MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ KARDİYOLOJİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN KALP YETERSİZLİĞİ TANISI ALAN HASTA VE YAKINLARINDA OLUŞAN EKONOMİK VE SOSYAL MALİYETLER

Ayşegül HAKBİLEN
181505101

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Turhan ŞALVA

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2022

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ KARDİYOLOJİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN KALP YETERSİZLİĞİ TANISI ALAN HASTA VE YAKINLARINDA OLUŞAN EKONOMİK VE SOSYAL MALİYETLER

Ayşegül HAKBİLEN
181505101
ORCID: 0000-0002-3679-2922

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Turhan ŞALVA

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanması konusunda düşünce ve önerileriyle yardımlarını esirgemeyen, tez çalışma sürem boyunca bir telefon kadar uzağımda olan, desteğini her zaman bana hissettiren, tez çalışmamın tüm aşamasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, akademik anlamda beni doyuma ulaştırarak emek veren değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Turhan Şalva'ya saygı ve sevgilerimle emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, değerli hocam Prof. Dr. Zafer Öztek'e teşekkürü bir borç bilirim.

Yüksek Lisans eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimlerinde yararlandığım, her zor anımda yanımda olan TC. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri; Prof. Dr. Nilüfer Ekşi Duran, Prof. Dr. Bekir Yılmaz Cingözbay, Dr. Öğretim Üyesi Mustafa Serdar Yılmazer hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca yoğun çalışmalarım arasında bana katlanarak desteğini esirgemeyen canım aileme özellikle, başımın tacı annem Mesude Ercan ve gözümün nuru babam Naci Ercan'a, eşim Burak Hakbilen ve çocuklarım Buğra Hakbilen ve Demir Hakbilen'e, Kardiyoloji uzmanı kuzenim Erdem Türkyılmaz'a yoğun çalışmalarımda bana tam destek olarak yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Bu çalışmamın yapılabilmesini sağlayan çok değerli TC. Maltepe Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalında hizmet veren hemşire ve sekreter arkadaşlarıma yardımlarından ve verdikleri destekten dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Ayşegül HAKBİLEN

Eylül, 2022

ÖZ

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ KARDİYOLOJİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN KALP YETERSİZLİĞİ TANISI ALAN HASTA VE YAKINLARINDA OLUŞAN EKONOMİK VE SOSYAL MALİYETLER

Ayşegül Hakbilen
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Görevlisi Turhan Şalva
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Araştırma Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran kalp yetersizliği tanılı hasta ve yakınlarında oluşan ekonomik ve sosyal maliyetlerin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak planlanmıştır.

Araştırma Eylül 2019 – Mayıs 2020 tarihleri arasında yapılmış olup evren 6 aydan fazla süre önce kalp yetmezliği tanısı almış ve takip edilen 102 hasta ve yakınından oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise çalışmayı kabul eden 87 hasta ve yakınından oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri ‘’Sosyodemografik Soru Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Soruları, Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularını içeren anketler ile toplanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların % 50,6’sının kadın ve % 49,4’ünün 70 yaşından büyük, % 60,9’unun evli olduğu, % 87,4’ünün çalışmadığı, % 90,8’inin çocuk sahibi olduğu, % 34,5’inin lise ve üzeri okullardan mezun olduğu, % 44,8’inin emekli olduğu, % 97,7’inin sosyal güvencesinin olduğu, % 57,5’inin kronik hastalığının olduğu, % 39,1’inin kalp ameliyatı olduğu, % 6,9’unun sigara kullandığı, % 27,6’sının kalp pili olduğu, % 58,6’sının eşiyle yaşadığı saptandı. Araştırmaya katılan hastalara bakım verenlerinin ise; % 87,5’inin kadın, % 70,8’inin 45 yaş ve altı, % 70,8’inin evli, % 75’inin çocuğunun olmadığı, % 25’inin çalışmadığı ve % 29,2’sinin ev hanımı olduğu, % 4,2’inin sosyal güvencesinin olmadığı, % 79,2’sinin aylık 2501 TL (395 USD) ve üzeri gelir düzeyine

sahip olduğu saptandı. Araştırmaya katılan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam ve Fiziksel puanları ile katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumları, gelir düzeyleri, başka kronik hastalık varlığı, acile başvuru yapma ve bakım alma durumları ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görüldü. Bunun yanı sıra Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi emosyonel puanları ile cinsiyet, yaş çalışma durumları, medeni durumları, acile başvuru yapma durumları ve bakım alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görüldü.

Hastaların kalp yetersizliği sınflarına göre hastalığın kadınlarda daha ağır seyrederken, erkek ve kadınlarda NYHA sınıfı yükseldikçe yaşam kaliteleri de düşmektedir. Bakım verenlerle ilgili istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir. İleri yaşlarda olan, başka kronik hastalığı olan, eğitim düzeyi ve / veya gelir düzeyi düşük, hastalığı ağır seyreden hastaların bakım ihtiyaçlarına yönelik iyileştirici önlemler alınması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: : Kalp Yetmezliği, Kalp Yetmezliği Tanısı Alan Hasta, Bakım Veren, Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi, NYHA

ABSTRACT

THE ECONOMIC AND SOCIAL COSTS OF THE PATIENTS DIAGNOSED WITH HEART FAILURE AND THEIR RELATIVES ADMITTET TO THE CARDIOLOGY CLINIC OF MALTEPE UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE

Ayşegül Hakbilen
Master Thesis
Department of Health Management
Health Management Programme with Thesis
Thesis Advisor: Asst. Prof. Turhan Şalva
Maltepe University Graduate School, 2022

This study was planned as cross-sectional in order to examine the economic and social costs of the patients with heart failure who applied to the Cardiology Polyclinic of Maltepe University Faculty of Medicine.

The data was admitted between September 2019 and May 2020, and the population consists of 102 patients and their relatives who were diagnosed with heart failure more than 6 months ago and followed up. The sample of the study consists of 87 patients and their relatives who accepted to join the study. The data was collected by questionnaires including the "Sociodemographic Questionnaire, Zarit Caregiver Burden Scale Questions, and Minnesota Heart Failure Life Questionnaire".

Results: Of the patients participating 50.6% were women, 49.4% of them were older than 70 years, 60.9% were married, 87.4% were unemployed, 90.8% had children, 34% .5% of them graduated from high school or higher, 44.8% were retired, 97.7% had social security, 57.5% had a chronic disease, 39.1% had heart surgery, It was determined that 6.9% of them smoked, 27.6% had a pacemaker, 58.6% lived with their spouses. The caregivers of the patients participating in the study; 87.5% were women, 70.8% are 45 years old and under, 70.8% were married, 75% had no children, 25% are unemployed and 29.2% were housewives, It was determined that 4.2% of them did not have social security,

and 79.2% of them had a monthly income of 2501 TL (395 USD) and above. There were statistically significant differences between the Minnesota Heart Failure Life Questionnaire Total and Physical scores of the patients participating in the study to the gender, age, education level, employment status, income level, presence of other chronic diseases, applying to the emergency department and receiving care. In addition, there were statistically significant differences between the emotional scores of the Minnesota Heart Failure Life Questionnaire and gender, age, employment status, marital status, emergency admission, and care-receiving status.

According to the heart failure classes of the patients, the disease progresses more severely in women, and the quality of life decreases as the NYHA class increases in men and women. There were no statistically significant differences in caregivers. It may be recommended to take remedial measures for the care needs of patients who are older, have other chronic diseases, have low education and/or income levels, and have a severe disease.

Keywords: Keywords: Heart Failure, Patient Diagnosed with Heart Failure, Caregiver, NYHA

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ xvii
KISALTMALAR xviii
1. GİRİŞ 1
1.1 Problem 1
1.2 Amaç 2
1.3 Önem 2
1.4 Varsayımlar 2
1.5 Sınırlıklar 3
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1 Kalp Yetersizliği Tanımı ve Terminolojisi 4
2.2 Korunmuş, Hafif Azalmış ve Azalmış Ejeksiyon Fraksiyonlu (EF) KY 4
2.3 Sağ Ventrikül Disfonksiyonu 5
2.4 Semptomların Şiddetine Göre İsimlendirme 5
2.5 Kalp Yetmezliği İnsidans ve Prevelansı 6
2.6 Kalp Yetersizliği Risk Faktörleri 8
2.7 Kalp Yetmezliği Seyir ve Prognoz 10

2.8 Kalp Yetersizliğinde Mortaliteyi Etkileyen Faktörler 10
2.8.1 Yaş 10
2.8.2 Cinsiyet 11
2.8.3 Irk 11
2.8.4 Hastaneye yatış 12
2.8.5 Mevsimsel değişiklikler 12
2.9 Kalp Yetersizliğinde Fizyopatoloji 12
2.9.1 Preload (Ön yük) 12
2.9.2 Kontraktilite 12
2.9.3 Afterload (Art yük) 13
2.10 Kalp Yetersizliğinde Klinik Bulgular 14
2.10.1 Nefes darlığı (Dispne) 14
2.10.2 Ödem 15
2.10.3 Yorgunluk 15
2.11 Kalp Yetersizliğinde Fizik Muayene 15
2.11.1 Sıvı yüklenmesine bağlı bulgular 15
2.11.2 Kardiyak debinin düşmesine bağlı bulgular 16
2.12 Kalp Yetmezliğinde Tanısal Testler 17
2.12.1 EKG 17
2.12.2 Natriüretik peptit ölçümü 18
2.12.3 Ekokardiyografi 18
2.12.4 Diğer görüntüleme yöntemleri 18

2.12.5 Göğüs filmi 19
2.12.6 Diğer kan tetkikleri 19
2.12.7 Koroner anjiyografi 19
2.12.8 Endomiyokardiyal biyopsi 20
2.13 Kalp Yetersizliği Tedavisi 20
2.13.1 Düşük ejeksiyonlu kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisi 20
2.13.2 Diüretikler 21
2.13.3 Anjiyotensin II reseptör blokerleri 22
2.13.4 Iʃ kanal blokerleri 22
2.13.5 Digoxin 22
2.13.6 Düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinde ritim düzenleyici tedavi 22
2.13.7 İmplante edilebilir kardiyoverter defibrilatör (ICD) 23
2.13.8 Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT) 24
2.13.9 Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği tedavisi 25
2.13.10 Hasta eğitimi kişisel bakım ve yaşam biçimi değişiklikleri 25
2.14 Covid -19 ve Kalp Yetersizliği 28
2.15 Kalp Yetersizliği Hastalığı Olan Hastaya Bakım Verme 29
2.15.1 Formal bakım verme 29
2.15.2 İnformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme 30
2.16 Bakım Verme Yükü 30
2.16.1 Objektif bakım verme yükü 31

2.16.2 Subjektif bakım verme yükü 32
2.16.3 Bakım verme yükünün boyutları 32
2.16.4 Bakım verme yükünü etkileyen faktörler 33
2.17 Bakım Yükünün Bakım Verenler Üzerine Etkisi 34
2.18 Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerde Anksiyete 35
3. YÖNTEM 37
3.1 Araştırma Modeli 37
3.2 Evren ve Örneklem 37
3.3 Veriler ve Toplanması 37
3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 38
3.4.1 Sosyodemografik soru formu 38
3.4.2 Minnesota kalp yetmezliği ile yaşam anketi (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire – MKYYA) 39
3.4.3 Zarit bakım verme yükü ölçeği 39
4. BULGULAR VE TARTIŞMA 41
4.1 Bulgular 41
4.2 Tartışma 84
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 95
5.1 Özet 95
5.2 Yargı 96
5.3 Öneriler 97
EK 1: Sosyodemografik soru formu 113
EK 2: Minnesota kalp yetersizliği ile yaşam anketi 118
EK 3: Zarit bakım verme yükü ölçeği soruları 120

EK 4: Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı 123

ÖZGEÇMİŞ 124

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. NYHA fonksiyonel sınıflandırma 6
Tablo 2. Framingham çalışmasında yaş gruplarına göre KY insidansı 7
Tablo 3. Kalp yetersizliği nedenleri 9
Tablo 4. Yaşa göre kalp yetmezliği 3 yıllık mortalite oranları 11
Tablo 5. KY Semptom ve Bulguları 16
Tablo 6. ESC klavuzunda KY tedavisinde tüm hasta gruplarına önerilen moleküller .. 21
Tablo 7. TKD'nin ve KY ve ICD Hastalarında Araç Kullanım Önerileri 27
Tablo 8. Araştırmaya Katılan KY Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri 41
Tablo 9. Araştırmaya Katılan KY Hastalarının Hastalığa Ait Bazı Özellikleri 42
Tablo 10. Araştırmaya Katılan KY Hastalarına Bakım Verenlerin Sosyo Demografik Özellikleri 43
Tablo 11. Araştırmaya Katılan KY Hastalarının Eğitim Durumları 44
Tablo 12. Araştırmaya Katılan KY Hastalarının KY Etyolojilerine Göre Dağılımı..... 45
Tablo 13. Araştırmaya Katılan KY Hastalarının NYHA Sınıflandırmasına Göre Durumlarının Dağılımı 45
Tablo 14. Araştırmaya Katılan KY Hastalarının, Araştırma Tarihi Bazlı Teşhis Konma Zamanlarına Göre Dağılımı 46
Tablo 15. Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi 1 - 6 Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı 47
Tablo 16. Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi 7 - 16 Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı..... 48
Tablo 17. Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi 17 - 21 Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı..... 50
Tablo 18. Zarit Bakım Yükü Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (1- 9) 53
Tablo 19. Zarit Bakım Yükü Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (10-17) . 56
Tablo 20. Zarit Bakım yükü ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı (18-22) 58
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyetleri İle Hastalıklarının NYHA Sınıflamasındaki Evrelerinin Karşılaştırılması 61
Tablo 22. Araştırmaya Katılan Hastaların Eğitim Durumları İle NYHA Sınıflamasındaki Evrelerinin Karşılaştırılması 61

Tablo 23. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaş Grupları İle NYHA Sınıflamasındaki Evrelerinin Karşılaştırılması 62
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Hastaların Bazı Demografik Özellikleri İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 63
Tablo 25. Araştırmaya Katılan Hastaların Bazı Demografik Özellikleri İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Fiziksel Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 64
Tablo 26. Araştırmaya Katılan Hastaların Bazı Demografik Özellikleri İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Emosyonel Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ... 65
Tablo 27. Araştırmaya Katılan Hastaların Gelir Düzeyleri İle Bazı Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 66
Tablo 28. Araştırmaya Katılan Hastaların Acil Servise Başvurma Durumları İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 67
Tablo 29. Araştırmaya Katılan Hastaların Acil Servise Başvurma Durumları İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 68
Tablo 30. Araştırmaya Katılan Hastaların Başka Kronik hastalığa Sahip Olma Durumları İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 69
Tablo 31. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaş Durumları İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 70
Tablo 32. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaş Durumları İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 71
Tablo 33. Araştırmaya Katılan Hastaların Kalp Ameliyatı Olma Durumları İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 72
Tablo 34. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyetleri İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 72

Tablo 35. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyetleri İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 73
Tablo 36. Araştırmaya Katılan Hastaların Çalışma Durumları İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 74
Tablo 37. Araştırmaya Katılan Hastaların Eğitim Durumları iİe Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 75
Tablo 38. Araştırmaya Katılan Hastaların Bakım Alma Durumları İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 76
Tablo 39. Araştırmaya Katılan Hastaların Vücut Kitle İndeksi İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 78
Tablo 40. Araştırmaya Katılan Hastaların Aylık Gelir Düzeyleri İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Sorularından Bazılarına Verdikleri Cevapların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 79
Tablo 41. Araştırmaya Katılan Hastaların Aylık Gelir Düzeyleri ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam ve Fiziksel Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 80
Tablo 42. Araştırmaya Katılan Hastaların Kalp Yetersizliği Sınıflandırmaları iİe Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam ve Fiziksel Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 81
Tablo 43. Araştırmaya Katılan Kalp Yetersizliği Sınıflandırmaları İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam ve Fiziksel Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 82
Tablo 44. Araştırmaya Katılan Hastaların Kalp Yetersizliği Sınıflandırmaları İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam ve Fiziksel Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 83
Tablo 45. Araştırmaya Katılan Hastaların Aylık Gelir Düzeyleri İle Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam, Fiziksel ve Emosyonel Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 84

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. EF ve KY 5
Şekil 2. Düşük EF(sol), Normal EF (sağ) 18
Şekil 3. Kardiomegali ve Plevral Efüzyon Görülen Göğüs Filmi 19
Şekil 4. Ventriküler Fibrilasyon Sırasında ICD Şoku İle Aritminin Sonlanması 23
Şekil 5. LBBB ve ileti yayılımı 25

KISALTMALAR

KY : Kalp Yetersizliği

MEB : Milli Eğitim Bakanlığı

YÖK : Yüksek Öğretim Kurulu

SPSS : Stastistical Package for Social Sciences

EF : Ejeksiyon Fraksiyonu

ICD : İmplante edilebilir kardiyoverter-defibrilatör

CRT : Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi

LBBB : Sol Dal Bloğu

TKD : Türk Kardiyoloji Derneği

NYHA : New York Kalp Derneği Kalp Yetmezliği Sınıflandırılması

HT : Hipertansiyon

DM : Diabetes Mellitus

KKY : Kronik Kalp Yetmezliği

LV : Sol Ventrikül

LVEF : Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu

AHA : Amerika Kalp Derneği

ASVD : Sol Ventriküler Disfonksiyonu

RR : Rölatif Risk

eGFR : Glomerüler Filtrasyon Hızı

RAAS : Renin-Anjiyotensin-Aldosteron

NP : Natriüretik Peptit

ANP : Atriyumdan Salgılanan Hormon

BNP : Ventrikülden Salgılanan Hormon

EKG : Elektrokardiyografi

VF : Ventriküler Fibrilasyon

VT : Ventriküler Taşikardi

ARNI : Anjiotensin Reseptör-Neprisilin İnhibitörü

SGLT2 : Sodyum Glikoz Co- Transporter İnhibitörleri

MRI : Manyetik Rezonans Görüntüleme

MLHFQ : Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi

1. GİRİŞ

Günümüzde hızla gelişen teknoloji dolayısıyla kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin önüne geçilmesi ve toplumda yaşayan bireylerin yaş alması ile kalp yetersizliğinin görülme oranı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artış göstermektedir. KY'nin giderek artış göstermesine rağmen erken tanı konulduğunda tedavi edilebilir ve önlenebilir bir hastalık olduğu bilinmektedir. Erken tanı konmayıp ihmaller karşısında gecikmiş olduğumuz takdirde yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip bir hastalıktır. (Değertekin vd., 2012; Yüksel 2012). Her yıl 2,4 milyonun üzerinde hasta KY nedeniyle hastaneye yatmakta ve yaklaşık 300.000 hasta hayatını kaybetmektedir (Hearth Disease and Stroke Statistics 2010 Update, 2015).

Dünya genelinde 23 milyonun üzerinde kalp yetersizliği tanısı almış hasta bulunmaktadır (Bui, Horwich ve Fonarow, 2011). Türkiyede ise kalp yetersizliğinin genel nüfus içindeki prevalansı % 0.3 - 2 arasında değişmekle birlikte KY, 65 yaş üstü bireylerde %3-5; 75 üstü yaşta hastalarda ise %25 oranına kadar yükselmektedir (Bui vd., 2011).

1.1 Problem

Yaşlanma ile birlikte yaşlılarla ilgili birçok sorun ortaya çıkmakta ve bu sorunlardan çoğunlukla ilk sırada bakım sorunları yer almaktadır. Hem ülkemizde hem de gelişmiş ülkelerde çoğunlukla yaşlı hastaların bakımı birinci dereceden yakınları tarafından üstlenilmek istenir. Birinci dereceden bakım verenlerin çoğunu kadınlar oluştururken bu durum son yıllarda değişmiş ve erkek bakım verenlerin sayısında da artış olmuştur. Bunun yanı sıra, hastasına bakım vermek isteyen ancak kendileri bu bakımı üstlenemediği takdirde hastalarına bakım vermek için maaş karşılığı yardımcıya başvurma ya da bakım merkezlerinden yararlanma oranı da artış göstermektedir. Bakım veren bireylerin sorumlulukları fazlalaştıkça bakım verme daha zor bir duruma gelmekte ve bakım verenler üzerinde maddi manevi yük ciddi oranda artmaktadır (Karahan ve Güven, 2022; National Academy On An Aging Society, 2015).

Kalp yetersizliği tanısı konan hastaların klinik seyri ağırlaşmaya başladığı andan itibaren uzun ve zorlu bir bakım süreci gerekir ve bakım vermeyi üstlenen bireyler fiziki, psikolojik, ekonomik ve manevi yönden etkilenirler

1.2 Amaç

Kalp yetersizliği, kişiyi hastaneye, eve veya yatağa bağlayan bir hastalıktır. Vücut fonksiyonlarında oluşabilecek kısıtlılıklar kişinin ve yakınlarının yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Yaşam kalitesi üzerinde oluşan bu olumsuz etkinin ekonomik ve sosyal boyutlarını inceleyerek kalp yetersizliği hastalarının ve yakınlarının yaşam standartlarının yükseltmek amaçlanmıştır.

1.3 Önem

Sağlık sorunları nedeniyle kişi ve ülke harcamaları her anlamda tüm taraflar için önemlidir. Sağlık harcamaları bu boyutta artarken sağlık sorunlarının giderilmesine yönelik çabalar sırasında da artış gözlenmektedir. Gelişen teknolojik olanaklar zaman içinde çözümleri kolaylaştırırken maliyetleri artırmaktadır. Çözüm koruyucu sağlık hizmetleridir. Koruyucu hizmetleri zamanında yeterince uygulayamadığımız zaman bakım ve rehabilitasyon hizmetleri yeni bir maliyet kalemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bakım ve rehabilitasyon maliyetlerinin görünen fiziki maliyetleri yanında hastaya ve özellikle hasta yakınına görünmeyen maliyetler de yüklenmektedir. Ekonomik ve sosyal yönden oluşan bu görünmeyen maliyetler yine kişi ve ülke ekonomilerine yansıyan maliyetler yaratmaktadır.

1.4 Varsayımlar

Kalp yetersizliği, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Özellikle morbidite nedeniyle bakım ihtiyacı oluşan hasta ve ona bakan yakını / yakınları ekonomik ve sosyal yönden ciddi kayıplara uğramaktadır. Bu araştırmada kayıpların boyutları ile kişi ve topluma olan etkileri incelenecektir. Hasta ve yakını üzerindeki olumsuz etkilerin ülke ekonomisine de yansıması beklenmektedir.

1.5 Sınırlıklar

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde takip edilen kalp yetersizliği tanısı almış hasta ve yakınlarına ulaşmaya çalışırken hastaların kliniğe davet edilmeleri sırasında geçen zaman kısıtlıdır. Pandemi şartlarından dolayı davet edilen kalp yetersizliği tanısı almış hasta ve yakınlarının birçoğu Covid 19 salgını dolayısıyla hastaneye gelmeyi kabul etmemiştir. Süre kısıtı ve pandemi şartları nedeniyle yaklaşık 102 hasta civarı olan evren içerisinde aynı tarihlerde bildirilen davet yazı ve telefon aramalarına cevap vererek kliniğimize başvuran 87 hasta ve yakını araştırmaya katılabilmiş olması bu araştırmanın en büyük kısıtlılığıdır.

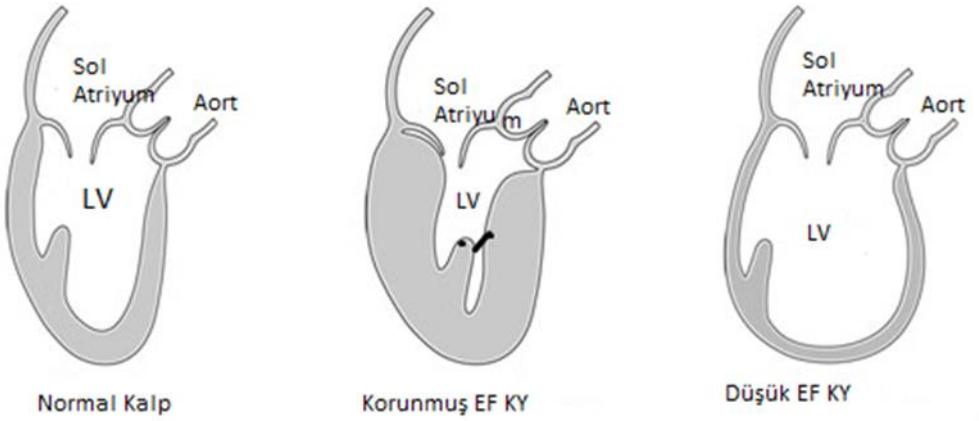
2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kalp Yetersizliği Tanımı ve Terminolojisi

Kalp Yetersizliği (KY) kalpte fonksiyonel ve / veya yapısal bozukluklar sonucu meydana gelen kalp içi basınçlarda artış ve kardiyak debide düşme ile karakterize klinik bir sendromdur (McDonagh vd, 2021). Kardiyak debideki azalma efor halinde olabileceği gibi hastalığın ilerleyen evrelerinde istirahat halinde de görülebilmektedir. Tek bir patolojik tanı olmaktan ziyade nefes darlığı, ekstremite ödemi ve halsizlik gibi temel semptomlara eşlik eden tipik muayene bulguları ile karakterize olması hastalığın sendrom olarak nitelendirilmesini gerektirmektedir. Hasta yakınmalarının yanında muayene, görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerde saptanan tanısal bulgulardaki çeşitlilik ve alt gruplardaki tedavi, prognoz ve mortalitedeki farklılıklar kalp yetersizliğinin tanımlanmasında çeşitli isimlendirmelerin kullanılmasını zorunlu kılmıştır.

