.1081-1086.
- Hunt, Sonja M. et al. (1981) "The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultation" *Social Science Medicine*. 15. ss.221-229.
- Hunt, Sonja M. et al. (1984) "Perceived Health: age and sex comparisons in a community" *Journal of Epidemiology and Community Health*. 38. ss.156-160.
- Hunt, Sonja M. et al. (1984) "Subjective Health Assessment and The Perceived Outcome of Minor Surgery" *Journal of Psychosomatic Research*. 28(2). ss.105-114.
- Idler, Ellen L. and Kasl, Stanislov (1991) "Do Global Evaluations of Health Status Really Predict Mortality?" *Journal of Gerontology*. 46(2). ss.55-65.
- Jacobson, Alan M. et al. (1994) "The Evaluation of Two Measures of Quality of Life in Patients with TypeI and TypeII Diabetes" *Diabetes Care*. 17(4). ss.267-274.
- Jenkins, David C. (1992) "Assessment of Outcomes of Health Interventions" *Social Science Medicine*. 35(4). ss.367-375.
- Jenkinson, Cripsin et al. (1993) "Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: normative data for adults of working age" *British Medical Journal*. 306, 29 May. ss.1437-1440.
- Jette, Diane U. and Downing, Jill (1994) "Health Status of Individuals Entering a Cardiac Rehabilitation Program as Measured by the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Survey (SF-36)" Research Report. *Physical Therapy*. 74(6). ss.521-527.
- Johnson, et al. (1995) "Comparison of The Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey in Black Patients and White Patients with Acute Chest Pain" *Medical Care*. 33(2). ss.145-160.
- Johnson, Jeffrey A. et al. (1996) "Health-Related Quality of Life of Diabetic Pima Indians" *Medical Care*. 34(2). ss.97-102.
- Johnson, Robert J. and Wolinsky, Fredric D. (1993) "The Structure of Health Status Among Older Adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health" *Journal of Health and Social Behavior*. 34, June. ss.105-121.
- Jaeschke, Roman et al. (1989) "Measurement of Health Status: ascertaining the minimal clinically important difference" *Controlled Clinical Trials*. 10. ss.407-415.

- Kazis, Lewis E. (1990) "Quality of Life Assessment in Clinical Practice" Editorial. *Hospital Practice*. 30 March.
- Keith, Robert A. (1994) "Functional Status and Health Status" *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 75, April. ss.478-483.
- Kind, Paul and Gudex, Claire M. (1994) "Measuring Health Status in The Community: a comparison of methods" *Journal of Epidemiology and Community Health*. 48. ss.86-91.
- Krousel-Wood, M.A. and Richard, N.R. (1994) "Health Status Assessment in a Hypertension Section of an Internal Medicine Clinic" *American Journal of Medical Science*. 308(4). ss.211-217.
- Kurtin, Paul S. et al. (1992) "Patient-Based Health Status Measures in Outpatient Dialysis: early experiences in developing an outcome assessment program" *Medical Care*. 30(5). ss.136-149.
- Kurtin, Paul S. et al. (1994) "Patient-Based Health Status Measurement in Pediatric Dialysis: expanding the assessment of outcome" *American Journal of Kidney Diseases*. 22(2). ss.376-382.
- Kutner, Nancy G. (1994) "Assessing End-Stage Renal Disease Patients' Functioning and Well-being: measurement approaches and implications for clinical practice" *American Journal of Kidney Diseases*. 24(2). ss.321-333.
- Lansky, David et al. (1992) "Using Health Status Measures in the Hospital Settings: from acute care to outcomes management" *Medical Care*. 30(5). ss.57-73.
- Larson, James S. (1991) *The Measurement of Health: concepts and indicators*. New York. Greenwood Press.
- Lohr, Kathleen N. (1992) "Application of Health Status Assessment Measures in Clinical Practice" *Medical Care*. 30(5). ss.1-14.
- Long, A.F. and Scott, D.L. (1994) "Measuring Health Status and Outcomes in Rheumatoid Arthritis within Routine Clinical Practice" *British Journal of Rheumatology*. 33. ss.682-685.
- Lyons, Ronan A. et al. (1994) "Evidence for the Validity of the Short-Form 36 Questionnaire (SF-36) in an Elderly Population" *Age and Aging*. 23. ss.182-184.
- Maklan, Claire W. et al. (1994) "Methodological Challenges and Innovations in Patient Outcome Research" *Medical Care*. 32(7). ss.13-21.

