T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ UMUTSUZLUK DÜZEYİ, SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Ezgi KINICI

Referans no: 10130839

EDİRNE-2018

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ UMUTSUZLUK DÜZEYİ, SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Ezgi KINICI

Tez No:

EDİRNE-2018

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Ezgi KINICI tarafından tez başlığı "Kalp Yetersizliği Hastalarının Umutsuzluk Düzeyi, Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **07/05/2018** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Serap ÜNSAR

JÜRİ BAŞKANI

İmza

Prof. Dr. Ülkü KARABACAK

ÜYE

İmza

Dr. Öğretim Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

ÜYE (Danışman)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin ve tez çalışmam süresince yardım ve desteği için değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN'a, veri toplama aşamasında her türlü yardımı sağlayan Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı hekim, hemşire ve çalışanlarına, hayatımın her döneminde bana inanan, güvenen ve desteklerini benden hiç esirgemeyen babam Recep KINICI, annem Ayşe KINICI başta olmak üzere tüm aileme en içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI** 3
- **KALP YETERSİZLİĞİNİN TANIMI** 4
- **KALP YETERSİZLİĞİNİN ETİYOLOJİSİ** 4
- **KALP YETERSİZLİĞİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ** 5
- **KALP YETERSİZLİĞİNİN BELİRTİ VE BULGULARI** 5
- **KALP YETERSİZLİĞİNİN EVRELENDİRİLMESİ VE FONKSİYONEL SINIFLANDIRMASI** 6
- **KALP YETERSİZLİĞİNDE TANI** 7
- **KALP YETERSİZLİĞİNDE TEDAVİ** 8
- **KALP YETERSİZLİĞİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI** 10
- **KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA SAĞLIK DAVRANIŞLARI** 13
- **KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA UMUT VE UMUTSUZLUK** 14
- **KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ** 16

GEREÇ VE YÖNTEMLER 18

BULGULAR 23

TARTIŞMA 43

SONUÇ VE ÖNERİLER 52

ÖZET 54

SUMMARY **56**
KAYNAKLAR **58**
TABLOLAR LİSTESİ **67**
ÖZGEÇMİŞ **69**
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ:	Beden Kitle İndeksi
BUÖ:	Beck Umutsuzluk Ölçeği
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
KVH:	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları
KY:	Kalp Yetersizliği
KYSDÖ:	Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği
MKYYA:	Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi
NHYA:	New York Heart Association
SVEF:	Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde sağlık ve teknoloji alanındaki gelişmeler, bireylerin yaşam süresinin uzamasına ve dolayısıyla yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. Yaşlı nüfusta görülen bu artışlar ile birlikte kronik hastalıkların görülme oranları da giderek artmaktadır (1,2).

Kronik hastalıkların önemli bir kısmını oluşturan kardiyovasküler sistem hastalıkları (KVH), dünyadaki ölüm sebepleri arasında ilk sırada bulunmaktadır (3,4). KVH'nin yüksek mortalite ve morbiditeye sahip olmasının majör sebeplerinden biri olan kalp yetersizliği (KY), sık sık hastaneye yatış ve yüksek maliyet gerektiren, hayatı tehdit eden önemli bir sağlık problemidir (2,3,5). KY prevalansı incelendiğinde, Amerika'da 6,5 milyon, Türkiye'de de yaklaşık 2,5 milyon erişkinde KY bulunduğu belirlenmiştir (6,7).

Kalp yetersizliği; kalbin sistolik veya diyastolik fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak kalp içi basınçta artışın ya da kalp debisinde azalmanın olduğu, nefes darlığı, yorgunluk, iştahsızlık, ödem gibi semptomların görüldüğü bir sendromdur (8-10). KY'ye bağlı olarak görülen bu belirtiler, bireylerin fonksiyonel kapasiteleri üzerinde olumsuz bir etki yaratarak, psikososyal iyilik düzeyinin ve yaşam kalitesinin bozulmasına, umutsuzluk yaşamalarına neden olmaktadır (11-14).

Umut, kavram olarak bireyin yaşamdan anlam bulmasını sağlayan ve birey için önem arz eden iyi bir geleceğin yaşanılma beklentisi şeklinde tanımlanırken; umutsuzluk, geleceğe yönelik olumlu beklentilerin olmaması ve karamsar bir tutumun sergilenmesi olarak tanımlanmaktadır (15-18). KY olan hastalar ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastaların umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiş olup, umutsuzluğun hem kalp yetersizliğine bağlı olarak görüldüğü, hem de bu hastalığın ortaya çıkışına neden olduğu belirtilmektedir (14,19). Loomba ve arkadaşlarının (20) yaptığı çalışmada bir haftanın yarısından fazla bir

zamanda umutsuzluk gibi depresyon belirtilerini gösteren bireylerde koroner arter hastalığı (KAH), miyokart infarktüsü, KY ve inme görülme prevalansının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kalp yetersizliği olan hastaların geleceğe ilişkin umutsuzlukları, hastalığa uyumlarını ve dolayısıyla kendilerinden beklenilen sağlık davranışlarını istenilen düzeyde yerine getirmelerini engelleyebilmektedir (14,17). Sağlık davranışı; kişilerin sağlıklı olabilmek adına inandığı ve yaptığı faaliyetler ile sağlıklı oldukları dönemlerde yaptığı sağlığı koruyucu davranışlar olarak tanımlanmaktadır (21,22). KY olan bireylerin kendilerinden beklenilen sağlık davranışlarına (diyet programları, bireysel izlemler, öz bakım vb.) gösterdikleri uyum düzeyleri; fonksiyonel kapasitelerini, hastalık semptomlarının şiddetini, hastaneye yatış sıklığını ve yaşam süresini etkilemektedir (23). Yapılan çalışmalarda da bireylerin tedavilerine ve diyetine uyum göstermemeleri, sağlık düzeyleri ve hastaneye yatış sayısını etkilediği görülmüştür (24,25). Bu durum da bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (21,26).

Yaşam kalitesi öznel bir ifade olup, bireylerin içinde bulundukları kültür ve değer sistemlerindeki beklentileri, hedefleri ve standartlarının yaşamdaki yeri ile ilgili olan algılarıdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireylerin bedensel ve ruhsal yönden algıladıkları sağlık algısıdır (27). Zambroski ve arkadaşlarının (28) yaptığı çalışmada KY olan hastaların semptom yükü ve prevalansındaki artışların, yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur.

Bu nedenle sağlık ekibi üyeleri, özellikle de hastalar ile daha fazla vakit geçiren hemşireler hastaların umut düzeylerinin farkında olmalı, umut düzeyine etki eden faktörleri bilmeli, bunları hastaya ve ailesine açıklamalı ve bireylerin korku ve endişelerini ifade etmesine olanak tanımalıdır. Ayrıca olumlu kişilerarası ilişkiler geliştirme, bireylere hastalıkları ve tedavi süreci ile ilgili doğru ve güvenilir bilgiler verme, bireyler ile birlikte kısa vadeli hedefler oluşturarak, bu hedeflerin başarılmasına yardımcı olma gibi umudu geliştirme stratejilerini kullanarak bireylerin umut düzeyini yükseltmeye çalışmalıdır. Bununla birlikte bireylere ve ailelerine istendik sağlık davranışlarının ve bireysel izlemin önemi hakkında yeterli bilgi vermeli, bireylerin bu davranışları doğru bir şekilde uygulayıp uygulamadıklarını ve bu davranışların sonuçlarını kontrol etmeli ve beklenilen sağlık sonuçlarını hastaya ve ailesine açıklamalıdır.

Bu tez çalışması ile kalp yetersizliği olan hastalarda umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI

Günümüzde teknoloji alanında yaşanılan gelişmeler ile birlikte tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin giderek artması, erken yaşta meydana gelen ölüm oranlarının azalmasına ve yaşam süresinin uzamasına olanak sağlamıştır. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı nüfus artışına paralel olarak kronik hastalıkların insidans ve prevalansı da artmıştır (1, 2).

Kronik hastalıkların insidans ve prevalansına bakıldığında, KVH gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkenin önemli bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) 2015 yılı verilerine göre 17,7 milyon kişi KVH'den dolayı hayatını kaybetmiş (29) ve dünyadaki ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır (4).

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığının 2015 yılı raporuna göre Amerika'da meydana gelen 614.348 ölüm, kalp hastalıklarından kaynaklanmış ve ölüm nedenleri arasında KVH ilk sırayı almıştır (30). Avrupa'daki ölümlere bakıldığında ise, Avrupa Birliğine üye olan ülkelerdeki ölümlerin %38'inin (1,9 milyon), Avrupa Birliğine üye olmayan ülkelerdeki ölümlerin ise %54'ünün (2,1 milyon) KVH'den kaynaklandığı bildirilmiştir (31).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de 2016 yılında gerçekleşen tüm ölümlerin %39,8'inin nedenini KVH oluşturmakta, dünyada ve Amerika'da olduğu gibi ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca KVH nedenli ölümlerin %40,5'inin (65.897) iskemik kalp hastalığından, %23,6'sının (38.395) serebrovasküler hastalıklardan ve

%22,3'ünün diğer kalp hastalıklarından kaynaklandığı bildirilmektedir (32). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından ülkemizde yapılan ve 2017 yılında yayınlanan TEKHARF çalışmasına göre, 1990-2016 yılları arasında takip edilen bireylerde (72.350 kişi/yılı süreli takip) gerçekleşen toplam 906 ölümün %42'sinin (357) nedeninin KVH olduğu belirlenmiştir (33).

KALP YETERSİZLİĞİNİN TANIMI

Kalp yetersizliği (KY); mortalitesi, morbiditesi, bakım maliyeti ve prevalans düzeyi yüksek olan önemli sağlık sorunlarından biridir (34,35). 70 yılı aşkın bir süredir Kardiyologlar tarafından çeşitli KY tanımları yapılmıştır. Thomas Lewis tarafından yapılan ilk tanıma göre KY; kalbin içeriğini yeterince boşaltamadığı durumdur. Paul Wood ise KY'yi, kalbin dolum basıncının yeterli olmasına rağmen, vücudun ihtiyaçları için gerekli olan dolaşımı, kalbin yeterli düzeyde sağlayamadığı durum olarak tanımlamıştır (26). KY ile ilgili yapılan ilk tanımlamalarda genellikle sol ventrikülün disfonksiyonu üzerinde durulurken, günümüzde hastalık bulgularıyla birlikte bir sendrom olarak tanımlanmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir (36).

Günümüzdeki tanıma göre KY; kalbin ventriküler dolumunda veya kan pompalama görevinde herhangi bir yapısal veya işlevsel bozukluğun olduğu karmaşık bir klinik sendromdur (37). Stres durumunda ya da dinlenme sırasında intrakardiyak basıncın artmasına ya da kardiyak outputun azalmasına sebep olan, nefes darlığı, yorgunluk, iştahsızlık, pulmoner konjesyon, periferal ödem gibi semptomlarla karakterizedir (8,9).

Kalp yetersizliği; perikard, miyokart, endokard, kalp kapakçıkları veya ana damarlardaki bozukluklara, bazı metabolik anormalliklere ve çoğunlukla da sol ventrikül miyokart disfonksiyonuna bağlı olarak gelişmektedir (37,38).

KALP YETERSİZLİĞİNİN ETİYOLOJİSİ

Kalp yetersizliği nedenleri dünya bölgelerine göre çeşitlilik göstermektedir. Afrika ve Afro-Amerikan topluluklarda hipertansiyon önemli bir neden iken, Batı toplumlarının üçte ikisi için neden KAH'tır (38).

Genel olarak KY'nin en sık görülen nedeni, KAH'tır. Hastaların akut miyokart infarktüsü öyküsünün olması da KY'nin gelişme riskini önemli oranda arttıran nedenlerden bir diğeridir. Ayrıca hipertansiyon, kapak hastalığı, kardiyomiyopati, diyabetes mellitus, obezite, hiperlipidemi, aile öyküsünde KY olan bir bireyin varlığı ile sigara ve alkol kullanımı da önemli risk faktörleri arasında bulunmaktadır (6,39-42).

KALP YETERSİZLİĞİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyada yaklaşık 26 milyon yetişkin KY ile yaşamaktadır. Yaşın artışı ile orantılı olarak KY görülme oranı da artmakta ve erkeklerde kadınlardan daha sık görülmektedir (7,38,41,42). Amerika'da 6,5 milyon bireyde KY bulunmakta ve bu sayıya yıllık 960 bin yeni KY olgusu eklenmektedir. Ayrıca 2030 yılına kadar 8 milyondan fazla kişide KY olgusunun gelişeceği tahmin edilmektedir. 65 yaş üzeri KY insidansı incelendiğinde ise, yaklaşık her 1000 kişiden 21'inde KY geliştiği görülmektedir (6).

Türkiye'de KY prevalansını belirleyen tek çalışma, Değertekin ve arkadaşları (7) tarafından yapılan Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri: HAPPY Çalışması" isimli saha çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre Türkiye'de %6,9'luk bir prevalans ile yaklaşık 2 milyon 424 yetişkin bireyde KY bulunmaktadır.

Kalp yetersizliği tanısı konulduktan sonra, hastaların hastaneye yatışları artmakta (5,43) ve birçoğu beş yıl içinde hayatını kaybetmektedir. İstatistiklere bakıldığında, beş yıllık ölüm oranı genel olarak %52,6 iken, 60 yaşındakiler için bu oran %24,4 ve 80 yaş grubu için %54,4'tür (6,41,44).

KALP YETERSİZLİĞİNİN BELİRTİ VE BULGULARI

Kalp yetersizliğinde belirtiler; hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre, KY oluşumunun altında yatan nedene göre ve kullanılan tedavilere göre değişiklik göstermektedir (45). Belirtiler genellikle su ve sodyum tutulumuna bağlı olarak ya da düşük kalp debisine bağlı olarak görülmektedir (38,46). En sık görülen belirtiler; nefes darlığı, yorgunluk ve periferik ödemdir. Nefes darlığı genellikle eforla birlikte ortaya çıkmakta olup, daha ileri vakalarda dinlenme esnasında da görülebilmektedir (38).

Kalp debisinin azalmasıyla solunum güçlüğü, yorgunluk, düşük egzersiz kapasitesi ve bilinç değişiklikleri görülebilmektedir. Kanın pulmonerlerde birikmesiyle pulmoner arter basıncında artış (PATB >18 mmHg) görülmekte ve dispne yaşanmaktadır. Pulmoner arter basıncının daha da artmasıyla birlikte (PATB 25-28 mmHg) pulmoner ödem gelişmektedir (41). Özellikle pulmoner ödem varlığında ortopne ve paroksismal noktürnal dispne ortaya çıkabilmektedir (38).

Sağ ventrikül yetersizliğine bağlı olarak da juguler venlerde dolgunluk, hepatomegali, periferik ödem ve karında asit birikimi görülmektedir (41).

KALP YETERSİZLİĞİNİN EVRELENDİRİLMESİ VE FONKSİYONEL SINIFLANDIRMASI

Kalp yetersizliğinin şiddetinin saptanmasında genellikle New York Kalp Cemiyeti'nin (New York Heart Association/NYHA) ve Amerikan Kalp Birliği (American College of Cardiology/American Heart Association/ACC/AHA)'nin sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. NYHA'nın sınıflandırma sisteminin temelini, KY'nin semptomları ile egzersiz kapasitesi oluştururken (Tablo 1); Amerikan Kalp Birliği (ACC/AHA)'nin sınıflandırma sisteminin temelini ise kalbin yapısal anormallikleri oluşturmaktadır (Tablo 2) (37,47,48).

Tablo 1. Kalp yetersizliğinin New York Kalp Cemiyeti'ne göre sınıflandırılması (46)

Semptomların ciddiyetini ve fiziksel aktiviteyi temel alan New York Kalp Cemiyeti işlevsel sınıflaması	
Sınıf I	Fiziksel aktivite kısıtlanması yok. Olağan fiziksel etkinlik beklenenin üzerinde nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açmaz.
Sınıf II	Hafif etkinlik kısıtlanması. Dinlenme sırasında rahattır, ancak olağan fiziksel aktivite beklenenin üzerinde nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açar.
Sınıf III	Belirgin fiziksel etkinlik kısıtlanması. Dinlenme sırasında rahattır, ancak olağan düzeyin altında fiziksel aktivite nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açar.
Sınıf IV	Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdürememe. Dinlenme sırasında belirtiler olabilir. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artar.

Tablo 2. Kalp yetersizliğinin Amerikan Kalp Birliği'ne göre sınıflandırılması (36,37)

Evre A	Asemptomatik, kalp hasarı yok ancak kalp yetersizliği için risk faktörleri var.
Evre B	Asemptomatik, yapısal kalp hasarı ve sol ventrikül fonksiyon bozukluğu var.
Evre C	Kalp hasarıyla birlikte semptomatik
Evre D	Refrakter ve son dönem kalp yetersizliği

KALP YETERSİZLİĞİNDE TANI

Kalp yetersizliği belirtilerinin birçoğu nonspesifik belirtiler olduğu için ayırıcı tanının yapılması zordur. Özellikle belirtileri daha hafif düzeyde yaşayan hastalarda KY'nin spesifik belirtileri daha nadir görüldüğünden, duyarlılık daha düşük düzeydedir. Bu nedenle tanısında KY şüphesi olan hastalarda sağlık öyküsü ve fiziksel bulgular ile ekokardiyografi, elektrokardiyografi, laboratuvar testleri (tam kan sayımı, Natriüretik Peptik, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolit düzeyleri, troid stimulan hormon) göğüs radyogramı ile temel incelemelerin yapılması gerekir. Ayrıca gerekli görülürse egzersiz testi, transözofajiyal ve stres ekokardiyografileri, manyetik rezonans görüntüleme, kalp kateterizasyonu, bilgisayarlı tomografi gibi ileri analiz yöntemleri de kullanılabilmektedir (41,46).