2.2 Korunmuş, Hafif Azalmış ve Azalmış Ejeksiyon Fraksiyonlu (EF) KY

EF kalbin kasılma gücünün yani sistolik fonksiyonunun temel belirteçlerinden biridir. Sol ventrikül EF (LVEF) sistolde aortaya pompalanan atım hacminin (strok volüm) LV diyastol sonu hacmine (EDV) oranıdır ve aşağıdaki formülle hesaplanır. LVEF = (SV/EDV) X 100 (Kosaraju, Goyal, Grigorova, Makaryus, 2021). % 50 - 70 arası normal kabul edilen EF % 40'ın altında olduğunda azalmış EF'li KY, % 41 - 49 arasında olduğunda hafif azalmış sistolik fonksiyonlu KY, % 50 ve üzerinde olduğunda korunmuş EF'li KY kastedilmektedir. (Şekil 2.1) Klinik pratikte korunmuş ve azalmış EF'li hastalar benzer yakınmalarla hastaneye başvurmaktadır. Korunmuş EF'li KY hastalarının genel mortalitesi azalmış EF'li hastalarınkinden daha iyi olmakla birlikte normal popülasyonla kıyaslandığında bu grup hastalarda mortalitede belirgin artış izlenmektedir (Desai, Stevenson, 2012; Mebazaa vd, 2015).



Şekil 1. EF ve KY (Desai, Stevenson, 2012; Mebazaa vd, 2015)

2.3 Sağ Ventrikül Disfonksiyonu

Sağ ventrikül disfonksiyonu sıklıkla sol KY'ye ikincil olarak ortaya çıksa da akut miyokart enfarktüsü, aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisi, triküspit ve pulmoner kapak hastalıkları gibi durumlarda da izole olarak görülebilmektedir. Klinik özellikleri ve tedavi yöntemleri ile sol ventrikül sistolik disfonksiyonundan ayrılan özellikleri bulunmaktadır. Genel olarak periferde aşırı sıvı birikimi olurken pulmoner dolaşımın bu değişikliklerden daha az etkilenmesiyle karakterizededir (Arrigo vd, 2019).

2.4 Semptomların Şiddetine Göre İsimlendirme

Altta yatan kardiyak hastalıktan bağımsız olarak sadece hastanın semptomlarının şiddeti göz önünde bulundurularak yapılan isimlendirme New York Kalp Derneği (NYHA) tarafından önerilmiştir. Daha yeni sınıflandırmalar kullanılmakla birlikte günümüzde hastanın fonksiyonel kapasitesini belirtirken en sık bu sınıflandırma kullanılmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. NYHA fonksiyonel sınıflandırma (Değertekin vd, 2012)

Sınıf 1	Günlük fiziksel aktivitede semptom yok.
Sınıf 2	Günlük fiziksel aktivite hafif kısıtlı. İstirahat halinde yakınma yok.
Sınıf 3	Fiziksel aktivite belirgin kısıtlı. İstirahat halinde yakınma yok.
Sınıf 4	İstirahat halinde dahi semptomatik.

a. Süreç olarak sınıflama

Amerika Kalp Derneği (AHA) ise KY hastalığını hastalık ortaya çıkmadan önce risk grubunda olan hastalardan itibaren ele alarak sınıflandırmıştır (Hunt, Abraham, Chin vd, 2005). Buna göre:

Evre A: KY için yüksek riski olan ancak henüz semptom ve yapısal kalp hastalığı olmayan hastalar,

Evre B: Yapısal kalp hastalığı olup henüz KY semptomları olmayan hastalar,

Evre C: Yapısal kalp hastalığına KY semptomları eşlik eden hastalar,

Evre D: Özel tedavi ihtiyacı duyulan son dönem KY hastaları.

b. Yaygın olarak kullanılan diğer isimlendirmeler

Klinik başvuru şekline göre KY akut ve kronik olarak iki şekilde sınıflandırılabilir. Kronik KY denildiğinde uzun zamandır KY tanısı olan veya semptomları uzun zamandır var olan ancak yeni tanı alan hastalar anlaşılmaktadır. KY hastasının semptomlarında yavaş veya hızlı bir şekilde kötüye gidiş olduğunda bu durum dekompanse KY olarak tanımlanmaktadır. Dekompanse KY'ni kapsayacak şekilde ani başlayan semptomların varlığında Akut KY terimi kullanılmaktadır (McDonagh vd, 2021).

2.5 Kalp Yetmezliği İnsidans ve Prevelansı

Gelişmiş ülkelerde KY'ye zemin hazırlayan kardiyovasküler hastalıkların daha iyi tedavi edilmesi nedeniyle yaşa göre düzeltilmiş KY insidansı azalmaktadır ancak eş zamanlı

olarak toplumların yaş ortalamasının yükselme eğilimi nedeniyle genel KY insidansı artmaktadır (Conrad, 2018; Savarese, Lund, 2017). Kardiyovasküler hastalıklar hakkında önemli bilgiler kazandıran 1948 yılında başlatılan Framingham Çalışmasına göre kadınlarda daha belirgin olmak üzere hayatın birbirini takip eden her on yılında KY insidansı 2 kat artmaktadır. (Tablo 2.2) Yine aynı çalışmadan elde edilen verilere göre erkeklerde yıllık insidans 35 - 64 yaş arasında 2 / 1000 iken 65 - 94 yaş arasında bu değer 12/1000'dir (Lloyd-Jones vd., 2022) . Günümüzde Avrupa'da tüm yaş grupları göz önünde bulundurulduğunda KY 3/1000 kişi-yılı iken yetişkinlerde insidans 5/1000 kişi-yılı olarak bildirilmektedir (Meyer vd., 2015; Brouwers vd., 2013). KY için bildirilen prevalans ise yetişkinlerde % 1 - 2 düzeyindedir (Roger, 2013). KY ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalarda çoğunlukla semptomatik hastalar izlendiği için insidans ve prevalansın elde edilen verilerden daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Tablo 2. Framingham çalışmasında yaş gruplarına göre KY insidansı (Lloyd-Jones vd., 2022)

Yaş	Ortalama yıllık insidans (Binde)	
	Erkek	Kadın
45-54	2	1
55-64	4	2
65-74	9	6
75-84	18	12
85-94	39	31

Ülkemizde KY prevalansı ve risk faktörleri ile ilgili yapılan ve 2011 yılında yayınlanan HAPPY (HEART FAILURE PREVALANCE AND PREDICTORS IN TURKEY) isimli çalışmada coğrafi ve sosyoekonomik faktörlerin hastalığa etkisini gösteren ilginç klinik veriler elde edilmiştir. Çalışmaya rastgele, ≥ 35 yaş toplam 4650 erişkin dahil edilerek KY ve asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonu (ASVD) sıklığı ve prediktörleri araştırılmıştır. Sadece mutlak değerler açısından değerlendirildiğinde KY prevalansının

% 2,9, ASVD prevalansının ise % 4,8 olarak tespit edildiği bu çalışmada elde edilen veriler o yıllardaki ≥ 35 yaş nüfusu 29,6 milyon olan ülkemize yansıtıldığında Türkiye'de 2 milyon 424 bin KY hastasının olduğunu tahmin ettirmektedir (Değertekin vd., 2012). Aynı yıllarda Amerika'da yapılan benzer bir prevalans çalışmasında dahil edilme kriteri ≥ 45 yaş olmasına rağmen KY prevalansı % 2,2 olarak bulunmuştur (Vasan vd., 1999). Türkiye nüfusunun yaş ortalamasının Amerika ile kıyaslandığında daha genç olması ve prevalansın ülkemizde daha yüksek bulunması KY bağlamında gerek sosyal gerekse ekonomik açıdan ciddi bir problemle karşı karşıya olduğumuzu net bir şekilde göstermektedir. Diyabet, hipertansiyon, koroner arter hatalıkları, özellikle romatizmal kalp kapak hastalıkları başta olmak üzere KY'ne neden olan patolojilerin önlenmesi ve ortaya çıktığında zamanında ve doğru yöntemlerle tedavi edilmesi KY prevalansının azaltılmasında nirengi noktasını oluşturmaktadır.

2.6 Kalp Yetersizliği Risk Faktörleri

1970'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da özellikle akut miyokart enfarktüsü olmak üzere koroner arter hastalığı ve hipertansiyon (HT) KY'nin ana sebepleri olarak gösterilmekteydi (Ho, Pinsky, Kannel, Levy, 1993). HT ve kalp kapak hastalıklarının teşhis ve tedavisinde sağlanan gelişmeler miyokart enfarktüsü olmaksızın koroner arter hastalığı ve diyabetes mellitusun günümüzde KY'nin önde gelen sebepleri haline gelmesine neden olmuştur. Framingham çalışmasının 40 yıllık takip sonuçlarında KY'nin önemli bir sebebi olan koroner arter hastalığı prevalansı her on yılda erkeklerde % 41 kadınlarda ise % 25 oranında artmıştır.

Bir risk etkenine sahip olanların olmayanlara göre hastalığa yakalanma riski olarak ifade edilen Rölatif risk (RR) ve bir risk faktörü ortadan kaldırıldığında hastalığın sıklığında meydana gelecek azalma olarak tanımlanabilecek Population Attributable Risk (PAR) açısından değerlendirildiğinde veriler şu şekildedir (He vd., 2001).

a. Koroner Kalp Hastalığı: Rölatif risk (RR) 8,1, genel PAR % 62 (erkek 68, kadın 56)
b. Sigara içmek: RR 1,6, PAR %17
c. HT: RR 1,4, PAR % 10

d. Obezite: RR 1,3, PAR %8
e. Diyabet: RR: 1,3, PAR % 3
f. Kalp kapak hastalığı: RR 1,5, PAR % 2

KY'ye en sık neden olan hastalıklar koroner arter hastalığı, hipertansiyon, kalp kapak hastalıkları ve diyabetes mellitus olmakla birlikte tanısal yöntemlerde meydana gelen ciddi gelişmeler ile genetik depo hastalıklarından toksinlere kadar uzanan birçok etmenin KY fizyopatolojisinde önemli rol oynadığını göstermiştir (McDonagh vd., 2021). (Tablo 2.3)

Tablo 3. Kalp yetersizliği nedenleri (McDonagh vd., 2021)

Koroner arter hastalığı	Miyokart infarktüsü Kronik iskemik kalp hastalıkları
Hipertansiyon	Korunmuş EF'li KY Malign HT
Kalp kapak hastalıkları	Primer kapak hastalıkları Fonksiyonel kapak hastalıkları Konjenital kapak hastalıkları
Aritmiler	Atrial/Ventriküler taşiaritmiler Bradiaritmiler
Kardiyomiyopatiler	Dilate, Hipertrofik, Restriktif, ARVK, Peripartum, Takotsubo, Toksinler (Alkol, kokain, demir, bakır)
Konjenital kalp hastalıkları	BAT, Şantlı hastalıklar, TOF, Ebstein anomalisi
İnfektif	Viral, Chagas , HIV, Lyme Hastalığı
İlaca bağlı	Antrasiklinler, Trastuzumab, VEGF inhibitörleri, Proteozom inhibitörleri,
İnfiltratif	Amiloidoz, Sarkoidoz, Neoplastik
Depo hastalıkları	Hemakromatozis, Fabry hastalığı, Glikojen depo hastalıkları
Endomiyokardiyal hastalıklar	Radyoterapi, Endomiyokardiyal fibrozis, Karsinoid kalp hastalığı
Perikardiyal hastalıklar	Kalsifikasyon, infiltrasyon
Metabolik	Endokrin hastalıklar

	Nutrisyonel (Vit B1 , tiamin ve selenyum eksikliği
Nöromuskuler hastalıklar	Friedrich ataksisi, Muskuler distrofi

2.7 Kalp Yetmezliği Seyir ve Prognoz

Son yıllarda tanı ve tedavi yöntemlerinde meydana gelen gelişmeler neticesinde KY prognozunda iyi yönde gelişmeler elde edilmiştir. Bununla birlikte KY hala kötü prognozlu ve yaşam kalitesini belirgin şekilde düşüren bir hastalık olmaya devam etmektedir.

2000 - 2010 yılları arasında yapılan geniş çaplı gözlemsel çalışmalardan biri olan Olmsted Country kohort çalışmasında tüm KY tiplerinde tanıdan sonra 1 yıllık mortalite % 20 ve 5 yıllık mortalite % 53 olarak bulunmuştur (Gerber vd., 2015). Framingham Kalp Çalışması ile Cardiovascular Health Çalışmasının kombine olarak değerlendirildiği başka bir geniş çaplı çalışmada 5 yıllık mortalite % 67 olarak bulunmuştur (Tsao vd., 2018).

EF bağlamında farklı kalp yetersizliği tiplerinin mortaliteleri de farklıdır. En kötü mortalite azalmış EF'lu kalp yetersizliğinde tespit edilmiştir. Genel olarak korunmuş EF'lu KY de sağ kalımın daha iyi olduğu düşünülmekle birlikte gözlemsel çalışmalarda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Gerber vd., 2015; Tsao vd., 2018).

Yapılan çalışmalarda tanıdan sonra hastaların hastaneye yatış sıklığı ortalama olarak yılda bir olarak bulunmuştur (Barasa vd., 2014). İlginç olarak KY hastalarının hastaneye yatış sebepleri çoğunlukla (% 63) kalp dışı hastalıklardır. Yapılan başka bir çalışmada yüksek beden kitle indeksi, diyabetes mellitus varlığı ve yüksek glikaz ile hemoglobin (HbA1c) düzeyleri, atriyal fibrilasyon varlığı ve azalmış tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) varlığı hastaneye yatışı gösteren önemli prediktörler olarak bulunmuştur (Mosterd, Hoes, 2007).

2.8 Kalp Yetersizliğinde Mortaliteyi Etkileyen Faktörler

2.8.1 Yaş

KY tedavisi alan hastalarda yaş arttıkça mortalite artmaktadır. Konuyla ilgili yapılan önemli bir çalışmanın yaşlara göre 3 yıllık mortalite dağılımı Tablo 2.4'de gösterilmiştir

(Wong, 2013). Yaş ilerledikçe KY'ye bağlı mortalite artmakla birlikte medikal tedavi ile 1950'li yıllarla kıyaslandığında 65 - 74 yaş grubunda 1990'lı yıllarda 5 yıllık mortalite erkeklerde % 66'dan % 54'e kadınlarda ise % 47'den % 40 a gerilemiştir (Levy vd., 2002).

Tablo 4. Yaşa göre kalp yetmezliği 3 yıllık mortalite oranları (Wong vd., 2013)

Yaş grubu	Mortalite %
20-39	12
40-49	13
50-59	13
60-69	19
>70	31

2.8.2 Cinsiyet

Bilimsel çalışmalarda elde edilen verilere göre KY prognozu kadınlarda erkelere göre daha iyi seyretmektedir. Daha önce sözü edilen Framingham Kalp Çalışmasında elde edilen verilere göre tanıdan sonra ortalama yaşam beklentisi erkeklerde 1,7 kadınlarda ise 3,2 yıldır. Yine aynı çalışmada elde edilen verilere göre 5 yıllık takip sonucunda kadınların % 38'i erkeklerin ise % 25'i sağ kalmıştır (Ho, Anderson, Kannel, Grossman, Levy, 1993).

2.8.3 Irk

Siyah ve beyaz ırkta KY'nin prognozu ve tedaviden görülen fayda ile ilgili farklı sonuçlara ulaşılan çeşitli çalımalar bulunmaktadır (McDonagh vd., 2021). Farklı etyolojilerle meydana gelmiş 1230 KY hastası ile yapılan çalışmada farklı KY türleri arasında en iyi prognoz peripartum kardiyomiyopati (gebelik kardiyomiyopatisi) hastalarında tespit edilirken en kötü prognoz ise HIV infeksiyonunda görülen infiltratif kardiyomiyopati hastalarında görülmüştür (Felker vd., 2000).

2.8.4 Hastaneye yatış

KY nedeniyle hastaneye yatış ihtiyacı kötü prognozla ilgili önemli bir gösterge olarak bulunmuştur. Hayati risk zaman içinde azalmakla birlikte hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk ay en yüksektir (Solomon vd., 2007).

2.8.5 Mevsimsel değişiklikler

Fransa'da yapılan bir çalışmada KY'ye bağlı ölümlerin kış mevsiminde özellikle Aralık ve Ocak aylarında pik yaptığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada en düşük ölüm sıklığı Ocak ayına göre % 35 daha az sıklıkla Ağustos ayı olarak tespit edilmiştir (Boulay vd., 1999).

2.9 Kalp Yetersizliğinde Fizyopatoloji

Kasılıp gevşeyerek bir pompa görevi gören kalbin yetersizliği temel anlamda ventrikülün gevşeyerek dolmasında veya kasılarak boşalmasında meydana gelen bozulmalar nedeniyle vücuttaki organ ve dokuların ihtiyacı olan dolaşımın sağlanamamasıdır. Bu patolojik durumda başlangıçta adaptasyon olarak nitelendirilebilecek bir takım nörohümoral ve yapısal değişiklikler hastalığın ilerleyen evrelerinde maladaptasyon olarak prognoza olumsuz yönde etki etmektedir.

Sol ventrikül performansını belirleyen 3 faktör bulunmaktadır (Braunwald, 1992). Bunlar:

2.9.1 Preload (Ön yük)

Diyastol sonunda kalp kası liflerinin gerginliği olarak tanımlanmaktadır. Frank-Starling yasasına göre belli bir noktaya kadar kalp kasının uzunluğundaki artış kasılma gücünün artmasıyla sonuçlanmaktadır. Yani fizyolojik sınırlarda olmak üzere ventrikül ne kadar iyi dolarsa kalp kasının kasıılması o kadar iyi olmaktadır.

2.9.2 Kontraktilite

Kalbin kasılma gücü olarak tanımlanmaktadır. KY fizyopatolojisinde en önemli rol oynayan faktördür.

2.9.3 Afterload (Art yük)

Kalp kasılması ile sağlanan güç karşısında temel olarak aorta tarafından oluşturulan dirençtir. KY'nin iki majör şekli sistolik ve diyastolik disfonksiyondur. Sistolik disfonksiyon kalbin kontraktilitesinde (kasılma gücünde) azalma, diyastolik disfonksiyon ise kalbin gevşeme yani dolma yeteneğinde azalma olarak tanımlanmakla birlikte bu iki patoloji sıklıkla bir arada bulunmaktadır. KY hastaları incelendiğinde hastaların % 50'sinde normal sol ventrikül EF görülür. İzole diyastolik KY durumunda kalp kasılma gücü normal olmasına rağmen ventrikül diyastolü sırasında ventrikül içine dolumun bozulmuş olması (preload azalması) kardiyak performansın düşmesine neden olmaktadır. Bu durum özellikle hipertansiyon, diyabet ve obezite ile ilişkilidir.

Öte yandan düşük EF'li KY miyokardiyumu oluşturan kas liflerinin kasılma gücünün azalması ile ilişkilidir ve bu durumda preload normal olsa bile ventrikül içine dolan kanın aorta içine pompalanamaması nedeniyle kardiyak performans düşmektedir. Günümüzde kas liflerinin hasar görmesine neden olan en sık sebep iskemik kalp hastalıklarının akut ve kronik şekilleridir.

İskemik kalp hastalığı miyokarda giden oksijen miktarı ile miyokardın oksijen ihtiyacı arasındaki dengesizlik olarak tanımlanmaktadır. Akut miyokart enfarktüsünde olduğu gibi kas liflerinin oksijen ihtiyacının karşılanmasında aniden meydana gelen bozukluklar kalp dokusunda nekroza neden olurken oksijen sunumunun uzun süreli olarak azaldığı kronik iskemik kalp hastalıklarında ise miyositlerin metabolizmalarını yavaşlattıkları hibernasyon, apoptoz süreçleri kontraktilitenin azalmasına neden olmaktadır (Hearth Failure Merck Manuel Professional Version, 2017).

Kardiyak performansta meydana gelen azalmaya bağlı hemodinamik değişiklikler vücutta bir takım nörohümoral mekanizmaların devreye girmesiyle sonuçlanır. Kardiyak debideki düşüş ilk önce kalp hızının ve kontraktilitenin artmasını sağlayan sempatik sinir sistemi aktivasyonuna neden olur. Sempatik sinir sisteminin uzun süreli aktivasyonu kalp kası hücrelerindeki beta reseptör sayılarının azalmasına ve duyarsızlaşmasına neden olur ve bu durum sempatik sinir sisteminin kalp üzerindeki fizyolojik etkilerinin ortadan kalkmasıyla sonuçlanır. Başlangıçta adaptasyon olarak ortaya çıkan sempatik aktivite

uzun dönemde hastalığın ilerlemesine ve klinik bulguların ortaya çıkmasına bu şekilde neden olur (Nozawa vd., 1998).

Kardiyak debideki düşüş uzun vadede böbrek kanlanmasının azalmasına neden olarak vücut sıvı ve elektrolit dengesinin korunmasında büyük rol oynayan renin – anjiyotensin - aldosteron (RAAS) siteminin aktive olmasını sağlar. RAAS aktivasyonuyla vücuttaki sıvı hacmi artırılmış olur. Başlangıçta bu adaptif mekanizma preloadun artmasına ve Frank - Starling yasasına göre miyokard kasılma gücünün artmasına neden olurken ilerleyen dönemlerde vücutta aşırı su ve tuz tutulmasına neden olarak klinik bulguların çoğunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Francis, Goldsmith, Levine, Olivari, Cohn, 1984).

KY fizyopatogenezinde rol oynayan diğer bir hormon grubu natriüretik peptitlerdir (NP). Kalp içi basınç artışı veya vücut sıvı hacmi artışıyla atriyum (ANP) ve ventriküllerden (BNP) salgılanan bu hormonlar vücuttan su ve tuz atılmasını sağlamasının yanında RAAS ve sempatik sinir aktivasyonuna karşı koruyucu etki sağlamaktadır (Francis, Goldsmith, Levine, Olivari, Cohn, 1984).

KY seyrinde önemli rol oynayan diğer hormonlar endotelin, antidiüretik hormon, nitrik oksittir.

2.10 Kalp Yetersizliğinde Klinik Bulgular

Semptomların iyi değerlendirilmesi KY tanısında, tedavi seçeneklerinin ve prognozun değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. KY semptomları temelde 2 nedenle ortaya çıkmaktadır. Aşırı sıvı birikimi: Nefes darlığı, ödem, karaciğerde ve batın içinde sıvı birikimine bağlı karın ağrısı ve şişkinlik hissi. Kalp debisinin düşmesi: Yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük, egzersiz intoleransı.

2.10.1 Nefes darlığı (Dispne)

KY şüphesiyle takip edilen hastaların incelendiği bir çalışmada dispne KY semptomları arasında duyarlılığı en yüksek semptom olarak bulunmuştur. Başka hastalıkların da önde gelen semptomu olması nedeniyle özgüllüğü düşüktür (Mant vd., 2009). Hastalığın başlangıç evresinde nefes darlığı sadece egzersizle ortaya çıkmakta iken ilerleyen

evrelerde daha az eforla ve hatta istirahat halinde bile ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın ilerleyen evrelerinde hastalar uzanırken dahi nefes darlığı çekebilmektedir ve bu bulguya ortopne denilmektedir. Ortopne dekompanse KY'nin en hassas ve spesifik semptomu olarak kabul görmektedir. Yine hastalığın geç evrelerinde özellikle geceleri olan ve hastayı uykudan uyandıran paroksismal noktürnal dispne adı verilen dispne türü görülmektedir.

Pulmoner kapiller damarların etrafında oluşan interstisiyel ödemin bu bölgedeki reseptörleri uyararak solunumu hızlandırdığı düşünülmektedir.

2.10.2 Ödem

Gerek yukarıda anlatılan nörohumoral mekanizmalar ve gerekse pulmoner arter basıncının yüksekliğine bağlı sağ kalp yetersizliği nedeniyle oluşan sıvı birikimi ödeme neden olmaktadır. Ödem sıklıkla ayak bileklerinde ve diz altı bölgede görülmekte iken yatağa bağımlı hastalarda yer çekiminin etkisi ile sakral bölgede, sırtta ve erkek hastalarda skrotumda görülebilmektedir. Karaciğer kapsülü etrafında ve batın içinde serbest sıvı birikimi (Ascites) yine aynı mekanizmalarla meydana gelmektedir.

2.10.3 Yorgunluk

Kardiyak debinin düşmesi nedeniyle oluşan periferik dolaşım bozukluğu eforla kas kitlesinin yeterince kanlanamamasına neden olmakta ve bu da egzersiz intoleransı ve çabuk yorulma gibi yakınmalara neden olmaktadır.

2.11 Kalp Yetersizliğinde Fizik Muayene

KY fizik muayene bulguları da temel olarak 2 gruba ayrılabilir.

2.11.1 Sıvı yüklenmesine bağlı bulgular

a. Tartı artışı: Tipik olarak sıvı yüklenmesini gösterir. Tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde kolay ve güvenilir ve yaygın bir yöntem olarak tartı takibi kullanılmaktadır.
b. Akciğerlerde raller: Akciğer interstisiyumunda ve alveoller etrafında sıvı birikimi sonucu akciğer oskültasyonunda duyulan patolojik seslerdir.

c. Juguler venöz dolgunluk: Sağ kalp boşluklarının basıncının yükselmesinin boyundaki venlere yansıması sonucu inspeksiyonda juguler venlerin genişlemiş olarak görülmesidir. Juguler ven muayenesi sırasında karın sağ üst kadrana basılmasıyla venöz dolgunluğun artması hepatojügüler reflü olarak tanımlanmakta ve spesifik bir bulgu olarak kabul edilmektedir.
d. Ayak ve bacak ödemi
e. Ascites ve hepatomegali
f. Kalp oskültasyonunda üfürüm ve 3. kalp sesinin duyulması

2.11.2 Kardiyak debinin düşmesine bağlı bulgular

a. Pulsus alternans: Nabız muayenesinde nabız şiddetinin artıp azalmasıdır
b. Hipotansiyon: KY'nin en önemli klinik bulgularından biri olup sistolik kan basıncının < 90 mmHg olması mortalite ve morbiditenin önemli bir göstergesi kabul edilmektedir.
c. Letarji: Serebral perfüzyonun bozulması sonucu ortaya çıkan uyku durumudur.
d. Soğuk ekstremiteler, solukluk, cilt renginde alacalı değişiklikler ve kapiller doluşun zayıf olması debi düşüklüğünün diğer bulgularıdır (Griffin, 2013).

Tablo 5. KY semptom ve bulguları (Griffin, 2013)

Semptom	**Bulgu**
Tipik	***Spesifik***
Nefes darlığı	Juguler venöz dolgunluk
Ortopne	3. kalp sesi
Paroksismal noktürnal dispne	Kalp tepe atımının laterale kayması
Azalmış egzersiz toleransı	
Halsizlik, yorgunluk	
Ayak bileği ödemi	

Atipik	*Az spesifik*
Gece öksürüğü	Tartı artışı(haftada >2 kg)
Şişkinlik hissi	Tartı azalması (ileri evre KY)
Konfüzyon(özellikle yaşlılarda)	Kalp üfürümleri
Depresyon	Periferik ödem
Çarpıntı	Plevral effüzyon
Baş dönmesi	Taşikardi
Senkop	Düzensiz nabız
	Taşipne
	Hepatomegali
	Ascites

KY de görülen semptom ve muayene bulguları tabloda gösterilmiştir (Tablo 5).