- Mangione, Carol M. et al. (1994) "Improved Visual Function and Attenuation of Declines in Health-Related Quality of Life After Cataract Extraction" *Arch. Ophthalmol.* 112. ss.1419-1425.
- Mauldin, Patrick D. et al. (1994) "Predicting Hospital Costs for First-Time Coronary Artery Bypass Grafting From Preoperative and Postoperative Variables" *American Journal of Cardiology.* 75, 15 October. ss.772-775.
- McDowell, Ian and Newel, Claire (1987) *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York. Oxford University Press.
- McHorney, Colleen A. et al. (1994) "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): iii. tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups" *Medical Care.* 32(1). ss.40-66.
- Medical Outcomes Trust (1994) *Scoring Exercise for The SF-36 Health Survey*.
- Meeberg, Glenda A. (1993) "Quality of Life: a concept analysis" *Journal of Advanced Nursing.* 18. ss.32-38.
- Meyer, Klemens B. et al. (1994) "Monitoring Dialysis Patient's Health Status" *American Journal of Kidney Diseases.* 24(2). ss.267-279.
- Miralda, Permanyer G. et al. (1991) "Comparison of Perceived Health Status and Conventional Functional Evaluation in Stable Patients with Coronary Artery Disease" *Journal of Chronic Disease.* 44(8). ss.779-786.
- Montaque, Norton T. et al. (1985) "Morbidity and Mortality of Coronary Artery Bypass Grafting in Patients 70 Years of Age and Older" *Annals of Thoracic Surgery.* 39(6). ss.552-557.
- Naunheim, Keith S. et al. (1988) "The Changing Profile of The Patient Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery" *American College of Cardiology.* 11. ss.494-498.
- Papadantonaki, Aspasia et al. (1994) "Comparison of Quality of Life Before and After Coronary Artery Bypass Surgery and Percutaneous Transluminal Angioplasty" *Heart & Lung.* 23(1). ss.45-52.
- Patrick, Donald L. (1987) "Commentary: Patient Reports of Health Status as Predictors of Physiologic Health in Chronic Disease" *Journal of Chronic Disease.* 40. ss.37-40.
- Patrick, Donald L. and Bergner, Marilyn (1990) "Measurement of Health Status in The 1990s" *Annual Review of Public Health.* 11. ss.165-183.
- Patrick, Donald L. and Deyo, Richard A. (1989) "Generic and Disease-Specific Measures in Assessing Health Status and Quality of Life" *Medical Care.* 27(3). ss.217-232.

