

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERİN SAĞLIK
DAVRANIŞLARI İLE HASTANEYE YENİDEN
YATIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Aysun KARA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK

MERSİN-2011

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERİN SAĞLIK
DAVRANIŞLARI İLE HASTANEYE YENİDEN
YATIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Aysun KARA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK

TEZ NO:196

MERSİN-2011

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK'un danışmanlığında Aysun KARA tarafından hazırlanmış olan "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Davranışları ile Hastaneye Yeniden Yatışları Arasındaki İlişki" başlıklı araştırma, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi: 22.09.2011


Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

Mersin Üniversitesi

Jüri Başkanı


Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun 27 / 10 / 2011 tarih ve 2011 / 365 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Fehmi ATEŞ



TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek veren Sayın **Yrd.Doç.Dr.Meral ALTIOK'** a,

Çalışmanın yöntemi konusunda katkılarda bulunan Sayın **Arş. Gör.İlter HELVACI'**ya,

Çalışmamı Kardiyoloji, Dahiliye I ve Dahiliye II servislerinde yürütmeme izin veren Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü' ne,

Çalışmamı yürüttüğüm Kardiyoloji, Dahiliye I ve Dahiliye II servislerinde görev yapan ve olumlu işbirliği sağladığım ekip arkadaşlarıma,

Destekleri ile her zaman yanımda olan canım aileme ve değerli hocam Sayın Doç. Dr. Sabire YURTSEVER' e içtenlikle teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	II
TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
ÇİZELGELER DİZİNİ	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT	X
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1.Kalp Yetersizliği.....	6
2.2.Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi.....	6
2.3.Kalp Yetersizliğinde Hastaneye Yeniden Yatış Prevelansı.....	8
2.4.Kalp Yetersizliği Etyolojisi.....	9
2.5.Kalp Yetersizliği Fiziopatolojisi.....	11
2.6.Kalp Yetersizliğinin Tipleri.....	12
2.6.1.Öne Doğru- Geriye Doğru Kalp Yetersizliği.....	12
2.6.2.Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği.....	13
2.6.3.Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği.....	13
2.6.4.Düşük ve Yüksek Debili Kalp Yetersizliği.....	13
2.6.5.Sistolik ve Diastolik Kalp Yetersizliği.....	14
2.7.Kalp Yetersizliğinde Belirti ve Bulgular.....	14
2.8.Kalp Yetersizliği Sınıflaması.....	17
2.9.Kalp Yetersizliğinde Tanı.....	18
2.10.Kalp Yetersizliği Komplikasyonları.....	20
2.11.Kalp Yetersizliği Tedavisi.....	21
2.11.1. Kalp Yetersizliğine Farmakolojik Tedavi.....	21
2.11.2. Kalp Yetersizliğinde Cerrahi Tedavi.....	23
2.11.3. Kalp Yetersizliğinde Nonfarmakolojik Tedavi (Sağlıklı Yaşam Biçimi).....	24
2.11.3.1.. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	24
2.12. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi.....	34

2.13. Araştırmanın Amacı.....	36
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1.Araştırmanın Şekli.....	37
3.2.Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri.....	37
3.3.Araştırmanın Evreni.....	38
3.4.Araştırmanın Örnekleme.....	38
3.5.Verilerin Toplanması.....	38
3.5.1.Veriler Toplama Araçlarının Hazırlanması.....	38
3.5.1.1.Kişisel Bilgi Formu.....	39
3.5.1.2.Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği.....	39
3.5.2.Ön Uygulama.....	40
3.5.3.Veriler Toplama Formlarının Uygulanması.....	41
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi.....	41
4.BULGULAR.....	42
5.TARTIŞMA.....	62
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
6.1.Sonuçlar.....	72
6.2.Öneriler.....	73
7.KAYNAKLAR.....	75
EKLER.....	85
EK-1.Kişisel Bilgi Formu.....	85
EK-2.Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği.....	91
EK-3.Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Aktivite Durumları, Sıklığı ve Aktivite Yapmama Nedenlerine Göre Dağılımları.....	93
EK-4. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Uyku Düzenleri ve Uyku Problemi Yaşama Nedenlerine Göre Dağılımları.....	94
EK-5. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalığa İlişkin Aldıkları Eğitime Göre Dağılımları.....	95
EK-6. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Klinik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	96
EK-7.MERSİN 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı.....	97
EK-8.Araştırmanın Yapılabilmesine Yönelik İzin Yazıları.....	101
8.ÖZGEÇMİŞ.....	104

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Kalp kası hastalığına (miyokart hastalığı) bağlı yaygın kalp yetersizliği nedenleri.....	10
Çizelge 2.2. Kalp yetersizliğinin yapısal anormalliğe göre (ACC/AHA) ya da işlevsel kapasiteyle ilişkili semptomlara göre (NYHA) sınıflandırılması	18
Çizelge2.3. Framingham kalp yetersizliği kriterleri.....	20
Çizelge 4.1. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların, Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları İle Hastane Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları Arasındaki İlişki	43
Çizelge 4.2. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları	45
Çizelge 4.3. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Beden Kitle İndekslerine Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları.....	50
Çizelge 4.4. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Klinik Özelliklerine Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları	52
Çizelge 4.5. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı, Hastaneye Yatış Sayıları ve Yatış Şikayetlerine Göre Dağılımları	54

Çizelge 4.6. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalığın Yönetimine Yönelik Davranışlarına Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıla.....56

Çizelge 4.7. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Durumlarını ve Kişiler Arası İlişkilerini Algılama Durumlarına Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları60



KISALTMALAR DiZiNi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACE: Anjiyotensin Konverting Enzim

ACEİ: Anjiyotensin Konverting Enzim İnhibitörleri

AF : Atriyal Fibrilasyon

AHA: American Heart Association (Amerika Kalp Derneği)

ANA: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DIG: Dijital Araştırma Grubu

ESC: European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)

INR: International Normalised Ratio (Uluslararası Normalleştirilmiş Oran / Değer)

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

KKY: Konjestif Kalp Yetersizliği

KY: Kalp Yetersizliği

KYSDÖ: Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği

TEKHARF: Türk Erişkinlerde Koroner Hastalığı Risk Faktörleri ve Koroner Kalp Hastalığı

THD: Türk Hemşireler Derneği

UHY-ME: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Davranışları İle Hastaneye Yeniden Yatışları Arasındaki İlişki

Aysun KARA

Bu araştırma, kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışları ile hastaneye yeniden yatışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklemini, 1 Eylül 2009 – 1 Mart 2010 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji, Dahiliye I ve Dahiliye II servislerinde yatan, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşından büyük ve kalp yetersizliği tanısıyla daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan 100 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Veri Toplama Formu” ve “Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği” (KYSDÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, yüzde hesaplamaları, tek yönlü varyans analizi(ANOVA), Turkey testi, Student t testi, Mann Whitney U testi, Pearson Korelasyon testi ve Spearman’s Rho testleri kullanılmıştır. $p \leq 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Araştırmada kalp yetersizliği olan hastaların %53’ ü erkek, %52’si yetmiş yaş ve üzeri, % 76’sı evli ve yaş ortalamaları $67,8 \pm 11,8$ ’dir. Araştırmaya dahil edilen kalp yetersizliği olan hastaların KYSDÖ puan ortalamalarının $43,3 \pm 11,9$ olduğu, %38’inin bir aydan daha kısa bir süre içinde ve %31’inin sekiz ve üzeri sayıda hastaneye yattığı saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların %68’inin genel sağlık önerilerine uyduğu, %17’sinin düzenli ilaç kullandığı, %43’ünün diyetine uyduğu, %23’ünün düzenli kilo kontrolü yaptığı ve %14’ünün ise düzenli olarak egzersiz yaptığı saptanmıştır. Çalışan, düzenli ilaç kullanan, sağlık önerilerine uyan, aile ve arkadaş ilişkilerini çok iyi olarak algılayan hastaların KYSDÖ puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine bireylerin KYSDÖ puanları azaldıkça hastane yatış sayılarının arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetersizliği, Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış

ABSTRACT

Relationship between the Self-care Behaviour and Rehospitalization of Individuals with Heart Failure

Aysun KARA

This research is a descriptive and cross-sectional study carried out to determine relationships between the self-care behaviour and rehospitalization of individuals with heart failure.

The study sample consisted of 100 patients who were hospitalized in the Cardiology, Internal Medicine I and Internal Medicine II services of Mersin University Health Research and Practice Center from 1 September 2009 to 1 March 2010, whose physical and cognitive health states were regarded legible to fill in the forms to be implemented in the research and who were older than 18 years old, agreed to participate in the study and had been hospitalized with a diagnosis of heart failure at least once before. Research data were collected using “Data Collection Form” and “Heart Failure Self-Care Behaviour Scale (EHFScB scale)”.

Research data were analyzed by using mean, standard deviation, percentage calculations, one-way analysis of variance (ANOVA), Tukey test, Student's t test, Mann-Whitney U test, Pearson Correlation test and Spearman's Rho tests. $p \leq 0.05$ was considered significant.

The study found that out of the patients with heart failure 53% of them were male, 52% of them were seventy years of age and older, 76% of them were married, and the average age of them was 67.8 ± 11.8 . It was determined that the EHFScB scale score average of those patients involved in the study was 43.3 ± 11.9 and 38% of them had been hospitalized within less than a month and 31% of them had been hospitalized eight times or more. It was also found that 68% of the patients followed general health recommendations, 17% used drugs regularly, 43% followed their diet, 23% performed regular weight control and 14% did exercise on a regular basis. Finally, the study findings showed that the average EHFScB scale score of those patients who worked, used drugs regularly, perceived as very good relationships with family and friends and followed health

recommendations, were higher than the average scores of other groups. In the same way, it was found that the number of hospitalizations increased as the patients' EHFSb scale scores decreased.

Keywords: Heart failure, Self-care behaviour, Rehospitalization



1.GİRİŞ

Son iki yüzyıl içindeki endüstriyel ve teknolojik gelişmeler ve bununla bağlantılı olan ekonomik ve sosyal geçişler; rahatsızlıklardan ve ölümlerden sorumlu olan hastalıkların oranlarında önemli değişikliklere yol açmıştır. XX. yüzyıl başlarında kalp ve damar hastalıkları dünya genelinde ölümlerin % 10'undan daha azından sorumluyken, XXI. yüzyıl başında gelişmiş ülkelerde ölümlerin neredeyse yarısından, gelişmekte olan ülkelerde ise % 25'inden sorumludur. XXI. yüzyıl başlarında olduğumuz şu günlerde, kalp ve damar hastalıklarının tüm dünya genelinde sakatlık ve ölümlerin en önemli nedeni olduğu kabul edilmektedir (1,2). Gelişmiş ülkelerde kardiyovasküler hastalıkların (KVH) ölüm ve hastalık hızlarındaki azalmaya karşılık, gelişmekte olan ülkelerde demografik dönüşüm ve hayat tarzındaki değişikliklerden dolayı artış göstermiştir (3,4).

Dünya Kalp Federasyonu'nun 2010 raporunda, KVH'nın, Diabetes Mellitus'un, kronik solunumsal hastalıkların ve kanserlerin tüm dünya genelinde hastalıklara bağlı ölümlerin %60'ını (35 milyon) oluşturduğu ve KVH 'ın bu ölümlerin yarısından sorumlu olduğu bildirilmektedir(5). American Heart Assosation (AHA)'nın kardiyovasküler hastalıklar ve inme istatistikleri raporunda, Amerika'da 81 100 000 yetişkinin birden fazla kardiyovasküler hastalığının olduğu ve her gün yaklaşık 2300 kişinin KVH nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir (4). Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet Etkililik (UHY-ME)'nin 2005 yılında yapmış olduğu çalışmasına göre Türkiye'de ulusal düzeyde ölümlerin temel hastalık gruplarına göre dağılımlarında kardiyovasküler hastalıkların sıklığı % 47,7 olarak saptanmıştır (6).Ülkemizde 2009 yılı ölümlerinin %39,9' unu KVH oluşturmaktadır (7).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)'in 1990–2008 yılları arasını kapsayan yapmış oldukları çalışmalarında, ülkemizde 35 yaşın üzerinde 29,5 milyon nüfusta 3,1 milyon kişinin yani 1000 yetişkin başına 105 kişinin koroner kalp hastası olduğu, koroner kalp hastalığı görülme sıklığının erkeklerde ve kadınlarda artmakta olduğu, ve koroner kalp hastalığı mortalitesinin 45–74 yaş grubunda erkeklerde binde 5,1, kadınlarda binde 3,4 olduğu bildirmiştir (8).

Kalp damar hastalıkları; koroner kalp hastalıkları, inme, konjestif kalp yetersizliği (KKY), konjenital kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif

hastalıklar ve aritmiler gibi; kalbin ve kan damarlarının tüm hastalıklarını içeren hastalık grubudur (2) . Son yıllarda koroner arter hastalığı, inme, hipertansiyon gibi kardiyovasküler nedenlerden dolayı ölümler azalırken, kalp yetersizliği (KY) sıklığında artış gözlenmektedir (9).

Kalp yetersizliği, vücudun metabolik gereksinimlerini karşılamak için yeterli miktarda kanı dokulara pompalayamadığı veya bunu ancak artmış kardiyak doluş basınçları ile gerçekleştirebildiği nörohormonal aktivite artışı ve çeşitli organ fonksiyon bozukluğu ile karakterize kronik ve ilerleyici bir klinik sendromdur (10,11).

Kronik hastalıklar arasında önemli bir yere sahip olan kalp yetersizliği özellikle endüstriyel toplumlarda majör bir halk sağlığı sorunudur (12–14). Amerika Birleşik Devletleri'nde 5 milyon kalp yetersizliği hastası olduğu ve bu sayıya her yıl 550.000 yeni kalp yetersizliği vakasının eklendiği rapor edilmiştir (15–18). Kalp yetersizliği 65 yaş üzerinde her 1000 kişiden 10'unda görülmektedir (4). Yetişkin bireylerin %2–3 arasında değişmekte, 75 yaş dolaylarında birden yükselerek 70–80 yaş arası nüfusta prevalansı %10- 20 arasında seyretmektedir (19).

Kalp yetersizliği; sık görülmesi ve görülme sıklığının her geçen yıl artması ve çok yüksek mortalite ve morbiditeye sahip olması nedeniyle maliyeti yüksek olan bir hastalıktır (20). KY hastalarının bakım ve tedavi maliyetlerinin %70'i sık hastane yatışlarından kaynaklanmaktadır (21). KY' nin ülkelere yıllık maliyeti, İngiltere'de ulusal sağlık toplam bütçelerinin %2'si, ABD'de de 35 milyar dolar şeklindedir (19,22,23). Stewart ve ark (22) yaptıkları çalışmalarında kalp yetersizliği maliyetinin büyük çoğunluğunu hastane yatışlarının oluşturduğunu ve oluşan bu maliyet ulusal harcamalarının yaklaşık %2'sini oluşturduğunu belirtmişlerdir. Lee ve ark.(24) 6 aylık periyotlarla hastaneye yatış yapan 134 kalp yetersizliği hastasının doğru sağlık davranışlarının hastalığın maliyetini azalttığını belirlemişlerdir.

Kalp yetersizliği fiziksel ve ruhsal sağlığı önemli oranda azaltmakta dolayısı ile yaşam kalitesinin de azalmasına neden olmaktadır. Yaşam kalitesindeki bu azalma zamanla düzelebileceği gibi daha da kötüleşebilmektedir. KY tanısı konan hastaların %50'sinin sağ kalım oranının oldukça kısa olduğu (4 yıl) belirtilmektedir. KY nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların %40'ı 1 yıl içinde ölmekte ya da yeniden hastaneye yatırılmaktadır (19). ABD' de 2007 yılında 121684 erkek ve 155509 kadın KY nedeniyle yaşamlarını yitirmişlerdir(4). Tüm dünyada ise 36 milyon kişi kalp yetersizliğinden hayatını kaybetmektedir (1).

Kalp yetersizliğinin etyolojisinde; koroner kalp hastalığı, kapaklara bağlı patolojiler ve doğumsal patolojiler, kardiyomiyopatiler, enfeksiyonlar, kollejen doku hastalıkları, ilaçlar, metabolik ve endokrin hastalıklar gibi nedenler yer almaktadır (3,11,18). Hipertansiyon ve diyabeti olan bireylerde KY daha yaygın olarak görülmektedir ve KY'nin hastaların %75'inin nedenini hipertansiyon oluşturmaktadır (4).

Kalp yetersizliği, semptom ve bulguları nedeniyle hastaların günlük aktivitelerinde kısıtlılık yaşamasına neden olmakta ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır (13,14,19). Kalp yetersizliği olan bireylerde dispne, çarpıntı, sıvı retansiyonu, egzersiz toleransında azalma, yorgunluk, halsizlik, algılamada bozulma, uyku bozukluğu ve konfüzyon gibi semptomlar görülebilmektedir (10,11).

Carlson ve ark. (25) 139 kalp yetersizliği olan yaşlı hastayla yatıkları çalışmalarında; %55,4 'ünde en sık görülen üç semptomun solunum sıkıntısı, yorgunluk ve ödem olduğunu belirlemişlerdir. Yine aynı çalışmada kalp yetersizliği tanısı yeni konmuş hastaların, eski kalp yetersizliği hastalarına göre daha fazla semptom deneyimledikleri ve çoğunluğunun fiziksel aktivite ve diyetle yönelik önerilere uyumlarının yetersiz olduğu belirtilmektedir.

Kalp yetersizliğinde oluşan semptomlar bireyin yaşamını tümüyle etkilemekte, semptom kontrolü için yaşam şekli değişiklikleri ile birlikte tedavinin ömür boyu sürmesi nedeniyle de düzenli izlem gerektirmektedir (26). Yapılan bir çalışmada hastalığa özgü diyet, tedavi, hekim kontrolleri ve egzersiz gibi yaşam değişikliklerine uyum sağlayamayan hastaların; ciddi semptomlar yaşadığı, hastaneye yatışlarında artma olduğu belirtilmektedir (25).

Önemli bir mortalite nedeni olan kalp yetersizliğinin nasıl yönetileceğini bilememe; semptomları alevlendirmekte, yaşam kalitesini düşürmekte, hastaneye yatışlarda artmaya neden olmakta ve maliyeti arttırmaktadır (25). ABD 'de kalp yetersizliği olan bireylerin %40'ı taburculuk sonrası ilk altı ay içinde hastaneye tekrar yatmaktadır (27). Hodges (28) yapmış olduğu çalışmasında, 65 yaş üstü kalp yetersizliği tanısı olan hastaların taburculuk sonrası 6 ay içinde %32'sinin bir, %2'sinin iki, %7'sinin 3 ve %24'ünün 4 ve üzeri sayıda hastane yatışları olduğunu belirlemiştir. Fonarow ve ark. (29)'nın kalp yetersizliği tanısı konulan hastaların tekrar yatışlarına neden olan faktörleri belirlemeye yönelik yaptıkları başka bir çalışmada ise, çalışmalarında hastaların %15,3'ünün pnömoni, %14,7'sinin iskemi, %13,5'nin aritmi,

%10,72'sinin kontrol edilemeyen hipertansiyon ve %8,9'unun ilaç tedavisine uyumsuzluk nedeniyle hastaneye yeniden yattıklarını belirlemiştir.

Kalp yetersizliği olan hastalarda yaygın olarak yeniden yatışlarda, sadece kontrol edilemeyen hipertansiyon, solunum enfeksiyonları / pnömoni, aritmiler, myokardiyal iskemi gibi tıbbi faktörler değil bunun yanı sıra sosyal destek eksikliği gibi çevresel faktörler, ilaç tedavisi, diyet, fiziksel aktivite gibi yaşam değişikliklerine uyumsuzluk gösteren davranışsal faktörler de etkili olabilmektedir. Bunlara ek olarak taburculuk planını içeren faktörler ve aile eğitimi hastaneye yeniden yatışlarda önemli bir rol oynayabilmektedir (27–30). Özer (30) kalp yetersizliği olan bireylerde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, hastaların düzenli olarak doktor kontrollerine gitme oranının % 48, diyetle tamamen uyumun % 39,2, önerilen egzersizlere uyumun %46,1 olduğunu belirlemiştir. Yine bu çalışmada hastaların %52 'sinin hastalığı hakkında, %71,6 'sının ilaç kullanımı hakkında, %55,9 'unun ise hastalığına bağlı şikayetleri hakkında bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir.

Sağlık davranışları ve yeniden yatışlar arasındaki ilişkide, hasta ve aile eğitimi önemli bir yer tutmaktadır. Dünyada ve ülkemizde hasta eğitiminin sorumluluğu sağlık personeline özellikle hemşirelere verilmiştir. Sağlık eğitimi, hemşirenin en önemli rollerinden biridir (31). Hemşireler kalp yetersizliği olan bireylerde taburculuk öncesi hastanın hastalık hakkında bilgi durumu, diyeti, sıvı izlemi, egzersiz, stresten uzak durma, düzenli uyku, günlük kilo takibi, alkol ve sigaradan uzak durma, sağlık kontrollerine ve önerilerine uyum gibi sağlık davranışları konularında eğitim vermeli ve taburculuk sonrası izlemelidir. Fakat verilen eğitimin etkili olabilmesi için hastaların sağlık davranışlarına uyumunda yetersiz olduğu konular belirlenerek, eğitimin ulaşılması istenen hedeflere yönelik olarak geliştirilmesi gerekmektedir.

Ancak yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere kalp yetersizliği tanısı konmuş bireylerin tekrar yatışlarında tıbbi faktörlerin etkilerine yönelik oldukça fazla çalışma mevcut iken hastanın hastalık hakkında bilgi durumu, diyetine uyumu, sıvı izleme, egzersiz, stresten uzak durma vb. gibi sağlık davranışlarının yeniden yatışlara etkileri üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. Kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışları ile hastaneye yeniden yatışları arasındaki ilişkinin belirlenmesinin hasta bakımı ve eğitiminin planlanmasına ve geliştirilmesine katkı sağlayacağı kanısındayız

Bu nedenle, çalışmamızda kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışları ile hastaneye yeniden yatışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliğinin son 50 yılda birçok tanımı yapılmıştır. Bu tanımlar bu karmaşık sendromda hemodinamik, oksijen tüketimi ya da egzersiz kapasitesi gibi bir ya da birden çok özelliği vurgulamaktadır. Son yıllardaki tanımların çoğunda hastada hem kalp yetersizliği semptomları, hem de sıvı tutulmasına işaret eden fiziksel bulgular olması gerektiği vurgulanmaktadır (19). Kalp yetersizliği, kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olup; ciddi yorgunluk, dispne ve fonksiyonel durum bozukluğuyla karakterizedir. Bir hastalıktan ziyade hayatı her yönüyle etkileyen klinik bir sendromdur, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de klinik olarak kalp yetersizliğini; kalp hastalığına eşlik eden dispne ve yorgunluk sendromu olarak tanımlamaktadır (14,32,33).

2.2.Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi

Kronik hastalıklar arasında, insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahip olan kalp yetersizliği özellikle endüstriyel toplumlarda major bir halk sağlığı sorunu olup yaş artıka görölme sıklığı artmaktadır (4,8,20,34).

Popölasyonun gittikçe yaşlanması kronik hastalıkların oranında artışa neden olmaktadır. Hipertansiyon, dislipidemi, diyabetes mellitus v.b. hastalıkların toplumda görölme sıklığının artması ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artması da kalp yetersizliği insidansını artırmaktadır. Kalp yetersizliği insidansı ve prevalansı artarken, mortalitesi de artmaktadır (4,8,14,20,33-35).

Kalp yetersizliğinin prevalansı 45–54 yaş grubunda %1–2 iken, 75 yaş üstü nüfusta %10'a kadar çıkmaktadır (36). Kalp yetersizliği gelişmekte olan ölkelerde büyük oranda ölüm, hastalık ve kötü yaşam kalitesinin nedenlerindedir (37). Ve bu ölkelerde yetişkinlerin yaklaşık olarak % 2'si, 65 yaş üstü olan bireylerin ise yaklaşık olarak %6–10' unda kalp yetersizliği görölmektedir (38).

Avrupa ölkelerinde de kalp yetersizliği görölme sıklığı hızla artmaktadır (2,8,39) Avustralya' da 300 bin kalp yetersizliği vakasına yılda 30 bin yeni olgu eklenmektedir (40). Çin'de %0,9 olan kalp yetersizliği prevalansı İngiltere'de % 4' e kadar

çıkılmaktadır (2,41). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu 2009 yılı verilerine göre Türkiye nüfusunun % 2,3 'ünde kalp yetersizliği bulunmaktadır (42). Kalp yetersizliği hastalarının genel profilinden kesit alınarak 2005'de TKD (Türk Kardiyoloji Derneği) tarafından 22 ilde yürütülen bir çalışmada 6790 hastanın %2'sinde kalp yetersizliği bulunduğu bildirilmiştir (2).Yine TEKHARF'in 18 yılı kapsayan çalışmasında çeşitli nedenlerden kaynaklanan 568 ölümün %24'ünde, kalp yetersizliğinin büyük ölçüde ölüm nedeni olduğu belirtilmiştir (8). Avrupa' da yaklaşık olarak 6,5 milyon ve Japonya' da ise yaklaşık olarak 2,4 milyon kadar kalp yetersizliği hastası bulunmaktadır (5,19,43). Avrupa Kardiyoloji Derneği' (ESC) nin verilerine göre de kalp yetersizliği 80 yaş ve üzerinde %9,1 sıklığında görülmektedir (44). Amerika Birleşik Devletleri'nde 40'lı yaşlarda her beş kişiden birinde kalp yetersizliği görülme riski bulunmakta ve 65 yaşın üzerinde her 1000 kişinin %10'unda kalp yetersizliği görülmektedir (4).

Günümüzde kalp yetersizliği, tedavisi ve hastalığın yönetimindeki ilerlemelere rağmen halen ölümcül bir klinik sendrom olarak görülmektedir.Kalp yetersizliğine bağlı mortalite ve morbidite oranları eşit derecede kötü bir durum çizmektedir (4,8,20,34,45). Kalp yetersizliği olan her beş kişiden biri, bir yıl içerisinde yaşamını kaybetmektedir. 65 yaşından küçük olan erkeklerin %80 'i, kadınların ise %70'i bu hastalık nedeniyle 8 yıl içerisinde yaşamlarını yitirmektedirler (4,46). Kalp yetersizliği hastalarında ani ölüm sıklığı da artmaktadır. Genel popülasyona göre ani ölüm riski 6–9 kat daha fazla görülmektedir (2). ABD' de ölümlerin %20 sini oluşturan kalp yetersizliği, birincil ölüm nedeni olarak bulunmaktadır. Sadece 2006 yılında 283000 kişi kalp yetersizliği nedeniyle bu ülkede hayatını kaybetmiştir (4).

Kalp yetersizliği sadece hastayı değil, hastaların ailelerini ve toplumu da ilgilendiren ciddi bir sağlık sorunudur ve hastalarının bakım maliyeti de oldukça yüksektir (21). İngiltere' de kalp yetersizliği hastalarının mali giderleri ulusal sağlık hizmetlerinin yaklaşık olarak %2' sini oluştururken, Amerika' da ise kalp yetersizliğine bağlı mali giderlerin 39,2 milyar dolar olduğu belirtilmektedir (4,22).

Kalp yetersizliği, yaşla beraber görülme sıklığının artması ve hastalığa ağır semptomların eşlik etmesi nedeniyle, hastane başvurularını etkilemekte ve hastaneye yatışlarının artmasına neden olmaktadır. Amerika' da 5,2 milyonun üzerinde Amerikalı' yı etkileyen KY her yıl 1 milyondan fazla hastaneye yatış nedenini oluşturmaktadır (46).Tayvan' da yılda 130.000 kişi kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatmakta ve Tayvan'ın kalp yetersizliğine bağlı 1, 97 milyar euro mali gideri bulunmaktadır (47).