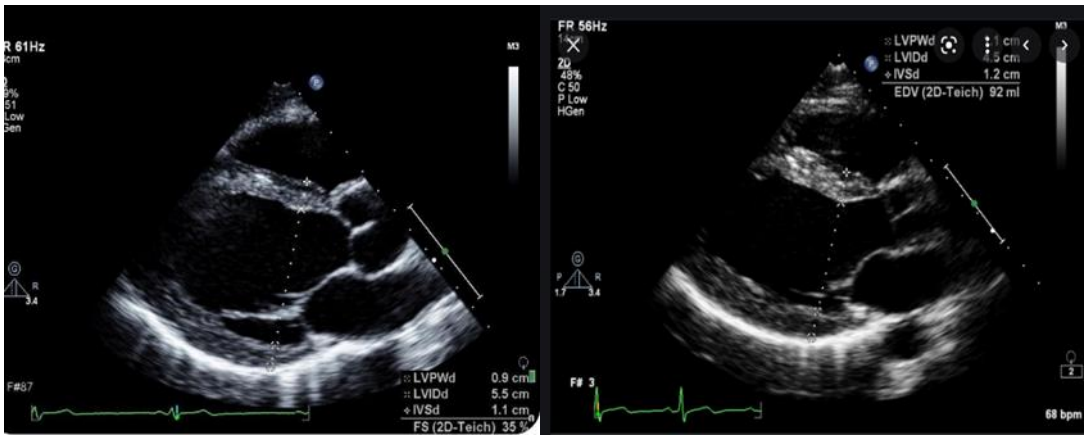
2.12 Kalp Yetmezliğinde Tanısal Testler

2.12.1 EKG

Korunmuş EF'lu hastalarda EKG patolojilerine daha az rastlanırken, düşük EF'li hastalarda hemen daima EKG patolojisi bulunmaktadır (Mant vd., 2009) EKG'de ritim bozuklukları, kalp boyutunda artış, voltaj düşüklüğü, geçirilmiş kalp krizi veya iskemik kalp hastalığı ve elektriksel ileti bozukluğu bulguları görülebilir. EKG bulguları tanı aşamasında olduğu kadar tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesinde de önemli bir yol göstericidir.

2.12.2 Natriüretik peptit ölçümü

Hastalığın fizyopatogenezinde önemli rol oynayan NP ve türevleri gerek tanıda, gerek tedavi seçeneklerinin ve prognozun değerlendirilmesinde son yıllarda sık olarak kullanılmaktadır. Günümüzde KY şüphesi uyandıran semptomlarla hastaneye başvuran hastaların plazma NP düzeylerinin ölçülmesi önerilmektedir. Özellikle uzun süreli yakınmaları olan vakalarda < 35 pg / ml BNP ve < 125 pg / ml NT-proBNP düzeyleri KY tanısını dışlamada 0.94 - 0.98 arasında negatif prediktif değere sahiptir (Cowie vd., 1997; Zaphiriou vd., 2005).



Şekil 2. Düşük EF (sol), normal EF (sağ). (Cowie vd., 1997; Zaphiriou vd., 2005)

2.12.3 Ekokardiyografi

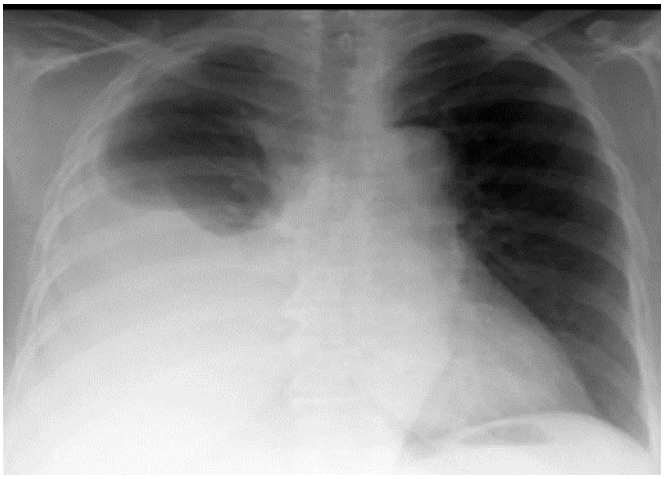
KY tanı ve takibinde en önde gelen görüntüleme yöntemidir. EF değerlendirmenin yanında kalp boyutları, hipertrofi bulguları, kapak fonksiyonları, iskemik kalp hastalığını gösteren sol ventrikül bölgesel duvar hareketleri, sağ ventrikül fonksiyonları, pulmoner hipertansiyon ve diyastolik fonksiyonların değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (McDonagh vd., 2021) (Şekil 2).

2.12.4 Diğer görüntüleme yöntemleri

Özellikle iskemik kalp hastalıklarında miyokardiyal canlı doku varlığının araştırılmasında kardiyak MR (CMR) ve nükleer görüntüleme yöntemleri rutin olarak kullanılmamakla birlikte seçilmiş vakalarda faydalı bilgiler vermektedir (Griffin, 2013).

2.12.5 Göğüs filmi

Pulmoner sıvı brikimi, plevral effüzyon varlığı, kalp boyutları ve nefes darlığının olası başka sebeplerinin değerlendirilmesi için kullanılmaktadır (ESC) (Şekil 3). Nefes darlığı başta akciğer hastalıkları olmak üzere birçok hastalıkta görülen yaygın bir semptom olması ve sigara gibi ortak etiyolojiler nedeniyle bir KY hastasında KOAH gibi eşlik eden hastalıkların tanısının konulmasında göğüs filmi tarihi olarak eski ama günümüzde oldukça yaygın kullanılan bir tetkik olarak önemini korumaktadır.



Şekil 3. Kardiomegali ve plevral efüzyon görülen göğüs filmi

2.12.6 Diğer kan tetkikleri

Serum üre, kreatinin, elektrolit, tiroid hormon testleri, tam kan sayımı, demir ve ferritin düzeyleri önerilen diğer temel kan tetkikleridir (McDonagh vd., 2021).

2.12.7 Koroner anjiyografi

Ateroskleroz risk grubunda olan ya da diğer görüntüleme yöntemlerinde kalp damar tıkanıklığı ihtimali yüksek bulunan KY hastalarına koroner anjiyografi önerilmektedir (Griffin, 2013).

2.12.8 Endomiyokardiyal biyopsi

İnflamatuar, infiltratif, depo hastalıkları gibi spesifik durumlarda immünhistokimyasal yöntemle endomiyokardiyal biyopsi önerilmektedir. Riskli bir işlem olması nedeni ile yaygın olarak kullanılmamaktadır. (McDonagh vd., 2021).

2.13 Kalp Yetersizliği Tedavisi

2.13.1 Düşük ejeksiyonlu kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisi

Düşük EF'li KY tedavisinin 3 temel hedefi bulunmaktadır. Mortalitenin azaltılması, klinik kötüleşmeye bağlı hastaneye yatış sıklığının azaltılması ve klinik durumun, fonksiyonel kapasitesinin ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinin sağlanmasıdır. (McDonagh vd., 2021).

RAAS ve sempatik sinir sistemine etki eden ilaçların yukarıda bahsedilen 3 hedefe yönelik olumlu etkileri yapılan geniş çaplı araştırmalarda gösterilmiştir. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) KY tedavisine yönelik en son 2021 yılında yayımlanan kılavuzunda (McDonagh vd., 2021) kontrendikasyon olmadığı sürece tüm KY hastalarının kullanması gereken beş ilaç grubu bulunmaktadır. Bunlar şöyledir; RAAS'ni baskılayan Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleridir. (ADE – İ) Bu gruptaki ilaçlar KY tedavisinde mortalite ve morbididteyi azalttığı gösterilen ilk ilaç grubudur. RAAS'ni baskılayan mineralokortikoid reseptör antagonistleri (MRA) grubunda bulunan ilaçların hastaneye yatış, mortalite ve semptomlar açısından olumlu etkileri gösterilmiştir. Anjiyotensin reseptör - neprisilin inhibitörü (ARNI) özellikle ADE-İ ve beta bloke edici ilaçlarla beklenen klinik düzelme sağlanamayan hastalarda kullanılmakta olan yeni bir ilaç grubudur. Sempatik sinir sitem aktivasyonunu azaltan Beta reseptör bloke edici ilaçlar ise ADE-İ grubundaki ilaçlarla birlikte KY'ye bağlı morbidite ve mortaliteyi azalttığı gösterilen ikinci ilaç grubudur. Sodyum-Glukoz co-transporter (SGLT2) inhibitörleri ise başlangıçta diyabetes mellitus tedavisinde kullanılmakta olan bu ilaç grubu yapılan geniş çaplı çalışmalarda KY hastalarında mortalite ve morbidite açısından faydalı bulunmuş ve son KY tedavi kılavuzlarında diyabeti olsun olmasın tüm KY hastalarına tavsiye edilmeye başlanmıştır.

KY tedavisinde tüm hastalara tavsiye edilen bu ilaç gruplarındaki moleküller Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. ESC klavuzunda KY tedavisinde tüm hasta gruplarına önerilen moleküller (McDonagh vd., 2021)

Grup	Molekül
ADE-İ	Enalapril, Ramipril, Kaptoril, Trandalopril, Lisinopril
MRA	Spironolakton, Eplerenon
ARNI	Sakubutril-Valsartan
Beta Bloker	Karvedilol, Metoprolol, Nebivolol
SGLT2 inhibitörleri	Dapagliflozin, Empagliflozin

KY'nin ilaçla tedavisinde olmazsa olmaz kabul edilen bu ilaçların yanında özel klinik durumlarda kullanılması gereken başka ilaçlar da bulunmaktadır. Bunlar:

2.13.2 Diüretikler

Mortalite üzerine gösterilmiş önemli bir etkileri olmayan bu ilaç grubu özellikle vücutta aşırı sıvı yüklenmesi olan hastalarda ödem, nefes darlığı gibi semptomların giderilmesinde önemli rol oynamaktadır. Böbreklerden su ve sodyum tutulmasına engel olarak idrar söktürücü etkileri bulunmaktadır. Kronik kullanımda hastalar semptomlarına göre diüretik dozlarını kendileri ayarlamakta ve semptomlar sona erdiğinde ilaç dozunu en düşük düzeye düşürülebilmekte ve hatta ilacı tamamen kesebilmektedir (McDonagh vd., 2021). Bu grupta en sık kullanılan moleküller furosemid, torasemid ve tiazid diüretikleridir.

2.13.3 Anjiyotensin II reseptör blokerleri

ADE-İ ve ARNI grubundaki ilaçları yan etkileri nedeniyle tolere edemeyen hastalara tavsiye edilmektedir (McDonagh vd., 2021). Bu grupta kandesartan, losartan ve valsartan en sık kullanılan moleküllerdir.

2.13.4 Iʃ kanal blokerleri

Kalp ritminin oluşumunda birincil merkez olan sinüs nodundan elektriksel uyarı çıkışını engelleyerek kalp hızını düşüren ve diyastol süresini uzatarak etki eden bu ilaçların KY hastalarında mortalite ve morbiditeyi azalttığı gösterilmiştir. Bu ilaçların kullanılabilmesi için hastanın sinüs ritminde olması yani ritim bozukluğunun olmaması ve kalp hızının > 75 / dk olması gerekmektedir (Böhm vd., 2013). Bu grupta sadece İvabradin isimli molekül bulunmaktadır.

2.13.5 Digoxin

Mortalite üzerine olumlu etkisi olmayan bu ilaç bütün ilaç tedavilerine rağmen semptomları devam eden hastalarda hastaneye yatışı azaltmak için kullanılması tavsiye edilmektedir. Teropatik penceresi oldukça dar olan bu ilaç grubu kullanılırken belli aralıklarla ilacın kan seviyesi kontrol edilmelidir. Özellikle kadınlar, malnutrisyonu olan hastalar, böbrek yetersizliği olan hastalar ve hipokalemi durumunda kullanımında dikkatli olunmalıdır (McDonagh vd., 2021).

2.13.6 Düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinde ritim düzenleyici tedavi

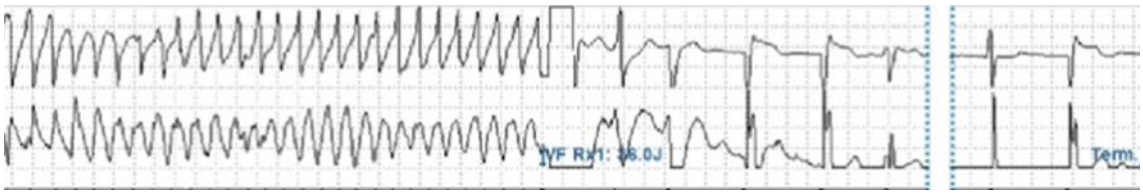
KY hastalarında birçok ritim bozukluğu görülmekle birlikte bunların arasında Ventriküler Taşikardi (VT) ve Ventriküler Fibrilasyon (VF), ciddi bradikardi ve asistoli hayatı tehdit etmeleri ve mortaliteyi ciddi şekilde artırmaları nedeniyle büyük önem taşımaktadır. Bu ritim bozukluklarının önlenmesinde özellikle beta bloke edici ilaçların ve diğer antiaritmik tedavilerin büyük rolü olmasına rağmen bazı hastalarda her türlü ilaç tedavisine rağmen tedavide başarı sağlanamamakta ve istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilmektedir.

Ritim bozukluklarının yanı sıra KY hastalığının seyri sırasında kalbin elektriksel ileti sisteminde meydana gelen bir takım bozukluklar kardiyak performansın daha fazla düşmesine neden olmaktadır.

Günümüzde gerek hayatı tehdit eden ritim bozukluklarının tedavisinde gerekse elektriksel ileti bozukluklarının giderilmesinde kullanılan implante edilebilen cihazlar kullanılmaktadır.

2.13.7 İmplante edilebilir kardiyoverter defibrilatör (ICD)

Günümüzde jeneratör ve kablolardan oluşan ve venöz yolla kalbe yerleştirilen bu cihazlar insana ilk olarak 1980 yılında torakatomi yoluyla yerleştirilmiştir. Çalışma prensibi VT veya VF algılandığında jeneratörden alınan enerjinin 7 - 30 sanayide kapasitörü şarj ederek 30 - 40 Joule enerjiyi kalbe vermesidir (Şekil 2.4). Temelde bu cihazların 3 fonksiyonu vardır: 1. Taşikardinin algılanması 2. Taşikardinin sonlandırması ve 3. Bradikardi durumunda ritim oluşturması (Griffin, 2013). Günümüzde ICD implantasyonu iki amaçla önerilmektedir. Birincisi primer korumanın sağlanmasıdır. Aritmik olay yaşamamış, yaşam beklentisi bir yıldan uzun olan ve EF ≤ % 35 olan, fonksiyonel kapasitesi NYHA II - III olan hastalara aritmi tedavisi amacıyla kullanılmaktadır. (Değertekin vd., 2012). İkincisi sekonder korumanın sağlanması. Bir yıldan uzun yaşam beklentisi olan ve hemodinamik bozukluğa yol açan ventriküler aritmi yaşayan hastalara aritmi tedavisi amacıyla planlanır.(McDonagh vd., 2021). ICD implantasyonu iskemik kalp hastalığına bağlı KY hastalarında mortalite açısından en büyük faydayı sağlamaktadır (Thomas, Smith, Hunink, Bardy, Jordaens, 2010).



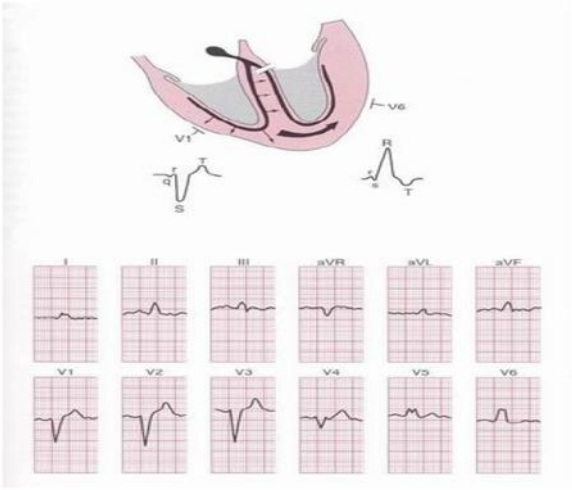
Şekil 4. Ventriküler fibrilasyon sırasında ıcd şoku ile aritminin sonlanması (Değertekin vd., 2012)

ICD implantasyonu yapıldıktan sonra her hastaya cihaz özelliklerini belirten bir belge verilmektedir. İmplantasyonu takip eden dönemde 1 - 4 ay aralıklarla rutin kontroller ve herhangi bir ICD şoklaması durumunda hemen cihaz kontrolleri yapılmalıdır (Griffin, 2013). ICD implantasyonu yapılmış hastalar ICD jeneratörünün işlevini olumsuz yönde etkilemesi nedeni ile elektromanyetik alanlara girmekten kaçınmak zorundadır. Günlük yaşamda elektrik kaynağı, oyuncak kumandaları, manyetik güvenlik kapıları sık karşılaşılan elektromanyetik alan kaynaklarıdır. Ayrıca başka tıbbi nedenlerle ortaya çıkan endikasyonlarla manyetik rezonans görüntüleme (MRI) gerektiğinde cihaz MR uyumlu değilse kesinlikle MR yapılmamalı, MR uyumlu cihazlarda ise cihaz MR moduna alınmalıdır (Griffin, 2013). ICD cihazı taşıyan bireyler cep telefonu kullanırken de dikkatli olmalıdır. Cep telefonu ICD jeneratörünün karşı tarafındaki elde tutulmalı ve jeneratörden en az 15 - 30 cm uzakta taşınmalıdır (Griffin, 2013). Günümüzde transvenöz yolla implante edilen ICD cihazlarının yerine subkutan ICD cihazları ve giyilebilen ICD cihazları ile ilgili çalışmalar sürmektedir (McDonagh vd., 2021).

2.13.8 Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT)

Ventrikül miyokardının normal elektriksel aktivasyonu neticesinde LV serbest duvarı ve septum eş zamanlı, senkronize olarak kasılmaktadır. KY seyrinde görülen elektriksel ileti gecikmelerinde LV septumu ile serbest duvarı arasındaki, atriyumlarla ventriküller arasındaki ve sol ventrikül ile sağ ventrikül arasındaki senkron kasılma özelliği ortadan kalkmakta ve bu durum kardiyak debinin daha da düşmesine ve diyastolde LV doluşunun bozulmasına neden olmaktadır. Sistolik disfonksiyonu olan hastalarda sık olarak görülen Sol Dal Bloğu (LBBB) elektriksel ileti bozukluklarının prototipini oluşturmaktadır. Elektriksel iletinin senkronize yayılması yerine sağdan sola doğru yayılması neticesinde mekanik aktivasyonda da senkronizasyon kaybolmaktadır. Bu senkronizasyon bozukluğu kalıcı kalp pili olan ve başlangıçta LV fonksiyonu normal olan bireylerde dahi KY'ye neden olabilmektedir (Türkyılmaz vd., 2021). EKG'de QRS kompleksinin genişlemesi ile teşhis edilen LBBB varlığında kaybedilen senkronizasyonu (Şekil – 2.5) sağlamak amacıyla kalbin fizyolojik sıralı elektriksel aktivasyonunu taklit etmek amacıyla CRT cihazları implante edilmektedir. CRT ile LV sistolik ve diyastolik performansının artırılması amaçlanmaktadır. CRT implantasyonu sonrası yapılan kontrollerde ilk haftada EF'de % 5 artış saptanmakta, fizyolojik elektriksel iletinin kalp üzerine yaptığı olumlu

etki ile üçüncü aydan itibaren kalp boşluklarındaki genişlemenin azaldığı izlenmektedir (Griffin, 2013). CRT ile sağlanan bu elektromekanik iyileşmenin yanında CRT cihazının ICD özelliği nedeniyle ölümcül ritim bozukluklarında da devreye girerek ilave yarar sağlanmaktadır.



Şekil 5. LBBB ve ileti yayılımı (Griffin, 2013)

2.13.9 Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği tedavisi

Temel olarak EF > % 50 olan hastalarda KY şikayet ve bulgularına NP yüksekliği ve diyastolik disfonksiyon gibi kardiyak yapısal ve/veya fonksiyonel işlev bozukluklarının eşlik ettiği göreceli olarak yeni bir tanı olan korunmuş EF'lu KY tedavi açısından düşük EF'lu KY'den farklılıklar göstermektedir.

Düşük EF'lu KY aksine korunmuş EF'lu KY tedavisinde mortalite ve morbiditeyi azalttığı gösterilmiş bir tedavi bulunmamaktadır. Bu grup hastalarda sıklıkla altta yatan hipertansiyon, koroner arter hastalığı, ritim bozuklukları gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan tedavi yöntemleri önerilmektedir (McDonagh vd., 2021).

2.13.10 Hasta eğitimi kişisel bakım ve yaşam biçimi değişiklikleri

Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi KY tedavisinde de tıbbi ve cerrahi tedavilerin yanında hastanın kendisinin veya bakım verenlerinin eğitimi büyük önem taşımaktadır. KY dönemsel olarak bireyin günlük yaşamsal faaliyetlerini dahi sürdürmesine engel olabilen bir hastalık olması nedeniyle hasta - sağlık personeli - bakım verenler üçlü bir

takım olarak ortak belirlenmiş ve benimsenmiş kurallara riayet etmek zorundadır. Kişisel bakımın iyi olduğu hastaların hastaneye yatış sıklıklarının ve mortalitenin daha düşük olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (Jonkman vd., 2016).

ESC'nin KY'nin tanı ve tedavisine yönelik 2021 yılında yayınlanan kılavuzunda hasta eğitimi ve kişisel bakım ile ilgili öneriler şu şekildedir. Her hasta KY'nin sebebi, semptomları ve tedavi seçenekleri, aşamaları ve seyri hakkında bilgilendirilmeli ve tedavi seçenekleri konusunda kararlar ortaklaşa alınmalıdır. Tedavi ile ilgili kararlar ortaklaşa alınmalı ve her hasta endikasyonlar, faydalar, doz ayarlamaları ve ilaç yan etkileri hakkında bilgilendirilmelidir. Cihaz implantasyonu hakkında kararlar ortaklaşa alınmalıdır. İmplantasyonun önemi, endikasyonları, rutin kontrolleri ve olası komplikasyonlar hakkında hasta bilgilendirilmelidir. Düzenli egzersiz yapılması sağlanmalı ve semptom durumuna göre egzersiz miktarı ayarlanmalıdır. Düzenli uyku ve istirahat sağlanmalı ve uyku apnesi gibi uyku bozukluğuna yol açan nedenler ortadan kaldırılmalıdır. Aşırı sıvı alımından kaçınılmalıdır. Günlük 1.5-2 lt sıvı tüketimi önerilmeli, dehidratasyondan kaçınmak için bulantı - kusma gibi sıvı kaybı olan durumlarda sıvı alımı artırılmalıdır. Sağlıklı beslenme ve günde < 5 g tuz tüketimi sağlanmalıdır. Alkol tüketimi kısıtlanmalıdır. İnfluenza ve pnömokok aşıları yapılmalıdır. E-sigara da dahil olmak üzere sigara tüketimi sonlandırılmalıdır. Araç kullanma konusunda yerel kanunların tavsiyelerine uyulmalıdır. Ülkemizde Türk Kardiyoloji Derneği'nin (TKD) kardiyovasküler hastalıklar ve taşıt sürücülüğü: Türk Kardiyoloji Derneği görüşü 2016 isimli tavsiye metninde araç kullanımı ile ilgili öneriler tabloda gösterilmiştir: (Şahin, Öztürk, Çoksevim, 2016) olası cinsel problemler çözümlenmeli ve fiziksel kapasiteye göre cinsel hayat sürdürülmelidir. Hastanın semptom ve bulgularda meydana gelen değişikliklerin farkında olması sağlanmalıdır. KY seyrini etkileyecek depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlar çözümlenmelidir.

Tablo 7. TKD'nin ve KY ve ICD hastalarında araç kullanım önerileri (Şahin, Öztürk, Çoksevim, 2016)

	Özel araç kullananlar	**Ticari araç kullananlar**
KY hastaları	FK I-II-III olup araç kullanırken yakınması olmayanlar araç kullanabilir.	FK III-IV olanlar araç kullanamazlar. FK I-II olanlar EF>%40 ise, aritmi yok ise, Efor kapasitesi yeterli ise araç kullanabilir.
CRT yapılan hastalar	1 ay araç kullanmaları engellenir. Semptomsuz hastalar 1. aydan sonra araç kullanabilir.	Araç kullanamazlar.
ICD implantasyonu yapılan hastalar	***Primer koruma:*** En az 1 ay araç sürmeleri engellenir. ***Sekonder koruma:*** 3 ay süre ile araç kullanmaları engellenir. 3 aydan sonra aritmi tekrarlamazsa veya ICD şoklaması olmazsa araç kullanabilir. ICD şoklaması sonrası 3 ay araç kullanamaz. ICD implantasyonunu kabul etmeyen hastalar 6 ay süreyle araç kullanamaz ve bu süre sonunda tekrar değerlendirilirler.	***Primer koruma:*** Kalıcı olarak araç kullanmaları yasaklanır ***Sekonder koruma:*** Kalıcı olarak araç kullanmaları yasaklanır. ICD implantasyonunu kabul etmeyen sekonder koruma hastaları ticari araç kullanamaz.

2.14 Covid -19 ve Kalp Yetersizliği

Koronavirüs 2019 hastalığı ciddi akut solunum sendromu coronavirüs (SARS-CoV-2) tarafından oluşturulan infeksiyon hastalığıdır (Lai, Shih, Ko, Tang, Hsueh, 2020). İlk olarak Çin'in Wuhan eyaletinde görülen ve kısa sürede tüm dünyayı etkileyen pandemi haline gelen bu hastalık özellikle KY gibi kronik ve ciddi hastalıkları olan bireyler açısından bakıldığında mortalite ve morbiditeye büyük etkisi olmuştur. KY hastaları ile ilgili olarak 169 hastaneden 9000 hasta ile yapılan gözlemsel bir çalışmada KY hastalarının mortalitesi % 15,3, KY olmayan hastaların ise mortalitesi % 5,6 bulunmuştur (Mehra, Desai, Kuy, Henry, Patel, 2020).