Ayrıca KY tanısının daha kolay bir şekilde konulabilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen birçok klinik kriter bulunmaktadır. Bu klinik kriterlerden en önemlileri Boston ve Framingham kriterleridir. Boston kriterleri en sık görülen belirtiler, fizik muayene ve laboratuvar test sonuçlarının puanlanması yöntemine dayanmakta olup; Framingham kriterleri en sık görülen belirti, bulgu ve laboratuvar test sonuçlarının sıklığına göre oluşturulan majör ve minör kriterlerin KY olduğu belirlenen hastada bulunma durumu esasına dayanmaktadır (Tablo 3) (49,50).

Tablo 3. Framingham kriterleri (51,52)

Majör kriterler	**Minör kriterler**
Paroksismal noktürnal dispne	Bilateral ayak bileği ödemi
Juguler venöz dolgunluk	Noktürnal dispne
Pulmoner raller	Olağan eforda dispne
Radyografik kardiyomegali	Hepatomegali
Akut pulmoner ödem	Plevral efüzyon
Üçüncü kalp sesi	Vital kapasitenin 1/3 azalması
Santral venöz basınç > 16cm H_2O	Kalp hızı ≥120/dk
Hepatojuguler reflü	
Otopsi: Pulmoner ödem, viseral konjesyon veya kardiyomegali **Ağırlık kaybı:** KY tedavisine 5 günde cevap, ≥ 4,5 kg	

*Tanı için 2 major veya 1 major ve 2 minör kriterin bulunması gerekir.

KALP YETERSİZLİĞİNDE TEDAVİ

Kalp yetersizliği tedavisinin en temel hedefi öncelikle mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır. KY'ye neden olan faktörlerin belirlenmesi ve kontrol altına alınması, prognozunun belirlenmesi, izlenmesi ve ilerlemenin engellenmesi KY tedavisi için büyük önem arz eder (41,42,48).

Tedavide amaç; afterload ve preloadı düşürmek, nabız kontrolünü sağlamak ve kalp kontraktilitesini güçlendirmek ve bu sayede KY'nin kontrol altında tutulmasını sağlamak, yaşam kalitesini artırmak ve beklenen yaşam süresini uzatmaktır (41,48,51).

Kalp yetersizliğinin tedavisinde farmakolojik, cerrahi ve cerrahi dışı cihaz kullanımı gibi tedavilerin yanı sıra hemşirelik bakımı çok önemlidir (42).

Farmakolojik Tedavi

Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri: Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE-İ), anjiotensin I'in, anjiotensin II'ye dönüşmesini sağlayan enzimin aktivasyonunu inhibe eder (9,38). KY tedavisinde ilk olarak kullanılan ilaç grubudur. Venlerde ve arterlerde vazodilatasyon sağlayarak, afterload ve preloadı azaltır, kardiyak outputu arttırır, ventriküler hipertrofinin gelişimini ve ilerlemesini önler (41,48).

Anjiotensin II reseptör blokerleri: Anjiotensin II Tip I reseptörlerini etkileyerek anjiotensin II'nin salınımını engeller. Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinin (ACE-İ) tolere edilemediği, öksürük ve anjioödemin geliştiği durumlarda anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinin (ACE-İ) alternatifi olarak kullanılmaktadır (9,41,51).

Beta blokerler: Semptomatik düşük SVEF'li KY'de mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Beta 1 ve 2 reseptörlerinin blokajını sağlayarak, kalp hızını yavaşlatır ve myokardın kontraksiyon gücünü azaltır. Ayrıca renin-anjiyotensin sisteminin faaliyetlerini azaltırken, natriüretik peptid düzeyini yükseltir. Beta blokerlerin diüretikler ve anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ile birlikte kullanımı önerilmektedir (9,41,51).

Mineralokortikoit/Aldosteron reseptör antagonistleri: Aldosterona bağlanan reseptörleri ve steroid hormonları bağlayan reseptörlerin aktivasyonunu engeller.

Mortalitenin ve hospitalizasyonun azaltılması amacıyla düşük SVEF'li tüm KY hastalarında kullanılması önerilmektedir (9).

Diüretikler: KY ile ilişkili nefes darlığı, ödem, juguler ven distansiyonu gibi sıvı retansiyonuna bağlı olarak meydana gelen belirti ve bulguların giderilmesi ve egzersiz kapasitesinin arttırılması amacıyla kullanılmaktadır (9,51).

Dijital glikozidler: Kalp glikozidleri miyokartın kontraktilite gücünü arttırırken; atrioventriküler ileti hızını düşürüp, kalp hızını azaltarak etki göstermektedir. Semptomatik KY bulguları ve ventriküler hızı yüksek atriyal fibrilasyonu olan hastalarda ventriküler hızın düşürülmesi amacıyla kullanılmaktadır (41,46,48).

Hydralizin ve isosorbid dinitrat kombinasyonu: Genel olarak bu kombinasyon, damarlarda vazodilatasyon sağlayarak preloadı ve afterloadı düşürür. Böylece kalbin iş yükünü hafifletip, kardiyak outputu arttırır. Ancak bu kombinasyonların sadece anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE-İ) ve anjiotensin II reseptör blokerlerini (ARB) tolere edemeyen hastalarda kullanılması önerilmektedir (9,41).

Cerrahi tedavi ve cerrahi dışı cihaz kullanımı

Kalp yetersizliğinin cerrahi tedavisi, KY oluşumunun altında yatan nedenin tedavi edilerek ortadan kaldırılmasına dayanmaktadır. KY'nin cerrahi tedavileri arasında koroner revaskülarizasyon, kapak cerrahisi, kalp transplantasyonu ve mekanik dolaşım desteği bulunmaktadır. Özellikle kalp transplantasyonu ve mekanik dolaşım desteği tedavileri, son dönem KY hastalarında önerilmektedir (46).

Cerrahi dışı tedavide ise en sık kullanılan yöntemler, implante edilebilen kardiyoverter-defiblatör (ICD) ve kardiyak resenkronizasyon tedavisidir (KRT) (9).

İmplante edilebilen kardiyoverter-defiblatör: Özellikle hafif semptomlu olan KY tanısı konulan hastalarında gerçekleşen ölümlerin büyük bir kısmı; ventriküler aritmi, bradikardi ya da asistol gibi kalbin elektriksel faaliyet bozukluklarından kaynaklanmakta ve ani, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkmaktadır. İmplante edilebilen kardiyoverter-defiblatörler (ICD), bradikardinin önlenmesinde ve potansiyel ölümcül ventriküler aritmilerin düzeltilmesinde etkilidir. NYHA Sınıf II ya da III'te olan KY tanısı konulan hastalar ile

hemodinaminin bozulmasına neden olan ventriküler aritmi yaşamış hastaların tüm ölüm nedenlerini ve ani ölüm risklerini azaltmada, en az 3 aylık optimum medikal tedaviye rağmen SVEF ≤ %35 olduğu durumlarda, fonksiyonel kapasitesi iyi olan ve sağ kalım beklentisi bir yıldan fazla olan hastalarda, dilate kardiyomyopatisi olan hastalarda ve myokard enfarktüsü sonrası 40 gün geçmiş olan iskemik kalp hastalığı bulunan hastalarda implante edilebilen kardiyoverter-defiblatörlerin (ACE-İ) kullanımı önerilmektedir. Ayrıca implante edilebilen kardiyoverter-defiblatörler (ACE-İ), kardiyak arrest sonrasında hayatta kalan bireylerde ve devamlı semptomatik ventriküler aritmisi olan bireylerde de mortaliteyi azaltmaktadır (9).

Kardiyak resenkronizasyon tedavisi: Hastalarda kardiyak performansın ve iyilik halinin artırılmasını, semptomların azaltılmasını, morbidite ve mortalitenin azaltılmasını sağlar. Optimum medikal tedaviye rağmen SVEF ≤%35 ile birlikte sol dal bloğu (LBBB) olan ve olmayan olgularda, QRS süresi ≥150 msn olan semptomatik hastalarda bu tedavi yönteminin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca atriyal fibrilasyonu olan hastaların, kalp pili endikasyonu varlığında ve yüksek derecede atriyoventriküler bloğunun (AV bloğu) olduğu durumlarda NHYA sınıflamasına bakılmaksızın düşük SVEF'li KY'de, klasik kalp pili yerine kardiyak resenkronizasyon tedavisinin (KRT) kullanımı önerilmektedir (9).

KALP YETERSİZLİĞİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kalp yetersizliğinde hemşirelik bakımının genel amacı; hastaların ilaç gereksinimlerini ve hastalık semptomlarını azaltmak, tekrarlı yatışların önüne geçmek, yaşam kalitesini yükseltmek ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini mümkün olan en üst düzeyde bağımsız olarak yerine getirmelerini sağlamaktır. Bu nedenle KAH, diyabet ve hipertansiyon gibi etiyolojik risk faktörlerinin ve KY semptomlarının kontrol altında tutulmasını sağlayan ve hastalık prognozu üzerinde etki oluşturabilen sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesi önemlidir (41,49,53).

Sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesinde ve tedaviye uyumun arttırılmasında hemşirelere büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir (48). Hemşirelerin bu konudaki rol ve sorumluluklarından başlıcaları; KY tanısı konulan hastaların bakım gereksinimlerini tam olarak belirlemek, hastalık semptomlarının hafiflemesine ve hastaların hemodinamik dengelerinin korunmasına yardımcı olmaktır (54).

Hastaların bakım gereksinimleri doğrultusunda oluşturulabilecek girişimler ise genel olarak sağlıklı yaşam biçimi ve öz bakım davranışlarının benimsenmesi, psikososyal desteğin

sağlanması, tedaviye uyum sağlama, uygun fiziksel egzersiz ve istirahat, uygun beslenme şeklinin benimsenmesi ve bunlara yönelik yapılan sağlık eğitim programları ile hasta ve ailesinin eğitimi yer almaktadır (48,49,53).

Hasta ve ailesinin eğitiminde multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi ve etkili bir bilgilendirme, uzun dönemli tedavi planına uyumun sağlanabilmesi açısından oldukça önemlidir (48,49). Yapılan meta analiz çalışmalarında düzenlenen eğitim programlarının hastaların tedaviye uyumunu ve öz bakım davranışlarını arttırdığı, tekrarlı hastaneye yatışları ve mortalite oranlarını azalttığı belirlenmiştir (55,56).

Hemşireler, KY olan hastaların öz bakım yönetimlerini sağlamaları için aşağıda yer alan başlıklar doğrultusunda hasta eğitimlerini planlamalıdırlar.

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite KY olan hastalarda; egzersiz kapasitesini arttırarak, egzersiz sırasındaki semptomları azaltmakta, böylece yaşam kalitesini yükselterek, mortaliteyi ve hastaneye yatış oranlarını düşürmektedir. Ayrıca kalp hızındaki değişkenlikler ve nörohormonal aktivasyonların sebep olabileceği kötü sonuçlar üzerinde de düzenli egzersizlerin iyileştirici etkisi bulunmaktadır (9,57).

Sodyum ve Sıvı Kısıtlaması

Vücut sıvı miktarının dengede tutulması, KY olan hastalar için çok önemlidir. Hipervolemi durumunda genellikle KY semptomları kötüleşebilmekte ve sıklıkla intravenöz diüretikler, modifiye sodyum ve sıvı alımı ya da ek müdahaleler ile tedavi edilmesi gerekebilmektedir. Bununla birlikte ateş, diyare, kusma gibi nedenlerle sıvı kaybının artması, diüretiklerin fazla kullanımı ya da hastanın yetersiz sıvı alımı durumlarında da hipovolemi görülebilmektedir. Sıvı dengesinin sağlanamaması durumlarında ise renal fonksiyonlar ve serum elektrolit düzeyleri etkilenebilmektedir (57).

Vücut sıvı dengesi, KY olan hastalarda değişkenlik gösterdiği için, günlük sıvı alımının bireylerin vücut ağırlığı ile bulundukları ortamların ısı ve nem oranlarını dikkate alınarak belirlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle hastaların günlük kilo kontrolünün yapılması ve üç gün içinde iki kilogramlık bir artışın olup olmadığının takip edilmesi tavsiye edilmektedir. Özellikle eş zamanlı hiponatremisi ve ağır semptomları olan son dönem hastalarında, günde 1,5 - 2 litre sıvı sınırlaması önerilmektedir (9,57).

Sodyum kısıtlamasının yapılmasını destekleyen yeterli çalışma bulunmadığı için mevcut klinik uygulamalarda tüm hastalara sodyum kısıtlamasının yapılması önerilmemektedir (9,57).

Beslenme ve Kilo Kontrolü

Kalp yetersizliği, artmış istirahat metabolizma hızı ve katabolik/anabolik dengesizlikler ile ilişkilidir. Bu nedenle optimal beslenmenin sağlanabilmesi ve korunması amacıyla KY olan hastalara, sağlıklı beslenme konusunda tavsiyeler verilmelidir. Hastaların öğünlerini daha küçük porsiyonlar şeklinde alması ve daha sık yemek yemeleri önerilmektedir. Özellikle kaşektik hastalar için kalori ve protein besin desteği faydalı olabilmektedir (57).

Obezite, KY'nin gelişme olasılığını arttırabilmekte ve semptomları kötüleştirebilmektedir. Bununla birlikte KY'ye bağlı olarak gelişen iştahsızlık, karaciğer ve bağırsak disfonksiyonu, sistemik inflamasyon ve nörohormonal mekanizmaların aktivasyonları ile besin alımı azalabilmektedir. Bu durum da KY olan hastalarda kaşeksi oluşumuna ve dolayısıyla sert bir prognozun gelişimine ve düşük yaşam kalitesine neden olabilmektedir. Bu nedenle KY olan hastalarda kilo kontrolünün yapılması önemlidir. Ayrıca günlük kilo takibi ödem oluşumunun takibi açısından da büyük bir önem arz etmektedir. Özellikle 3 günde, 2 kg'dan fazla beklenmeyen bir kilo artışı ödeme işaret etmektedir (9,57).

Hastaların beden kitle indeksine (BKİ) göre zayıflama önerilerine bakıldığında ise; BKİ< 35 kg/m^2 olan hastalarda kilo kaybı önerilmezken, daha ileri derecede obezitesi olanlarda (BKİ 35-45 kg/m^2), semptomları ve egzersiz kapasitesini yönetebilmek amacıyla kilo vermeleri önerilmektedir (9).

Sigara ve Alkol Tüketimi

Sigara, KVH'nin gelişimindeki en önemli risk faktörüdür. Ayrıca KY'de semptomların kötüleşmesine ve fiziksel performansı düşüren pulmoner hastalıkların ve kanserlerin gelişimine neden olmaktadır. Bu nedenle KY tanısı konulan hastaların sigara kullanmaması gerekmektedir (9,57).

Alkol tüketimi, sol ventrikül sistolik disfonksiyonu olan hastalarda kötü prognoza neden olmamakla birlikte, iskemik sol ventrikül disfonksiyonu olan hastalarda ölümcül miyokard enfarktüsü riskini de azaltabilmektedir. Ayrıca hafif ile orta dereceli alkol tüketiminin, KY riskini azaltabileceği de ileri sürülmektedir. Bu nedenle normal alkol kılavuzlarının belirlediği miktarda alkol tüketilmesinde herhangi bir sakınca bulunmamaktadır. Buna göre; erkeklerde

günlük 2 ünite, kadınlarda ise günlük 1 ünite alkol alınması önerilmektedir (1 ünite; bir bardak şarap, ½ büyük bira bardağına denk gelmektedir). Sadece alkole bağlı kardiyomiyopatisi olan KY olan hastalarda ise alkolün tamamen bırakılması önerilmektedir (9,57).

Enfeksiyondan Korunma

İnfluenza ve pnömokok enfeksiyonları, morbidite ve mortalite ile doğrudan ilişkili önemli iki enfeksiyöz durumdur. KVH'de pulmoner enfeksiyonlar olumsuz etki oluşturmaktadır. Bu nedenle sonuçların iyileştirilmesinde aşılamanın potansiyel faydası bulunmaktadır (58).

Kalp yetersizliği tanısı konulan hastalarda aşılamanın gerçek risk ve faydalarının belirlenmesi için yapılan klinik araştırmalar yetersiz olmasına rağmen, bir meta analiz çalışmasında influenza aşısının düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY hastalarında mortalite riskini azalttığı, akut bakteriyel pnömoninin, KY'nin ve KVH'nin artışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (58). Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology) tarafından influenza ve pnömokok enfeksiyonlarına karşı aşı yaptırılması önerilmektedir (9).

Cinsel Aktivite

Kalp yetersizliği semptomları ve kardiyak ilaçlar cinsel problemlere neden olabilmektedir. Ayrıca hem hastalar hem de partnerleri kardiyak ölüm ve semptom artışına ilişkin korku yaşamaktadırlar. Bu nedenle KY olan hastalarda cinsel sorunlar sık görülmektedir. Erektil disfonksiyonun oluşmasına neden olabilen faktörlerin ortadan kaldırılması, gerekli farmakolojik tedavinin başlatılması ve cinsel danışmanlık için bir uzmana başvurulması önerilmektedir (9,57).

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Sağlık davranışı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması amacıyla yapılan aktiviteler bütünü olarak tanımlanmaktadır (59). Sağlığın korunabilmesi ve devam ettirilmesi için bireylerin bilinçli bir şekilde olumlu sağlık davranışlarını geliştirip, bu davranışları yaşam biçimi haline dönüştürmesi esastır (60).