Diğer ülkelerde de olduğu gibi, bu durum bizim ülkemizde de ciddi sosyal ve ekonomik sorunlar oluşturmaktadır. Bu nedenle kalp yetersizliğine bağlı yeniden yatış sıklığının ele alınması ve neden olan faktörlerin belirlenmesi ve önlenmesi oldukça önemlidir.

2.3.Kalp Yetersizliğinde Hastaneye Yeniden Yatış Prevelansı

Kalp yetersizliği yüksek ölüm oranıyla, sık hastanede yatışlarla; fiziksel, ruhsal ve fonksiyonel kayıplarla, yaşam kalitesindeki azalmayla ve ağır bakım yüküyle karakterize bir hastalıktır ve 65 yaş üstü bireylerde en yaygın hastaneye yatış nedenini oluşturmakta ve tekrarlı hastaneye yatışlarına neden olabilmektedir (21,23,28,29).

Tıbbi olarak ilerlemelerin olması ve hastanelerde kalp yetersizliği yönetim programlarının uygulanmasına rağmen bugün kalp yetersizliği hastalarının hemen hemen yarısı taburculuk sonrası 3-6 ay içinde tekrar hastaneye yatmaktadır (30,31). Amerika’da Keenan ve ark. (48) ‘nın 4.669 hastaneyi kapsayan çalışmalarında, 567.447 kalp yetersizliği hastasından 283.919’ unun hastaneye önceden en az bir kere yatmış olduğu ve hastaların %23,6’sının hastaneye 30 günden daha kısa bir sürede tekrar yatış yaptıkları belirtilmiştir.

Kalp yetersizliği mortalitesi, morbiditesi, tedavi ve bakım harcamaları ve doğurduğu klinik sonuçlar nedeniyle maliyeti oldukça yüksek bir hastalıktır (49). Kalp yetersizliği nedeniyle hastane yatış maliyeti son yirmi yılın genel sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %2’ sini oluşturmaktadır. Kalp yetersizliği hastalarının harcamalarının %70’ ini hastanelerde yapılan tedavi ve bakım ücretleri oluşturmaktadır (21). Kalp yetersizliği olan hastalarının ilaç tedavisi ve diyet vb. önerilerine uymamaları hastalığın kötüleşmesine ve bu da hastaneye çoklu yatışlara neden olmaktadır (20,49).

Kalp yetersizliği sağlık davranışlarına uyumun yaş ilerledikçe zor olması nedeniyle yaşlı hastaların büyük bir kısmında sık hastane yatışları görülmektedir (28,50). Kalp yetersizliği olan hastaların yatış nedenleri arasında kontrol edilemeyen hipertansiyon gibi tıbbi faktörler, sosyal destek eksikliği, ilaç kullanımı /diyet ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyumsuzluk gibi faktörler yer almaktadır. Kalp yetersizliğinde sağlık davranışlarının yanı sıra hastaların taburculuk eğitimi, erken taburculuğu ve hasta ve aile eğitimi de yeniden yatışları etkilemektedir (28,29,51).

Bu konuda Annema ve ark.(51) 1023 kalp yetersizliği olan hasta ile yapmış oldukları çalışmalarında hastane yatışlarının %37–48’ inin aritmi, iskemi, pulmoner hastalıklar, renal yetersizlikler ve anemi gibi tıbbi nedenlerin yanı sıra %13-26’sının

diyet, sıvı kısıtlaması ve ilaç tedavisi gibi sağlık davranışlarına uyumsuzluk nedeniyle olduğunu saptamışlardır.

Kalp yetersizliğinde tekrarlı hastane yatışları sık olarak görülmektedir. Dunlay ve ark.(52) yaptıkları çalışmalarında 1077 kalp yetersizliği hastasının %83'ünün en az bir, %43'ünün ise en az dört hastane yatışının olduğunu belirtmişlerdir. Hodges (28) ise yaptığı çalışmasında hastaların %66'sının tekrarlı hastane yatışlarının olduğu, bunun %24'ünün dört ve üzerinde hastane yatışları olduğunu belirtmişlerdir. Yine Fonarow ve ark.(49) yaptıkları çalışmalarında 5791 kalp yetersizliği hastasının %29,6'sının 60-90 günlük periyotlarla tekrar hastane yatışlarının olduğunu belirtmişlerdir. Bu konuda ABD'de 2006 yılında yapılan bir çalışmada ise 50.1234 hastane yatışının yapıldığı ve 30 günün altında hastane yatış hızının %22,9 olduğu saptanmıştır(53).

Fonarow ve ark. (29) 'nın yapmış olduğu başka bir çalışmada ise 48.612 hastanın %61,3' ünün birden fazla hastane yatışı olduğu, taburculuktan sonra 60–90 gün arasında hastaların %29,6' sının tekrar hastaneye başvurduğu, hastaların %24' ünün hayatı boyunca en az dört kez hastaneye yatmış olduğu belirlenmiştir. Yine Lee ve ark.(54)'nın 195 kalp yetersizliği hastası ile iki analizli olarak yaptıkları çalışmalarında yatışı yapılan kalp yetersizliği hastalarından sağlık davranışlarına uyanların ölüm ve hastaneye yatış hızının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliğinde sağlık davranışlarının, hastane yatışına neden olan tıbbi faktörlerin dışında yeniden hastane yatışlarına olan olumlu ve olumsuz etkisi görülmektedir. Bu durumda hastaların hastalıkları ve sağlık davranışları hakkında bilgilendirilmeleri sık hastane yatışlarını azaltması, aile ve bireyin yaşam kalitesini iyileştirmesi açısından oldukça önemlidir.

2.4.Kalp Yetersizliği Etiyolojisi

Kalp yetersizliği, vücudun metabolik gereksinimlerini karşılamak için yeterli miktarda kanı dokulara pompalayamadığı veya bunu ancak artmış kardiyak doluş basınçları ile gerçekleştirebildiği norohormonal aktivite artışı ve çeşitli organ fonksiyon bozukluğu ile karakterize kronik ve ilerleyici bir klinik sendromdur (55,56).

Kalp yetersizliğinin etiyolojisi ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Son 20 yıldır gelişmiş ülkelerde kalp yetersizliğinin başlıca nedeni hipertansiyondan miyokard infarktüsüne (MI) doğru değişmiştir. Az gelişmiş ülkelerde ise romatizmal kalp

hastalığı, enfeksiyonlar ve beslenme bozuklukları en sık rastlanılan nedenler arasındadır (57). Kalp kası hastalığına bağlı kalp yetersizliği nedenleri Çizelge 2.1’ de verilmiştir.

Çizelge 2.1. Kalp kası hastalığına (miyokart hastalığı) bağlı yaygın kalp yetersizliği nedenleri

• Koroner kalp hastalığı	• Birçok belirti ve bulgu
• Hipertansiyon	• Çoğu zaman sol ventrikül hipertrofisi ve korunmuş ejeksiyon fraksiyonuyla bağlantılı
• Kardiyomiyopatiler	• Ailesel/genetik ya da ailesel olmayan/genetik olmayanlar (miyokardit gibi edinilmiş olgular dahil) Hipertrofik (HKM), dilate (DKM), restriktif (RKM), aritmojen sağ ventriküler (ARVKM), sınıflandırılmamış
• İlaçlar	• Beta-blokerler, kalsiyum antagonistleri, antiaritmikler, sitotoksik ilaçlar
• Toksinler	• Alkol, madde, kokain, eser maddeler (civa, kobalt, arsenik)
• Endokrin	• Diabetes mellitus, hipo/hipertiroidi, cushing sendromu, adrenal yetersizlik, aşırı büyüme hormonu, feokromositoma
• Nutrisyonel	• Tiamin, selenyum, karnitin eksikliği. obezite, kaşeksi
• İnfiltratif	• Sarkoidoz, amiloidoz, hemokromatoz, bağ dokusu hastalığı
• Diğer	• Chagas hastalığı, HIV enfeksiyonu, peripartum kardiyomiyopati, son evre böbrek yetersizliği

(Kaynak: Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Kılavuzu)

Kalbin işlevi yalnızca sınırlı yollardan etkilenmektedir. Kalpte başlıca işlevsel bozukluk nedenlerini; kalp kasında hasar ya da kayıplar, akut ya da kronik iskemi, hipertansiyonla damar direncinde artış ya da atriyal fibrilasyon (AF) gibi bir taşiaritminin geliştiği durumlar oluşturmaktadır. Koroner arter hastalığı en yaygın miyokard hastalığı nedenidir ve KY bulunan hastaların yaklaşık %70’inde hastalığın başlamasına neden olmaktadır. Kalp yetersizliği hastaların %10’unda kapak hastalığı, %10’unda da kardiyomiyopati bulunmaktadır. Kalp yetersizliği tablosunun ortaya çıkmasında temeldeki kardiyak hastalıklara ek olarak presipite eden faktörler de oldukça önemlidir ve bunlar klinik kalp yetersizliği ataklarının %50–90’ından sorumludurlar (10,11,19,21,58).

2.4.1. Kalp Yetersizliğini Presipite Eden Durumlar

Kalp yetersizliğini presipite eden faktörler denildiği zaman, kardiyovasküler sistem üzerine etkileriyle kalbin atım gücünü ileri derecede azaltan diğer hastalık süreçleri anlaşılmaktadır. Fiziksel veya emosyonel stres, aritmi, enfeksiyon, anemi, metabolik ve endokrin hastalıklar, Paget’s hastalığı, beslenme bozuklukları, pulmoner

hastalıklar ve hipervolemi kalp yetersizliğini presipite eden faktörler arasında yer almaktadır. Kalp yetersizliğinin gelişmesinde rol oynayan bu faktörlerden; obezite, anemi, hipertansiyon, hipertiroidi, sigara ve alkol kullanımı önlenemeyen durumları oluşturmaktadır (10,11,59,60). Kalp yetersizliğinde hasta uyumundaki yetersizlikler; tuz ve su kısıtlamalarını kapsayan diyet önerilerine uyumsuzluk ve düzensiz ilaç kullanımı (doz atlama, düzenli aralıklarda almama ya da dozu unutma vb.) da kalp yetersizliğini presipite eden bu faktörler arasında yer almaktadır. KY' yi presipite eden tüm faktörler sadece hastalığın oluşumuna neden olmakla kalmayıp, aynı zamanda kalp yetersizliğinin semptomlarını arttırarak hastalığın seyrini de olumsuz etkilemektedirler (29,59,61–66). Bu nedenle hastaların kalp yetersizliğini oluşturan ya da ilerlemesine neden olan etkenleri bilmesi önemlidir.

2.5.Kalp Yetersizliği Fizyopatolojisi

Kalp yetersizliği, kalbin, dokuların gereksinimi olan kanı pompalayamaması ya da bunu ancak artmış dolum basınçlarıyla yapabildiği klinik bir durumdur. Sonuç olarak dokularda beslenme bozukluğuna yol açan bu durum, birçok kalp hastalığı ya da kalp dışı hastalıkta gözlenebilmektedir (10,59,67,68).

Kalp yetersizliği sıklıkla, primer ya da sekonder olarak, kalbin kasılma veya gevşeme bozuklukları sonucu oluşmaktadır. Bu tabloda ilk basamakta normal dolaşım sistemi fonksiyonlarının bozulmasına yol açan bir olay gelişmektedir. Bu olay miyokard infarktüsü gibi akut bir olay olabileceği gibi, uzun süreli hipertansiyonun etkileri gibi uzun süreli bir durumda da olabilmektedir. Bu tür durumlar sonrası normal dolaşımın bozulması, kalpte adaptif birçok sonuçlar doğurmaktadır. Başlangıçta dolaşım sistemindeki sorunun düzeltilmesine yönelik olarak ortaya çıkan bu mekanizmalar, uzun dönemde kalp fonksiyonlarının daha da bozulmasına yol açarak kalp yetersizliği semptom, bulgu ve komplikasyonlarının gelişmesine ya da ağırlaşmasına yol açabilmektedirler (18,56,59,67,68,69).

- **Temel Adaptif Mekanizmalar**

1. Frank Starling Yasası: Ventrikül sistol başındaki volümün artması, o ventriküldeki kasılmanın daha güçlü olmasını, atım hacminin daha fazla olmasını ve gevşeme süresinin daha hızlı olmasını sağlamaktadır. Kalp yetersizliğinde başlangıçta su ve tuz tutulumu olmakta ve dolaşım bu şekilde sağlanmaya çalışılmaktadır. Ancak uzun

dönemde bu mekanizma dilatasyon, duvar gerilimi artışı ve kasılma bozukluğuna yol açmakta ve yetersizlik durumunu ağırlaştırmaktadır (10,11,59,60,67,68,69).

2. Nörohumoral Sistemlerin Aktivasyonu: Kalp yetersizliğinde başta sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi olmak üzere birçok nöroendokrin sistem aktif hale geçmektedir. Bu sistemler, öncelikle dolaşım sisteminde gelişmiş olan bozukluğu kompanse etmek amacını taşımaktadır. Ancak, bu kompensatif mekanizmalar, zaman içinde hastanın durumunun giderek ağırlaşmasına neden olmaktadır (10,11,59,60,67,68,69).

3. Miyokard Hipertrofisi – Dilatasyonu: Kalp hemodinamik bir yüke hipertrofi ve/veya dilatasyonla yanıt verir. Hemodinamik yük bir basınç yükü ise (öneğin uzun süreli sistemik hipertansiyon), bu yanıt hipertrofi ve duvar kalınlığının artması şeklinde, volüm yükü ise (öneğin aort darlığı) dilatasyon şeklinde görölmektedir. Hem hipertrofi, hem de dilatasyon, uzun dönemde miyokard performansının azalmasına neden olmaktadır (10,11,59,60,67,68,69).

2.6.Kalp Yetersizliğinin Tipleri

Kalp yetersizliğinin, Öne- Geriye Doğru Kalp Yetersizliği, Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği, Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği, Düşük ve Yüksek Debili Kalp Yetersizliği, Sistolik ve Diastolik Kalp Yetersizliği olmak üzere beş çeşit formu bulunmaktadır.

2.6.1.Öne Doğru-Geriye Doğru Kalp Yetersizliği

Geriye doğru kalp yetersizliği ilk kez 1832' de James Hope tarafından kan birikimi ve ventriküler, atrial ve venöz basınçlardaki artış nedeniyle ventrikülün pompalama gücünün azalması ile oluşan yetersizlik olarak tanımlanmıştır. Geriye doğru kalp yetersizliğinin primer etyolojisini mekanik kardiyak obstüriksiyon oluşturmaktadır (10,11,70).

İleriye doğru kalp yetersizliği terimi 1913 yılında Mackenzie tarafından kullanılmıştır. İleriye doğru kalp yetersizliğinin oluşmasındaki birincil neden; hayati organlardaki perfüzyonun azalmasına yol açan kardiyak out put' daki azalma durumunun oluşmasıdır. Beyin perfüzyonun bozulmasına bağlı olarak mental konfüzyon, iskelet kasının perfüzyonunun bozulmasına bağlı olarak güçsüzlük, böbrek perfüzyonun bozulmasına bağlı olarak sodyum ve su retansiyonu ortaya çıkmaktadır.

Hem geriye hem de ileriye doğru yetersizlik kronik kalp yetersizliği olan hastaların çoğunda görülmektedir (10,11,18,59,70).

2.6.2.Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği, kalbin kendisine gelen kanı yeterli bir biçimde dolaşımda, ileriye doğru taşıyamadığını ifade etmektedir. Kalp yetersizliği bulgularının çoğu kanın ileriye doğru taşınmayıp birikmesi sonucu gelişmektedir. Sağ kalp yetersizliğinde kan dolaşımı venöz kısımda toplanmakta ve geriye doğru göllenme oluşmaktadır. Sol kalp yetersizliğinde ise kan akciğerlere doğru geriye göllenmektedir (10,11,18,59,70).

Sağ kalp yetersizliğinde periferik ödem ön planda görülmektedir. Sol kalp yetersizliği seyrinde, zamanla sağ kalp yetersizliğinin de ortaya çıkmasıyla sıvı birikimi yaygınlaşmakta ve ayak bileği ödemi, konjestif hepatomegali, asit ve plevra da sıvı toplanması görülmektedir. Kalp yetersizliğindeki sıvı birikiminin oluşmasında, azalmış glomerul filtrasyon hızı ve renin- angiotensin- aldesteron sisteminin aktivasyonu rol oynamaktadır (10,11,18,59,70).

2.6.3.Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği

Akut ve kronik kalp yetersizliğinin klinik bulguları, KY sendromunun ilerleme durumuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Akut KY, sol ventrikül fonksiyonundaki azalma, akut miyokard infarktüsü veya akut valvüler disfonksiyondan kaynaklanabilmektedir. Bu durumların hızlı gelişimi ile sempatik sinir sistemi kompensasyonunun etkisiz kalması sonucunda pulmoner ödem ve kardiyojenik şok görülebilmektedir. Kronik KY ise uzun vadede ortaya çıkmaktadır ve fizyolojik kompensasyon mekanizmaları Kronik KY' de daima etkisiz kalmaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasında valvüler hastalıklar, yüksek kan basıncı veya kronik obstüriktif akciğer hastalığı rol oynamaktadır (10,11,18,59,70).

2.6.4. Düşük ve Yüksek Debili Kalp Yetersizliği

Konjenital, valvüler, romatizmal, hipertansif, koroner ve kardiyomiyopati kökenli birçok kardiyovasküler hastalık, düşük debili kalp yetersizliğine neden olabilmektedir. Yüksek debili kalp yetersizliği ise; anemi, edinsel arteriovenöz fistüller, tirotoksikoz, kemiğin paget hastalığı, multipl myelom, polisitemia vera, karsinoid sendrom ve gebeliklerde daha çok görülmektedir. Yüksek debili durumlar altta yatan

bir kalp hastalığı söz konusu olduğunda kalp yetersizliğine neden olabilirler, ancak nadiren de olsa tek başlarına da kalp yetersizliğine neden olabilmektedirler (10,11,18,59,70).

Düşük debili kalp yetersizliği, sistemik vazokonstriksiyonla, soğuk, soluk ve hatta bazen siyanotik ekstremitelerle, ileri aşamalarında ise nabız basıncının azalmasıyla karakterize bir hastalıktır. Yüksek debili kalp yetersizliğinde ise ekstremiteler sıcak ve kırmızı, nabız basıncı normal veya artmış olarak görülmektedir.

2.6.5.Sistolik ve Diastolik Kalp Yetersizliği

Son yıllarda kalp yetersizliği, kalbin sistolik (kontraksiyon, kasılma ya da pompa gücü) ve diyastolik fonksiyonlarının (genişleme, diyastolde dolamama) durumuna göre sınıflandırılmaktadır (19). Kalp yetersizliği semptomları ile karşımıza çıkan hastaların yaklaşık 1/3'ünde sol ventrikülün sistolik fonksiyonları normal bulunmakta ve diyastolik disfonksiyon tanısına varılmaktadır. Diyastolik KY sendromu, sol ventrikülün doluş direncini arttıran anatomik bozukluklara veya çok daha sık olarak myokardın gevşeme süresini ve/veya kompliansını bozan fizyopatolojik durumlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. En sık iki nedeni hipertansiyon ve yaşlanmadır. Aynı zamanda çeşitli klinik rahatsızlıklar da özellikle taşikardide ve iskemide de oluşabilmektedir. Diyastolik KY' de sol ventrikülün enerjiye bağımlı aktif gevşemesinin bozulmasına bağlı olarak pulmoner konjesyon ve/veya kalp debisinin azalmasına bağlı semptomlar oluşmaktadır (10,71,72,73).

2.7.Kalp Yetersizliğinde Belirti ve Bulgular

Kalp yetersizliğinde semptomlar hastalık tipine ve ağırlık derecesine göre değişmektedir. Bu semptomların bilinmesi hastalığın erken tanısını belirlemek ve hastalığın alevlenmesini önlemek için önemlidir, bu nedenle iyi bir hastalık öyküsü almak ve doğru fizik muayene yapmak oldukça önem taşımaktadır Kalp yetersizliğinde yaşanan semptomlar; pulmoner ödem, sistemik venöz konjesyon ve düşük kardiyak debi nedeniyle ortaya çıkmaktadır(18,19,59,60).

2.7.1.Pulmoner Konjesyona Bağlı Semptomlar

Kalp yetersizliğinin pulmoner konjesyona bağlı en sık görülen semptomlarını dispne, ortopne ve paroksizmal nokturnal dispne (PND) oluşturmaktadır (18,59,60,70).

Dispne: Kalp yetersizliğinin en sık karşılaşılan bulgusudur. Erken dönemde sadece egzersiz sırasında gözlenen bu durum efor dispnesi olarak adlandırılmaktadır. Egzersiz sırasında normal kişilerde oluşan dispne ile kalp yetersizliği olan bireylerdeki dispne arasındaki fark bunun oluşumu için gereken egzersiz miktarını oluşturmaktadır. Dispne; hastalarda yetersizliğin derecesine göre ortopne, paroksizmal nokturnal dispne ve kardiyak dispne olarak görülmektedir.

Kardiyak Dispne: Pulmoner venöz ve kapiller basıncın arttığı hastalarda sıklıkla gözlenmektedir. Bu hastalarda pulmoner damarlar genişler ve interstisyel pulmoner ödem gelişir. Kardiyak debinin azalması ile kaslara giden kan akımı azalmış ve solunum daha da zorlaşmıştır. Solunum zorluğu çoğu ciddi kalp yetersizliği olgularında görülebilmekte ve bunun sonucunda uyku apnesi gelişebilmektedir. Kalp yetersizliği olan bireylerde hipoksi varlığı pulmoner ödem ya da pulmoner hastalığı ifade etmektedir (10,11,18,59,60,70).

Ortopne: İstirahatte ve yatar durumda ortaya çıkan dispne, ortopne olarak adlandırılmaktadır. Ortopnede, karın ve alt ekstremitelerde toplanmış sıvı sırtüstü yatınca akciğerlere doğru yer değiştirmekte, akciğer konjesyonu ile beraber kapiller hidrostatik basınç artışına neden olmaktadır, bu durum da hastalarda solunum güçlüğüne neden olmaktadır (10,11,18,59,60,70).

Paroksizmal Nokturnal Dispne (PND): Sıklıkla gece gelen ve hastayı uykudan uyandıran dispne şeklidir. Ortopne hastanın oturmasıyla gerilerken bu tabloda oturur pozisyona rağmen öksürük ve wheezing devam etmektedir. PND' nin atakları gündüz nadir olup eforla ve heyecanla uyarılabilmektedir. PND' nin gece olmasının sebepleri:

1. Sırt üstü yatış sırasında torasik kan volümünün artması ve akciğer interstisyumuna sıvı geçmesi,
2. Yatar pozisyonda iken diyaframın yükselmesi,
3. Uyku sırasında sol ventrikül adrenerjik desteğinin kalkması,
4. Solunum merkezinin gece uykuda deprese olmasıdır.

Paroksizmal nokturnal dispnede öksürük pulmoner konjesyonun olduğunu göstermektedir. Solunum zorluğu, akciğerlerde krepitan raller, pembe köpüklü balgam, taşikardi başlıca belirtilerini oluşturmaktadır. Tedavi edilmese ölümcül olabilmektedir (10,11,18,59,60,70).

2.7.2. Sistemik Venöz Konjesyona Bağlı Semptomlar

Sağ kalp yetersizliği olan hastalarda sistemik venöz konjesyon semptomları bulunabilir. En sık semptom periferik ödemdir. Şiddetli sağ kalp yetersizliğinde asit ve hepatik konjesyon, karın ağrısı veya bulantı gibi gastrointestinal semptomlar da gelişebilmektedir (74).

Ödem: Sağ ventrikül yetersizliğinin gelişmesiyle çevre dokularda ödem ortaya çıkmaktadır. Karının sağ üst kadranda dolgunluk hissi, geriye doğru biriken kanın karaciğeri büyütmesiyle ortaya çıkmaktadır. Konjesyon zamanla karaciğer fonksiyonlarının bozulmasına neden olmaktadır. Bu bozukluk günümüzde nadir görülen kalp yetersizliğine bağlı siroza neden olabilmektedir. Gelişen portal hipertansiyon nedeniyle karında şişlik (ascites) görülebilmektedir. Asitin periferik ödemle birlikte görülmesi, karaciğer hastalıklarından ayırt edilmesinde önem taşımaktadır. Yüksek sistemik venöz basınç nedeniyle büyüyen karaciğer ağrısı, mide barsak sistemindeki ödem ise iştahsızlık ve bulantıya neden olabilir. Kalp yetersizliğinde görülen ödem simetriktir, gode bırakmaktadır ve yerçekimine bağlı olarak sıklıkla alt ekstremitelerde görülmektedir (10,11,18,59,60,70).

Kalp yetersizliği olan hastalarda gece saatlerinde supine pozisyonunda kanın kalbe dönüşü kolaylaşmaktadır, dolayısıyla preload artmakta ve bu durum da kardiyak outputu artırarak glomerüler filtrasyonu hızlandırmaktadır. Sonuçta bu durum noktüri gelişmesine neden olabilmektedir. İleri dönem kalp yetersizliğinde kardiyak outputun ciddi azalması sonucunda ise oligüri gelişebilmektedir (10,11,59).

2.7.3. Düşük Kardiyak Debiye Bağlı Semptomlar

Düşük kardiyak debiye bağlı olarak kalp yetersizliği hastalarında yorgunluk, egzersiz toleransında azalma ve mental durum değişiklikleri görülebilmektedir. Düşük debili durumları olan hastalar düşük kan basınçlarını sürdürmeye eğilimlidir ve özellikle diüretik veya vazodilatatör tedavisi gören hastalarda ortostatik hipotansiyon oluşabilmektedir (59,60,75).

Halsizlik ve Yorgunluk: Kalp debisinin azalması sonucunda iskelet kaslarının hipoperfüzyonuna bağlı olarak gelişmektedir. Dokuların ihtiyacı olan oksijen karşılanamadığı için yorgunluk ve halsizlik oluşabilmekte, hasta günlük yaşam aktivitelerinde hatta dinlenme anında bile yorgunluk hissedebilmektedir (10,11,60,75).

Egzersiz İntoleransı: Sistolik sol ve sağ kalp yetersizliğinde meydana gelen düşük kardiyak output, iskelet kaslarının fonksiyonu için gerekli metabolitlerin yeterli miktarda taşınamamasına ve dokulardan uzaklaştırılmamasına neden olmaktadır ve müsküler atrofi meydana gelebilmektedir. Solunum kaslarında oluşan kondüsyon eksikliği de egzersiz intoleransını arttırmaktadır (10,11,18,59,60,70).

Serebral Bulgular: Kalp pompalama gücünde görülen azalma nedeniyle oluşan beyin kanlanmasıdaki değişiklikler merkezi sinir sistemine ait huzursuzluk, uykusuzluk, anksiyete vb. şikayetlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. İleri dönemde gelişebilecek olan beyin ödemi de bu şikayetlerin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca, kanda zararlı maddelerin düzeyinde olabilecek artışlar da bu tabloya katkıda bulunmaktadır. Uykusuzluk ise nörolojik bulgularda olabileceği gibi, hastaların nefes darlığı atakları nedeniyle de oluşabilmektedir (10,60,76)

Kalp yetersizliği olan hastalar, kalp yetersizliğinin spesifik belirtilerini göstermeyebilirler. Bu hastalarda diyet ve diğer hastalıkların tedavisi sonucu farklı semptomlar da görülebilmektedir. Bunlar da yaşamı tehdit eden epizotlar oluşturabilmektedirler (10,11,18,56,59,60,70).

2.8. Kalp Yetersizliği Sınıflaması

Kalp yetersizliğinin farklı klinik amaçlara yönelik olarak değişik sınıflamaları mevcuttur.

