

## ARAŞTIRMA

# ALGILANAN SAĞLIK STATÜSÜNÜN ÖLÇÜMÜ YOLUYLA TIBBİ MÜDAHALELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BYPASS AMELİYATI OLAN KORONER ARTER HASTALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Dr. Bayram ŞAHİN\*

**Amaç:** Tıbbi bakımın temel amacı bireylerin fonksiyonelliğini ve iyilik halini geliştirmektir. Bu amacın gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin en iyi göstergelerinden birisinin bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili algılamaları olmasına rağmen, bireylerin kendi sağlık statüleri ile ilgili algılamalarına değerlendirme sürecinin rutin bir parçası olarak yer verilmediği görülmektedir. Bu çalışmada bypass ameliyatının koroner arter hastalarının sağlık statüleri üzerindeki etkileri hastaların ameliyat öncesi ve sonrası algıladıkları sağlık statüleri açısından değerlendirilmiş ve hastaların ameliyat ile ilgili başarı değerlendirmelerine yer verilmiştir. **Method:** Araştırma özel bir hastane olan Ankara Sevgi Hastanesi'nde bypass ameliyatı olan koroner arter hastaları üzerinde yapılmıştır. Hastaların sağlık statüleri; fiziksel ve sosyal fonksiyonellikleri, fiziksel ve duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı, enerji/canlılık düzeyleri, ağrı ve genel sağlık algılamaları olmak üzere toplam sekiz boyut olarak ele alınmıştır. Hastaların ilgili sağlık statüsü boyutları ile ilgili algılamalarını ölçmek için, bir genel sağlık statüsü ölçüm aracı olan Short Form 36 Health Survey (SF-36) kullanılmıştır. SF-36 sekiz sağlık boyutu için 0 ile 100 arasında skorlar sağlamak olup, 0 en kötü, 100 en iyi sağlık durumunu yansıtmaktadır. **Sonuç:** Yapılan çalışma sonunda hastaların ameliyat öncesi sağlık boyutlarına ilişkin algılamaları arasında yaş, cinsiyet ve kapalı damar sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı ( $p > 0.05$ ), başka hastalığın varlığı, kalp krizi geçirme durumu, hastalık süresi ve eğitim düzeyi açısından ise hastaların bazı sağlık boyutlarına ilişkin algılamalarının 0.05 düzeyinde önemli farklılık

gösterdiği bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası sağlık statüleri karşılaştırıldığında tüm boyutlarda ameliyat sonrası anlamlı değişimler olduğu saptanmıştır. Bu değişimin hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre farklı olup olmadığı irdelendiğinde yaş, cinsiyet, kapalı damar sayısı, başka bir hastalık durumunun varlığı ve daha önce kalp krizi geçirme durumu gibi değişkenler açısından hastaların ameliyat sonrası sağlık boyutlarında görülen değişimin anlamlı olmadığı ( $p > 0.05$ ), buna karşılık hastaların ameliyat sonrası ifade ettikleri değişim miktarının hastaların eğitim düzeyine, ameliyatın başarısına ilişkin değerlendirmelerine ve ameliyat öncesi genel sağlık durumları ile ilgili değerlendirmelere göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Statüsünün Ölçümü, Algılanan Sağlık, Tıbbi Müdahalelerin Değerlendirilmesi.

Bireylerin ve toplumların sağlığı anlayış ve değerlendirilme biçiminin, sağlığın nasıl ölçüleceğine ve tıbbi bakım hizmetlerinin nasıl değerlendirileceğine etki ettiği görülmektedir. Sağlığın tanımlanması değişik perspektiflerden yapılmakla birlikte temelde iki perspektifin olduğu kabul edilmektedir. Birinci perspektif hekimlerle ilgili olup sağlığın kurumsal tanımı olarak isimlendirilmekte, ikinci perspektifin ise sağlıkla profesyonel olarak ilgili olmayan bireylerin görüşleri ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Aggleton, 1990:5).

\* Uzm., H.Ü.Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara

Her iki perspektifin ortaya koyduğu sağlık anlayışına

yakından bakıldığında; hekimlerin mevcut klinik tıbbi yaklaşım ve uygulamalar içerisinde, sağlığı oldukça dar bir şekilde fizyolojik ve biyolojik boyutlar açısından ele alarak bu boyutlarla ilgili normlardan sapmalara göre ölçtükleri, dolayısıyla alınan tıbbi bakım ve tedaviyi de bu boyutlarda sağlanmış ya da sağlanamamış gelişmelere göre değerlendirdikleri görülmektedir (Elinson ve diğerleri, 1977: 119; Brook ve McGlynn, 1991: 287). Sağlığın ve hastalığın sosyal modelinden çok tıbbi modeline önem veren bu yaklaşımda (Long ve Scott, 1994: 683) hizmet etkililiğinin değerlendirilmesinde geleneksel bir biçimde laboratuvar testleri, mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) göstergeleri kullanılmaktadır (Larson, 1991: 11).

Geleneksel göstergelerin belirli durumlar açısından irdelendiklerinde yetersiz oldukları öne sürülmektedir. Bu göstergelerden mortalite verileri hayatın kalite boyutunu dikkate almayıp, sadece kantite boyutunu temsil ettiği ve ölmüş kişilerle sınırlı kaldığı için eleştirilmektedir. Ancak en azından aynı hastalıkla ilgili alternatif tedavilerin hayat kantitesi üzerindeki etkileri aynı olduğu zaman, tedavilerin seçilmesinde hayat kantitesinin yeterli olmayacağı açıkça ortaya çıkmaktadır. Üstelik hayat süresinin uzatılması, özellikle uzatılmış hayatın ağırlı olması, temel fonksiyon ve aktivitelerden mahrum kalınması hallerinde, tek ve en önemli tedavi amacı olmaktan çıkmaktadır (Jenkins, 1992: 367). Ayrıca bir çok tıbbi duruma ilişkin yapılan müdahalelerle, hastalık ve yaşam süresi etkilenmese dahi bireylerin kendilerini daha iyi ve güçlü hissetmeleri sağlanabilmektedir (Patrick ve Bergner, 1990: 168). Bu durumda, uygulamada sıkça karşılaşıldığı gibi sağlığı ve tıbbi müdahaleleri sadece mortalite göstergelerine dayalı olarak değerlendirmek yetersiz kalmaktadır.