Olumlu sağlık davranışları; aşılamanın yapılması, egzersiz yapma, düzenli beslenme ve stres yönetimi gibi faaliyetler olup; sağlığın korunması, yeniden kazandırılması ve hastalıkların önlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Olumsuz sağlık davranışları ise, sigara ve

aşırı alkol tüketimi, uyuşturucu kullanımı, kötü beslenme ve hastalık durumunda tedaviye uyumsuzluk gibi sağlık için zararlı olan uygulamaları içermektedir (61).

Bireylerin ortaya koydukları sağlık davranışları; benimsedikleri değer yargıları, inanç ve beklentileri, tutum ve alışkanlıkları gibi bireysel özelliklerden, kültürden, sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyinden etkilenmektedir. Bununla birlikte bireylerin istendik sağlık davranışlarını ortaya koymalarında ve bu davranışları göstermedeki isteklerini belirten algılama biçimleri de ön plana çıkmaktadır (21,22). Ayrıca hastaların, hastalığın sebep olduğu birtakım sınırlılıklar ile yaşayabilmeleri ve istendik sağlık davranışlarını göstermede gerekli sorumlulukları alabilmeleri için psikolojik olarak duruma uyum sağlayabilmeleri çok önemlidir (21). Kardiyak hastalar ile yapılan bir çalışmada depresyon semptomları olan hastalarda depresyonun tedavi edilmesinin, hastalığa ve hastalığın tedavisine uyumu kolaylaştırdığı ve istenilen sağlık davranışlarına uyumu arttırdığı bulunmuştur (62).

Hastalıkların önlenmesi ile birlikte yaşam boyu hastalık risklerinin de en aza indirilmesinde sağlıklı yaşam biçiminin benimsenerek, sağlık davranışlarının gösterilmesi büyük bir önem taşımaktadır (63). Yapılan çalışmalarda da olumlu sağlık davranışlarını benimseyen bireylerde KY gelişme riskinin, benimsemeyen bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (63,64).

Hastaların istendik sağlık davranışlarını benimsememeleri, hastalığa ve hastalığın tedavisine uyumunu etkilemekte, yaşam kalitesini düşürmekte, tekrarlı yatışlara ve mortaliteye sebep olabilmektedir. KY olan hastalarla yürütülen bir çalışmada hastaların orta düzeyde sağlık davranışlarını benimsedikleri belirlenmiştir (21). KVH olan hastalar ile yürütülen bir diğer çalışmada ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (17).

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA UMUT VE UMUTSUZLUK

Umut, bireylerin geleceğe uyum sağlamasına ve yaşamın anlamını bulmasına yardımcı olan, varlık duygusunun zenginleşmesini sağlayan içsel bir güçtür (16,65). Bu kavram geleceğe yönelik olmakla birlikte, bireysel irade gücü olarak da düşünülebilmektedir (66).

Umut, bireylerin gerçekçi bir şekilde koydukları hedeflere ulaşmalarına yardımcı olan bir güç sağlamakta olup, bireyler için etkili bir baş etme yöntemi olarak kullanılabilmekte ve onların konu ile ilgili algılarını yansıtmaktadır (65-67).

Synder ve arkadaşlarına (67) göre umut, bireylerin hedeflerini açıkça kavramsallaştırabilmelerine, belirlenen hedeflere ulaşmak amacıyla özel stratejiler

geliştirmelerine ve geliştirdikleri bu stratejileri kullanmak için motive olma ve motivasyonu sürdürebilme kapasitelerine ilişkin algılarını yansıtmaktadır.

Türk Dil Kurumunun (TDK) yapmış olduğu tanıma göre ise umut; "ummaktan doğan duygu, ümit" ve "olması beklenilen veya olacağı düşünülen şey" şeklinde tanımlanmış olup, geleceğe dair oluşturulan hedeflere ulaşılması yolunda bireyde oluşan his olarak yorumlanabilir (68).

Umut kavramının tam tersi olan umutsuzluk ise, en önemli psikolojik risk faktörlerinden biridir. Odak noktası kişilerin kendisinin ya da bir başkasının geleceğine ilişkin olumsuz inanç ve beklentilerin olduğu bir biliş sistemi olan psikolojik bir yapıdır. Bireyler, kendilerini savunmasız hale getiren karanlık bir geleceğin, perspektif kaybının ve çözümlenmemiş birtakım problemlerin eşliğinde umutsuzluğa kapılmakta ve bu durum da bireylerde intihar düşüncesi oluşumuna veya teşebbüsüne yol açmaktadır. İntihar düşüncesinin oluşumuna neden olabilen umutsuzluk duygusu, depresyonun majör semptomlarından biri olarak karşımıza çıkmakta ve mental problemlerin yaşanmasına yol açabilmektedir (69-71).

Umutsuzluk Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (North America Nursing Diagnosis Association International- NANDA-I) tarafından da hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir ve "problemleri çözmek ya da istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da kişisel tercihin/seçeneğin olmadığını düşünen, kendi adına amaçlar oluşturmak için enerjisini kendi kendine harekete geçiremeyen bir bireyde var olan subjektif bir emosyonel durumdur" şeklinde tanımlanmıştır (72).

Kalp yetersizliğinin kronik olması, hastalık semptomları ile baş etmeye çalışma ve tedavi rejimleri, bireylerin uyum süreçlerini güçleştirebilmekte ve psikolojik sağlığını bozabilmektedir. Bu durum da bireylerin endişe yaşamalarına ve bazı bireysel gereksinimlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Özellikle ölüm korkusunda, benlik saygısı ile rol ve sorumluluklarda değişiklik yaşanabilmekte, bu nedenle KY olan bireyler spritüel anlamda da desteğe ihtiyaç duyabilmektedirler (19,73,74). Spritüel iyilik halinin bozulması bu bireylerde depresyonun ve dolayısıyla umutsuzluk duygusunun yaşanmasına neden olabilmektedir (17,19).

Yapılan çalışmalarda KY olan hastaların genellikle umutsuzlukla ilişkili depresyon yaşadıkları belirlenmiş olup, depresyon yaşayan hastalarda hastalık semptom ve şiddetinde, mortalitede ve hastaneye yatış oranlarında artışların görüldüğü saptanmıştır (12,74-79).

Bireylerin yaşadığı depresyon ve umutsuzluk duygusu; sigara ve alkol tüketiminde artma, kötü diyet, fiziksel hareketsizlik ve tedaviye uyumsuzluk gibi aktiviteler ile sağlık davranışları üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (14,17,77).

Kalp yetersizliği tanısı konulan hastalarda umutsuzluğa bağlı olumsuz sağlık davranışlarını engellemek amacıyla hemşirelerin hastaların değer ve inanç sistemleri ile içsel (otonomi, bilişsel düşünme, manevi yön vb.) ve dışsal (sağlık ekipleri, destek grupları vb.) kaynaklarını dikkatli bir şekilde değerlendirip tanılaması, hastaların umut kaynaklarını tanımasına yardımcı olması, umut ve umutsuzluğa ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi için hastayı cesaretlendirmesi ve gerekli ise ilgili kuruluşlara yönlendirmesi gerekmektedir (72).

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, yaşamdan doyum almayı içeren ve "iyi olma hali" için kullanılan subjektif bir kavramdır. Genel anlamda bireylerin yaşamdan doyum almalarını etkilemekte ve fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlere yönelik oluşturdukları cevapları temsil etmektedir (80,81).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre yaşam kalitesi; "bireyin amaçları, beklentileri, standartları, endişeleri, yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında yaşamdaki konumuna yönelik algısı" olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlık durumlarından, sosyal ilişkilerinden ve kişisel inançlarından etkilenen karmaşık ve kapsamlı bir kavram olduğu bildirilmektedir (82).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise, daha çok bireylerin hastalıklarının yarattığı etkilerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve fonksiyonel iyilik halleri üzerindeki algılamalarını ifade etmekte olup, net bir tanımı bulunmamaktadır (81,83). Ancak hastaların morbidite, mortalite ve tedavi seçenekleri ile ilişkili olan bir kavramdır (83,84).

Bireyler, kronik hastalıklar ile birlikte yeni yaşam şekline uyum sağlama sürecinde güçlük yaşamakta, fizyolojik, emosyonel ve psikososyal açıdan olumsuz yönde etkilenebilmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir (19,85,86). Kronik hastalıklardan biri olan KY, semptomların yoğun olarak görülmesi ve birçok fonksiyon kısıtlamasının yaşanılması nedeniyle hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki oluşturmaktadır (85,86).

Kalp yetersizliği olan hastaların yaşadıkları semptomlar ve fonksiyon kısıtlılıklarıyla birlikte sosyo-demografik özellikleri, KY tanısı konma zamanı, SVEF düzeyleri, NYHA fonksiyonel sınıflaması gibi birçok faktör de yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmekte

ve düşük yaşam kalitesi de hastaneye yatışların ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (21,85,86).

Kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesi değişiklikleri ile ilişkili faktörlerin tanımlanması, kontrol altına alınması ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan hastaların belirlenmesi yaşam kalitesinin arttırılabilmesi için önemlidir (80,86). Ayrıca hastalık hakkında bilgilendirme, tedavi ve bakım sürecine aktif katılımın sağlanması, davranış değişiklikleri oluşturma ve sağlığa verilen önemi arttırma faaliyetleri de hastaların yaşam kalitesini arttırmaktadır (21).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma; kalp yetersizliği olan hastaların umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 01.12.2016 – 01.06.2017 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir üniversite ve bir devlet hastanesinin kardiyoloji klinik ve polikliniklerinde yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde, Edirne ilindeki bir üniversite ve bir devlet hastanesinin kardiyoloji klinik ve polikliniklerine başvuran kalp yetersizliği olan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı ile görüşülmüş ve korelasyon katsayısı dikkate alınarak hesaplama yapılmıştır. İstatistiksel hesaplama sonucunda r=0,30 korelasyon katsayısı baz

alınarak %95 güven aralığında, 0,80 istatiksel analiz güç öngörülerek, en az 138 hastanın araştırma kapsamına alınması gerektiği belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına;

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden,
- 20-65 yaş arasında olan,
- Herhangi bir iletişim problemi olmayan
- Psikiyatrist tarafından psikiyatrik bir hastalık tanısı konulmamış olan,
- Nöroloji tarafından mental açıdan klinik tanı konulmamış olan,
- Kronik kalp yetersizliği tanısı konulmuş olan,
- NHYA sınıflandırmasına göre sınıf I, II ve III'te yer alan, 143 hasta alınmıştır.

Araştırma Soruları

1. Kalp yetersizliği olan hastalarda tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerin umutsuzluk düzeyi üzerine etkisi var mıdır?

2. Kalp yetersizliği olan hastalarda tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerin sağlık davranışları üzerine etkisi var mıdır?

3. Kalp yetersizliği olan hastalarda tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisi var mıdır?

4. Kalp yetersizliği olan hastalarda umutsuzluk düzeyi ve sağlık davranışları arasındaki ilişki nasıldır?

5. Kalp yetersizliği olan hastalarda umutsuzluk düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?

6. Kalp yetersizliği olan hastalarda sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren "Hasta Bilgi Formu" (Ek 1), "Beck Umutsuzluk Ölçeği" (Ek 2), "Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği" (Ek 3) ve "Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi" (Ek 4) kullanılarak toplandı.

Hasta Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından konuyla ilgili literatür taraması sonrası geliştirilen "Hasta Bilgi Formu" hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, boy, kilo (BKİ hesaplaması için), aylık gelir durumu, yaşanılan yer, evde yaşadığı kişiler, sigara ve alkol kullanma durumu gibi sosyo-demografik özelliklerin yanı sıra, tanı zamanı, kalp yetersizliğinin derecesi, daha önce kalp yetersizliği nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışları olma durumu, diğer kronik hastalıkların varlığı, ailede kalp yetersizliği öyküsü, kontrollerini düzenli yaptırma durumu, mevcut sağlık durumu algısı gibi hastalığa ilişkin soruların yer aldığı toplam 20 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış bir formdur.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durak ve Palabıyıkoğlu tarafından 1994 yılında yapılmıştır. Bireyin geleceğe yönelik umut, umutsuzluk durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçek, gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler (1, 3, 7, 11 ve 18. maddeler), motivasyon kaybı (2, 4, 9, 12, 14, 16 17 ve 20. maddeler) ve umut (5, 6, 8, 10,13, 15 ve 19. maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte evet ve hayır yanıtlarını içeren 20 madde bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 11 maddenin yanıtı evet (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20. maddeler), 9 maddenin yanıtı ise hayırdır (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. maddeler). Her bir maddeye beklenen yanıt verildiğinde 1 puan, beklenmeyen yanıt verildiğinde ise 0 puan verilir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-20 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksek olması bireyin umut düzeyinin düşük, alınan puanın düşük olması ise umut düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Durak ve Palabıyıkoğlu'nun çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,85 olarak bulunmuştur (87). Çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0,85 olarak bulundu.

Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği (KYSDÖ)

Ölçek, kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla 1998 yılında Enç tarafından geliştirilmiştir. Tümü olumlu ifadelerden oluşan, 24 maddelik ölçek 4'lü likert (Hiçbir zaman=1, Bazen=2, Sık sık=3, Düzenli olarak=4) tipindedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 24-96 arasında değişmektedir. Düşük puanlar kalp yetersizliği sağlık davranışlarının yetersiz olduğu, yüksek puanlar ise kalp yetersizliği sağlık davranışlarının yeterli olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Enç tarafından yapılan çalışmada ölçeğin

Cronbach's Alpha değeri 0,80 olarak bulunmuştur (88). Çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0,97 olarak bulundu.

Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire – MKYYA)

Rector ve arkadaşları tarafından kalp yetersizliği ve kalp yetersizliği tedavisinin bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla 1984 yılında geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri nefes darlığı, yorgunluk, periferik ödem, anksiyete ve depresyon belirtileri gibi sık görülen fiziksel belirtilerin etkisini değerlendirmenin yanı sıra fiziksel ve sosyal işlevselliğin kalp yetersizliğine etkisini ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uzunhasanoğlu tarafından yapılmış, Cronbach's Alpha değeri 0,98 olarak bulunmuştur. 21 maddeden oluşan ölçek, altılı likert (Hiç=0, Çok az=1, az=2, biraz=3, çok=4, çok fazla=5) tipindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 105'tir. Alınan puanların düşük olması yüksek yaşam kalitesini göstermektedir (89). Çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,91 olarak bulundu.

ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.11.2016 tarih ve 2016/244 no'lu (Ek 5) etik kurul izni alındı. Ayrıca, araştırma verilerinin toplandığı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinden (Ek 6) ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden (Ek 7) yazılı izinler alındı. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara İnsan Hakları Helsinki Bildirgesine uygun olarak, araştırmanın amacı hakkında açıklama yapıldı ve katılımın gönüllü olduğu, katılımcıların kişisel bilgi ve gizliliğinin korunacağı bilgisi verildi.

Araştırmada kullanılan Beck Umutsuzluk Ölçeği için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Ayşegül DURAK BATIGÜN'den (Ek 8), Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği için Nuray ENÇ'ten (Ek 9) ve Minnesota Kalp Yetmezliği İle Yaşam Anketi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Zehra UZUNHASANOĞLU DUMAN'dan (Ek 10) ölçek kullanım izni alındı.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, 01.12.2016 – 01.06.2017 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir üniversite ve bir devlet hastanesinin kardiyoloji klinik ve polikliniklerinde, kalp yetersizliği tanısı ile tedavi gören, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Görüşmeler; yatarak tedavi gören hastalar ile hasta odasında, ayaktan tedavi gören hastalar ile kurum tarafından önerilen boş poliklinik odasında sakin ve sessiz bir ortamda gerçekleştirildi. Araştırmacı tarafından anket soruları hastalara okundu ve samimi bir şekilde yanıt vermeleri istendi. Her bir görüşme yaklaşık 20 dakika sürdü.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 (IBM Corp. Released 20111. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY:IBM Corp) paket programı kullanıldı. Araştırmada niceliksel verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren verilerde iki kategoriden oluşan değişkenlerin karşılaştırılmasında Student t testi, üç ya da daha fazla kategoriden oluşan değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen verilerde iki kategoriden oluşan değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, üç ya da daha fazla kategoriden oluşan değişkenlerin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde ise Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar ortalama ± standart sapma ya da sayı (%) olarak gösterildi. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırma 01 Aralık 2016 – 01 Haziran 2017 tarihleri arasında kalp yetersizliği tanısı alan hastaların umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 143 hasta ile yürütüldü. Araştırmadan elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra, bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında tablolar halinde sunuldu:

- Hastaların tanıtıcı ve hastalığa özelliklerinin dağılımı,
- Hastaların ölçekler ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı,
- Hastaların tanıtıcı ve hastalığına ilişkin özellikleri ile BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması,
- Hastaların tanıtıcı ve hastalığına ilişkin özellikleri ile KYSDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması,
- Hastaların tanıtıcı ve hastalığına ilişkin özellikleri ile MKYYA toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması,
- Hastaların yaşları ve ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması.

Yapılan analiz sonucunda, Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin normal dağılım göstermediği, Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketlerinin ise normal dağılım gösterdiği belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi sonuçları

Ölçekler	Kolmogorov-Smirnov test istatistiği		
	n	Z	p
BUÖ	143	,141	<0,001
KYSDÖ	143	,073	0,062
MKYYA	143	,067	0,200

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Tablo 5'te KY tanısı alan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 57,8±8,31 olup, %70,6'sı erkek, %29,4'ü kadın, %74,1'i evli, %25,9'u bekardır. Hastaların %75,5'i ilkokul, %12,6'sı ortaokul, %11,9'u lise ve üzeri eğitim mezunu olup, %42,7'si il merkezinde, %29,4'ü köyde, %27,9'u ilçede yaşamaktadır (Tablo 5).