COVİD-19 öncesi grip salgınlarının arttığı dönemlerde KY nedeniyle hastaneye yatışın arttığı bilinmekteydi (Kytömaa vd., 2019). İnfluenza virüsüne kıyasla çok daha ağır bir hastalık tablosunda yol açan COVİD-19 çeşitli mekanizmalarla KY hastalarında daha ağır bir klinik tabloya neden olmaktadır (Bader, Manla, Atallah, Starling, 2021). Bunlar şöyledir; Akciğer parankim hastalığı nedeniyle pulmoner arter basıncında artış, sempatik sinir sistemi ve RAAS aktivasyonuyla vücutta aşırı sıvı tutulumu, inflamatuar medyatörler ve metabolik bozukluklar nedeniyle oluşan miyokard hasarı, tromboza eğilim nedeniyle oluşan iskemik miyokard hasarı, akut böbrek yetersizliği nedeniyle vücutta aşırı sıvı tutulumu, virüs tarafından oluşturulan direkt miyokartd hasarı ve inflamatuar süreçte ortaya çıkan yüksek debi ihtiyacının kalp tarafından karşılanamaması sonucunu ortaya çıkartmaktadır.

Pandeminin başlangıcında virüsün hücre içine hücre yüzeyinde bulunan ADE-2 reseptörüne bağlanarak girdiği tespit edilmiş ve KKY hastalarının hemen hemen tamamının kullandığı ADE-İ grubu ilaçların ADE-2 reseptör sayısını artırması nedeniyle bu ilaçları kullanan hastalarda hastalığın daha ağır seyredebileceği çeşitli yayınlarda iddia edilmişti (Bader, Manla, Atallah, Starling, 2021). Ancak daha sonra yapılan araştırmalarda bu iddiayı doğrulayan bulgu elde edilememiştir ve günümüzde KKY hastalarının hastalık sırasında dahi başka kontrendikasyon olmadığı sürece bu grup ilaçları kullanması önerilmektedir. Hastalıktan korunmak amacıyla tüm toplum tarafından uygulanması tavsiye edilen izolasyon, maske, mesafe ve temizlik kurallarının yanında KY hastalarının tüm gruplarının aşılanması önemle önerilmektedir. Şu an

kullanılmakta olan aşıların KY hastalarında gösterilmiş ciddi bir yan etkisi bulunmamaktadır (Rosano vd., 2021).

2.15 Kalp Yetersizliği Hastalığı Olan Hastaya Bakım Verme

Bakım veren, “ hastalık, sakatlık veya yalnız ihtiyarlığı sebebiyle kendi kendine yaşamını idame ettiremeyen kişilere yardım etme ya da yardımı düzenlemeyi yapan fertler ” olarak adlandırılmaktadır. Bakım ise, “ bakıma muhtaç yaşlıya bakım veren fertin yaptığı tüm uygulamalar ” olarak isimlendirilmektedir. Bu bakım yardımı kişisel, ev işlerini organize etme, maddi veya tıbbi amaç içerikli olabilir (Bayramova, 2008).

Türk Dil Kurumu’na göre bakım vermenin tanımı ise; bakım işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda devamlılığı için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. ihtiyaçlarını üstlenerek bu devamlılığı sağlama işi olarak isimlendirilmektedir. Bakım verme görevi tek bir yardım çeşidi ile sınırlandırılmadan, emosyonel destek, fiziki ya da mali destek vermeyi içermektedir. Bakım verme görevi dışındaki yardım türleri ise hasta olmamak için aldığı bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri organize etme, sürekli yapılması gereken sağlık bakımı (ilaçını temin etmesi, tedavi olması,tedavi sonrası izleme vb.), kişisel hijyenik bakımı (banyo yapması, beslenmesini gerçekleştirmesi, tuvalet ihtiyacını gidermesi, üst başını giyinmesi vb.) bir yerden bir yere giderken ulaşımı, para yönetimini sağlayabilmesi, alışverişini gerçekleştirmesi, basit ev işlerini yapabilemesi,, maddi yardımı ve aynı çatı altında yaşamasıdır (İnci, 2006).İki başlık altında toplanan bakım verme işi formal ve informal olarak adlandırılmaktadır (Küçükgüçlü, 2004).

2.15.1 Formal bakım verme

Hastanın kendi evinde veya bakım veren her hangi bir kurumda hastanın kişisel bakımı ve sağlık bakımı hizmetlerini sunan meslek gruplarında hizmet verenler tarafından üstlenilip verilen bakım çeşididir. Bakım ihtiyacı olan bireyin kendi evinde formal bakım işini gerçekleştiren meslek grupları daha çok hemşire, terapistler, diyetisyen, sosyal hizmeler işinde işinin uzmanı olan kişiler ve evde bakım hizmeti veren yardımcılardır.

2.15.2 İnformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme

Bakıma ihtiyacı olan bakım alan bireye bakım hizmetini veren kişinin bir akrabasının bakım alana yardım etme rolünü kendi üzerine almasıdır. İnformal bakım hizmeti veren kişiler herhangi bir ücret almayan, evde bakıma ihtiyaç duyan bireyin her türlü bakımını sağlayan aile üyeleri veya yakın arkadaşlarıdır. Stone ve arkadaşları " bakım vereni hastanın bakımını yapmak ya da hasta olan bireyi gözetlemekten ve de içlemekten sorumlu olan kişidir" şeklinde tanımlamışlardır ilk olarak bakım verme işini üstlenen kişi ise bu " sorumluluğu devam ettirmekten birinci derece sorumluluğu olan kişi" olarak belirtmiş birincil bakım verenleri dört şekilde sınıflandırmışlardır.

• Birinci türden bakım veren, bütün hasta bakımın takip edilmesi ve izlenmesinden sorumlu olan kişidir.

• İkinci türden bakım veren, bakımdan birincil sorumlu olan kişiler olup dışarıdan

informal kaynaklardan destek almaktadırlar. (aile bireyleri yada yakın arkadaşlardan destek alan grup)

• Üçüncü türden bakım verenler, formal ve de informal kaynaklardan destek alan bakım veren kişilerdir. (Profesyonel olarak hizmet verenler yada aile bireyleri yada yakın arkadaşlarından destek alan grup)

• Dördüncü türden bakım verenler, ise hastanın bakımıyla iligili hiçbir şekilde sorumluluğa sahip olmayan kişilerdir.

2.16 Bakım Verme Yükü

Bakım verme için başlatılan sürecin bakım veren kişiler üzerindeki olumsuz etkilerin ortaya çıkarmaya çalışan araştırmacılar " yük " kavramının tanımını yapmışlardır. Bakım vericilerin yükü kavramı, ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından incelenmiştir. (Bayramova, Alpteker,2008).

Bakım verme süreci sırasında bakım veren kişilerde gelişen, kişinin bedensel ve duygusal etkileri " yük " olarak tanımlanmış durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bakım veren kişilerin yükü, bir başka bireyin bakmasına gereksinim duyan, yetersizlik hisseden

bireye bakım verenlerin yaşadığı fiziksel, psikolojik, duyusal, sosyal ve ekonomik sorunlar olarak adlandırılabilir (Bayramova, 2008). Bakım verme yükü; müzminleşmiş hastalığı olan, yetersizlik hissi olan, ihtiyar ya da bakıma ihtiyacı olan kişiye, aile bireylerine veya bir başkasına bakım veren kişinin zorlama yaparak, baskı altında hissetmesine sebebiyet vererek, gerilmesine neden olma veya bu yükün altına girmesi olarak adlandırılabilir (Alpteker, 2008; Uğur, Fadıloğlu, 2012). Bakım verme yükü, bakım verme işi ile ilgili olarak fiziksel, emosyonel, psikolojik, ekonomik, sosyal sıkıntılar başta olmak üzere çok boyutlu bir kavramdır (Karabağ, 2007).

Müzminleşmiş ya da ani gelişen bir hastalığı ya da bir engeli olan kişiyle bire bir ilgilenmek, bu kişiye yardımcı olmak, bu kişinin ihtiyaçlarını karşılamak, aile üyelerinden birileri ya da yakın arkadaşlarından her hangi biri için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sıkıntılara neden olabilmektedir. Aile bireyleri ya da yakın arkadaşlardan her hangi birinin bakım vermeleri, bir yandan sevdikleri bakım alan kişiyi yavaş yavaş kaybederken ve bunun üzüntüsünü yaşarken diğer yandan da üstlerine aldıkları bakımın sorumluluğunun etkileri altında ezilmekte, bu fiziki ve duygusal etkiler " yük" olarak tanımlanan sonucun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Uğur, Fadıloğlu, 2012).

Bakım verme yükü; müzminleşmiş hastalığa sahip, yetersizlik hissini yaşıyan, ihtiyar veya bakıma ihtiyacı olan aile fertlerine veya bir başkabireye bakım veren kişinin zorluk çekmesi, gerilme yaşaması, kendini baskı altında hissetmesi veya yük altına girmesi olarak tanımlanabilir (Alpteker, 2008). Bakım verme yükü, bakım verme ile ilintili olarak fiziki, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sıkıntılar olmak üzere çok yönlü tepkisel bir davranıştır (Karabağ, 2007). Bakım verme yükü objektif ve subjektif olarak iki farklı şekilde incelenmektedir (Alpteker, 2008).

2.16.1 Objektif bakım verme yükü

Bakım vermeyi üstlenen kişinin ve ailenin hayat akışındaki değişiklikler ve engelleri içermekte olup, bakım verme görevi sebebiyle daha fazla iş yükünün olması, hastalığın neden olduğu mali zorluklar, gelir kaybında zamansızlıktan kaynaklanan azalma, günlük hayatında ve sosyal etkinliklere katılmadaki sınırlamalar, yaşadığı ev ortamındaki gerginliğin artması, aile rutinlerinin önüne geçmesi, bakım verenin fiziki hastalığı gibi

fiziksel sorun ve sıkıntılar, aileye getirdiği gözlenebilir, somut bedellerdir (Çetinkaya, Bademli 2013; Sampson 2004).

2.16.2 Subjektif bakım verme yükü

Bakım verme rolünü üstlenen bireyin, bakım verme rolü ile ilintili kişisel değerlendirmeler ve bakım alan hastanın rahatsız edici davranışlarından ötürü ortaya çıkan emosyonel sıkıntılar, duygu ve tutumları (ekonomik sıkıntı, suçlu hissetme duygusu vb) olarak isimlendirilmektedir (Sampsoni 2004). Şahin ve ark. (2009)'nın çalışmasında, bakım verme rolünü üstlenen bireylerin çoğunluğunun hastaya bakım rolünü üstlenmeden önce kendi sağlıklarını ihmal etmeme, bakım verme rölünü üstlendikten sonra ise kendi sağlıklarını kötü olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. (Akgüni Polati Ergüney, 2009). Uğur ve Fadıloğlu (2012)'un çalışmasında, araştırma konusu içine alınan bakım verme rolünü üstlenen bireylerin en çok fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik sorunlarla karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır (Uğur, Fadıloğlui 2012). Özdemir Kardaş ve ark. (2009)'nın yapmış olduğu araştırmada bakım verme rolünü üstlenen annelerin, bakım verme rolünü üstlenmeden önce ve bakım verme rolünü üstlendükten sonraki sağlık algılarının kıyaslanmasında istatistiki olarak anlam arz eden bir farklılık olduğu ve kanserli hastanın bakım rolünü üstlenmenin bakım veren bireyin fiziki sağlığını olumsuz şekilde etkilediği belirtilmiştir. Bu bireylerde müzminleşmiş yorgunluk, kilolarında artma ya da azalma, uyku düzenlerinde bozulma, kas ağrısı, dikkat toplamada zorluk, giyim ve kuşamda düzenszilik ve bakım veren bireyin kendi kişisel bakımına yeterli ve gerekli zamanı ayıramaması sebebiyle sağlığında bozulma görülmüştür (Özdemir, Akgün, Küçük, 2009).

2.16.3 Bakım verme yükünün boyutları

Bakım yükününü dört boyutta inceleyebiliriz (Arslamntaş, 2011);

1. Direk bakımla ilgili olan işler: Her hasta olanın ihtiyaç duyduğu kendi içinde bulunduğu kişisel yapısına ve hastalığın süreci ve hastalığın hangi döneminde olmasına göre farklılık gösterir.

2. Direk bakımla ilgili olmayan işler : Bu süreç içinde hastalığa sahip olan kişinin hastalık tanısı konmadan öncesi gerçekleştirmeyi başardığı işlerinin yakınları tarafından üstlenilmesi süreci olarak isimlendirilebilir.

3. Hastanın duygusal ihtiyaçları ile uğraşmak: Hasta kişinin yakınları hasta kişilerin dertlerini, sıkıntılarını ve hastalık sürecindeki negatif psikolojik etkilere üzülmekle karşı karşıya kalabilirler.

4. Diğer yaşam rollerinde bakım vermenin sonuçları: Kişiye bakım verici rolünü üzerine almak ehemmiyetli rol merkezi olarak özümsenebilir. Bu halde bakım verme rölünü üstlenen kişinin bakım verme rolü ile ilgili sorumlulukları nedeniyle bakım rolünü üstlenen bireylerin kendi hayatlarını ertelemelerine neden olabilir.

2.16.4 Bakım verme yükünü etkileyen faktörler

Bakım verme rolünü üstlenenlerin çoğu bakım verme zorluğu yaşamadıklarını dile getirdikleri gibi zorluk yaşayanların ise zorluk yaşama boyutları birçok nedene bağımlı olarak birbirlerinden farklılık göstermektedir. Bu farklılığa etki gösteren nedenler aşağıdaki gibidir (İnci, 2008).

1) Bakım verme rolünü üstlenen kişinin taşıdığı bireysel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim seviyesi, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye rolüne bakışı, kültürel düzeyi, sosyal ve ekonomik durumu vb) ,
2) Bakıma ihtiyaç duyan birey ile önceki ve bakım verme esnasındaki ilişkisinin niteliği,
3) Bakıma ihtiyaç duyan birey ile aynı çatı altında yaşama durumu, bakım rolünü üstlenen kişinin bakım verme süresi, birbirine zıt duyguların yaşanması,
4) Hastanın bakımı kararlaştırılırken düşüncesinin alınıp alınmaması,
5) Bakım veren rölünü üstlenen bireyin sağlıkla ilgili sıkıntıları olması ve ya yaşının ileri olması,
6) Bakım veren rolünü üstlenen bireyin hastaya bakım dışında da sorumluluklarının bulunması,

7) Bakıma muhtaç olan bireye tek yönlü değil, çok yönlü bakım vermek zorunda olması (fiziki, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden faydalanamama, bakım konusunda yardım rolünü üstlenen kişinin bulunmaması vb.),
8) Hasta olan kişinin, bakım rolünü üstlenen kişinin hayatına müdahale etmeye çalışması,
9) Şuur bulanıklığı bozulması olması ve kişisel bağlılığı olan kişiye bakım verme,
10) Ekonomik geliri düşük ya da orta gelir düzeyine sahip ailelerin; ekonomik sorunlar ve yetersizlikler yaşaması sonucu küçük metrekareli evlerde yaşamak durumunda olması bakıma ihtiyacı olan bireye ayırabileceleri bir ortamın olmamasıdır.

2.17 Bakım Yükünün Bakım Verenler Üzerine Etkisi

Uzun süre bakım rolünü üstlenme; bakımrolünü üstlenen bireyin sağlık durumunu, psikolojisini, sosyal ve ekonomik yaşantısı gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir dönemdir. Bakım rolünü üstlenme sürecinin daha cok negatif fakat, daha az olarak da pozitif etkileri vardır. Bakım hizmeti verme süresince bakım hizmetinin etkilerindeki değişiklşkleri daha iyi algılayabilmek için bakım verme sürecinin hayata pozitif yöndeki etkilerini de daha iyi kararlaştırmak gerekmektedir. Yalnız bu yönüne ehemmiyet veren çalışmalarla fazla karşı karşıya gelmemekteyiz. Bakım verme süreci' bakım yükü'gibi negatif sonuçları beraberinde getirmekle birlikte yalnız negatif sonuçlara sebep olmayan, kişinin bireysel başarısı, kişinin olgunlaşması, kişinin bireysel gelişim duygularında gelişmeye sebep olan pozitif sonuçları da ortaya koyabilmektedir.

Dunkin pozitif algının kültürlerin etkisinde kaldığını örneğin Afrikalı cinsiyeti bayan olanların bakım verme rolünü üstlenmekten doyum elde ettiklerini beyan etmistir. İşinde uzman olan kişiler bakım verme rolünü üstlenenlerin bakım verme rolünden gururlandıkları, bakıma ihtiyacı olan bireye fayda sağladığını hissettikleri, bakım rolünü üstlendikleri kişi tarfından değerli ve kıymetli olma hissi yaşadıklarını bu sebepten dolayı bakım verme sürecini pozitif boyutlarıyla algıladıklarını ifade etmişlerdir (Küçükgüçlü, 2004). Bakıma ihtiyaç duyan bireye bakım verme rolünü üstlenen bireyler, genellikle üzerlerine almak durumunda kaldıkları bu duruma hazırlıklı değildirler.

Hastaların bakımıyla ilgilenme rolünü üstlenen aile bireylerinin yaşadığı fiziki, ekonomik, ruhsal ve toplumsal zorluklar 'hasta yakını yükü'olarak isimlendirilir. Hasta

yakınının fiziki sağlığı çevresinde bulunan yaşça akran olanlardan daha kötü durumdadır, psikolojik durumlarının ruh hali bozukluğuna yatkınlık oranı daha yüksektir, hastasının bakım rolünü üstlenirken, bakım rolünü üstlenen birey kendine daha az zaman dilimi ayırabilme zorunda kalır, toplumdan dışlanma ve rol değişikliği zorlukları hayat kalitesini negatif yönde etkiler ve hayat kalitesini düşürür (Yalçın, Yalçın, Dikici, Şahin, 2005).

2.18 Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerde Anksiyete

Kalp yetersizliği olan hastalara bakım rolünü üstlenen birey yada bireyler birçok zorlukla karşı karşıya kalarak mücadele etmek durumuyla karşılaşabilmektedirler. Kişisel bakım, duygusal ve motive edici destek, evde yapılan rutin işler, hasta ile iletişim kurulması, ekonomik konular vs. bakım rolünü üstlenenler tarafından algılanan zorluklar arasında yer almaktadır. Yaşanan bu sıkıntılı sürece ek olarak aile fertleri, hayatlarındaki değişim ve stresli durumlara alışmak, bunlarla mücadele etmek için gerekli becerilerin yokluğunu ve hayatlarında kontrolün yok olduğunu da hissedebilmektedirler. Bakıma ihtiyacı olan hastanın bakımı için gerekli olan şeyleri, üstlenilen rol fonksiyonunda değişim, ekonomik güçlüklerin sonucu bakım verme rolünü üstleneler evlilik hayatlarında gerginlik ve çatışma yaşanabilmekte, rol gerginliği veya rol çatışması sonucu aile fertleri arasında rol geçişi olabilmektedir. Bakım verme rolünü üstlenenler kendilerinin fiziki ve emosyonel ihtiyaç duydukları ihtiyaçlarını ihmal edebilmekte ve tükenmişlik yaşayabilmektedir. Tükenmişlik yaşayan, bakım verme rolünü üstlenen birey; bedeensel yorgunluk, stres, irritabilite, depresyon, baş ağrısı, halsizlik, diğer fiziki semptomlar, yemek yeme şeklinde değişiklik, madde kullanımı gibi deneyimleri edinebilmektedir (Özer, 2010; Karahan, 2013).

Sürekli olarak bakım isteğinde bulunan veya destekleyici bakım isteğinde bulunan ihtiyar hastaya bakım verme, bakım verme rolünü üstlenen bireyin duruma adaptasyonunu güçleştirmektedir. Bakım verme rolünü üstlenmekten kaynaklanan fiziki yorgunluk ve bakım verenin hastalıklara yatkın hale gelmesi, ruh halinin bozulması ve anksiyete de yukarı yönlü bir artışa neden olabilmektedir. Ruh halinin bozulması ve anksiyetede ki yukarı yönlü artış, bakım rolünü üstlenen bireydeki eski unutulan kaosların, eskiden hayal ettiklerinin gerçekleşmemesi durumunun yeniden gözünde canlanmasına ve bu ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla bu fiziki, duygusal,

sosyal, mali ve iş güçlükleri bakım rolünü üstlenenlerin kaygıları üzerinde etkili olabilmektedir (Bakas, Prsssler, Johnson, Nauser, Shaneyfelt, 2006).

Hasta ve bakım veren rolünü üstlenen birey arasındaki duygusal yükün fazla olması, bakım rolünü üstlenen bireyin bireysel sağlık sıkıntıları, sosyal desteği az alıyor olması, kendine ayıracak boş zaman ve sosyal etkinlik kısıtlılığı gibi faktörler bakım rolünü üstlenen kişişlerde ruh hali bozukluğu ve anksiyete gelişimini arttıran nedenler arasında yerini almaktadır (Sümbüloğlu, 1988).

Özyeşil ve arkadaşları tarafından yapılan araştırma sonucunda yaşlı hastaya bakım verme rolünü üstlenen bireyler tarafından bakım yükü arttıkça anksiyete düzeylerinin de önemli derecede artış gösterdiği belirlenmiştir (Bakas, Prsssler, Johnson, Nauser, Shaneyfelt, 2006).

Bakas ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada bakım verme rolünü üstlenenlerin bakım vermelerinden ötürü emosyonel iyilik düzelerinin kötüye gittiğini, bakım rolünü üstlenen bireylerin fiziki sağlıklarının bozulduğu, bakım verme rolünden ötürü çok daha fazla stres ve anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Özer, Yurttaş, Akyıl, 2012).

Zincir ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada kalp yetersizliği hastalığı olan hastalara bakım verme rolünü üstlenenlerin yüksek oranda bakım yükü ve anksiyete yaşadıkları, cinsiyeti kadın olan bakım verenlerde cinsiyeti erkek olanlara oranla daha fazla bakım yükü ve anksiyete saptanmıştır (Zincir vd., 2014).

3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Araştırma, kalp yetersizliği tanısı almış hasta ve yakınlarında oluşan ekonomik ve sosyal maliyetlerin incelenmesi amacıyla yapılmış kesitsel bir araştırmadır.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırma verileri Eylül 2019 – Mayıs 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evreni, araştırmanın başladığı tarih itibariyle T.C Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde Kalp Yetersizliği tanısı ile 6 aydan uzun süredir takip edilen tüm hastalardır. Evrene dahil olan tüm hastalara ulaşılması hedeflenmiştir. Bu klinikte kalp yetersizliği tanısıyla 6 aydan uzun süredir takibi devam eden 102 hastanın araştırmaya katılmayı kabul eden 87'sine sine ulaşıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden bütün hasta ve yakınlarıyla yüz yüze görüşülmüştür. Bu hastalara ve yakınlarına Sosyodemografik Anket, Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi, Zarit Bakım Yükü Anketi uygulanmıştır.

3.3 Veriler ve Toplanması

Etik kurul izni alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı hastaneden ve klinikten gerekli kurum izinleri alınmıştır. Hastanenin kardiyoloji kliniği ile görüşülüp hasta başvuruları ile ilgili bilgi edinilmiştir. Gereken birimlerden kurum izinleri alınıp tamamlandıktan sonra o tarihte daha önce kalp yetersizliği tanısı almış kardiyoloji kliniğinde yatmakta olan 10 hasta ve yakınına ön deneme amaçlı uygulanan yüz yüze anket uygulanmıştır. Yapılan ön deneme neticesinde Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından "Cinsel hayatınızda zorlanma" sorusunu hastaların algılamakta güçlük çektiği ve bu soruyu tam olarak anlıyamadıklarından çoğunun cevaplarında yanılgı olabileceği düşünülmüştür. Bu soru fiziksel, emosyonel ve toplam Minnesota puanlarının hesaplanmasında kullanılmadığı için skorları etkilememiştir. Soru bazında yorum amaçlı olarak da bu sorunun cevapları kullanılmamıştır.

Araştırma, evreni olan hastaneye başvuran kalp yetersizliği tanısı almış hastalar ve yakınlarına uygulanmıştır. Kardiyoloji kliniğinden daha önce kalp yetersizliği tanısı almış olan hastalar randevu aldıkça randevu takip sistemi aracılığıyla bir gün önceden takibi yapılarak hastaların randevu saatelerinde kliniğe giderek araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve yakınlarıyla veri toplama formları yüz yüze yapılarak değerlendirilmiştir. Veri toplama formunun doldurulma süresi yaklaşık 15 - 20 dakika sürmüştür.

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırma verilerinin toplanmasında, " Sosyodemografik Soru Formu ", " Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi '' ve " Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği '' olmak üzere üç bölümden oluşan anket formları kullanılmıştır. (Ek. 1 – 2 – 3) Verilerin istatistiksel analizi SPSS 25,0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki – kare testi, t testi ve one - way ANOVA, normal dağılıma uygun olmayan veriler için ise Man Whitmey U ve Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır.

3.4.1 Sosyodemografik soru formu

İlk bölüm sosyodemografik özelliklere yönelik olarak hazırlanan, hastaların bireysel özelliklerini tanımlayan 12, hastasına bakım verenler için ise 14 sorudan oluşmaktadır. Formda; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, herhangi bir işte çalışma durumu, mesleği, sosyal güvencesi, aylık geliri, kronik hastalığı olup olmaması, sigara kullanımı, kiminle yaşadığına yönelik sorular yer almaktadır. Aylık gelir olarak 2500,00 TL'ye kadar geliri olanlar ve 2500,00 TL'den fazla geliri olanlar şeklinde sınıflandırma yapıldı. Araştırmanın yapıldığı dönem baz alınarak dolar cinsinden hesaplama yapıldığında 2500,00 TL karşılığı 395,00 olarak hesaplanmıştır. Buna göre bağımsız değişkenimiz uluslararası para birimi cinsinden 395,00 USD'den ve daha az geliri olanlar ile 395,00 USD'den daha fazla aylık geliri olanlar olarak değerlendirilebilir.

3.4.2 Minnesota kalp yetmezliği ile yaşam anketi (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire – MKYYA)

Çalışma öncesi etik kurul onayı alındı. Hastalara gereken bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmak isteyen hastalarla çalışma yürütüldü.

Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi kalp yetersizliği tanısı almış hastalara özel olarak hazırlanmış 21 soru ve iki alt boyuttan (fiziksel ve emosyonel alt boyutlar) oluşmuş yaşam kalitesi anketidir. Kalp yetmezliği ve kalp yetmezliği tedavisi için bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçmek için Thomas Rector tarafından 1984 yılında tasarlanmıştır. Tasarlandığı tarihten bugüne kadar 33 dilde çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Anketin amacı, kalp yetersizliği hastalığını, bu hastalıkla ilgili yapılacak çalışmalarda ya da yapılacak çalışmanın uygulaması esnasında yönetmek için uzun zamana ihtiyaç duymadan yaşam kalitesini ölçebilmektir. Anket 6'lı Likert tipi bir ölçek olup 21 sorudan oluşmaktadır. 6'lı değerlendirme; hiç (0), çok az (1), az (2), biraz (3), çok (4), fazla (5) şeklinde belirlenmiştir. Ölçeğin hastalar tarafından yanıtlanma süresi ortalama 10 dakikadır. Ankette kalp yetersizliği tanısı almış hastanın nefes darlığına yol açması (nefes kesilmesi), kendini yorgun, halsiz, bitkin hissetmesi, ayak bilekleri bacaklarda ödem olup olmaması, bunalma ve depresyon belirtileri gibi hastalığa bağlı görülmesi muhtemel fiziksel belirtilerin etkisini değerlendirebilmektedir. Bunun yanı sıra, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının kalp yetersizliği hastalığı üzerine olan etkilerini ölçmeyi ve değerlendirmeyi de amaçlamaktadır. MLHFQ ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 105'tir. Ölçekten alınacak puanlar yükseldikçe kalp yetersziliği hastalarının yaşam kalitesi düşmekte, puan düştükçe hastaların yaşam kaliteleri yükselmektedir.

3.4.3 Zarit bakım verme yükü ölçeği

Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım alma ihtiyacı olan kalp yetersizliği hastalarına veya yaşı ileri olan bakım verenlerin yaşamış olduğu stres durumunu tespit etmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisinin ya da araştırmayı yapan kişi tarafından sorular sorularak yanıt alınabilen ölçek, bakım vermenin kişinin hayatına dair olan etkisini belirleyen 22 sorudan oluşmaktadır. Zarit bakım verme ölçeği; hiçbir zaman (0), nadiren

(1), bazen (2), oldukça sık (3), hemen her zaman (4) , şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen 5'li Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçeğin hasta yakınları tarafından yanıtlanma süresi ortalama 10 dakikadır. Zarit bakım verme yükü ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 88 dir. Ölçekten alınacak puanın yüksek olması yaşanan sıkıntının fazla olduğunu, düşük puan olması yaşanılan sıkıntının az olduğunu ifade etmektedir.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1 Bulgular

Tablo 8. Araştırmaya katılan KY hastalarının sosyodemografik özellikleri

Hastanın Demografik Özellikleri	**n**	**%**
Cinsiyet		
Kadın	44	50,6
Erkek	43	49,4
Yaş		
70 yaş a kadar olanlar	36	50,6
71 yaş ve üzeri	51	49,4
Hastanın Medeni Durum		
Evli	53	60,9
Bekâr	7	8,0
Dul	27	31,0
Hastanın Çalışma Durumu		
Evet	11	12,6
Hayır	76	87,4
Hastanın Çocuğu Olma Durumu		
Yok	8	9,2
Var	79	90,8
Hastanın Eğitim Düzeyi		
Lise-Üniversite	30	34,5
Diğer	57	65,5
Hastanın Kilo Artışı		
Var	20	23,0
Yok	67	77,0
Hastanın Mesleği		
Çalışmayan	30	34,5
İşçi	4	4,6
Memur	4	4,6

İşsiz	1	1,1
Emekli	39	44,8
Serbest Meslek	9	10,3
Hastanın Sosyal Güvenlik Durumu		
Var	85	97,7
Yok	2	2,3

Araştırmaya katılan kalp yetersizliği hastalarının sosyo demografik özellikleri Tablo 8'de gösterilmiştir. Tabloda gösterildiği gibi katılımcıların % 50,6'sı kadın iken % 49,4'ü 70 yaşından büyüktü. % 60,9'u evli, % 90,8'i en az 1 çocuğa sahipti. % 87,4'ü halen çalışmayan araştırma grubundaki kişilerin % 34,5'i lise ve üzeri okullardan mezun olmuştu.

Tablo 9. Araştırmaya katılan KY hastalarının hastalığa ait bazı özellikleri

Hastanın Kronik Hastalığı Olma Durumu	**n**	**%**
Var	50	57,5
Yok	37	42,5
Toplam	**87**	**100**
Hastanın Kalp Ameliyatı Olma Durumu		
Evet	34	39,1
Hayır	53	60,9
Toplam	**87**	**100**
Hastanın Sigara Kullanma Durumu		
Evet	6	6,9
Hayır	51	58,6
Bıraktım	30	34,5
Toplam	**87**	**100**
Hastanın Kalp Pili Olma Durumu		
Var	24	27,6
Yok	63	72,4
Toplam	**87**	**100**

Araştırmaya katılan kalp yetersizliği hastalarının sosyo demografik özellikleri Tablo 9'da gösterilmiştir. Tabloda gösterildiği gibi katılımcıların % 57,5'inin kronik hastalığı var iken % 49,5'i nin kronik hastalığı yoktur. Hastaların %39,1'i kalp ameliyatı olmuş iken %60,9'u kalp ameliyatı olmamıştır. Hastaların %6,9'u sigara kullanmakta, %58,6'sı sigara kullanmamakta ve %34,5'u ise sigarayı bırakmıştır. Hastaların %27,6'sının kalp pili takılı olmasına karşı %72,4'ünde kalp pili takılmamıştır.

Tablo 10. Araştırmaya katılan KY hastalarına bakım verenlerin sosyo demografik özellikleri

Bakım Verenin Demografik Özellikler	**n**	**%**
Bakım Verenin Cinsiyet		
Kadın	21	87,5
Erkek	3	12,5
Toplam	**24**	**100**
Bakım Verenin Yaşı		
45 yaş a kadar olanlar	17	70,8
46 yaş ve üzeri	7	29,2
Toplam	**24**	**100**
Bakım Verenin Medeni Durum		
Evli	17	70,8
Bekâr	5	20,8
Dul	2	8,4
Toplam	**24**	**100**
Bakım Verenin Çalışma Durumu		
Evet	8	75
Hayır	16	25
Toplam	**24**	**100**
Bakım Verenin Çocuğu Olma Durumu		
Yok	18	75
Var	6	25
Toplam	**24**	**100**

Bakım Verenin Mesleği		
Ev Hanımı	7	29,2
İşçi	3	12,5
Memur	4	16,7
Emekli	6	25
Serbest Meslek	4	16,7
Toplam	**24**	**100**
Hastanın Sosyal Güvenlik Durumu		
Var	23	95,8
Yok	1	4,2
Toplam	**24**	**100**
Bakım Verenin Gelir Düzeyi		
2500'e kadar olanlar (395 USD'ye kadar)	5	20,8
2501 ve üzeri olanlar (396 USD ve üzeri)	19	79,2
Toplam	**24**	**100**

Araştırmaya katılan kalp yetersizliği hastalarının bakım verenlerinin sosyo demografik özellikleri Tablo 10'da gösterilmiştir. Tabloda gösterildiği gibi katılımcıların % 87,5'i kadın iken % 12,5'i erkek iken %29,2'si 46 yaşından büyüktü. % 70,8'i evli ve % 25'i çocuk sahibi. Bakım verenlerin %29,2'si ev hanımı olmasına karşın %95,8'inin sosyal güvencesi vardır ve %79,2'si 2501 TL'den daha yüksek gelir düzeyine sahiptir.

Tablo 11. Araştırmaya katılan KY hastalarının eğitim durumları

Hastanın Eğitim Durumu	**n**	**%**
Okur Yazar Değil	8	9,2
Okur Yazar	5	5,7
İlkokul	38	43,7
Ortaokul	6	6,9
Lise	10	11,5
Üniversite	20	23,0
TOPLAM	**87**	**100**

Araştırmaya katılan kalp yetmezliği hastalarının eğitim durumu Tablo 11'de gösterilmiştir. Tabloda gösterildiği gibi katılımcıların %9,2'si okuryazar değilken %23'ü üniversite mezunudur. Buna karşılık %43,7'si ilkokul mezunudur.

Tablo 12. Araştırmaya katılan KY hastalarının KY etiyolojilerine göre dağılımı

Hastanın Kalp Yetersizliği Etiyolojisi	**n**	**%**
İskemik Kalp Hastalığı	48	55,2
Kalp Kapağı Hastalığı	12	13,8
İdiyopatik Kalp Hastalığı	27	31,0
Toplam	**87**	**100**

Araştırmaya katılan hastaların kalp yetersizliği etiyolojisi Tablo 12'de gösterilmiştir. Tabloda gösterildiği gibi katılımcıların %55,2'si İskemik Kalp Hastalığına bağlı kalp yetersizliği tanısı almış iken %13,8'i Kalp kapağı sorununa bağlı kalp yetmezliği ve %31'i İdiyopatik Kalp Hastalığı (hastalığın nasıl geliştiği belli olmayan) tanısı almıştır.

Tablo 13. Araştırmaya katılan KY hastalarının nyha sınıflandırmasına göre durumlarının dağılımı

Hastanın Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması	**n**	**%**
NYHA II	31	35,6
NYHA III	32	36,8
NYHA IV	24	27,6
Toplam	**87**	**100**

Araştırmaya katılan hastaların kalp yetersizliği sınıflandırılmasın Tablo 13'te gösterilmiştir. Tabloda gösterildiği gibi katılımcıların %35,6'sı NYHA II iken %27,6'sı NYHA IV sınıflandırmasındadır.

Tablo 14. Araştırmaya katılan KY hastalarının, araştırma tarihi bazlı teşhis konma zamanlarına göre dağılımı

Hastaya Kalp Yetersizliği Tanısının Ne Zaman Konma Durumu	**n**	**%**
6-12 ay önce	18	20,7
13-24 ay önce	17	19,5
25 ay ve daha önce	52	59,8
Toplam	**87**	**100**

Araştırmaya katılan hastaların kalp yetersizliği tanısının ne zaman konma durumu Tablo 14'de gösterilmiştir. Tabloda gösterildiği gibi hastaların %59,8'ine 25 aydan daha uzun süre önce kalp yetersizliği tanısı konmuştur.

Tablo 15. Minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi 1 - 6 sorularına verilen cevapların dağılımı

	HİÇ		ÇOK AZ		AZ		BİRAZ		ÇOK		FAZLA		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
1.Ayak bileklerinizde ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma	26	29,9	15	17,2	15	17,2	16	18,4	8	9,3	7	8,0	**87**	**100**
2.Gün içinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme	12	13,8	11	12,6	5	5,7	14	16,2	18	20,7	27	31,0	**87**	**100**
3. Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma	8	9,2	9	10,3	8	9,2	15	17,2	12	13,9	35	40,2	**87**	**100**
4. Evde ya da bahçede iş yapmakta zorlanma	11	12,6	8	9,2	10	11,5	16	18,4	14	16,1	28	32,2	**87**	**100**
5. Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	12	13,8	11	12,6	10	11,5	10	11,5	16	18,4	28	32,2	**87**	**100**
6. Geceleri iyi uyuyamama	13	14,9	8	9,2	7	8.0	21	24,1	16	18,4	22	25,4	**87**	**100**

Tablo 16. Minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi 7 - 16 sorularına verilen cevapların dağılımı

	HİÇ		ÇOK AZ		AZ		BİRAZ		ÇOK		FAZLA		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
7. Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme	24	27,7	10	11,5	13	14,9	15	17,2	15	17,2	10	11,5	**87**	**100**
8. Geçiminizi sağlamak amacıyla yaptığınız işte zorlanma	45	51,7	8	9,2	8	9,2	10	11,5	7	8,0	9	10,4	**87**	**100**
9. Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma	19	21,8	12	13,8	11	12,6	12	13,8	10	11,5	23	26,5	**87**	**100**
10. Sevdiğiniz yemekleri bile artık az yeme	32	36,8	8	9,2	10	11,5	23	26,4	5	5,7	9	10,4	**87**	**100**
11. Nefes darlığına yol açma (nefes kesilmesi)	15	17,2	14	16,1	12	13,8	13	14,9	15	17,2	18	20,8	**87**	**100**
12. Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme	9	10,3	10	11,5	15	17,2	16	18,4	14	16,1	23	26,5	**87**	**100**

13. Hastaneye yatmanıza yol açma	29	33,3	12	13,8	9	10,3	9	10,4	13	14,9	15	17,3	**87**	**100**
14. İlaç ve tıbbi bakım için para harcama	11	12,6	5	5,7	10	11,5	22	25,3	18	20,7	21	24,2	**87**	**100**
15. Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması	38	43,7	20	23	6	6,9	11	12,6	9	10,3	3	3,5	**87**	**100**
16. Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma	41	47,1	13	14,9	4	4,6	15	17,2	6	6,9	8	9,3	**87**	**100**

Tablo 17. Minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi 17 - 21 sorularına verilen cevapların dağılımı

	HİÇ		ÇOK AZ		AZ		BİRAZ		ÇOK		FAZLA		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
17. Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma	32	36,8	14	16,1	9	10,3	16	18,4	4	4,6	12	13,8	**87**	**100**
18.Endişelenmenize yol açma	20	23,0	15	17,2	10	11,5	17	19,5	8	9,2	17	19,6	**87**	**100**
19. Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme	18	20,7	12	13,8	17	19,5	18	20,7	13	14,9	9	10,4	**87**	**100**
20. Depresyon, bunalma hissine yol açma	24	27,6	11	12,6	20	23,0	10	11,5	11	12,6	11	12,7	**87**	**100**

Tablo 15’te araştırmaya katılan kalp yetersizliği hastalarının Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularına verdikleri yanıtlara göre; “ Ayak bileklerinizde ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma ” sorusuna katılımcıların % 29,9’u “ hiç ” cevabını verirken % 8’i “ fazla ” cevabını vermiştir.

“ Gün içinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme ” sorusuna katılımcıların % 31’i “ fazla ” cevabını verirken % 12,6’sı “ çok az ” cevabını vermiştir.

“ Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma ” sorusuna katılımcıların % 40,2’si “fazla” cevabını verirken % 9,2’si “ hiç ” cevabını vermiştir.

“ Evde ya da bahçede iş yapmakta zorlanma ” sorusuna katılımcıların % 32,2’si “ fazla ” cevabını verirken % 9,2’si “ çok az ” cevabını vermiştir.

“ Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme ” sorusuna katılımcıların % 32,2’si “ fazla ” cevabını verirken % 12,6’sı “ az ” cevabını vermiştir.

“ Geceleri iyi uyuyamama ” sorusuna katılımcıların % 25,4’ü “ fazla ” cevabını verirken % 8’i “ az ” cevabını vermiştir.

Tablo 16’da “ Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme ” sorusuna katılımcıların % 27,7’si “ hiç “ cevabı verirken % 11,5’i “ fazla ” cevabını vermiştir.

“ Geçiminizi sağlamak amacıyla yaptığınız işte zorlanma ” sorusuna katılımcıların %51,7’si “ hiç ” cevabını verirken % 8’i “ çok ” cevabını vermiştir.

“ Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma ” sorusuna katılımcıların %26,5’i “ fazla ” cevabı verirken % 12,6’sı “ az ” cevabını vermiştir.

“ Sevdiğiniz yemekleri bile artık az yeme ” sorusuna % 36,8’i “ hiç ” cevabını verirken % 5,7’si “ çok ” cevabını vermiştir.

“ Nefes darlığına yol açma ” sorusuna katılımcıların % 20,8’i “ fazla ” cevabını verirken % 13,8’i “ az ” cevabını vermiştir.

“ Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme ” sorusuna katılımcıların % 26,5’i “ fazla ” cevabını verirken % 10,3’ü “ hiç ” cevabını vermiştir.

“ Hastaneye yatmanıza yol açma ” sorusuna katılımcıların % 33,3’ü “ hiç ” cevabını verirken % 10,3’ü “ az ” cevabını vermiştir.

“ İlaç ve tıbbi bakım için para harcama ” sorusuna katılımcıların % 25,3’ü “ biraz ” cevabını verirken % 11,5’i “ az ” cevabını vermiştir.

“ Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması ” sorusuna katılımcıların % 43,7’si “ hiç ” cevabını verirken % 3,5’i “ fazla ” cevabını vermiştir.

“ Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma ” sorusuna katılımcıların % 47,1’i “ hiç ” cevabını verirken % 4,6’sı “ az ” cevabını vermiştir.

Tablo 17’ de “ Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma ” sorusuna katılımcıların % 36,8’i “ hiç ” cevabını verirken % 4,6’sı “ çok ” cevabını vermiştir.

“ Endişelenmenize yol açma ” sorusun katılımcıların % 23’ü “ hiç ” cevabını verirken %9,2’si “ çok ” cevabını vermiştir.

“ Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme ” sorusuna katılımcıların % 20,7’si “hiç” cevabını verirken % 10,4’ü “ fazla ” cevabını vermiştir.

“ Depresyon, bunalma hissine yol açma ” sorusuna katılımcıların % 27,6’sı “hiç” cevabını verirken % 12,7’si “ fazla ” cevabını vermiştir.

Tablo 18. Zarit bakım yükü ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı (1- 9)

ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ SORULARI	HİÇBİR ZAMAN		NADİREN		BAZEN		OLDUKÇA SIK		HEMEN HERZAMAN		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
1.Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz	6	25	6	25,0	2	8,4	5	20,8	5	20,8	**24**	**100**
2.Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	9	37,5	10	0,0	2	41,7	3	8,3	24	12,5	**24**	**100**
3.Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz	5	20,8	6	25,0	9	37,5	3	12,5	1	4,2	**24**	**100**
4.Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz	11	45,8	8	33,3	2	8,3	2	8,3	1	4,3	**24**	**100**

5.Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	12	50,0	4	16,7	5	20,8	2	8,3	1	4,2	**24**	**100**
6.Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz	12	50,0	5	20,8	4	16,7	2	8,3	1	4,2	**24**	**100**
7.Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz	4	16,7	1	4,2	9	37,5	6	25	4	16,6	**24**	**100**
8.Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz	1	4,2	3	12,5	7	29,2	8	33,3	5	20,8	**24**	**100**
9.Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz	8	33,3	8	33,3	6	25,0	1	4,2	1	4,2	**24**	**100**

Tablo 18’de hastalara bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği sorularına verdikleri yanıtlara göre; “ Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 25’i “ hiçbir zaman ve nadiren ”, %20,8’i “ oldukça sık ve hemen her zaman ” yanıtını verirken % 8,4’ü “ bazen ” cevabını vermiştir. “ Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 41,7’si “ bazen ” %37,5’u “ hiçbir zaman ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 37,5’u “ bazen ” % 4,2’si “ hemen her zaman ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 45,8’i “ hiçbir zaman ” % 4,3’ü “ hemen her zaman ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 50’si “ hiçbir zaman ” % 4,2’si “hemen her zaman’’ cevabını vermiştir.

“ Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 50’si “ hiçbir zaman ” % 4,2 “ hemen her zaman ” cevabını vermiştir.

Tablo 19. Zarit bakım yükü ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı (10-17)

ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ SORULARI	HİÇBİR ZAMAN		NADİREN		BAZEN		OLDUKÇA SIK		HEMEN HERZAMAN		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
1. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz	12	50,0	3	12,5	8	33,3	0	0	1	4,2	**24**	**100**
2. Yakınınız nedeniyle özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz	12	50,0	2	8,3	4	16,7	4	16,7	2	8,3	**24**	**100**
3. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz	7	29,2	5	20,8	4	16,7	6	25,0	2	8,3	**24**	**100**
4. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz	15	62,5	3	12,5	2	8,3	3	12,5	1	4,2	**24**	**100**

5. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz	0	0	3	12,5	3	12,5	7	29,2	11	45,8	**24**	**100**
6. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz	17	70,8	0	0	3	12,5	3	12,5	1	4,2	**24**	**100**
7. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz	19	79,2	1	4,2	3	12,5	1	4,1	0	0	**24**	**100**
8. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz	8	33,3	5	20,8	4	16,7	5	20,8	2	8,4	**24**	**100**

Tablo 20. Zarit Bakım yükü ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı (18-22)

ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ SORULARI	HİÇBİR ZAMAN		NADİREN		BAZEN		OLDUKÇA SIK		HEMEN HERZAMAN		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
1. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz	15	62,5	3	12,5	5	20,8	1	4,2	0	0	**24**	**100**
2. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz	7	29,2	7	29,2	6	25,0	4	16,6	0	0	**24**	**100**
3. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz	7	29,2	5	20,8	4	16,7	6	25,0	2	8,3	**24**	**100**
4. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz	1	4,2	2	8,3	2	8,3	9	37,5	10	41,7	**24**	**100**
5. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz	5	20,8	5	20,8	9	37,5	4	16,7	1	4,2	**24**	**100**

“ Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 37,5’i “ bazen ” % 4,2’si “ nadiren ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların %33,3’ü “ oldukça sık ” % 4,2’si “ hiçbir zaman ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz ” sorusuna katılımcıların %33,3’ü “ hiçbir zaman nadiren ” cevabını verirken % 4,2’si “ oldukça sık , hemen her zaman ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz’’ sorusuna katılımcıların %50’si ‘ ‘hiçbir zaman’’ , %33,3’ü “nadiren, %4,2’si “hemen her zaman’’ cevabını vermiştir.

“ Yakınınız nedeniyle özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 50’si “ hiçbir zaman ”, % 16,7’si “ bazen ”, % 8,3’ü “ nadiren ve hemen her zaman ” cevabını vermişlerdir.

“ Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor muşunuz ” sorusuna katılımcıların % 29,2’si “ hiçbir zaman ” % 8,3’ü “ hemen her zaman ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça / kolay arkadaş arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 62,5’ “ hiçbir zaman ”, % 4,2’si “ hemen her zaman ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz” sorusuna katılımcıların % 45,8’i “ hemen her zaman ” % 12,5’i “ nadiren ve bazen ” cevabını vermiştir.

“ Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 70,8’i “ hiçbir zaman ”, % 4,2’si “ hemen her zaman ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 79,2’si “ hiçbir zaman ”, % 4,1’i “ oldukça sık ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 33,3’ü “ hiçbir zaman ”, % 8,4’ü “ hemen her zaman” cevabını vermiştir.

“ Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz ” sorusuna katılımcıların % 62,5’i “ hiçbir zaman ”, % 4,2’si “ oldukça sık ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 29,2’si “ hiçbir zaman ve nadiren ”, % 16,6’sı “ oldukça sık ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 29,2’si “ hiçbir zaman ”, % 8,3’ü “ hemen her zaman ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz ” sorusuna katılımcıların % 41,7’si “ hemen her zaman ”, % 4,2’si “ hiçbir zaman ” cevabını vermiştir.

“ Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz ” sorusuna katılımcıların % 20,8’i “ hiçbir zaman ve nadiren ”, % 4,2’si “ hemen her zaman ” cevabını vermiştir.

Tablo 21. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile hastalıklarının NYHA sınıflamasındaki evrelerinin karşılaştırılması

CİNSİYET	NYHA II		NYHA III		NYHA IV		**TOPLAM**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Kadın	9	20,5	19	43,2	16	36,3	**44**	**100**
Erkek	22	51,2	13	30,2	8	18,6	**43**	**100**
TOPLAM	31	35,6	32	36,8	24	27,6	**87**	**100**

$X^2 = 9,233a$ $p < 0.05$

Tablo 21'de araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile NYHA sınıflamasındaki evrelerinin karşılaştırılmıştır. Cinsiyet ile hastaların NYHA sınıflamasındaki evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Kadın katılımcıların % 20,5'i NYHA II, % 43,2'si NYHA III, % 36,3'ü NYHA IV kalp yetmezliği sınıflamasında yer alırken, erkeklerin % 51,2'si NYHA II, % 30,2'si NYHA III, % 18,6'sı NYHA IV kalp yetmezliği sınıflamasında yer almaktadır.

Tablo 22. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları ile NYHA sınıflamasındaki evrelerinin karşılaştırılması

EĞİTİM DURUMU	NYHA II		NYHA III		NYHA IV		**TOPLAM**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Lise ve Üzeri	17	56,7	4	13,3	9	30	**30**	**100**
Diğer	14	24,6	28	49,1	15	26,3	**57**	**100**
TOPLAM	31	35,6	32	36,8	24	27,6	**87**	**100**

$X^2 = 12,627$ $p < 0,05$

Tablo 22'de araştırmaya katılan hastaların eğitim durumlarıyla NYHA sınıflamasındaki evrelerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Hastaların eğitim durumu ile NYHA sınıflamasındaki evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0.05$). Lise ve üzeri eğitim durumu olan katılımcılardan % 56,7'si NYHA II, % 13,3'ü NYHA III, % 30'u NYHA IV kalp yetmezliği sınıflamasında yer almaktadır. Diğer eğitim durumuna sahip katılımcıların % 24,6'sı NYHA II, % 49,1'i NYHA III, % 26,3'ü NYHA IV kalp yetmezliği sınıflamasında yer almaktadır.

Tablo 23. Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları ile NYHA sınıflamasındaki evrelerinin karşılaştırılması

YAŞ	NYHA II		NYHA III		NYHA IV		**TOPLAM**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
70'e Kadar	20	55,6	10	27,8	6	16,7	**36**	**100**
71 ve Üzeri	11	21,6	22	43,1	18	35,3	**51**	**100**
TOPLAM	31	35,6	32	36,8	24	27,6	**87**	**100**

$X^2 = 10,849$ $p < 0,05$

Tablo 23'te araştırmaya katılan hastaların yaş grupları ile NYHA sınıflamasındaki evreleri karşılaştırılmıştır. Buna göre Hastaların yaş grupları ile NYHA sınıflamasındaki evreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0.05$). Yaşı 70'e kadar olan katılımcıların % 55,6'sı NYHA II, % 27,8'i NYHA III, % 16,7'sinin ise NYHA IV kalp yetmezliği sınıflamasında yer almaktadır. Yaşı 71 ve üzeri olan katılımcıların % 21,6'sı NYHA II, % 43,1'i NYHA III, % 35,3'ü ise NYHA IV kalp yetmezliği sınıflamasında yer almaktadır.

Tablo 24. Araştırmaya katılan hastaların bazı demografik özellikleri ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Mean	P
Cinsiyet	Kadın	44	54,06	0,000
	Erkek	43	33,71	
Yaş	70'e kadar olanlar	36	34,00	0,002
	71 ve üzeri	51	51,06	
Eğitim Durumu	Lise öncesi	57	48,61	0,019
	Lise ve üzeri	30	35,25	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	24,64	0,007
	Çalışmıyor	76	46,80	
Gelir Düzeyi	2500 TL den az	46	50,96	0,006
	2501 TL ve üzeri	41	36,20	
Kronik Hastalık	VAR	50	49,28	0,023
	YOK	37	36,86	
Acile Başvuru	Var	61	49,96	0,001
	Yok	26	30,02	
Bakım Alma	Alıyor	24	57,54	0,002
	Almıyor	63	38,84	

Tablo 24'te araştırmaya katılan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi toplam puanları hastaların bazı demografik özellikleri karşılkaştırılmıştır. Buna göre Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi toplam puan ortalamaları ile cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, çalışma durumları, gelir düzeyleri, kronik hastalıkları varlığı, acile başvuru yapmaları ve bakım alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 25. Araştırmaya katılan hastaların bazı demografik özellikleri ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi fiziksel puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Mean	p
Cinsiyet	Kadın	44	60,27	0,000
	Erkek	43	38,81	
Yaş	70'e kadar olanlar	36	39,33	0,002
	71 ve Üzeri	51	56,96	
Eğitim Durumu	Lise Öncesi	57	54,80	0,014
	Lise ve Üzeri	30	39,90	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	30,27	0,003
	Çalışmıyor	76	52,47	
Gelir Düzeyi	2500 TL den az	46	57,26	0,005
	2500 TL ve Üzeri	41	41,15	
Kronik Hastalık	Var	50	54,24	0,013
	Yok	37	43,48	
Acile Başvuru	Evet	61	55,88	0,001
	Hayır	26	35,08	
Bakım Alma	Alıyor	24	64,71	0,009
	Almıyor	63	24,04	

Tablo 25'te araştırmaya katılan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi fiziksel puanları ile bazı demografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Buna göre Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Fiziksel Puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık olma durumu, acile başvuru ve bakım alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 26. Araştırmaya katılan hastaların bazı demografik özellikleri ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi emosyonel puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Mean	p
Cinsiyet	Kadın	44	13,11	0,000
	Erkek	43	6,72	
Yaş	70'e Kadar Olanlar	36	7,44	0,010
	71 ve Üzeri	51	11,73	
Çalışma Durumu	Evet	11	5,64	0,039
	Hayır	76	10,58	
Medeni Durum	Evli	53	8,62	0,035
	Evli Olmayan	34	12,03	
Acile Başvuru	Evet	61	11,46	0,002
	Hayır	26	6,42	
Bakım Alma	Alıyor	24	13,29	0,009
	Almıyor	63	8,68	

Tablo 26'da araştırmaya katılan hastaların bazı demografik özellikleri ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Emosyonel puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Emosyonel puan ortalamaları ile cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum, acile başvuru yapma ve bakım alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 27. Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyleri ile bazı minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Mean	p
Evde ya da bahçede iş yapmada zorlanma	2500 TL den az	46	3,57	0,018
	2500 TL ve Üzeri	41	2,63	
Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	2500 TL den az	46	3,63	0,005
	2500 TL ve Üzeri	41	2,39	
Arkadaşlarınızla ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme	2500 TL den az	46	2,63	0,014
	2500 TL ve Üzeri	41	1,71	
Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme	2500 TL den az	46	3,41	0,009
	2500 TL ve Üzeri	41	1,37	
Nefes darlığına yol açma	2500 TL den az	46	3,17	0,002
	2500 TL ve Üzeri	41	1,98	
Kendinizi yorgun, bitkin halsiz hissetme	2500 TL den az	46	3,54	0,001
	2500 TL ve Üzeri	41	2,34	
Hastaneye yatmanıza yol açma	2500 TL den az	46	2,50	0,033
	2500 TL ve Üzeri	41	1,68	
İlaç ve tıbbi bakım için para harcama	2500 TL den az	46	3,50	0,045
	2500 TL ve Üzeri	41	2,61	

Tablo 27'de araştırmaya katılan hastaların aylık gelir düzeyleri ile bazı Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularına verdikleri cevapların puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. ; " Evde ya da bahçe işinde zorlanma " " Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme " " Arkadaşlarınızla ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme " " Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme "

“Nefes darlığına yol açma ” “ Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme ” “ Hastaneye yatmanıza yol açma ” “ İlaç ve tıbbi bakım için para harcama ” sorularına verilen cevapların puan ortalamaları ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. Örneğin “ Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme ” sorusuna verilen cevaplarda düşük gelir düzeyi olan hastaların bu sorunu daha sık yaşadıkları, daha yüksek gelir düzeyine sahip olanların ise sorunu daha az sıklıkta yaşadıkları, bu durumun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği gödürlmektedir (p = 0,001)

Tablo 28. Araştırmaya katılan hastaların acil servise başvurma durumları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Ayak bileklerinizde yada bacaklarınızda şişmeye yol açma	Evet	61	2,08	0,036
	Hayır	26	1,26	
Gün içinde dinlenmek amacıyla oturma yada uzanmanızı gerektirme	Evet	61	3,44	0,012
	Hayır	26	2,30	
Yürümek yada merdiven çıkmakta zorlanma	Evet	61	3,80	0,001
	Hayır	26	2,34	
Evde ya da bahçede iş yapmada zorlanma	Evet	61	3,43	0,013
	Hayır	26	2,42	
Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	Evet	61	3,78	0,013
	Hayır	26	2,26	
Geceleri iyi uyuyamama	Evet	61	3,23	0,035
	Hayır	26	2,38	
Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme	Evet	61	2,20	0,013
	Hayır	26	1,15	
Nefes darlığına yol açma	Evet	61	2,88	0,000
	Hayır	26	1,57	
	Evet	61	3,20	0,001

Kendinizi yorgun, bitkin halsiz	Hayır	26	2,07	
Hastaneye yatmanıza yol açma	Evet	61	2,42	0,005
	Hayır	26	1,19	
Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması	Evet	61	1,52	0,000
	Hayır	26	0,34	

Tablo 29. Araştırmaya katılan hastaların acil servise başvurma durumları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma	Evet	61	1,77	0,031
	Hayır	26	0,85	
Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma	Evet	61	2,06	0,044
	Hayır	26	1,15	
Endişelenmenize yol açma	Evet	61	2,65	0,009
	Hayır	26	1,57	
Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme	Evet	61	2,57	0,007
	Hayır	26	1,54	
Depresyon, bunalma hissine yol açma	Evet	61	2,39	0,005
	Hayır	26	1.31	

Tablo 28 ve 29'da araştırmaya katılan hastaların acile başvurma durumları ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre " Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma " " Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme " " Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma " " Evde ya da bahçede iş yapma da zorlanma " " Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme " " Geceleri iyi uyuyamama " " Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme " " Nefes darlığına yol açma" " Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme " " Hastaneye yatmanıza yol açma "

“Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması ” “ Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma ” “ Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma ” “ Endişelenmenize yol açma ” “ Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme ” “ Depresyon, bunalma hissine yol açma ” sorularına verilen cevapların puan ortalamaları ile hastaların son dönemde acile servise başurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. Örneğin “ Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma ” sorusuna verilen cevaplarda acil servise başvuranların bu sorunu daha sık yaşadıkları, acil servise başvurmayanların ise sorunu daha az sıklıkta yaşadıkları, bu durumun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği gödürlmektedir (p = 0,001)

Tablo 30. Araştırmaya katılan hastaların başka kronik hastalığa sahip olma durumları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Gün içinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı	Evet	50	3,54	0.005
	Hayır	37	2,51	
Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma	Evet	50	3,74	0,016
	Hayır	37	2,86	
Evde ya da bahçede iş yapmada zorlanma	Evet	50	3,44	0,032
	Hayır	37	2,70	
Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	Evet	50	3,46	0,016
	Hayır	37	2,49	
Arkadaşlarınızla ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme	Evet	50	2,64	0,007
	Hayır	37	1,59	
Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma	Evet	50	3,00	0,024
	Hayır	37	2,03	
	Evet	50	3,50	0,005

İlaç ve tıbbi bakım için para	Hayır	37	2,51	
Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme	Evet	50	2,56	0,047
	Hayır	37	1,86	

Tablo 30'da araştırmaya katılan hastaların başka kronik hastalık sahibi olma durumları ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre " Gün içinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme " " Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme " " Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma " " Evde ya da bahçede iş yapma da zorlanma " " Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme " " Arkadaşlarınızla ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme" " Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma" " İlaç ve tıbbi bakım için para harcama" " Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme" sorularına verilen cevapların puan ortalamaları ile hastaların başka kronik hastalık sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır (p = 0,001).

Tablo 31. Araştırmaya katılan hastaların yaş durumları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Ayak bileklerinizde ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma	70'e Kadar Olanlar	36	1,33	0,013
	71 ve üzeri	51	2,20	
Gün içinde dinlenmek amacıyla oturma yada uzanmanızı gerektirme	70'e Kadar Olanlar	36	2,58	0.045
	71 ve üzeri	51	3,47	
Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma	70'e Kadar Olanlar	36	2,72	0,006
	71 ve üzeri	51	3,82	
Evde ya da bahçede iş yapmada zorlanma	70'e Kadar Olanlar	36	2,31	0,000
	71 ve üzeri	51	3,71	

Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	70'e Kadar Olanlar	36	2,33	0,004
	71 ve üzeri	51	3,55	
Arkadaşlarınızla ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı	70'e Kadar Olanlar	36	1,61	0,009
	71 ve üzeri	51	2,61	
Nefes darlığına yol açma	70'e Kadar Olanlar	36	2,06	0,018
	71 ve üzeri	51	3,00	
Kendinizi yorgun, bitkin halsiz hissetme	70'e Kadar Olanlar	36	2,47	0,021
	71 ve üzeri	51	3,33	
İlaç ve tıbbi bakım için para harcama	70'e Kadar Olanlar	36	2,58	0,035
	71 ve üzeri	51	3,43	

Tablo 32. Araştırmaya katılan hastaların yaş durumları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması	70'e Kadar Olanlar	36	0,89	0,11
	71 ve üzeri	51	1,65	
Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma	70'e Kadar Olanlar	36	0,86	0,007
	71 ve üzeri	51	1,94	
Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma	70'e Kadar Olanlar	36	1,03	0,001
	71 ve üzeri	51	2,33	
Endişelenmenize yol açma	70'e Kadar Olanlar	36	1,86	0,044
	71 ve üzeri	51	2,67	

Tablo 31 ve 32'de araştırmaya katılan hastaların yaş grupları ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularına verdikleri cevapların puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. " Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma " " Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme " " Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma " " Evde ya da bahçede iş yapma da zorlanma " " Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme " " Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme " " Nefes darlığına yol açma " " Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme " " İlaç ve tıbbi bakım için para harcama " " Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması " " Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma" " Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma " ve " Endişelenmenize yol açma " sorularına verilen cevapların ouan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 33. Araştırmaya katılan hastaların kalp ameliyatı olma durumları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma	**Evet**	34	2,32	0,025
	Hayır	53	1,53	

Tablo 33'te görüldüğü gibi kalp ameliyatı olan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından " Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma " verdikleri cevaplara göre bu şikayeti yaşayanların oranı ile yaşamayanların oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 34. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı	Kadın	44	3,68	0,006
	Erkek	43	2,51	
Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma	Kadın	44	3,98	0,11
	Erkek	43	2,74	

Evde ya da bahçede iş yapamkata zorlanma	Kadın	44	3,75	0,001
	Erkek	43	2,49	
Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	Kadın	44	3,66	0,003
	Erkek	43	2,42	
Arkadaşlarınızla ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı	Kadın	44	2,86	0,000
	Erkek	43	1,51	
Geceleri iyi uyuyamama	Kadın	44	3,64	0,000
	Erkek	43	2,30	

Tablo 35. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Nefes darlığına yol açma	Kadın	44	3,36	0,000
	Erkek	43	1,84	
Kendinizi yorgun, bitkin halsiz hissetme	Kadın	44	3,68	0,000
	Erkek	43	2,26	
Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması	Kadın	44	1,77	0,017
	Erkek	43	0,88	
Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma	Kadın	44	2,09	0,002
	Erkek	43	0,88	
Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma	Kadın	44	2,52	0,000
	Erkek	43	1,05	
Endişelenmenize yol açma	Kadın	44	3,09	0,000
	Erkek	43	1,56	

Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme	Kadın	44	2,64	0,032
	Erkek	43	1,88	
Depresyon bunama hissine yol açma	Kadın	44	2,77	0,000
	Erkek	43	1,35	

Tablo 34 ve 35'de Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından araştırmaya katılan hastaların " Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme " " Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma " Evde ya da bahçede iş yapma da zorlanma " " Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme " " Geceleri iyi uyuyamama " " Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme " " Nefes darlığına yol açma " " Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme " " Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması " " Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma " " Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma " " Endişelenmenize yol açma " " Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme " " Depresyon, bunalma hissine yol açma " sorularına katılımcıların verdiği cevaplar ile cinsiyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Hastaların " kalp pili olma durumu " " kilo artışı olma durumu " " medeni durum " " evde yalnız veya başkalarıyla yaşama durumu " " hastanın çocuk sahibi olma durumu " ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularına verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

Tablo 36. Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Evde ya da bahçede iş yapmakta zorlanma	Evet	11	1,64	0,005
	Hayır	76	3,34	
Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	Evet	11	1,55	0,011
	Hayır	76	3,26	
	Evet	11	1,55	0,008

Geceleri iyi uyuyamama	Hayır	76	3,18	
Arkadaşlarınızla ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme	Evet	11	0,82	0,004
	Hayır	76	2,39	
Nefes darlığına yol açma	Evet	11	1,18	0,005
	Hayır	76	2,82	
Kendinizi yorgun, bitkin halsiz hissetme	Evet	11	1,64	0,006
	Hayır	76	3,17	
Hastaneye yatmanıza yol açma	Evet	11	0,91	0,029
	Hayır	76	2,29	
Yaşamınız kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma	Evet	11	0,64	0,021
	Hayır	76	1,96	

Tablo 36'da Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından araştırmaya katılan hastaların " Evde ya da bahçede iş yapma da zorlanma " "Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme " Geceleri iyi uyuyamama " " Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme " "Nefes darlığına yol açma " " Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme " " Hastaneye yatmanıza yol açma " " Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma " sorularına katılımcıların verdiği cevaplar ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 37. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol	İlkokul – Ortaokul	57	2,09	0,026
	Lise - Üniversite	30	1,37	
Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma	İlkokul – Ortaokul	57	3,68	0,042
	Lise - Üniversite	30	2,77	

Geceleri iyi uyuyamama	İlkokul – Ortaokul	57	3,32	0,024
	Lise - Üniversite	30	2,33	
Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme	İlkokul – Ortaokul	57	3,21	0,001
	Lise - Üniversite	30	1,00	
Nefes darlığına yol açma	İlkokul – Ortaokul	57	2,93	0,020
	Lise - Üniversite	30	2,00	
Kendinizi yorgun, bitkin halsiz hissetme	İlkokul – Ortaokul	57	3,35	0,003
	Lise - Üniversite	30	2,27	
Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme	İlkokul – Ortaokul	57	2,58	0,012
	Lise - Üniversite	30	1,67	
Depresyon, bunalma hissine yol açma	İlkokul – Ortaokul	57	2,35	0,024
	Lise - Üniversite	30	1,53	

Tablo 37'de görüldüğü gibi hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketinde "Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma " " Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma " " Geceleri iyi uyuyamama " " Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme " " Nefes darlığına yol açma " " Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme " " Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme " ve " Depresyon, bunalma hissine yol açma " sorularına verdikleri cevaplar ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 38. Araştırmaya katılan hastaların bakım alma durumları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme	Alıyor	24	3,88	0,015
	Almıyor	63	2,81	
Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma	Alıyor	24	4,13	0,007
	Almıyor	63	3,08	

Evde ya da bahçede iş yapmakta zorlanma	Alıyor	24	3,92	0,004
	Almıyor	63	2,83	
Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	Alıyor	24	3,96	0,003
	Almıyor	63	2,70	
Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı güçleştirme	Alıyor	24	3,04	0,007
	Almıyor	63	1,87	
Spori hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma	Alıyor	24	3,88	0,000
	Almıyor	63	2,10	
Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme	Alıyor	24	4,75	0,018
	Almıyor	63	1,57	
Hastaneye yatmanıza yol açma	Alıyor	24	3,04	0,006
	Almıyor	63	1,76	
İlaç ve tıbbi bakım için para harcama	Alıyor	24	3,67	0,29
	Almıyor	63	2,86	
Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma	Alıyor	24	2,71	0,014
	Almıyor	63	1,44	
Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme	Alıyor	24	3,00	0,008
	Almıyor	63	1,98	

Tablo 38'de görüldüğü gibi hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketinde "Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme " " Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma " " Evde ya da bahçede iş yapma da zorlanma " "Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme " " Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme " " Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma " " Sevdiğiniz yemekleri bie artık daha az yeme " "Hastaneye yatmanıza yol açma " " İlaç ya da tıbbi bakım için para harcama " ve "Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma " ve " Dikkat toplamada ve

hatırlamada güçleştirme ” sorularına verdikleri cevaplar ile bakım alma alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 39. Araştırmaya katılan hastaların vücut kitle indeksi ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Ayak bilekleriniz ya da ayaklarınızda şişmeye yol açma	BMI < 25,00	23	1,13	0,039
	30,00 > BMI > 25,01	34	2,06	
	BMI > 30,01	30	2,13	
Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	BMI < 25,00	23	2,91	0,041
	30,00 > BMI > 25,01	34	2,50	
	BMI > 30,01	30	3,77	
Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınız yapmada zorlanma	BMI < 25,00	23	2,52	0,006
	30,00 > BMI > 25,01	34	1,91	
	BMI > 30,01	30	3,40	
Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme	BMI < 25,00	23	2,74	0,039
	30,00 > BMI > 25,01	34	2,59	
	BMI > 30,01	30	3,60	

Tablo 39’da hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketinde “ Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma ” “ Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme ” “ Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma ” ” Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme ” soruları ile vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 40. Araştırmaya katılan hastaların aylık gelir düzeyleri ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi sorularından bazılarına verdikleri cevapların puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Mean	p
Evde ya da bahçede iş yapmada zorlanma	0 – 2500 TL	45	3,62	0,033
	2501 – 4000 TL	19	2,63	
	4001 TL ve üzeri	23	2,57	
Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	0 – 2500 TL	45	3,69	0,009
	2501 – 4000 TL	19	2,47	
	4001 TL ve üzeri	23	2,26	
Arkadaşlarınız ve ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte birşeyler yapmanızı	0 – 2500 TL	45	2,69	0,020
	2501 – 4000 TL	19	1,84	
	4001 TL ve üzeri	23	1,52	
Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme	0 – 2500 TL	45	3,42	0,048
	2501 – 4000 TL	19	1,32	
	4001 TL ve üzeri	23	1,48	
Nefes darlığına yol açma	0 – 2500 TL	45	3,18	0,009
	2501 – 4000 TL	19	2,00	
	4001 TL ve üzeri	23	2,00	
Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme	0 – 2500 TL	45	3,58	0,002
	2501 – 4000 TL	19	2,63	
	4001 TL ve üzeri	23	2,09	

Tablo 40'ta görüldüğü gibi Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketinde " Evde ya da bahçede iş yapma da zorlanma " " Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme " "Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme " " Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme " " Nefes darlığına yol açma" " Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme " soruları ile aylık gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 41. Araştırmaya katılan hastaların aylık gelir düzeyleri ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi toplam ve fiziksel puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	**Mean**	**p**
Minesota Toplam puanı	0 – 2500 TL	45	58,02	0,012
	2501 – 4000 TL	19	42,16	
	4001 TL ve üzeri	23	39,51	
Minesota Fiziksel Puanı	0 – 2500 TL	45	27,16	0,008
	2501 – 4000 TL	19	19,94	
	4001 TL ve üzeri	23	19,00	

Tablo 41'de Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi toplam ve fiziksel puanları ile araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyleri karşılaştırılmıştır. Gelir düzeyi ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi toplam ve fiziksel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar vardır.

Araştırmaya katılan hastalara kalp yetersizliği tanısı konma tarihi ile bazı Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 42. Araştırmaya katılan hastaların kalp yetersizliği sınıflandırmaları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi toplam ve fiziksel puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Mean	p
Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma	NYHA II	31	1,23	0,026
	NYHA III	32	2,00	
	NYHA IV	24	2,42	
Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme	NYHA II	31	1,77	0,000
	NYHA III	32	3,75	
	NYHA IV	24	3,96	
Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma	NYHA II	31	1,90	0,000
	NYHA III	32	3,97	
	NYHA IV	24	4,46	
Evde ya da bahçede iş yapmakta zorlanma	NYHA II	31	1,87	0,000
	NYHA III	32	3,47	
	NYHA IV	24	4,29	
Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme	NYHA II	31	1,90	0,000
	NYHA III	32	3,25	
	NYHA IV	24	4,25	
Geceleri iyi uyuyamama	NYHA II	31	2,06	0,002
	NYHA III	32	3,53	
	NYHA IV	24	2,42	
Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte birşeyler yapmanızı güçleştirme	NYHA II	31	1,19	0,000
	NYHA III	32	2,44	
	NYHA IV	24	3,17	

Tablo 43. Araştırmaya katılan kalp yetersizliği sınıflandırmaları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi toplam ve fiziksel puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Mean	p
Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma	NYHA II	31	1,84	0,002
	NYHA III	32	2,53	
	NYHA IV	24	3,63	
Nefes darlığına yol açma	NYHA II	31	1,71	0,001
	NYHA III	32	2,81	
	NYHA IV	24	3,50	
Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme	NYHA II	31	2,23	0,004
	NYHA III	32	3,19	
	NYHA IV	24	3,67	
Hastaneye yatmanıza yol açma	NYHA II	31	1,19	0,002
	NYHA III	32	2,31	
	NYHA IV	24	3,04	
İlaç ve tıbbi bakım için para harcama	NYHA II	31	2,45	0,026
	NYHA III	32	3,28	
	NYHA IV	24	3,63	
Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması	NYHA II	31	0,65	0,024
	NYHA III	32	1,59	
	NYHA IV	24	1,88	
Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma	NYHA II	31	0,71	0,005
	NYHA III	32	1,78	
	NYHA IV	24	2,13	

Tablo 44. Araştırmaya katılan hastaların kalp yetersizliği sınıflandırmaları ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi toplam ve fiziksel puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Mean	p
Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma	NYHA II	31	0,84	0,000
	NYHA III	32	1,91	
	NYHA IV	24	2,88	
Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme	NYHA II	31	1,58	0,006
	NYHA III	32	2,38	
	NYHA IV	24	3,00	

Kalp yetersizliği sınıflandırması ile bazı Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularına verilen cevapların karşılaştırması Tablo 44 – 45'de gösterilmiştir.

Tablo 42-43-44'de görüldüğü gibi Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketinde "Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma " " Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme " " Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma " " Evde ya da bahçede iş yapma da zorlanma " " Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme " " Geceleri iyi uyuyamama " " Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme " " Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma " " Nefes darlığına yol açma " " Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme " " Hastaneye yatmanıza yol açma " " İlaç ya da tıbbi bakım için para harcama " " Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması " " Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma " " Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma " " Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme " sorularına verilen cevaplar ile kalp yetmezliği sınıflandırılması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır.

Tablo 45. Araştırmaya katılan hastaların aylık gelir düzeyleri ile minnesota kalp yetersizliği yaşam anketi toplam, fiziksel ve emosyonel puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Mean	p
Minesota Toplam Puanı	NYHA II	31	32,58	0,000
	NYHA III	32	54,09	
	NYHA IV	24	65,83	
Minesota Fiziksel Puanı	NYHA II	31	14,65	0,000
	NYHA III	32	26,41	
	NYHA IV	24	30,71	
Minesota Emosyonel puanı	NYHA II	31	6,48	0,001
	NYHA III	32	10,69	
	NYHA IV	24	13,46	

Tablo 45'te Kalp Yetersizliği Sınıflandırması ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam, Fiziksel ve Emosyonel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi puan ortalaması ve NYHA Kalp Yetersizliği sınıflaması arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu.

4.2 Tartışma

Kalp yetersizliği kişiyi hastaneye, eve veya yatağa bağlayan bir hastalıktır. Vücut fonksiyonlarında oluşabilecek kısıtlılıklar kişinin ve yakınlarının yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Bu araştırma ile yaşam kalitesi üzerinde oluşan olumsuz etkinin ekonomik ve sosyal boyutlarını inceleyerek kalp yetersizliği hastalarının ve yakınlarının yaşam standartlarını yükseltmek amaçlanmıştır.

Bu araştırmada kalp yetersizliğinin yaş almakla arttığı, kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklıklarının hemen hemen aynı olduğu belirlenmiştir. Yapılan benzer çalışmalardan Değertekin vd. (2012) yaptığı HAPPY çalışmasında ve Benjamin vd. (2017), Gerber vd. (2015), Ponikowski vd. (2014) benzer diğer çalışmalarda kalp yetersizliği yaşla birlikte artmakta ve erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir.

Araştırmaya katılan kalp yetersizliği hastalarının birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımları incelendiğinde % 58,6'sının eşiyle yaşadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan kalp yetersizliği hastalarının çalışma ve eğitim durumları incelendiğinde; hastaların % 87,4'ünün çalışmadığı, % 44,8'inin emekli, % 43,7'sinin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmayan hasta grubunun oranının yüksek olması hastaların büyük çoğunluğunun emekli ve / veya ev hanımı olmasının bir sonucu olduğu düşünülebilir.

Kalp yetersizliğinin ortaya çıkışında birden çok risk faktörü bulunmaktadır. Bu faktörlerin fark edilmesi, kişiyi hastalığa karşı korumaya yönelik müdahalelerin belirlenip, geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Eğitim durumu, yaş, cinsiyet gibi sosyo-demografik faktörlerinin yanı sıra NYHA sınıflaması oldukça önemli bir kriterdir. Bu araştırmada; kalp yetersizliği tanısı almış hastaların % 35,6'sı NYHA II, % 36,8'i NYHA III, % 27,6'sı NYHA IV sınıfında bulunduğu ve büyük çoğunluğun NYHA II ve NYHA III sınıfında yer aldığı, yani orta düzeyde kalp yetersizliğine sahip olduğu söylenebilir. Franzen, Blomqvist ve Saveman'ın (2006) yaptığı çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde, hastaların % 5,9'unun NYHA I, % 34,7'sinin NYHA II, % 47,6'sının NYHA III ve %11,8'inin NYHA IV sınıfında olduğunu belirtmiştir. Özer ve Argon'un (2005) yaptığı başka bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 20,7'si 6 - 12 ay içinde, % 19,5'i 13 - 24 ay içinde, %59,8'i ise 25 ay ve üzeri süredir kalp yetersizliği tanısı ile hayatına devam etmektedir. Özer ve Argon'un (2005) yaptığı çalışmada hastaların % 57,8'i 25 aydan daha uzun, %28,4'ü 6 - 12 ay arasında kalp yetmezliği tanısıyla yaşadıklarını bildirmiş olup bu çalışmanın sonuçlarına paralel bulgu elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %97,7'sinin sosyal güvencesinin olması hastaların ülkemizdeki sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilmekte olduğunun bir göstergesidir. Bu da sağlık hizmeti ve bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanma imkanı sağlamaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara bakım verenlerin sosyo demografik özellikleri incelediğinde bakım verenlerden % 87,5'inin kadın, % 12,5'inin erkek olduğu sonucuna

varılmıştır. Akgün vd. nin (2009) yaptığı benzer çalışmada da bakım verenlerin % 65'inin kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum özellikle ülkemizde kadınların bakım yükünü üstlenmekte ön planda olduklarının da bir göstergesi olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılan, hastalara bakım verenlerin yaşları incelendiğinde; % 70,8'i 45 yaş ve daha genç iken % 29,2'si 46 yaş ve üzerindeydi. Kevser (2015) 'in yaptığı bir çalışmada bakım verenlerin % 46,7'sinin 39 - 59 yaş arasında olmasının yaş ilerledikçe bakım yükününde arttığı belirlenmiştir (p = 0,022). Araştırmanın sonucu literatürdeki bu çalışma ile paralellik gösterirken bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir. Farklılık gösteren Yaşar (2009) ve Remier vd. (1998)'in çalışmalarında 40 yaşa kadar olan bakım verenlerin % 17,9, 50 yaşa kadar olan bakım verenlerin ise % 30,9 olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$). Şahin vd. (2009) ve Tel, Demirkol, Kara, Aydın (2012)'ın çalışmalardına yaş ilerledikçe bakım yükünün azaldığı belirlenmiştir ($p=0,029$). Çalışmada 45 yaş ve altındaki bakım vericilerin bakım yükünün daha yüksek, yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu, özellikle yaşam kalitesinin ruhsal alan boyutunun anlamlı şekilde düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada bakım verenlerin yaşı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan, hastalara bakım verenlerin eğitim ve mesleki durumları incelendiğinde; % 43,7'sinin ilkokul mezunu, % 29,2'sinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Taşdelen ve Ateş'in (2012) yaptığı bir çalışmada; evde bakım gereksinimi olan ve hastalara bakım verenlerin yükleri incelendiğinde, bakım verenlerin % 47,5'inin ilkokul mezunu ve % 63,3'ünün ev hanımı olduğu sonucuna varılmıştır.

Kalp yetersizliği gibi kronik hastalıklar, hastaların öz bakım becerileri dâhilinde günlük yaşantılarını bağımsız bir şekilde devam ettirememelerine neden olabileceğinden kapsamlı ve sürekli bir bakım gerektirmektedir. Herhangi bir işte çalışmayan ve evin diğer sorumluluklarını da üzerine alan aile fertlerinin bu bakımı vermesinin daha beklendik olduğu düşünülebilir.

Yapılan bu araştırma kapsamında, katılımcıların medeni durumları ve aile yapıları incelendiğinde; % 70,8'inin evli, % 20,8'inin bekâr olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, Taşdelen ve Ateş'in (2012) yaptığı çalışmada bakım verenlerin % 79.1'inin, Selçuk ve Avcı'nın (2016) yaptığı çalışmada da % 58.5'inin evli olduğu bulunmuştur. Bu

araştırmada, bakım verenlerin yarıdan fazlasının evli olması, bakım yükü ağır olan kalp yetersizliği hastalığı olan bireye bakım vermek için, aile fertlerinden bazılarının kendi sosyal hayatlarının kısıtlama durumunu da göz önünde bulundurarak hastalarına bakım verme yükünü üstelenebildiklerini düşündürmektedir.

Bu araştırma kapsamında, bakım vericilerin % 25'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve % 95,8'inin bir sağlık güvencesine sahip olduğu saptanmıştır. Karabuğa (2009) tarafından yapılan çalışmada bakım vericilerin % 63.3'ünün çalışmadığı ve % 91.7'sinin sosyal güvence sahibi olduğu bildirilmiştir.

Yaşam kalitesinin arttırılması, Kalp Yetersizliğinin asıl tedavi hedeflerinden birisi olarak kabul edilmektedir (So vd., 2012).

Araştırmaya katılan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam Puanları ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Araştırmaya katılan hastalar yaş aldıkça yaşam kalitelerinin ters orantılı olarak düştüğü sonucuna varıldı. Küçükberber, Özdilli ve Yorulmaz'ın (2011) yaptığı çalışmada da hastaların yaş ortalamaları yükseldikçe yaşam kaliyelerinin ters orantılı olarak düştüğü sonucu bulunmuştur ve bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Hastalar yaş aldıkça fiziki fonksiyonlarını yerine getirebilme performanslarının aşağı yönlü bir ivme kazanacağı ve sonucu yaşamdan alacakları doyum miktarının azalacağı düşünülmektedir. Fiziksel fonksiyon olarak yaşam kalitesinin kadınlarda erkeklere oranla daha düşük olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan kadın hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Emosyonel Alt Boyutu ve Toplam Puanları daha yüksek bulunmuş olup yaşam kalitelerinin erkeklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p = 0,000$). Kınıcı'nın (2018) yaptığı araştırmada bu araştırmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hastaların cinsiyeti ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0,001$). Buna göre kadın hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu sonucuna varıldı (Stojanovic, Stefanovic, 2007). Kadınların iş yaşamlarında ve sosyal yaşamlarında kalp yetmezliği belirtileri ve bulgularını daha yoğun yaşayabildikleri ve sosyal ortamlara katılım sağlamalarının

erkeklere oranla daha sınırlı çerçevede olmasından kaynaklı yaşam kalitelerinin aşağı yönlü bir ivme kazanacağını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Fiziksel Alt Boyut puanları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, Emosyonel Alt Boyut puanları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Küçükberber vd. (2011)'in yaptığı çalışma, bu araştırma ile benzer sonuçlar vermekte ve evlilerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Evli olmayan hastalar diğerlerine göre semptomları daha sık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bunun nedeni olarak yalnız yaşamalarının içinde bulundukları hastalık nedeniyle onlar için bir dezavantaj olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların bazı Minnesota soruları ve eğitim durumları incelendiğinde; eğitim seviyeleri yükseldikçe yaşam kalitelerinin yükseldiği sonucuna varıldı ($p < 0,05$). Küçükberber vd. (2011) ile Kaya (2016)'nin yaptığı diğer çalışmalarda lisans, lisansüstü ve lise mezunlarının ilköğretim mezunlarından daha yüksek puan aldığı ve bu araştırma ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Özer ve Argon'un (2015) yaptığı araştırmada fakülte / yüksekokul mezunu olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması % 55,38 ile okuryazar olmayan hasta grubundan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hastanın eğitim seviyesi yükseldikçe daha donanımlı bir bilgiye sahip olması, buna bağlı olarak gelir düzeyinin artması, sağlıkla ilgili inceleme araştırma yaparak dıştan gelebilecek etkenlerden daha az boyutta etkilenmesi ve yaşam kalitesinin de daha yüksek olması başlıca etkenler olabilir. Çalışma hayatına devam eden kişilerin sürekli olarak fonksiyonel kapasitelerini daha etkin ve verimli kullanmalarına ve çalışma durumlarının onlara manevi destek vermesinden kaynaklı yaşam kalitelerinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastalardan düşük gelirli olanların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam puanı ve Fiziksel Alt Boyut puanı daha yüksek ve yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur. Geliri düşük olanların Emosyonel Alt Boyut puanları yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Küçükberber (2011)'in yaptığı bir çalışma ile Özen (2011)'ie yaptığı başka bir çalışmada da sosyo ekonomik durumu iyi olanların mental ana boyuttan kötü ve orta olanlara göre daha yüksek puan aldıkları bulunarak bu araştırma ile paralellik göstermektedir. Kalp yetersizliği tanısı almış

hastaların fonksiyonel olarak yetersiz olmalarının yanı sıra, yeterli olmayan gelir düzeylerinin hastalığın seyrine olumsuz etki ederek yaşam kalitelerini düşürebileceği değerlendirmesi yapılabilir.

Çalışmaya katılan hastaların NYHA sınıflama derecesi yükseldikçe yaşam kalitelerinin de düştüğü saptandı. Kınıcı'nın (2018) araştırmasında NYHA sınflaması bulguları ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi. NYHA III hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi puan ortalamasının, NYHA I ve NYHA II hastaların puan ortalamalarından anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu sonucuna varılarak NYHA sınıflaması derecesi yükseldikçe hastaların yaşam kalitelerinin de düşmesi sonucuyla araştırmamızda vardığımız sonuç birbiriyle paralellik göstermektedir. Kaya'nın (2016) yaptığı çalışmada NYHA sınıflama derecesi yükseldikçe yaşam kalitesinin de düştüğü görülmektedir. Hastaların NYHA sınıflamasına göre Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak ileri derecede önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Sınıf II'lerin Sınıf III'lere göre puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Düşük puan yüksek yaşam kalitesini göstermektedir (Rebollo vd. 2001). Yapılan bu araştırmadaki sonuç literatürdeki benzer çalışmalarla paralellik göstermekle birlikte Argon'un yaptığı araştırmayla farklılık göstermiştir. (Özer vd. 2005) yaptıkları araştırmada NYHA sınıflama derecesi yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiğini bulmuştur. Hastaların kalp yetmezliği sınıfı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; kalp yetmezliği sınıfı ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın NYHA IV hastaları ile NYHA I ve II hastaları, NYHA III hastaları ile NYHA I ve II hastaları arasında olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) . Argon ve arkadaşları bu durumu hastaların hastalığa iyi uyum sağlamaları ve hastalığı kabullendiklerinin bir göstergesi olduğunu ifade etmişlerdir. Bu araştırma sonucuna göre; NYHA sınıflama derecesi yükseldikçe hastaların yaşadığı semptomların ağırlaşması, fonksiyonel kapasitelerinin düşmesi, bununla birlikte yeterli olmayan öz bakım becerileri ve kişiler arası iletişimin bozulmasından kaynaklı yaşam kalitelerinin düştüğü düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların beden kitle endeksleri ile bazı Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularına verilen cevapların karşılaştırılması yapıldığında; "Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma " sorusuna vücut kitle indeksi 25'den az olan hastaların şikayetlerinin sıklıklarının daha az olduğu ve vücut kitle indeksi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). "Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme " " Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma " ve " Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme " sorularına verilen cevaplarda ise vücut kitle indeksi 30'dan fazla olan hastaların şikayetlerinin daha sık görüldüğü ve vücut kitle indeksi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ($p<0,05$). Bu iki durum bize hastaların fazla kiloya sahip olma durumlarında yaşam kalitelerinde ciddi bir düşmenin olabileceğini düşündürmektedir. Yüksel'in yaptığı çalışmada obez ve kilolu bireylerde kronik hastalık görülme oranı % 47,8 olarak bulunmuştur. Hastaların almış oldukları fazla kiloların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür ve bu araştırmayla paralellik göstermektedir (Yüksel, 2012). Araştırma sonucuna göre hastaların fazla kilo alımı fonksiyonel kapasitelerinin azalmasına yol açması, hastalık semptomlarının daha ağır geçmesine ve bu durum karşısında yaşam kalitelerinin düşeceği düşünülmüştür.

Araştırma sonucunda Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi toplam puanları incelendiğinde; hastaların kalp yetersizliğine ek bir kronik hastalığının olması durumunda yaşam kalitesinin düştüğü saptandı. Küçükberber vd. (2011)'nin yaptığı benzer çalışmada mevcut hastalık dışında ek ikincil kronik bir hastalığın varlığı durumunda hastanın yaşam kalitesinin daha fazla düştüğü gözlemlenmiştir. Ek hastalığı olmayanların manevi gelişim alt boyutundan ek hastalığı diyabetes mellitus (DM) ve hipertansiyon (HT + DM) olanlara göre daha yüksek puan aldığı bulundu ($p< 0,05$). Ek hastalığı olmayanların sağlık sorumluluğu alt boyutundan ek hastalığı DM olanlara göre ($p<0,05$) fiziksel aktivite alt boyutundan ek hastalığı DM, HT ($p<0,001$) ve HT+DM olanlara göre ($p<0,01$) daha yüksek puan aldığı bulundu. Hastada bulunun primer hastalığa ilave sekonder bir kronik hastalığın var olması durumunda hastaların yaşadığı semptomlarda artışa ve dolayısıyla hastaların yaşam kalitesinde düşüşe yol açacağı sonucu çıkarılabilir.

Araştırma sonucu kalp yetersizliği nedeni ile acile başvuranların, başvurmayanlara göre, acile başvuru sayısı fazla olanların, az olanlara göre Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam

Anketi Toplam puanları ve Emosyonel, Fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,001). Literatürde yapılmış benzer bir çalışmada araştırmaya katılan hastaların % 65'i acile başvuru yaparken % 35'i acile başvuru yapmamış sonucuna varılarak hastalık nedeni ile acile başvuranların başvurmayanlara göre, acile başvuru sayısı fazla olanların az olanlara göre toplam, emosyonel ve fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel arasında anlamlı fark saptanmış olup (p<0,05) bu araştırmayla benzerlik göstermektedir (Özer, Argon, 2005). Kalp yetersizliği nedeni ile acile başvuranların ve acile başvuru sayısı fazla olanların yaşam kalitesinin kötüleştiği sonucu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından " Geceleri iyi uyuyamama " sorusuna katılımcıların verdiği cevaplar ile cinsiyet durumları arasında istatistiksel olarak erkeklere göre kadınların uyku kalitesinde ileri derecede anlamlı farklılıklar vardır (p=0.000). Literatürde yapılmış benzer bir çalışmada hastaların cinsiyete göre uyku kalitesi incelendiğinde, erkeklerin uyku kalitesi puan ortalamaları kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuş olmasıyla bu çalışma ile farklılık göstermiştir (p<0.05) (Gökçe vd., 2015).

Araştırmaya katılan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından " Dikkat Toplamada ve Hatırlamada Güçleştirme " sorusuna katılımcıların verdiği cevaplar ile cinsiyet durumları arasında erkeklere göre kadınların dikkat toplama ve hatırlamada güçlük çekme durumu arasında anlamlı fark vardır. Literatürde yapılmış benzer bir çalışmada kalp yetmezliği tanısı almış hastaların denge parametrelerinin karşılaştırılması sonucu hastaların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamasıyla bu çalışma farklılık göstermiştir (Özcan, 2020).

Hastaların " kalp pili olma durumu " " kilo artışı olma durumu " " medeni durum" "evde yalnız veya başkalarıyla yaşama durumu " " hastanın çocuk sahibi olma durumu " ile Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularına verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından " Nefes Darlığına Yol Açma " , " Arkadaşlarınızla ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme " sorularına katılımcıların çalışma

durumuna göre verdiği cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. Literatürde yapılmış benzer bir çalışmada kronik hastalığı bulunan bireyin aile ve arkadaşlarla sosyalleşme aktiviteleri alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmaması, nefes darlığına yol açması alt boyutlarında da anlamlı farklılıklar bulunmaması ile bu araştırma farklılık göstermektedir (Ceyhan, Ünsal, 2018).

Araştırmaya katılan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından "Depresyon ve Bunalma Hissine Yol Açma " sorusuna verdikleri cevapla eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Literatürde yapılmış benzer bir çalışmada da kronik kalp hastalığı bulunan hastaların eğitim durumu ile depresyon arasında negatif korelasyon bulunmasıyla yapılan bu araştırmayla paralellik göstermektedir (Aydemir vd., 2015).

Katılımcıların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi " Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme ", " Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma ", " Evde ya da bahçede iş yapma da zorlanma ", " Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme ", " Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme ", " Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma ", " Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme "(p=0,01) "Hastaneye yatmanıza yol açma ", " İlaç ya da tıbbi bakım için para harcama ", " Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma " ve " Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme " sorularına verdikleri cevaplar ile bakım alma alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. Bu durum bize kronik hastalığa sahip hastanın bakım alma sürecinde bakım aldığı kişiye bağımlı olarak hayatını idame ettirebilmesinin doğal bir sonuç olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi " Ayak bilekleriniz ya da ayaklarınızda şişmeye yol açma ", " Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme ", " Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınız yapmada zorlanma ", " Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme " soruları ile vücut kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. Bu durum bize obez olmayan hastanın hayat kalitesinin daha yüksek olabileceğini, kendi işleriyle alakalı yardıma ihtiyaç duymayacağını, hobilerini yapmakta çok fazla zorluk çekmeyeceğini, kendini obez hastalara göre daha az yorgun, bitkin hissedebileceğini düşündürebilir.

Katılımcıların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularından “ Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme ” ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardır. Literatürde yapılmış olan bir çalışmada da hastaların gelir düzeyi ile kişilerarası duyarlılık, kendini yorgun, bitkin hissetme durumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Hintistan, Pekmezci, Nural, Güner, 2015).

Katılımcıların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam Puan ve Fiziksel Puan ortalamaları ile aylık gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. Literatürde yapılmış olan bir çalışma da bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (Özdemir, 2009).

Araştırmaya katılan hastalara kalp yetersizliği tanısı konma tarihi ile bazı Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularına verilen cevapların puan ortalamalarının kalp yetersizliği sınıflandırmaları ile karşılaştırılması yapıldığında “ Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma ”, “ Gün içerisinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme ”, “Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma ” , “ Evde ya da bahçede iş yapma da zorlanma ”, “ Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme ”, “Geceleri iyi uyuyamama ” , “ Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler yapmanızı güçleştirme ”, “ Spor, hobi ya da diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma ”, “ Nefes darlığına yol açma ”, “Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme ”, “ Hastaneye yatmanıza yol açma”, “ İlaç ya da tıbbi bakım için para harcama ”, “ Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması ”, “ Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma ”, “ Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma ”, “ Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme ” sorularına verilen cevaplar ile kalp yetmezliği sınıflandırması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. Literatürde yapılmış olan bir araştırmada Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Ölçeği “ Fiziksel Fonksiyon ” “ Toplam ” alt boyut puanlarının yorgunluk, bitkinlik, halsiz hissetme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır (Aktan, Ünsar, 202) Bu durum bize kalp yetersizliği sınıflaması

yükseldikçe hastaların yorgunluk düzeyinin de doğru orantılı olarak artabileceğinin bir göstergesi olduğunu düşündürmektedir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1 Özet

Amaç: Araştırma Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran kalp yetersizliği tanılı hasta ve yakınlarında oluşan ekonomik ve sosyal maliyetlerin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma Eylül 2019 – Mayıs 2020 tarihleri arasında yapılmış olup evren 6 aydan fazla süre önce kalp yetmezliği tanısı almış ve takip edilen 102 hasta ve yakınından oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise çalışmayı kabul eden 87 hasta ve yakınından oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri ‘’Sosyodemografik Soru Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Soruları, Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi sorularını içeren anketler ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların % 50,6’sının kadın ve % 49,4’ünün 70 yaşından büyük, % 60,9’unun evli olduğu, % 87,4’ünün çalışmadığı, % 90,8’inin çocuk sahibi olduğu, % 34,5’inin lise ve üzeri okullardan mezun olduğu, % 44,8’inin emekli olduğu, % 97,7’inin sosyal güvencesinin olduğu, % 57,5’inin kronik hastalığının olduğu, % 39,1’inin kalp ameliyatı olduğu, % 6,9’unun sigara kullandığı, % 27,6’sının kalp pili olduğu, % 58,6’sının eşiyle yaşadığı saptandı. Araştırmaya katılan hastalara bakım verenlerinin ise; % 87,5’inin kadın, % 70,8’inin 45 yaş ve altı, % 70,8’inin evli, % 75’inin çocuğunun olmadığı, % 25’inin çalışmadığı ve % 29,2’sinin ev hanımı olduğu, % 4,2’inin sosyal güvencesinin olmadığı, % 79,2’sinin aylık 2501 TL (395 USD) ve üzeri gelir düzeyine sahip olduğu saptandı. Araştırmaya katılan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam ve Fiziksel puanları ile katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumları, gelir düzeyleri, başka kronik hastalık varlığı, acile başvuru yapma ve bakım alma durumları ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görüldü. Bunun yanı sıra Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi emosyonel puanları ile cinsiyet, yaş çalışma durumları, medeni durumları, acile başvuru yapma durumları ve bakım alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görüldü.

Sonuç: Hastaların kalp yetersizliği sınflarına göre hastalığın kadınlarda daha ağır seyrederken, erkek ve kadınlarda NYHA sınıfı yükseldikçe yaşam kaliteleri de düşmektedir. Bakım verenlerle ilgili istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir. İleri yaşlarda olan, başka kronik hastalığı olan, eğitim düzeyi ve / veya gelir düzeyi düşük, hastalığı ağır seyreden hastaların bakım ihtiyaçlarına yönelik iyileştirici önlemler alınması önerilebilir.

5.2 Yargı

Kronik kalp yetmezliği hastalarının bakım alma durumu, hasta ve yakınları üzerine hastalığın oluşturduğu sosyal ve ekonomik maliyet değişkenleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği, hasta ve bakım verenlerin yaşam standartlarını yükseltmek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların kalp yetmezliği hastalık sınıflandırmasına göre durumları incelendiği zaman hemen hemen benzer oranlarda NYHA II – III ve IV sınıflarında oldukları görülmektedir. Erkeklerde daha yüksek oranlarda NYHA II sınıfı hastalık varken kadınlarda NYHA III ve IV sınıfları daha fazladır. Kadınlarda daha ağır seyreden kalp yetmezliği hastalığı kadınlar için gereken bakım ihtiyacının önemini arttırmaktadır. Kadınların eşleri veya yakınları olan erkek hastalara bakım vermesi, erkeklerin kadın hasta yakınlarına bakım vermelerine göre daha kolaydır. Bu yüzden özellikle kadın hastalar için evde bakım hizmetlerinin önemi artmaktadır.

Bu araştırmada hastaların eğitim düzeyleri yükseldikçe hastalık daha çok NYHA II sınıfında görülmektedir. Eğitim düzeyinin hastaların ve yakınlarının bakımları üzerine olumlu etkisi olduğu düşünülebilir.

70 yaşına kadar olan hastalarda da NYHA II sınıfı daha fazla görülmekte iken yaş arttıkça NYHA II ve IV yoğunluğu artmaktadır. Bu süreçte hastanın fiziksel ve mental fonksiyonlarındaki zayıflamalar hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilir.

Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam Puanları kadınlarda, ileri yaşlarda olanlarda, düşük gelir düzeyi olanlarda, başka bir kronik hastalığı olanlarda, acile sık başvuranlarda daha yüksektir. Benzer oranlar Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Fiziksel Puan ortalamarı için de geçerlidir. Fakat Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam

Anketi Emosyonel Puan ortalamaları açısından bakıldığında evli olmayanların ve bakım alanların daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmektedir. Evli olmayanların birlikte yaşama olan ihtiyaçları bakıcı ihtiyacını da ortaya koymaktadır.

Hastaların gelir düzeyleri, Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam Puan ortalamaları ile Fiziksel puan ortalamalarını etkilemektedir. 2.500,- TL ve daha az geliri olanların bahsedilen ortalama puanları daha yüksek gelir düzeyi olan gruplara göre belirgin düzeyde yüksektir. Bakım ihtiyaçlarının karşılanamaması nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya dâhil olan hastaların Minnesota Kalp Yetersizliği Yaşam Anketi Toplam, Fiziksel ve Emosyonel Puan ortalamaları, NYHA sınıf düzeyleri yükseldikçe artmaktadır. Hastalığın şiddeti, hastaların yaşam kalitelerini doğrudan etkilemektedir.

5.3 Öneriler

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar doğrultusunda; kalp yetmezliği tanısı almış hastaların ve yakınlarının ekonomik ve soyal maliyetlerinin iyileştirilmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amacıyla önerilen yaklaşımlar şunlardır:

• Kadın hastalara yönelik bakım ihtiyacı belirgin düzeyde yüksektir. Evde bakım hizmetleri konusunda bu durum gözetilmeli ve hastaların bu hizmete erişimi kolaylaştırılabilir.

• Eğitim düzeyi yüksek hastalarla daha koopere ilişkiler kurulabilir. Düşük eğitim düzeyine sahip hasta ve yakınları için farklı müdahaleler planlanabilir. Eğitimler, daha sık periyodik izlemlerle sık tavsiyeler gerekebilir. Periyodik muayene ve kontrollerde bu durum gözetilebilir.

• Yaş ilerledikçe artan yaşam kalitesi düşmesinin en önemli etkenlerinden olan fiziksel ve mental duraklama veya gerilemenin önlenmesi için çalışmalar yapılabilir. Hastaların hem kendi aralarında hem de toplumla daha entegre yaşamaları, fizik ve mental kapasitelerine uygun uğraşlar ile ilgilenebilecekleri ortamlar oluşturulabilir.

• Özellikle yalnız yaşayan ya da belirli zamanlarda ilgi gösterilebilen hastalar emosyonel olarak daha düşük yaşam kalitelerine sahiptir. Evde bakım hizmetlerinin

yaygınlaştırılması, sosyal güvenlik kapsamında ulaşılabilir veya ucuz olması bu kişilerin daha sıcak ve sürekli hizmet almalarını sağlayabilir. Yine gelir düzeyi düşük hastaların sosyal güvenlik sisteminden daha geniş imkânlarla yararlanarak yaşam kalitelerini artırılabilir.