Bu çerçevede diğer bir geleneksel gösterge olan biomedikal laboratuvar göstergelerine yönelik eleştirilere değinildiğinde; bu göstergelerin ağrı, acı ve sıkıntı gibi sorunlar ile bir hastalık durumuna bağlı ya da bağlı olmaksızın bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini açıklayamaması nedeniyle yetersiz olarak değerlendirildiği görülmektedir (Smith, 1983: 61; McDowel ve Newel, 1987: 15). Sağlık ve hastalık statüsünü izlemek için kullanılan bu fizyolojik göstergeler sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik boyutları ile daima ilişkili olmadıkları için, sağlığı bu boyutlarını açıklamada yetersiz olarak değerlendirilmektedirler (Greenfield ve Nelson, 1992: 26; Guyatt ve diğerleri, 1993: 622; Keith, 1994: 480). Örneğin bireylerin laboratuvar değerlerinde gelişme olmasına rağmen fonksiyonellik ve iyilik hallerinde bir gelişme olmaması (Patrick, 1987: 39; Benson, 1992: 169; Jette ve Downing, 1994: 521) veya aynı klinik değerlere sahip hastaların farklı fonksiyonellik düzeylerine sahip olmaları gibi durumlarla sıkça karşılaşılabilmektedir (Guyatt ve diğerleri, 1993: 622). Dahası gerek hastalık durumları gerekse bu durumlara ilişkin uygulanan tedaviler sadece sağlığın fizyolojik boyutlarını değil, günlük aktivitelerle ilgili rol fonksiyonelliği ile iyilik halini de etkilemektedir (Patrick, 1987: 37). Bu nedenle hekimlerden hastalık

semptomlarını ve klinik bulguları izlemenin yanı sıra fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonellik ile iyilik hali üzerindeki hastalık ve tedavi etkileri hakkında da bilgi sahibi olmaları beklenmektedir (Patrick ve Erickson, 1993: 25). Aksi halde tedavi etkililiğinin bu göstergeler yoluyla sadece fizyolojik açıdan yorumlanması gibi bir durum, fizyolojik açıdan sağlık üzerinde önemli gelişmeler sağlayan, ancak sağlığın diğer boyutlarında olumsuz sonuçlara neden olabilen tedavilerin uygulanması gibi sonuçlara neden olabilir.

Bu göstergelerin yetersiz olduğu diğer önemli bir nokta ise değerlendirmelerde tıbbi personelin kararlarının esas alınarak, hastaların bakımla ilgili görüş ve duygularının gözardı edilmesine neden olmasıdır. Oysa bir çok durumda bakımın etkililiği konusunda hekimler ile hastalar arasında görüş farklılıkları olabilmektedir. Yani tedavi veya ameliyattan tatmin olan bir hekim veya cerrah, her zaman tedavi veya ameliyattan tatmin olan bir hasta anlamına gel(e)memektedir. Bu durum bakımın etkililiğini hekimlerin klinik değerler açısından, hastaların ise yaşam tatmini, fonksiyon ve rol sınırlamalarının kendilerince algılanan düzeyleri açısından yorumlamaları ve fizyolojik göstergelerin ölçemediği bu sağlık boyutlarını öncelikli hale getirmeleri ile ilişkilidir.

Geleneksel göstergelerin yetersiz kaldığı bu noktaların giderilmesi için son otuz yıl içerisinde sağlığın ve tıbbi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesinde, daha kapsamlı bir sağlık düşüncesinin benimsendiği ve bu yönde bireylerin algıladıkları sağlık statülerinin de ölçülmesi gerektiği konusunda geniş ölçüde uzlaşmaya varıldığı görülmektedir. Bu bakış açısıyla sağlığın belirli yönleri sadece bireylerin ya da hastaların kendi ifadeleri ile belirlendiğinden, sağlığın 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). Ayrıca algılanan sağlığın sağlıktaki daha gizli değişikliklere karşı duyarlı olması, klinik değerlendirmeler yapılmadan önce de hastalığın varlığının hissedilebilmesi ve bir çok hastalığın klinik muayenelerde görülmeyen küçük rahatsızlıkların olduğu uzun bir semptom öncesi aşamaya sahip olması gibi durumlar da bireylerin sağlıklarının tanımlanmasında algılanan sağlığın önemine işaret etmektedir.

Bu çalışma, gerek sağlığın gerekse tıbbi müdahalelerin sağlık üzerindeki etkilerinin, geleneksel klinik göstergelerin dışında değerlendirilebileceğini vurgulamak amacıyla yapılmış olup, araştırma bypass ameliyatı olan koroner arter hastalarını kapsamıştır. Hastaların sağlık statüsü fiziksel ve sosyal fonksiyonellikleri, fiziksel ve duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlıkları, enerji/canlilik düzeyleri, ağrı ve genel sağlık algılamaları olmak üzere toplam sekiz boyutta ele alınmıştır. Hastaların ilgili sağlık boyutlarına yönelik algılamalarının ameliyat öncesi ve sonrası

ölçüldüğü bu çalışmada, ayrıca hastalardan ameliyatın günlük aktivitelerine dönmelerini sağlamadaki başarısı ile ağrılarını gidermedeki başarısını değerlendirmeleri ve ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası sağlık statüleri arasındaki değişimi global olarak belirtmeleri istenmiştir. Böylece çalışmada (1) koroner arter hastalarının ameliyat öncesi algıladıkları sağlık statüsü boyutlarının klinik ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediği (2) hastaların ameliyat öncesi ve sonrası algıladıkları sağlık statüsü boyutlarının farklı olup olmadığı (3) hastaların ameliyat sonrası sağlık boyutlarında meydana gelen değişimin klinik ve demografik özelliklerine ve ameliyatın başarısına yönelik değerlendirmelerine göre değişip değişmediği tesbit edilmeye çalışılmıştır.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, ileriye yönelik olarak 1 Kasım 1995-1 Nisan 1996 tarihleri arasında Ankara Sevgi Hastanesi'nde bypass ameliyatı olan koroner arter hastaları üzerinde yapılmıştır. Örneklem seçilmeyerek acil vakalar dışındaki tüm hastalar (n=106) araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma, hastaların sağlık statüsü boyutlarının kendi algılamalarına dayalı olarak ameliyat öncesi ve sonrası ölçüldüğü iki aşamanın gerçekleştirilmesine dayandırılmıştır. Ameliyat öncesi 106 hastanın tamamı doldurulması gereken anket sorularını yanıtlamış, ancak ameliyat sonrası bu sayıya ulaşamamıştır. Ameliyat sonrası 21 hastanın araştırmaya ilgisiz kaldığının gözlenmesi sonucu, bu hastaların ameliyat öncesi yanıtladıkları anketler dikkate alınmayarak 106 hastadan 85 (%80)'inin verileri analize sokulmuştur.