Hastaların %33,5'inin emekli, %25,9'unun memur ya da işçi, %25,2'sinin evhanımı, %15,4'ünün çiftçi olduğu, %59,4'ünün eş ve çocukları ile birlikte, %32,9'unun sadece eşi ile birlikte ve %7,7'sinin yalnız yaşadığı, %61,5'inin gelirinin giderinden az, %38,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu belirlendi (Tablo 5).

Araştırmaya katılan hastaların %7,0'ının alkol kullandığı, %93,0'ının kullanmadığı, %14,7'sinin sigara kullandığı, %85,3'ünün kullanmadığı bulundu. BKİ'ye göre hastaların %43,3'ünün fazla kilolu, %23,8'inin I. derece obez, %21,7'sinin normal kilolu, %11,2'sinin II. derece obez olduğu bulundu (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımları (n:143)

Değişkenler	n	%
Yaş (yıl) Ortalama±SS=57,8±8,31	-	-
Cinsiyet		
Kadın	42	29,4
Erkek	101	70,6
Medeni durum		
Evli	106	74,1
Bekar	37	25,9
Eğitim durumu		
İlkokul	108	75,5
Ortaokul	18	12,6
Lise ve üzeri	17	11,9
Yaşanılan yer		
Köy	42	29,4
İlçe	40	27,9
İl	61	42,7
Meslek		
Ev hanımı	36	25,2
Çiftçi	22	15,4
Emekli	48	33,5
Memur + İşçi	37	25,9
Evde yaşanılan kişi/kişiler		
Yalnız	11	7,7
Eş ve çocuklar	85	59,4
Sadece eş	47	32,9
Aylık gelir durumu		
Gelir gidere eşit	55	38,5
Gelir giderden az	88	61,5
Alkol kullanımı		
Hayır	133	93,0
Evet	10	7,0
Sigara kullanımı		
Hayır	122	85,3
Evet	21	14,7
BKİ		
Normal kilolu	31	21,7
Fazla kilolu	62	43,3
I. derece obez	34	23,8
II. derece obez	16	11,2

Araştırmaya katılan hastaların KY tanı konma yılı ortalaması 7,42±8,06 olup, %32,2'sinin KY tanısını 10 yıl öncesinde, %21,7'sinin 1 yıl öncesinde, %20,3'ünün 1-3 yıl öncesinde, %15,3'ünün 4-6 yıl öncesinde ve %10,5'inin 7-9 yıl öncesinde aldığı, %39,2'sinin NHYA'nın KY sınıflamasına göre sınıf III'te, %32,2'sinin sınıf II'de ve %28,6'sının sınıf I'de olduğu, %51,7'sinin yatarak, %48,3'ünün ayaktan tedavi gördüğü ve %70,6'sının daha önce KY tanısı nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışlarının bulunduğu, %29,4'ünün tekrarlı yatışlarının bulunmadığı belirlendi. KY dışında ek kronik hastalığı bulunan hastaların oranı %93 olup, en fazla eşlik eden kronik hastalıkların %60,8 ile KAH, %56,6 ile HT ve %39,9 ile diyabet olduğu saptandı. Hastaların %50,3'ünün yakınlarında da KY tanısı alan bireylerin olduğu, %49,7'sinin yakınlarında ise KY tanısı alan bireylerin olmadığı, %72,0'ının sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırdığı, %28,0'ının sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırmadığı, %53,8'inin sağlığını iyi olarak, %32,2'sinin kötü olarak, %9,8'inin çok iyi olarak ve %4,2'sinin çok kötü olarak algıladığı belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya katılan hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n:143)

Değişkenler	n	%
KY tanı zamanı (yıl)		
Ortalama±SS=7,42±8,06		
1 yıl önce	31	21,7
1-3 yıl önce	29	20,3
4-6 yıl önce	22	15,3
7-9 yıl önce	15	10,5
≥10 yıl önce	46	32,2
NHYA KY sınıflaması		
Sınıf I	41	28,6
Sınıf II	46	32,2
Sınıf III	56	39,2
Tedavi şekli		
Ayaktan	69	48,3
Yatarak	74	51,7
KY tanısı nedeniyle hastaneye tekrarlı yatış		
Hayır	42	29,4
Evet	101	70,6
Eşlik eden kronik hastalık varlığı		
Hayır	10	7,0
Evet	133	93,0
Eşlik eden kronik hastalık (n=133)		
KAH	87	60,8
Hipertansiyon	81	56,6
Diyabet	57	39,9
Ritm bozuklukları	32	22,4
Kalp kapak hastalıkları	31	21,7
KOAH+Astım	22	15,4
Böbrek yetersizliği	15	10,5
Kanser	11	7,7
Ailede KY tanısı alan bireyin varlığı		
Yok	71	49,7
Var	72	50,3
Sağlık kontrollerini yaptırma		
Düzenli	103	72,0
Düzensiz	40	28,0
Mevcut sağlık algısı		
Çok kötü	6	4,2
Kötü	46	32,2
İyi	77	53,8
Çok iyi	14	9,8

HASTALARIN ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULAR

Hastaların BUÖ, KYSDÖ ve MKYYA ölçeklerinden aldıkları toplam ve alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları Tablo 7'de verilmiştir. Buna göre hastaların BUÖ toplam puan ortalaması 6,90±4,66 olup, ölçeğin alt boyutlarına ait puan ortalamaları sırasıyla gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu için 1,53±1,75, motivasyon kaybı alt boyutu için 3,36±1,72 ve umut alt boyutu için 2,01±1,83 olarak bulundu. Hastaların KYSDÖ toplam puan ortalaması 65,99±12,26 ve MKYYA toplam puan ortalaması 42,75±21,69 olarak belirlendi (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların BUÖ, KYSDÖ ve MKYYA ölçeklerine ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları

Ölçekler ve alt boyutları	Soru Sayısı	Ölçekten alınabilecek Min-Maks	Ölçekten alınan Min-Maks	Ort±SS	Cronbach's Alpha
BUÖ toplam puan	20	0-20	1-18	6,90±4,66	0,85
• Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler	5	0-5	0-5	1,53±1,75	
• Motivasyon kaybı	8	0-8	0-7	3,36±1,72	
• Umut	7	0-7	0-7	2,01±1,83	
KYSDÖ toplam puan	24	24-96	32-91	65,99±12,26	0,97
MKYYA toplam puan	21	0-105	2-99	42,75±21,69	0,91

HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8'de hastaların tanıtıcı özellikleri ile BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, meslek, evde yaşanılan kişi/kişiler, aylık gelir durumu, sigara kullanma durumu ve BKİ düzeyleri ile BUÖ toplam ve umut alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) .

Hastaların alkol kullanım durumları ile BUÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0,05$); BUÖ umut alt boyutu ($Z=-2,760$, $p=0,006$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Buna göre, alkol kullanmayan hastaların umut alt boyutu puan ortalaması, alkol kullanan

hastaların puan ortalamasından daha düşük (p=0,006) olup, alkol kullanan hastaların umut düzeyleri, alkol kullanmayanlardan daha düşüktü (Tablo 8).

Hastaların medeni durum, eğitim durumu, meslek, evde yaşanılan kişi/kişiler, alkol kullanma durumları, sigara kullanma durumları ve BKİ düzeyleri ile gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 8).

Hastaların cinsiyeti (Z=-1,941, p=0.047), yaşadıkları yer (X^2=9,321, p=0,009) ve aylık gelir durumu (Z=-2,112, p=0,035) ile gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Tablo 8). Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutuna ilişkin erkek hastaların puan ortalamasının kadın hastaların puan ortalamasından daha yüksek olduğu (p=0,047), köyde yaşayan hastaların puan ortalamasının ilçede (p=0,023) ve ilde (p=0,022) yaşayan hastaların puan ortalamasından daha düşük olduğu ve geliri giderinden az olan hastaların puan ortalamasının geliri giderine denk olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek (p=0,035) olduğu belirlendi (Tablo 8). Buna göre, erkek hastaların ve geliri giderinden az olan hastaların geleceğe ilişkin daha olumsuz duygu ve beklentilere sahip oldukları, köyde yaşayan hastaların ise daha olumlu duygu ve beklentilere sahip oldukları bulundu.

Hastaların cinsiyet, eğitim durumu, yaşanılan yer, meslek, evde yaşanılan kişi/kişiler, aylık gelir durumu, alkol kullanma durumu, sigara kullanma durumu ve BKİ düzeyleri ile motivasyon kaybı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı (p>0,05), ancak medeni durum ile motivasyon kaybı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Z=-2,056, p=0,040). Buna göre, bekar olan hastaların motivasyon kaybı alt boyutu puan ortalaması, evli hastaların puan ortalamasından daha yüksek olup (p=0,040; p<0,05), bekar olan hastaların motivasyon düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	BUÖ toplam Ort±SS	Gelecek ile ilgili beklentiler Ort±SS	Motivasyon kaybı Ort±SS	Umut Ort±SS
Cinsiyet				
Kadın	5,95±4,33	1,05±1,51	3,31±1,75	1,60±1,67
Erkek	7,30±4,75	1,73±1,80	3,38±1,71	2,19±1,88
MWUz	*-1,448***	*-1,941***	*-0,295***	*-1,747***
p	*0,148*	***0,047***	*0,768*	*0,081*
Medeni durum				
Evli	6,62±4,62	1,43±1,71	3,16±1,62	2,03±1,87
Bekar	7,70±4,75	1,81±1,84	3,92±1,89	1,97±1,74
MWUz	*-1,230***	*-1,113***	*-2,056***	*-0,040***
p	*0,219*	*0,266*	***0,040***	*0,968*
Eğitim durumu				
İlkokul	6,64±4,48	1,45±1,69	3,28±1,68	1,91±1,75
Ortaokul	8,22±5,60	1,94±1,95	3,89±2,17	2,39±2,03
Lise ve üzeri	7,18±4,73	1,59±1,91	3,29±1,40	2,29±2,14
X^2	*1,031**	1,130*	*1,206**	*0,970**
p	*0,597*	*0,568*	*0,547*	*0,616*
Yaşanılan yer				
Köy[a]	5,45±3,90	0,88±1,45	3,00±1,38	1,57±1,61
İlçe[b]	7,65±5,02	1,85±1,81	3,40±1,89	2,40±1,93
İl[c]	7,41±4,75	1,77±1,80	3,57±1,79	2,07±1,88
X^2	*4,826**	*9,321**	*2,639**	*4,012**
p	*0,090*	***0,009*** a<b,c	*0,267*	*0,135*
Meslek				
Ev hanımı	6,17±4,35	1,11±1,51	3,47±1,84	1,58±1,68
Çiftçi	5,86±4,46	1,23±1,69	2,95±1,53	1,68±1,70
Emekli	7,63±5,03	1,98±1,90	3,27±1,75	2,38±1,97
Memur+İşçi	7,30±4,52	1,54±1,73	3,59±1,67	2,16±1,82
X^2	*2,898**	*4,729**	*2,463**	*4,611**
p	*0,408*	*0,193*	*0,482*	*0,203*

*Kruskal – Wallis varyans analizi, **Mann Whitney – U testi

Tablo 8 (devam). Hastaların tanıtıcı özellikleri ile BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	BUÖ toplam Ort±SS	Gelecek ile ilgili beklentiler Ort±SS	Motivasyon kaybı Ort±SS	Umut Ort±SS
Evde yaşanılan kişiler				
Yalnız	7,91±3,96	1,91±1,87	3,82±1,60	2,18±1,54
Eş ve çocuklar	6,85±4,63	1,60±1,79	3,32±1,70	1,93±1,78
Sadece eş	6,77±4,93	1,32±1,64	3,32±1,79	2,13±2,01
X^2	*0,939**	*1,200**	*0,856**	*0,563**
p	*0,625*	*0,549*	*0,652*	*0,755*
Aylık gelir durumu				
Gelir gidere eşit	6,11±4,56	1,13±1,55	3,18±1,81	1,80±1,93
Gelir giderden az	7,40±4,68	1,78±1,82	3,47±1,66	2,15±1,77
MWUz	*-1,770***	*-2,112***	*-0,958***	*-1,443***
p	*0,077*	***0,035***	*0,338*	*0,149*
Alkol kullanımı				
Evet	8,90±1,30	2,10±0,56	3,30±0,49	3,50±0,50
Hayır	6,75±0,40	1,49±0,15	3,36±0,15	1,90±0,15
MWUz	*-1,589***	*-1,391***	*-0,093***	*-2,760***
p	*0,112*	*0,164*	*0,926*	***0,006***
Sigara kullanımı				
Evet	8,00±0,98	2,05±0,39	3,33±0,39	2,62±0,36
Hayır	6,71±0,42	1,44±0,15	3,36±0,15	1,91±0,16
MWUz	*-1,265***	*-1,651***	*-0,058***	*-1,916***
p	*0,206*	*0,099*	*0,954*	*0,055*
BKİ				
Normal kilolu	7,00±4,19	1,48±1,63	3,42±1,63	2,10±1,60
Fazla kilolu	7,32±4,73	1,73±1,80	3,42±1,66	2,18±1,92
I.derece obez	6,88±5,08	1,50±1,83	3,41±1,97	1,97±1,95
II. derece obez	5,13±4,32	0,94±1,57	2,88±1,63	1,31±1,66
X^2	*3,081**	*3,179**	*2,226**	*3,507**
p	*0,379*	*0,365*	*0,527*	*0,320*

*Kruskal – Wallis varyans analizi, **Mann Whitney – U testi

Tablo 9'da hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre, araştırma kapsamına dahil edilen hastaların KY tanı zamanı, tedavi şekli, eşlik eden kronik hastalık varlığı, ailede KY tanısı alan başka bireylerin varlığı ve sağlık kontrolünü yaptırma durumları ile BUÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 9).

Hastaların KY sınıfı (X^2=6,976, p=0,031), daha önce KY tanısı nedeniyle hastaneye yatma durumu (Z=-2,175, p=0,030) ve mevcut sağlık algısı (X^2=8,489, p=0,037) ile BUÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu (Tablo 9). KY sınıf I'de yer alan hastaların BUÖ toplam puan ortalamasının KY sınıf III'teki hastaların puan ortalamasından daha düşük olduğu (p=0,035), daha önce KY tanısı nedeni ile hastaneye yatan hastaların BUÖ toplam puan ortalamasının hastaneye yatmayan hastaların puan ortalamasından daha yüksek olduğu (p=0,030) belirlendi. Ayrıca mevcut sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların BUÖ toplam puan ortalamasının sağlık durumunu çok iyi olarak algılayan hastaların puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulundu (p=0,038) (Tablo 9). Buna göre, sınıf I'deki hastaların umutsuzluk düzeyinin daha düşük, KY tanısı nedeni ile daha önce hastaneye yatışı yapılmış olan ve mevcut sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile Beck Umutsuzluk Ölçeğinin gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 9).

Hastaların KY tanı zamanı, KY sınıfı, eşlik eden kronik hastalık varlığı, ailede KY tanısı alan başka bireylerin varlığı, sağlık kontrollerini yaptırma ve mevcut sağlık algısı durumları ile motivasyon kaybı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05). Hastaların tedavi şekli (Z=-2,222, p=0,026) ve daha önce KY tanısı nedeniyle hastaneye yatma durumu (Z=-2,473, p=0,013) ile motivasyon kaybı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (Tablo 9). Yatarak tedavi gören hastaların motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamasının ayaktan tedavi gören hastaların puan ortalamasından (p=0,026), daha önce KY nedeniyle hastaneye yatan hastaların puan ortalamasının yatış yapmayan hastaların puan ortalamasından (p=0,013) daha yüksek bulundu (Tablo 9). Buna göre, yatarak tedavi gören ve daha önce KY nedeniyle hastaneye yatan hastaların motivasyon düzeyleri daha düşüktü.

Hastaların KY tanı zamanı, tedavi şekli, daha önce KY tanısı nedeniyle hastaneye yatma durumu, eşlik eden kronik hastalık varlığı, ailede KY tanısı alan başka bireylerin

varlığı ve sağlık kontrolüne gitme durumları ile umut alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05). Hastaların KY sınıfı (X^2=9,799, p=0,007) ve mevcut sağlık durumu algısı (X^2=11,390, p=0,010) ile umut alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi (Tablo 9). KY sınıf I'deki hastaların umut alt boyutu puan ortalamasının KY sınıf II (p=0,047) ve KY sınıf III (p=0,008) grubundaki hastaların puan ortalamalarından daha düşük olduğu, mevcut sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların puan ortalamasının sağlık durumunu iyi (p=0,028) ve çok iyi (p=0,033) olarak algılayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 9). Buna göre, KY sınıf I'deki hastaların umut düzeylerinin daha yüksek, mevcut sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların ise umut düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi.