Kalp yetersizliği şiddetini belirlemede yaygın olarak iki sınıflandırmaya başvurulmaktadır (Çizelge2.2). Bunlardan New York Heart Association (NYHA: New York Kalp Birliği) işlevsel sınıflandırmasında semptomlar ve egzersiz kapasitesi temel alınmaktadır (10,11,18,19,59,60,70,77). Klinikte kullanımının yararlı olduğu görülen NYHA sınıflandırması günümüzde randomize çalışmaların çoğunda rutin olarak kullanılmaktadır. Bir diğer sınıflandırma ise KY'ni yapısal değişiklikler ve semptomlar temelinde farklı evrelere ayırmaktadır (19,20,60). Bu iki sınıflandırmadan, kalp yetersizliğinin ağırlık derecesi sınıflandırılırken çoğu zaman NYHA işlevsel sınıflandırması kullanılmaktadır. Myokard İnfarktüsü bulunan hastalarda ise, KY'nin ağırlık derecesini değerlendiren diğer iki sınıflandırma olan Killip ve Forrester sınıflandırmalarına başvurulmaktadır (10,11,19,20,59,60,70,77,78).

Çizelge 2.2. Kalp yetersizliğinin yapısal anormalliğe göre (ACC/AHA) ya da işlevsel kapasiteyle ilişkili semptomlara göre (NYHA) sınıflandırılması

ACC/AHA kalp yetersizliği evreleri	NYHA İşlevsel Sınıflandırması
Kalp kasının yapısı ya da hasarı temelinde kalp yetersizliği evreleri	Semptomları ve fiziksel aktiviteyi temel alan ağırlık derecesi
Evre A Kalp yetersizliği gelişme riski yüksek. Saptanan herhangi bir yapısal ya da işlevsel anormallik yok; herhangi bir bulgu ya da semptom yok.	Sınıf I Fiziksel hareket kısıtlaması yok. Olağan fiziksel etkinlik beklenenin üzerinde halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açıyor.
Evre B Kalp yetersizliği gelişmesiyle yakından bağlantılı gelişmiş yapısal kalp hastalığı var, ancak herhangi bir bulgu ya da semptom yok	Sınıf II Hafif hareket kısıtlaması var. Dinlenme halinde rahat, ancak olağan fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açıyor.
Evre C Semptomatik kalp hastalığı ve altta yatan yapısal kalp hastalığı var.	Sınıf III Belirgin hareket kısıtlanması var. Dinlenme halinde rahat, ancak olağan düzeyin altında fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açıyor.
Evre D Maksimum tıbbi tedaviye rağmen gelişmiş yapısal kalp hastalığı ve dinlenme halinde saptanmış kalp yetersizliği semptomları var.	Sınıf IV Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinliği sürdürmüyor. Dinlenme sırasında semptomlar var. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artıyor.

(Kaynak: Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Kılavuzu.)

2.9.Kalp Yetersizliğinde Tanı

Kalp yetersizliği tanılması, hastalık öyküsü, fizik muayene, tanısal tetkikler ve çeşitli ayırıcı tanısal işlemler kullanılarak yapılmaktadır.

2.9.1.Hastalık Öyküsü

Kalp yetersizliği tanılmasında hastalık öyküsü oldukça önemlidir. Yeterli ve doğru alınmış bir hastalık öyküsü, kalp yetersizliği olma olasılığı düşük olan risk gruplarının (iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, kapak hastalığı, aşırı alkol kullanımı vb. olmayan); kalp yetersizliği olma olasılığı yüksek olan risk gruplarının (myokard infarktüsü geçirmiş ve/veya angina pectoris tanımlayan yaşlı hastalar vb) ve ileri ya da başlangıç seviyesinde olan hasta gruplarının belirlemesine yardımcı olmakta ve KY tanılmasını kolaylaştırmaktadır (59,75).

Sonuç olarak yeterli ve doğru olarak alınan hastalık öyküsü bize kardiyovasküler sistem hastalıkları (KVS) mevcut durumu hakkında önemli ipuçları verebilmektedir

2.9.2.Fizik Muayene

Kalp yetersizliği tanısında fizik muayene oldukça önemlidir. Yetersizlik şüphesi olan her hastada aşağıdaki bulgular araştırılmalıdır (79).

- İstirahatte taşikardi
- Apeks vurusunun sola dışı doğru kayması ve kardiyomegalinin saptanması
- Prodiyastolik gallop (S3) sesinin duyulması
- Presistolik gallop (S4) sesinin duyulması
- Boyun venlerinde dolgunluk ve venöz basınç artması
- Hepatojuguler reflü
- Pretibial ödem
- Karında şişilik, serbest asit, skrotal ödem
- Pulsus alternans
- Pulmoner yaş raller
- Plevral efüzyon
- Cheyn-Stokes solunumu
- Ateş

Kalp yetersizliğinin tanısı için iyi bir hastalık öyküsü ve fizik muayene yeterli olabilmektedir. Bunların yeterli olmadığı durumlarda diğer tetkikler tanıya yardımcı olmaktadır (10,11,18,59,69,70,75,77).

2.9.3. Diğer Tanısal Teknikler

KY tanısını doğrulama ya da dışlamada rutin olarak birkaç tanısal test kullanılmaktadır (19). Bunlar:

- Önceki infarkt varlığı ve sol ventrikül hipertrofisini değerlendirmede kullanılan elektrokardiyografi (EKG), toraks grafisi; kalp boşluklarını ve kapak fonksiyonlarının değerlendirilmesi, sistolik ve diyastolik fonksiyonların yorumlanması konusunda oldukça önemli bilgiler veren ekokardiyografi gibi görüntüleme teknikleri,
- Laboratuvar testler, akciğer fonksiyon testleri, egzersiz testi, ayaktan EKG izlemesi (Holter testi) gibi testler,
- Kalp kasının ve kalp büyümesinin ve beslenmesinin kesin kanıtlarını veren kardiyak kateterizasyon ve endomikrokardiyal biyopsi gibi işlemlerden oluşmaktadır (10,11,18,19,69,70).

2.9.4. Ayırıcı Tanı

Kalp yetersizliği tanılmasında hastalık öyküsü, fizik muayene ve tanısal tetkiklerin yanı sıra çeşitli ayırıcı standart kriterler de kullanılmaktadır. Bunlardan en sık kullanılanı Framingham Kriterleri' dir. Framingham kriterlerine göre 2 major ya da

1 major + 2 minör kriterle kalp yetersizliği tanısı konulabilmektedir (10,11,18,70). Framingham Kalp Yetersizliği Kriterleri Çizelge 2.3' de verilmiştir.

Çizelge 2.3. Framingham kalp yetersizliği kriterleri

Framingham Kalp Yetersizliği Kriterleri	
Major Kriterler	Minör Kriterler
Paroksizmal noktürnal dispne	Ayak bileği ödemi
Boyun venlerinde dolgunluk	Gece öksürüğü
Kardiyomegali	Güç sarfedince oluşan dispne
Akut pulmoner ödem	Plevral efüzyon
S3 gallop ritmi	Hepatomegali
Sirkülasyon zamanı ≥ 25 saniye	Vital kapasite azalması (maksimumdan 1/4 oranında azalmıştır)
Venöz basıncının artması (>16 cm su)	Tasikardi (≥ 120 /dak)
Raller	
Hepatojuguler reflü	

(Kaynak: Dolar E. *İç Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Kitapevi, 2005; 19–30)

2.10.Kalp Yetersizliği Komplikasyonları

Kalp yetersizliğinin ilerlediği, prognozun kötüleştiği durumlarda akut pulmoner ödem ya da kardiyojenik şok gibi komplikasyonlar görülebilmektedir.

2.10.1.Akut Pulmoner Ödem

Kalp hastalıklarının en tehlikeli, mortalitesi en yüksek klinik tablolarından birisi “akut pulmoner ödem” tablosudur. Kalp yetersizliğine bağlı kapiller hidrostatik basınç artışı nedeniyle oluşan bu durum hemen acil müdahale gerektirmektedir (18,60,69).

Hastada ileri derecede solunum sıkıntısı görülmektedir. Hırıltılı solunum, öksürük ve pembe köpüklü balgam, siyanoz, ölüm korkusu ve boğulma hissi bu tablonun tipik belirtilerini oluşturmaktadır (18,55).

2.10.2.Kardiyojenik Şok

Kalp ve çevresinden kaynaklanan birçok nedenle kalbin pompa işlevini yerine getirememesi nedeniyle kardiyojenik şok gelişmektedir (18,59,60).

Genel olarak sol ventrikülün görevini tam olarak yerine getiremediği durumlarda ventriküler veya supraventriküler aritmi ile birlikte görülebilen tedaviye yanıt vermeyen taşiaritmi veya bradiaritmler şok sebeplerini oluşturmaktadır. Kardiyojenik şok, iskemik kalp hastalığı, idiyopatik ve tedaviye yanıt vermeyen kardiyomiyopatiler gibi

her türlü miyokard fonksiyon bozukluğu olan hastaların son döneminde görülebilir. En sık görülen nedenini ise akut miyokard infarktüsü oluşturmaktadır (10,11,18,60,80).

Kardiyojenik şokta başlıca bulgular; ciddi hipotansiyon, azalmış nabız basıncı, taşikardi, düşük kalp debisi, doku ve organ hipoperfüzyonu bulguları (renal disfonksiyon, soğuk ve nemli ekstremiteler, siyanoz) serebral hipoperfüzyona bağlı laterji ve konfüzyon, artmış kan laktat düzeyine bağlı metabolik asidoz şeklindedir (10,11,18,60,80).

211.Kalp Yetersizliği Tedavisi

Kalp yetersizliği tedavisinin kısa dönemdeki amaçları, semptomları kontrol altına almak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Uzun dönemdeki amacı ise kalp yetersizliği sendromunun karakteristik özelliği olan ilerleyen sol ventrikül disfonksiyonunu yavaşlatarak, durdurarak veya geriye döndürerek yaşam süresini arttırmaktır. Kalp yetersizliğindeki temel tedavi prensibi; düzeltilebilir kalp yetersizliği nedenlerinin tedavisi ve kalp yetersizliğinin seyrini ağırlaştırıcı etkenlerin ortadan kaldırılmasıdır (32,81).

Kalp yetersizliği tedavisi; nonfarmakolojik tedavi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi yöntemlerini içermektedir (19,82).

2.11.1.Kalp Yetersizliğinde Farmakolojik Tedavi

Bir çok hastada konjestif kalp yetersizliğinin spesifik bir tedavisi bulunmamaktadır. Tedavi mümkünse altta yatan ventriküler disfonksiyonu, kaldırmaya semptomları iyileştirmeye, asemptomatik kardiyak disfonksiyonun semptomatik kalp yetersizliğine ilerlemesini önlemeye ve hayat beklentisini arttırmaya yöneliktir (83). Bu nedenle hastalara tıbbi tedavi verilip, yaşam şeklinde değişiklik önerilmektedir. Tıbbi tedavi genel olarak ACE inhibitör, Diüretik, Anjiyotensin II Reseptör Antagonist, Kardiyak Glikozid, Beta Blokör, Vazodilatör, Antitrombotik, Antiaritmikler gibi ilaçları içermektedir.

Diüretikler

Kalp yetersizliğinin tedavisinde intravasküler volümü ve preloadu azaltmak amacıyla kullanılmaktadırlar (27). Genel olarak bütün potasyum tutucu diüretiklerin kullanımında serum kreatinin ve potasyum düzeyleri izlenmesi gerekmektedir. Bu konudaki öneri, tedavi başladıktan sonra her 5-7 günde bir serum kreatinin ve

potasyum seviyelerinin değerleri stabil oluncaya kadar ölçülmesidir. Bundan sonraki her 3-6 ayda bir hastalara kontrol önerilmektedir (83,84).

Anjiotensin Konverting Enzim (ACE) İnhibitörleri

Tedavide angiotensin I' in angiotensin II' ye dönüşümü engelleyerek bradikinin yıkımını azaltmakta, preload ve afterloadu düşürürerek sol ventrikülün sistolik fonksiyonunu düzeltmektedir Sol ventrikül disfonksiyonu olan tüm hastalarda ACEI kullanılmalıdır. Bu ilaçlar hastaların yaşam süresini doğrudan etkilemektedir (45).

Beta Blokerler

Kalp yetersizliğinde sempatik sinir sisteminin aktive olduğu ve bu aktivasyonun kötü prognoza neden olduğu bilinmektedir. Beta blokerler kalpteki beta reseptörlere bağlanarak, stres hormonlarının bu reaksiyonu tetiklemesini önlemektedirler. Böylece, beta blokerler kalp hızını yavaşlatarak ve kalp kaslarının kasılma gücünü (pompa işlevi) azaltarak kardiyak stresi azaltmaktadırlar(56,85,86).Genel olarak ejeksiyon fraksiyonunu (EF) düzelttikleri, kardiyak doluş basınçlarını düşürdükleri ve aritmi nedeniyle gelişen ani ölüm riskini azalttıkları bilinmektedir (26).

Vazodilatörler

Vazodilatörler preloadı azaltmakta miyokardiyal perfüzyonu arttırmaktadırlar, arteryel dilatörler afterloadı azaltarak kalbin iş yükünü azaltmaktadırlar. Vazodilatörler özellikle iskemik kalp yetersizliğinde etkili olmaktadır. Vazodilatör kullanan hastalarda oluşabilecek hipotansiyon, taşikardi, arteryel hipoksemi, baş ağrısı, tolerans gelişimi gibi yan etkiler açısından dikkatli olunması gerekmektedir (45).

Dijital glikozidler

Dijital glikozidler hücre membranındaki ATP-bağımlı sodyum/potasyum pompasını inhibe ederek kalp kası hücreleri içindeki kalsiyum iyonlarının artmasına ve böylece kontraktilitenin artmasına yol açmaktadırlar. Vagal tonusu arttırıp, ventrikül hızını azaltarak, diyastol sırasında ventrikülün daha iyi dolmasını sağlamaktadırlar (82,87).

Diğer pozitif inotropikler

Bunlar fosfodiesteraz inhibitörleri ve beta adrenerjik agonistlerdir. Genellikle son dönem KY’de, transplantasyon öncesinde kullanılmaktadırlar. (82).

Antikoagülanlar

Atrial fibrilasyonda antikoagülanlar, daha önce miyokard infarktüsü geçirenlerde asetil salisilik asit (ASA) ya da antikoagülanlar kullanılmalıdır. Yaşlı, mobil olmayan, ileri evre KY hastalarında trombo-embolik olay riski (derin ven trombozu da dahil) oldukça yüksektir. Bu hastaların mobilite sağlanana kadar warfarin kullanmaları uygun görülmektedir. Sistemik ya da pulmoner emboli geçiren ya da ekokardiyografi ile kalpte trombüs saptanan hastalarda da warfarin tedavisine başlanmalıdır. (82).

Anjiyotensin Reseptör Blokörleri (ARB)

Anjiyotensin II reseptör antagonistleri (ARB) semptomatik tedavi için ACE inhibitörlerinin yan etkilerini tolere edemeyen hastalarda kullanılmaktadır. Yan etkiler ve özellikle öksürük ACE inhibitörlerinden belirgin olarak daha azdır. Böbrek fonksiyonlarının takibi ACE inhibitörlerinde olduğu kadar ARB’lerde de gereklidir (68,84).

Antiaritmik İlaçlar

Genel olarak KY’de antiaritmiklerin (beta blokerler ve dijital glikozidleri dışında) kullanım endikasyonu bulunmamaktadır. Atrial fibrilasyonda, sürekli ya da sürekli olmayan ventrikül taşikardisinde amiodaron kullanılabilir (82).

2.11.2.Kalp Yetersizliğinde Cerrahi Tedavi

Kalp yetersizliğinin cerrahi tedavisi,

- İleri koroner arter darlığı olanlarda “koroner bypass” ya da “perkütan koroner girişim”(koroner balon ve stent tedavisi),
- Kapak anomalilerine bağlı kalp yetersizliğinde kapak lezyonunun onarımı ya da kapağın değiştirilmesi
- Ventrikül anevrizmasının çıkarılması varsa atrioventriküler fistülün kapatılması
- Tam AV blok ve bradikardisi olan hastalara pacemaker takılması

- Kalp transplantasyonu şeklindedir. (19,82).

2.11.3.Kalp Yetersizliğinde Nonfarmakolojik Tedavi (Sağlıklı Yaşam Biçimi)

2.11.3.1.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlığını geliştiren, koruyan ve sürdüren sağlık merkezli bakım yaklaşımlarını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini geliştirecek, koruyacak ve sürdürecektir davranışlar kazanmasına dayandırılmıştır. Bu davranışların temelini de, sağlıklı yaşam biçimini sağlayan davranışlar oluşturmaktadır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir.

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür. Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini sürdürmede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. İlk defa Shomonsky ve Clausen 1980 yılında hastalıklara neden olabilecek risk faktörlerini ortadan kaldırmak üzerinde durmuşlardır. Pek çok ülkede ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, yıllık ölümlerin en az %50'sinin bireyin sağlıksız yaşam biçimi davranışlarından kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu bağlamda, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli ilke olarak yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik davranışlar benimsenmiştir (88).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları tüm insanlarda hastalıkların önlenmesi için önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimi davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Ölüm nedenlerine bakıldığında, birinci sırada kronik hastalıklar yer almaktadır. Bu sonuçlar kronik hastalık ve yaşam biçimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (1).

Kalp yetersizliği yol açtığı ciddi semptomlar ve komplikasyonlar nedeniyle hastaların yaşam kalitesini azaltan, mortalite oranı yüksek, tekrarlı hastane yatışlarına neden olan ancak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla da kontrol altına alınabilen kronik bir hastalık grubudur.Kalp yetersizliğinin tedavisindeki farmakolojik ve girişimsel ilerlemelere rağmen non farmakolojik yaklaşım (sağlıklı yaşam biçimi) prensipleri önemini korumaktadır(61,77,89,90).

Kalp yetersizliğinde sıklıkla dispne, yorgunluk, sıvı retansiyonu ve uyku problemleri gibi semptomlar görülmektedir. Bu semptomlar nedeniyle kalp yetersizliği hastaları genellikle bilişsel ve fonksiyonel kısıtlamalara maruz kalmakta ve sosyal destek alamamaktadırlar (35). Bu yüzden kalp yetersizliği olan hastalarda depresyon, anksiyete ya da duygudurum bozuklukları gelişebilmektedir. Kalp yetersizliğine ilişkin semptomların gelişmesini önleyen ya da hafiflemesini sağlayan, dolayısıyla bireyin yaşam kalitesini artırdığı bilinen sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında kilo kontrolü, sigarayı bırakma, aşırı alkol alımının azaltılması, su ve sodyum kısıtlaması, doğru ve düzenli ilaç kullanımı, diyetine uyum, bağışıklama, kan basıncı kontrolü ve fiziksel aktivite yer almaktadır (61,77,89,90).

2.11.3.1.Kilo Kontrolü

Sağlıksız kilo verme ve obezite ciddi sağlık sorunları oluşturmalarına karşın çoğu toplumda sağlıksız kilo vermenin öneminden çok obezite üzerinde durulmaktadır. Kalp yetersizliğinde ise kilo alma, kilo verme ve buna bağlı olarak diyet yapma bazen potansiyel zarar verici bir faktör olabilmektedir. Yapılan bir meta analiz çalışmada, kalp yetersizliği olan obez hastaların normal beden kitle indeksine sahip hastalardan daha az hastaneye başvurdukları ve ölüm oranının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Bu durumun nedeni tam olarak açık olmamakla beraber, obezitenin KY'de katabolik olayların daha az olmasının bir göstergesi olmasına bağlanmıştır (20).

Kalp yetersizliğinin ilerleyişine ve evresine göre hastaların kilo durumları değişebilmektedir. Konjestif kalp yetersizliğinde aşırı kilolu ve obez hastaların kilo vermeleri önerilirken, ileri evre kalp yetersizliği olan hastalarda ise klinik ya da subklinik malnütrüsyon görülebilmektedir (60,91). Kalp yetersizliğinde total vücut yağının kaybı ve düşük beden kitlesi kardiyak kaşeksi olarak adlandırılan kilo kaybına eşlik etmektedir (95).

Kalp yetersizliğinde kardiyak kaşeksi azalmış yaşam süresinin önemli bir göstergesidir. İstem dışı olarak en az 5 kg veya daha önceki 6 ayda ödem olmaksızın normal kilonun %7,5'inden fazla kilo kaybının olması ve /veya beden kitle indeksinin 22 kg/m²' den az olması durumlarında anormal kilo kaybı olasılığı düşünülmektedir (20).

Amerika Birleşik Devletleri' nde yapılan bir çalışmada NYHA sınıflandırmasına göre sınıf II ile IV arasındaki hastaların %8-15 kadarında kardiyak kaşeksi görüldüğü

belirtilmiştir (92). ABD’ de kalp yetersizliği olan hastaların yaklaşık olarak %50’ sinde kardiyak kaşeksiye bağlı olarak bacaklarda kas kaybı görüldüğü belirtilmektedir (20). KY’ de ortaya çıkan bu komplikasyonların tedavisinde amaç; bireylerin ödem olmaksızın normal kilosuna dönmesi, kas kütlelerinin artırılması ve yeterli fiziksel egzersizin sağlanmasıdır.

Kalp yetersizliğinde bu tür komplikasyonların nonfarmakolojik tedavisinde hastaların,

- Günlük olarak veya en geç haftada iki kez tartılması ve ölçümlerini kaydetmesi,
- Üç gün içinde aniden 2 kg’ın üzerinde kilo artışı olması durumunda, sağlık ekiplerini durumdan haberdar edip diüretik dozlarını arttırması,
- Aşırı diüretik kullanılması durumunda, aşırı sıvı kaybının oluşturacağı riskleri bilmesi gerekmektedir (19,59).

Hastaların bu konudaki uyumlarına bakıldığında, kilo kontrolü yapan kalp yetersizliği hastalarının çok az olduğu çalışmalarca desteklenmiştir (19,20,61). Kalp yetersizliğinde sağlık davranışlarının incelendiği bir çalışmada hastaların %50’inin kilo kontrolü yapmadığı, %21’inin ise ara sıra kilo kontrolü yaptığı belirtilmiştir (61). Yine Martje ve ark. (93)’nin KY olan bireylerin hastalığa uyumlarını inceledikleri çalışmalarında, 1050 kalp yetersizliği hastasının sadece %35’inin kilo kontrolü yaptığı belirtilmiştir.

Hastaların uyumlarını kolaylaştırmak için hastalara; günlük kilo takibinin önemi ve kilodaki ani artışların ödemle ilişkili olabileceği konularında eğitim vermek gerekmektedir. Bireyler, günlük takip çizelgesi ile her sabah kahvaltıdan önce, aç karnına, aynı giysilerle, aynı tartıyla tartılması ve kilosunu takip çizelgesine kaydetmesi konularında bilgilendirilmelidirler. Bu takip çizelgesinin, düzenli olarak eve ziyarete gelen hemşire ya da sağlık kurumlarındaki sağlık personeli tarafından takip edilmesi gerekmektedir (12,94,95).

2.11.3.2.Diyet ve Beslenme

Kalp yetersizliğinde hastaların, gelişmiş tanı ve tedavi yöntemlerine rağmen hastalığın teşhisinden itibaren beş yıl içinde mortalite riskinin %50’ den fazla olduğu belirtilmektedir(9). KY’ de mortalite risk faktörleri arasında her yaştan kalp yetersizliği hastasının ölümüne neden olabilen hastalığa özgü beslenme ile ilgili sorunlar önemli bir

yer tutmaktadır. Kalp yetersizliğinde malnütrisyon, kardiyak kaşeksi ve obezite gibi beslenme sorunları görülebilmektedir. Bu sorunların dışında hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçlar da beslenme sorunlarının oluşmasına neden olmakta ve hastalığın prognozunu değiştirebilmektedir (96).

Kalp yetersizliğinde, volüm artışına bağlı oluşan semptomlar hastalarda beslenmenin oluşturabileceği sorunlardan biri olup, bu semptomların gelişmesini önlemek ve hastane yatışlarını önlemek için su ve sodyum kısıtlaması önerilmektedir (97).

Su ve Sodyum Kısıtlaması:

Kalp yetersizliğinin erken döneminde bir kompensasyon mekanizması olarak gelişen su ve sodyum retansiyonu daha sonra kalp yetersizliği sendromlarının artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle kalp yetersizliği olan hastalarda sodyum ve su kısıtlanmaktadır (83,98,99). KKY' nin derecesine göre değişmekle beraber, sodyum kısıtlaması 0,5-5 gr arasında uygulanmaktadır (20,83,99). Yayınlanan kalp yetersizliği kılavuzlarında, günlük 2-3 gr, 3-4 gr olacak şekilde ya da özel bir aralık belirtmeksizin sodyum kısıtlamasından bahsedilmektedir (9,100,101). ABD Tarım Bakanlığı ve AHA beslenme komitesi sağlıklı yetişkinlerin günlük 2-3 gr sodyum tüketmelerini tavsiye etmekle beraber bunun KY olan bireylerde daha kısıtlı olması gerektiğini vurgulamaktadırlar (102). AHA 'nın KKY yönetimine yönelik kılavuzlarında Evre C kalp yetersizliği hastalarının 3 gr ve Evre D yani son evre kalp yetersizliği olan hastalarının ise 2 gr veya 2 gr' dan daha az olacak şekilde sodyum tüketmeleri tavsiye edilmektedir (9).

Sodyum kısıtlamasının kalp yetersizliğindeki önemi ve kısıtlama yapılmadığı takdirde hastane yatışlarına olan olumsuz etkisi bu konuda yapılan çalışmalarla ortaya konmaktadır (103,104).

Kalp yetersizliği hastalarının çoğu düşük sodyum diyetine uyum sağlayamamaktadır(20). Lennie ve ark.(105)' nin yapmış oldukları çalışmalarında örneklem dahiline aldıkları kalp yetersizliği hastalarının %58'inin 2 gr'in üzerinde,1398–5807 gr arasında sodyum tükettikleri belirtilmektedir. Yine Avrupa kalp yetersizliği çalışmasında hastaların sadece %36'sının diyetlerinde sodyum kısıtlamasına tam olarak uyduğu, ancak %58'nin hiç sodyum kısıtlaması yapmadığı belirtilmektedir (106). Kalp yetersizliğinde sağlık davranışlarına yönelik yapılan başka bir çalışmada ise

kalp yetersizliği hastalarının sadece %26,7' sinin diyetlerinde tuz kısıtlaması yaptığı belirtilmektedir (61).

KY' de su ve sodyum retansiyonundan dolayı hastaların diyetlerinde sodyumda olduğu gibi sıvı kısıtlamasına da dikkat etmeleri gerekmektedir. ABD' de kalp yetersizliği kılavuzları, özellikle şiddetli hiponatremisi olan ve sodyum kısıtlaması ve diüretik kullanımı olmasına rağmen sürekli veya tekrarlayan sıvı tutulumu olan kalp yetersizliği hastalarına günlük 2 litreden az olacak şekilde sıvı tüketmelerini tavsiye etmektedir (9,100). Yine European Society of Cardiology (ESC) de hiponatremi ile seyreden şiddetli kalp yetersizliğinin olduğu durumlarda, sıvı alımının 1,5–2 litre ile sınırlandırılması gerektiğini belirtmektedir (19). Martje ve ark.(93) KY hastalarının hastalığa uyumlarını inceledikleri çalışmalarında, 1050 kalp yetersizliği hastasının %73'ünün sıvı kısıtlamasına uyduğu belirtilmektedir. Yine sağlık davranışlarının incelendiği başka bir çalışmada ise hastaların sadece %29,1' nin sıvı kısıtlaması yaptığı belirtilmiştir (61).

Sodyum ve sıvı kısıtlamasının yanında uygulanan düşük kalorili diyetle kalbin yükü azalmaktadır (1,19,107). Bu sebeple hastaların alacağı günlük kalori hastadan hastaya değişkenlik göstermektedir. KY hastaları sindirimi kolay, sulu ve vitaminden zengin olan besinleri tercih etmeli ve öğünlerini az ve sık olarak tüketmelidirler (96,108). Ayrıca hastalar egzersiz gibi faaliyetler esnasında kalbin yükünü arttıran obezite konusunda da bilgilendirilmelidirler (107).