• Hastalığın seyri kötüleştikçe Toplam, Fiziksel ve Emosyonel puan ortalamalarının artması ile yaşam kalitelerinin de kötüleştiği görülmektedir. Tıbbi müdahalelerin, koruyucu sağlık hizmetlerinin, periyodik kontrol sıklıklarının, sosyalleşmenin, bakıcı ihtiyacının karşılanmasının önemi unutulmadan ve buna yönelik protokollerin yaygın olarak kullanılması sağlanabilir.

KAYNAKLAR

Akgün, Z. A., Polat, H., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakim Verenlerin Bakim Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 12(2), 1-9.

Aktan, I. (2021). *Kalp yetersizliği olan hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. (Yayın no. 660664) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Alpteker, H. (2008). *65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi.* (Yayın no. 203331) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Arrigo, M., Huber, L. C., Winnik, S., Mikulicic, F., Guidetti, F., Frank, M., & Ruschitzka, F. (2019). Right ventricular failure: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Cardiac Failure Review,* 5(3), 140.

Arslantas, H., Adana, F. (2011). Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. *Current Approaches in Psychiatry,* s.251-277.

Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3, 513-52.

Aydemir, Y., Doğu, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu, E. Ö., & Gündüz, H. (2015). Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 5(4), 199-203.

Bader, F., Manla, Y., Atallah, B., & Starling, R. C. (2021). Heart failure and COVID-19. *Heart Failure Reviews*, 26(1), 1-10.

Bakas, T., Pressler, S. J., Johnson, E. A., Nauser, J. A., & Shaneyfelt, T. (2006). Family caregiving in heart failure. *Nursing Research,* 55(3), 180-188.

Barasa, A., Schaufelberger, M., Lappas, G., Swedberg, K., Dellborg, M., & Rosengren, A. (2014). Heart failure in young adults: 20-year trends in hospitalization, aetiology, and case fatality in Sweden. *European Heart Journal*, 35(1), 25-32.

Bayramova, N. (2008). *Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (ALS) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi*, (Yayın no. 229918) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., & Muntner, P. (2017). Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation,* 135(10), e146-e603.

Boulay, F., Berthier, F., Sisteron, O., Gendreike, Y., & Gibelin, P. (1999). Seasonal variation in chronic heart failure hospitalizations and mortality in France. *Circulation,* 100(3), 280-286.

Böhm, M., Borer, J., Ford, I., Gonzalez-Juanatey, J. R., Komajda, M., Lopez-Sendon, J., & Tavazzi, L. (2013). Heart rate at baseline influences the effect of ivabradine on cardiovascular outcomes in chronic heart failure: analysis from the SHIFT study. *Clinical Research in Cardiology*, 102(1), 11-22.

Braunwald, E. (1992). *Pathophysiology of heart failure*. In. Heart Disease, 4th ed. Saunders, Philedelphia.

Brouwers, F.P., de Boer, R.A., van der Harst P., Voors, A.A., Gansevoort, R.T., Bakker, S.J., Hillege, H.L., van Veldhuisen, D.J., van Gilst WH. (2013). Incidence and epidemiology of new onset heart failure with preserved vs. reduced ejection fraction in a community-based cohort: 11-year follow-up of PREVEND. *Eur Heart J.* 34(19):1424-31.

Bui, A. L., Horwich, T. B., & Fonarow, G. C. (2011). Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, *8*(1), 30-41.

Ceyhan, Y. Ş., & Ünsal, A. (2018). Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üüniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 263-273.

Cleland, J. G., Bunting, K. V., Flather, M. D., Altman, D. G., Holmes, J., Coats, A. J., ... & Beta-blockers in Heart Failure Collaborative Group. (2018). Beta-blockers for heart failure with reduced, mid-range, and preserved ejection fraction: an individual patient-level analysis of double-blind randomized trials. *European Heart Journal*, 39(1), 26-35.

Conrad, N., Judge, A., Tran, J., Mohseni, H., Hedgecott, D., Crespillo, A. P., ... & Rahimi, K. (2018). Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals. *The Lancet*, 391(10120), 572-580.

Cowie, M. R., Struthers, A. D., Wood, D. A., Coats, A. J., Thompson, S. G., Poole-Wilson, P. A., & Sutton, G. C. (1997). Value of natriuretic peptides in assessment of patients with possible new heart failure in primary care. *The Lancet*, 350(9088), 1349-1353.

Çetinkaya Duman, Z., & Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 78-94.

Değertekin, M., Erol, Ç., Ergene, O., Tokgözoğlu, L., Aksoy, M., Erol, M. K., ... & Kozan, Ö. (2012). Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 40(4), 298-308.

Desai, A. S., & Stevenson, L. W. (2012). Rehospitalization for heart failure: predict or prevent?. *Circulation*, 126(4), 501-506.

Erdem, M. (2005). Yasliya bakim verme. *Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 101-106.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Web Sitesi: http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-570/evde-bakim-hizmetleri-sunumuhakkinda-yonetmelik.html Erişim tarihi: 24.09.2022.

Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi Sempozyumu" Raporu.18- 19 Eylül 2013. Web sitesi: http://evdebakim.org.tr/gorseller/files/Evde%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20ve%20Sosyal%20Hizmetlerin%20B%C3%BCt%C3%BCnle%C5%9Fmesi%20Sempozyu mu%20SON.pdf Erişim tarihi: 24.09.2022

Felker, G. M., Thompson, R. E., Hare, J. M., Hruban, R. H., Clemetson, D. E., Howard, D. L., ... & Kasper, E. K. (2000). Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. *New England Journal of Medicine*, 342(15), 1077-1084.

Francis, G. S., Goldsmıth, S. R., Levıne, T. B., Olıvarı, M. T., & Cohn, J. N. (1984). The neurohumoral axis in congestive heart failure. *Annals of İnternal Medicine*, 101(3), 370-377.

Franzén, K., Blomqvist, K., & Saveman, B. I. (2006). Impact of chronic heart failure on elderly persons' daily life: a validation study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(2), 137-145.

Gerber, Y., Weston, S. A., Redfield, M. M., Chamberlain, A. M., Manemann, S. M., Jiang, R., ... & Roger, V. L. (2015). A contemporary appraisal of the heart failure epidemic in Olmsted County, Minnesota, 2000 to 2010. *JAMA internal medicine*, 175(6), 996-1004.

Global, R. (2018). National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1789-858.

Gökçe, Serap., & Mert, Hatice (2015). Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 113-120.

Griffin, B. P., Topol, E. J., Nair, D., & Ashley, K. (Eds.). (2008). *Manual of cardiovascular medicine*. Lippincott Williams & Wilkins.

He, J., Ogden, L. G., Bazzano, L. A., Vupputuri, S., Loria, C., & Whelton, P. K. (2001). Risk factors for congestive heart failure in US men and women: NHANES I epidemiologic follow-up study. *Archives of İnternal Medicine,* 161(7), 996-1002.

Hintistan, S., Pekmezci, H., Nural, N., & Güner, S. G. (2015). Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 1-9.

Ho, K. K., Anderson, K. M., Kannel, W. B., Grossman, W., & Levy, D. (1993). Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects. *Circulation,* 88(1), 107-115.

Ho, K. K., Pinsky, J. L., Kannel, W. B., & Levy, D. (1993). The epidemiology of heart failure: the Framingham Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 22(4), A6-A13.

Hunt, S. A. (2005). ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal of the American College of Cardiology*, 46(6), e1-e82.

İnci, F.H., (2006). *Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği*, (Yayın no. 194740) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

İnci, F.H., Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4, 85-95.

Jaarsma, T., Larsen, T., & Strömberg, A. (2013). Practical guide on home health in heart failure patients. *International Journal of Integrated Care*, 13.

Jonkman, N. H., Westland, H., Groenwold, R. H., Ågren, S., Atienza, F., Blue, L., ... & Hoes, A. W. (2016). Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Circulation*, 133(12), 1189-1198.

Karabağ, H. (2007). *Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi*, (Yayın no. 190820) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Karabuğa, H. (2009). *Kanserli hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. (Yayın no. 236834) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Karahan, A. ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4), 155-159.

Karahan, A. Y. ve İslam, S. (2013). Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 3(5).

Kardaş Özdemir, F., Akgün Şahin, Z. ve Küçük Alemdar, D.. (2009). Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26(3), 153-158.

Kaya G. (2016). *Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç Ve Diyete Uyumlarının Hastaneye Yeniden Yatışa Ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. (Yayın no. 437512) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.

Kepez, A., & Mutlu, B. (2013). Kalp yetersizligi tedavisinde yeni açilimlar: Simdi ve gelecek/Recent and future innovations in the treatment of heart failure. *The Anatolian Journal of Cardiology*, *13*(3), 266.

Kevser I. (2015), *Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*. (Yayın no. 408358) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kınıcı E (2018). Kalp *Yetersizliği Hastalarının Umutsuzluk Düzeyi, Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler*. (Yayın no. 501467) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Edirne Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

King, M., Kingery, J. E., & Casey, B. (2012). Diagnosis and evaluation of heart failure. *American Family Physician*, 85(12), 1161-1168.

Kosaraju, A., Goyal, A., Grigorova, Y., Makaryus, A.N. (2021). *Left Ventricular Ejection Fraction.* 2021 Jul 26. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, Jan–. PMID: 29083812.

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

Küçükgüçlü, Ö. (2004). *Bakım verenlerin yükü envanterinin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi*. (Yayın no:242261) [Yayınlanmış doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay

Kytömaa, S., Hegde, S., Claggett, B., Udell, J. A., Rosamond, W., Temte, J., ... & Vardeny, O. (2019). Association of influenza-like illness activity with hospitalizations for heart failure: the atherosclerosis risk in communities study. *JAMA cardiology*, 4(4), 363-369.

Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., & Hsueh, P. R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International journal of antimicrobial agents*, 55(3), 105924.

Levy, D., Kenchaiah, S., Larson, M. G., Benjamin, E. J., Kupka, M. J., Ho, K. K., ... & Vasan, R. S. (2002). Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *New England Journal of Medicine*, 347(18), 1397-1402.

Lloyd-Jones, D. M., Larson, M. G., Leip, E. P., Beiser, A., D'agostino, R. B., Kannel, W. B., ... & Levy, D. (2002). Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation*, 106(24), 3068-3072.

Lund, L. H., Claggett, B., Liu, J., Lam, C. S., Jhund, P. S., Rosano, G. M., ... & Solomon, S. D. (2018). Heart failure with mid-range ejection fraction in CHARM: characteristics, outcomes and effect of candesartan across the entire ejection fraction spectrum. *European journal of heart failure*, 20(8), 1230-1239.

Mant, J., Doust, J., Roalfe, A., Barton, P., Cowie, M. R., Glasziou, P., ... & Hobbs, F. D. (2009). Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 13(32), 1-207.

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., ... & Kathrine Skibelund, A. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 42(36), 3599-3726.

Mebazaa, A., Yilmaz, M. B., Levy, P., Ponikowski, P., Peacock, W. F., Laribi, S., ... & Filippatos, G. (2015). Recommendations on pre-hospital and early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine–short version. *European heart journal*, 36(30), 1958-1966.

Mehra, M. R., Desai, S. S., Kuy, S., Henry, T. D., & Patel, A. N. (2020). Cardiovascular disease, drug therapy, and mortality in Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(25), e102.

Meyer, S., Brouwers, F. P., Voors, A. A., Hillege, H. L., de Boer, R. A., Gansevoort, R. T., ... & van der Meer, P. (2015). Sex differences in new-onset heart failure. *Clinical Research in Cardiology*, 104(4), 342-350.

Moser, D. K., & Riegel, B. (2008). *Cardiac Nursing: A companion to braunwald's heart disease*. Elsevier Health Sciences.

Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*, *93*(9), 1137-1146.

Nozawa, T., Igawa, A., Yoshida, N., Maeda, M., Inoue, M., Yamamura, Y., ... & Inoue, H. (1998). Dual-tracer assessment of coupling between cardiac sympathetic neuronal function and downregulation of β-receptors during development of hypertensive heart failure of rats. *Circulation*, 97(23), 2359-2367.

Oğlak, S. (2008). *Evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası (Ülke örnekleri ve Türkiye).* İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları, Hatay.

Özcan, E. B. (2020). *Kalp Yetmezliği Hastalarında ve Sağlıklı Kişilerde Denge ve Yürüme Parametrelerinin Karşılaştırılması*. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Özdemir, V. A. (2009). *Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.* (Yayın no. 605637) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.

Özen B. (2011). *Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna Bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Sağlık (Yayın no. 297288) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.

Özer, N., Yurttaş, A., & Akyıl, R. Ç. (2012). Psychometric evaluation of the Turkish version of the Zarit Burden Interview in family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(1), 65-71.

Özer, S. (2010). Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 3-7.

Özer, S. ve Argon, G. (2005). Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(1), 63-77

Ponikowski, P., Anker, S. D., AlHabib, K. F., Cowie, M. R., Force, T. L., Hu, S., ... & Filippatos, G. (2014). Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure*, 1(1), 4-25.

Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J. M., Álvarez-Ude, F., Navascués, R. A., & Álvarez-Grande, J. (2001). Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients?. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16(8), 1675-1680.

Reimer, W. S. O., De Haan, R. J., Pijnenborg, J. M. A., Limburg, M., & Van den Bos, G. A. M. (1998). Assessment of burden in partners of stroke patients with the sense of competence questionnaire. *Stroke*, 29(2), 373-379.

Roger, V. L. (2013). Epidemiology of heart failure. *Circulation Research*, 113(6), 646-659.

Rosano, G., Jankowska, E. A., Ray, R., Metra, M., Abdelhamid, M., Adamopoulos, S., ... & Coats, A. J. (2021). COVID-19 vaccination in patients with heart failure: a position paper of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 23(11), 1806-1818.

Roth, G. A., Forouzanfar, M. H., Moran, A. E., Barber, R., Nguyen, G., Feigin, V. L., ... & Murray, C. J. (2015). Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. *New England Journal of Medicine*, 372(14), 1333-1341.

Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. Web sitesi: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/belge/mevzuat/saglik_bak_evde_saglik.pdf Erişim tarihi: 24.09.2022.

Sampson, E. L., Warren, J. D., & Rossor, M. N. (2004). Young onset dementia. *Postgraduate Medical Journal*, 80(941), 125-139.

Savarese, G., & Lund, L. H. (2017). Global public health burden of heart failure. *Cardiac Failure Review*, 3(1), 7.

Selçuk, K. T., & Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9.

Solomon, S. D., Claggett, B., Lewis, E. F., Desai, A., Anand, I., Sweitzer, N. K., ... & Pfeffer, M. A. (2016). Influence of ejection fraction on outcomes and efficacy of spironolactone in patients with heart failure with preserved ejection fraction. *European Heart Journal*, 37(5), 455-462.

Solomon, S. D., Dobson, J., Pocock, S., Skali, H., McMurray, J. J., Granger, C. B., ... & Pfeffer, M. A. (2007). Influence of nonfatal hospitalization for heart failure on subsequent mortality in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 116(13), 1482-1487.

Son, Y. J., Song, Y., Nam, S., Shin, W. Y., Lee, S. J., & Jin, D. K. (2012). Factors associated with health-related quality of life in elderly Korean patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(6), 528-538.

Stojanovic, M., & Stefanovic, V. (2007). Assessment of health-related quality of life in patients treated with hemodialysis in Serbia: influence of comorbidity, age, and income. *Artificial Organs*, 31(1), 53-60.

Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K. (1988). *Araştırma Yöntemleri*, 1. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi.

Şahin, M., Öztürk, Ö., & Çoksevim, M. (2016). Cardiovascular diseases and vehicle driving: The proposal of Turkish Society of Cardiology 2016. *Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin Yayin Organidir*, 44(8), 706-714.

Şahin, Z. A., Polat, H., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakim Verenlerin Bakim Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 12(2), 1-9.

Taşdelen, P., & Metin, A. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 22-29.

Tel, H., Demirkol, D., Kara, S., & Aydın, D. (2012). KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. *Turk Toraks Dergisi*, 13(3).

Theuns, D. A., Smith, T., Hunink, M. G., Bardy, G. H., & Jordaens, L. (2010). Effectiveness of prophylactic implantation of cardioverter-defibrillators without cardiac resynchronization therapy in patients with ischaemic or non-ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Europace*, 12(11), 1564-1570.

Tsao, C. W., Lyass, A., Enserro, D., Larson, M. G., Ho, J. E., Kizer, J. R., ... & Vasan, R. S. (2018). Temporal trends in the incidence of and mortality associated with heart failure with preserved and reduced ejection fraction. *JACC: Heart Failure*, 6(8), 678-685.

Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. http://old.tkd.org.tr, Erişim Tarihi: 10.03.2022

Türkyilmaz, E., Akgün, T., Can, M. M., Tanboğa, İ. H., Karabay, C. Y., & Kaymaz, C. (2021). The Effect of Right Ventricular Apical Pacing on Asynchrony Parameters in Different Heart Rates Detected By Tissue Doppler Imaging in Patients with Permanent Pacemaker. *Koşuyolu Heart Journal*, 24(3), 171-177.

Uğur, Ö. & Fadıloğlu, Z. (2012). Kanser Hastasına Bakım Verenlere Uygulanan Planlı Eğitimin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 53-58.

Vasan, R. S., Larson, ScD, M. G., Benjamin, E. J., Evans, J. C., Reiss, C. K., & Levy, D. (1999). Congestive heart failure in subjects with normal versus reduced left ventricular ejection fraction: prevalence and mortality in a population-based cohort. *Journal of the American College of Cardiology*, 33(7), 1948-1955.

Wong, C. M., Hawkins, N. M., Jhund, P. S., MacDonald, M. R., Solomon, S. D., Granger, C. B., ... & McMurray, J. J. (2013). Clinical characteristics and outcomes of young and very young adults with heart failure: the CHARM programme (Candesartan in Heart Failure Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity). *Journal of the American College of Cardiology*, 62(20), 1845-1854.

Writing Group Members, Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., ... & Wylie-Rosett, J. (2010). Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 121(7), e46-e215.

Yalçın, E., Yalçın, B.M., Dikici, M., Şahin, M. (2005). Alzheimer Hastasıyla Yaşamak, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 167-173.

Yaşar, E.K. (2009). *Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler*. (Yayın no. 260127) [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.

Yaşlılara Yönelik Evde Bakım ve Destek Hizmetler Çalıştayına katıldık. 27-28 Kasım 2014. Evde Bakım Derneği. Web sitesi: http://www.evdebakim.org.tr/YaslilaraYonelik-Evde-Bakim-ve-DestekHizmetler-calistayina-katildik. Erişim tarihi: 10.04.2022.

Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., ... & Erdem, S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Derg* 11(3), 125-132.

Yüksel H. (2012). Yaşlıda kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisi. *Klinik Gelişim*, 25, 41-9.

Zaphiriou, A., Robb, S., Murray-Thomas, T., Mendez, G., Fox, K., McDonagh, T., ... & Cowie, M. R. (2005). The diagnostic accuracy of plasma BNP and NTproBNP in patients referred from primary care with suspected heart failure: results of the UK natriuretic peptide study. *European Journal of Heart Failure*, 7(4), 537-541.

Zincir, S., Sunbul, M., Zincir, S., Aydin Sunbul, E., Oguz, M., Feriha Cengiz, F., ... & Sari, I. (2014). *Burden and depressive symptoms associated with adult-child caregiving for individuals with heart failure*. The Scientific World Journal, 2014.

EKLER

EK 1: Sosyodemografik soru formu

HASTAYA SORULACAK SORULAR

1.CİNSİYETİNİZ?

- KADIN
- ERKEK

2. KAÇ YAŞINDASINIZ?……..

3.ÖĞRENİM DURUMUNUZ NEDİR?

- OKUR-YAZAR DEĞİL
- OKUR-YAZAR
- İLKOKUL
- ORTAOKUL
- LİSE
- ÜNİVERSİTE
- DİĞER

4.MEDENİ DURUMUNUZ NEDİR?

- EVLİ
- BEKÂR
- DUL
- AYRI YAŞIYOR

5.ÇOCUĞUNUZ VAR MI?

- VAR
- YOK

6.BİR İŞTE ÇALIŞIYORMUSUNUZ?

- EVET
- HAYIR

7.MESLEĞİNİZ NEDİR?

- EV HANIMI
- İŞÇİ
- MEMUR
- İŞSİZ
- EMEKLİ
- SERBEST MESLEK

8.SOSYAL GÜVENCENİZ VAR MI?

- VAR
- YOK
- VARSA;…….

9.AYLIK GELİRİNİZİ NASIL TANIMLARSINIZ?

- İYİ
- ORTA
- KÖTÜ

10.KALP YETERSİZLİĞİ DIŞINDA BAŞKA KRONİK BİR HASTALIĞINIZ VAR MI?

- VAR
- YOK

11.SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?

- EVET
- HAYIR

12.KİMİNLE YAŞIYORSUNUZ?

- YALNIZ
- EŞİMLE
- BAKICIYLA
- OĞLUMDA
- KIZIMDA
- DİĞER

HASTAYA BAKIM VEREN\VERDİREN HASTA YAKININA SOLULACAK SORULAR

1.CİNSİYETİNİZ NEDİR?

- KADIN
- ERKEK

2. KAÇ YAŞINDASINIZ? ……..

3.ÖĞRENİM DURUMUNUZ NEDİR?

- OKUR-YAZAR DEĞİL
- OKUR-YAZAR
- İLKOKUL
- ORTAOKUL
- LİSE
- ÜNİVERSİTE
- DİĞER

4.MEDENİ DURUMUNUZ NEDİR?

- EVLİ
- BEKÂR
- DUL
- AYRI YAŞIYOR

5.ÇOCUĞUNUZ VAR MI?

- VAR
- YOK

6.BİR İŞTE ÇALIŞIYORMUSUNUZ?

- EVET
- HAYIR

7.MESLEĞİNİZ NEDİR?

- EV HANIMI
- İŞÇİ

- MEMUR
- İŞSİZ
- EMEKLİ
- SERBEST MESLEK

8.SOSYAL GÜVENCENİZ VAR MI?

- VAR
- YOK
- VARSA;…….

9.AYLIK GELİRİNİZİ NASIL TANIMLARSINIZ?

- İYİ
- ORTA
- KÖTÜ

10.SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?

- EVET
- HAYIR

11.HASTANIZA BAKIM VERMEKTEN/VERDİRMEKTEN MEMNUN MUSUNUZ?

- EVET
- HAYIR

12.HASTANIZA BAKIM VEREBİLMEK İÇİN\VERDİREBİLMEK İÇİN BAKIM EĞİTİM ALDINIZ MI?

- EVET
- HAYIR

13.HASTANIZA BAKIM VERİRKEN\VERDİRİRKEN KENDİNİZİ YETERSİZ HİSSETTİĞİNİZ OLUYOR MU?

- EVET
- HAYIR

14.HASTANIZA NE KADAR SÜREDİR BAKIYORSUNUZ\ BAKTIRIYORSUNUZ?

- 0-6 AY
- 1-2 YIL
- 2-3 YIL
- 5 YIL VE ÜZERİ

EK 2: Minnesota kalp yetersizliği ile yaşam anketi

Aşağıdaki sorular, kalp yetersizliğinin (kalp rahatsızlığının) son bir ay (4 hafta) süresince yaşamınızı ne kadar etkilediğini sorgulamaktadır. Yaşamınızın ne kadar etkilendiğini göstermek üzere her sorunun yanındaki 0, 1, 2, 3, 4 ya da 5 rakamlarından birini daire içine alınız. Eğer soru sizin durumunuz için geçerli değilse 0'ı işaretleyiniz.

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

	HİÇ	ÇOK AZ	AZ	BİRAZ	ÇOK	FAZLA
1.Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma	0	1	2	3	4	5
2.Gün içinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme	0	1	2	3	4	5
3.Yürümek ya da merdiven çıkmakta zorlanma	0	1	2	3	4	5
4.Evde yada bahçede iş yapmada zorlanma	0	1	2	3	4	5
5.Evinizden uzak yerlere güçlükle gitme.	0	1	2	3	4	5
6.Geceleri iyi uyuyamama	0	1	2	3	4	5
7.Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte birşeyler yapmanızı güçleştirme	0	1	2	3	4	5
8.Geçiminizi sağlamak amacıyla yaptığınız işte zorlanma	0	1	2	3	4	5

9.Spor,hobi yada diğer uğraşlarınızı yapmada zorlanma	0	1	2	3	4	5
10.Cinsel hayatınızda zorlanma	0	1	2	3	4	5
11. Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme.	0	1	2	3	4	5
12.Nefes darlığına yol açma	0	1	2	3	4	5
13.Kendinizi yorgun,bitkin halsiz hissetme.	0	1	2	3	4	5
14.Hastaneye yatmanıza yol açma.	0	1	2	3	4	5
15.İlaç ve tıbbı bakım için para harcama	0	1	2	3	4	5
16.Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması	0	1	2	3	4	5
17.Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma	0	1	2	3	4	5
18.Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma	0	1	2	3	4	5
19.Endişelenmenize yol açma	0	1	2	3	4	5
20.Dikkat toplamada ve hatırlamada güçleştirme	0	1	2	3	4	5
21.Depresyon,bunalma hissine yol açma	0	1	2	3	4	5

EK 3: Zarit bakım verme yükü ölçeği soruları

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

EK 4: Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Ayşegül HAKBİLEN

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y. Lisans	2019 - ….	Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Lisans	2005-2010	Anadolu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Anabilim Dalı
Ön Lisans	2000-2002	Kadir Has Üniversitesi Anestezi Teknikerliği
Lise	1996-2000	Tuzla Süper Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2019 - ……	Araştırma Görevlisi. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Meslek Yüksekokulu Anestezi Teknikerliği Programı
2002- Halen	Tc. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi Teknikerliği

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	*Kurum*
2019- Halen	Üye: Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği

Sertifikalar/Eğitimler

Yıl	*Program*	*Kurum*
2000	Kalp ve Damar Cerrahisindeki Yenilikler	Türkiye Kalp Damar Cerrahisi Derneği
2002	Kalp ve Damar Cerrahisindeki Yenilikler	Türkiye Kalp Damar Cerrahisi
2004	Kalp ve Damar Cerrahisindeki Yenilikler	Türkiye Kalp Damar Cerrahisi