Veri toplama aracı olarak kullanılan anketin birinci bölümünde; hastaların demografik ve klinik özelliklerini tanımlayıcı sorulara, ikinci bölümünde ise sağlığı sekiz boyutta bireylerin kendi algılamalarına dayalı olarak değerlendiren "Short Form 36 Health Survey (SF-36)" adlı sağlık statüsü ölçüm aracına yer verilmiştir. Bu çalışmada SF-36'nın tercih edilmesinin nedeni; ölçeğin sağlık statüsünün bir çok boyutunu değerlendirebilmesi, geçerliliğinin ve güvenilirliğinin saptanmış olması, birçok ölçüm aracı ile göz ardı edilen nisbeten küçük sağlık problemleri ile sağlıktaki değişimlere karşı duyarlı olduğunun ve sağlık statüsünün önemli özelliklerini yansıtması nedeniyle sağlık müdahalelerinin değerlendirilmesinde kullanılabilmesinin geniş ölçüde belirtilmiş olmasıdır. SF-36'yu tercih etmenin pratik nedeni ise aracın kapsamlı olmasına karşılık, uygulamasının kolay olması; örneğin bu çalışmada olduğu gibi bir hastaya uygulanmasının yaklaşık 15 dakika gerektirmesidir.

SF-36'nın içeriğine bakıldığında, profilin oluşturulmasında fonksiyonel statü, iyilik hali ve sağlıkla ilgili genel değerlendirmeler şeklindeki sağlık kavramlarına yer verildiği görülmektedir (Stewart ve diğerleri, 1988). Bu ölçüm aracı fonksiyonel statü, iyilik hali ve sağlığın genel değerlendirmeleri şeklindeki üç temel sağlık kavramını ölçmek için sekiz sağlık boyutu ve toplam 36 soru kullan-

maktadır. Böylece sağlığın SF-36 ile ölçülmesi, bu temel sağlık kavramlarına ve bu kavramların altında yer alan sekiz sağlık boyutuna dayandırılmış olmaktadır. Bu boyutlardan fiziksel fonksiyonellik (10 soru), fiziksel problemlerden dolayı rol sınırlamaları (4 soru), duygusal problemlerden dolayı rol sınırlamaları (3 soru) ve sosyal fonksiyonellik (2 soru) boyutları fonksiyonel statü alanı içerisinde; ruh sağlığı (5 soru), ağrı (2 soru) ve enerji/canlılık (4 soru) boyutları iyilik hali alanı içerisinde; genel sağlık algılamaları (5 soru) boyutu ise sağlığın genel değerlendirmesi alanı içerisinde yer almaktadır (Brazier ve diğerleri, 1992; Ware ve Sherbourne, 1992; Garratt ve diğerleri, 1993; Hill ve diğerleri, 1995).

Fiziksel fonksiyonellik boyutu; sağlık ya da hastalık durumlarının merdivenlerden çıkma, yürüme, koşma, banyo yapma ve giyinme gibi normal günlük aktiviteleri engelleyip engellemediğini, fiziksel sınırlamaların varlığını ve düzeyini,

Rol fonksiyonelliği boyutu (fiziksel ve duygusal problemlerden dolayı); bireylerin veya hastaların son bir ay içerisinde fiziksel ve duygusal sağlık problemlerine bağlı olarak iş, okul ve evdeki günlük aktiviteler için ayırdıkları zamanda ve yaptıkları aktivitelerin türlerinde sınırlamalarla karşılaşmış ve karşılaşmadıklarını,

Vücut ağrısı boyutu; ağrının sıklığını ve bu ağrılarının günlük aktiviteleri ne ölçüde etkilediğini,

Genel sağlık değerlendirmeleri boyutu; sağlıkla ilgili genel değerlendirmeleri,

Enerji/canlılık boyutu; bireylerin veya hastaların yorgunluk, bitkinlik ve enerji düzeyleri şeklindeki subjektif iyilik hallerini,

Sosyal fonksiyonellik boyutu; sağlığın arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivite ve ilişkiler üzerindeki etkilerini,

Ruh sağlığı boyutu ise; bireylerin veya hastaların kendilerini son bir ay içerisinde ne kadar süreyle sınırlı, kötü, üzgün, soğukkanlı ve mutlu hissettikleri şeklindeki durumları ölçmektedir.

SF-36'da ölçeklendirme metodu olarak likert metodu kullanılmakta ve her bir sağlık boyutu için ayrı ayrı skor sağlayan profil yaklaşımı esas alınmaktadır. Boyutlara ilişkin skorların hesaplanması; soru değerlerinin yeniden kodlanması, yanıtlanmamış soruların belirlenmesi, ham skala skorlarının hesaplanması için her bir skala içerisinde yer alan soruların toplanması ve ham skala skorlarının 0 ile 100 arasında dönüştürülmesi şeklinde toplam dört aşamanın gerçekleştirilmesine dayandırılmaktadır. Böylece tüm işlemlerin tamamlanmasıyla sekiz sağlık boyutunun her biri için 0 ile 100 arasında skorlar elde edilmektedir. (0) en az istenir yani en kötü sağlık durumunu, (100) ise bireylerin sözkonusu boyutla ilgili hiç bir sorun yaşa-

madığı, istenir ve iyi bir sağlık durumunu göstermektedir (McHorney ve diğerleri, 1994; Medical Outcomes Trust, 1994).

Anket yukarıda da belirtildiği gibi aynı hastalara ameliyattan önce ve sonra olmak üzere iki kez uygulanmıştır. İlk anketlerin uygulanması hastaların ameliyat günlerinden bir gün önce kendi servislerinde olmuş ve araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşülerek doldurulmuştur. Görüşülen hastaların hiç biri anketi yanıtlamayı red etmemiş ve görüşme anında hastalara araştırmanın amacı ile aynı anketin kendilerine 3 ay sonra tekrar uygulanacağı açıklanmıştır.