Obezitenin kardiyovasküler sistem hastalıklarının prognozlarını olumsuz yönde etkilediği birçok çalışma ile ortaya konmuştur (19,107). Obezite tek başına hipervolemi veya vücutta su tutulmasına neden olabilen bir durumdur. Batı toplumlarında önemli bir sağlık sorunu olan obezite prevalansı 45-54 yaş erkeklerinde %15, kadınlarında ise %20'dir.Ülkemizde ise 2009 yılı verilerine göre, 3,2 milyon erkek ve 5,5 milyon kadında obezite bulunduğu tahmin edilmektedir (107).

Aşırı kilolu veya obez sınıfına giren kalp yetersizliği hastalarına ideal kiloya ulaşımlası ve bu kilonun korunması önerilmektedir (107). Bireyler Beden kitle indeksi (BKİ) 25 kg/m²'den düşük ise normal, 25-30 kg/m² arası hafif şişman 30-35 kg/m² arası obez ve >35 kg/m² ise ciddi obez olarak sınıflandırılmaktadır (109).

Kalp yetersizliği prognozunda ele alınması gereken önemli konulardan biri de malnütrisyonudur. Şiddetli kalp yetersizliği bulunan kişilerde malnütrisyon yaygın olarak görülmektedir. Malnütrisyon görülme sıklığı KY'nin evresine göre değişebilmektedir.

KY evresi ilerledikçe malnütrüsyon görülme sıklığı da artmaktadır (96). Kalp yetersizliğinde kardiyak kaşeksinin fizyopatolojisi karmaşıktır ve tam olarak anlaşılammıştır, ancak değişen metabolizma, yeterli gıda almama, besinlerin yeterince kullanılamaması, barsaklarda konjesyon ve enflamatuvar mekanizmalar bu durumun oluşmasına neden olabilecek önemli faktörleri oluşturmaktadır. Sıvı retansiyonu olmayan bir hastada son 6 ay içinde ağırlık kaybı önceki stabil vücut ağırlığının %6'sının üzerindeyse, hasta kaşektik olarak tanımlanmaktadır (110,111). Kardiyak kaşeksi sağ kalımdaki gerilemenin önemli bir göstergesidir(75). Kaşeksi görülen hastalarda mortalite hızı %50 iken, kaşeksi görülmeyen hastalarda ise sadece %17'dir (96).

Çoklu beslenme sorunlarının görüldüğü kalp yetersizliğinde hastaların diyetlerine uyum davranışlarının yetersiz olduğu yapılan çalışmalarda da ortaya çıkarılmıştır (1,20,61,93,112,113). Bu nedenle KY hastalarının eğitiminde hemşireler hastalığa özgü beslenme eğitimi üzerinde durulmalı ve hastalara,

- Yiyeceklerin tuz içeriğini bilmeleri,
- Alınan yiyeceklerin sodyum miktarını kontrol etmeleri,
- Günlük 1,5-2 litre ile sınırlı sıvı almaları,
- Günlük olarak, sabah kahvaltıdan önce, mesane boşken, benzer giysilerle ve aynı tartı ile tartılmaları,
- Günde 1-2 kilo haftada 3-5 kilo fazlalığında ve haftada 1,5-2 kilo kaybı durumlarında sağlık personeline başvurmaları,
- Diüretik kullanımına bağlı olarak potasyum kaybı olabileceğinden diüretik ve ACE inhibitörü kullanan hastaların 6 ayda bir potasyum kontrolü yaptırılmaları,
- Aldığı çıkardığı izlemi yapmaları önerilmelidir (19,20,99,101).

2.11.3.3.Sigaranın Bırakılması

Sigaradaki nikotin ve karbon monoksit kalp ve damar sistemi açısından önde gelen zararlı maddelerdendir. Nikotin nabzın hızlanmasına, kalbin oksijen ihtiyacının artmasına, kan basıncının geçici olarak yükselmesine, kanın pıhtılaşmasının artmasına (trombüs oluşumuna) neden olmaktadır. Ayrıca nikotin damarların endotel tabakasına zarar vererek ateroskleroza da neden olmaktadır. Karbon monoksit ise hemoglobin ile birleşerek karboksihemoglobine dönüşerek kanın oksijen taşıma kapasitesini ve dokulara giden oksijen miktarını azaltmaktadır (99,114). Sigara içmek kardiyovasküler

hastalık için bilinen bir risk faktörüdür. Sigarının kardiyometabolik etkilerinin incelediği TEKHARF çalışmasında sigara içiciliğinin koroner hastalık riskini özellikle erkeklerde 8 kat arttırdığı belirlenmiştir (114). KY bulunan hastalarda sigarayı bırakmanın etkilerini ileriye dönük olarak değerlendiren çalışma yapılmamıştır. KKY' de kesin öneri sigaranın bırakılmasıdır. Sigara bırakma konusunda hastaların destek alması önerilebilir (99). Gözlemsel çalışmalar, sigarayı bırakmayla morbidite ve mortalite azalması arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (115).

2.11.3.4. Alkolün Kısıtlanması

Alkol genel olarak kardiyodepressan bir ajandır. Alkolik kardiyomyopatiden şüphelenilen hastalarda mutlaka yasaklanmalıdır. Diğer kalp yetersizliği olan hastalarda ise hafif- orta derecede alkol kullanmasına izin verilebilir. Bu miktar 10-20 gr/gün ile sınırlandırılmalıdır (19).

Türk Kardiyoloji Derneği' nin TEKHARF çalışmasında, alkol kullanımı riskinin içilen miktara bağlı olduğu, alkol içiminin Türk erkeklerinde metabolik sendromu, abdominal obeziteyi ve kan basıncını arttırdığı ve HDL-kolesterol düzeyini her iki cinsiyette yükselttiği sonucuna varılmıştır, koroner kalp hastalığı (KKH) riski ile kadınlarda alkol azaltma yönündeki bir ilişkiye karşılık, erkeklerdeki alkol içme durumunun koroner olayları yükseltme eğilimine yol açtığı izlenimi de elde edilmiştir (116).

2.11.3.5. Fiziksel Aktivitenin Arttırılması

Semptomatik KY bulunan hastalarda fiziksel aktivite eksikliği yaygındır ve hastalığın ilerlemesine katkıda bulunmaktadır (19). Başlangıçta gözetim altında düzenli egzersizler, vagal tonusu artırarak ve sempatik aktivasyonu azaltarak otonom kontrolü geliştirmekte, kas gücünü ve vazodilatatör kapasiteyi arttırmakta ve endotelial işlev bozukluğunu ve oksidatif stresi azaltmaktadır. Fiziksel aktivitenin önemi konusunda KY hastaları yeterli bilgiye sahip olsalar dahi uygulanma sıklığı genelde düşük seyretmektedir (20). O'Connell ve ark.(113) yapmış oldukları çalışmalarında 601 kalp yetersizliği hastasının %50 ' sinin yürüyüş ya da haftada üç olacak şekilde fiziksel aktivitede bulunduğunu belirtmişlerdir. Martje ve ark.(93)'nın çalışmalarında ise 1050 hastanın sadece %39'unun fiziksel aktivitede bulunduğu belirtilmiştir Küçük çalışmaları değerlendiren birkaç sistematik derlemede ve meta-analizde düzenli egzersizle

kazanılan fiziksel kondisyonun olağan sağlık bakımına göre mortaliteyi ve hastaneye yatışları azalttığı, egzersize toleransı arttırdığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini yükselttiği gösterilmiştir (117). Sonuç olarak KY hemşirelik bakımında, fizyolojik ve ruhsal sağlık açısından fiziksel aktivitenin önemi anlatılarak, hastaların aktivite yapmaya teşvik edilmesi ve bu konuda desteklenmesi gerekmektedir.

2.11.3.6. Bağışıklama

Kalp yetersizliğinin non farmakolojik tedavisine direkt bir etkisi olmamakla beraber bağışıklama, kalp yetersizliğinde görülen pulmoner konjesyonun yol açtığı solunum sistemi hastalıklarının önlenmesinde önemli bir yer tutmaktadır (118,119,120).

Viral komplikasyonlardan toplumda prevalansı yüksek olan grip, özellikle yaşlı kalp yetersizliği hastalarını daha savunmasız bırakarak, mortalite ve hastane yatışlarına direkt ya da dolaylı olarak etki etmektedir (121). Bağışıklamanın kalp yetersizliği üzerinde etkisinin incelendiği bir çalışmada, hastalarda kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarının gelişmesine %15,3 ile grip ve pnömokok aşılarının yaptırılmamasının neden olduğu belirtilmektedir (120). Oysaki grip ve pnömokok aşılarının yaptırılması özellikle yaşlı bireylerde genel ve kardiyovasküler mortaliteyi bunun yanı sıra hastane yatışlarını da azaltmaktadır (120,121). Sonuç olarak pnömokok ve influenza aşılarının kalp yetersizliğini kötüleştiren solunum sistemi enfeksiyonlarını önlemedeki etkisi hastalar ve sağlık çalışanları tarafından ele alınması gereken konulardandır.

2.11.3.7.Hasta ve Yakınlarının Eğitimi

Kalp yetersizliği gibi kronik bir hastalık durumunda hasta eğitimi, hastalığın klinik seyri üzerindeki etkilerinden dolayı oldukça önem taşımaktadır.

Kalp yetersizliğinde solunum sıkıntısı, yorgunluk, sıvı retansiyonu, bilişsel ve fonksiyonel sınırlılıklar görülmektedir. Dispne ve yorgunluğa bağlı olarak egzersiz toleransında kısıtlanma, sıvı birikimine bağlı olarak pulmoner konjesyon ve periferik ödem gelişmekte ve sonuçta fonksiyonel kapasite azalmakta ve yaşam kalitesimi düşmektedir (26,35,123).

Özer'in (30) çalışmasında kalp yetersizliği olan hastaların %58,8'inin yaşamdan zevk alamadığını belirtmesi kalp yetersizliğinin hastaların yaşam kalitelerini büyük oranda etkilediğini göstermektedir. Yine Coats ve ark. (124)'nın yaptığı bir çalışmada

kalp yetersizliği olan hastalarda, optimal kalp yetersizliği tedavisine rağmen hastaların büyük bölümünde semptomlarda ve yaşam kalitesinde iyileşme olmadığı gözlenmiştir. Zambroski ve ark. (125) ise semptom prevalansı ve semptom yükünün kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesi üzerine büyük etkisinin olduğunu belirlemişlerdir. Bu sonuçlar da sağlıklı yaşam biçimi oluşturmada hasta eğitiminin kalp yetersizliğindeki önemini ve gerekliliğini desteklemektedir.

Kalp yetersizliğinin klinik seyri düşünöldüğünde ileri dönem kalp yetersizliği olan hastalar tamamen veya kısmen başka birinin bakımına ihtiyaç duyabilmektedirler. Ülkemizde bu kişi genellikle aile üyelerinden biri olmaktadır.Bu durumda hastalar için gerekli olan yaşam şekli değişikliği aile için de gerekli olmaktadır. Ailenin hem yaşam şekli değişikliğine uyum sağlaması hem de hastaya destek verebilmesi için ailenin kalp yetersizliği hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir(61,112,122).

Ailenin desteği; tedaviye uyum, hastaneye yatma sıklığının azalması, sağlık kurumlarının kullanımı, hastalığın kontrolünde başarı sağlanma, kilo kaybı ve korunması ve hastalık sonrası normal yaşama dönüşü sağlama konularında etkili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle kalp yetersizliği olan hastaların eğitimine bütöncöl aile mutlaka dahil edilmelidir (61,112,122).

Hasta ve aile eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi düşünöldüğünde, kalp yetersizliği olan bireylerin almış oldukları sağlık eğitiminin hastaların sağlık davranışlarına uyumlarını etkilediği yapılan birçok çalışmada da görölmektedir(29,65,95-98, 117,118). Bu nedenle kalp yetersizliği olan hastalara ve ailelerine, bağışıklama, uyku problemlerine yönelik yapılması gerekenler, başarılı semptom yönetimi, hastalığın prognozu gibi konularda eğitim verilmeli ve taburculuk sonrasında da hastalar izlenmelidir (99).

Kalp yetersizliğinde, hastaların sağlık davranışları ve hastalığın klinik seyri, hastalığın mali yükü ve hastaneye yeniden yatışlar arasındaki ilişkide, hasta ve aile eğitimi önemli bir yer tutmaktadır (126). Koelling ve ark.(127) yapmış oldukları çalışmalarında en az 1 saatlik hasta eğitiminin, taburculuk sonrası yapılması gereken sağlık davranışları için gerekli olduğunu, taburculuk esnasında verilen en az bir saatlik sağlık eğitiminin hastalığın klinik seyrini iyileştirediği, yaşam kalitesini arttırdığı, hastane yatışlarını ve bakım maliyetini azalttığını belirlemişlerdir. Yine Efe ve ark(128) 'nın yapmış oldukları çalışmalarında ise düzenli hasta eğitiminin ve düzenli aralıklarla yapılan izlemin hastalarda kalp yetersizliği ile ilişkili dispne ve yorgunluğu azalttığını,

hastaların enerji düzeyleri ve yaşam kalitelerinin arttığını belirlemişlerdir. Bu durumda sağlık çalışanlarına hasta eğitimde önemli görevler düşmektedir.

Dünyada ve ülkemizde hasta eğitiminin sorumluluğu sağlık personellerinden özellikle hemşirelere verilmiştir. Sağlık eğitimi, hemşirenin en önemli rollerinden biridir (30). Bunda hastalar ve aileleriyle daha uzun zaman geçiren sağlık personeli olması da etkili olmaktadır. Bu durumda yaşam kalitesini yükseltecek ve hasta ve ailesini kapsayan eğitim programları hemşireler tarafından düzenlenmelidir. Kalp yetersizliğinde uygulanacak hemşirelik bakımı bireyi ve aileyi kapsayacak şekilde planlanmalı ve bireyin kendi bakımına doğrudan katılımı sağlanmalıdır (26,94).

Hasta ve ailenin eğitimi, daha sonraki hastaneye yatışları önlemede de önemli bir faktördür (26). Hastaneye yatışları azaltmak için uygulanan ilaç tedavilerine rağmen, bireylerin klinik yönetiminin etkili düzeyde olmaması nedeniyle ve hastalık hikayesinin bir sonucu olarak hastaneye yeniden yatışlar çok sık olmaktadır (129).

Bu konuda yapılan çalışmalarda, hastalığın seyri ve yaşa bağlı olarak, kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin %20 ile %55'inin taburcu olduktan sonra sıklıkla ilk 3-6 ay içerisinde yeniden hastaneye yattığı saptanmıştır (51,129). Bununla birlikte çalışmalarda, multidisipliner bir yaklaşımla verilen eğitim ve danışmanlığın, taburculuk sonrası 3 ile 6 aylık bir dönemde yeniden yatışları, mortaliteyi azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı da görülmektedir (51,127). Bu durumda kalp yetersizliğinde eğitimin sağlıklı yaşam biçimi oluşturmadaki önemi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalığın klinik seyrindeki önemi görülmektedir.

Kalp yetersizliğinin nasıl yönetileceğini bilmeme; semptomları alevlendirmekte, yaşam kalitesini düşürmekte, hastaneye yatışlarda artmaya neden olmakta ve maliyeti arttırmaktadır (25,130). Bu sonuçlar kalp yetersizliği olan bireyin öz- bakım gücünün önemini göstermektedir.

Martje ve ark. (93)' nın kalp yetersizliği sağlık davranışlarını ve bu sağlık davranışlarının hastane yatışlarına etkisini incelemiş oldukları bu çalışmada, ilaç kullanan 1050 hastanın %28' inin yanlış ilaç kullanımına bağlı olarak hastane yatışlarından en az bir ay önce kalp yetersizliği semptomlarının görüldüğü saptanmıştır. Yine aynı çalışmada hastaların %21' inin diyetine uymadığı, %39'unun sıvı kısıtlaması,%65' inin ise kilo kontrolü ve %61'inin egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Aynı çalışma verilerine göre kalp yetersizliği olan bireylerin olumlu sağlık davranışlarının yetersiz olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye

yönelik farklı yaklaşımların geliştirilmesi zorunluluğu olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan kalp yetersizliği olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında ve geliştirilmesinde sağlık profesyonellerine, özellikle hasta ve yakınlarıyla daha uzun zaman geçiren hemşirelere büyük roller düşmektedir.

2.12. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council Of Nursing, ICN)'ne göre hemşirelik; “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur”.

Türk Hemşireler Derneği (THD)'ne göre ise hemşirelik; “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, hangi girişimlerle hastaların semptomları azalmış değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir”. ICN ve THD'nin hemşirelik tanımlarından anlaşıldığı gibi; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmek hemşirenin temel sorumluluklarındandır. Günümüzde WHO ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Çünkü hemşireler sağlıklı ve hasta bireylere her türlü ortamda yaklaşım gösterirken stres, egzersiz, beslenme, yeterli uyku, ideal kilo ve kötü alışkanlıklardan kaçınmayı içeren sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini vurgulamakta ve bu davranışların kazanılmasında rehber rolü oynamaktadır (131).

Kronik ve uzun süreli bir hastalığa sahip olan bir bireyin kaliteli bir yaşam sürmesi oldukça önemlidir. Kalp yetersizliği olan bireyler sağlıklı bireyler ve diğer kronik hastalığı olan bireyler ile kıyaslandığında önemli derecede bozulmuş bir yaşam kalitesine sahiptirler. Yaşam kalitesi klinik bir durumun ve tedavisinin hastanın günlük yaşamı üzerindeki çok boyutlu etkisini yansıtmaktadır. Kalp yetersizliği olan hastalar dispne, yorgunluk, ödem, uyku bozuklukları, depresyon ve göğüs ağrısı gibi çeşitli fiziksel ve emosyonel semptomlar deneyimlemektedir. Bu semptomlar hastaların günlük fiziksel ve sosyal aktivitelerini sınırlamakta ve yaşam kalitesini bozmaktadır.

Kötü/bozulmuş yaşam kalitesi ise hastaneye yatış ve mortalite oranlarını arttırmakta ve yeniden yatışlara neden olmaktadır. Bu yüzden kalp yetersizliği olan

hastalarda hastalığın günlük yaşam üzerindeki etkisini belirlemek ve hastalığa özgü semptomları yönetebilmek için yaşam kalitesinin uygun bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (132).

Kalp yetersizliği olan bireylerin başarılı yönetimi, sıklıkla temel, uzun dönem yaşam şekli düzenlemelerinin hastalar ve aileleri tarafından uygulanmasını gerektirmektedir. Yaşam şekli düzenlemeleri, diyet ve aktivitelerinin değişimini, kompleks ilaç reçetelerine bağlılığı ve semptomların yönetimini içermektedir (45).

Bu semptomların yönetimine dair düzenlenecek eğitim planında, hasta ve ailesinin öz-bakımı ne derece sağlayabileceğine dair dikkatli yapılmış bir hemşirelik değerlendirmesine gerek vardır (45).

Hemşire, kalp yetersizliğinin yönetiminde, fiziksel kondüsyon, tıbbi tedavi ve bakımın yanı sıra hastanın yaşam tarzını da değerlendirmelidir. Kalp yetersizliği olan hastanın yaşı, mesleği, kişiliği, aile ortamı, motivasyonu, hastanın bakımında ve tedavisinde işbirliği yapma isteği bunların hepsi göz önünde bulundurulmalıdır. Kalp yetersizliğinde bakımın amacı, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak ve bireyin hastalığın getirdiği semptomlarla baş etmeye yönelik olumlu sağlık davranışları geliştirmesine katkıda bulunmaktır. Bunun için farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri ve hasta eğitimi bakımın en önemli parçalarını oluşturmaktadır. Hemşire, öncelikle hastane ortamında, hastanın tedavi ve bakıma uyumunu ve katılımını izlemeli, sonraki izlemleri ise evde bakıma yönelik olmalıdır.

Kalp yetersizliği olan hastalarda, hastalığın başarılı yönetilebilmesi, sık hastane yatışlarının önlenmesi için, bireylerin olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri gereklidir. Ülkemizde kalp yetersizliği ve hastaneye yatışları arasındaki ilişki biyopsikososyal boyutları ile çoğu çalışmada incelenmiş, ancak yeniden yatışlara ve sık hastane yatışlarına neden olan sağlık davranışlarını bu boyutuyla ele alan çalışmalar oldukça sınırlı kalmıştır. Sonuç olarak, kalp yetersizliği olan bireylerin yeniden yatışlarına neden olan sağlık davranışlarını incelediğimiz çalışmamız ile hemşireler, sık ve yeniden yatışlara neden olan kalp yetersizliği hastalığının ve semptomlarının yönetimine ilişkin üzerine düşen rol ve sorumluluklarını yerine getirebilirse, hastalar kalp yetersizliği yönetimine yönelik olumlu sağlık davranışları geliştirebilecek ve yaşam kaliteleri yükselmiş olacaktır.

2.13. Araştırmanın Amacı

Araştırma, kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışları ile hastaneye yeniden yatışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji, Dahiliye I ve Dahiliye II servislerinde yapılmıştır. Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji servisi, Dahiliye I ve Dahiliye II servisleri olmak üzere, bu üç serviste ayda yaklaşık olarak 30 -40 kalp yetersizliği tanısı olan hasta yatmaktadır ve yatan hastaların 15 – 20 'sini daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan bireyler oluşturmaktadır.

Kardiyoloji servisi, 6 yataklı Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, 3 yataklı Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, Anjio odası ve 12 yatak kapasitesi olan 3 hasta odasından oluşmaktadır. Kalp yetersizliği tanısıyla daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan bireylerden ayda yaklaşık olarak 10–14 (ortalama 12) kişi bu serviste yatmaktadır.

Dahiliye I servisinin toplam 14 odası ve 60 hasta yatağı bulunmaktadır. Bu serviste 3 yataklı bir kardiyoloji odası ile kalp damar hastalıkları olan bireylere hizmet verilmektedir, kalp yetersizliği tanısıyla daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan bireylerden ayda yaklaşık olarak 1–3 (ortalama 2) kişi bu serviste yatmaktadır.

Dahiliye II servisinin toplam 8 odası ve 30 hasta yatağı bulunmaktadır. Bu serviste 9 yataklı bir kardiyoloji odası ile kalp damar hastalıkları olan bireylere hizmet vermektedir. Kalp yetersizliği tanısıyla daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan bireylerden ayda yaklaşık olarak 4-6 (ortalama 5) kişi bu serviste yatmaktadır. Kayıtlara hasta tanısı eklenmediği için, bireylere ilişkin verilen sayılar, ünitelerde çalışan doktorların, hemşirelerin ve araştırmacının gözlemleri doğrultusunda yaklaşık olarak belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Mersin ili sınırları içinde yer alan resmi kurumlardan, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Kardiyoloji, Dâhiliye I ve Dâhiliye II servislerinde 1 Eylül 2009 – 1 Mart 2010 tarihleri arasında kalp yetersizliği tanısıyla daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan 120 birey oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, 1 Eylül 2009 – 1 Mart 2010 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji, Dahiliye I ve Dahiliye II servislerinde kalp yetersizliği tanısı ile daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan 120 hastadan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 100 hasta oluşturmuştur. Bu bireylerin belirlenmesinde şu kriterler dikkate alınmıştır:

- Bireylerin, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeylerinin araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun olması,
- Bireylerin araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Bireylerin 18 yaşından büyük ve kalp yetersizliği tanısıyla daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olması.

Kalp yetersizliği tanısıyla daha önce en az bir kez hastaneye yatmış bireylerden 20'si araştırmaya katılmaya istekli olmadıklarından çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, örnekleme alınacak birey ve hastalığına ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren "Kişisel Bilgi Formu"(Ek-1) ve kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışlarını saptamaya yönelik olarak "Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği"(KYSDÖ) (Ek-2) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, kalp yetersizliği tanısı nedeniyle daha önce en az bir kez hastaneye yatmış hastaların sosyo-demografi, sağlık öyküsü, kişiler arası ilişkiler ve sağlık durumunun algılanmalarına ilişkin bilgileri belirlemek amacıyla ilgili literatür taraması sonucu oluşturulmuştur (25,28,29,30,99,133,134). Kişisel bilgi formu, sosyo-demografik bilgiler, sağlık öyküsüne ilişkin özellikler, kişiler arası iletişim özellikleri ve sağlık durumunu algılama şeklinde dört bölümden ve 52 sorudan oluşmaktadır.

Bireye İlişkin Sosyo- Demografik Özellikler; Kalp yetersizliği tanısı olan hastanın cinsiyeti, yaşı, boyu, kilosu, doğduğu ve en uzun süre yaşadığı yer, medeni durumu, ebeveynlik durumu, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, yaşam şekli, alışkanlıklarını belirlemek amaçlı 23 sorudan oluşmaktadır.

Sağlık Öyküsüne İlişkin Özellikler; Kalp yetersizliği tanısının belirlenme zamanı, aile öyküsü, kalp yetersizliği nedeniyle hastanede yatma durumu, taburculuk eğitimi ve içeriği, hastaneye yatış şikâyetleri, tanı belirlendikten sonra uyulması istenen öneriler ve bu önerilere uyma durumunu gösteren hastadan alınacak bilgileri içermektedir. Ayrıca New York Kalp Derneği (NYHA) kalp yetersizliği fonksiyonel sınıflaması, kalp yetersizliğinin nedenleri, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon değeri, kalp yetersizliği dışında başka bir hastalığı olup olmama durumu, tekrarlayan hastane yatışlarının nedenleri, yatış sürecinde kullandığı ilaç grupları gibi dosyadan alınacak bilgileri belirlemek amaçlı oluşturulmuş 26 soru da veri toplama formunun içeriğinde yer almaktadır.

Kişiler Arası İletişim Özellikleri; Kalp yetersizliği olan hastaların aile ve arkadaş ilişkileri gibi kişiler arası ilişkileri belirlemeye yönelik iki sorudan oluşmaktadır.

Sağlık Durumunu Algılama; Kalp yetersizliği olan bireylerin, sağlık durumlarını nasıl algıladıklarını belirlemeye yönelik bir sorudan oluşmaktadır.

3.5.1.2. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği (KYSDÖ)

Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği, 1998 yılında Nuray Enç tarafından geliştirilmiştir (135). Bu ölçek kalp yetersizliği olan hastaların diyetine uyumunu belirlemeye yönelik 2 madde, hastalık ve kötüleşme belirtileri hakkında bilgi durumunu belirlemeye yönelik 4 madde, düzenli ve doğru ilaç kullanımı hakkında bilgi

belirlemeye yönelik 3 madde, düzenli doktor kontrollerine uyumuna dair 2 madde, egzersiz yapma durumlarını belirlemek için 2 madde, düzenli kan basıncı takibi, üst solunum yolu enfeksiyonlarından korunma, düzenli kilo takibi ve bağışıklama durumlarının belirlenmesi için ise her biri birer madde olmak üzere toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin güvenilirliği iç tutarlık yöntemi ile sınanmış ve güvenilirlik katsayısı 0,80 bulunmuştur. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilmekte, ölçeğin alt boyutları bulunmamaktadır. Puanlama 1'den 4'e kadardır. "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilerek sayısal değerler elde edilmektedir. Böylece ölçekten en düşük 24, en yüksek 96 puan alınmaktadır. Değerlendirmede düşük puanlarda kalp yetersizliği sağlık davranışlarının yetersiz olduğu, yüksek puanlarda ise kalp yetersizliği sağlık davranışlarının yeterli olduğu şeklinde yorum yapılmaktadır (Ek-2). Araştırmamızda kalp yetersizliği olan bireylerin KYSDÖ puan ortalamasının $43,3 \pm 11,9$, ölçeğin Cronbach alpha değeri ise 0,92 olduğu belirlenmiştir.