Tablo 9. Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	**BUÖ toplam**	**Gelecek ile ilgili beklentiler**	**Motivasyon kaybı**	**Umut**
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
KY tanı zamanı				
1 yıldan az	6,03±4,08	1,39±1,67	3,10±1,70	1,55±1,41
1-3 yıl önce	6,52±4,63	1,55±1,80	3,31±1,87	1,66±1,65
4-6 yıl önce	7,73±4,57	1,77±1,66	3,50±1,63	2,45±1,84
7-9 yıl önce	6,40±4,60	1,33±1,88	3,13±1,96	1,93±1,71
≥ 10 yıl önce	7,50±5,14	1,57±1,82	3,57±1,63	2,37±2,15
X^2	*2,546**	*0,980**	*1,799**	*4,648**
p	*0,636*	*0,913*	*0,773*	*0,325*
KY sınıfı				
Sınıf I[a]	5,27±3,86	1,02±1,62	2,93±1,40	1,32±1,62
Sınıf II[b]	7,24±4,40	1,67±1,69	3,46±1,85	2,11±1,62
Sınıf III[c]	7,82±5,14	1,79±1,84	3,59±1,79	2,45±2,02
X^2	*6,976**	*5,428**	*3,115**	*9,799**
p	***0,031*** a<c	*0,066*	*0,211*	***0,007*** a<b,c
Tedavi şekli				
Ayaktan	6,32±4,75	1,39±1,76	3,07±1,71	1,86±1,84
Yatarak	7,45±4,54	1,66±1,74	3,62±1,69	2,16±1,83
MWUz	*-1,684***	*-1,146***	*-2,222***	*-1,125***
p	*0,092*	*0,252*	***0,026***	*0,261*

*Kruskal – Wallis varyans analizi, **Mann Whitney – U testi

Tablo 9 (devam). Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	BUÖ toplam Ort±SS	Gelecek ile ilgili beklentiler Ort±SS	Motivasyon kaybı Ort±SS	Umut Ort±SS
KY tanısı ile hastaneye yatış				
Evet	7,41±4,67	1,64±1,74	3,56±1,71	2,20±1,87
Hayır	5,69±4,46	1,26±1,75	2,86±1,66	1,57±1,68
MWUz	*-2,175***	*-1,494***	*-2,473***	*-1,900***
p	***0,030***	*0,135*	***0,013***	*0,057*
Eşlik eden kronik hastalık				
Var	6,95±4,60	1,56±1,76	3,37±1,71	2,02±1,79
Yok	6,20±5,61	1,10±1,52	3,20±1,87	1,90±2,51
MWUz	*-0,842**	*-0,892**	*-0,387**	*-0,755**
p	*0,400*	*0,372*	*0,699*	*0,450*
Ailede KY tanısı alan birey				
Var	6,93±4,56	1,51±1,74	3,39±1,76	2,03±1,76
Yok	6,87±4,79	1,55±1,77	3,32±1,68	2,00±1,92
MWUz	*-0,326**	*-0,093**	*-0,218**	*-0,323**
p	*0,744*	*0,926*	*0,828*	*0,747*
Sağlık kontrollerini yaptırma				
Düzenli	6,56±4,61	1,39±1,72	3,25±1,62	1,92±1,81
Düzensiz	7,78±4,73	1,90±1,78	3,63±1,93	2,25±1,89
MWUz	*-1,397**	*-1,605**	*-0,895**	*-0,997**
p	*0,162*	*0,109*	*0,371*	*0,319*
Mevcut sağlık algısı				
Çok kötü[a]	7,67±5,61	1,67±1,97	4,00±2,00	2,00±2,10
Kötü[b]	8,41±5,17	2,02±1,86	3,65±1,91	2,74±1,96
İyi[c]	6,38±4,20	1,34±1,69	3,31±1,59	1,73±1,65
Çok iyi[d]	4,50±3,63	0,93±1,33	2,36±1,28	1,21±1,67
X^2	*8,489***	*4,783***	*6,917***	*11,390***
p	***0,037*** b>d	*0,188*	*0,075*	***0,010*** b>c,d

*Kruskal – Wallis varyans analizi, **Mann Whitney – U test

HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE KALP YETERSİZLİĞİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile KYSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Buna göre, hastaların cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, aylık gelir durumu, alkol kullanma durumu, sigara kullanma durumu ve BKİ düzeyleri ile KYSDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Hastaların eğitim durumu ($F=4,177$, $p= 0,017$), mesleği ($F=3,601$, $p=0,015$) ve evde birlikte yaşadığı kişi/kişiler ($F=3,481$, $p=0,033$) ile KYSDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı (Tablo 10). İlkokul mezunu olan hastaların KYSDÖ puan ortalaması, lise ve üzeri eğitim durumundaki hastaların puan ortalamasından daha düşük bulundu ($p=0,014$). Ev hanımı olan hastaların KYSDÖ puan ortalaması, emekli olan hastaların puan ortalamasından daha düşüktü ($p=0,022$). Sadece eşiyle yaşayan hastaların KYSDÖ puan ortalaması, eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan hastaların puan ortalamasından daha düşük bulundu ($p=0,034$; $p<0,05$) (Tablo 10). Buna göre, ilkokul mezunu olan, ev hanımı olan ve sadece eşiyle yaşayan hastaların sağlık davranışları daha düşüktü.

Tablo 10. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin KYSDÖ toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Değişkenler	KYSDÖ Ort±SS	İstatistik
Cinsiyet		
Kadın	64,14±13,37	*t=-1,160**
Erkek	66,75±11,76	*p=0,248*
Medeni durum		
Evli	66,68±12,44	*t=1,145**
Bekar	64,00±11,65	*p=0,254*
Eğitim durumu		
İlkokul[a]	64,65±12,42	*F=4,177***
Ortaokul[b]	66,78±11,65	***p=0,017***
Lise ve üzeri[c]	73,65±9,13	a<c
Yaşanılan yer		
Köy	63,36±12,52	*F=1,849***
İlçe	68,53±13,05	*p=0,161*
İl	66,13±11,35	
Meslek		
Ev hanımı[a]	61,64±12,47	*F=3,601***
Çiftçi[b]	62,95±11,81	***p=0,015***
Emekli[c]	69,42±12,12	a<c
Memur+İşçi[d]	67,57±11,20	
Evde yaşanılan kişiler		
Yalnız[a]	63,91±11,84	*F=3,481***
Eş ve çocuklar[b]	68,16±11,83	*p=**0,033***
Sadece eş[c]	62,53±12,48	c<b
Aylık gelir durumu		
Gelir gidere eşit	67,16±11,66	*t=0,907**
Gelir giderden az	65,25±12,63	*p=0,366*
Alkol kullanımı		
Evet	67,30±13,68	*t=0,350**
Hayır	65,89±12,20	*p=0,727*
Sigara kullanımı		
Evet	63,29±14,19	*t=-1,093**
Hayır	66,45±11,90	*p=0,276*
BKİ		
Normal kilolu	64,32±12,31	*F=0,607***
Fazla kilolu	66,79±12,08	*p=0,546*
I.derece obez	67,38±10,18	
II. derece obez	63,13±16,62	

*Student t Test, **Oneway ANOVA Test

Tablo 11'de hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile KYDSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, hastaların KY tanı zamanı, KY sınıfı, tedavi şekli, daha önce KY tanısı nedeniyle hastaneye yatma durumu, eşlik eden başka kronik hastalık

varlığı, ailede KY tanısı alan başka bireylerin varlığı ve mevcut sağlık durumunu algılama biçimleri ile KYSDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 11).

Hastaların sağlık kontrollerini yaptırma durumları ile KYSDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (t=8,610, p<0,001). Düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırdığını belirten hastaların KYSDÖ puan ortalaması, sağlık kontrollerini düzensiz yaptıran hastalardan daha yüksek bulundu (Tablo 11). Buna göre, sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptıran hastaların sağlık davranışları daha yüksekti.

Tablo 11. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin KYSDÖ toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Değişkenler	**KYSDÖ Ort±SS**	**İstatistik**
KY tanı zamanı		
1 yıldan az	65,77±11,96	
1-3 yıl önce	65,83±10,97	*F=0,586***
4-6 yıl önce	62,77±14,72	*p=0,673*
7-9 yıl önce	68,27±9,83	
≥ 10 yıl önce	67,02±12,84	
KY sınıfı		
Sınıf I	65,83±11,13	*F=0,597***
Sınıf II	64,59±12,02	*p=0,552*
Sınıf III	67,25±13,28	
Tedavi şekli		
Ayaktan	67,00±10,38	*t=0,964**
Yatarak	65,04±13,79	*p=0,337*
KY tanısı ile hastaneye yatış		
Evet	66,03±12,79	*t=0,066**
Hayır	65,88±11,02	*p=0,948*
Eşlik eden kronik hastalık		
Var	66,19±12,17	*t=0,717**
Yok	63,30±13,75	*p=0,475*
Ailede KY tanısı alan birey		
Var	65,00±12,82	*t=-0,968**
Yok	66,99±11,67	*p=0,335*
Sağlık kontrollerini yaptırma		
Düzenli	70,46±9,45	*t=8,610**
Düzensiz	54,48±11,17	***p<0,001***
Mevcut sağlık algısı		
Çok kötü	64,17±9,97	*F=0,154***
Kötü	66,17±14,70	*p=0,926*
İyi	65,79±11,50	
Çok iyi	67,21±8,94	

*Student t Test, **Oneway ANOVA Test

HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE MİNNESOTA KALP YETMEZLİĞİ İLE YAŞAM ANKETİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 12'de hastaların tanıtıcı özellikleri ile MKYYA toplam puan ortalamaları arasındaki karşılaştırmalar gösterildi. Araştırmaya katılan hastaların medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, evde yaşanılan kişi/kişiler, aylık gelir durumu, alkol kullanma durumu, sigara kullanma durumu ve BKİ düzeyleri ile MKYYA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Hastaların cinsiyet ($t=3,599$, $p<0,001$) ve meslekleri ($F=3,393$, $p=0,020$) v) ile MKYYA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu. Kadın hastaların MKYYA puan ortalaması, erkek hastaların puan ortalamalarından, ev hanımı olan hastaların MKYYA puan ortalaması, çiftçilik yapan hastaların puan ortalamasından ($p=0,048$) ve emekli olan hastaların puan ortalamalarından ($p=0,039$) daha yüksek idi (Tablo 12). Buna göre, kadın hastaların ve ev hanımı olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlendi.

Tablo 12. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin MKYYA toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Değişkenler	MKYYA Ort±SS	İstatistik
Cinsiyet		
Kadın	52,47±18,54	*t=3,599**
Erkek	38,71±21,69	***p<0,001***
Medeni durum		
Evli	42,46±22,24	*t=-0,273**
Bekar	43,59±20,27	*p=0,786*
Eğitim durumu		
İlkokul	43,33±21,00	*F=1,343***
Ortaokul	35,50±20,54	*p=0,265*
Lise ve üzeri	46,76±26,37	
Yaşanılan yer		
Köy	44,35±22,63	*F=0,251***
İlçe	40,95±23,45	*p=0,778*
İl	42,83±20,03	
Meslek		
Ev hanımı[a]	51,47±19,03	*F=3,393***
Çiftçi[b]	36,18±19,93	***p=0,020***
Emekli[c]	38,56±22,38	a>b,c
Memur+İşçi[d]	43,62±22,15	
Evde yaşanılan kişiler		
Yalnız	49,00±21,10	*F=2,398***
Eş ve çocuklar	39,52±20,86	*p=0,095*
Sadece eş	42,12±21,68	
Aylık gelir durumu		
Gelir gidere eşit	43,27±19,90	*t=0,225**
Gelir giderden az	42,43±22,83	*p=0,822*
Alkol kullanımı		
Evet	32,60±23,56	*t=-1,543**
Hayır	43,51±21,44	*p=0,125*
Sigara kullanımı		
Evet	34,95±26,14	*t=-1,799**
Hayır	44,09±20,65	*p=0,074*
BKİ		
Normal kilolu	42,32±22,57	
Fazla kilolu	42,88±21,13	*F=1,514***
I.derece obez	39,79±22,23	*p=0,214*
II. derece obez	53,25±19,70	

*Student t Test, **Oneway ANOVA Test

Araştırmaya katılan hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile MKYYA puan ortalamaları arasındaki karşılaştırma Tablo 13'de verilmiştir. KY tanısı alma zamanı, eşlik eden başka kronik hastalıkların varlığı, ailede KY tanısı almış başka bireylerin varlığı ve

sağlık kontrollerini yaptırma durumları ile MKYYA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu (p>0,05) (Tablo 13).

Hastaların KY sınıflaması (F=57,059, p<0,001), tedavi şekli (t=-3,644,p<0,001), daha önce KY tanısı nedeni ile hastaneye yatma durumu (t=3,915, p=0,001) ve mevcut sağlık durumunu algılama biçimi (F=8,356, p<0,001) ile MKYYA puan otalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi (p<0,05). KY sınıf III'te bulunan hastaların MKYYA puan ortalaması, KY sınıf I (p<0,001) ve KY sınıf II'de bulunan hastaların puan ortalamalarından (p<0,001) daha yüksek olduğu bulundu. Yatarak tedavi gören hastaların MKYYA puan ortalaması, ayaktan tedavi gören hastaların puan ortalamalarından (p=0,001) ve daha önce KY tanısı nedeniyle hastaneye yatmış olan hastaların MKYYA puan ortalaması, daha önce KY nedeniyle hastaneye yatış yapılmamış olan hastaların puan ortalamalarından (p=0,001) daha yüksekti. Ayrıca sağlık durumunu çok kötü olarak algılayan hastaların MKYYA puan ortalaması, sağlık durumunu iyi (p=0,046) ve çok iyi olarak algılayan hastaların puan ortalamasıından (p=0,048) ve sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların MKYYA puan ortalaması, sağlık durumunu iyi (p<0,001) ve çok iyi olarak algılayan hastaların puan ortalamasından (p=0,013) daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 13). Buna göre, KY sınıf III'te yer alan, yatarak tedavi gören, daha önce KY tanısı nedeniyle hastaneye yatmış olan ve sağlık durumunu çok kötü ve kötü olarak algılayan hastaların yaşam kalitesi daha düşüktü.

Tablo 13. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin MKYYA toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Değişkenler	MKYYA Ort±SS	İstatistik
KY tanı zamanı		
1 yıldan az	39,70±20,31	
1-3 yıl önce	39,34±24,61	*F=1,873***
4-6 yıl önce	37,09±21,08	*p=0,119*
7-9 yıl önce	43,20±19,91	
≥ 10 yıl önce	49,52±20,60	
KY sınıfı		*F=57,059***
Sınıf I[a]	23,31±14,38	***p<0,001***
Sınıf II[b]	40,63±17,45	c>a,b
Sınıf III[c]	58,73±16,40	
Tedavi şekli		*t=-3,644**
Ayaktan	36,18±20,15	***p<0,001***
Yatarak	48,87±21,39	
KY tanısı ile hastaneye yatış		*t=3,915**
Evet	47,11±20,70	***p<0,001***
Hayır	32,26±20,58	
Eşlik eden kronik hastalık		*t=-0,007**
Var	42,75±21,51	*p=0,995*
Yok	42,80±25,08	
Ailede KY tanısı alan birey		*t=1,015**
Var	44,58±21,18	*p=0,312*
Yok	40,90±22,18	
Sağlık kontrollerini yaptırma		*t=0,610**
Düzenli	43,44±21,81	*p=0,543*
Düzensiz	40,97±21,52	
Mevcut sağlık algısı		*F=8,536***
Çok kötü[a]	60,00±18,64	***p<0,001***
Kötü[b]	53,02±19,54	a>c,d
İyi[c]	36,90±20,61	b>c,d
Çok iyi[d]	33,78±19,95	

*Student t Test, **Oneway ANOVA Test

HASTALARIN YAŞLARI VE ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 14'te hastaların yaşları ve tüm ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait veriler gösterilmiştir. Hastaların yaşları ile BUÖ puan ortalamaları (r=0,004; p=0,967) ve MKYYA puan ortalamaları arasında (r=-0,063; p=0,453) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Hastaların KYSDÖ puan ortalamaları ile yaşları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu (r=-0,259; p=0,002) belirlendi (Tablo 14). Buna göre hastaların yaşı arttıkça, KYSDÖ puanları düşmekte idi.

Hastaların BUÖ toplam puan ortalaması ile KYSDÖ puan ortalamaları arasında (r=-0,001; p=0,995) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Hastaların BUÖ toplam puan ortalaması ile MKYYA puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu (r=0,253; p=0,002) belirlendi (Tablo 14). Buna göre hastaların BUÖ ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça MKYYA puanları da artmakta idi.

Hastaların KYSDÖ puan ortalamaları ile MKYYA puan ortalamaları arasında (r=0,0496; p=0,562) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Tablo 14. Hastaların yaşları ile BUÖ, KYSDÖ ve MKYYA ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

Değişkenler		**Yaş**	**BUÖ**	**KYSDÖ**	**MKYYA**
Yaş	***r***	-	0,004*	-0,259**	-0,063**
	p	-	*0,967*	***0,002***	*0,453*
BUÖ	***r***	0,004*	-	-0,001*	0,253*
	p	*0,967*	-	*0,995*	***0,002***
KYSDÖ	***r***	-0,259**	-0,001*	-	0,049**
	p	***0,002***	*0,995*	-	*0, 562*
MKYYA	***r***	-0,063**	0,253*	0,049**	-
	p	*0,453*	***0,002***	*0,562*	-

*Spearman Korelasyon Analizi; ** Pearson Korelasyon Analizi

TARTIŞMA

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma; 01.12.2016 – 01.06.2017 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir üniversite ve bir devlet hastanesinin kardiyoloji klinik ve polikliniklerinde yatarak ve ayaktan tedavi gören kalp yetersizliği olan hastaların umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar halinde tartışıldı:

- Kalp yetersizliği olan hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri,
- Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerinin BUÖ, KYSDÖ ve MKYYA ölçekleri toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması,
- Hastaların yaşları ve ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması.

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Kalp yetersizliği insidans ve prevalansında artışların yaşanması, KY'nin dünyanın en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmesine neden olmuştur (6,7,38). KY, yaşla birlikte artmakta ve erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (6,7,44,90). Bu çalışmanın bulguları da ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekte olup, araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 57,80±8,31 ve çoğunluğu (%70,6) erkektir (Tablo 5).