Anketin hastalara ikinci kez uygulanması, bypass ameliyatlarından 3 ay sonrası olarak planlanmış, ancak hastalara ulaşmadaki güçlüklerden dolayı bu süre 3,5 ile 4 ay sonrası olarak gerçekleşmiştir. Başlangıçta 3 aylık sürenin seçilmesinin nedeni; bu sürenin literatürde hastaların ameliyattan sonra iyileşebilmeleri ve aktivitelerini yeniden kazanabilmeleri için yeterli bir süre olarak belirtilmesidir (Sorenson ve Luckman, 1991:1009). 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 ameliyat öncesi ve sonrası anket verileri 1 Kasım 1995- 30 Temmuz 1996 tarihleri arasında olmak üzere 9 aylık zaman süresi içerisinde toplanabilmiştir.

#### BULGULAR VE TARTIŞMA

Aşağıda araştırma bulguları ve bu bulgulara ilişkin tartışmalar yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki toplam 85 hastanın yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, koroner arter hastalığı ile ilgili hastalık süresi, kapalı damar sayısı, koroner arter hastalığı dışında (diabet, hipertansiyon, astım ve böbrek yetmezliği gibi) başka bir hastalığın varlığı, ameliyat sonrası hekime başvurma sıklığı ve daha önce bypass ameliyatı ve kalp krizi geçirme durumu gibi demografik ve klinik özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Hastaların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algılamaları, enerji/canlilik düzeyi, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı boyutlarına ilişkin ameliyat öncesi algılamaları, demografik ve klinik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; yaş açısından 58 yaş ve üstündekilerin 57 yaş ve altındakilerden, cinsiyet açısından erkeklerin kadınlardan ve kapalı damar sayısı açısından 2 ve daha az damarı kapalı olanların 3 ve daha fazla damarı kapalı olanlardan genelde daha iyi olduğu (bu hastaların söz konusu sağlık boyutlarına ilişkin ortalama skorları mükemmel sağlığı gösteren 100'e daha yakın olduğu için), ancak yapılan istatistiksel analiz (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) sonucunda grupların sekiz sağlık boyutunun tümüne düşük algılamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı ( $p>0.05$ ) görülmüştür.

Tablo 1: Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik ve Klinik Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Yaş</b>		
57 ≤	43	50.6
58 ≥	42	49.4
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	69	81.2
Kadın	16	18.8
<b>Eğitim</b>		
İlkokul ve altı	55	64.7
Ortaokul ve üstü	30	35.3
<b>Hastalık Süresi</b>		
6 ≤ ay	43	50.6
7 ≥ ay	42	49.4
<b>Kapalı Damar Sayısı</b>		
2 ≤	33	38.8
3 ≥	52	61.2
<b>Daha Önce Ameliyat</b>		
Geçiren	6	7.1
Geçirmeyen	79	92.9
<b>Başka Hastalığı</b>		
Olan	45	52.9
Olmayan	40	47.1
<b>Kalp Krizi</b>		
Geçiren	56	65.9
Geçirmeyen	29	34.1
<b>Hekime Başvuru Sayısı</b>		
1 kez	44	51.8
2 kez	23	27.1
3 ≥ kez	18	21.2
<b>Toplam</b>	<b>85</b>	<b>100.0</b>

Hastaların algılamaları başka bir hastalık durumuna sahip olup olmamaları ve daha önce kalp krizi geçirip geçirmemeleri açısından değerlendirildiğinde; başka hastalığı olan hastaların tüm sağlık boyutlarına ilişkin algılamalarının koroner arter hastalığı dışında rahatsızlıkları olmayanlardan, kalp krizi geçirmiş olanların da geçirmemiş olanlardan daha kötü olduğuna rastlanmıştır. Hasta gruplarının SF-36 skala skorları arasında görülen farklılıkların anlamlı olup olmadığı test edildiğinde başka hastalığı olan hastalar ile olmayan hastaların fiziksel fonksiyonellik ( $p=0.034$ ) ve genel sağlık algılamaları ( $p=0.047$ ) dışındaki boyutlarda görülen farklılıkların anlamlı olmadığı, kalp krizi geçirmiş hastalar ile geçirmemiş olan hastaların ise sadece enerji/canlilik boyutuna ilişkin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır ( $p=0.036$ ).

Hastaların ameliyat öncesi algıladıkları sağlık statüleri eğitim düzeylerine ve hastalık sürelerine göre incelendiğinde Tablo 2 ve 3'de yer alan sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi ilkökul ve altı olan hastaların algılamalarının eğitim düzeyi yüksek olanlardan, hastalık süresi 7 ay ve daha fazla olanların da 6 ay ve daha az olanlardan daha kötü olduğu görülmüştür. Yapılan



**Tablo 2: Hastaların Ameliyat Öncesi Sağlık Statüsü Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırması**

Sağlık Statü Boyutları	Eğitim Grupları		p <sup>d</sup>
	İlkokul ve altı	Ortaokul ve üstü	
Fiziksel Fonksiyonellik	49.6 <sup>b</sup> (25.1) <sup>c</sup>	62.6 (26.5)	0.028
Fiziksel Rol Sınırlamaları	10.9 (26.2)	35.0 (46.2)	0.012
Ağrı	33.9 (32.3)	56.2 (31.2)	0.003
Genel Sağlık Algılamaları	44.7 (18.4)	62.0 (22.1)	0.000
Enerji/Canlılık	39.7 (29.8)	51.5 (25.3)	0.071
Sosyal Fonksiyonellik	52.9 (36.4)	66.2 (33.0)	0.101
Duygusal Rol Sınırlamaları	24.2 (37.6)	47.7 (42.6)	0.010
Ruh Sağlığı	41.6 (24.5)	51.7 (21.2)	0.060

a: SF-36'da her bir sağlık boyutunun skoru 0-100 arasında dağılmaktadır. (O) olası en kötü sağlık durumunu (100) ise olası en iyi sağlık durumunu (mükemmelliği) göstermektedir. Dolayısıyla hastaların sağlık boyutlarına ilişkin skorları arttıkça sağlıklarının daha iyi olduğu kabul edilmektedir.

b: Aritmetik ortalama.

c: Standart sapma.

d: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinin anlamlılık düzeyi.

istatistiksel çözümlenme sonucunda iki eğitim grubunun fiziksel fonksiyonellik, fiziksel ve duygusal rol sınırlamaları, ağrı ve genel sağlık algılamaları boyutları arasında, hastalık süresi açısından da fiziksel fonksiyonellik, ağrı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı boyutlarına ilişkin algılamalar arasında anlamlı farklılığın olduğu tesbit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