3.5.2.Ön Uygulama

Veri toplama formlarının kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Kardiyoloji, Dahiliye I ve Dahiliye II servislerinde yatan, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşından büyük ve kalp yetersizliği tanısıyla daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan 10 bireye 1- 10 Eylül 2009 tarihlerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda, hastalar tarafından anlaşılabilirliğinin az olması nedeniyle birden fazla yatış öyküsü nedenlerini belirlemeye yönelik oluşturulan iki soru ve her hasta dosyasında pulmoner basınç değerine ulaşamaması nedeniyle de pulmoner basınç değerini belirlemeye yönelik bir soru olmak üzere toplam üç soru kişisel bilgi formundan çıkarılmıştır. Sonuç olarak kişisel bilgi formu soru sayısı 52 olacak şekilde yeniden düzenlenmiştir.

3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulaması Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Baş Hekimliği, Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı ve Etik Kurul onayı alındıktan sonra 1 Eylül 2009- 1 Mart 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Öncelikle kalp yetersizliği olan hastalar kliniklerde belirlenmiş ve içlerinden kalp yetersizliği nedeniyle en az bir kere hastanede yatmış olan bireylere, araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmış ve ardından araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu vurgulanarak araştırmaya katılmaları konusunda onamları alınmıştır. Daha sonra veriler, araştırmaya yönelik oluşturulan formları cevaplamaya fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri yeterli olan hastalarla, yüz yüze görüşülerek ve hasta dosyaları kullanılarak toplanmıştır. Kalp yetersizliği olan bireylerin formları yanıtlama süreleri Kişisel Bilgi Formu'nda 15 dakika, Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği'nde ise 15 dakika olmak üzere ortalama 30 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri kodlama ve değerlendirme işlemleri bilgisayar aracılığı ile Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.5 programında yapılmıştır (136). Araştırmada kullanılacak istatistiksel test seçimini belirlemek için kalp yetersizliği sağlık davranışları ölçeğinin ve her bir alt grubun tanıtıcı istatistikleri hesaplanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile test edilmiş ve test sonuçlarına göre, yapılan karşılaştırmalarda parametrik veya non-parametrik yöntemler uygulanmıştır. Kategorik yapıda olan değişkenlerde, iki grup karşılaştırmalarında grupların dağılımlarına göre Student t testi veya Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik yapıda olan değişkenlerden, üç veya daha fazla kategorik değişkenin ortalamalarının karşılaştırılmasında One Way ANOVA, çoklu karşılaştırmalarda ise Tukey HSD testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen ölçek puanları için ortanca değer ve çeyreklikleri hesaplanmıştır. İki kategorik yapıda olan değişkenler arasındaki ilişki için Pearson Ki-Kare testi, sürekli değişkenlerin arasında ilişki olup olmadığının testi için ise, non-parametrik bir korelasyon yöntemi olan Spearman's Rho testi kullanılmıştır. Kullanılan KYSDÖ maddelerinin iç tutarlılığı Cronbach alpha istatistiği ile hesaplanmıştır. Yapılan tüm karşılaştırmalarda Tip 1 Hata

payı 0,05 olarak belirlenmiş ve bu değerin altında hesaplanan p değerleri istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4.BULGULAR

Bu bölümde; kalp yetersizliği nedeniyle daha önce en az bir kez hastaneye yatmış olan hastaların sosyo-demografik özellikleri, beden kitle indeksleri, klinik özellikleri, hastalığın yönetimine yönelik sağlık davranışları, kişiler arası ilişkileri ve sağlık durumlarını algılamalarına göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği (KYSDÖ) puan dağılımları, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve yatış sayılarına ilişkin bulgular yer almaktadır.



Çizelge 4.1. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların, Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları İle Hastane Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları Arasındaki İlişki

Hastaların Hastane Yatış Sıklığı ve Yatış Sayılarına İlişkin Özellikler	(n)%	KYSDÖ $\bar{x} \pm SD$
Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı		
30 gün ve altı	38(38)	44,07±12,86
31-60 gün	17(17)	40,23±11,09
61-90 gün	13(13)	40,53±8,43
90 gün ve üstü	32(32)	45,25±12,39
p		0,537
Hastaneye Yatış Sayısı		
2-4 defa	47(47)	45,82±10,87
5-7 defa	22(22)	43,09±12,77
8-10 defa	9(9)	37,66±12,87
10 ve üzeri	22(22)	40,59±12,28
p		0,015

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının, kalp yetersizliği sağlık davranışlarına göre hastaneye yeniden yatış aralığı ve hastaneye yatış sayılarıyla yapılan istatistiksel değerlendirmeleri izelge 4.1' de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan 100 kalp yetersizliği hastasının KYSD puan ortalaması $43,34 \pm 11,94$ 'tür. Hastaların %55'inin altmış günden daha kısa sürede tekrar hastaneye yattığı, % 53'ünün ise en az beş kez ve üzerinde hastaneye tekrar yattıkları belirlenmiştir.

Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, hastaların kalp yetersizliği sağlık davranışlarına göre hastaneye yeniden yatış aralıkları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p > 0,05$), yatış sayıları arasında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge 4. 2.Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları

Sosyo- Demografik Özellikler	(n) %	KYSDÖ Puan Dağılımları KYSDÖ $\bar{x} \pm SD$	Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı (Süre/Gün) n (%)				Hastaneye Yatış Sayısı n (%)			
			30 gün ve altı	31-60 gün	61-90 gün	90 gün ve üstü	2-4 defa	5-7 defa	8-10 defa	10 ve üzeri
Yaş										
40-49 yaş	8 (8)	52,62±10,74	2 (25)	1 (12,5)	0	5 (62,5)	6 (75)	2 (25)	0	0
50-59 yaş	16 (16)	46,75±14,43	10 (62,5)	2 (12,5)	1 (6,3)	3 (18,8)	11(68,8)	0	1(6,3)	4 (25)
60-69 yaş	24 (24)	41,00±11,27	10 (41,7)	2 (8,3)	5 (20,8)	7 (29,2)	11(45,8)	3 (12,5)	0	10 (41,7)
70 ve üzeri	52(52)	41,94±11,94	16 (30,8)	12 (23,1)	7 (13,5)	17 (32,7)	19(36,5)	17 (32,7)	8 (15,4)	8 (15,4)
p		0,383	0,204				0,005			
Cinsiyet										
Kadın	47 (47)	44,95±11,99	21(44,7)	4 (8,5)	4 (8,5)	18 (21,3)	23 (48,9)	10 (21,3)	4 (8,5)	10 (21,3)
Erkek	53 (53)	41,90±11,81	17(32,1)	13 (24,5)	9 (17)	14 (26,4)	24 (45,3)	12 (22,6)	5 (9,4)	12 (22,6)
p		0,337	0,064				0,987			

Çizelge 4.2 (Devam). Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları

Sosyo- Demografik Özellikler	(n) %	KYSDÖ Puan Dağılımları KYSDÖ $\bar{x} \pm SD$	Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı (Süre/Gün) n (%)				Hastaneye Yatış Sayısı n (%)			
			30 gün ve altı	31-60 gün	61-90 gün	90 gün ve üstü	2-4 defa	5-7 defa	8-10 defa	10 ve üzeri
Öğrenim Durumu										
Okuryazar değil	40 (40)	41,00±10,08	13 (32,5)	7 (17,5)	7 (17,5)	13 (32,5)	17 (42,5)	11(27,5)	3 (7,5)	9 (22,5)
Okuryazar	9 (9)	47,77±14,28	4 (44,4)	0	2 (22,2)	3 (33,3)	4 (44,4)	2 (22,2)	1 (11,1)	2 (22,2)
İlkokul	30 (30)	41,53±11,57	12 (40)	8 (26,7)	1 (3,3)	9 (30)	13 (43,3)	6 (20)	4 (13,3)	7 (23,3)
Ortaokul	7 (7)	52,14±16,52	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	0	2 (28,6)
Lise	9 (9)	47,55±11,28	4 (44,4)	1 (11,1)	1 (11,1)	3 (33,3)	7 (77,8)	1 (11,1)	0	1 (11,1)
Üniversite/Y.Lisans	5 (5)	45,00±13,80	3 (60)	0	0	2 (40)	3 (60)	0	1 (20)	1 (20)
p		0,128	0,744				0,917			
Medeni Durum										
Evli	76(76)	42,23±11,56	29(38,2)	13(17,1)	11(14,5)	23(30,3)	35(46,1)	15(19,7)	5(6,6)	21(27,6)
Bekar	24(24)	46,83±12,69	9(37,5)	4(16,7)	2(8,3)	9(37,5)	12(50)	7(29,2)	4(16,7)	1(4,2)
p		0,630	0,842				0,060			
Çocuk Sayısı										
Yok	7(17)	43,28±14,10	3(42,9)	2(28,5)	1(14,3)	1(14,3)	1(14,3)	2(28,5)	1(14,3)	3(42,9)
1-2 çocuk	17(17)	48,47±12,97	5(29,4)	1(5,9)	0	11(64,7)	9(52,9)	2(11,8)	2(11,8)	4(23,5)
3-4 çocuk	33(33)	44,27±12,88	19(57,6)	2(6,1)	6(18,2)	6(18,2)	16(48,5)	6(18,2)	3(9,1)	8(24,2)
5 ve üzeri	43(43)	40,60±9,90	11(25,6)	12(27,9)	6(14)	14(32,6)	21(48,8)	12(27,9)	3(7)	7(16,3)
p		0,132	0,005				0,711			
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	6(6)	55,83±11,61	3(50)	0	0	3(50)	4(66,7)	1(16,7)	0	1(16,7)
Çalışmıyor	94(94)	45,54±11,56	35(37,2)	17(18,1)	13(13,8)	29(30,9)	43(45,7)	21(22,3)	9(9,6)	21(22,3)
p		0,014	0,423				0,738			

Çizelge 4.2 (Devam). Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları

Sosyo- Demografik Özellikler	(n) %	KYSDÖ Puan Dağılımları KYSDÖ Ort± SD	Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı (Süre/Gün) n (%)				Hastaneye Yatış Sayısı n (%)			
			30 gün ve altı	31–60 gün	61–90 gün	90 gün ve üstü	2–4 defa	5–7 defa	8–10 defa	10 ve üzeri
Sosyal Güvence										
Var	96 (96)	43,55±11,84	36 (37,5)	16(16,7)	13(13,5)	31(32,3)	44(45,8)	21(21,9)	9(9,4)	22(22,9)
Yok	4 (4)	40,50±15,80	2 (50)	1(25)	0	1(25)	3(75)	1(25)	0	0
p		0,413	0,821				0,572			
Gelir Durumu										
Geliri giderine denk	34 (34)	47,16±13,87	15 (40,5)	5(13,5)	3(8,1)	14(37,8)	18(48,6)	5(13,5)	6(16,2)	8(21,6)
Geliri giderinden az	63 (63)	41,09±10,09	23 (36,5)	12(19)	10(15,9)	18(28,6)	29(46)	17(27)	3(4,8)	14(22,2)
p		0,450	0,527				0,147			
Birlikte yaşanan bireyler										
Yalnız	7 (7)	48±19	3 (42,9)	2 (28,6)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	0	1 (14,3)
Eşiyle	35 (35)	41,25±10,14	10 (28,6)	8 (22,9)	5 (14,3)	12 (34,3)	13 (37,1)	9 (25,7)	3 (8,6)	10 (28,6)
Eş ve çocuklarıyla	35 (35)	43,57±13,15	17 (48,6)	5 (14,3)	5 (14,3)	8 (22,9)	18 (51,4)	6 (17,1)	2 (5,7)	9 (25,7)
Sadece çocuklarıyla	23 (23)	44,74±10,03	8 (34,8)	2 (8,7)	2 (8,7)	11 (47,8)	14 (60,9)	3 (13)	4 (17,6)	2 (8,7)
p		0,780	0,516				0,142			
Evde bakım veren kişi										
Var	93 (93)	47,11±11,94	35(37,6)	16(17,2)	13(14)	29(31,2)	42(45,2)	21(22,6)	9(9,7)	21(22,6)
Yok	7(7)	46,28±12,37	3(42,9)	1(14,3)	0	3(42,9)	5(71,4)	1(14,3)	0	1(14,3)
p		0,486	0,721				0,564			

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve bu özelliklerin KYSDÖ, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve hastaneye yatış sayılarıyla yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.2 'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının % 52'si 70 yaş ve üzerinde ve yaş ortalamaları $67,83 \pm 11,84$ ' tür. Hastaların yaş gruplarına göre KYSDÖ puan ortalamaları ve hastane yeniden yatış aralıkları açısından gruplar arasında istatistiksel fark bulunmazken ($p > 0,05$), yatış sayılarında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$). On ve üzeri yatış sayısının en fazla 60–69 yaş arasında (%41,7) olduğu, yaş artıkça hastaların hastaneye tekrar yatışlarının arttığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının % 53'ü erkektir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucuna göre kadın hastaların KYSDÖ puan ortalamalarının ($44,95 \pm 11,99$) erkeklere göre daha yüksek olmakla beraber cinsiyetlerine göre KYSDÖ puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve yatış sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük bir çoğunluğunun (%63) en uzun süreli olarak şehirde yaşadığı belirlenmiştir. Hastalarının en uzun süre yaşadıkları yere göre KYSDÖ puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve yatış sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hastalarının %40'ı okur-yazar değil, %30'u ilkokul mezunu ve %76 'si evlidir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucuna göre ortaokul mezunu ve bekar hastaların KYSDÖ puan ortalamalarının ($44,95 \pm 11,99$) diğer gruplardan daha yüksek olmakla beraber eğitim durumları ve medeni durumlarına göre KYSDÖ puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve yatış sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastalarının %17'si bir ya da iki çocuk sahibi iken , %76'sı üç ve üçten fazla çocuk sahibidir. Bir ya da iki çocuğu olan hastaların KYSDÖ puan ortalamasının ($48,47 \pm 12,97$) en yüksek olduğu ve hastane yatış sayısının ise en düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların çocuk sayılarına göre KYSDÖ puan ortalamaları ve yatış sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0,05$) , hastaneye yeniden yatış aralıkları ile çocuk sayıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$). Bu sonuca göre bir ya da iki çocuk sahibi olan hastaların % 64,7' si doksan gün ve üzerinde sıklıkta hastaneye yatarken, üç

ya da dört çocuğu olan bireylerin ise % 57,6 'sının otuz gün ve daha kısa süre içinde hastane yatışı olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hastalarının %94' çalışmamaktadır. Çalışmayan hastaların %47' si hastalık dışında çeşitli sebepler nedeniyle , % 38' i ise emeklilik nedeniyle çalışmamaktadır. alışan bireylerin % 50' si memurdur. Hastaların alışma durumuna göre KYSD puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken ($p<0,05$), hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuca göre çalışan hastaların çalışmayan hastalara oranla KYSD puan ortalamasının ($55,83\pm11,61$) daha yüksek, hastaneye yatış aralıklarının daha uzun ve yatış sayılarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının %96' sının bir sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların sosyal güvence durumuna göre KYSD puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve yatış sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınmış kalp yetersizliği hastalarının %63'ünün geliri giderinden az olduğu ve KYSD puan ortalamasının ($41,09\pm10,09$) geliri giderine denk olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların gelir durumlarına göre KYSD puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve yatış sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastalarının %7'si yalnız ,%35' i eşi ile birlikte ve %23' çocukları ile beraber yaşamakta ve %93' evde bakım almaktadır. Hastaların birlikte yaşadığı kişi gruplarına göre KYSD puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve yatış sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamakla beraber ($p>0,05$), yalnız yaşayan hastaların KYSD puan ortalamalarının daha yüksek, sekiz ve üzeri hastane yatışlarının (%14,3) ve hastane yatış sıklığının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Beden Kitle İndekslerine Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları

BKI	(n)%	KYSDÖ Puan Dağılımları KYSDÖ $\bar{x} \pm SD$	Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı (Süre/Gün) n (%)				Hastaneye Yatış Sayısı n (%)			
			30 gün ve altı	31-60 gün	61-90 gün	90 gün ve üstü	2-4 defa	5-7 defa	8-10 defa	10 ve üzeri
< 19kg/m ²	2(2,9)	32±7,07	2(100)	0	0	0	2(100)	0	0	0
19-24.9kg/m ²	27(39,1)	46,37±14,88	9(33,3)	6(22,2)	4(14,8)	8(29,6)	9(33,3)	7(25,9)	3(11,1)	8(29,6)
25-29.9kg/m ²	16(23,2)	45,68±10,98	6(37,5)	3(18,8)	2(12,5)	5(31,3)	10(62,5)	3(18,8)	0	3(18,8)
30-34.9 kg/m ²	9(13)	46,88±11,76	3(33,3)	2(22,2)	1(11,1)	3(33,3)	5(55,6)	0	1(11,1)	3(33,3)
35-39.9 kg/m ²	9(13)	42,55±5,89	4(44,4)	1(11,1)	0	4(44,4)	5(55,6)	2(22,2)	1(11,1)	1(11,1)
40kg/m ²	6(8,7)	47,66±6,97	3(50)	0	1(16,7)	2(33,3)	4(66,7)	1(16,7)	0	1(16,7)
p		0,630	0,947				0,747			

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının beden kitle indekslerine (BKİ) göre KYSD, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayılarıyla yapılan istatistiksel değerlendirmeleri izelge 4.3 ‘ de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınmış olan kalp yetersizliği hastalarının BKİ’ne göre yapılan analiz sonucunda, hastaların yarısından çoğunun (%57,9) kilolu ve üstü grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda hastaların BKİ’ne göre KYSD puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve yatış sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Çizelge 4.4. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Klinik Özelliklerine Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları

Klinik Özellikler	(n)%	KYSDÖ Puan Dağılımları $\bar{x} \pm SD$	Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı (Süre/Gün) n (%)				Hastaneye Yatış Sayısı n (%)			
			30 gün ve altı	31-60 gün	61-90 gün	90 gün ve üstü	2-4 defa	5-7 defa	8-10 defa	10 ve üzeri
İlave Kronik Hastalık										
Var	98(98)	43,07±11,89	37(37,8)	17(17,3)	13(13,3)	31(31,6)	45(45,9)	22(22,4)	9(9,2)	22(22,4)
Yok	2(2)	56,5±6,36	1(50)	0	0	1(50)	2(100)	0	0	0
p		0,087	0,826				0,512			
Tanı aldığı süre										
Son bir yıl	23(23)	43,65±8,96	10(43,5)	5(21,7)	0	8(34,8)	17(73,9)	4(17,4)	2(8,7)	0
Son iki yıl	11(11)	45,09±11,86	5(45,5)	1(9,1)	3(27,3)	2(18,2)	8(72,7)	1(9,1)	1(9,1)	1(9,1)
Son üç yıl	9(9)	42,22±12,12	1(11,1)	3(33,3)	3(33,3)	2(22,2)	4(44,4)	5(55,6)	0	0
Son üç yıldan fazla	57(57)	43,05±13,16	22(38,6)	8(14)	7(12)	20(35,1)	18(31,6)	12(21,2)	6(10,5)	21(36,8)
p		0,949	0,153				0,001			
Kalp Yetersizliği Sınıflaması										
NYHAI	5(5)	45,20±5,44	2(40)	1(20)	0	2(40)	3(60)	1(20)	0	1(20)
NYHAII	28(28)	46,25±14,36	10(35,7)	3(10,7)	1(3,6)	14(50)	19(67,9)	5(17,9)	3(10,7)	1(3,6)
NYHAIII	30(30)	45,46±11,81	11(36,7)	6(20)	5(16,7)	8(26,7)	16(53,3)	8(26,7)	5(16,7)	1(3,3)
NYHAIV	37(37)	39,16±9,63	15(40,5)	7(18,9)	7(18,9)	8(21,6)	9(24,3)	8(21,6)	1(2,7)	19(51,4)
p		0,031	0,405				0,001			
Günlük kullanılan toplam ilaç sayısı										
Bilmiyor	32(32)	39,28±8,72	12(37,5)	5(15,6)	7(21,9)	8(25)	11(34,4)	11(34,4)	1(3,1)	9(28,1)
2 ilaç	6(6)	45,66±9,45	3(50)	0	0	3(50)	5(83,3)	0	1(16,7)	0
3 ve üstü ilaç	61(61)	45,27±13,23	22(36,1)	12(19,7)	6(9,8)	21(34,4)	30(49,2)	11(18)	7(11,5)	13(21,3)
p		0,133	0,572				0,221			

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının klinik özelliklerine göre KYSDÖ, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayılarıyla yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.4' de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalarının %98'inin kalp yetersizliği dışında başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Araştırmamızda hastaların kalp yetersizliği dışında ilave kronik hastalıklarının bulunması durumu ile KYSDÖ puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamakla beraber ($p>0,05$) ilave kronik hastalığı olmayan bireylerin KYSDÖ puan ortalamasının ($56,5\pm6,4$), başka bir kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınmış olan kalp yetersizliği hastalarının %57'si son üç yıldan daha uzun bir süredir kalp yetersizliği tanısı almıştır. Hastaların tanı alma sürelerine göre KYSDÖ puan ortalamaları ve hastaneye yeniden yatış aralıkları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), yatış sayılarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Üç yıldan fazla bir süredir kalp yetersizliği tanısı almış olan hastaların, sekiz ve üzeri hastane yatışlarının (%47,3) daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalarının %37'sinin Sınıf 4 , %30'unun ise Sınıf 3 yetersizliği bulunmaktadır. Hastaların kalp yetersizliği sınıfına göre hastaneye yeniden yatış aralıkları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), KYSDÖ puan dağılımları ve yatış sayıları açısından gruplar arasındaki istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$, $p<0,01$). Sınıf 4 yetersizliği olan hastaların KYSDÖ puan ortalamasının ($39,16\pm9,63$) diğer gruplardan daha düşük olduğu, sekiz ve üzeri hastane yatışlarının (%54,1) ise daha çok olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki hastalarının %61'inin üç ve üzerinde ilaç kullandığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda hastaların kullandığı ilaç sayılarına göre KYSDÖ puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.5. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı, Hastaneye Yatış Sayıları ve Yatış Şikayetlerine Göre Dağılımları

Hastane Yatışlarına İlişkin Özellikler	n (%)	Hastane Yatışlarına İlişkin Özellikler	n (%)
Hastaneye yatış şikayetleri* n=100		Hastaneye yatış sayısı	
Nefes darlığı	95 (95)	2-4 defa	47 (47)
Yorgunluk	92 (92)	5-7 defa	22 (22)
Sıkıntılı uyku	80 (80)	8-10 defa	9 (9)
Ödem	58 (58)	10 ve üzeri	22 (22)
Göğüs ağrısı	52 (52)	Hastane yatış sıklığı	
Baş dönmesi	30 (30)	30 gün ve altı	38 (38)
Sık idrara çıkma	25 (25)	31-60 gün	17 (17)
Kramplar	23(23)	61-90 gün	13 (13)
Dikkat dağınıklığı	22 (22)	90 gün ve üstü	32 (32)
Denge kaybı	12 (12)		
Kilo alma	12 (12)		
Kilo kaybı	9 (9)		

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının hastaneye yeniden yatış aralığı, hastaneye yatış sayıları ve yatış Şikayetlerine göre dağılımları izelge 4.5'te verilmiştir

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının %31'inin sekiz ve üzerinde hastane yatışı olmakla beraber, %55'inin altmış günden daha kısa bir sürede tekrar hastaneye yatmış olduğu belirlenmiştir. Hastaneye yatışlarda, hastaların %95'i nefes darlığı, %92'si yorgunluk ve %80'i sıkıntılı uyku Őikayetleriyle hastaneye başvurmuşlardır.



Çizelge 4.6. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalığın Yönetimine Yönelik Davranışlarına Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları

Hastalığın Yönetimine Yönelik Davranışlar	(n)%	KYS DÖ Puan Dağılımları $\bar{x} \pm SD$	Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı (Süre/Gün) n (%)				Hastaneye Yatış Sayısı n (%)			
			30 gün ve altı	31-60 gün	61-90 gün	90 gün ve üstü	2-4 defa	5-7 defa	8-10 defa	10 ve üzeri
Sigara kullanımı										
Kullanıyorum	7(7)	39±7,23	3(42,9)	1(14,3)	0	3(42,9)	4(57,1)	0	0	3(42,9)
Kullanmıyorum	93(93)	43,66±12,18	35(37,6)	16(17,2)	13(14)	29(31,2)	43(46,2)	22(23,7)	9(9,7)	19(20,4)
p		0,387	0,721				0,263			
Alkol kullanımı										
Kullanıyorum	4 (4)	42,75±17,68	1(25)	1(25)	0	2 (50)	2(50)	1(25)	0	1(25)
Kullanmıyorum	96(96)	43,36±11,77	37(38,5)	16(16,7)	13(13,5)	30 (31,3)	45(46,9)	21(21,9)	9(9,4)	21(21,9)
p		0,555	0,728				0,937			
Sağlık önerilerine uyma durumu										
Evet	68(68)	47,42±11,28	27(39,7)	9(13,2)	10(14,7)	22(32,4)	37(54,4)	15(22,1)	4(5,9)	12(17,6)
Hayır	32(32)	34,65±8,08	11(34,4)	8(25)	3(9,4)	10(31,3)	10(31,3)	7(21,9)	5(15,6)	10(31,3)
p		0,001	0,490				0,850			
İlaç kullanımı hakkında bilgi durumu										
Biliyor	17(17)	52,05±10,57	7(41,2)	0	1(5,9)	9(52,9)	11(64,7)	3(17,6)	1(5,9)	2(11,8)
Bilmiyor	83(83)	41,55±11,45	31(37,3)	17(20,5)	12(14,5)	23(27,7)	36(43,4)	19(22,9)	8(9,6)	20(24,1)
p		0,001	0,068				0,434			
Taburculuk Eğitimi										
Var	62(62)	44,16±10,84	21(33,9)	6(9,7)	11(17,7)	24(38,7)	31(50)	13(21)	4(6,5)	14(22,6)
Yok	38(38)	42,00±13,59	17(44,7)	11(28,9)	2(5,3)	8(21,1)	16(42,1)	9(23,7)	5(13,2)	8(21,1)
p		0,223	0,12				0,661			

Çizelge 4.6 (Devam). Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalığın Yönetimine Yönelik Davranışlarına Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları

Hastalığın Yönetimine Yönelik Davranışlar	(n)%	KYSÖ Puan Dağılımları $\bar{x} \pm SD$	Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı (Süre/Gün) n (%)				Hastaneye Yatış Sayısı n (%)			
			30 gün ve altı	31-60 gün	61-90 gün	90 gün ve üstü	2-4 defa	5-7 defa	8-10 defa	10 ve üzeri
Düzenli ilaç kullanımı										
Evet	17(17)	54,88±13,13	5(29,4)	2(11,8)	2(11,8)	8(47,1)	9(52,9)	4(23,5)	2(11,8)	2(11,8)
Hayır	83(83)	40,97±10,25	33(39,8)	15(18,1)	11(13,3)	24(28,9)	38(45,8)	18(21,7)	7(8,4)	20(24,1)
p		0,001	0,531				0,723			
Diyete uyum										
Evet	51(51)	45,17±11,39	19(37,3)	9(17,6)	4(7,8)	19(37,3)	23(45,1)	10(19,6)	5(9,8)	13(25,5)
Hayır	48(48)	41,31±12,40	18(37,5)	8(16,7)	9(18,8)	13(27,1)	24(50)	12(25)	4(8,3)	8(16,7)
p		0,110	0,385				0,702			
Düzenli kilo kontrolü										
Evet	15(15)	57,53±12,78	9(60)	1(6,7)	0	5(33,3)	7(46,7)	4(26,7)	2(13,3)	2(13,3)
Hayır	85(85)	40,83±9,92	29(34,1)	16(18,8)	13(15,3)	27(31,8)	40(47,1)	18(21,2)	7(8,2)	20(23,5)
p		0,001	0,129				0,766			
Düzenli fiziksel aktivite										
Evet	14(14)	45,92±13,78	4(28,6)	4(28,6)	1(7,1)	5(35,7)	10(71,4)	3(21,4)	0	1(7,1)
Hayır	86(86)	42,91±11,65	34(39,5)	13(15,1)	12(14)	27(31,4)	37(43)	19(22,1)	9(10,5)	21(24,4)
p		0,384	0,539				0,160			

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalığın yönetimine yönelik davranışlarına göre KYSDÖ, hastaneye yeniden yatış aralığı ve hastaneye yatış sayılarıyla yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.6 ' de verilmiştir

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının %7'si sigara, %4'ü alkol kullanmaktadır. Sigara veya alkol kullanmayan hastaların kullanan hastalara göre KYSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek, hastane yatış sayılarının ise düşük olduğu saptanmakla beraber gruplar arasında KYSDÖ puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve yatış sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalarının %68'i kendilerine verilen sağlık önerilerine uymaktadır. Hastaların sağlık önerilerine uyma durumları ile KYSDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0,01$), hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları arasındaki anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$). Sağlık önerilerine uyan kalp yetersizliği hastalarının KYSDÖ puan ortalamasının ($47,42\pm 11,28$) uymayanlara göre daha yüksek, hastane yatış sayısının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki hastalarının %83'ü doğru ilaç kullanımını bilmemektedir. İlaçlarını doğru olarak kullanan hastaların KYSDÖ puan ortalaması ($52,05\pm 10,57$) doğru kullanmayan hastalara göre daha yüksek, hastaneye yeniden yatış aralığı daha uzun ve yatış sayısı ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların ilaç kullanımındaki bilgi durumları ile hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), KYSDÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p< 0,01$).

Araştırma kapsamındaki kalp yetersizliği hastalarının %83 'ü ilaçlarını düzenli olarak kullanmaktadır. Hastaların düzenli ilaç kullanımına göre hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları açısından bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), KYSDÖ puan ortalamalarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). İlaçlarını düzenli olarak kullanan hastaların, düzenli kullanmayanlara göre KYSDÖ puan ortalamasının ($54,88\pm 13,13$), daha yüksek, hastaneye yeniden yatış aralığının daha uzun ve yatış sayısının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastalarının %51'i diyetine uymaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda hastaların diyetine uyma durumları ile KYSDÖ puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Veriler incelendiğinde diyetine uyan kalp yetersizliği hastalarının KYSDÖ puan ortalamasının ($45,17\pm 11,39$), uymayan hastalara oranla daha yüksek, hastane yatış sayısının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının %15'i düzenli olarak kilo kontrolü yapmaktadır. Hastaların kilo kontrolü yapma durumlarına ile KYSDÖ puan ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,01$), hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kilo kontrolü yapan hastaların KYSDÖ puan ortalamalarının ($57,53\pm 12,78$) yapmayan hastalara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki kalp yetersizliği hastalarının sadece %14' ü düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda hastaların egzersiz yapma durumlarına ile KYSDÖ puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastalarının %86'sı uyku düzensizliği yaşamaktadır. Düzenli uykusu olan hastaların KYSDÖ puan ortalaması ($45,85\pm 7,30$) uykusu düzensiz olanlara oranla daha yüksek, hastaneye yeniden yatış aralığı daha uzun ve yatış sayısı ise daha az olarak saptanmakla beraber hastaların uyku düzenleri ile KYSDÖ puan ortalamaları, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.7. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Durumlarını ve Kişiler Arası İlişkilerini Algılama Durumlarına Göre Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları, Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı ve Yatış Sayıları

Sağlık Durumları ve Kişiler Arası İlişkileri Algılama	(n)%	KYSÖ Puan Dağılımları $\bar{x} \pm SD$	Hastaneye Yeniden Yatış Aralığı (Süre/Gün) n (%)				Hastaneye Yatış Sayısı n (%)			
			30 gün ve altı	31-60 gün	61-90 gün	90 gün ve üstü	2-4 defa	5-7 defa	8-10 defa	10 ve üzeri
Algılanan sağlık durumu										
İyi	24(24)	44,54±10,74	8(33,3)	5(20,8)	0	11(45,8)	17(70,8)	3(12,5)	1(4,2)	3(12,5)
Kötü	74(74)	43,21±12,35	29(39,2)	11(14,9)	13(17,6)	21(28,4)	30(40,5)	19(25,7)	7(9,5)	18(24,3)
Çok kötü	2(2)	33,50±9,19	1(50)	1(50)	0	0	0	0	1(50)	1(50)
p		0,452	0,181				0,049			
Aile ile olan ilişkiler										
Çok iyi	5(5)	63,20±13,47	1(20)	0	2(40)	2(40)	4(80)	0	0	1(20)
İyi	84(84)	42,53±11,48	33(39,3)	14(16,7)	11(13,1)	26(31)	37(44)	20(23,8)	8(9,5)	19(22,6)
Kötü	11(11)	40,45±5,66	4(36,4)	3(27,3)	0	4(36,4)	6(54,5)	2(18,2)	1(9,1)	2(18,2)
p		0,001	0,376				0,768			
Arkadaşlar ile olan ilişkiler										
Çok iyi	7(7)	52,57±17,61	4(57,1)	0	1(14,3)	2(28,6)	3(42,9)	1(14,3)	0	3(42,9)
İyi	87(87)	43,17±11,15	33(37,9)	14(16,1)	12(13,8)	28(32,2)	42(48,3)	20(23)	8(9,2)	17(19,5)
Kötü	6(6)	35,00±10,43	1(16,7)	3(50)	0	2(33,3)	2(33,3)	1(16,7)	1(16,7)	2(33,3)
p		0,027	0,291				0,731			

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının sağlık durumlarını ve kişiler arası ilişkilerini algılama durumlarına göre KYSDÖ, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayılarıyla yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.7' de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının %74'ü sağlık durumunu kötü olarak algılamaktadır. Hastaların sağlık durumlarını algılamalarına göre KYSDÖ puan ortalamaları ve hastaneye yeniden yatış aralığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), yatış sayılarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık durumunu “kötü” ya da “çok kötü” olarak algılayan hastaların KYSDÖ puan ortalamaları azalmakta ve hastane yatış sayıları da artmaktadır.

Hastalarının %84'ünün aile ile olan ilişkileri, %87'sinin ise arkadaşlar ile olan ilişkileri iyi algılamaktadır. Hastaların kişiler arası iletişim özelliklerine göre hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken, KYSDÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuca göre hastaların aile ve arkadaşlarla olan ilişkileri iyiye gittikçe KYSDÖ puan ortalamaları da artmaktadır.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmamızdan elde edilen bulgular ve bulguların değerleri literatür bilgileri ile karşılaştırılmış, literatüre uyan ve uymayan sonuçlar nedenleri ile birlikte tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastaların yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre yapılan değerlendirmelerinde, hastaların %53'ünün erkek, % 52'sinin 70 yaş ve üzerinde ve yaş ortalamalarının $67,8 \pm 11,8$ olduğu, yaş ortalamaları attıkça yatış sayılarının da artmış olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaşları ve cinsiyetleri ile KYSD, hastaneye yeniden yatış aralıkları ve yatış sayıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kalp yetersizliği olan bireylere yönelik yapılan bazı çalışmalarda da bizim çalışmamızla benzer olarak yaş ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (62,77).

Araştırmamızda yaş ve yatış sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş arttıkça yatış sayısının arttığı saptanmıştır. KY' nin ileri yaşlarda daha fazla görüldüğü literatür bilgileri arasında yer almaktadır (4,29,34,112).

Araştırmamızın sonuçları ile paralellik gösteren literatür bilgileri ele alındığında, kalp yetersizliği görülme sıklığının ve kalp yetersizliğine bağlı hastane yatış sayısının yaşla orantılı bir şekilde artmakta olduğu görülmektedir. İleri yaşlarda, kalp yetersizliğinin semptom yönetimine yönelik sağlık davranışlarının yeterli olmaması da hastane yatış sayısını arttırmaktadır (20,112,129).

Araştırmamızda kalp yetersizliğinin en çok erkeklerde görüldüğü saptanmıştır. Kalp yetersizliği olan bireylere yönelik yapılan bazı çalışmalar da bizim bulgularımızı desteklemektedir (6,9,31,53,63,95,97,114).

Kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışlarına yönelik yapılan ve bizimle benzer sonuçlar elde eden sonuçlara baktığımızda, cinsiyet ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (77,112).

Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliğinin erkeklerde daha fazla görülmesi; erkeklerde daha fazla sigara ve alkol kullanıcılığının olmasına bağlanmaktadır. TEKHARF' in son üç yılın sigara ve alkol tüketiciliğini incelediği çalışmada erkeklerde kardiyovasküler hastalıkların oluşma riskinin sigara ve alkol tüketimine bağlı olarak artmış olduğu belirlenmiştir. TEKHARF ve AHA tarafından sigara ve alkol kullanımı ve kardiyovasküler etkilerinin belirlendiği çalışmalar ve Dünya Kalp Federasyonu' nun

Kardiyovasküler Hastalıklar Raporu da bizim çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermekte ve erkeklerde kalp yetersizliğinin daha fazla görülme nedenlerini açıklamaktadır (4,5,114,116).

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastalarının eğitim durumları incelendiğinde hastaların % 40'ının okuma yazması olmadığı, %30'unun ise ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. İlköğretim mezunu hastaların KYSDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve bireylerin öğrenim durumları ile KYSD, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda hastaların çoğunun ilköğretim mezunu olduğu, eğitim düzeyi arttıkça olumlu sağlık davranışlarının da yükseldiği, artan eğitim düzeyi ile hastaneye yeniden yatış aralığının uzadığı ve yatış sayısının ise azaldığı saptanmıştır (61,113,133).

Kalp yetersizliği olan bireylerin psikososyal uyumunun incelendiği bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hastalığa psikososyal uyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (15). Kalp yetersizliği olan bireylerin hastalığa psikososyal uyumu olumlu sağlık davranışlarını da beraberinde getirmekte ve hastaların daha seyrek ve daha az hastane yatışlarının olmasını sağlamaktadır. Eğitim düzeyi düşük olanlara göre eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin kalp yetersizliğine yönelik daha olumlu sağlık davranışları geliştirmelerinin nedenleri olarak; bireylerin gelir düzeyinin daha yüksek olması, bilinçli olmaları, eğitim araçlarını daha iyi kullanabilmeleri, yardım alabileceği kaynaklara daha kolay ulaşabilmeleri düşünülebilir.

Huyen (112) kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışlarına ilişkin faktörleri incelediği bir çalışma da bizim bulgularımıza benzer olarak bireylerin eğitim durumlarının sağlık davranışlarını etkilemediğini saptamışlardır.

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastaları medeni durumlarına göre incelendiğinde; %76'ın evli, bekar olanların da KYSDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların medeni durumları ile KYSD, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bizim araştırma bulgularımıza benzer olarak yapılan birçok çalışmada da kalp yetersizliği olan hastaların çoğunun evli olduğu saptanmıştır (15,28,61,133). Bunun nedeni kalp yetersizliğinin daha ileri yaşlarda görülmesi, evlilikler de eş kaybı olmadığı durumlarda ileri yaşla ilişkili bir durum olarak algılanırsa çoğu hastanın evli olması beklenen bir sonuç olarak açıklanabilir.

Kalp yetersizliği olan hastaların sağlık davranışlarının belirlenmesine y6nelik yapılan bazı çalışmalarda ise bizim bulgularımızın tersine evli olan bireylerin sağlık davranışlarının daha y6ksek d6zeyde olduğu, hastaneye yeniden yatış aralığının daha uzun ve yatış sayısının daha az olduğu ve sağlık davranışlarının y6kseltilmesinde bireylerin aile 6yelerinden almış oldukları sosyal desteğin oldukça 6nemli olduğu belirlenmiştir. Evli olan bireylerin olumlu sağlık davranışları geliştirmelerinde eşlerinden ya da aile 6yelerinden alacakları sosyal desteğin 6nemi bu çalışmalarla desteklenmektedir(61,112,122,137). Araştırmamızda bekar olan hastaların sağlık davranışlarının daha y6ksek d6zeyde olması; bekar hastaların eş, ocuk sahibi olmak gibi sosyal destek d6zeylerinin olmaması bu durumdan dolayı ise bireysel 6z bakımlarına daha 6zen g6stermeleri ile açıklanabilir.

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastaları ocuk sayılarına g6re incelendiğinde %76' sının 3 ve 6zerinde ocuk sahibi oldukları belirlenmiştir. Kalp yetersizliği olan bireylerin ocuk sayıları ile hastaneye yeniden yatış aralıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, KYSD ve hastane yatış sayıları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. ocuk sahibi olmayan bireylerin hastaneye yeniden yatış aralıklarının daha kısa s6reli olduğu ve yatış sayılarının ise daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bireylerin 6ten fazla ocuk sahibi olmaları çalışmamızı yaptığımız b6lgenin sosyo-demografik yapısına bağlanabilir. Bizim alışma bulgularımıza benzer sonuçlar içeren birden fazla çalışmaya ulaşılamamıştır. Yalnızca Demir (133)'in kalp yetersizliğinde yaşam kalitesini incelediği çalışmanın bulguları ocuk sayıları açısından bizim çalışma bulgularımızla benzerlik g6stermektedir.

Araştırmamızda ocuk sahibi olmayan hastaların aynı zamanda yalnız yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda, kalp yetersizliği hastalarının aldıkları sosyal desteğin hastaların olumlu sağlık davranışları geliştirilmesine yardımcı olduğu, hastane yatış sayısı ve yatış sıklıklarında azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (28,112,122,137). Ayrıca Akın ve Durna yalnız yaşayan bireylerin hastalığa psikososyal y6nden uyumlarının da az olduğunu belirtmişlerdir (15). Bu durumda çocuğu olmayan bireylerin sık hastane yatışları, bireylerin aynı zamanda yalnız yaşamalarının yol açtığı sosyal destek yetersizliği ve hastalığa psikososyal uyumsuzluğa bağlanabilir.

Araştırmamızda, hastaların %94'6n6n çalışmadığı, %38'inin emeklilik, %47'sinin ise başka nedenlerden dolayı çalışmadığı belirlenmiştir. Kalp yetersizliği olan bireylerin çalışma durumları ile KYSD puanları arasında istatistiksel olarak

anlamli fark, hastaneye yeniden yatış aralığı ve sayısı arasında ise farkın anlamli olmadığı saptanmıştır. alışan bireylerin KYSDÖ puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksek, hastaneye yeniden yatış aralığı daha uzun ve yatış sayısı daha düşük olarak saptanmıştır.

Kalp yetersizliği sık hastaneye yatışlara ve iş gücü kaybına neden olması ile bireysel ve toplumsal ekonomik sorunlar oluşturabilmektedir. Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan bireylerin çoğunun hastalıklarına bağlı semptomları yönetememeleri nedeniyle alışamadıkları saptanmıştır (15,133,138). Yapılan bazı çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Riegel ve ark.(122)'inin yapmış oldukları çalışmalarında hastaların çoğunun çalışmadığını ve çalışmayan kalp yetersizliği hastalarının yarısının da hastalıkları nedeniyle alışamadıklarını belirtmişlerdir. Akın ve Durna (15) alışmalarında, kalp yetersizliğinin hastaların meslek/iş çevresi alanını ciddi boyutlarda etkilemiş olduğu saptanmıştır. Meslek/İş çevresinin etkilenmesinin nedenleri de hastalığa özđü semptomları yönetememe ve hastaneye sık yatmak olarak belirlemişlerdir. Yine Karpolat ve ark.(33)'nin yapmış oldukları bir çalışmada, kalp yetersizliği hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşadıkları, ekonomik, cinsel ve psikososyal sorunlarının olduğu, özellikle iş yaşamında, aile, arkadaş ilişkilerinde sorunlarla karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır. Araştırmamızda alışan bireylerin aynı zamanda NYHA I sınıf kalp yetersizliği hastası olduğu saptanmıştır. Bu durumda sağlık davranışlarının yüksek olması ve hastane yatış sayılarının daha az olması hastalık semptomlarını kalp yetersizliğinin bu evresinde daha az hissedilir oluşu ve bundan dolayı bireylerin öz bakımlarıyla daha çok ilgilenmeleri ile açıklanabilir.

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastalarının %96'sının bir sosyal güvencesi olduğu ve sosyal güvencesi olanların KYSDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bizim araştırma bulgularımıza benzer olarak yapılmış olan birçok kalp yetersizliği çalışmasında hastaların çoğunun sosyal güvencelerinin olduğu belirlenmiştir (30,112,133,139). Sosyal güvencesi olan bireylerin KYSDÖ puan ortalamasının daha yüksek oluşu, sağlık güvencesi olan bireylerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaya yönelik olumlu bir sağlık davranışı geliştirmiş olmaları ile açıklanabilir.

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastaları gelir durumlarına göre incelendiğinde, %63'ünün geliri giderinden az olduğu, %37'sinin gelirinin giderine denk olduğu

belirlenmiştir. Çalışan bireylerin KYSDÖ puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksek olup, çalışma durumları ile KYSD arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Bizim araştırma bulgularımıza benzer olarak, Connell ve ark. (113)'ın yapmış olduğu çalışmalarında hastalarının çoğunun gelir durumunun az olduğu, hastalıklarından dolayı mesleki/iş çevresi alandaki olumsuz etkilenmenin ekonomik sorunlar yaşamalarına neden olduğu, bu durum da psikososyal uyumun ve sağlık davranışlarının da olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Yine Huyen (112) tarafından kalp yetersizliği hastalarının sağlık davranışlarının incelendiği çalışmada da bizim çalışma bulgumuzla benzer sonuçlar elde edilmiş, hastaların ekonomik durumları arttıkça sağlık davranışlarının da yükseldiği saptanmıştır.

Yine kalp yetersizliğinde sağlık davranışlarının incelendiği bazı çalışmalarda gelir durumu az olan bireylerin, hastalıkları ve sağlık davranışları hakkında daha az bilgi sahibi oldukları saptanmıştır (15,20). Akın ve Dura (15) çalışmalarında, çalışma ve ekonomik durumları olumsuz etkilenen kalp yetersizliği hastalarının, özellikle de hastaneye sık yatışların söz konusu olduğu ve hastaların ekonomik açıdan desteklenmeye ihtiyaç duyduklarına dikkat çekmektedir.

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastalarının %93'ünün bakımıyla ilgilenen bir kişiye sahip olduğu, bakım verilen bireylerin, bakım alamayan bireylere göre KYSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda, hastaların çoğunluğunun bakımıyla ilgilenen bir kişiye sahip olmasının kalp yetersizliğinin başarılı bir şekilde yönetimine yardımcı olabileceğini ve hastanın yaşam şekli değişikliklerine daha rahat uyum sağlayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bireylerin almış oldukları sosyal desteğin olumlu sağlık davranışları oluşturmada ve geliştirmedeki pozitif yönlü etkisi bu konuda yapılmış ve bizim bulgularımızla benzerlik gösteren çalışmalarla da desteklenmektedir (28,112,122,137).

Araştırmamızda, kalp yetersizliği olan hastalar beden kitle indekslerine göre incelendiğinde; hastaların yarısından çoğunun (%57,9) kilolu olduğu ve obez olan bireylerin en fazla KYSDÖ puan ortalaması olduğu saptanmıştır. BKİ' leri ile KYSD, hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim bulgularımızla benzer sonuçlar gösteren çalışmalara baktığımızda kalp yetersizliği olan hastaların çoğunun kilolu olduğu saptanmıştır. Bu durum kalp yetersizliği olan bireylerin diyet uyumlarının, fiziksel aktivitenin, kilo kontrolünün az

olmasına bağlanabilir (61,113). Obezitenin hastalığın semptomlarının ağır seyretmesine yol açtığı, bu yüzden kilo kontrolünün yapılması, olumlu sağlık davranışları geliştirmesi gerektiği, literatür bilgilerinde görülmektedir (20,107).

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastalarının %98'inin kalp yetersizliği dışında başka bir hastalığı olduğu saptanmıştır. Kalp yetersizliği dışında hastaların %78' inde hipertansiyon, %51' inde diyabet ve %19' unda kronik obstüriktif akciğer hastalığı (KOA) bulunduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda kronik başka bir hastalığı olmayan bireylerin KYSDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu, bireylerin ilave kronik bir hastalığının olması ile KYSD, hastane yeniden yatış aralığı ve yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda bizim bulgularımızla benzer olarak hastaların çoğunda görülme sıklığıyla hipertansiyon ve diyabet ve bunları da solunum sistemi hastalıkları izlemekte olduğu saptanmıştır (93,112,113,140). Fonarow ve ark. (29)' nin hastane yatışlarına neden olan faktörleri incelemek amaçlı yaptıkları çalışmalarında; hastaların kalp yetersizliği dışında %71 'inde hipertansiyon, %42' sinde diyabet ve %28' inde KOAH olduğunu saptamışlardır. Kalp yetersizliği gelişmesinde en sık karşılaşılan nedenlerinden ikisi hipertansiyon ve diyabet olduğu için yine en fazla bu kronik hastalıkların çalışmamızda görülmesi de beklenmelidir (19).

Bizimle benzer sonuçlar elde eden Huyen (112) çalışmasında bireylerin ilave kronik bir hastalığı olmasının sağlık davranışlarını ve hastaneye yatış sayısını etkilediğine dair bulgular saptamamışlardır. Riegel ve ark (20)' nin yapmış olduğu çalışmada ise hastaların ilave kronik hastalıkları olmasının sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği ve hastane yatış sayısını arttırdığı saptanmıştır.

Çalışmamızda kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık süreleri incelendiğinde %57' sinin son üç yıldan fazladır kalp yetersizliği tanısı almış olduğu, hastalık süreleri artıkça yatış sayılarının da artmış olduğu saptanmıştır.

Houghton ve ark.(62) ' nin stabil semptomatik kalp yetersizliği olan hastalarda egzersiz kapasitesi, yaşam kalitesi ve hemodinamikleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; araştırma kapsamına alınan 36 hastanın ortalama kalp yetersizliği süresi 42 ay olarak bulunmuştur. Bunun yanında yapılan birçok çalışma sonuçları da bizim çalışmamızda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir (91,133). KY hastalık süresi uzun olanların yatış sayısının fazla olması beklenen bir

sonuçtur, hastalık süresi ilerledikçe semptom yönetiminin zor olmasının hastane yatış sayısının artmasına neden olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastalarının kalp yetersizliği sınıfı incelendiğinde; hastaların %30'unun NYHA III. sınıf ve %37'sinin NYHA IV. sınıf kalp yetersizliğine sahip olduğu belirlenmiştir. KY sınıfı ilerledikçe KYSDÖ puan ortalamasının azaldığı ve hastane yatış sayısının ise arttığı belirlenmiştir

Bizim çalışmamızla benzer bulguları elde eden Franzen ve ark.(14)'lerinin yaptığı çalışmada da hastaların %59,4'ü NYHA III. ve IV. grupta yer almaktadır.

Yapılan birçok çalışmada bizim bulgularımızla benzer olarak, NYHA fonksiyonel sınıfı arttıkça hastaların semptomları yönetmede zorlandıkları ve hastalığa uyumlarının ve olumlu sağlık davranışlarının azaldığı saptanmıştır (15,61,113). Semptom yönetiminin KY sınıfı arttıkça zorlaşması, beraberinde hastane yatış sayısının artmasına da neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastalarının, %54'ünün sigarayı, %72'sinin ise alkolu hiç kullanmadığı saptanmıştır. Sigara ve alkol kullanmayan hastaların KYSDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sigara içmenin kronik kalp yetersizliği olan hastalarda çeşitli akciğer değişikliklerine yol açtığı literatürde belirtilmektedir. Sigara ve alkol kısıtlamalarına uyumsuzluğun kalp yetersizliği olan hastalar arasında yeniden hastaneye yatış riskini dramatik olarak arttırdığı literatürde gösterilmiştir (20,114,141). Bu doğrultuda çalışmamıza katılan kalp yetersizliği olan hastaların çoğunluğunun kalp yetersizliği tanısı aldıktan sonra sigara ve alkol kullanmamaları sağlık davranışları açısından iyi bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Araştırma kapsamındaki kalp yetersizliği hastalarından %62'si taburculuk eğitimi almışlardır. Taburculuk eğitimi alan kalp yetersizliği hastalarının KYSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek, hastaneye yeniden yatış aralıklarının daha uzun ve yatış sayısının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Paul (142) araştırmasında taburculuk eğitimi alan bireylerin olumlu sağlık davranışlarının arttığını ve hastaneye yeniden yatışların %54'ünün taburculuk eğitimi ile önlenebileceğini belirtmiştir. Yine Jha ve ark.(143)'nin yaptığı çalışma da bizim araştırma bulgularımıza benzer olarak otuz gün içindeki kalp yetersizliği hastane yatışlarının taburculuk eğitimi ile azalmış olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamındaki kalp yetersizliği hastalarının %17'si düzenli ilaç kullanmakta, %51'i diyetine uymakta, %15'i düzenli kilo kontrolü ve %14'ü düzenli olarak fiziksel aktivite yapmaktadır. Hastalarından ilaçlarını düzenli olarak kullanan, önerilen diyetle uyumlu, düzenli kilo kontrolü yaptıran ve düzenli fiziksel aktivite yapanların KYSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek, hastaneye yeniden yatış aralıklarının daha uzun ve yatış sayısının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Riegel ve ark (20)'nin kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışlarını incelediği çalışmada, ABD' de hastaların %31'inin 2 ay sonra, %59'unun ise 19 ay sonra tekrar hastaneye yatıklarını belirtilmiştir. McAlister ve ark. (63)'ünün yapmış oldukları çalışmalarında olumlu sağlık davranışlarının hastane yatış sayısını azalttığını saptamışlardır. Araştırmamızın sonuçları literatür sonuçlarıyla uyumludur.

Çalışmamızla benzer bulguları olan Martje ve ark. (93)'nin kalp yetersizliği sağlık davranışlarını ve bu sağlık davranışlarının hastane yatışlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında ilaç kullanan 1050 hastanın %28' inin yanlış ilaç kullanımına bağlı olarak hastane yatışlarından en az bir ay önce kalp yetersizliği semptomlarının görüldüğü saptanmıştır. Yine aynı çalışmada hastaların %30' unun diyetine uymadığı, %39'unun sıvı kısıtlaması,%65'inin kilo kontrolü ve %61'inin ise egzersiz yapmadığı belirlenmiştir.

Yapılan birçok çalışmada bizim bulgularımızla benzer olarak, kalp yetersizliği hastalarının diyet uyumu, düzenli ilaç kullanımı, düzenli kilo kontrolü ve düzenli fiziksel aktivite yapma gibi olumlu sağlık davranışlarının yetersiz olduğu ve bu durumun tekrarlı hastane yatışlarına neden olduğu belirtilmektedir (19,20,61,102,113).

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastalarının %84'ünün aile ilişkilerinin, %87'sinin ise arkadaşlar ile olan ilişkileri iyi olduğu belirlenmiştir. Hastaların aile ve arkadaşlarla olan ilişkileri iyiye gittikçe KYSDÖ puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda, aile içi ilişkileri ve arkadaş ilişkileri iyi olan bireylerin almış oldukları sosyal desteğin olumlu sağlık davranışı geliştirmeye yardımcı olduğu saptanmıştır (61,112,122,137). Sayers ve ark. (137)' nin yapmış oldukları çalışmada aile ve arkadaşlarından sosyal destek alan kalp yetersizliği hastalarının öz bakımlarının daha fazla olduğunu saptamışlardır. DiMatteo (144) 'nun yapmış olduğu çalışmada da sosyal destek alan hastalarının öz bakımlarının daha yüksek olduğunu ve bizim çalışmamızla benzer olarak en fazla arkadaşları ile ilişkilerinin iyi olduğu

belirlemişlerdir. Araştırmamızın sonuçları bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yani hastaların sosyal desteği arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını göstermektedir. Hastaların arkadaşları ile daha fazla olumlu bir iletişim kurmaları ise hastaların sosyal destek arayışında akran gruplarına yöneldikleri, arkadaşları ile zaman geçirdikleri, paylaşımda buldukları ve bu sayede sosyal destek aldıklarını düşündürmektedir.