Kalp yetersizliğinin gelişiminde birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bu faktörlerin anlaşılabilmesi, korunmaya yönelik müdahalelerin belirlenip, geliştirilmesi açısından çok önemlidir. Yaş, cinsiyet gibi sosyo-demografik risk faktörlerinin yanı sıra kronik hastalık durumları da KY gelişiminde önemli olup, iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabetes mellitus gibi kronik hastalıklar KY gelişimini arttıran en önemli faktörler arasında yer almaktadır (7,8,38-40,44). Ayrıca obezite ve sigara kullanımının da KY gelişimi için risk faktörü oluşturduğu bildirilmektedir (6,7,39,40). Literatür ile uyumlu olarak, bu çalışmada, hastaların KY tanısına ek olarak %60,8'inde KAH, %56,6'sında hipertansiyon ve %39,9'unda diyabet rahatsızlığı bulunmaktadır. Ayrıca hastaların yarısına yakını (%43,3) BKİ'ye göre fazla kilolu olup, %14,7'si sigara kullanmaktadır (Tablo 5, Tablo 6).

HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları ile başa çıkmasına yardımcı olan önemli psikolojik kaynaklardan birisi umuttur. (91). Ancak KY tanısı konulan hastaların yaşadıkları semptomlar ve hastalıkları ile yaşamaya uyum sağlama aşamasında karşılaştıkları problemler, onların yaşama dair hedeflerini olumsuz etkileyebilmekte, bunun sonucunda umutsuzluk ve depresyon gelişebilmektedir (15,92). Yapılan çalışmalarda KY hastalarının yüksek düzeyde umutsuzluk yaşadığı (92,93) ve büyük bir kısmının depresyonda olduğu belirlenmiştir (12,74,75,86,94). Ülkemizde konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, Yılmaz ve Ergun (19)'un çalışmasında hastaların BUÖ puan ortalaması 10,33±4,9, Kılınç ve arkadaşlarının (14) çalışmasında ise 9,57±2,46 olup, orta düzeyde umutsuzluk yaşadıkları bulunmuştur. Hastaların umutsuzluk düzeyleri hastalığın ciddiyeti, semptomların şiddeti, hastanın ölüm ile ilgili korkuları, sosyal ve psikolojik destek sistemleri, manevi ihtiyaçlarının karşılanması, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir (19,93,95,96). Bu çalışmada hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalamasının 6,90±4,66 olduğu (değer aralığı 0-20) belirlendi (Tablo 7). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara göre, bu çalışmada hastaların, daha az umutsuzluk yaşadıkları görülmektedir. Bu durumun hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Beck Umutsuzluk Ölçeğinin alt boyut puanlarına göre, erkek hastaların kadınlara göre geleceğe ilişkin daha olumsuz duygu ve beklentilere sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 8).

KY hastalarının depresyon düzeylerinin incelendiği çalışmalarda, Kao ve arkadaşları (12) kadın ve erkek hastaların depresyon düzeylerinin birbirine yakın olduğunu, Fan ve arkadaşları (76) ile Thomas ve Clark (97)'ın yaptığı çalışmalarda ise KY tanısı konulan kadın hastalarda depresyonun daha fazla görüldüğünü belirlemişlerdir. Kayış (98)'ın kanserli hastaların umutsuzluk düzeyini inceledikleri çalışmada da erkek hastaların gelecek ile ilgili daha olumsuz duygu ve beklentilere sahip oldukları belirtilmektedir. Yu ve arkadaşlarının (92) yapmış olduğu meta analiz çalışmasına göre kadın hastaların hastalıkları ile ilgili durumlarını kabul etme ve uyum sağlama durumları, erkek hastalara göre daha fazladır. Türk toplumu ataerkil bir yapıya sahip olup, ailenin ekonomik geçimini sağlamada erkekler ön plandadır (99). Bu nedenle erkeklerin KY'ye bağlı gelişen kısıtlılıklarla birlikte rol ve sorumluluklarında değişiklikler ve buna bağlı olarak da kaygı yaşamaları, geleceğe ilişkin duygu ve beklentilerini olumsuz olarak etkileyebilir.

Çalışmada bekar hastaların motivasyon kaybı alt boyutu puanlarının evlilere göre daha yüksek olması, bekar hastaların yaşama ilişkin motivasyonlarının daha düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 8). Kao ve arkadaşları (12) ile Graven ve arkadaşlarının (100) çalışmalarında da KY tanısı konulmuş evli olmayan hastaların, evli hastalara göre daha fazla depresyon yaşadıkları belirlenmiştir. Graven ve arkadaşlarına (100) göre evlilik psikolojik bir korunma sağlamakta ve depresyonun önlenmesinde en büyük etkiyi evlilik durumu oluşturmaktadır. Yılmaz ve Ergun (19)'un yaptığı çalışmada da algılanan sosyal desteğin, KY olan hastaların umutsuzluk düzeyleri üzerinde olumlu etki oluşturduğu belirlenmiştir. Eşlerin birbirine sosyal destek sağlayarak, yaşama ilişkin motivasyonlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada köyde yaşayan hastaların ilçede ve ilde yaşayan hastalara göre geleceğe ilişkin duygu ve beklentilerinin daha olumlu olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Köyde yaşayan bireylerin, daha büyük yerleşim yerlerindeki ek stresörlere daha az maruz kaldıkları ve böylece geleceğe ilişkin daha olumlu duygu ve beklentilerinin olduğu söylenebilir.

Kötü ekonomik koşullar bireylerin gelecek ile ilgili beklentilerini önemli ölçüde etkilemekte ve umutsuzluğa neden olmaktadır. Bu çalışmada da gelir düzeyinin giderinden az olduğunu belirten KY olan hastaların gelecek ile ilgili duygu ve beklentilerinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Farklı hasta grupları ile yapılan çalışmalarda da bu çalışmanın sonuçlarına benzer sonuçlar elde edilmiştir (101,102).

Çalışmada alkol kullanan hastaların umut alt boyut puanları kullanmayan hastaların puanlarından yüksek olduğu, alkol kullanan hastaların daha fazla umutsuzluk yaşadıkları

belirlenmiştir (Tablo 8). Moraska ve arkadaşlarının (77) çalışmasında hastaların geleceğe ilişkin beklentilerinin azalması ile birlikte depresyon düzeylerinin ve alkol kullanımının arttığı belirtilmektedir.

Bu çalışmada NHYA sınıf III KY hastalarının umutsuzluk düzeylerinin sınıf I deki KY olan hastalardan daha yüksek olduğu, yatarak tedavi gören hastaların ve daha önce KY tanısı nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışları bulunan hastaların daha fazla motivasyon kaybı yaşadıkları, mevcut sağlık algısı kötü olan hastaların umutsuzluklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Fan ve arkadaşları (76) ile Sherwood ve arkadaşlarının (78) çalışmalarında KY tanısı konulan hastaların depresyon düzeylerinin klinik sonuçlar üzerinde etkili olduğu, hastalığın semptom ve şiddetini dolayısı ile hastaneye yatışları arttırdığı belirtilmektedir. Ayrıca yapılan diğer çalışmalarda da, depresyonun hastalık şiddeti belirteçlerinden biri olan NHYA sınıflaması ile ilişkili olduğu belirlenmiş olup (12,75,79,86,100), Rutledge ve arkadaşlarının (79) çalışmasında NHYA sınıf III KY olan hastaların depresyon düzeyinin, sınıf II'de bulunan hastalardan iki kat fazla olduğu bulunmuştur. Hastalığa ait semptomların şiddeti arttıkça hastanın sağlık durumu kötüleşmekte, hastaların hastaneye yatış olasılığı artmaktadır. Bu durum hastaların kendilerini kötü hissetmelerine ve iyileşemeyeceği hissi yaşamalarına neden olmakta ve yaşama dair motivasyonlarını düşürmektedir. Yaşam enerjisi azalan hastalar umutsuzluk ve mutsuzluk yaşamaktadırlar.

HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN KALP YETERSİZLİĞİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Bireyin sağlıklı yaşam tarzına ve yeterli sağlık davranışlarına sahip olmasının, gerek hastalıklardan korunma gerekse var olan kronik hastalıkların en iyi şekilde yönetilmesinde önemli yeri vardır (22). Çalışmada hastaların Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalaması 65,99±12,26 olup, (değer aralığı 24-96) sağlık davranışlarının orta düzeyde yeterli olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Ülkemizde aynı ölçek kullanılarak Özer ve Argon (21) tarafından yapılan çalışmada da KY olan hastaların KYSDÖ puan ortalamasının 59,25 olduğu ve hastaların sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğu ifade edilmiştir. KY'ye ilişkin öz bakım davranışlarına yönelik yapılan benzer çalışmalarda, hastaların KY öz bakım davranışı düzeylerinin yeterli olduğu bulunmuştur (103,104).

Çalışmada lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip hastaların KYSDÖ puanlarının, ilkokul mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Özer ve Argon (21) ile Özen (22)'in KY olan hastalar ile yaptıkları çalışmalarda da eğitim düzeyindeki artışın sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Cene ve arkadaşları (103) ile Özarslan (105)'ın çalışmalarında da eğitim seviyesinin yükselmesi ile birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı bulunmuştur. Eğitim seviyesi yükseldikçe, bireylerin farkındalık düzeyleri artmakta, bu sayede olumlu sağlık davranışları daha fazla benimsenmektedir.

Bu çalışmada, evde eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan KY olan hastaların kalp yetersizliğine ilişkin sağlık davranışlarının, sadece eşi ile yaşayan hastalara göre daha yeterli olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Özen (22)'in çalışmasında çekirdek aileye sahip hastaların sağlık davranışlarının geniş aile ve parçalanmış aileye sahip hastaların sağlık davranışlarından daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Özellikle aile olarak evde çocuklar ile birlikte yaşamanın; bireylerin uyku saatleri, beslenme durumu ve tedaviye uyum gibi sağlık davranışları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu düşünülmektedir.

Hastaların kontrollerini düzenli olarak yaptırmaları sağlıklarına ve kendilerine verdikleri önemin bir göstergesidir. Sağlık kontrollerine düzenli olarak giden hastaların KYSDÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Bu bulgu literatür ile uyumlu olup, Özen (22)'nin KY olan hastalar ile, Özarslan (105)'ın ise KAH olan hastalar ile yürüttükleri çalışmalarda da düzenli sağlık kontrollerine giden hastaların sağlık davranışları puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN MİNNESOTA KALP YETMEZLİĞİ İLE YAŞAM ANKETİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Yaşam kalitesinin arttırılması, KY'nin ana tedavi hedeflerinden birisi olarak kabul edilmektedir (86). Bu çalışmada hastaların Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi ortalama puanı 42,75±21,69 (değer aralığı 0-105) olarak bulunmuştur (Tablo 7). Literatürde farklı ülkelerde, aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda, Saccoman ve arkadaşları (106) Brezilya'daki hastaların MKKYA ortalama puanının 35,3±17,2, Iqbal ve arkadaşları (84) İskoçya'daki hastaların MKKYA ortalama puanının 50±2, Son ve arkadaşları (86) Güney Kore'deki hastaların MKKYA ortalama puanının 54,58±11,71 olduğunu rapor etmiş ve hastaların kötü yaşam kalitesine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Loo ve arkadaşlarının (107) Singapur'da büyük çoğunluğunu NHYA sınıf I ve II. düzey KY olan hastalar ile yaptıkları

çalışmada hastaların MKKYA ortalama puanının 29,39±24,34 olduğu bulunmuş ve yaşam kalitelerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Alaloul ve arkadaşlarının (85) SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanarak KY olan hastalar ile Arabistan'da yaptığı çalışmada ise hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu bulunmuştur. Türkiye'de KY hastalarında Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada da hastaların yaşam kalitesinin ortalamanın altında olduğu belirlenmiştir (108). Hastaların ağrı, dispne, yorgunluk gibi yaşadıkları fiziksel semptomlar, onların günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirmelerini zorlaştırmakta ve fonksiyonel kapasitelerini düşürerek, yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (8,85,106).

Hastaların cinsiyetleri ile MKYYA ortalama puanları karşılaştırıldığında; kadın hastaların yaşam kalitelerinin erkek hastalardan daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Alaloul ve arkadaşlarının (85), Son ve arkadaşlarının (86) ve Loo ve arkadaşlarının (107) yaptıkları çalışmalarda da KY olan kadın hastaların yaşam kalitelerinin, erkek hastalardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Alaloul ve arkadaşları (85), kadın cinsiyetin fiziksel işlevsellik düzeyleri ile negatif ilişki içerisinde olduğunu bildirmiştir. Buna göre kadın hastaların KY belirti ve bulgularını daha yoğun yaşadıkları ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu söylenebilir. Çalışmada ayrıca ev hanımı olan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum cinsiyet ile ilişkili olduğu kadar, hastalık algısı ile de ilişkilendirilebilir. Kayış'ın (98) ev hanımlarının hastalık algısını, diğer meslek gruplarına göre daha yüksek belirtmiş olması bunu desteklemektedir. Ayrıca ev hanımlarının ev ortamında kendilerini daha çok dinleme fırsatı buldukları için hastalığa ilişkin olumsuz algılarının arttığı düşünülmektedir.

Kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesi, günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız olarak yerine getirilebilme durumu ile ilişkilidir. Ayrıca hastaların KY tanısına ilişkin özellikleri de yaşam kalitelerini etkilemektedir (107,109). Hastalık şiddetinin bir göstergesi olarak kullanılan NYHA sınıflandırması, hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesindeki en belirgin göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (84,86,107,109). Yapılan çalışmalarda KY olan hastaların fonksiyonel sınıflamasının yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur (22,84,86,107,110). Son ve arkadaşları (86) ile Chen ve arkadaşlarının (110) çalışmalarında hastalığını şiddetini ifade eden NHYA sınıflaması arttıkça, yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir. Loo ve arkadaşlarının (107) çalışmasında ise NHYA sınıf I'deki hastaların yaşam kalitesinin, sınıf II ve III'teki hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da, NHYA sınıf III'te bulunan hastaların yaşam kalitelerinin sınıf I ve sınıf

II'deki hastaların yaşam kalitelerinden daha düşük olduğu belirlenmiş olup, sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir (Tablo 13).

Çalışmada daha önce KY tanısı nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışları bulunan ve yatarak tedavi gören ve mevcut sağlık durumunu çok kötü/kötü algılayan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 13). Hastalıkla ilgili semptomlar ve bu semptomların şiddeti arttıkça, hastaneye yatışlar da artmaktadır. Hastalık belirti ve bulgularının şiddetli olması, bağımsız bir şekilde günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesini engellemekte, sağlık algısını olumsuz yönde etkilemekte ve sonuç olarak hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir.

HASTALARIN YAŞLARI VE ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Peters-Klimm ve arkadaşları (104) ile Cameron ve arkadaşlarının (112) KY tanısı konulan hastalar ile, Kang ve arkadaşlarının (111) KAH tanısı konulan hastalar ile yaptıkları çalışmalarda yaşın sağlık davranışlarını önemli ölçüde etkilediği, yaşla birlikte hastalık yönetimine ilişkin uzmanlığın artarak, gösterilen sağlık davranışlarının daha olumlu olduğu ifade edilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bunun tersi olarak yaş ile birlikte sağlık davranışlarının azaldığı belirtilmektedir (22,26,105). Özen (22)'in KY hastaları ile Özarslan (105)'ın KAH hastaları ile yaptıkları çalışmalarda yaş arttıkça, olumlu sağlık davranışlarında azalma olduğu belirlenmiştir. Küçükberber ve arkadaşlarının (26) kalp hastaları ile yaptığı çalışma sonuçlarına göre de sağlıklı yaşam biçimi davranışları 61-80 yaş arasındaki hastalarda en düşük düzeyde bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları da ülkemizde yürütülen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte ve yaş arttıkça hastaların sağlık davranışları puanları azalmaktadır (Tablo 14). Bu durum yaşın artmasına bağlı olarak bireylerde hastalık ve tedavi süreci ile baş edebilme mekanizmalarının azalması, yetersiz sosyal destek, ekonomik koşullar ve başkalarına olan bağımlılığın artması ile açıklanabilir.

Hastalığa ilişkin öz bakım davranışlarının sergilenmesinde geleceğe ilişkin pozitif duygu ve inançların önemli yeri vardır. Bireyin yaşadığı umutsuzluk, depresyon ve anksiyete öz bakım davranışlarının gerçekleştirilmesini olumsuz olarak etkilemektedir (14,17,77,113). Sigara ve alkol kullanma, uygun olmayan beslenme, yetersiz fiziksel hareket, tedavi planına uyum sağlamama gibi olumsuz sağlık davranışları, bireylerin yaşadıkları depresyon ve umutsuzluk düzeyleri ile yakından ilişkilidir (14,17,77). Siabani ve arkadaşlarının (113) KY olan hastalar ile yapmış olduğu meta analiz çalışmasında umutsuzluk ve depresyonun öz

bakım davranışlarını olumsuz yönde etkilediği, Bauer ve arkadaşlarının (62) çalışmasında kardiyak hastalarda artan depresyon düzeyinin olumlu sağlık davranışlarını engellediği bulunmuştur. Benzer şekilde KY hastaları ile yürütülen çalışmada da bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların orta düzeyde yeterli sağlık davranışlarına sahip olduğu ve umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürden farklı olarak, çalışmada hastaların umutsuzluk düzeyleri ile kalp yetersizliği sağlık davranışları arasında ilişki olmadığı, umutsuzluğun sağlık davranışları üzerinde bir etki oluşturmadığı ve hastaların var olan sağlık davranışlarını sürdürdüğü belirlendi (Tablo 15). Kronik hastalıklarda iyimser bakış açısına sahip olma ve geleceğe umutla bakma yaşam kalitesi için önemlidir. Uzun süreli tedavi gerektiren kronik hastalıkların bireylerin emosyonel ve psikososyal iyilik hallerini dönem dönem olumsuz yönde etkilediği, bunun sonucu olarak da hastaların yaşam kalitelerinin kötüleştiği bildirilmektedir (19,85,86,109).