Farklı demografik ve klinik özelliklere sahip hastaların ameliyat öncesi algılamaları ile ilgili olarak yapılan değerlendirmelerden sonra aşağıda bypass ameliyatının ilgili sağlık boyutları üzerindeki etkisini göstermek üzere hastaların ameliyat öncesi ve sonrası algılamaları arasındaki karşılaştırmalara ve analiz sonucunda ulaşılan temel bulgulara yer verilmiştir. Ulaşılan önemli bulgulardan biri Tablo 4'de verildiği gibi hastaların ameliyat sonrası SF-36 skorlarının yaklaşık 21 ile 33 puan arasında bir artış göstermesi ve uygulanan iki eş arasındaki farkın önemlilik testinde de Şekil 1'de görülen tüm sağlık boyutlarıyla ilgili bu değişimin (gelişimin) istatistiksel olarak anlamlı olduğunun saptanmış olmasıdır ( $p < 0.05$ ). Ayrıca Tablo 4'deki ameliyat öncesi skorlar ve bu skorların mükemmel sağlığı göste-

ren (100)'e uzaklığı dikkate alınarak, koroner arter hastalarının en çok hangi sağlık boyutu ile ilgili sorunlar yaşadığı konusunda da açıklamalar yapılabilir. Bu açıdan bakıldığında, hastaların hastalıklarına bağlı olarak gerek yaptıkları işlerin türlerinde gerekse bu işler için ayırdıkları zamanda bir sınırlama ile karşılaşmış ve karşılaşmadığını ölçen "fiziksel rol sınırlamaları boyutunun" mükemmel sağlığı gösteren 100'e en uzak boyut olarak en çok sorun yaşanan boyutu oluşturduğu, buna karşılık "sosyal fonksiyonellik boyutunun" (arkadaş ve akraba ziyaretleri gibi) ise hastaların en az şikayette bulunduğu boyutu temsil ettiği görülmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası sağlık statüsü boyutlarında yaşadığı değişim miktarının demografik ve klinik özelliklerine göre farklı olup olmadığı irdelendiğinde; yaş, cinsiyet, kapalı damar sayısı, hekime başvuru sıklığı, başka bir hastalık durumunun varlığı ve daha önce kalp krizi geçirmiş olup olmama gibi değişkenler açısından hastalar arasında anlamlı farklılığın olmadığı ( $p > 0.05$ ), eğitim düzeyi açısından ise Tablo 5'deki gibi ilkököl ve altı eğitim grubunda yer alan hastaların genel sağlık algılamaları, ruh

**Tablo 3: Hastaların Ameliyat Öncesi Sağlık Statüsü Boyutlarının Hastalık Sürelerine Göre Karşılaştırması**

Sağlık Statü Boyutları	Hastalık Süresi		p <sup>c</sup>
	6 ≤ ay	7 ≥ ay	
Fiziksel Fonksiyonellik	61.0 <sup>a</sup> (28.1) <sup>b</sup>	47.2 (22.4)	0.015
Fiziksel Rol Sınırlamaları	25.5 (41.0)	13.0 (29.8)	0.112
Ağrı	50.0 (33.7)	33.3 (31.5)	0.021
Genel Sağlık Algılamaları	55.2 (20.6)	46.3 (21.4)	0.055
Enerji/Canlılık	50.5 (28.5)	37.0 (27.6)	0.029
Sosyal Fonksiyonellik	63.0 (37.7)	52.0 (32.8)	0.157
Duygusal Rol Sınırlamaları	41.0 (43.5)	23.8 (36.2)	0.049
Ruh Sağlığı	52.2 (22.1)	37.9 (23.4)	0.005

a: Aritmetik ortalama.

b: Standart sapma.

c: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinin anlamlılık düzeyi.

Tablo 4: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Sağlık Statüsü Boyutlarının Karşılaştırılması

Sağlık Statüsü Boyutları	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	p <sup>d</sup>
Fiziksel Fonksiyonellik	54.2 <sup>b</sup> (26.2) <sup>c</sup>	78.6 (17.5)	0.000
Fiziksel Rol Sınırlamaları	19.6 (36.4)	52.9 (39.8)	0.000
Ağrı	41.7 (33.5)	73.3 (24.0)	0.000
Genel Sağlık Algılamaları	51.5 (21.7)	72.3 (20.2)	0.000
Enerji/Canlılık	43.8 (28.7)	65.9 (20.3)	0.000
Sosyal Fonksiyonellik	57.6 (35.6)	79.5 (23.8)	0.000
Duygusal Rol Sınırlamaları	32.5 (41.0)	57.5 (41.5)	0.000
Ruh Sağlığı	45.1 (23.8)	69.2 (18.1)	0.000

a: Skorlar 0 ile 100 arasında dağılmakta olup, 100'e doğru yaklaşması sağlık durumunun daha iyi olduğunu temsil etmektedir.

b: Aritmetik ortalama.

c: Standart sapma.

d: İki eş arasındaki farkın önemlilik testinin anlamlılık düzeyi.

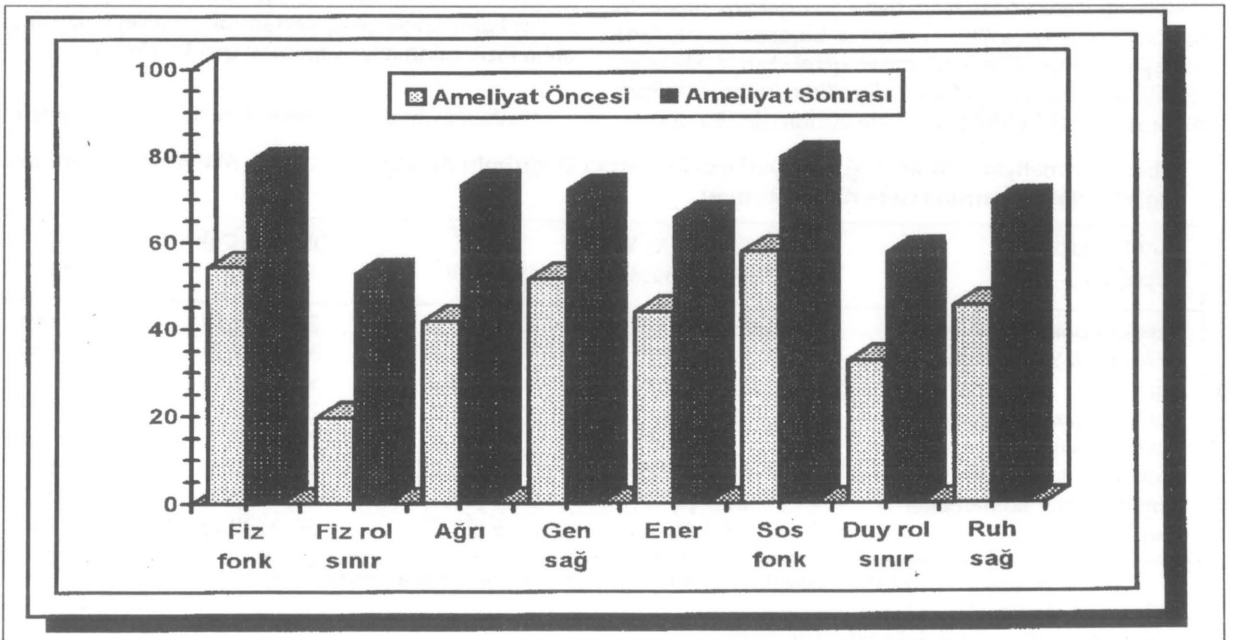
sağlığı ve enerji/canlılık boyutlarında ameliyat sonrası görülen gelişmenin ortaokul ve üstü eğitim grubundaki hastalardan daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) bulunmuştur.