Araştırmamızda kalp yetersizliği hastalarının %74'ünün sağlık durumunu kötü olarak algıladığı belirlenmiştir. Sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların hastane yatış sayılarının diğer gruplara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır.

Kalp yetersizliği gibi kronik bir hastalığın semptomlarının nasıl yönetilebileceğini bilememe hastalığın klinik seyrini değiştirdiği ve yaşam kalitesini azalttığı ve hastane yatışlarını etkilediği bilinmektedir (86). Araştırmamızda sağlığını kötü olarak algılayan bireylerin hastane yatış sayılarının daha fazla oluşu, hastaların hastalığın semptomlarını yönetmede yetersiz özbakım davranışları gösterdiklerini düşündürülebilir. Araştırmamızda hastaların %98'inin ilave kronik bir hastalığının olmasının da bireylerin sağlık alısını etkilediğini düşünülebilir. Ayrıca kalp yetersizliği dışında ilave kronik bir hastalığın oluşu kalp yetersizliği semptomlarını arttırabileceği ve bunun da sağlık algısını etkileyebileceği de düşünülmelidir. Bu konuyla ilgili olarak Efe ve ark (128) nın yapmış oldukları çalışmalarında kalp yetersizliği hastalarının ilk değerlendirmelerinde %50 sinin sağlığını “kötü” olarak algıladıklarını, ancak verilen sağlık eğitimi sonrası ikincil değerlendirmelerinde ise hastaların sadece %20,8'nin sağlığını “kötü” olarak algıladıklarını belirlemişlerdir. Bu durum sağlık eğitimi ile doğru semptom yönetimi ve yeterli özbakım davranışları kazandırılarak , hastaların sağlık algısının olumlu olarak değiştirilebileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının KYSDÖ puan ortalamasının $43,3 \pm 11,9$ olduğu saptanmıştır. Hastaların %31'inin 8 ve üzerinde hastane yatışı olmuş ve %55'i altmış günden daha az bir süre içinde hastaneye yeniden başvurmuştur. Hastaneye başvuru şikayetlerinin %95'i solunum sıkıntısı ve %92'si yorgunluktur. Araştırma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarının, kalp yetersizliği sağlık davranışları ve hastaneye yeniden yatış aralığı ve yatış sayıları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların KYSDÖ puan ortalamaları arttıkça hastane yatış sayılarının azaldığı saptanmıştır.

Bizim çalışmamızla benzer olarak, literatürde de kalp yetersizliğinde en çok görülen belirtiler; solunum sıkıntısı, yorgunluk, sıvı retansiyonu, bilişsel ve fonksiyonel sınırlılıklar olduğu görülmektedir (18,19,67,130,134). Yine Carlson ve ark. (25)'nin 139 kalp yetersizliği olan yaşlı hastayla yaptıkları çalışmalarında; %55,4 'ünde en sık görülen üç semptomun solunum sıkıntısı, yorgunluk ve ödem olduğunu belirleyerek bizim çalışma bulgularımızı desteklemektedirler.

McAlister ve ark. (63) 'ının yapmış oldukları çalışmalarında olumlu sağlık davranışlarının hastane yatış sayısını azalttığını belirterek bizim çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Annema ve ark.(51) yapmış oldukları çalışmalarında hastane yatışlarında tıbbi nedenlerin yanı sıra, sağlık davranışlarının hastane yatışlarının %13–26 arasındaki nedeni olduğunu belirtilmektedir. Moser ve ark.(145) yaptıkları çalışmalarında yeniden ve sık hastane yatışlarının %20-60'ının yetersiz sağlık davranışları nedeniyle olduğunu saptamışlardır. Yine Fonarrow ve ark.(29) 'nın çalışmasında 48612 hastanın %61,3' ünün birden fazla hastane yatışı olduğu, taburculuktan sonra 60-90 gün arasında hastaların %29,6' sının tekrar hastaneye başvurduğu, hastaların %24' ünün hayatı boyunca en az dört kez hastaneye yattığı belirtilmiştir. Keenan ve ark.(48)'nin yapmış oldukları çalışmada ise 283919 kalp yetersizliği hastasının %23,6'sının otuz günlük periyotlarla, birden fazla hastane yatışı olduğu belirtilmiştir. Bu durumda sağlık davranışları yetersiz olan kalp yetersizliği hastalarının hastalık semptomlarını yönetememeye bağlı olarak sık hastane yatışlarının olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızın bulguları Enç (135)' in sonuçları ile paralellik göstermektedir. Araştırmamızda kalp yetersizliği olan hastaların, KYSDÖ puan ortalamasına göre kalp yetersizliği sağlık davranışlarının yeterli olmadığı ve buna bağlı olarak hastane yatışlarının arttığı söylenebilir. Sağlık davranışlarının yetersiz olduğu durumlarda yaşam biçimini geliştirmeye yönelik farklı yaklaşımların geliştirilmesi zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan kalp yetersizliği olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında ve geliştirilmesinde hemşirelerimize büyük roller düşmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Araştırmaya katılan 60 yaş altında olan hastaların KYSDÖ puan ortalamaları daha yüksek olduğu, yaş arttıkça hastaneye tekrar yatışlarının arttığı belirlenmiştir .
- Üniversite mezunu olan hastaların, hastaneye yeniden yatış aralığının daha uzun ve yatış sayısının ise diğer gruplara göre daha az olduğu saptanmıştır.
- Bekar hastalarının KYSDÖ puan ortalamalarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu, hastaneye yeniden yatış aralığının daha uzun ve yatış sayılarının ise daha az olduğu bulunmuştur.
- Bir ya da iki çocuğu olan hastaların, KYSDÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve hastane yatış sayısının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Çalışan hastaların KYSDÖ puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu, hastaneye yeniden yatış aralığının daha uzun ve yatış sayılarının ise daha az olduğu saptanmıştır.
- Geliri giderine denk olan kalp yetersizliği hastalarının KYSDÖ puan ortalamaları geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Sınıf 4 yetersizliği olan hastaların KYSDÖ puan ortalamaları diğer sınıflarda yetersizliği olan hastalara oranla daha düşük bulunmuştur.
- Çalışma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarından üç yıldan fazla bir süredir kalp yetersizliği tanısı almış olan hastaların, hastane yatış sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarından yaşam boyu hiç alkol ve sigara kullanmayanların KYSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Taburculuk eğitimi alan hastaların KYSDÖ puan ortalamalarının, taburculuk eğitimi almayanlara göre daha yüksek olduğu, hastaneye yeniden yatış aralığının daha uzun ve yatış sayılarının ise daha az olduğu saptanmıştır.

- Sağlık önerilerine uyan hastaların KYSDÖ puan ortalamasının daha yüksek, hastane yatış sayısının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Kalp yetersizliği hastalarından ilaçlarını doğru olarak kullanan hastaların KYSDÖ puan ortalamasının daha yüksek, hastaneye yeniden yatış aralığının daha uzun ve yatış sayısının ise daha az olduğu saptanmıştır.
- İlaçlarını düzenli kullanan hastaların KYSDÖ puan ortalamasının daha yüksek, hastaneye yeniden yatış aralığının daha uzun ve yatış sayısının ise daha az olduğu saptanmıştır.
- Diyete uyan hastaların KYSDÖ puan ortalamasının daha yüksek, hastaneye yeniden yatış aralığının daha uzun ve yatış sayısının ise daha az olduğu saptanmıştır.
- Aileleriyle ve arkadaşlarıyla ilişkilerini iyi olarak algılayan hastaların KYSDÖ puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır.
- Sağlık durumunu “kötü” ya da “çok kötü” olarak algılayan hastaların KYSDÖ puan ortalamalarının azaldığı ve hastane yatış sayılarının da arttığı saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan kalp yetersizliği hastalarından KYSDÖ puan ortalaması yüksek olanların hastane yatış sayılarının düşük olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda şu öneriler getirilebilir;

- Kalp yetersizliği hastalarında, hastalıkla baş etmenin kolaylaşması ve sağlık algılarının olumlu hale gelmesi için, hasta ve ailelerine; hastalık, hastalığa özgü oluşabilecek şikayetler, şikayetler oluştuğunda hemen sağlık kurumlarına başvurması, düzenli doktor kontrollerine uyumun önemi, ilaçların etki ve yan etkileri, düzenli aralıklarla nabız sayma, kan basıncı kontrolü, diyetle su ve sodyum kısıtlamasına uyumun önemi, KY’ de doğru beslenme şekli, düzenli kilo kontrolünün gerekliliği ve bağışıklanma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili eğitim verilmesi,
- Eğitim gruplarının bilişsel algılama ve sağlık davranışları düzeyleri benzer bireylerden oluşturulması,
- Sosyal desteğin sağlık davranışlarına uyumunu arttırmasından dolayı, hemşirelerin hastaların destek kaynaklarını harekete geçirip yönlendirmesi,

- Hastaların kendilerini daha üretken ve daha iyi algılamaları için aktivite kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak, sosyal faaliyetler planlanması,
- Taburculuk eğitiminin hastaneye yeniden yatışlar üzerindeki etkisinin önemli olması nedeniyle, hastalarda sağlık davranışı oluşturabilmek için hastanın taburculuk eğitiminin hastanın hastaneye yatması ile birlikte başlatılması ve sonrasında eğitimin etkililiğinin değerlendirilmesi,
- Kalp yetersizliğinde maddi durumun sağlık davranışlarına olan etkisi düşünüldüğünde gelir durumu az olan kalp yetersizliği hastalarının ve aile üyelerinin maddi destek alabilecekleri kaynaklara yönlendirilmelerinin sağlanması,
- Kalp yetersizliği olan hastalara bakım veren hemşirelerin hastaları, sağlık davranışları ve hastaneye yatışlara etkisi konusunda bilgilendirmesi ve bu bilgileri hemşirelik uygulamalarına yansıtması için desteklenmesi önerilebilir.

7.KAYNAKLAR

- 1.Global Status Report 2010. Erişim:http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf. Erişim tarihi:15.08.2011
2. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, 2006. Erişim:http://www.tkdonline.org/UKSP/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi_Taslak.pdf. Erişim tarihi: 21.06.09
3. **Callow AD.** *Cardiovascular Disease 2005-the global picture.* *Vascular Pharmacology.* **2006**; 45: 302–307.
- 4.AHA Heart Disease and Stroke Statistics 2010. Erişim: <http://circ.ahajournals.org/content/123/4/e18.full.pdf> Erişim tarihi: 15.08.2011
- 5.Cardiovascular Disease Report 2010. Erişim: <http://www.world-heart-federation.org/?id=5537>. Erişim tarihi:15.08.2011
- 6.Kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı.Erişim: <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/maliyetetkililikTR.pdf> . Erişim tarihi: 15.08.2011
- 7.Türkiye’de ölüm nedeni istatistikleri 2009. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10711>. Erişim tarihi: 15.08.2010
- 8.Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı 2009.Erişim: <http://tekharf.org/images/2009/bolum2.pdf> Erişim tarihi:22.08.2011
- 9.**Hunt SA;** 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).*J Am Coll Cardio.* **2005**;46(6):1–82.
- 10.**Erol Ç.** Klinik Kardiyoloji. Ankara: MNMedikal & Nobel Tıp Kitap Evleri, **2004**
- 11.**Komşuoğlu B.** Klinik Kardiyoloji. 1.Baskı, Kocaeli: Nobel Tıp Kitap Evleri, **2004**
- 12.**Falk S, Wahn A, Lidell E (2006).** Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure. a qualitative study, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, **2007**;6(3):192–9.
- 13.**Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B .** Computer-based education for patients with chronic heart failure arandomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Education And Counseling*, **2006**; 64: 128–135.
14. **Franzen K, Blomqvist K, Saveman B.** Impact of chronic heart failure on elderly persons’ daily life: a validation study. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, **2006**; 5: 137–145.

15. **Akın S, Durna Z.** Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 10(2): 1–8
16. **Durdu S, Akar R, Çavolli R, Eren N.** İleri dönem kalp yetmezliğinde alternatif arayışlar. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, **2003**; 3: 252–260.
17. **Prendergast H, Bunney E.** Management of chronic heart failure: an old disease with a new face. *Emergency Medicine Australasia*, **2005**; 17: 143–151.
18. **Dolar E.** *İç Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Kitapevi, **2005**; 19–30.
19. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Kılavuzu. Erişim: http://www.tkd-online.org/dergi/TKDA_36_70_41_95.pdf. Erişim tarihi: 21.06.09
20. **Riegel B, Moser D, Anker S, Apel L, Dunbar S, Kathleen L, Gurvitz M, Havranek E, Lindenfeld J, Peterson P, Presler S, Schocken D, Whellan D.** Promoting self-care in persons with heart failure a scientific statement from the american heart association. *Circulation*, **2009**; 120:1141–1163
21. **McMurray JJ, Stewart S.** The burden of heart failure. *Eur Heart J Sup*, **2002**; 4:50-58.
22. **Stewart S, Jenkins A, Buchan S, McGuire A, Capewell S, McMurray JJ.** The current cost of heart failure to the national health service in the UK. *Eur. J. Heart Fail*, **2002**; 4 (3): 361–71.
23. **Schaufelberger M, Swedberg K, Koster M, Rosen M, Rosengren A.** Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden; data from the Swedish Hospital Discharge Registry 1988 to 2000. *Eur Heart J*, **2004**; 25:300–307.
24. **Lee C, Carlson B, Riegel B.** Heart failure self-care improves economic outcomes, but only when self-care confidence is high. *J Card Fail*, **2007**; 13:S75.
25. **Carlson B, Riegel B, Moser DK.** Self-care abilities of patient with heart failure. *Hurt&Lung*, **2001**; 30:351–359.
26. **Demir M, Ünsar S.** Kalp yetmezliği ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2008**, Cilt:3, Sayı:8
27. **Hoyt RE, Bowling LS.** Reducing readmissions for congestive heart failure. *Am Fam Physician*, **2001**; 63(3):1593–1600
28. **Hodges P.** Factors impacting readmissions of older patients with heart failure. *Crit Care Nurs Q.*, **2009**; 32(1):33–43
29. **Fonarow G, Abraham W, Albert N, Stough G, Gheorghide M, Greenberg B, O' Connor C, Pieper K, Sun J, Yancy C, Young J.** Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes. *Arch Intern Med*, **2008**; 168(8) : 847–854

30. **Özer S.** Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2002**.
31. **Birol L,** Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. İzmir :Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd Ştd., **2004**.
32. **Cankurtaran M, Arıoğul S.** Yaşlıda konjestif kalp yetersizliği tedavisi. *Klinik Gelişim*, **2004**; 17 (2): 90–100
33. **Karpolat H, Durmaz B, Nalbantgil S, Durmaz İ.** Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, **2006**; 6: 327-332.
34. **Daamen M, Schols J, Jaarsma T, Hamers J.** Prevalence of heart failure in nursing homes: a systematic literature review. *Scand J Caring Sci*, **2010**; 24: 202–208
35. **Grange J.** The role of nurses in the management of heart failure. *Heart*, **2005**; 91: 39–42
36. **Şahin M, Ural F.** Kalp yetersizliği hastasının değerlendirilmesi. *Journal of Cardiology Special Topics*, **2008**; 1(1)
37. **Davidson PM, Macdonald P, Moser DK, Ang E, Paull G, Choucair S, Daly J, Gholizadeh L, Dracup K.** Cultural diversity in heart failure. *Contemporary Nurse*, **2007**; 25: 50–62.
38. **Dickstein K, Cohen A, Filippatos G.** ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the european society of cardiology. Developed in collaboration with the heart failure association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur. Heart J*, **2008**; 29 (19): 2388–2442
39. **Tokgözoğlu L, Kaya E, Erol Ç, Ergene O.** Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. *Arch Turk Soc Cardiol*, **2010**; 38(3):164-172
40. **Krum, H.** Guidelines for management of patient with chronic heart failure in Australia. *MJA*, **2001**; 174: 459-466.
41. **Alessi, CA, Martin JI, Webber PL, Kim, EC, Harker, JO, Josephson, KR.** Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *JAGS*, **2005**; 53: 803–810.
42. Türkiye İstatistik Yıllığı 2009. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/Start.do;jsessionid =yyXTNppCTw1h9LdTLv 50VxKfDQsTtZPLnSpDBmy0s4nvfJTJL8rp!-430241966>. Erişim tarihi: 02.02.2011
- 43 **Mosterd A, Hoes A.** Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*, **2007**; 93: 1137-1146
44. Epidemiology of Risk Factors for Coronary Artery Disease and Heart Failure..Erişim: <http://spo.escardio.org/eslides/view.aspx?eevtid=40&fp=3760>. Erişim tarihi: 02.02.2011

45. **Enç N, Yiğit Z, Altıok M, Özer S, Oğuz S.** Kalp yetersizliği, akut koroner sendromlar, hipertansiyon hemşirelik bakım kılavuzu. 2. Baskı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları*, **2007**: 11–33.
46. **Harrison M, Anyanwu A, Pinney S.** The management of stage d heart failure. *Mount Sinai Journal Of Medicine*, **2009**; 76: 404–414
47. Department of Health of Taiwan, Executive Yang. Mortality causes statistics. Erişim: <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/2008> Taiwan. Erişim tarihi: 20.05.2010
48. **Keenan P, Normand S, Lin Z, Drye E, Bhat K, Ross J, Schuur J, Stauffer B, Bernheim S, Epstein A, Wang Y, Herrin J, Chen J, Federer J, Mattera J, Wang Y, Krumholz H.** An administrative claims measure suitable for profiling hospital performance on the basis of 30-day all-cause readmission rates among patients with heart failure. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, **2008**;1:29–37.
49. **Fonarow G, Abraham W, Albert N, Stough W, Gheorghide M, Greenberg B, O'Connor C, Pieper K, Sun J, Yancy C, Young J.** Association between performance measures and clinical outcomes for patients hospitalized with heart failure. *JAMA*, **2007**;297: 61–70
50. **Guo L, Chung E, Casey D, Snow R.** Redefining hospital readmissions to better reflect clinical course of care for heart failure patients. *American Journal of Medical Quality*, **2007**; 22 (2)
51. **Annema C, Luttik M, Jaarsma T.** Reasons for readmission in heart failure. *Heart & Lung* , **2009**; (38):427-434
52. **Dunlay SM, Redfield MM, Weston SA, Therneau TM, Hall Long K, Shah ND, Roger VL.** Hospitalizations after heart failure diagnosis a community perspective. *J Am Coll Cardiol*, **2009**;54: 1695–1702.
53. **Joseph SR, Jersey C, Zhen Qiu L, Héctor B, Jeptha PC, Patricia SK., Sharon-Lise T. N, Geoffrey BA, John S, Maria V, Yongfei W, Yun Wang. Harlan K.** Recent national trends in readmission rates after heart failure hospitalization. *Circ Heart Fail.* **2010** ; 3(1): 97–103
54. **Lee CS, Moser D, Lennie TA, Riegel B.** Engaging in self-care management improves event-free survival in adults with heart failure. *Circulation*, **2008**;118 (1 2):69.
55. **Akdemir N.** Kalp Yetmezliği ve Hemşirelik Bakımı, Kalp Hastalıklarından Korunma. Ankara: Sistem Ofset; **2004**: 452–46
56. **Aycicek İ, Büyüköztürk K, Canberk A .** *Kalp Yetersizliği*. İstanbul: Uniform Matbaacılık, **2003**: 8–61.
57. **Ergin A, Eryol N, Ünal S, Deliceo A.** Epidemiological and pharmacological profile of congestive heart failure at turkish academic hospitals. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, **2004**; 4: 32–38.
58. **Fox K, Cowie M, Wood D, Coats A, Gibbs J, Underwood S.** Coronary artery disease as the cause of incident heart failure in the population. *Eur Heart J*, **2001**;22: 228–236.

- 59.**Büyüköztürk K,Koylan N.**Kalp Yetersizliği. Üniform Matbaacılık.1.Baskı. İstanbul,**2003**
- 60.Baykal Y, Sağlam K, Yılmaz T, Özkan M, Koçar H.Kalp yetersizliği ve tedavisi. Erişim:www.gata.edu.tr/ dahilibilimler/ichastaliklari/files/Dersler/17.pdf. Erişim tarihi: 08.08.2011.
- 61.**Self care Behavior in Patients with Heart Failure in Taiwan:** Erişim: Tung H-H, et al, Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan, Eur J Cardiovasc Nurs (2011), doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.02.002. Erişim tarihi: 03.02.2011
- 62.**Houghton AR, Harrison M, Cowley AJ, Hampton JR.** Assessing exercise capacity, quality of life haemodynamics in heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, **2002**;4: 289–295
- 63.**McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ.** Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*, **2004**;44: 810–819.
- 64.**Jovicic1 A,Holroydand J,Straus S.** Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure. *BMC Cardiovascular Disorder.* **2006**; 6:43
- 65.**Ross J, Mulvey G, Stauffer B, Patlolla V, Bernheim S, Kenan P, Krumholz H.** Statistical models and patient predictors of readmission for heart failure. *Arch Intern Med.*, **2008**;168(13):1371-1386
- 66.**DeWalt D, Malone R, Bryant M, Kosnar M, Corr K, Rothman R, Sueta C, Pignone M.** A heart failure self-management program for patients of all literacy levels. *BMC Health Services Research*, **2006**, 6: 30
- 67.**Akdemir N, Birol L.** *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Sistem Ofset, **2005**; 452–467.
- 68.**Komsuoğlu, B.**Klinik Kardiyoloji. Nobel Tıp Kitapevi, **2000**
- 69.**Heper C, Heper Y, Moğol E.** *Kardiyoloji*. Ankara: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd.,**2000**: 198-230.
- 70.**Heper C.***Kalp Yetmezliği*.Kardiyoloji.İstanbul,**2000**; 199-211
- 71.Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisi 2005 ESC Klavuzu. Erişim: http://www.tkd.org.tr/~media/files/tkd_kilavuzlar/esc-kilavuzlari/esc_guidelines_turkce.pdf .Erişim tarihi:21.06.09
- 72.**Enar R, İlerigen B, Okay T.** Kalp Yetersizliği, Kalp Yetersizliği Grubu El Kitabı, İstanbul,**1999**
- 73.**Mandinov L,Erberli F, Seiler C, Hess O.**Diastolic heart failure. *Cardiovascular Research*,**2000**;45(4): 813–825
- 74.**Calerlock J, Clark A.** Heart failure pathophysiologic mechanism. *American Journal of Nursing*. **2002**;101(12): 26–33.

75.İlerigen B. Kalp yetersizliği tanısında güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri*. **2000**; 13(2): 12- 19.

76.Alessi, CA, Martin JI, Webber PL, Kim, EC, Harker, JO, Josephson, KR. Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *JAGS*, **2005**; 53: 803–810.

77.Shulldham C, Theaker C, Jaarsma T, Cowie M. Evaluation of the european heart failure self-care behaviour scale in a united kingdom population. *Journal of Advanced Nursing*, **2007**; 60(1), 87–95

78.Kalp Yetersizliği Sınıflaması. Erişim: <http://www.americanheart.org>. Erişim tarihi: 24.05.2007

79.Struthers A. The diagnosis of heart failure. *Heart*, **2000**; 84(3):334–338

80.Crawford M. Kardiyolojide Tanı ve Tedavi. İstanbul: Gunes Kitabevi Ltd. Sti; **2006**: 88–96

81.Kepez A,Kabakçı G. Kalp yetersizliği tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **2004**; 35: 69–81

82.İlerigelen B. Yaşlılarda kalp yetersizliği. *Turkish Journal Of Geriatrics*,**2010**; 2: 21–32

83.Gök H.Klinik Kardiyoloji..3.Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul,**2003**

84.Yılson B. ‘Konjestif kalp yetmezliğinde karvedilol kullanımının güvenlik, etkinlik ve tolerabilitesinin izlendiği farmakoepidemiolojik çalışma. Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, , İstanbul, **2004**.

85.Aydın A,Yuvaç U,Cordan J. Kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde güncel yaklaşımlar: nöroendokrin ve immün yanıtın baskılanması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.**2002**; 28 (3): 115–120

86.Hunt SA, Baker DW, Chin MH. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. *J Am Coll Cardiol*, **2001**; 38: 2101–2113

87.Kronik sistolik ve diyastolik kalp yetersizliğinde digoxin kullanımı.Erişim: <http://www.tkd.org.tr/cg/007/kybulteni/?makale=31>.Erişim tarihi: 15.08.2011

88.Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2004**; 20 (1): 77–95.

89.Lee C, Suwanno J, Riegel B. The relationship between self-care and health status domains in Thai patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, **2009**;8: 259–266

90.Wright S, Walsh H, Ingleby K, Muncaster S, Gamble G, Pearl A, Whalley G, Sharpe N, Doughty R. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *The European Journal of Heart Failure*, **2003**; 5: 371–380

- 91.**Kızıl C.**Kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimleri ve hemşirelerin bu konuda düşünceleri. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir,**2010**.
- 92.**Anker SD, Negassa A, Coats AJ, Afzal R, Poole-Wilson PA, Cohn JN, Yusuf S.** Prognostic importance of weight loss in chronic heart failure and the effect of treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors:an observational study. *Lancet*, **2003**;361:1077–1083.
- 93.**Martje HL, Jaarsmal T, Debra K, Wiek H, Dirk J.** Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*, **2006**;27: 434–440
- 94.**Sisk J, Hebert P, Horowitz C, Mclaughlin M ve ark.** Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. *Annals of Internal Medicine*, **2006**; 145 (4): 273–284.
- 95.**Gonzalez B, Lupon J, Parajon T .** Use of the european heart failure selfcare behaviour scale (ehfsbs) in a heart failure unit in Spain.*Esp Cardiol*,**2006**; 59(2): 166-170.
- 96.**Dunn S, Bleske B, Dorsch M, Macaulay T, Tassell B, Vardeny O.** Nutrition and heart failure. *Nutrition in Clinical Practice*,**2009**;24(1)
- 97.**Price RJ, Witham MD, McMurdo ME.** Defining the nutritional status and dietary intake of older heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, **2007**; 6(3):178–183.
- 98.**Neily JB, Toto KH, Gardner EB, Rame JE, Yancy CW, Sheffield MA, Dries DL, Drazner MH.** Potential contributing factors to noncompliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure. *Am Heart J*, **2002**;143: 29 –33.
- 99.**Enç N, Yiğit Z, Altuok M.** Kalp Yetersizliği Hasta El Kitabı. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitap evleri, **2005**
- 100.Heart Failure Society of America. HFSA 2006 comprehensive heart failure practice guideline. *J Card Fail*, 2006;12:e1– e2
- 101.**Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, Tavazzi L, Smiseth OA, Gavazzi A, Haverich A, Hoes A, Jaarsma T, Korewicki J, Lévy S, Linde C, Lopez-Sendon JL, Nieminen MS, Piérard L, Remme WJ.** Task Force for the Diagnosis and Treatment of CHF of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure text. *Eur Heart J*, **2005**;26: 1115–1140.
- 102.**Lennie TA.** Nutrition self-care in heart failure: state of the science. *J Cardiovasc Nurs*,**2008**;23: 197–204.
- 103.**Paterna S, Gaspare P, Fasullo S, Sarullo FM, Di Pasquale P.** Normalsodium diet compared with low-sodium diet in compensated congestive heart failure: is sodium an old enemy or a new friend? *Clin Sci (Lond)*. **2008**;114:221–230.

- 104.**Kollipara U, Jaffer O, Amin A, Toto K, Nelson L, Schneider R, Markham D, Drazner M.** Relation of lack of knowledge about dietary sodium to hospital readmission in patients with heart failure. *Am J Cardiol*, **2008**;102:1212–1215
- 105.**Lennie T, Moser D, Habash D, Trupp R, Chung M.** Nutritional adequacy of low sodium diets in patients with heart failure. *Circulation*, **2003**;108(4):4–503.
- 106.**Lainscak M, Cleland JG, Lenzen MJ, Keber I, Goode K, Follath F, Komajda M, Swedberg K.** Nonpharmacologic measures and drug compliance in patients with heart failure: data from the EuroHeart Failure Survey. *Am J Cardiol*, **2007**;99: 31–37.
- 107.Türk Erikinlerinde Obezite, Abdominal Obezite, Belirleyicileri ve Sonuçları.Erişim: <http://tekharf.org/images/2009/bolum9.pdf> . Erişim tarihi:15.08.2011
- 108.AHA Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006.Erişim: <http://circ.ahajournals.org/content/114/1/82.full.pdf+html>. Erişim tarihi: 15.05.2011
- 109.Dünya Sağlık Örgütü Beden Kitle Sınıflaması 2006. Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Erişim tarihi: 15.05.2011
- 110.**Alper M, Öztürk M, Selçukbiricik S.** Dahili Bilimler.1 Cilt. İkinci Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, **2001**.
- 111.**Haehling S, Doehner W, Anker SD.** Nutrition, metabolism, and the complex pathophysiology of cachexia in chronic heart failure. *Cardiovasc Res*, **2007**;73(2):298–309.
- 112.**Huyen N.** Factors related to self-care behaviors among older adults with heart failure in thai nguyen general hospital, Vietnam. *Special Issue of the International Journal of the Computer, the Internet and Management*, **2011**;9
- 113.**Macabasso O'A, Dewalt D, Broucksou K, Hak V, Baker D.** Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med*, **2011**; 26(9):979–86
- 114.Türk Erişkinlerde Sigara İçimi:Eğilimler ve Kardiyometabolik Etkiler.Erişim: <http://tekharf.org/images/2009/bolum7.pdf> Erişim tarihi:15.08.2011
- 115.**Suskin N, Sheth T, Negassa A, Yusuf S.** Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction. *J Am Coll Cardiol*, **2001**;37: 1677–1682.
- 116.Alkol İçimi: Kardiyometabolik Risk Üzerine Uzun Vadede Etkileri. Erişim: <http://tekharf.org/images/2009/bolum8.pdf>.Erişim tarihi:15.08.2011
- 117.**Smart N, Marwick TH.** Exercise training for patients with heart failure: a systematic review of factors that improve mortality and morbidity. *Am J Med*, **2004**;116:693–706.

118.**Jovicic1 A,Holroydand J,Straus S.** Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure. *BMC Cardiovascular Disorder*, **2006**; 6: 43

119.**Kimyon G.** Kalp yetmezliğinin tanısı ve tedavi sonrası takibinde brain natriüretik peptit' in önemi ve karvedilol tedavisinin etkinliği. Uzmanlık tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, , İstanbul, **2006**.

120.Martins W, Ribeiro M, Oliveira L, Barros L, Jorge A, Santos C, Almeida D, Cabral I, Souza R, Furquim T. Influenza and pneumococcal vaccination in heart failure.Erişim: http://www.scielo.br/pdf/abc/2011nahead/en_aop17210.pdf . Erişim tarihi:08.08.2011

121.**Nichol K, Nordin J, Mullooly J, Lask R, Fillbrandt K, Iwane M.** Influenza vaccination and reduction in hospitalizations for cardiac disease and stroke among the elderly. *N Engl J Med*, **2003**;348(14):1322–32.

122.**Riegel B, Carlson B.**Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*, **2002**; 46: 287–295

123.**Kahraman G, Ural D.** Kalp Yetersizliği ve şok Sendromu. Klinik Kardiyoloji. Editör: Komşuoğlu B. Nobel Tıp Kitabevleri, Kocaeli, **2004**, s.377-420.

124.**Coats A.J, Clark A.L, Piepoli M, Volterrani M, Poole-Wilson PA.** Symptoms and quality of life in heart failure: the muscle hypothesis. *Br Heart J*,**1994**; 72(2):36-39.

125.**Zambroski C, Moser DK, Lennie T, Chung ML, Heo S, Smoot T, Ziegler C.** Use of the memorial symptom assessment scale-heart failure in heart failure patients. *Circulation* ,**2004**; 110 (Supplement III (17)).

126.Enhanced Heart Failure Patient Education Prior to Hospital Discharge.Erişim:http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@private/@wcm/@hcm/@gwtg/document/s/downloadable/ucm_428949.pdf.Erişim tarihi: 26.09.2011

127.**Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ.** Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. **2005**;111:179–85.

128.**Efe F, Olgun N.** Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitei üzerine eğitimin etkisi.*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*,**2011**;1-13

129.**Gonseth J, Castillon P, Bonegas J, Artelejo F.** The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure. *European Heart Journal*, **2004**; 25, 1570–1595

130.**Artinian NT, Mangan M, Cristian W,Lange MP.** What do patient know about their healt failure? *Applied Nursing Research*, **2002**;15(4): 200–208.

131.**Birol L.** *Hemşirelik Süreci*. 3. Baskı, İzmir, 1997: 14–43

132. **Özer S.** Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart&Lung*, **2009**; 38(2): 100-108
133. **Demir M.** Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, **2008**
134. **Oğuz S, Enç N.** Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. *International Nursing Review*, **2008**; 55, 462–467
135. **Enç N.** Kalp yetersizliği olan bireylerin sağlığı geliştiren davranışlarının değerlendirilmesi. Doçentlik çalışması, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, **1998**
136. SPSS Statistical Software (2002). Version 11,5 for Windows. SPSS Inc, Chicago.
137. Sayers s, Riegel B, Pawlowski S, Coyne J, Samaha F. Social support and self-care of patients with heart failure. *Springer*, 2008; 35: 70–79
138. **Özer S.** Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2005**;21: 63–77.
139. Gökçe S. Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesinin ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2008.
140. **Luthi J, Lund M, Sampietro L, Kleinbaum D, Ballard D, Miccicellan W.** Readmissions and the quality of care inpatients hospitalized with heart failure. *International Journal for Quality in Health Care*, **2003**; 15 (5): 413–421
141. **Spies CD.** Effects of alcohol on the heart. *Curr Opin Crit Care*, **2001**;7(5): 337–343
142. **Paul S.** Hospital discharge education for patients with heart failure. *Critical Care Nurse*, **2008**; 28 (2).
143. **Jha A, Orav J, Epstein A.** Public reporting of discharge planning and rates of readmissions. *N ENGL J MED*, **2009**; 361: 27
144. **DiMatteo MR.** Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol.* **2004**; 23: 207–218.
145. **Moser DK, Watkins JF.** Conceptualizing self-care in heart failure a life course model of patient characteristics. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **2008**; 23: 205–218.

EKLER

EK-1.KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A. Hastaya İlişkin Sosyo – Demografik Özellikler

1. Protokol Numarası:.....
- 2.Yaşınız :.....
3. Cinsiyetiniz:.....
4. Boyunuz :.....
5. Kilonuz :.....
- 6.BKİ (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır):.....

7. Doğum yeriniz?

- İl
- İlçe
- Köy

8. Yaşamınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

- Köy
- İlçe
- Şehir
- Büyükşehir
- Yurtdışı

9. Medeni durumunuz?.....

10. Çocuk sayınız?.....

11. Eğitim durumunuz?

- Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul
- Lise Üniversite / Yüksek Lisans

12. Çalışıyor musunuz?

- Evet Hayır

13. Cevabınız “evet” ise ne iş yapıyorsunuz?

- Memur İşçi Çiftçi Emekli Serbest Meslek

14. Cevabınız “hayır” ise çalışmama nedeniniz nedir?

- Şimdiki hastalık nedeniyle çalışmıyorum
 Başka nedenlerle çalışmıyorum
 Emekliyim

15. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?

- Var Yok

16. Aylık geliriniz?

- Gelirim giderimden fazla
 Gelirim ve giderime denk
 Gelirim giderimden az

17. Birlikte yaşadığınız kişiler?

- Yalnız Eşimle birlikte Eşim ve çocuklarımla Diğer

18. Sizin bakımınızla ilgilenen biri var mı?

- Evet Hayır

19. Yanıtınız “Evet” ise kimler ilgileniyor?

- Eş Çocuklar Anne – Baba Bakıcı Diğer

20. Sigara kullanma durumunuz?

- Kullanıyorum Bıraktım Hiç kullanmadım

21. Ne kadar süre sigara kullandınız? (Belirtiniz :.....)

22. Alkol kullanma durumunuz?

- Kullanıyorum Bıraktım Hiç kullanmadım

23. Ne kadar süre alkol kullandınız? (Belirtiniz :.....)

B) Hastalıkla İlgili Özellikler

(Hastalık özellikleri ile ilgili olan 24, 25,26, 27, 28 ve 29. sorularla ilgili bilgiler hasta dosyasından alınacaktır)

24.New York Kalp Derneği(NYHA) Kalp yetersizliği sınıfı:

- NYHA I NYHA II NYHA III NYHA

25. Kalp yetersizliğinin nedeni?

- İskemik kalp hastalığı (MI , Anjiyografi, PTCA, CABG)
Kapak hastalığı (MS, MY; AS, AY)
Hipertansiyon,
DM
Kardiyomyopati
Diğer (Perikardit, myokardit , konjenital vb.)

26.Sol ventrikül EF.....

27. Kalp yetersizliği dışında başka hastalığınız var mı?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertansiyon | <input type="checkbox"/> Hematolojik problemler |
| <input type="checkbox"/> DM | <input type="checkbox"/> Alzheimer, Demans, inkontinans |
| <input type="checkbox"/> Kanser, böbrek yetmezliği | <input type="checkbox"/> Gut, artrit |
| <input type="checkbox"/> Depresyon | <input type="checkbox"/> Diğer |
| <input type="checkbox"/> Pnömoni, KOAH, uyku apnesi | <input type="checkbox"/> Böbrek yetersizliği |
| <input type="checkbox"/> GİS problemleri | <input type="checkbox"/> Başka bir hastalığı yok |

28. Hastanın şu anda kullandığı ilaç grupları?

- Diüretikler
ACE inhibitörleri
Angiotensin reseptör blokerleri
Beta blokerler
Digoxin
Diğer.....

29. Hastalığınız ne kadar süre önce teşhis edildi?

- Son bir yıl
Son iki yıl
Son üç yıl
Son üç yıldan fazla

30. Taburcu olurken hastalık hakkında ve hastalığa yönelik uyulması gereken işlemler hakkında size bilgi verildi mi?

- Evet Hayır

31. “Evet” ise aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri hakkında bilgi verildi?

- Hastalığınız hakkında
Sıvı izleme
Diyet
Kilo kontrolü
İlaç kullanımı
Egzersiz
Hastalığın kötüleşme belirtileri
Diğer

32. Tanı konulduktan sonra hangi sağlık önerilerine uymanız istendi?

- Diyet Doktor kontrollerine düzenli gelme
Egzersiz Diğer
İlaç tedavisi

33. Sağlık önerilerinden hangisine düzenli uydunuz?

- Diyet Doktor kontrollerine düzenli gelme
Egzersiz Diğer
İlaç tedavisi

34. Ailenizde kalp hastası olan var mı?

- Evet Hayır

35. Kalp yetersizliğinden dolayı kaç defa hastaneye yattınız?(Belirtiniz:)

36. Hastaneye yatış sıklığınız nedir?

- 30 gün ve altı 31- 60 gün 61- 90 gün 90 gün ve üstü

37.Şimdiki ve geçmişteki hastaneye yatışlarınızda şikayetleriniz nelerdi?

- Sık idrara çıkma,
Kramplar,
Baş dönmesi
Nefes darlığı
Ödem(Şişlik) (Yeri:.....)
Dikkat dağınıklığı / Hafıza kaybı
Denge kaybı / Düşme
Göğüs ağrısı
Yorgunluk / güçsüzlük
Sıkıntılı uyku
Çabuk yorulma / Merdiven çıkamama
Kilo kaybı (Kaç kg:.....)
Kilo alma (Kaç kg:.....)

38. Günde toplam kaç tane ilaç alıyordunuz? (Belirtiniz:)

39. Bireyin ilaç kullanımı hakkında bilgi durumu:(**Araştırmacı tarafından doldurulacaktır**)

İlacın ismi	Dozu	Saatleri	Etkisi	Yan etkileri
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

40. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor muydunuz?

- Düzenli kullanıyordum
- Her gün aynı saatte içiyordum
- Her gün farklı saatlerde alıyordum
- Haftada en az 1–2 kez unutuluyordum
- Ayda 1–2 kez unutuluyordum
- Kendimi iyi hissettiğimde ilaçlara ara veriyordum.
- Ayaklarımın şiştiğini hissettiğimde kullanıyordum.
- Diğerleri.....

41. Özel uymanız gereken bir diyetiniz var mı?

- Evet
- Hayır

42. Yanıtınız “Evet” ise diyetinizin içeriği (Belirtiniz :.....)

43. Düzenli kilo kontrolü yapar mıydınız?

- Her gün
- Haftada 2–4 defa
- Haftada bir
- İki haftada bir
- Ayda bir
- Kilo kontrolü yapmıyorum

44. Düzenli egzersiz (yürüyüş, bisiklete binme, yüzme vb) yapıyor muydunuz?

- Evet
- Hayır(Nedeni):.....

45.Evet ise sıklığı:

- Her gün
- İki günde bir
- Haftada iki gün
- Haftada bir gün
- Belirli bir düzenim yoktu

46. Egzersiz türünüz ve süresi (Belirtiniz:.....)

47. Uykunuz düzenli miydi?

- Evet
- Hayır (Nedeni):.....

48. Günlük ortalama uyku süreniz :.....

49. Kişilik özelliğinizi nasıl tanımlarsınız?

- Sakin
- Öfkeli
- Kolay sinirlenen
- Endişeli

C) Kişilerarası İletişim Özellikleri

50. Ailenizle olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Çok iyi
- İyi
- Kötü
- Çok kötü

51. Arkadaşlarınız ile olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Çok iyi
- İyi
- Kötü
- Çok kötü

D)Sağlık Durumunu Algılama

52. Şu andaki sağlığınızı nasıl yorumlarsınız?

- Çok iyi
- İyi
- Kötü
- Çok kötü

TEŞEKKÜRLER

EK-2.KALP YETERSİZLİĞİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınız ile ilgili tutumunuz ve kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.

Sağlığınız ile ilgili yaptıklarınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (√) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
Hastalığım hakkında bilgim vardır.				
Beslenmemde tuz kısıtlamasına dikkat ederim.				
Yorgunluk veya solunum zorluğuna yol açan hareketlerden kaçınırım.				
Hastalığıma bağlı hangi şikayetlerim olabileceğini bilirim.				
İlaçlarımın etkisini ve yan etkisini bilirim.				
Bikarbonatlı, gazoz ve soda gibi içecekleri kullanmam.				
Nabzımı sayarım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Acil durumlarda kullanılmak üzere bana ait adres, telf. ve teşhisimi bildiren kartı yanımda taşıırım.				
İlaçlar bana zarar verdiği zaman doktora giderim.				
Hava aşırı nemli ve sıcaksa aşırı hareket etmekten kaçınırım.				

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
Sıvı alımına dikkat ederim.				
Düzenli tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Soğuk algınlığı ve gripten kendimi korurum.				
Sıvı yağ kullanılmış besinleri yerim.				
Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Düzenli kilo kontrolümü yaparım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Yemekleri az ve sık yerim.				
Doktor kontrollerine düzenli giderim.				
Gece yatmadan önce ağır yemek yemem.				
İlaçlarımı düzenli kullanırım.				
Sebze ve meyve gibi besinleri yerim.				
Hastalığımla ilgili sıkıntım olduğunda hastaneye giderim.				
Grip ve zatürre aşılarımı düzenli olarak yaptırım.				

EK-3.Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Aktivite Durumları, Sıklığı ve Aktivite Yapmama Nedenlerine Göre Dağılımları

Hastaların Aktivite Yapma Durumlarına İlişkin Özellikler	n (%)
Fiziksel aktivite yapma durumu n=100	
Yapan	14(14)
Yapmayan	86(86)
Yapılan aktivitenin türü n=14	
Yürüyüş	12(85,7)
Spor yapma	2(14,3)
Yapılan aktivitenin süresi n=14	
Yarım saatten az	4(28,6)
Yarım saat	6(42,9)
Bir saat	3(21,4)
Bir saatten fazla	1(7,1)
Yapılan aktivitenin sıklığı n=14	
Hergün	4(28,8)
İki günde bir	2(14,3)
Haftada iki gün	4(28,8)
Belirli bir düzenim yok	4(28,8)
Düzenli fiziksel aktivite yapmama nedenleri n=86	
Nefes darlığı	50(58,1)
Yorgunluk	31(36)
Egzersiz yapmayı istememe	4(4,7)
Zaman bulamama	1(1,2)

EK-4.Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Uyku Dzenleri ve Uyku Problemi Yaşama Nedenlerine Göre Dağımları

Hastaların Uyku Durumlarına İlişkin zellikler	n (%)
Uyku dzenı	
Dzenli	14(14)
Dzensiz	86(86)
Günlük uyku süreleri	
1-2 saat	31(31)
3-4 saat	35(35)
5-6 saat	22(22)
7 saat ve st	12(12)
Uyku Problemi Yaşama Nedenleri	
Nefes darlığı	63(73,3)
Stres	18(20,9)
Sık idrara ıkma	2(2,3)
Ağrı	2(2,3)
Endişe	1(1,2)

EK-5.Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hastalığa İlişkin Aldıkları Eğitime Göre Dağılımları

Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları	n (%)
Taburculuk eğitimi	
Alan	62(62)
Almayan	38(38)
Alınan taburculuk eğitimi içeriği* n=62	
Diyet	57 (91,9)
İlaç kullanımı	48 (77,4)
Egzersiz	19 (30,6)
Hastalık hakkında	16(25,8)
Kilo kontrolü	11 (17,7)
Sıvı izleme	11(17,7)
Hastalığın kötüleşme belirtileri	3 (4,8)
Sağlık önerileri konusunda bilgi alma durumları	
Alan	89(89)
Almayan	11(11)
Eğitim verilen ve uyulması istenen sağlık önerileri* n=89	
Diyet	77(86,5)
İlaç tedavisi	76 (85,3)
Doktor kontrollerine düzenli gelme	30 (33,7)
Egzersiz	25 (28,1)

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

EK-6.Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Klinik Özelliklerine Göre Dağılımları

Hastaların Klinik Özellikleri	n (%)	Hastaların Klinik Özellikleri	n (%)
Kalp yetersizliği nedenleri* n=100		Kullandığı ilaç grupları* n=100	
Hipertansiyon	79(79)	Antiagregan	88(88)
İskemik kalp hastalığı	78(78)	Diüretik	82(82)
Kardiyomyopati	22(22)	Vazodilatör	57(57)
Kapak hastalığı	12(12)	Kardiyotonik	55(55)
Perikardit	1(1)	Antilipidemik	48(48)
Kalp yetersizliği dışında mevcut diğer hastalıklar*n=98		ACE inhibitörü	39(39)
Hipertansiyon	79(80,6)	Antihipertansif	36(36)
Diyabetes Mellitus	51(52)	Beta blokör	21(21)
KOAH	19(19,4)	Sempatomimetik	20(20)
Anemiler	9(9,9)	Antiaritmik	15(15)
Böbrek Yetmezliği	9(9,9)	Anjiyotensin reseptör blokörü	1(1)
Osteoporoz+ Osteoartrit	9(9,9)	Hastaneye yatış şikayetleri* n=100	
Pnömoni	8(8,2)	Nefes darlığı	95 (95)
K. Sirozu	5(5,1)	Yorgunluk	92 (92)
Kanser	4(4,1)	Sıkıntılı uyku	80 (80)
Hastane yatış sayısı		Ödem	58 (58)
2-4 defa	47 (47)	Göğüs ağrısı	52 (52)
5-7 defa	22 (22)	Baş dönmesi	30 (30)
8-10 defa	9 (9)	Sık idrara çıkma	25 (25)
10 ve üzeri	22 (22)	Kramplar	23(23)
Hastane yatış sıklığı		Dikkat dağınıklığı	22 (22)
30 gün ve altı	38 (38)	Denge kaybı	12 (12)
31-60 gün	17 (17)	Kilo alma	12 (12)
61-90 gün	13 (13)	Kilo kaybı	9 (9)
90 gün ve üstü	32 (32)		

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

EK-7.MERSİN 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

MERSİN 1 NO'LU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2009/ 16

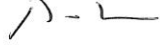
01 /10/2009

Konu : Etik Kurul Başvurusu

Sayın Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Davranışları ile Hastaneye Yeniden Yatışları Arasındaki İlişki" adlı araştırma için Kurulumuz'a yapmış olduğunuz başvuru araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ilişkin 09/09/2009 tarihli ve 2009/08 sayılı Etik Kurul Kararı ile Etik Kurul Değerlendirme Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Etik Kurul Kararı (1 sayfa)
- 2- Etik Kurul Değerlendirme Formu (2 sayfa)

MERSİN 1 NO'LU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KURUL KARARLARI

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
09/09/2009	03	2009/08

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Davranışları ile Hastaneye Yeniden Yatışları Arasındaki İlişki" adlı araştırma için hazırlanmış olan Uzmanlık Tezleri ve/veya Akademik Amaçlı Yapılacak olan İlaç Dışı Klinik Araştırmalar için Başvuru Formu ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Etik Kurul Üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Gürbüz POLAT
Başkan Yrd.

İmza
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Üye

İmza
Doç. Dr. Bahar ULUBAŞ
Üye

İmza
Doç. Dr. Mehmet İsmail YAĞCI
Üye

İmza
Doç. Dr. Handan BİRBIÇER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Gülay BÖREKÇİ
Üye

(Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nimet BÖLGEN
Üye

İmza
Uzm. Dr. Melek AYAN
Üye

İmza
Uzm. Dr. Havva KUBAT ÖZEL
Üye

(Katılmadı)
Av. Habibe ÖZER
Üye

Fatma KAPAR
Etik Kurul Sekreteri

ASLI GİBİDİR

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	MERSİN 1 NO'LU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İhsaniye Mah., 4903 Sokak, No: 3, Necdet Ülger Binası, 3. Kat, 33079, Mersin
TELEFON	0 324 3374300 / 1195
FAKS	0 324 3374305
E-POSTA	etikkurul@mersin.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Davranışları İle Hastaneye Yeniden Yatışları Arasındaki İlişki		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Servisi, Dahiliye I ve Dahiliye II Servisleri		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Mersin 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
FAZ 2		<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
BE/BY		<input type="checkbox"/>		
DIĞER		<input type="checkbox"/>		
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA		<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŐURÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŐ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Belge Adı		Açıklama
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	Giderler araştırmacı tarafından karşılanacaktır.
SIGORTA	<input type="checkbox"/>	

HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
ILAN	<input type="checkbox"/>	
YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DiĞER	<input checked="" type="checkbox"/>	Uzmanlık Tezleri ve/veya Akademik Amaçlı Yapılacak olan İlaç Dışı Klinik Araştırmalar için Başvuru Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2009/08	Tarih: 05.05.2009
	Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına / bulunduğuna ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Pror. Dr. Bahar TUNÇTAN	Eczacılık	MEÜ Eczacılık Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Gürbüz POLAT	Biyokimya	MEÜ Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bahar ULUBAŞ	Göğüs Hastalıkları	MEÜ Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet İsmail YAĞCI	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan	MEÜ İşletme Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Handan BİRBİÇER	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	MEÜ Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay BÖREKÇİ	Mikrobiyoloji	MEÜ Sağlık Yüksek Okulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU	Deontoloji	ÇÜ Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	MEÜ Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nimet BÖLGEN	Biyomedikal Mühendis	MEÜ Mühendislik Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Melek AYAN	Mikrobiyoloji	Mersin Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Havva KUBAT ÖZEL	Farmakoloji	Mersin Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Habibe ÖZER	Hukuk	MEÜ Hukuk Müş.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK-8.Araştırmanın Yapılabilmesine Yönelik İzin Yazıları



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.42.00.00/1232
Konu : Anket Uygulması

Mersin 28/09/2009

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ : 17/08/2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.42.00.00/71 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencilerinden Arş.Gör.Aysun **KARA**' nın "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Davranışları ile Hastaneye Yatışları Arasındaki İlişki" konulu anket çalışması ile ilgili olarak; MEÜ.Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başkanlığınının 04/07/2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.H1.70.02/6555 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.

Gereğini arz ve rica ederim.


Doç.Dr.Ülkü ÇÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü

EKLER

Ek-1 Yazı (1 adet)

ME.Ü.Yenişehir Kampusu 33169-Mezitli/MERSİN Santral (0.324) 341 24 08 15-1901, 1902 Fax : (0.324) 341 24 08 e-posta : saglikbilimleri@mersin.edu.tr. elektronik ağ : www.mersin.edu.tr.



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Başhekimlik



Sayı : B.30.2.MEÜ.0.H1.70.02/6555

Konu: Uygulama İzni

04 Eylül 2009

Tarih :/...../.....

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Genel Sekreterlik)

İlgi: 31/08/2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00/945-13003 sayılı yazınız.

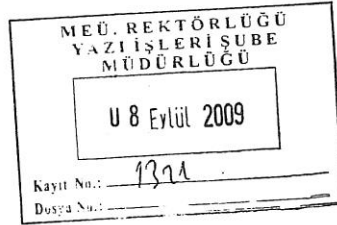
Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden Arş. Gör. Aysun KARA'nın "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Davranışları İle Hastaneye Yatışları Arasındaki İlişki" konulu anket uygulamasının yapılabilmesi için, Etik Kurul iznine ihtiyaç duyulmakta olup; Etik Kurul izni çıktıktan sonra anket uygulaması yapılmasında sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinize arz ederim.



Doç.Dr. Hasan Erdal DORUK
Dekan Yrd.-Başhekim

*amirneren ve Ösnerciye
Rektörlük
R.Y*



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
31/07/2009	13	2009/286

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığından gelen 24.07.2009 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.A1.19.00/61 sayılı yazı üzerinde görüldü.

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden Aysun KARA'nın "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlık Davranışları ile Hastaneye Yeniden Yatışları Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez önerisinin Enstitümüz Esaslarınının 19/1.Maddesi uyarınca kabul edilmesine; durumun Anabilim Dalı Başkanlığına bildirilmesine oybirliği ile karar verildi.

(İmza)
Doç.Dr.Ülktü ÇÖMELEKOĞLU
(Enstitü Müdürü)

(İmza)
Prof.Dr.Tülin BAYKAL
(Üye)

(İmza)
Prof.Dr.Ayşe ÖZCAN
(Üye)

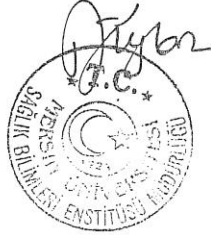
(İzinli)
Prof.Dr.Hakan ÖZTÜRK
(Üye)

(İzinli)
Doç.Dr.Serap YALIN
(Üye)

(İmza)
Yrd.Doç.Dr.Ebru BALLI
(Üye)

ASLININ AYNIDIR

Selime ZIYLAN
Enstitü Sekreteri Y.



8.ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1985 yılında Malatya’ da doğmuştur. İlkokul öğrenimini Malatya’da, ortaokul ve lise öğrenimini Mersin’de tamamlamıştır. 2008 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun olan araştırmacı aynı yıl içinde Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde çalışmaya başlamış bir yıla yakın çalıştıktan sonra 2009 yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2009 yılından itibaren ise Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