- Patrick, Donald L. and Erickson, Pennifer (1993) *Health Status and Health Policy: Allocating Resources to Health Care*. Oxford University Press.
- Pınar, Rukiye (1995) “*Diabetes Mellitus’lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*” Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Read, Leighton J. et al. (1987) “Measuring Overall Health: an evaluation of three important approaches” *Journal of Chronic Disease*. 40. ss.7-21.
- Rector, Thomas S. et al. (1993) “Health Status of Heart Transplant Recipients Versus Patients Awaiting Heart Transplantation: a preliminary evaluation of the SF-36 questionnaire” *Journal of Heart Lung Transplant*. 12. ss.983-986.
- Richards, James M. and Hemstreet, Mary P. (1994) “Measures of Life Quality, Role Performance, and Functional Status in Asthma Research” *American Journal of Respir. Crit. Care. Med*. 149. ss.31-39.
- Robin, Judith and McAvay, Gail (1992) “Determinants of Change in Perceived Health in a Longitudinal Study of Older Adults” *Journal of Gerontology*. 47(6). ss.373-384.
- Russell, R.O. et al. (1980) “Surgical Versus Medical Therapy for Treatment of Unstable Angina: changes in work status and family income” *American Journal of Cardiology*. 45. ss.134.
- Ruta, Danny A. et al. (1994) “A New Approach to the Measurement of Quality of Life” *Medical Care*. 32(11). ss.1109-1126
- Seedhouse, David (1986) *Health: the foundations for achievement*. Chichester, John Wiley & Sons.
- Smith, George Telling (1983) *Measuring the Social Benefits of Medicine*. London, OHE.
- Steinwachs, Donald M. (1989) “Application of Health Status Assessment Measures in Policy Research” *Medical Care*. 27(3). ss.12-26.
- Stewart, Anita L. et al. (1989) “Functional Status and Well-being of Patients with Chronic Conditions” *Journal of American Medical Association*. 262(7). ss.907-913.
- Stewart, et al. (1988) “The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and validating in a patient population” *Medical Care*. 26.(7). ss.724-731.
- Street, Richard L. et al. (1994) “Using Health Status Surveys in Medical Consultations” *Medical Care*. 32(7). ss.732-744.
- Tatar, Mehtap ve Tatar, Fahreddin (1996) “Sağlığın Ölçülmesi: Türk Sağlık Literatüründe Önemli Bir Eksiklik” *Toplum ve Hekim*. 11(73).

- Thier, Samuel O. (1992) "Forces Motivating the Use of Health Status Assessment Measures in Clinical Settings and Related Clinical Research" *Medical Care*, 30(5). ss.15-22.
- Turns, Danielle and Newby, Larry G. (1983) "The Measurement of Health Status" (In: Bell, Roger A. et al. (1983) *Assessing Health and Human Service Needs: Concepts, Methods and Applications*. Human Sciences Press. Inc.).
- Van Dalen, Harmanna et al. (1994) "Lay People's Evaluations of Health: are there variations between different subgroups?" *Journal of Epidemiology Community Health*. 48. ss.248-253.
- Wannamethee, Goya and Shaper, A.G. (1990) "Weight Change, Perceived Health Status and Mortality in Middle-Aged British Men" *Postgraduate Medical Journal*. 66. ss.910-913.
- Ware, John E. (1988) *How to Score the Revised MOS Short Form Health Scale (SF-36)*. Boston, MA: The Health Institute. New England Medical Center Hospitals.
- Ware, John E. and Sherbourne, Cathy D. (1992) "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): 1. conceptual framework and item selection" *Medical Care*. 30(6). ss.473-483.
- Ware, John E. (1987) "Standards for Validating Health Measures: definition and content" *Journal of Chronic Disease*. 40(6). ss.473-480.
- Ware, John E. (1991) "Conceptualizing and Measuring Generic Health Outcomes" *Cancer*. 67,1 February. ss.774-779.
- Ware, John E. (1995) "The Status of Health Assessment 1994" *Annual Review of Public Health*. 16. ss.327-54.
- Weinberger, Morris et al. (1994) "The Relationship Between Glycemic Control and Health-Related Quality of Life in Patients with Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus" *Medical Care*. 32(12). ss.1173-1181.
- WHO (1946) *Constitution*. Geneva. WHO.
- Williams, Stephen J. and Torrens, Paul R. (1984) *Introduction to Health Services*. John Wiley.
- Wilson, Alexis A. (1993) "The Cost and Quality of Patient Outcomes: a look at managed competition" *Nursing Administration Quarterly*. 17(4). ss.11-16.
- Wolinsky, Fredric D. and Johnson, Robert J. (1992) "Perceived Health Status and Mortality Among Older Men and Women" *Journal of Gerontology*. 47(6). ss.304-312

ÖZGEÇMİŞ

1969 doğumlu Bayram Şahin 1987 yılında Ankara Keçiören Sağlık Meslek Lise'sinden mezun olmuş, mezuniyetini izleyen 7 yıl süre ile çevre sağlığı teknisyeni olarak görev almıştır. 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu'ndan mezun olduktan sonra Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı olan Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programına devam etmiştir. Yazar mesleki yaşamını 1994 yılından bu yana Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu'nda araştırma görevlisi olarak sürdürmektedir.