Kronik hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmalarda, iyimser ve geleceğe umutla bakan kanser hastalarının yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu, umutsuzluğun ise kanser hastalarında yaşam kalitesinin öngördürücülerinden biri olduğu belirlenmiştir (114,115). Bu çalışmada KY hastalarının umutsuzluk düzeyi ile yaşam kaliteleri arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Tablo 15). Hastaların umutsuzluk düzeyi arttıkça, yaşam kaliteleri düşmektedir. Umutsuzluk, depresyonun major belirtilerinden biridir (69,70,71). Literatürde KY hastalarında depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar mevcut olup (12,74,86,109), umutsuzluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Kao ve arkadaşları (12), Hallas ve arkadaşları (74), Son ve arkadaşları (86) ile Heo ve arkadaşları (109) tarafından KY tanısı konulan hastalar ile yürütülen çalışmalarda, depresyonun yaşam kalitesinin ana belirleyicilerinden biri olduğu ve depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur.

İstendik sağlık davranışlarının ortaya konulması, kısa vadede kardiyovasküler risk faktörlerinde azalmaya neden olurken, uzun vadede yaşam kalitesini arttırarak sağlık sonuçlarına katkıda bulunmaktadır (116). Özer ve Argon (21) ile Heo ve arkadaşlarının (109) KY tanısı konulan hastalar ile yaptıkları çalışmalarda yaşam kalitesi ile sağlık davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ancak bu çalışmada sağlık davranışları ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmadığı, hastaların sağlık davranışları orta düzeyde yeterli ve yaşam kalitelerinin iyi olduğu belirlenmiştir. Bu durum çalışmaya dahil edilen hastaların

benimsedikleri sağlık davranışlarından ziyade, umutsuzluk gibi psikolojik faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

01.12.2016 – 01.06.2017 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışma; Edirne ilindeki bir üniversite ve bir devlet hastanesinin kardiyoloji klinik ve polikliniklerine başvuran kalp yetersizliği olan hastaların umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 143 hasta ile gerçekleştirildi.

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- Hastaların BUÖ toplam puan ortalaması 6,90±4,66, KYSDÖ puan ortalaması 65,99±12,26 ve MKYYA puan ortalaması 42,75±21,69 olarak saptandı (Tablo 7).
- Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, yaşadıkları yer, alkol kullanım durumları ile BUÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 8).
- Hastaların yer aldığı NHYA sınıflaması, daha önce KY tanısı nedeniyle hastaneye yatış yapma durumları, tedavi şekli ve mevcut sağlık algıları ile BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 9).
- Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu, mesleği ve evde yaşadığı kişi/kişiler ile KYSDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,05$) (Tablo 10).
- Hastaların düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme durumları ile KYSDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,05$) (Tablo 11).

- Hastaların cinsiyeti ve mesleği ile MKYYA puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 12).
- Hastaların NHYA sınıflaması, daha önce KY tanısı nedeniyle hastaneye yatış yapma durumları, tedavi şekli ve mevcut sağlık algıları ile MKYYA puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 13).
- Hastaların yaşı arttıkça, sağlık davranışı puanlarının azaldığı belirlendi ($r=-0,259$; $p<0,01$) (Tablo 14).
- Hastaların umutsuzluk düzeyi arttıkça, yaşam kalitelerinin düştüğü belirlendi ($r=0,253$; $p<0,01$) (Tablo 14).

ÖNERİLER

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Kardiyoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin, KY tanısı konulan tüm hastaların umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitelerini geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan ölçekler ile değerlendirmeleri,
- Kalp yetersizliği olan hastaların tedaviye ve yeni yaşam tarzına uyumlarını sağlamak için hastaların bireysel özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, alkol kullanım durumları) ile hastalığa ilişkin özellikleri (KY şiddeti, daha önce KY tanısı nedeniyle hastaneye yatış yapma durumu, tedavi şekli ve sağlık algısı) göz önüne alınarak psikososyal destek verilmesi,
- Hastaların kalp yetersizliği şiddetine ve umutsuzluk düzeylerine göre yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerin planlanması,
- Kalp yetersizliği ile ilgili olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi amacıyla hasta ve ailesine fiziksel aktivite, sodyum ve sıvı kısıtlaması, beslenme ve kilo kontrolü, sigara ve alkol tüketimi, enfeksiyonlardan korunma ve cinsel aktivite konularını içeren eğitim programlarının düzenlenmesi, bu eğitim programları ve uygulanacak girişimlerin etkinliklerinin yapılacak çalışmalar ile değerlendirilmesi önerilmektedir.

ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma kalp yetersizliği hastalarının umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma; Aralık 2016 – Haziran 2017 tarihleri arasında kalp yetersizliği tanısı konulmuş, 143 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri, "Hasta Bilgi Formu", "Beck Umutsuzluk Ölçeği", "Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği" ve "Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi" kullanılarak toplandı.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 57,80±8,31 olup, %70,6'sı erkekti. Hastaların %74,1'i evli, %75,5'i ilkokul mezunu, %33,5'i emekli, %39,2'si kalp yetersizliği sınıflamasında sınıf III'te yer almakta idi.

Hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamasının 6,90±4,66, Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamasının 65,99±12,26 ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi puan ortalamasının 42,75±21,69 olduğu belirlendi.

Kalp yetersizliği sınıflamasında sınıf III'te bulunan, kalp yetersizliğine bağlı hastaneye tekrarlı yatışları olan ve mevcut sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların umutsuzluk düzeyi daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

İlkokul mezunlarının, ev hanımı olanların, sadece eşi ile yaşayanların ve sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayanların sağlık davranışları düzeyi daha düşük saptandı ($p<0,05$).

Kadın hastaların, kalp yetersizliği sınıflamasında sınıf III'te yer alan hastaların, yatarak tedavi görenlerin, kalp yetersizliğine bağlı hastaneye tekrarlı yatışları olan ve mevcut sağlık

durumunu çok kötü/kötü olarak algılayan hastaların yaşam kaliteleri daha düşük bulundu ($p<0,05$).

Hastaların yaşları ile kalp yetersizliği sağlık davranışları arasında negatif bir ilişki olduğu belirlendi ($r=-0,259$; $p<0,01$). Hastaların umutsuzluk düzeyleri arttıkça, yaşam kalitelerinin düştüğü saptandı ($r=0,253$; $p<0,01$).

Kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesinin arttırılması için umutsuzluk ile baş etme yöntemlerinin ve olumlu sağlık davranışlarının öğretileceği eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kalp yetersizliği, umutsuzluk, sağlık davranışı, yaşam kalitesi

THE RELATIONSHIP AMONG HOPELESSNESS LEVELS, HEALTH BEHAVIOURS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE AND ITS RELATED FACTORS

SUMMARY

This descriptive and cross sectional study was conducted to identify the relationship between the level of hopelessness, self-care behaviour and life quality of patients with heart failure and affecting factors.

The study was conducted on 143 patients diagnosed with heart failure between December 2016 and June 2017. The study data was collected by using "Patients Information Form", "Beck's Hopelessness Scale", "Heart Failure Health Behaviour Scale" and "Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire"

The mean age of the patients was 57.80±8.31 years and 70.6% of them were male. 74.1% of the patients were married, 75.5% were primary school graduates, 33.5% were retired, 39.2% were categorized as NYHA functional classification III.

The patients' average scores of Beck's Hopelessness Scale, Heart Failure Health Behaviour Scale, and Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire were determined to be 6.90±4.66, 65.99±12.26, and 42.75±21.69, respectively.

It was found that the level of hopelessness of the patients with NYHA classes III and repeated hospitalization, who perceived their current health status to be bad was higher ($p<0,05$).

The level of health behaviour of the patients who were primary school graduates, housewives, lived only with their partner and did not have check-ups regularly were found to be lower ($p<0,05$).

The life quality of the patients who are female, with NYHA classes III, received inpatient treatment, with repeated hospitalization due to heart failure, and perceive their health status to be very bad/bad was found to be lower ($p<0,05$).

There was a negative correlation between the age of patients and heart failure health behaviors ($r=-0,259$, $p<0.01$). Also, as the hopelessness levels of the patients increased, their quality of life decreased ($r=0.253$, $p<0.01$).

It is suggested that training programs which consist of methods coping with hopelessness and positive health behaviours for improving the quality of life in patients with heart failure, are organized.

Key words: Heart failure, hopelessness, health behaviour, quality of life

KAYNAKLAR

1. Akbıyık A, Koçak G, Oksel E. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016;1(2):1-8.

2. Çaloğlu A. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Servisinde Kalp Yetmezliği Nedeniyle Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimleri (tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

3. World Hearth Federation. FACTSHEET: Cardiovascular diseases in the USA. 2016. http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/documents/Fact_sheets/2016/Cardiovascular_diseases_in_the_USA.pdf. Erişim tarihi: 04.07.2017.

4. World Health Organization. The top 10 causes of death. 2017. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/ Erişim tarihi: 04.07.2017.

5. Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(3): 1-7.

6. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2017;135(10):e146-e603.

7. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, ve ark. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. Türk Kardiyol Dern Arş 2012;40(4):298-308.

8. Song EK, Moser DK, Rayens MK, Lennie TA. Symptom clusters predict event-free survival in patients with heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2010;25(4):284–291.

9. Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 2016;37:2129–2200.

10. Oğuz S, Enç N, Yiğit Z. Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması 2010;38(7):480-485.

11. Amerikan Heart Association. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. 2005. https://www.vumc.nl/afdelingen-themas/41463/27797/2089686/1611658/1611691/ 1.pdf. Erişim tarihi: 04.07.2017.

12. Kao C, Chen T, Cheng S, Lin W, Friedmann E, Thomas SA. Gender differences in the predictors of depression among patients with heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing 2014;13(4):320-8.

13. Volmann MW, LaMontaigne LL, Hepworth JT. Coping and depressive symptoms in adults living with heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing 2007;22(2):125-130.

14. Kılınç G, Yıdız E, Kavak F. Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(13):114-126.

15. Sanatani M, Schreier G, Stitt L. Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. Support Care Cancer 2008;16:493–499.

16. Kavradım ST, Özer ZC. Kanser tanısı alan hastalarda umut. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014;6(2):154-164.

17. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(1):1-6.

18. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(2):32-33.

19. Yılmaz EB, Ergun A. Kalp yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010;26(3):1-10.

20. Loomba RS, Aggarwal S, Arora R. Depressive symptom frequency and prevalence of cardiovascular diseases—analysis of patients in the national health and nutrition examination survey. American Journal of Therapeutics 2015;22:382–387.

21. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(1): 63-77.

22. Özen B. Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna Bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

23. Van der Wal MHL, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: Problem and possible solutions. International Journal of Cardiology 2008;125:203–208.

24. Marti CN, Georgipoulou VV, Giamouzis G, Cole RT, Deka A, Tang WHW et al. Patient-reported selective adherence to heart failure self-care recommendations: a prospective cohort study the atlanta cardiomyopathy consortium. Congest Heart Fail 2013;19:16–24.

25. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7(3):230-237.

26. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Dergisi 2011;11:619-626.

27. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7(2):98-108.

28. Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing 2005;4:198–206.

29. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017.

30. U.S. Department of Health and Human Services. Health, United States, 2015: with special feature on racial and ethnic health disparities. Hyattsville: MD; 2016.

31. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. European Heart Journal 2016;37:3232-45.

32. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri, 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572. Erişim tarihi: 04.07.2017.

33. Onat A, Can G. Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. Onat, A (Edirtör). TEKHARF 2017: Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük'te. İstanbul: Logos Yayıncyılık; 2017. s.20-8.

34. Vaccarino V, Kasl SV, Abramson J, Krumholz HM. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. Journal of the American College of Cardiology 2001;38(1):199-205.

35. Jiang W, Hasselblad V, Krishnan RR, O'Connor CM. Patients with CHF and depression have grater risk of mortality and morbidity than patients without depression. JACC 2002;39(5):919-20.

36. Zoghi M. Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması. Klinik Gelişim 2011;24:1-5.

37. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association (ACCF/AHA). 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure. Circulation 2016;128:240-327.

38. Gardner RS, McDonagh TA, Walker NL. Oxford specialist handbooks in cardiology: heart failure. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2014;3-15.

39. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. Circulation: Heart Failure 2013;6(3):606-619.

40. Vasan RS, Wilson PWF. Epidemiology and causes of heart failure. UpToDate 2016:1-16.

41. Badır A. Kalp hastalıklarına bağlı komplikasyonlar. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s.497-514.

42. Enç N. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Enç N. (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği'nde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. s.85-118.

43. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. JAMA 2013;309(4):355-63.

44. Gerber Y, Weston SA, Redfield MM, Chamberlain AM, Manemann SM, Jiang R, et al. A contempopary apprasial of the heart failure epidemic in olmsted county, Minnesota, 2000-2010. JAMA Intern Med 2015;175(6):996-1004.

45. Enar R. Kalp yetersizliği sendromu. Enar R. (Editör). Kanıta Dayalı Kalp Yetersizliği Kitabı Kısım 1'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010. s.23-138.

46. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Kalp Yetersizliği Birliği. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ECS kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş. 2012;40 Supply 3:77-137.

47. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Kalp Yetersizliği Birliği. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2008 ECS kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş. 2008;36 Supply 3:41-95.

48. Akın S. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve bakım. Durna Z (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği'nde. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013. s.147-230.

49. Bakan G. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Yaşam Deneyimleri (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

50. Akdeniz Ş. Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Planlı Hasta Eğitiminin Semptom Yönetimine Etkisi (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

51. Enar R. Pratikte kalp yetersizliği: kılavuzlar ve klinik kanıtlarla; akut/kronik KY'de teşhis, tedavi, ayırıcı tanı, korunma ve tedavi sorunları. Enar R. (Editör). Kanıta Dayalı Kalp Yetersizliği Kitabı Kısım 2'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010. s.305-447.

52. Oliveira GHM, Murphy JG. Congestive heart failure. In: Oliveira GHM, Nesbitt GC, Murphy JG (Eds.). Mayo Clinic Medical Manual. Boca Raton, FL: Mayo Clinic Scientific Press; 2006. p.497-507.

53. Coats AJS. Nonpharmacological threapies. In: Henein MY (Ed.). Heart Failure in Clinical Practice. London: Springer-Verlag London Limited; 2010. p.277-88.

54. Amakali K. Clinical care for the patients with heart failure: a nursing care perspective. Cardiol Pharmacol 2015;4(2):1-5.

55. Ruppar TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacop M. Medication adherence interventions improve heart failure mortality and readmission rates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. Journal of American Heart Association 2016;5(6):1-19.

56. Barnason S, Zimmerman L, Young, L. An integrative of interventions promoting self-care of patients with heart failure. Journal of Clinical Nursing 2011;21:448-75.

57. Lainscak M, Blue L, Clarck AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European Journal of Heart Failure 2011;13:115–26.

58. Bhatt AS, DeVore AD, Hernandez AF, Mentz RJ. Can Vaccinations improve heart failure outcomes? Contemporary data and future directions. JACC: Heart Failure 2017;5(3):194-203.

59. Velioğlu P. Hemşireliğin doğası ve hemşireliğin kavramsal çerçevesi. Velioğlu P (Editör). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar'da. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. s.67-128.

60. Medeni V. Bir İlçedeki 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Sağlık Davranışları ve İlişkili Risk Etmenleri (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.

61. Stockert A. Health and wellness. In: Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM (Eds.). Fundamentals of Nursing. 8nd ed. St. Louis: Mosby; 2013. p.65-78.

62. Bauer LK, Caro MA, Beach SR, Mastromauro CA, Lenihan E, Januzzi JL, Huffman JC. Effects of depression and anxiety improvement on adherence to medication and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients. Am J Cardiol 2012;109:1266–71.

63. Djousse L, Driver JA, Gaziano JM. Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure. JAMA 2009;302(4):394-400.

64. Wang Y, Tuomilehto J, Jousilahti P, Antikainen R, Mahönen M, Katzmarzyk PT, Hu G. Lifestyle factors in relation to heart failure among Finnish men and women. Circ Heart Fail. 2011;4:607-612.

65. Borneman T, Stahl C, Ferrell BR, Smith D. The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home. Journal of Hospice and Palliative Nursing 2002;4(1):21-33.

66. Chi GC. The role of hope in patients with cancer. Oncology Nursing Forum 2007;34(2):415-24.

67. Synder CR, Lopez SJ, Shorey HS, Rand KL, Feldman DB. Hope theory, measurements and applications to school psychology. School Psychology Quarterly 2003;18(2):122–39.

68. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Türk Dil Kurumu (T.C). Güncel Türkçe Sözlük; http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5992cc87ea3550.69866388. Erişim tarihi: 18.07.017.

69. Britton PC, Duberstein PR, Conner KR, Heisel MJ, Hirsch JK, Conwell Y. Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older. Am J Geriatr Psychiatry 2008;16(9):736-41.

70. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. Social Science & Medicine 2009;68:562-9.

71. Forintos DP, Sallai J, Rozsa S. Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. Psychological Topics 2010;19(2):307-21.

72. Carpenito-Moyet LJ (Çeviri: F. Erdemir). Hemşirelik tanıları el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012:487-92.

73. Westlake C, Dyo M, Vollman M, Heywood JT. Spirituality and suffering of patients with heart failure. Progress in Palliative Care 2008;16(5-6):257-65.

74. Hallas CN, Wray Jo, Andreou P, Banner NR. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. Heart & Lung 2011;40(2):111-21.

75. Conley S, Feder S, Redeker NS. The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. Heart & Lung 2015;44:107-12.

76. Fan H, Yu W, Zhang Q, Cao H, Wang J, Shao Y, et al. Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis. Preventive Medicine 2014;63:36-42.