Ameliyat öncesi ve sonrası sağlık boyutları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen, yapılan müdahalelerin faydalı olup olmadığı yine de sorgulanabilir. Örneğin, iyilik halini ölçen ve bir ucunda mükemmelliğin diğer ucunda çok kötünün olduğu 10 cm'lik bir çizgi üzerindeki 0.5 cm'lik bir değişimin önemli mi yoksa önemsiz mi olduğunun yanıtını verebilmek için skorlardaki değişimin anlamlı değişimlere dönüştürülmesi gerekmektedir. Çalışmada, bu amaca yönelik olarak hastaların ameliyat ile ilgili başarı değerlendirmelerine ve ameliyat sonrası skorlardaki değişimi bu değerlendir-

melerle karşılaştıran bir yaklaşıma yer verilmiştir.

Bu yaklaşıma dayalı olarak hastalardan ameliyat sonrası kendilerine uygulanan anketler aracılığıyla, geçirdikleri bypass ameliyatının günlük aktivitelerine dönmeyi ve göğüs ağrılarını gidermeyi sağlamadaki başarısını değerlendirmeleri ve ameliyat sonrası sağlık durumlarını ameliyat öncesi ile global olarak karşılaştırmaları istenmiştir. Ameliyatın günlük aktivitelerine dönmeyi sağlamadaki başarısını toplam 85 hastadan 30'u (%35) başarısız, çok az ve orta düzeyde başarılı, 31'i (%37) çok başarılı, 24'ü (%28) oldukça çok başarılı olarak değerlendirirken, ameliyatın göğüs ağrılarını gidermedeki başarı düzeyini 33'ünün (%39) başarısız, çok az ve orta düzeyde başarılı olarak, 28'inin (%33) çok başarılı olarak ve 24'ünün (%28) oldukça çok başarılı olarak değerlendirdiğine rastlanmıştır. Hasta-

Şekil 1: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası SF-36 Skorları



**Tablo 5: Hastaların Ameliyat Sonrası Sağlık Boyutlarında Oluşan Değişimin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırması Ameliyat Sonrası**

Sağlık Statüsü Boyutları	İlkokul ve altı Hastalardaki Ort. Değişim	Ortaokul ve üstü Hastalardaki Ort. Değişim	p <sup>c</sup>
Fiziksel Fonksiyonellik	27.4 <sup>a</sup> (26.1) <sup>b</sup>	19.3 (28.9)	0.191
Fiziksel Rol Sınırlamaları	39.0 (45.8)	21.6 (60.4)	0.139
Ağrı	35.1 (37.1)	23.8 (31.0)	0.160
Genel Sağlık Algılamaları	28.5 (23.8)	8.3 (23.7)	0.000
Enerji/Canlılık	26.7 (26.3)	13.1 (26.5)	0.026
Sosyal Fonksiyonellik	25.9 (37.9)	15.4 (34.5)	0.211
Duygusal Rol Sınırlamaları	29.7 (54.3)	15.6 (53.0)	0.251
Ruh Sağlığı	27.7 (26.4)	16.9 (17.8)	0.028

a: Ameliyat öncesi skorlar ile ameliyat sonrası skorlar arasındaki farklar.

b: Standart sapma.

c: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinin anlamlılık düzeyi.

ların ameliyat sonrası sağlık durumlarını ameliyat öncesiyle global olarak karşılaştırması ise şu şekilde sonuçlanmıştır: 85 hastadan 48'i (%56) ameliyat sonrası sağlık durumlarını ameliyat öncesinden çok daha iyi, 32'si (%38) biraz daha iyi, 4'ü (%5) hemen hemen aynı olarak değerlendirmiş, 1 hastanın ise biraz daha kötü olarak ifade ettiği görülmüştür.

Hastaların sağlık boyutlarında ameliyat sonrası görülen ortalama değişimin ameliyat ile ilgili başarı değerlendirmelerine göre farklı olup olmadığı karşılaştırıldığında Tablo 6 ve 7'deki sonuçlara ulaşılmıştır. Her iki tabloda, hastaların ameliyatın başarısına ilişkin değerlendirmeleri ile ameliyat sonrası SF-36 skorlarında yaşadıkları değişimler arasında güçlü ilişkinin olmadığı, bu nedenle hasta grupları arasında net ayırimlardan söz edilemeyeceği göze çarpmaktadır. Bulgulara göre ameliyat sonrası daha az pozitif gelişim gösteren hastaların daha çok gelişim gösteren hastalara göre geçirdikleri ameliyatı başarısız ya da daha az başarılı olarak değerlendirmeleri gerekirken, beklenenin tersine kimi hastalar yüksek gelişmelere karşın ameliyatı başarısız olarak bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu durum,

bu hastaların beklentilerinin yüksek olmasından veya aldıkları bakımdan tatmin olmamaktan kaynaklanabilir. Benzer durum, skorlardaki düşük artışa karşılık ameliyatı başarılı olarak bulan hastalar için de geliştirilebilir. Bunun üzerine çalışmada, hastaların ameliyatla ilgili başarı değerlendirmelerinin ameliyat sonrası SF-36 skalarında meydana gelen değişim tarafından açıklanabilme özelliğinin bulunup bulunmadığının çoklu doğrusal regresyon yöntemi kullanılarak istatistiksel olarak açıklanması yoluna gidilmiştir. Analiz sonucunda hastaların ameliyat sonrası sağlık boyutlarında meydana gelen değişikliklerin ameliyatın günlük aktivitelere dönmeyi sağlamadaki başarısının ancak 0.41'ini, göğüs ağrısını gidermekteki başarısının ise 0.50'sini açıklayabildiği görülmüştür. Burada olduğu gibi, başarı değerlendirmesi ile SF-36 skorları arasındaki ilişkinin çok güçlü bulunmaması başarının düşünüldüğünden daha kompleks olduğu sonucuna götürmektedir. Bu karmaşıklığın giderilmesi için kuşkusuz başarı konusunda geniş kavramsal çerçeveye dayalı çok daha fazla çalışmanın yapılması gerekmektedir.

Hastaların başarı değerlendirmelerine göre ameliyat

**Tablo 6: Ameliyat Sonrası Sağlık Boyutlarında Oluşan Değişimin Ameliyatın Günlük Aktivitelere Dönmeyi Sağlamadaki Başarısına Göre Karşılaştırması**

Sağlık Statüsü Boyutları	Başarısız, Çok Az Ve Orta Düzeyde Başarılı	Çok Başarılı	Oldukça Çok Başarılı	p <sup>c</sup>
Fiziksel Fonksiyonellik	26.0 <sup>a</sup> (28.6) <sup>b</sup>	22.1 (20.0)	26.0 (33.7)	0.819
Fiziksel Rol Sınırlamaları	26.6 (52.0)	34.7 (46.4)	39.1 (59.2)	0.666
Ağrı	21.1 (37.2)	37.7 (30.5)	35.8 (37.1)	0.136
Genel Sağlık Algılamaları	6.0 (23.9)	29.6 (23.8)	28.2 (22.2)	0.000
Enerji/Canlılık	16.1 (26.9)	25.3 (26.5)	25.2 (27.5)	0.324
Sosyal Fonksiyonellik	24.1 (39.6)	16.9 (38.1)	26.5 (32.0)	0.595
Duygusal Rol Sınırlamaları	20.4 (61.9)	27.9 (43.1)	26.1 (57.7)	0.854
Ruh Sağlığı	17.3 (20.8)	25.9 (21.6)	30.0 (29.9)	0.132

a: Hastaların ameliyat sonrası sağlık boyutlarında meydana gelen farklılıkların aritmetik ortalaması.

b: Standart sapma.

c: Tek yönlü varyans analizinin anlamlılık düzeyi.

**Tablo 7: Ameliyat Sonrası Sağlık Boyutlarında Oluşan Değişimin Ameliyatın Göğüs Ağrısını Gidermeyi Sağlamadaki Başarısına Göre Karşılaştırması**

Sağlık Statüsü Boyutları	Başarısız, Çok Az Ve Orta Düzeyde Başarılı	Çok Başarılı	Oldukça Çok Başarılı	p <sup>c</sup>
Fiziksel Fonksiyonellik	19.4 <sup>a</sup> (26.3) <sup>b</sup>	30.3 (27.7)	25.2 (27.6)	0.289
Fiziksel Rol Sınırlamaları	29.4 (61.7)	42.0 (47.6)	27.1 (40.0)	0.529
Ağrı	17.1 (31.6)	41.2 (35.6)	39.4 (34.8)	0.010
Genel Sağlık Algılamaları	13.2 (27.8)	22.2 (24.6)	30.0 (21.6)	0.052
Enerji/Canlılık	13.5 (29.3)	23.8 (22.2)	31.9 (26.0)	0.033
Sosyal Fonksiyonellik	16.9 (33.4)	26.8 (37.3)	24.5 (37.0)	0.548
Duygusal Rol Sınırlamaları	27.4 (59.4)	32.1 (53.3)	11.6 (45.6)	0.376
Ruh Sağlığı	18.1 (23.1)	24.3 (26.0)	31.9 (22.1)	0.104

a: Hastaların ameliyat sonrası sağlık boyutlarında meydana gelen farklılıkların aritmetik ortalaması.

b: Standart sapma.

c: Tek yönlü varyans analizinin anlamlılık düzeyi.

sonrası sağlık boyutlarında görülen değişim miktarının farklı olup olmadığına ilişkin test sonuçlarına dönüldüğünde, Tablo 6'da da görüleceği üzere uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda ameliyatın günlük aktivitelere dönmeyi sağlamadaki başarısını başarısız, çok az ve orta düzeyde başarılı olarak değerlendiren hastaların genel sağlık algılamaları boyutunda ameliyat sonrası meydana gelen değişimin ameliyatı çok başarılı ve oldukça çok başarılı olarak değerlendiren hastalardakinden daha az ve anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) bulunmuştur.

Benzer işlem hastaların ameliyat sonrası sağlık boyutlarında yaşadığı değişimin ameliyatın göğüs ağrısını gidermedeki başarısına göre değişip değişmediğini tesbit etmek için yapıldığında Tablo 7'deki gibi, geçirdikleri ameliyatın göğüs ağrısını gidermek için başarısız, çok az ve orta düzeyde başarılı gören hastaların ağrı boyutunda ameliyat sonrası meydana gelen değişimin ameliyatı çok ve oldukça çok başarılı gören hastalardakinden, genel sağlık algılamaları ve enerji/canlılık boyutlarındaki değişimin sadece ameliyatı oldukça çok başarılı olarak değerlendiren hastalardakinden daha az ve anlamlı olduğu görül-

müştür ( $p < 0.05$ ).

Hastaların ameliyat sonrası sağlık boyutlarında meydana gelen değişim son olarak ameliyat öncesi genel sağlık durumları ile ilgili kendi değerlendirmelerine göre karşılaştırıldığında Tablo 8'deki sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçlara göre hastaların ameliyat sonrası sağlık boyutlarında görülen değişim ameliyat öncesi sağlık durumları ile ilgili genel değerlendirmelerine göre değişmektedir.

Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucu; ameliyat öncesi genel sağlıklarını iyi ve çok iyi olarak değerlendiren hastaların ameliyat sonrası fiziksel fonksiyonellik ve ağrı boyutlarında meydana gelen değişimin sağlıklarını orta olarak değerlendiren hastalardan, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol sınırlamaları boyutlarında meydana gelen değişimin sağlıklarını kötü olarak değerlendiren hastalardan ve genel sağlık algılamaları ve enerji/canlılık boyutlarında meydana gelen değişimin sağlıklarını hem kötü hem de orta olarak değerlendiren hastalardan daha düşük olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı görüldüğü tesbit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 8: Ameliyat Sonrası Sağlık Boyutlarında Oluşan Değişimin Hastaların Ameliyat Öncesi Genel Sağlık Durumları İle İlgili Değerlendirmelerine Göre Karşılaştırması**

Sağlık Statüsü Boyutları	Genel Sağlık Durumları			p <sup>c</sup>
	Çok İyi ve İyi Olanlar	Orta Olanlar	Kötü Olanlar	
Fiziksel Fonksiyonellik	16.0 <sup>a</sup> (28.3) <sup>b</sup>	35.6 (19.6)	30.0 (27.6)	0.010
Fiziksel Rol Sınırlamaları	22.6 (58.4)	44.7 (46.0)	41.6 (37.3)	0.178
Ağrı	22.3 (34.8)	43.6 (37.1)	35.4 (29.9)	0.050
Genel Sağlık Algılamaları	7.4 (20.7)	36.5 (23.4)	33.4 (21.5)	0.000
Enerji/Canlılık	8.7 (24.7)	34.5 (23.3)	36.0 (22.0)	0.000
Sosyal Fonksiyonellik	11.6 (29.3)	27.6 (42.1)	39.4 (39.1)	0.014
Duygusal Rol Sınırlamaları	12.4 (56.8)	33.3 (55.6)	42.5 (37.5)	0.088
Ruh Sağlığı	18.8 (25.9)	29.1 (22.0)	28.8 (21.5)	0.152

a: Hastaların ameliyat sonrası sağlık boyutlarında meydana gelen farklılıkların aritmetik ortalaması.

b: Standart sapma.

c: Tek yönlü varyans analizinin anlamlılık düzeyi.



## SONUÇ

Tıbbi müdahalelerin amacı hastaların iyiliğini sağlamak olduğu için müdahale kararlarının hastaların algılanan sağlıkları ile ilişkili olması, yani müdahale öncesi ile sonrası algılanan sağlık arasında anlamlı farklılıkların gözlenmesi ve böylece müdahale kararlarının haklı nedenlere dayanandırılması gerekmektedir.

Hastaların kendi sağlık algılamalarına ve ifadelerine odaklanan bu tür çalışmalar algılanan sağlık yoluyla hastaya önemli olarak gelen unsurları yansıttıkları ve sağlığın değerlendirilmesinde daha kapsamlı veriler sağladıkları için klinik veriler ile birlikte tıbbi müdahale ve tedavilerin değerlendirilmesinde önemli bir etkililik ölçütü olarak ele alınabilir. Bu tür araştırmalara özellikle klinik ortamlarda hastalık seyrinin izlenmesi, hastalık risklerinin belirlenmesi, ilave hizmet ihtiyaçlarının saptanması, hizmet kalitesinin ve terapi etkililiğinin değerlendirilmesi gibi izleme ve değerlendirme amaçlı çalışmalarda yer verilebilir.

Sonuç olarak sağlığın ve tıbbi müdahalelerin geleneksel göstergelerinin ötesinde, algılanan sağlık açısından ölçümünün sağlayacağı bu olası faydalara göz kapamak için tıpkı gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de bu ölçümleri klinik bilgi sistemlerinin rutin parçası yapacak yapılandırmaya gidilmeli ve her bir vaka bazında oluşturulacak tanımlayıcı standartlarla hizmet sunanlar arasında karşılıklı performans değerlendirme çalışmalarının önü açılmalıdır.

## Teşekkür

Çalışma boyunca yaptığı çok değerli katkılarından dolayı sayın Doç. Dr. Mehtap TATAR'a ve araştırmanın yapılması için gerekli ortamı hazırlayan Sevgi Hastane'si başhekimi Doç Dr. Barış Diren ve Sayın Ceyla Diren'e teşekkürlerimi sunarım.

## KAYNAKLAR

Aggleton, P. (1990) "Health", London, J & L Composition Ltd.

Benson, D.S. (1992) "Measuring Outcomes in Ambulatory Care", American Hospital Publishing.

Brazier, J.E. ve diğerleri (1992) "Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: New Outcome Measure for Primary Care", British Medical Journal. 305, 18 July. Ss.160-164.

Brook, R.H. ve McGlynn, E.A. (1991) "Maintaining Quality of Care", in Ginzberg, E. (eds) Health Services Research Key to Health Policy, London. Harvard University Press.

Elinson, J. ve diğerleri (1977) "Health Goals And Health

Indicators: Policy, Planning, and Evaluation", AAAS Selected Symposium 2. Westview Press.

Garratt, A.M. ve diğerleri (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.

Greenfield, S. ve Nelson, E.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.

Guyatt, H. ve diğerleri (1993) "Measuring Health-Related Quality of Life", Annals of Internal Medicine. 118. Ss.622-629.

Hill, S. ve diğerleri (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.

Jenkins, D.C. (1992) "Assessment of Outcomes of Health Interventions", Social Science Medicine. 35(4). Ss.367-375.

Jette, D.U. ve Downing, J. (1994) "Health Status of Individuals Entering a Cardiac Rehabilitation Program as Measured by the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Survey (SF-36)", Physical Therapy. 74(6). Ss.521-527.

Keith, R.A. (1994) "Functional Status and Health Status", Arch. Phys. Med. Rehabil. 75, April. Ss.478-483.

Larson, J.S. (1991) "The Measurement of Health: concepts and indicators", New York. Greenwood Press.

Long, A.F. ve Scott, D.L. (1994) "Measuring Health Status and Outcomes in Rheumatoid Arthritis within Routine Clinical Practice", British Journal of Rheumatology. 33. Ss.682-685.

McDowell, I. ve Newel, C. (1987) "Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires", New York. Oxford University Press.

McHorney, C.A. ve diğerleri (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".

Patrick, D.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, D.L. ve Bergner, M. (1990) "Measurement of

Health Status in The 1990s", Annual Review of Public Health. 11. Ss.165-183.

**Patrick, D.L. ve Erickson, P.** (1993) "Health Status and Health Policy: Allocating Resources to Health Care", Oxford University Press.

**Smith, G.T.** (1983) "Measuring the Social Benefits of Medicine", London, OHE.

**Sorenson ve Luckman** (1991) "Medical Surgical Nursing", Mosby Company.USA

**Stewart ve diğerleri** (1988) "The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and validating in a patient population", Medical Care. 26.(7). ss.724-731.

**Ware, J.E. ve Sherbourne, C.D.** (1992) "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection", Medical Care. 30(6). Ss.473-483.