EK 1.

**BY-PASS HASTALARININ SAĞLIK STATÜLERİNİ DEĞERLENDİRME
ANKET FORMU**

I.BÖLÜM : GENEL BİLGİLER

Hastanın Adı Soyadı:	Anketin Doldurulduğu Tarih:	Anket No:
Adres :		Tel:

- Yaşınız ?
- Cinsiyetiniz ? ☐ Erkek ☐ Kadın
- Eğitim durumunuz ?
 - ☐ Okur yazar değil
 - ☐ Okur yazar
 - ☐ İlkokul
 - ☐ Ortaokul
 - ☐ Lise
 - ☐ Yüksekokul
- Bu hastalıktan ne kadar süredir şikayetçisiniz?
- Kapalı olan damar sayınız?
- Daha önce aynı hastalıkla ilgili ameliyat oldunuz mu?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- Bu hastalığın dışında başka bir hastalığınız var mı? (şeker hastalığı, tansiyon, bronşit gibi)
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- Kalp krizi geçirdiniz mi?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- Hastaneden taburcu olduktan sonra kaç kez hekime başvurdunuz ?

II. BÖLÜM: SF-36 (SHORT FORM 36 HEALTH SURVEY)

AÇIKLAMA: Bu anket ile size sağlık durumunuz ve günlük aktiviteleriniz (işinizdeki, evinizdeki ve ev dışındaki) ile ilgili sorular sorulacaktır. Lütfen, her bir soru için size en uygun olan cevabın karşısındaki kutuya (X) işareti koyunuz. Eğer çeşitli nedenlerden dolayı anketi yalnız başınıza doldurmakta bir güçlükle karşılaşırsanız soruları size başka birinin okuması ve sizin de soruları cevaplamanız yolunu kullanabilirsiniz.

1. *Genel sağlık durumunuzu* nasıl tanımlarsınız ? (Lütfen sadece bir kutuyu işaretleyiniz).
 - 1 ☐ Mükemmel
 - 2 ☐ Çok iyi
 - 3 ☐ İyi
 - 4 ☐ Orta
 - 5 ☐ Kötü
2. *Bir yıl önceki ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlık durumunuzu* aşağıdakilerden hangisi ile ifade edersiniz ?
 - 1 ☐ Bir yıl öncekinden çok daha iyiyim
 - 2 ☐ Bir yıl öncekinden biraz daha iyiyim
 - 3 ☐ Hemen hemen aynı
 - 4 ☐ Bir yıl öncekinden biraz daha kötü
 - 5 ☐ Bir yıl öncekinden çok daha kötü

3a-j: Aşağıdaki sorular genellikle yaptığınız aktiviteler hakkındadır. Sağlık durumunuz bu aktiviteleri yapmanızı ne derece engellemektedir ?

	Evct çok Engelliyor 1	Evct biraz Engelliyor 2	Hayır hiç Engellemiyor 3
a. Koşma, ağır birşey kaldırma, ağır sporlarla uğraşma gibi ağır yorucu aktiviteler	☐	☐	☐
b. Masa, sandalye, sehpa gibi eşyaları yerinden hareket ettirmek ve elektrikli süpürge kullanmak gibi orta derecede yorucu aktiviteler	☐	☐	☐
c. Alışveriş çantası kaldırmak ve taşımak	☐	☐	☐
d. Birden çok merdiven basamağı çıkmak	☐	☐	☐
e. Tek merdiven basamağı çıkmak	☐	☐	☐
f. Diz çökmek, öne ve arkaya doğru eğilmek	☐	☐	☐
g. 1.5 km.'den fazla yol yürümek	☐	☐	☐
h. 500 m. yürümek	☐	☐	☐
i. 100 m. yürümek	☐	☐	☐
j. Kendi kendine banyo yapmak ve giyinmek	☐	☐	☐

4. a-d: *Son dört hafta içerisinde herhangi bir fiziksel problemden dolayı gerek işinizde gerekse günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı ?*

	Evet 1	Hayır 2
--	-----------	------------

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. İşiniz ve günlük aktiviteleriniz için ayırdığınız <i>zamanda bir azalma oldu mu?</i> | ☐ | ☐ |
| b. Yapmak istediklerinizden <i>daha azını mı gerçekleştirdiniz ?</i> | ☐ | ☐ |
| c. İş ortamınızda ve günlük yaşamınızda yaptığınız diğer aktivitelerin <i>türlerinde bir azalma oldu mu ?</i> | ☐ | ☐ |
| d. İşinizi ve diğer aktivitelerinizi yaparken bir <i>zorlanmayla karşılaştınız mı ?</i> (Örneğin, fazladan çaba gerektirdi mi ?) | ☐ | ☐ |

5. a-c: *Son dört hafta içerisinde herhangi bir duygusal problemden dolayı (stres, gerilim, endişe gibi) gerek işinizde gerekse günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan herhangi biri ile karşılaştınız mı?*

	Evet 1	Hayır 2
--	-----------	------------

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. İşiniz ve günlük aktiviteleriniz için ayırdığınız <i>zamanda bir azalma oldu mu ?</i> | ☐ | ☐ |
| b. Yapmak istediklerinizden <i>daha azını mı gerçekleştirdiniz ?</i> | ☐ | ☐ |
| c. İşinizi ve günlük aktivitelerinizi her zamanki kadar <i>dikkatli yapmadınız mı ?</i> | ☐ | ☐ |

6. *Son dört hafta içerisinde fiziksel ve duygusal problemleriniz ailenizle, arkadaşlarınızla ve komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne düzeyde etkiledi ?*

- ☐ Hiç etkilemedi
- ☐ Çok az etkiledi
- ☐ Orta derecede etkiledi
- ☐ Oldukça etkiledi
- ☐ Çok fazla etkiledi

7. *Son dört hafta içerisinde vücut ağrılarınız oldu mu ?*

- ☐ Hiç
- ☐ Çok hafif
- ☐ Hafif
- ☐ Orta
- ☐ Ağır
- ☐ Çok ağır

8. *Son dört hafta içerisinde vücut ağrılarınız* normal iş ve günlük hayatınızdaki aktivitelerinizi (hem ev içinde hem de ev dışında) ne kadar etkiledi ?

- 1 ☐ Hiç
- 2 ☐ Biraz
- 3 ☐ Orta düzeyde
- 4 ☐ Oldukça
- 5 ☐ Çok fazla

9a-i: Aşağıdaki sorular sizin son dört hafta içerisindeki genel durumunuzla ilgilidir.

	Her zaman	Çoğu zaman	Genel likle	Bazen	Çok az zaman	Hiç bir zaman
	1	2	3	4	5	6
a. Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi canlı, hayat dolu hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile çok sinirli idiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile hiçbirşeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kötü hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile sakin, soğukkanlı ve huzur içerisindeydiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi enerji dolu hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi üzgün ve sıkıntılı hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi bitkin hissettiniz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi mutlu hissettiniz ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi yorgun hissettiniz ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. *Son dört hafta içerisinde fiziksel veya duygusal problemleriniz* arkadaş ve akraba ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne kadar süreyle etkiledi ?

- 1 ☐ Her zaman
- 2 ☐ Çoğu zaman
- 3 ☐ Bazen
- 4 ☐ Çok az zaman
- 5 ☐ Hiçbir zaman

11 a-d: Lütfen aşağıdaki ifadelerde sizi en iyi şekilde tanımlayanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Büyük ölçüde doğru	Bilmiyorum	Büyük ölçüde yanlış	Kesinlikle yanlış
	1	2	3	4	5
a. Başkalarıyla karşılaştırıldığında daha kolay hasta oluyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
b. En az bildiğim diğer insanlar kadar sağlıklıyım.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Sağlık durumumun kötüye gideceğini sanıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
d. Sağlık durumumun mükemmel olduğunu düşünüyorum	☐	☐	☐	☐	☐