77. Moraska AR, Chamberlain AM, Shah ND, Vickers KS, Rummans TA, Dunlay SM, et al. Depression, healthcare utilization, and death in heart failure: a community study. Circ Heart Fail 2013;6:387-94.

78. Sherwood A, Blumental JA, Hinderliter AL, Koch GG, Adams KF, et al. Worsening depressive symptoms are associated with adverse clinical outcomes in patients with heart failure. Journal of the American College of Cardiology 2011;57(4):418-23.

79. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. Journal of the American College of Cardiology 2006; 48(8): 1527-37.

80. Özdemir VA. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

81. Demir Ş, Özer Z. Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. MN Kardiyoloji 2014;21(3): 182-91.

82. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/ Erişim tarihi: 20.07.2017.

83. Buck HG, Lee CS, Moser DK, Albert NM, Lennie T, Bentley B, et al. Relationship between self-care and health-related quality of life in older adults with moderate to advanced heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing 2012;27(1)8-15.

84. Iqbal J, Francis L, Reid J, Murray S, Denvir M. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. European Journal of Heart Failure 2010;12(9):1002-8.

85. Alaloul F, AbuRuz ME, Moser DK, Hall LA, Al-Sadi A. Factors associated with quality of life in Arab patients with heart failure. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2017;31(1):104-11.

86. Son Y, Song Y, Nam S, Shin W, Lee S, Jin D. Factors associated with health-related quality of life in elderly Korean patients with heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing 2012;27(6)528-38.

87. Durak A, Palabıyıklıoğlu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği: geçerlilik çalışması. Kriz Derg 1993; 2(2): 311-319.

88. Enç N. Kalp yetersizliği olan bireylerin sağlığı geliştiren davranışlarının değerlendirilmesi (doçentlik çalışması). İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul; 1998.

89. Uzunhasanoğlu Z. Minnesota Kalp Yetmezliği İle Yaşam Anketinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliği (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

90. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, Cowie MR, Force TL, Hu S, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. ESC Heart Failure 2014;1:4-25.

91. Duggleby W, Hicks D, Nekolaichuk C, Holtslander L, Williams A, Chambers T, Eby J. Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. Journal of Advances Nursing 2012;68(6):1211-23.

92. Yu DSF, Lee DTF, Kwong ANT, Thompson DR, Woo J. Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. Journal of Advances Nursing 2008;34(5):474-83.

93. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. Palliative Medicine 2004;18:39-45.

94. Hwang B, Moser DK, Pelter MM, Nesbitt TS, Dracup K. Changes in depressive symptoms and mortality in patients with heart failure: effects of cognitive-affective and somatic symptoms. Psychosomatic Medicine 2015;77:798-807.

95. Horne G, Payne S. Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. Palliative Medicine 2004;18:291-6.

96. Evangelista LS, Kagawa-Singer M, Dracup K. Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. Heart & Lung 2001;30:167-76.

97. Thomas JR, Clark AM. Women with heart failure are at high psychosocial risk: a systematic review of how sex and gender influence heart failure self-care. Cardiology Research and Practice 2011;2011:1-6.

98. Kayış A. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

99. Kara B. Değişen aile dinamikleri açısından erken yaşta evlilikler sorunu ve toplumsal önemi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2015;20(2):59-72.

100. Graven LJ, Martorella G, Gordon G, Keltner JSG, Higgins MK. Predictors of depression in outpatients with heart failure: an observational study. International Journal of Nursing Studies 2017;69:57-65.

101. Yayla A. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin Baş Etme Tutumlarına Etkisi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

102. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2010;18(2):87-97.

103. Cene CW, Haymore LB, Dolan-Soto D, Lin FC, Pignore M, Dewalt DA, et al. Self-care confidence mediates the relationship between perceived social support and self-care maintenance in adults with heart failure. Journal of Cardiac Failure 2013;19(3):202-10.

104. Peters-Klimm F, Freund T, Kunz CU, Laux G, Frankenstein L, Müller-Tasch T, Szecsenyi J. Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. European Journal of Cardiovascular Nursing 2013;12(2):167-76.

105. Özarslan BB. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

106. Saccomann ICR, Cintra FA, Gallani MCBJ. Quality of life in older adults with heart failure: assessment with a specific instrument. Acta Paul Enferm 2011;24(2):179-84.

107. Loo DWY, Jiang Y, Koh KWL, Lim FP, Wang W. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. Applied Nursing Research 2016;32:148-55.

108. Doğru BV, Karadakovan A. Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda psikososyal uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(13):88-104.

109. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. Heart & Lung 2009;38(2):100-8.

110. Chen H, Clark AP, Tsai L, Lin C. Self-reported health-related quality of life and sleep disturbances in Taiwanese people with heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing 2010;25(6):503-13.

111. Kang Y, Yang I, Kim N. Correlates of health behaviors in patient with coronary artery disease. Asian Nursing Research 2010;4(1):45-55.

112. Cameron J, Worral-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: does experience with symptoms really make a difference?. European Journal of Cardiovascular Nursing 2010;9:92-100.

113. Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. SpringerPlus 2013;2(320):1-14.

114. Gustavsson-Lilius M, Julkunen J, Hietanen P. Quality of life in cancer patients: the role of optimism, hopelessness, and partner support. Quality of Life Research 2007;16:75-87.

115. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Pathiaki M, Galanos A, Vlahos L. The relationship between quality of life and levels of hopelessness and depression in palliative care. Depression and Anxiety 2008;25:730-6.

116. Ann S, Song R, Choi SW. Effects of self-care health behaviors on quality of life mediated by cardiovascular risk factors among individuals with coronary artery disease: a structural equation modeling approach. Asian Nursing Research 2016;10:158-63.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Kalp yetersizliğinin New York Kalp Cemiyeti'ne göre sınıflandırılması 6
Tablo 2. Kalp yetersizliğinin Amerikan Kalp Birliği'ne göre sınıflandırılması 6
Tablo 3. Framingham kriterleri 7
Tablo 4. Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi sonuçları 24
Tablo 5. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımları 25
Tablo 6. Araştırmaya katılan hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerinin dağılımı 27
Tablo 7. Hastaların BUÖ, KYSDÖ ve MKYYA ölçeklerine ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları 28
Tablo 8. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması 30-31
Tablo 9. Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ile BUÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması 33-34
Tablo 10. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin KYSDÖ toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması 36
Tablo 11. Hastaların hastalığına ilişkin özelliklerinin KYSDÖ toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması 37
Tablo 12. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin MKYYA toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması 39
Tablo 13. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin MKYYA toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması 41

Tablo 14. Hastaların yaşları ile BUÖ, KYSDÖ ve MKYYA ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki.....42

ÖZGEÇMİŞ

Ezgi KINICI, 1992 yılında İstanbul Maltepe'de doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamlamıştır. 2014 yılında İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightinagale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur.

2014 yılında üç ay Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım ve Bebek Bakım Odası Hemşireliği yapmıştır. Aynı yıl Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalına Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı kapsamında araştırma görevlisi olarak atanmıştır ve halen bu görevini sürdürmektedir.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Ek 2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Ek 3. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği (KYSDÖ)

Ek 4. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi (MKYYA)

Ek 5. Etik Kurul İzni

Ek 6. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

Ek 7. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni

Ek 8. Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

Ek 9. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği Kullanım İzni

Ek 10. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi Kullanım İzni

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Kalp Yetersizliği Hastalarının Umutsuzluk Düzeyi, Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler

Sayın katılımcı,

Bu tez çalışması kalp yetersizliği tanısı almış hastaların umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bilimsel amaçla yapılan bu çalışmada katılımınız gönüllülük esasına dayalı olup, kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Çalışma size herhangi bir mali yük getirmemektedir. Doğru ve samimi yanıtlarınız doğrultusunda araştırmamız geçerli ve güvenilir olacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaş: …… **2. Cinsiyet:** a) Kadın b) Erkek
3. Boyunuz: **4. Kilonuz:**
5. Medeni haliniz: a) Evli b) Bekar
6. Yaşadığınız yer: a) Köy b) İlçe c) İl
7. Eğitim durumunuz: a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite
8. Mesleğiniz:…….
9. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
a) Gelirim giderime eşit b) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderimden fazla
10. Evde kiminle/kimlerle yaşıyorsunuz?
a) Yalnız b) Eş ve çocuklar e) Sadece eş d) Diğer…….
11. Hastalığınızın tanısı ne zaman konuldu? …….
12. Kalp yetersizliği sınıflamasında kendinizi hangi sınıfta görüyorsunuz?
a) Sınıf 1 (Günlük fiziksel aktiviteleri yerine getirirken kısıtlanma yaşamıyorum)
b) Sınıf 2 (Günlük fiziksel aktiviteleri yerine getirirken HAFİF kısıtlanma yaşıyorum)
c) Sınıf 3 (Günlük fiziksel aktiviteleri yerine getirirken BELİRGİN kısıtlanma yaşıyorum)
d) Sınıf 4 (İstirahatte dahi nefes darlığı yaşıyorum)
13. Daha önce bu tanı nedeniyle hastaneye tekrarlı yatışınız oldu mu? a) Evet b) Hayır
14. Hastalığınıza eşlik eden başka kronik bir rahatsızlığınız var mı? a) Evet b)Hayır
15. Cevabınız evet ise hangi kronik rahatsızlığınız/rahatsızlıklarınız bulunmaktadır?
a) Diyabet b) Hipertansiyon c) KOAH d) Böbrek yetersizliği
e) Koroner arter hastalığı f) Kalp kapak hastalıkları g) Diğer…….
16. Ailenizde kalp yetersizliği tanısı alan bir birey var mı? a) Evet b)Hayır
17. Hastalığınızla ilgili olarak sağlık kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz?
a) Evet b)Hayır
18. Şu anki sağlığınızı nasıl yorumlarsınız?
a) Çok kötü b) Kötü c) İyi d) Çok iyi
19. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
20. Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

Ek 2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise "Evet", uygun değil ise "Hayır" ifadesinin altındaki kutuyu işaretleyiniz.

	Evet	**Hayır**
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltmediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

Ek 3. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği (KYSDÖ)

KALP YETERSİZLİĞİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınız ile ilgili tutumunuz ve kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen size en doğru ve yakın olan ifadeyi işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1. Hastalığım hakkında bilgim vardır.				
2. Beslenmemde tuz kısıtlamasına dikkat ederim.				
3. Yorgunluk veya solunum zorluğuna yol açan hareketlerden kaçınırım.				
4. Hastalığıma bağlı hangi şikayetlerim olabileceğini bilirim.				
5. İlaçların etki ve yan etkilerini bilirim.				
6. Bikarbonatlı, gazoz ve soda gibi içecekleri kullanmam.				
7. Nabzımı sayarım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Acil durumlarda kullanılmak üzere bana ait adres, telefon ve teşhisimi bildiren kartı yanımda taşırım.				
9. İlaçlar bana zarar verdiği zaman doktora giderim.				
10. Hava aşırı nemli ve sıcaksa aşırı hareket etmekten kaçınırım.				
11. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
12. Sıvı alımına dikkat ederim.				
13. Düzenli tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
14. Soğuk algınlığı ve gripten kendimi korurum.				
15. Sıvı yağ kullanılmış besinleri yerim.				
16. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
17. Düzenli kilo kontrolümü yaparım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
18. Yemekleri az ve sık yerim.				
19. Doktor kontrollerine düzenli giderim.				
20. Gece yatmadan önce ağır yemek yemem.				
21. İlaçlarımı düzenli kullanırım.				
22. Sebze ve meyve gibi besinleri yerim.				
23. Hastalığımla ilgili sıkıntım olduğunda hastaneye giderim.				
24. Grip ve zatürre aşılarını düzenli olarak yaptırırım.				

Ek 4. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi (MKYYA)

MINNESOTA KALP YETMEZLİĞİ İLE YAŞAM ANKETİ

Aşağıdaki sorular, kalp yetersizliğinin (kalp rahatsızlığının) son bir ay (4 hafta) süresince yaşamınızı ne kadar etkilediğini sorgulamaktadır. Yaşamınızın ne kadar etkilendiğini göstermek amacıyla lütfen aşağıdaki sütunda verilen derecelendirmeyi kullanarak, sizin görüşlerinize en uygun olan seçeneği X ile işaretleyiniz. Eğer soru sizin durumunuz için geçerli değilse "Hiç" sütununu işaretleyiniz.

Kalp yetersizliğiniz, son bir ay (4 hafta) içinde, aşağıdaki nedenlerle yaşamınızı istediğiniz gibi sürdürmenizi engelledi mi?

	Hiç	**Çok Az**	**Az**	**Biraz**	**Çok**	**Çok Fazla**
1. Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma						
2. Gün içinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme						
3. Yürümekte ya da merdiven çıkmakta zorlanma						
4. Evde ya da bahçede iş yapmada zorlanma						
5. Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme						
6. Geceleri iyi uyuyamama						
7. Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme						
8. Geçiminizi sağlamak amacıyla yaptığınız işte zorlanma						
9. Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma						
10.Cinsel hayatınızda zorlanma						
11.Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme						
12.Nefes darlığına yol açma (nefes kesilmesi)						
13.Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme						
14.Hastaneye yatmanıza yol açma						
15.İlaç ve tıbbi bakım için para harcama						
16.Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması						
17.Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma						
18.Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma						
19.Endişelenmenize yol açma						
20.Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme						
21.Depresyon, bunalma hissine yol açma						

Ek 5. Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/244	
	PROTOKOL ADI	Kalp Yetersizliği Hastalarının Umutsuzluk Düzeyi, Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 18/04** **Tarih:09.11.2016** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Ezgi KINICI'nın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Gülizar Füsun VAROL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	k	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	(E) H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Mustafa İNAN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 6. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 96638255-600 -E.82252 29/11/2016
Konu : Tez Çalışması hk.

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 28/11/2016 tarihli ve 81645 sayılı yazı,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Yüksek Lisans öğrencilerinden Ezgi KINICI 'ya ait tezin anabilim dalımızda yürütülmesi uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim .

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hanefi Yekta GÜRLERTOP
Anabilim Dalı Başkanı

Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne
Telefon:2842357653 Faks2842357652
E-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://tipfak.trakya.edu.tr/
Bilgi için: Melek BELET
Unvanı: Memur

Ek 7. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni

EDİRNE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - EDİRNE İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
27/12/2016 16:31 - 26559790 - 605.01 - E.11704
00036038883

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

Sayı : 26559790/605.01
Konu : Araştırma İzni (Ezgi KINICI)

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 08/12/2016 tarihli ve 86591326-48074 sayılı yazınız.

İlgi kayıtlı yazıda bahsi geçen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD yüksek lisans öğrencisi Ezgi KINICI tarafından gerçekleştirilmek istenilen "Kalp Yetersizliği Hastalarının Umutsuzluk Düzeyi, Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler" başlığı altındaki araştırma kapsamında düzenlenerek iletilen talep dosyası Genel Sekreterliğimiz Araştırma İnceleme Komisyonunca değerlendirilmiş olup, araştırmanın ilgili klinik/poliklinik sorumlularının da izni alınarak, hasta/hasta yakınlarının gönüllü katılmaları ile gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Emrah ERTEN
Genel Sekreter

EKLER:
Protokol (1 Sayfa)

BELGENİN ASLI ELEKTRONİK İMZALIDIR
27.12.2016

EDİRNE İL KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
Seyhun

Sarıcapaşa Mahallesi/Sarıcapaşa Camii Caddesi/no:17/ EDİRNE
e-posta:khb22.arge@saglik.gov.tr
Faks No:0284 226 8207
e-Posta:emine.aydinozgur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://edirne.khb.saglik.gov.tr

Bilgi için:Emine AYDIN ÖZGÜR
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0284 226 82 45/1532

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden ef141b4c-3c75-497b-8aef-2942cf0a35b1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 8. Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

Re: Beck Umutsuzluk Ölçeği Hakkında

AD aysegul durak <ayseguldurak@yahoo.com>
24.10.2016 (Pzt), 08:38
Siz

Sayın Kınıcı,
söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz, iyi çalışmalar...
Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

On Friday, October 21, 2016 2:27 PM, Ezgi KINICI <ezgi.knc@hotmail.com> wrote:

Sayın Ayşegül DURAK BATIGÜN hocam,

Ben Ezgi KINICI, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda araştırma g
çalışmaktayım. Sizin geçerlilik güvenilirliğini çalışmış olduğunuz Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)'ni yüksek lisans
kullanmak istiyorum. Bana bu konu ile ilgili geri bildirimde bulunursanız sevinirim.
İyi çalışmalar.

Saygılarımla,
Arş. Gör. Ezgi KINICI
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Ek 9. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği Kullanım İzni

Re: Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği Hakkında

NE Nuray Enc <nurayenc@yahoo.com>
15.11.2016 (Sal), 17:01
Siz

Tabii kullanabilirsiniz,buldunuz mu?

Ezgi KINICI <ezgi.knc@hotmail.com> şunları yazdı (15 Kas 2016 14:04):

Sayın Nuray ENÇ Hocam,

Ben Ezgi KINICI, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda araştı çalışmaktayım. Sizin geçerlilik güvenilirliğini çalışmış olduğunuz Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeğ tezinde izninizle kullanmak istiyorum. Bana bu konu ile ilgili geri bildirimde bulunursanız sevinirim.
İyi çalışmalar.

Saygılarımla,
Arş. Gör. Ezgi KINICI
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Ek 10. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi Kullanım İzni


ÇALIŞMA TEZİM HAKKINDA

ED Erdem Duman <erdemceduman@gmail.com>
3.12.2016 (Cmt), 10:47
Siz

Merhaba ben Zehra Duman. Yüksek Lisans tez çalışmamı tezinizde kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar