

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR

**KALP YETMEZLİĞİNDE YAŞAM KALİTESİ VE
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Melike DEMİR

EDİRNE – 2008

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR

**KALP YETMEZLİĞİNDE YAŞAM KALİTESİ VE
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Melike DEMİR

Destekleyen Kurum :

Tez No :

EDİRNE – 2008

TEŐEKKÜRLER

Araştırmanın yürütülmesindeki değerli katkıları ve desteği için danışmanım Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR'a, araştırma verilerinin analizindeki yardımlarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Necdet SÜT'e, klinik değerlendirmedeki yardımlarından dolayı Doç. Dr. Fatih ÖZÇELİK'e, Doç. Dr. Bülent Sabri CİGALI'ya, çalışmalarım boyunca desteğini esirgeyemeyen aileme ve arkadaşlarıma teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR

SAYFA

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
-Kalp Yetmezliği	3
- Epidemiyoloji.....	3
- Etyoloji.....	4
- Fiziopatoloji.....	5
-Kalp Yetmezliğinin Şekilleri Ve Nedenleri.....	6
-Belirti Ve Bulgular.....	8
-Klinik Sınıflama	11
-Tanı.....	11
-Komplikasyonları	13
-Kalp Yetmezliğinde Tedavi Ve Bakım.....	14

-Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri	18
Ve Hemşirenin Rolü	
-Kalp Yetmezliği Ve Hemşirelik Bakımı.....	21
GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
BULGULAR.....	39
TARTIŞMA.....	64
SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	73
TÜRKÇE ÖZET.....	75
İNGİLİZCE ÖZET.....	76
KAYNAKLAR	78
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	83
ÖZGEÇMİŞ.....	87
EKLER.....	88
Ek 1: Etik Kurul İzni	
Ek 2: Hasta Tanıtım Formu	
Ek 3: Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeği	
Ek 4: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	

KISALTMALAR

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
Ark:	Arkadaşları
MI:	Miyokart İnfarktüsü
NYHA:	New York Heart Association (New York Kalp Derneği)
ACEİ:	Anjiotensin Konverting Enzim İnhibitörleri
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
SVB:	Santral Venöz Basınç
ADH:	Antidiüretik Hormon
LVD-36:	Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeği (Left Ventricular Dysfunction-36)
GYA:	Günlük Yaşam Aktiviteleri
Ytl:	Yeni Türk Lirası
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri

GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı ‘sağlık’ üzerine odaklanmıştır. Sağlık kavramı evrensel olmasına karşın, anlamı bireyden bireye, toplumdaki topluma farklılık göstermektedir. Bireyin yaşamı boyunca değişebilen, dinamik bir durum olan sağlık, bireyin farklı fizyolojik ve psiko-sosyal boyutlarda fonksiyonlarını sürdürebilmesini, uyum sağlayabilmesini ifade etmektedir. Bu durumda fizyolojik fonksiyonlarını sürdürebilen, sosyal yaşantısı düzenli, üretken, entellektüel becerilere sahip, duygu ve düşüncelerini farkında olan ve ifade edebilen bireyler sağlıklıdır (1-3).

İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan aldıkları doyum azalabilir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak; en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu en üst düzeye çıkartmaktır (1-4).

Global olarak incelendiğinde insanda, yaşam oranları 1950’ler de 46 yaş iken 1998’de 66 olarak belirlenmiştir. Endüstrileşme ile ölüm nedenlerinde de önemli değişiklikler olmuş, 1950’deki nutrisyonel ve enfeksiyöz nedenler yerini dejeneratif hastalıklara (kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi) bırakmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 1999 raporuna göre ölümlerin %28-34 ünü (erkek ve kadın) kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (5,6).

Kronik hastalıklar arasında, insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahip olan kalp yetmezliği sık acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır. Neden

olduğu fiziksel ve psikososyal sorunların özelliği ve yoğunluğundan dolayı, kalp yetmezliği tedavisi karmaşık ve zor olmaktadır (4,6,7).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 12 milyon koroner arter hastası bulunmakta, bunların 7 milyonu miyokart infarktüsü ile sonlanmakta ve 4.6 milyon hastada ise konjestif kalp yetmezliği gelişmektedir. ABD'de 5 milyon kalp yetmezliği hastası olduğu ve bu sayıya her yıl 550.000'nin yeni kalp yetmezliği vakasının eklendiği rapor edilmiştir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kalp yetmezliği insidansının arttığı tahmin edilmekte ancak ülkemizde kalp yetersizliği insidansı ile ilgili güvenilir istatistikler bulunmamaktadır (5,9).

New York Kalp Derneği (NYHA: New York Heart Association) fonksiyonel sınıflaması, hastanın kendini değerlendirmesi ile oluşan subjektif bir ölçüttür. Buna göre semptomları sınıf III-IV düzeyindeki konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda tanı sonrası ilk yıl mortalite oranları % 40'a ulaşmaktadır (5).

Kalp yetmezliği, ventriküllerin kan ile dolumu veya ejeksiyonunda yetersizlik sonucu gelişen, ilerleyici, ciddi semptomların olduğu ve fonksiyonel kapasitenin azaldığı klinik bir durumdur. Kalp yetmezliğinde geleneksel tedavilerin amacı semptomları azaltmak ve prognozu iyileştirmenin yanında, yaşam kalitesi ile fonksiyonel kapasiteyi de arttırmaktır (8, 9).

Kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinin koroner arter hastalarına göre belirgin derecede daha kötü olduğu bildirilmiştir. Kalp yetmezliği 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. Kalp yetmezliği sık hastaneye yatışlara ve iş gücü kaybına neden olması ile bireysel ve toplumsal ekonomik sorunlar oluşturabilmektedir (9,10).

Bu verilerden yola çıkarak bu araştırma kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri belirlemek ve uygun hemşirelik uygulamalarını geliştirmede rehber olacak öneriler belirlemek amacı ile planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KALP YETMEZLİĞİ

Kalp yetmezliği özellikle endüstriyel toplumlarda major bir halk sağlığı sorunudur. Miyokard infarktüsü sonrası yaşam şansının artışı ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte özellikle ileri yaşlarda görülür. Yaşla birlikte kalp yetmezliği insidansı da artmaktadır (11-22).

Kalp yetmezliği, vücudun metabolik gereksinimlerini karşılamak için yeterli miktarda kanı dokulara pompalayamadığı ve ya bunu ancak artmış kardiyak doluş basınçları ile gerçekleştirebildiği nörohormonal aktivite artışı ve çeşitli organ fonksiyon bozukluğu ile karakterize kronik ve ilerleyici bir klinik sendromdur (6,15,23-28).

DSÖ'ne göre klinik olarak kalp yetmezliği; kalp hastalığına eşlik eden dispne ve yorgunluk sendromu olarak tanımlanır (29).

Kalp yetmezliği 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 (8,18).

EPİDEMİYOLOJİ

Epidemiyologlar koroner arter ve diğer kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerde azalma olmasına rağmen kalp yetmezliğinin klinik sendromlarının arttığı konusunda aynı görüştedir (10).

Populasyonun gittikçe yaşlanması kronik hastalıkların oranında artışa neden olmuştur. Kalp yetmezliği insidansı ve prevalansı artarken, mortalitesi de artmaktadır. Hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus v.b. hastalıkların toplumda görülme sıklığının artması ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artması da kalp yetmezliği insidansını artırmaktadır (6,23,30).

Dünya 'da kalp yetmezliğinin yıllık insidansı 45 yaş altında 1/1000 hasta/yıl iken 65 yaş üstünde 10/1000, 85 yaş üstünde ise 30/1000'ne ulaşmaktadır. Prevalansıda buna bağlı olarak değişmekte 50-55 yaş arasında %1 iken 65 yaş üstü kişilerde %6-10, 80 yaş üstünde ise yaklaşık %10 a ulaşmaktadır. Kadınlarda hastalığın görülme oranı erkeklere göre daha azdır. Özellikle 65 yaş üstü yaşlı hastalarda hastaneye yatış nedenleri arasında en sık karşılaşılan neden kalp yetmezliğidir ve bütün yatışların %5-10'unu oluşturur (11,17,19, 21,29,30-33).

Kalp yetmezliğine bağlı mortalite ve morbidite oranları eşit derecede kötüdür. On yılda kalp yetersizliğinden ölüm oranı %40 , 15 yılda %56 'dır. Ciddi kalp yetmezliği olan kişilerde ölüm oranı ise bir yılda %40-70 gibi oldukça yüksek bir orandadır (10).

ABD'nde 5 milyon kalp yetmezliği hastası olduğu ve bu sayıya her yıl 550.000'nin yeni kalp yetmezliği vakasının eklendiği rapor edilmiştir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kalp yetmezliği insidansının arttığı tahmin edilmekte ancak ülkemizde kalp yetmezliği insidansı ile ilgili güvenilir istatistikler bulunmamaktadır (5,9,21,31-34).

Kalp yetmezliği için hastanede ortalama kalış süresi 6-8 gündür. Masraf olarak miyokard infarktüsü ve her tür kanser harcamalarından biraz daha masraflıdır (10).

ETYOLOJİ

Yaşam süresinin uzaması, koroner kalp hastalıklarından ölümlerin artması nedeniyle kalp yetmezliği insidansın da bir artış gözlenmektedir. Son 20 yıldır sanayileşmiş ülkelerde kalp yetmezliğinin başlıca nedeni hipertansiyondan miyokart infarktüsüne (MI) doğru değişmiştir. Kalp yetmezliğinin etyolojisinde;

- Koroner kalp hastalığı
- Kapaklara bağlı patolojiler ve doğumsal patolojiler
- Kardiyomiyopatiler
- İnfeksiyonlar (viral miyokarditler, romatizmal miyokarditler v.b.)
- Kollejen doku hastalıkları
- İlaçlar (adriamycin v.b.)

- Metabolik ve endokrin hastalıklar
- Toksinler (alkol, kobalt v.b.)
- Radyasyon
- Beslenme bozuklukları (beriberi, kwashiorkor, pellegra v.b.)
- Travmalar
- Hipersensitivite sayılabilir (6,10,12,17,23,29,35).

FİZYOPATOLOJİ

Kalp yetmezliği, kalp, iskelet kası ve böbrek fonksiyonlarının bozuklukları, sempatik sinir sisteminin uyarılması ve karmaşık nörohormonal değişiklikler ile karakterize bir sendromdur. Kalp yetmezliğinde sempatik sinir sistemi cevabı, venöz dönüşü ve kontraktiliteyi artırır. Miyokart kontraktilitesindeki primer bir bozukluk (koroner kalp hastalığı, kardiyomiyopati v.b.) ve ya ventriküllere aşırı hemodinamik bir yük (akut mitral yetersizliği, akut aort yetersizliği, sıvı yüklenmesi v.b.) ya da bu iki nedeninde birlikte bulunması halinde, kalbin pompalama işlevini devam ettirmesi için kompensatuar mekanizmalar faaliyete geçmektedir (6,23,34,36).

Sempatik sinir sistemi, renal cevap, miyokardiyal hipertrofi gibi kompensatuar mekanizmalar miyokardiyal dilatasyon için aracılık yaparlar. Kalp pompalama aktivitesini korumak için bu refleks aktivitelere güvenir ve bunlar artan talebi karşılamak için arka arkaya belli bir düzen içinde gerçekleşir (7,23).

İlk mekanizma Frank ve Starling tarafından tanımlanan intristik refleks olarak da kullanılan mekanizmadır. Miyokardiyal kas lifleri baştaki strok volümle oluşan yetmezlikte refleks olarak kontraktilite güçlerini attırırlar. Böylece kardiyak debide artış meydana gelir. Bu mekanizma ile ön ve arka yükü arttırmak için oluşan dilatasyon azaltılmış olur (7,23,35,37).

Pompalama talebindeki artış ikinci dış erteleme mekanizması olan sempatoadrenal aktivitenin artmasına neden olur. Noradrenalin, sempatik sinir merkezinden salınır, miyokardın kontraktilitesinde ve kalp hızında artış meydana gelir. Periferal kan renal, iç organlar ve deri arteriollerinde oluşan vazokonstriksiyonla vazodilatasyona uğrayan koroner ve serebral arteriollere doğru gider. Sempatik aktivite sonucu salınan renin ile vazokonstriksiyon artırılır. Bunun ısrarlı şekilde devamı ventriküler volümde artışa neden olur (7,23).

Eğer kardiyak pompa yetersizliği ısrarlı olursa bu iki kompensatuvar mekanizmadan sonra 3. mekanizma olan su ve sodyum tutulumu devreye girer. Sempatik aktivite sonucu salınan renin ile renal kan akımında azalma olur. Bu azalma renin anjiotensin sistemini aktive eder ve sodyum böbreklerden geri emilir. Salınan renin anjiotensin I' in anjiotensin II' ye dönüşmesine neden olur. Anjiotensin II yaygın vazokonstriksiyon oluşturur, su ve sodyum tutulumuna neden olan aldosteron salınır. Fazla tutulum kan volümünü artırır, kapiller basıncın artması sonucu interstisyel ödem oluşur (7,23).

Bu kompensatuvar mekanizmaların esas amacı; kardiyak debiyi ve sistemik kan basıncını düzenlemektir. Ancak bu mekanizmalara rağmen bu sağlanamazsa son mekanizma olan miyokardiyal hipertrofi oluşur. Bu düzeltilemez ve hipertrofi devam ederse prognoz kötüdür (7,23).

KALP YETMEZLİĞİNİN ŞEKİLLERİ VE NEDENLERİ

Sağ Ve Sol Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği, kalbin kendisine gelen kanı yeterli bir biçimde dolaşımda ileriye doğru taşıyamamasının ifadesidir. Kalp yetmezliği bulgularının çoğu bu birikim sonucu gelişir. Sağ kalp yetmezliğinde kan dolaşımı venöz kısımda toplanır ve geriye doğru göllenme görülür. Sol kalp yetmezliğinde ise kan akciğerlere doğru geriye göllenir (30,35,37).

Sol kalp yetmezliğinde pulmoner semptomlar egemendir. Nefes darlığı, öksürük, paslı renkte balgam, siyanoz, soğuk nemli cilt, solgunluk, hızlı ve düzensiz nabız, ve düşük kan basıncıdır. Hipoksi tablosunda hasta fazla anksiyeteli ve huzursuz hale gelir ve stupor gelişebilir (7,30,35-37).

Sağ kalp yetmezliğinde periferik ödem ön plandadır. Ödem bacakta, karında, ayaktadır. Özellikle oturan hastalarda ayaklarda, yatan hastalarda ise sırtta ve kalçalarda yerleşir (30,35,37).

Sol kalp yetmezliği seyrinde, zamanla sağ kalp yetmezliğinin de ortaya çıkmasıyla sıvı birikimi yaygınlaşır ve ayak bileği ödemi, konjestif hepatomegali, asit ve plevra da sıvı toplanması görülür. Kalp yetmezliğindeki sıvı birikiminde azalmış glomerül filtrasyon hızı ve renin- anjiotensin- aldosteron sisteminin aktivasyonunun rolü olduğu düşünülmektedir (23,30,35,37).

Akut ve Kronik Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliğinin kliniğinin Şiddeti, belirtilerin ortaya çıkıŐ hızı, kompensatuar mekanizmaların devreye girmesi ve interstisiyel boŐlukta sıvı birikimi için geçen zaman arasındaki iliŐkiye bağlıdır (23,30).

Kalp yetmezliği aniden geliŐebileceđi gibi semptomlar ilk saatlerde ya da infarktı takip eden ilk günlerde sinsice ilerleyebilir. Semptomlar genellikle vücut dengesini sürdürmek için gerekli kardiyak out-putu sağlamaya çalıŐan kompensatuar mekanizmalarla düzeltilmeye çalıŐılır. Bu kompensatuar mekanizmalar sıvı retansiyonuna neden olur ve pulmoner ve periferel ödeme neden olan sempatik aktiviteyi artırır (7,30).

Sonraki aŐamalarda kalp ventriküler basınca dilatasyon ve hipertrofiyle adaptasyon oluşturur. Kalp hafif aktivitelerle baş edebilirken Şiddetli aktiviteleri tolere edemez. Kalp yetmezliği miyokart infarktüsünü takiben genellikle akut sol kalp yetmezliği ayrıca bazen sol kalp yetmezliğiyle birlikte sağ kalp yetmezliği veya sol kalp yetmezliği olmadan sadece sağ kalp yetmezliği gelişebilir. Akut miyokart infarktı sonucu oluşan yetmezlikte Killip sınıflandırılması kullanılır (7).

Killip Sınıfı	Klinik Durum	Mortalite (%)
1	Yetmezlik yok	6
2	Hafif kalp yetmezliği	17
3	Ciddi kalp yetmezliği (Pulmoner dem)	38
4	Kardiyojenik Şok	81

Şekil1: Akut Miyokardiyal İnfarktı Takiben Oluşan Kalp Yetmezliği için Killip Sınıflandırması (7,38)

Akut kalp yetmezliğinin tedavisinde etyolojinin tespiti önemlidir. Diüretik tedavisi uygulanır hasta dijitalize edilir. Oksijen verilir. Morfin sülfat uygulanabilir (30).

Kronik kalp yetmezliği ise bu tablonun kronikleŐmesiyle oluşur. Kronik kalp yetmezliğinin en önemli semptomları; yorgunluk ve nefes darlığıdır. Diğer fiziksel semptomlar Şunlardır; enerji azlığı, uyuşukluk, uyku düzensizliği, sık idrara çıkma, iştah kaybı, konstipasyon, çarpıntı, kol ve bacaklarda ŐiŐme, göğüs ağrısıdır (11,13,30).

Hastalar kendilerini güçsüz hissederler. Diğer yaygın semptomlar psikolojik semptomlardır ve görülme oranı farklılık gösterir. En yaygın olarak tanımlananlar sinirlilik, çökkünlük ve huzursuzluktur (11).

Düşük ve Yüksek Debili Kalp Yetmezliği

Konjenital, valvüler, romatizmal, hipertansif, koroner ve kardiyomiyopati kökenli bir çok kardiyovasküler hastalıkta düşük debili kalp yetmezliği görülür. Yüksek debili kalp yetmezliğine örnek olarak; anemi, edinsel arteriovenöz fistüller, tirotoksikoz, kemiğin paget hastalığı, multipl myelom, polisitemia vera, karsinoid sendrom ve gebelik verilebilir. Yüksek debili durumlar nadiren tek başlarına kalp yetmezliğine neden olurlar. Ancak altta yatan bir kalp hastalığı söz konusu olduğunda kalp yetmezliğine neden olabilirler (23,30).

Düşük debili kalp yetmezliği, sistemik vazokonstriksiyon, soğuk, soluk ve hatta bazen siyanotik ekstremitelerle karakterizedir. Düşük debili kalp yetersizliğinin ileri aşamalarında atım hacminin azalmasına bağlı olarak nabız basıncı düşer. Yüksek debili kalp yetmezliğinde ise ekstremiteler sıcak ve kırmızı, nabız basıncı normal veya artmış bulunur. Kalbin dokulara oksijen taşıma kabiliyeti arteriyel-venöz oksijen farkı ile ortaya konur. Düşük debili kalp yetersizliğinde bu fark artar (dinlenme anında >50 mI /L), yüksek debili yetmezlikte ise normal veya düşmüş olabilir (23,30).

BELİRTİ VE BULGULAR

Kalp yetmezliğinde hiçbir semptom spesifik değildir. Semptomlar sağ ve sol kalp boşluklarının basınç artışına ve kardiyak debinin azalmasına bağlıdır (30).

Kalp yetmezliğinin başlıca belirti ve bulguları şunlardır:

- ◆ Dispne,
- ◆ Egzersiz İntoleransı,
- ◆ Cheyne-Stokes Solunumu,
- ◆ Ödem ve Sıvı Retansiyonu,
- ◆ Halsizlik, Abdominal Bulgular,
- ◆ Serebral Bulgular

Dispne : Kalp yetmezliğinin en sık karşılaşılan bulgusudur. Erken dönemde sadece egzersiz sırasında gözlenen bu durum efor dispnesi olarak adlandırılır. Egzersiz sırasında normal kişilerde oluşan dispne ile kalp yetmezlikli bireylerdeki dispne arasındaki fark bunun oluşumu için gereken egzersiz miktarıdır (6,23,30).

Dispne; hastalarda yetmezliğin derecesine göre ortopne, paroksizmal noktural dispne ve kardiyak dispne olarak görülebilir.

Kardiyak dispne; pulmoner venöz ve kapiller basıncın arttığı hastalarda sıklıkla gözlenir. Bu hastalarda pulmoner damarlar genişlemiş ve interstisyel pulmoner ödem gelişmiştir. Sonuçta akciğer yüzey alanı azalır, ve yeterli solunum için kasların yükü artar. Akciğerlerdeki reseptörlerin aktivasyonu sonucu kardiyak dispnenin karakteristik özelliği olan hızlı ve yüzeysel solunum gelişir. Kardiyak debinin azalması ile kaslara giden kan akımı azalır ve solunum daha da zorlaşır. Solunum zorluğu çoğu ciddi kalp yetmezliği olgusunda görülebilir ve bunun sonucunda uyku apnesi gelişebilir. Hipoksi varlığı kalp yetmezlikli olgularda pulmoner ödem ya da pulmoner hastalığı ifade eder (6,23,30).

Ortopne ; yatar pozisyonda dispne gelişmesidir. Kalp yetmezliğinde efor dispnesi sonrası gelişir. Karın ve alt ekstremitelerdeki kanın göğüse geçmesi ve yatar pozisyonda diyafragmanın elevasyonu ile pulmoner kapiller hidrostatik basıncın yükselmesi sonucu ortopne gelişir. Hasta genellikle yastık sayısını artırır. Oturur pozisyonda ortopne azalır. Sol ventrikül yetmezlikli hasta kalp yetmezliğinin başlangıç dönemlerinde ortopneden şikayet ederken tabloya sağ kalp yetmezliğinin eklendiği geç dönemlerde ortopne gelişmez (6,23,30).

Paroksizmal noktural dispne; sıklıkla gece gelen ve hastayı uykudan uyandıran dispne şeklidir. Ortopne hastanın oturmasıyla gerilerken bu tabloda oturur pozisyona rağmen öksürük ve wheezing devam eder. Uyku esnasında solunum merkezinin depresyonu sonucu azalmış arteriyel oksijen saturasyonu için gereken ventilasyon azalabilir. Ayrıca geceleri ventrikül fonksiyonu bozulabilir. Kardiyak Astma, paroksizmal noktural dispne ve noktural dispne ile yakından ilişkilidir. Sıklıkla gece gelen bronkospazm nedeni ile gelişen wheezing ile karakterizedir. Akut pulmoner ödem, kardiyak fonksiyonların akut depresyonu sonucu kapiller hidrostatik basıncın akut yükselmesi ya da intravasküler volümde akut yükselme sonucunda alveolar alana olan sıvı geçişi nedeniyle oluşur. Solunum zorluğu, akciğerlerde krepitan raller, pembe köpüklü balgam, taşikardi başlıca belirtileridir. Tedavi edilmesse ölümcül olabilir (6,23,30).

Egzersiz İntoleransı : Dispne ile birlikte kronik kalp yetmezliğinde karakteristik bir bulgudur. Egzersiz ile gelişen pulmoner konjesyon, kardiyak debi azalmasına bağlı ve bozulmuş periferik vazodilatasyon egzersiz intoleransına neden olur (6,23,30).

Cheyne-Stokes Solunumu (Periyodik Solunum) : Solunum merkezinin arteryel karbondioksite duyarlılığının azalması ile karakterizedir. Arteryel oksijen saturasyonu azalıp, karbondioksit saturasyonunda artış esnasında apne gelişir. Arteryel kandaki bu değişiklikler deprese solunum merkezini uyarır. Sonuç olarak hiperventilasyon ve hipokapni gelişir. Bunu apne periyotları takip eder. Bu tip solunum kalp yetmezliği dışında serebral patolojilerde ve morfin kullanımı sonrasında da görülebilir (6,23,30).

Ödem ve Sıvı Retansiyonu : Sağ atriyal basınç artışı sistemik dolaşımında kapiller hidrostatik basınç artışına ve sonuçta transüdayona neden olur. Alt ekstremitelerde sık görülen ödem uzun süre yatınca kaybolur. Sıvı birikimi periton, preveal boşluk ve perikardiyal alanda da olabilir. Asit daima periferik ödemle birlikte oluşur. Aksi takdirde akciğer hastalıkları ekarte edilmelidir. Preveal effüzyon ya iki taraflıdır ya da yalnızca sağ tarafta oluşur (6,23,30).

Halsizlik, Abdominal Bulgular : Nonspesifik bulgular olup kan akımının azalmasına bağlıdır. Karın ağrısı ile ilişkili olarak iştahsızlık ve kusma, dispeptik yakınmalar sıktır ve karaciğer, portal sistem konjesyonuna bağlı olarak gelişir (6,23,30).

Serebral Bulgular: Ciddi kalp yetmezliği varlığında özellikle de serebral arteriosklerozlu olgularda perfüzyon azalması ve arteryel hipoksemiye bağlı olarak konsantrasyon bozuklukları, konfüzyon, baş ağrısı, anksiyete ve uykusuzluk görülebilir. Noktüri kalp yetmezliğinde sıklıkla görülür ve uykusuzlukla ilişkili olabilir (6,7,23,30).

Hastalar kalp yetmezliğinin spesifik belirtilerini göstermeyebilirler. Diyetler ve diğer hastalıkların tedavisi sonucu farklı semptomlar oluşabilir. Bunlarda yaşamı tehdit eden epizotlar oluşturabilirler (23,31).

KLİNİK SINIFLAMA

Kalp yetmezliği için birkaç klinik sınıflama kullanılmaktadır. NYHA (New York Heart Association) sınıflaması hekimin hastayı sorgulamasıyla elde ettiği her iki taraf içinde subjectif olan bir ölçüttür. NYHA (New York Heart Association) sınıflaması aşağıdaki gibidir (28,29,34).

NYHA (New York Heart Association) Sınıflaması	
Sınıf I:	Normal fiziksel aktivite ile semptom yok.
Sınıf II:	Normal fiziksel aktivite ile semptom var.
Sınıf III:	Fiziksel aktivite kısıtlı, hafif eforla bile semptom var.
Sınıf IV:	İstirahatte kalp yetersizliği semptomları var.

Şekil 2: NYHA (New York Heart Association) sınıflaması (15,34)

TANI

Kalp yetmezliğinin tanısı için iyi bir anemnez ve fizik muayene yeterli olabilir. Bunların yeterli olmadığı durumlarda aşağıdaki teknikler tanıya yardımcı olur (6,37).

Radyolojik Bulgular

Posteroanterior grafide kardiyotorasik oran artmıştır. Akut kalp yetmezlikli çoğu hastada pulmoner venöz hipertansiyon, interstisyel ya da pulmoner ödem bulguları görülebilir. Bu bulguların yokluğu artmış lenfatik drenajı gösterir. Radyolojik bulguların yokluğu, pulmoner venöz hipertansiyona rağmen klinik rallerin yokluğu ile uyumludur. Plevral mayi kalp yetmezliğinde görülebilir (6,30,35).

Elektrokardiyografi

Kardiyak ritim analizi, önceki infarkt varlığı ve sol ventrikül hipertrofini değerlendirebilir (6,30,35).

Ekokardiyografi

Kalp yetmezliğinin teşhisinde en önemli non-invazif tetkiktir. Kalp boşluklarını ve kapak fonksiyonlarının değerlendirilmesi, sistolik ve diyastolik fonksiyonların yorumlanması konusunda oldukça önemli bilgiler elde edilebilir (6,7,30,35,37).

Talyum Sintigrafisi

Bu yöntem daha çok kalbin beslenme durumunu gösterir. İntravenöz olarak verilen Talyum 201 den sonra yapılan sintigrafi ile kalbin haritası çıkarılır. Talyum 201 canlı hücrelerce tutulduğundan bu yöntemle kalbin iskemik bölgeleri görülebilir (6,37).

Bilgisayarlı Tomografi

Bu yöntem kalp kasının durumu hakkında bilgi verebilir. Hemodinamik olarak kalp boşluklarının basınçları ölçülerek kalp yetmezliği hakkında bilgi sağlanabilir (6,35,37).

Koroner Anjiyografi

Bu yöntem kalp kasının ve kalp büyümesinin kesin kanıtlarını verir (37).

Ayırıcı Tanı

Tanıda ayırt edilmesi gereken en önemli hastalık akciğer hastalıklarıdır. Solunum fonksiyon testleri bu konuda yardımcı olur. Obezite, kronik anemi ve bazı sistemik hastalıklarda benzer semptomlar gelişebilir. Kalp yetmezliği tanısı için Framingham kriterleri kullanılabilir. 2 major yada 1 major + 2 minör kriterle tanı konulabilir (29,30).

Framingham Kalp Yetmezliği 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)	Taşikardi (≥ 120 /dak)
Raller	
Hepatojuguler reflü	

şekil 3: Framingham Kalp Yetmezliği Kriterleri (29,35)

KOMPLİKASYONLARI

Akut Pulmoner Ödem

Sol kalp yetmezliği ilerlediğinde akut akciğer ödemi gelişir, bu komplikasyon acil müdahaleyi gerektirir (6,37).

Belirti ve bulgular: Hastada ileri derecede solunum sıkıntısı vardır. Hırıltılı solunum, öksürük ve pembe köpüklü balgam, siyanoz, ölüm korkusu, boğulma hissi tipik belirtileridir (6)

Tedavi ve bakım: Hastalar oturur pozisyonun dışında rahat edemezler. Hasta için sakin ve ılık bir ortam hazırlanır. Hasta aşırı derecede huzursuz ve anksiyete içindedir. Bu nedenle doktor istemine göre 10-15 mg morfin sülfat IV ya da subkutan yapılır, ancak solunumu deprese etme riskine karşı dikkatli olunmalıdır (6,37).

Hastaya maske ile %40-60 oranında oksijen verilir. Hasta acilen dijitalize edilir. Hızlı etki eden diüretikler uygulanır. Bronkospazm için IV olarak aminofilin verilebilir. Hastaya uygulanan dijitalisasyon ve aminofilin aynı zamanda diürezede yardımcı olarak sıvı retansiyonunu azaltır. Hastaya flebetomi uygulanır. Bu işlem 300-700ml kadar hastadan kan alınmasıdır ve bununla volüm yüklenmesini azaltmak amaçlanır (6,37).

Kardiyojenik Şok

Kalp ve çevresinden kaynaklanan bir çok nedenle kalbin pompa işlevini yerine getirememesi nedeniyle kardiyojenik şok gelişmektedir (6,7,39).

Genel olarak sol ventrikül disfonksiyonu varlığında ventriküler veya supraventriküler aritmi ile birlikte görülebilen refrakter taşiaritmi veya bradiaritmiler şok sebebidir. Kardiyojenik şok, iskemik kalp hastalığı ve idiyopatik ve restriktif kardiyomiyopatiler gibi her türlü progresif miyokard disfonksiyonu olan hastaların son döneminde görülebilir. En sık görülen nedeni akut miyokard infarktüsüdür (23,38).

Belirti ve bulgular: 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 asidozdur (23,38).

Tanı ve tedavi: Tanıda elektrokardiyografi, akciğer grafisi, ekokardiyografi, hemodinamik monitörizasyon kullanılır. Kardiyojenik şok gelişimine neden olan faktörler tespit edilip tedavisi ona göre planlanmalıdır. Hastaya oturur pozisyon verilir. Hekim istemine göre oksijen verilir. Kan basıncı, santral venöz basınç son derece dikkatli izlenir (35,38).

KALP YETMEZLİĞİNDE TEDAVİ VE BAKIM

Tedavideki temel amaç; yaşam kalitesini ve süresini arttırmaktır. Kalp yetmezliğindeki temel tedavi prensibi; düzeltilebilir kalp yetmezliği nedenlerinin tedavisi ve kalp yetmezliğinin seyrini ağırlaştırıcı etkenlerin ortadan kaldırılmasıdır (29,35). Kalp yetmezliğinde genel tedavi ilkeleri şunlardır;

- ♣ Obez hastalar mutlaka kilo vermelidirler.
- ♣ Sigara bırakılmalıdır.
- ♣ Hiperlipidemi gibi diğer risk faktörleri tedavi edilmelidir.
- ♣ Tuz kısıtlanmalı ve hiponatremi varlığında sıvı kısıtlaması yapılmalıdır.

- ♣ Aşırı aktivitelerden kaçınılmalıdır. Akut dönem dışında yatak istirahati önerilmemelidir.
- ♣ Hipertansiyon agresif olarak tedavi edilmelidir.
- ♣ Aritmi tedavisi yapılmalıdır.
- ♣ Antikoagülan tedavi pulmoner ve sistemik tromboemboliler için uygundur.
- ♣ Negatif inotropik (kalsiyum antagonistleri v.b.), nonsteroid anti-enflamatuar ajanlardan kaçınılmalıdır (29,30,37).

İlaç Tedavisi

Kardiyak fonksiyon; kontraktiliteyi artırmak, afterloadı azaltmak ve preloadu en uygun seviyeye çekmekle düzeltilir. Yüksek diastol sonu dolma basıncı ve ya pulmoner-sistemik venöz konjesyon bulguları olan hastalarda (geriye doğru yetmezlik), afterloadı azaltan ya da miyokart kontraktilitesini arttıran ilaçlar kullanılır. Bu ilaçlar; digoksin, diüretikler, anjiotensin konverting enzim (ACE) inhibitörleri, beta blokerler ve vazodilatörlerdir (5,29,36,40).

NYHA sınıf II olan kalp yetmezlikli bir hastada sıvı retansiyonu bulguları mevcut ise ACE inhibitörü ile diüretikler verilmektedir. Düzelirse diüretik azaltılır ve asemptomatik olduğunda diüretik kesilir, ACE inhibitörüne devam edilir. Kötüye gidiş varsa diüretik arttırılır, hala semptomatik ise önce ACE inhibitörleri, daha sonra diüretikler arttırılır. Yetersiz cevap durumunda, tiyazidler kullanılıyorsa loop diüretiklerine geçilir, uygun beta bloker verilir. Buna rağmen cevap yetersizse kötüye giden veya şiddetli kalp yetmezliği gibi tedavi edilir (29,40).

NYHA sınıf III-IV kalp yetmezliği olan bir hastanın idame tedavisi ACE inhibitörleri ve diüretikler ile yapılır. Optimal ACE inhibitörü dozundan emin olunur, eğer yetersiz ise diüretik arttırılır, ejeksiyon fraksiyonu düşükse dijital glikozidleri eklenir, eğer uygulanmamışsa, uzmanlarca beta blokerler eklenir. İyiye gidiş varsa ACE inhibitörü, beta bloker ve dijitallere devam edilir, diüretik azaltılır. Kötüleleşme varsa diüretik arttırılır, ACE inhibitörü, beta bloker ve dijitallere devam edilir, düzelme olursa diüretikler günde tek doza indirilir. Yetersiz cevap ise loop diüretikleri + tiyazidler kombine edilir, eğer yetersizse diüretikler günde 2 keze çıkarılır, eğer yine yetersizse düşük doz spironolakton verilir. Sınıf IV kalp yetersizliğinde pozitif inotrop ajanlar olarak dopaminerjik ajanlar ve fosfodiesteraz inhibitörleri acil koşullarda ve yoğun bakım koşullarında verilebilir (29,40).

Diüretikler: Kalp yetmezliğinde oluşan volüm fazlalığını vücuttan atmak için kullanılırlar. Hastanın sıvı durumu ödem, raller, nefes darlığı, boyun venlerinde dolgunluk, asit, hepatomegali varlığı ve aldığı-çıkarıldığı takibi ile değerlendirilerek diüretik tedavisinin gerekliliği belirlenir. Diüretikler ödemi saatler içinde azaltırlar (29,37,40).

Asemptomatik veya hafif kalp yetmezliğinde (NYHA I-II) ilk kullanılacak ilaçlar arasında değildirler. ACE inhibitörünü de içeren vazodilatör tedavi alan, tuz kısıtlaması olmasına rağmen semptomları gerilemeyen veya ilerleyen hastalarda periyodik olarak kullanılmalıdır. Kalp yetmezliğinde böbreklerden sodyumun atılmasını artırarak kan ve plazma hacmini azaltırlar. Ayrıca küçük ancak önemli miktarda arteriyel ve venöz dilatasyona neden olurlar. Bu nedenle diüretik tedavisi hem preloadı azaltarak pulmoner ve sistemik konjesyonu düzenler, hem de afterload ve ventriküler volümde küçük bir azalma yaparak duvar gerilimini azaltıp, kardiyak etkilerini güçlendirir (25,36,40,41).

Aşırı diüretik tedavisi, kan üre seviyesinde artma ve aşırı yorgunlukla beraber kalp debisinde ciddi azalmaya yol açabilir. Ciddi kalp yetmezliğinde farklı sınıflardan diüretiklerin (loop, tiazid ve potasyum tutucu) kombinasyonu, diüretik etkiyi arttırdığı gibi hipokalemiyi önlemeye yardımcı olur (36,40).

Diüretik tedavisinin yan etkileri arasında elektrolit denge bozukluğu (hipokalemi, hiponatremi), hiperürisemi, hipertrigliseridemi, nörohormonal aktivasyon, hipotansiyon ve azotemi yer almaktadır (29,40).

Vazodilatörler: Bu ilaçlar kronik kalp yetmezliğinde de kullanılabilir. Vazodilatörler (organik nitratlar v.b.) preloadı, arterial dilatörler (hidralazin) ise afterloadı azaltır. Ancak bunların kullanımı, farmakolojik tolerans ve hipertansiyona sebep olmaları nedeniyle sınırlıdır ve ACE inhibitörleri ile birlikte tedavide tercih edilir (25,36,37,40).

ACE inhibitörleri : Bu ilaçların kullanımı, kalp yetmezliği tedavisinde önemli avantajlar sağlar. Anjiotensin I'in anjiotensin II'ye dönüşmesini engellerler. Böylece anjiotensin II'nin yol açtığı vazokonstriksiyonu akut olarak ortadan kaldırır, uzun dönemde de aldesteron salınımını kısıtlayıp sodyum retansiyonunu ve potasyum kaybını azaltırlar. Ayrıca uzun dönem etkileriyle vasküler düz kas hipertrofisini azaltmakta, endotel fonksiyonlarını iyileştirmekte ve dolaşımda bulunan endotelin gibi vazokonstriktör maddelerin serum düzeylerini azaltmaktadır. Orta derece ve ciddi kalp yetmezliğinde karakteristik olan

nörohümorale aktivasyonun kısır döngüsünü kırarlar ve diüretik tedavisine bağlı gelişen renin anjiotensin sistemi aktivasyonunu önlerler (26,29,36,40,41).

ACE inhibitörlerine düşük dozla başlanmalıdır ve aşırı dozdan kaçınılmalıdır. Yüksek doz tedavi hastaneye yatışı azaltır, fakat semptomlar ve mortalite üzerine etkisi yoktur (29).

Öte yandan ACE inhibitörlerinin ciddi postural hipotansiyon, renal fonksiyonlarda bozulma gibi yan etkileri vardır. Ayrıca ilk dozunu takiben ciddi kan basıncı düşmeleri görülebilir. Bu durum, özellikle önceki diüretik tedavisine bağlı hipotansiyon, hipovolemi ve ya hiponatremi gelişmiş olgularda ACE inhibitörü kullanımıyla ortaya çıkar. Stabil hastalarda hipotansiyon yoksa sorunsuz kullanılabilir (36,40).

Digoksin: Digoksin kalp yetmezliği ve atrial fibrilasyonlu hastalarda kullanılmaktadır. Bu tip hastalarda kısmi pozitif inotropik etki ile birlikte ventriküler hız üzerinde yeterli etki sağlar (29,36,40).

Dijital intoksikasyonunda bradiaritmiler, atriyoventriküler bloklar, bloklü paroksizmal atrial taşikardi, ventriküler prematür atımlar, ventriküler bigemine atımlar, ventriküler taşikardi gibi aritmilerin yanı sıra iştahsızlık, bulantı, kusma gibi gastrointestinal belirtiler, baş ağrısı, bulantı – kusma, renkli görmede bozukluklar gibi nörolojik belirtiler izlenebilir. İlk bulgular gastrointestinal sisteme ilişkindir. Tedavide hemen ilaç kesilir, hipopotasemi varsa düzeltilir (29,36,40).

β- adrenerjik reseptör antagonistleri (β- blokerler) : Bu ilaçlar kalp üzerindeki sempatetik stimülasyon etkisini azaltırlar ve standart dozlarda verildiğinde kronik kalp yetmezliğini alevlendirirler. Buna rağmen çok düşük dozlarda ve monitörizasyon altında kullanıldığında ejeksiyon fraksiyonunu artırarak semptomları düzelttikleri ve kronik kalp yetmezliği olan hastaların hastaneye yatış sıklığını azalttıkları klinik deneylerle gösterilmiştir (25,36,40).

Kalp yetmezliğinde sempatik sinir sistemi aktivasyonu başlangıçta kardiyak performansı arttırdığından yararlıdır; ancak ileri dönemlerde oksijen gereksinimini artırması, aritmilere yol açması ve miyokarda direkt toksik etkisi nedeniyle hastalığın ilerlemesine neden olur. Beta bloker tedavisi KAH (Koroner Arter Hastalığı), eski MI, taşiaritmi varsa özellikle tercih edilir (29,40).

Beta blokerlerle tedavinin kontrendikasyonları arasında sinüs bradikardisi, 1. dereceden daha ileri kalp bloku, kardiyojenik şok, akut kompanse olmayan kalp yetersizliği yer alır. Bronkospastik hastalık, hepatik fonksiyonun bozulması durumunda ve gebelikte

dikkatli kullanılmalı ya da kullanılmamalıdır. Beta blokerlere eşlik eden genel yan etkiler arasında yorgunluk, baş dönmesi, depresyon, kaşıntı, döküntü, bradikardi, hırıltı yer alır. Mümkün olduğunca yüksek doz verilmeli, sıvı retansiyonu, halsizlik, kalp yetersizliği septomlarının kötüleşmesi, kalp bloku, hipotansiyon, bradikardi ve bronkospazm gelişimi takip edilmelidir (29,40).

KALP YETMEZLİĞİNDE YAŞAM KALİTESİ, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinin koroner arter hastalarına göre belirgin derecede daha kötü olduğu bildirilmiştir. Kalp yetmezliği 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. Kalp yetmezliği sık hastaneye yatışlara ve iş gücü kaybına neden olması ile bireysel ve toplumsal ekonomik sorunlar oluşturabilmektedir (9,42).

Yaşam Kalitesi

Hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı ‘sağlık’ üzerine odaklanmıştır. Sağlık kavramı evrensel olmasına karşın, anlamı bireyden bireye, toplumdan topluma farklılık göstermektedir (1-3).

Günümüzde sağlık; bireyin çevresi ile bir bütün olarak, mevcut sorunları ile baş edebilir, sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı olması, üretkenliği ve yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır (3).

İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan aldıkları doyum azalabilir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak; en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu en üst düzeye çıkartmaktır (2,4).

Günümüzde sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil; bireyin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini arttırmak ve geliştirmektir (3).

DSÖ'ne göre yaşam kalitesi; bireyin gerek kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları gerek se kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında hayatta kendi durumunu algılama biçimidir (43,44).

Yaşam kalitesi mutluluk, doyum, uyum ve iyi olma hali olarak tanımlanabilir. Bir başka tanıma göre genel bir iyilik hali olmasının yanında yaşamın subjektif değerlendirilmesidir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır (3,45).

Yaşam kalitesini ilgilendiren durumlar dört temel grup altında değerlendirilebilmektedir:

- **Psikolojik esenlik:** Yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon, anksiyete, duygusal reaksiyonlar bu alanda değerlendirilir (3,45).
- **Fiziksel esenlik:** Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, cinsel aktivite, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılaması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir (3,45).
- **Sosyal ve bireysel esenlik:** Bireyin ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme, mahremiyet, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma biçimi, çalışma durumu bu alanda değerlendirilir (3,45).
- **Parasal/ maddi esenlik :** Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilir (3,45).

Yaşam şekli değişikliklerinden etkilenerek yaşam kalitesi yetersiz hale gelebilir. Bu durumda sağlık profesyonellerinin bireyin yetersiz olduğu konularda yeterli hale gelebilmesi için gereken tedavi ve bakım uygulamalarını yapması yaşam kalitesini yükseltecektir (3,14).

Günlük Yaşam Aktiviteleri

Günlük yaşam aktiviteleri modeli Roper ve arkadaşları tarafından belirlenmiştir. Bu model; yaşam aktiviteleri, yaşam süresi ve bağımlılık-bağımsızlıkla tanımlanan 3 parçalı bir model olarak ele alınabilir (1,46).

Yaşam aktiviteleri, dini, ahlaki, felsefi, entelektüel, fiziksel v.b. birçok faktörden etkilenir. Birey tüm yaşamı boyunca çeşitli bağımlılık ve bağımsızlık seviyelerinde bulunur. Özellikle kronik hastalıklarda bağımsızlık durumu bağımlılığa doğru değişmektedir (1,46).

Roper ve arkadaşları günlük yaşam aktivitelerini 12 başlık altında toplamıştır. Bunlar:

1. Güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme
2. İletişim
3. Solunum
4. Beslenme
5. Boşaltım
6. Kişisel temizlik ve giyim
7. Beden ısısının kontrolü
8. Hareket
9. Çalışma ve eğlence
10. Cinselliği tanımlama
11. Uyku
12. Ölüm

Nüfusun gittikçe yaşlanması kronik hastalıkların oranında artışa neden olmuştur. Kalp yetmezliği kronik hastalıklar arasında insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahiptir (4,6,7,23,30).

Kalp yetmezliği; solunum sıkıntısı, yorgunluk, sıvı retansiyonu, bilişsel ve fonksiyonel sınırlılıklar v.b. semptomları nedeniyle bireylerin günlük yaşamlarını etkilemekte ve beraberinde yaşam şekli değişikliklerini getirmektedir. Kalp yetmezliği olan hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşarlar. Özellikle NYHA III-IV ve kronik hipoksemisi olan hastalarda günlük yaşam aktiviteleri etkilenmektedir. Kalp yetmezliği olan hastalarda bağımlılık seviyesi saptanmalı ve uygun hemşirelik bakımı planlanmalıdır. Bireyin günlük aktiviteleri önem sırasına dizilmeli ve belli bir program çerçevesinde yapmasına yardımcı olunmalıdır. Bireysel hijyen, tuvalet ihtiyacı gibi aktivitelerde bağımlılık seviyesine göre yardımcı olunmalıdır (7,9,11,12,31,42,47).

KALP YETMEZLİĞİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kalp yetmezliği gelişen hastalara etkili bir hemşirelik bakımı verebilmek için, hastalığın fizyopatolojisini ve hastalığa verilen fiziksel ve emosyonel tepkileri hemşirenin bilmesi gerekir. Kalp yetmezliğinde tek bir tedavi yoktur ve diğer tedavilerle birlikte bazı ilaçların hastalık süresince değişen dozlarda farklı zamanlarda kullanılması, bakımı kompleks hale getirebilir (7).

Hemşirelik bakımının temel hedefi; bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu şekilde etkilemektir. Bu yaklaşımda birey merkezdedir ve kendisi ile ilgili kararlara katılır. Kendi bakım sorumluluğunu üstlenir. Bu nedenle uygulanacak hemşirelik bakımı kapsamlı olmalı ve birey kendi bakımına doğrudan katılmalıdır. Bunun için bireyin öz bakımı geliştirilmelidir. Hastalara gerekli eğitim programları uygulanmalıdır (3,11,13,31,48).

Hemşirelik bakımının içeriği;

1. Kalp yetmezliği hakkında hasta eğitimi

- Hastalık seyri,
- İlaçları nasıl kullanacağı, yan etkileri, hangi durumlarda hekime başvuracağı,
- Diyeti,

2. Öz bakım;

- Semptom kontrolü: Hangi semptomlarda hekimine başvuracağı, hangi semptomlarda ne yapacağı anlatılmalıdır. Örneğin; kan basıncı düştüğünde ani pozisyon değişikliği yapmaması, istirahat etmesi gerektiği gibi.
- Günlük kilo takibi: Her sabah kahvaltıdan önce, aç karnına, aynı giysilerle, aynı tartıyla tartılması gerektiği ve kilosunu takip çizelgesine kaydetmesi anlatılır. Hekim kontrolüne bu takibini getirmesi gerektiği söylenir.
- Aktivitelerin düzenlenmesi: Düzenli egzersiz programı kişiye özel hazırlanmalı ve bu programı nasıl uygulayacağı anlatılmalıdır.
- Sigarayı bırakma:
- Diyyette tuz kısıtlaması
- Alkolü bırakma

→ Tedavi rejimine uyum: İlaçlarını nasıl alacağı, yan etkilerin ne olduğu, hangi belirtilerde hekimine başvuracağı anlatılmalıdır (11,13,31,42,48).

3. İhtiyaç duyan hastaları gerekli bölümlere yönlendirme

Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Tanıları Ve Hemşirelik Girişimleri

Kalp yetmezliğinde ortaya çıkabilecek ve konulabilecek hemşirelik tanıları, nedenleri, amaçları ve hemşirelik girişimleri aşağıda ayrıntılı olarak verilmiştir. Hemşirelik tanıları;

1. Kalp debisinde azalma
2. Gaz alışverişinde bozulma
3. Anksiyete- korku
4. Sıvı volüm fazlalığı
5. Elektrolit dengesizliği
6. Beslenmede değişiklik: vücut gereksiniminden daha az besin alma
7. Aktivite intoleransı
8. Deri bütünlüğünde bozulma riski
9. Uyku şeklinde bozukluk
10. Yaralanma riski
11. Göğüs ağrısı
12. Konstipasyon

Kalp debisinde azalma

Neden: Kalp debisinin azalmasının nedenleri preloaddaki artma veya düşüş, afterloaddaki artış, miyokart kontraktilesindeki artış ya da azalma ve aritmilerdir.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; kardiyak debinin azaldığını gösteren belirti ve bulguları erken saptamak ve oluşabilecek komplikasyonları önlemektir.

Kardiyak debinin azaldığını gösteren belirti ve bulgular; kan basıncı değişiklikleri, taşikardi varlığı, dispne, ortopne, taşipne, idrar miktarının 30 ml/st altına düşmesi, huzursuzluk, mental durum değişiklikleri, ritim bozuklukları, akciğerlerde raller varlığı, cildin soğuk ve siyoneze olmasıdır (6,10,49-52).

Hemşirelik girişimleri:

1. Kalp hızı ve ritmi, kalp sesleri, kan basıncı, perifer ile nabızların durumu değerlendirilir, kaydedilir ve temel verilerle karşılaştırılır. Özellikle taşikardi, nabız kaybı, kardiyak aritmiler hekime bildirilir.
2. Hipoksemi belirtileri (konfüzyon, huzursuzluk, dispne, aritmi, taşikardi, siyanoz) gözlenir ve bu belirtiler oluştuğunda uygun pozisyon verilerek hekim istemine göre oksijen verilir. Hastaya yapılacak ve yapılan tüm işlemler açıklanarak korku ve anksiyetesi giderilir.
3. Aldığı-çıkarıldığı sıvı miktarı takip edilir ve kaydedilir. SVB (Santral Venöz Basınç) takibi yapılır ve değişiklikler hekime bildirilir. Günlük kilo takibi yapılır (Aynı giysilerle, aynı saatte, aynı tartıyla, sabah kahvaltudan önce aç karnına bir şey içmeden). Ödem ve dehidratasyon belirti ve bulguları değerlendirilir.
4. Emosyonel ve fiziksel dinlenme önlemleri alınır (sakın bir ortam sağlama ziyaretçi kısıtlaması v.b.). Hasta yatak istirahatine alınır. Hipotansiyon yoksa hastaya semi-fowler / fowler pozisyonu verilir.
5. Hekim istemine göre ilaçlar uygulanır, teropatik ve yan etkiler gözlenir ve kaydedilir. Bazı ilaçlar için gözlenecek yan etkiler şunlardır:
 - = İnotropik Ajanlar(dopamin, dobutamin): İştahsızlık, nabzın 60'ın altında ve 100'ün üstünde olması, aritmi, bulantı-kusma ve görme bozuklukları takip edilir ve birinin var olması durumunda doz verilmeyerek hekime bildirilir.
 - = Diüretikler-Hipovolemi: Susuzluk, cilt ve mukoz membranlarda kuruluk, idrar miktarında azalma, yorgunluk, BUN ve hematokrit değerlerinde artma.
 - = ACE inhibitörleri : Hipotansiyon, hiperpotasemi (bulantı-kusma, oligüri, diyare, solunum felci, biradikardi, kardiyak arrest) belirti ve bulguları yönünden takip edilir.
 - = Hipopotasemi: Abdominal gerginlik, EKG değişiklikleri, kardiyak aritmiler, hipotansiyon belirti ve bulguları yönünden takip edilir.
 - = Vazodilatörler: Hipotansiyon belirti ve bulguları yönünden takip edilir.
 - = Nitratlar: Hipotansiyon, baş ağrısı, baş dönmesi belirti ve bulguları yönünden takip edilir.

= Beta blokerler: Hipotansiyon ve bradikardi açısından takip edilir (6,10,49-52).

Gaz alışverişinde bozulma

Neden: Gaz alışverişinin bozulmasının en temel nedeni pulmoner intertisyum ve alveollerde sıvı birikimidir. Ayrıca peritoneal bölgedeki sıvı birikimi nedeniyle diyafragma üzerine olan basınçla ilgili göğüs duvarını genişlemedeki azalmada nedenleri arasında sayılabilir.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; solunum fonksiyonlarındaki değişiklik belirtileri ve bunların nedenlerinin belirlenerek değişiklik belirtilerinin düzeltilmesi ya da önlenmesidir (6,10,49-52).

Hemşirelik girişimleri

1. Solunum sayısı ve ritmi değerlendirilir, önemli bir değişiklik varsa hekime bildirilir.
2. Kalp debisini arttıran girişimler uygulanır (Korku ve anksiyetesi azaltılır, kontrendike olmadıkça hastaya fowler pozisyonu verilir, hekim istemine göre oksijen inhalasyonu sürdürülür, Hastaya her 1-2 saatte bir pozisyon değiştirmesi ve derin nefes alıp vermesi veya spirometri kullanması öğretilir).
3. Pulmoner sekresyonların atılımı kolaylaştırmak için; her 1-2 saatte bir öksürmede yardım edilir ve bu konuda eğitim verilir, ağızda kan, kusuk gibi yabancı cisimler varsa ağız bakımı verilir, solunan hava nemlendirilir.
4. Serebral hipoksemiye gösteren anksiyete, huzursuzluk gibi belirtiler takip edilir; hasta entübe ise yatak başı yükseltilir ve 2-4 saatte bir aspire edilir, periferler ısı, renk, nabız açısından değerlendirilir. Entübasyon için gerekli malzeme ve acil ilaçlar hastanın yanında hazır bulundurulur. Hastaya gaz yapan yiyeceklerin, karbonatlı içecekler ve büyük öğünlerin alınımından kaçınması konusunda eğitim verilir (gastrik distansiyonu ve diafragma üzerindeki basınç artışını önlemek için). Aktivite izin verildiği ve tolere edebildiği düzeyde kademeli olarak artırılır. Merkezi sinir sistemi depresanları dikkatli

bir şekilde verilir. Hekim istemine göre aşağıdaki ilaçlar verilir, etki ve yan etkileri değerlendirilir;

- İnotropik ajanlar (Miyokard kontraktilesini artırmak için),
- Nitratlar (Vazodilatasyon için),
- Diüretikler (Akciğerdeki konjesyonu azaltmak için),
- Aminofilin (Bronkospazmı gidermek için),
- Morfin (Pulmoner vasküler konjesyonu ve anksiyeteyi azaltmak için) (6,10,49-52).

Anksiyete- korku

Neden: Nedenleri arasında ölüm korkusu, tanı testleri, tanı ve tedavilerin anlaşılabilmesi vardır.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı hastayı psikolojik yönden rahatlatmaktır (6,10,49-52).

Hemşirelik girişimleri:

1. Anksiyetenin belirti ve bulguları (huzursuzluk, ajitasyon, terleme, taşikardi, taşipne, palpasyon, iştahsızlık, bulantı, diyare, tırnak ısırma, uykusuzluk, parmaklarını vurma korkularını ifade etme) değerlendirilir.
2. Hastaya dispnenin varlığı hakkında kısa bilgi verilir.
3. Ünite hakkında ve uygulamalar konusunda kısa bilgiler verilir.
4. Sessiz ve rahat bir ortam sağlanır.
5. Hekim istemi ile sedasyon sağlayan ilaçlar uygulanır.
6. Duyularını açıklaması için teşvik edilir.
7. Mümkün olduğunca hasta ailesinin bakıma katılımını sağlanır (6,10,49-52).

Sıvı Volüm Fazlalığı

Neden: Renal kan akımının azalmasıyla ilişkili antidiüretik hormon (ADH) ve aldosteron seviyesinin artması sonucu sıvı volümünde artış, onkotik basınçta azalma sıvı volüm fazlalığının nedenleri arasındadır.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; sıvı volüm fazlalığının belirti ve bulgularını erken belirlemek, sıvı volüm fazlalığına bağlı komplikasyonları önlemektir (6,10,49-52).

Hemşirelik girişimleri:

1. Sıvı volüm fazlalığı belirti ve bulguları değerlendirilir.
2. Sodyum alımı ve sıvı kısıtlaması sürdürülür.
3. Aldığı-çıkardığı sıvı takip edilir, değerlendirilir ve kaydedilir.
4. Günlük kilo takibi yapılır.
5. Asit varsa karın çevresi ölçülür ve kaydedilir.
6. Günlük yaşam aktivitelerine yardım edilir.
7. Bacaklar, ayaklar, tibia ve sakrum üzerindeki bölgeler palpe edilerek ödemin varlığı değerlendirilir.
8. Akciğer sesleri ile ilgili veriler değerlendirilir.
9. Boyun venlerinde dolgunluk ve asit değerlendirilir.
10. Aşırı sıvı volüm fazlalığında hemofiltrasyon için hasta hazırlanır.
11. Plevral alan veya peritoneal kaviteden fazla sıvıyı çekmek için torasentez veya parasentez için hasta hazırlanır.
12. Damar yolu açık tutulur gerekirse hasta santral venöz basınç (SVB) uygulaması için hazırlanır.
13. Hekim istemine göre vücut ısısı, nabız, kan basıncı ve SVB takibi yapılır.
14. Dekubitüs oluşumunu önlemek için cilt bakımına dikkat edilir.
15. Kalp debisini artırma girişimleri uygulanır.
16. Hekim istemine göre diüretikler verilir, potansiyel yan etkileri izlenir (hipopotasemi, hiponatremi, hipomagnezemi) (6,10,49-52).

Elektrolit dengesizliği

Neden: Nedenleri arasında total vücut sıvılarının artması sonucu dilüe elektrolit konsantrasyonu, diüretik tedavi sonucu vücuttan su ile birlikte sodyum ve potasyumun aşırı atılması, düşük sodyumlu diyet sayılabilir.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; elektrolit dengesizliği belirti ve bulgularını erken belirlemek, elektrolit dengesizliğine bağlı komplikasyonları önlemektir (6,10,49-52).

Hemşirelik girişimleri:

1. Hiponatremi belirti ve bulguları (Halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma, oryantasyon bozukluğu, abdominal kramplar, sodyum miktarının 137 mEq/L 'nin altında olması, idrar yoğunluğunun 1010' altında olması) değerlendirilir, normalden sapmalar hekime bildirilir.
2. Hipopotasemi belirti ve bulguları (Uyuşukluk, reflekslerde azalma, abdominal gerginlik-gaz, kaslarda gevşeklik, EKG değişiklikleri, kardiyak aritmiler, hipotansiyon, plazma potasyumun 35 mEq/L'nin altında olması) değerlendirilir, normalden sapmalar hekime bildirilir.
3. Hekim istemine göre ilave sodyum oral /IV yolla verilir.
4. Diyetine potasyumdan zengin besinler (muz, portakal, kuru üzüm, kuru incir, yeşil yapraklı sebzeler, ıspanak, domates v. b.) ilave edilir.
5. Hekim istemine göre potasyum tuzları verilir.
6. Hasta hiponatremi tedavisi sırasında gelişebilecek hipernatremi belirti ve bulguları (susuzluk hissi, göz kürelerinde yumuşama, yaş raller, kiloda artış, oligüri, iştahsızlık, ritim bozuklukları, plazma sodyum değerininin 147 mEq/L'nin üstünde olması, idrar yoğunluğunun 1030'nin üstünde olması) yönünden takip edilir.
7. Hasta hipopotasemi tedavisi sırasında gelişebilecek hiperpotasemi belirti ve bulguları (konvülsiyon, apati, koma, bulantı, kusma, kas zayıflığı, kas ve solunum felçleri, EKG değişiklikleri, bradikardi, ventriküler fibrilasyon, kardiyak arrest, oligüri, plazma potasyum seviyesininin 5.6 mEq/L'nin üstünde olması) yönünden takip edilir (6,10,49-52).

Beslenmede değişiklik: Vücut gereksiniminden daha az besin alma

Neden: Nedenleri arasında doku perfüzyonunun bozulmasıyla ilgili besinlerin emiliminde bozulma, oral alımın azalması, iştahsızlık, bulantı, halsizlik, yorgunluk, dispne, önerilen diyeti sevmeme sayılabilir.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; hastanın yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamaktır (6,10,49-52).

Hemşirelik girişimleri:

1. Malnutrisyon belirti ve bulguları değerlendirilir ve hekime bildirilir.
2. Hastanın tükettiği ana ve ara öğünlerin yüzdesi izlenir, yetersiz alım düzeni rapor edilir.
3. Besin gereksinimlerini karşılayan hoş yiyecek-sıvıları seçmede hastaya yardım edilir.
4. Bireysel kültürel değişikliklere bağlı olmak gerekiyse bir diyetisyenle görüşmesi sağlanır.
5. Yorgunluğu azaltmak için öğünlerden önce dinlenme periyotları planlanır, hasta dinlenmeye teşvik edilir.
6. Temiz bir çevre ve rahat hoş bir ortam sağlanır, öğünlerden önce oral hijyen sağlanır.
7. Büyük öğünlerden ziyade sık ve küçük öğünler alması sağlanır.
8. Hasta yemek yerken fowler pozisyonuna getirilir.
9. Düşük sodyumlu diyeti daha lezzetli yapmak için hekim veya diyetisyen uygun buluyorsa baharat, çeşni kullanması hastaya önerilebilir.
10. Erken tokluğu azaltmak için öğünlerde sıvı alımı sınırlandırılır.
11. Öğünlerin dengeli ve gerekli besinler açısından zengin olması sağlanır.
12. Hekim istemine göre vitamin ve mineraller verilir.
13. Hasta beslenme gereksinimlerini karşılamak için besin veya sıvı tüketemiyorsa beslenmeyi sağlayan alternatif bir metotla ilgili hekime danışılır (6,10,49-52).

Aktivite intoleransı

Neden: Nedenleri arasında alveolar gaz değişiminin bozulması ve kalp debisinin azalması ile ilgili doku hipoksisi, yetersiz beslenme, dispne, sık tanılama ve tedaviler, korku, anksiyete ile ilgili dinlenme ve uyuma güçlüğü sayılabilir.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; aktivite toleransını kontrol etmek ve giderek arttırmaktır (6,10,49-52).

Hemşirelik girişimleri:

1. Hasta aktivite intoleransı belirti ve bulguları yönünden değerlendirilir.
2. Yeni aktivitelerde hasta toleransı değerlendirilir (Kan basıncı, nabız, solunum hızı, ritmi, derinliği, bilinç düzeyi, enerjisi ve gücü ile ilgili hastanın sözlü ifadeleri).
3. Aşağıdaki belirti ve bulgulardan herhangi biri mevcutsa aktivite kesilir;
 - ♣ Nabız sayısı istirahattekin den dakikada 30 atımdan fazla ise (betabloker alıyorsa dakikada 15 atımdan fazla),
 - ♣ Sistolik kan basıncı istirahatteki seviyesinden 10 mmHg düşük veya daha az ise,
 - ♣ Diyastolik kan basıncı istirahatteki seviyesinden 10 mmHg yüksek veya daha fazla ise,
 - ♣ Yeni veya artan nabız düzensizliği varsa,
 - ♣ Dispne, solunum hızında yavaşlama veya yüzeysel solunum,
 - ♣ Algılama düzeyinde azalma ya da koordinasyon kaybı,
 - ♣ Göğüs ya da bacak ağrısı, aşırı halsizlik varsa.
4. Aktivite kısıtlamaları hekim istemine göre sürdürülür.
5. Hemşirelik bakımı aralıklı dinlenme periyotlarına izin verilecek şekilde organize edilir.
6. Ziyaretçi sayısı ve kalış süresi sınırlandırılır.
7. Hasta göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, baş dönmesi veya aşırı yorgunluk, halsizlik hissettiğinde hareketi sonlandırması konusunda eğitilir (6,10,49-52).

Deri bütünlüğünde bozulma riski

Neden: Nedenleri arasında hareket azlığında dokulardaki basınç ve sürtünmenin artmasıyla ilgili deri / deri altı dokuda hasar, ödem, yetersiz doku pertüzyonu ve yetersiz beslenme durumuyla ilişkili deri zedelenebilirliğindeki artma sayılabilir.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; deri bütünlüğünü korumak ve sürdürmektir (6,10,49-52).

Hemşirelik girişimleri:

1. Cilt gözlenir.
2. Harekette azalma ile ilgili doku hasarını önlemek için aktivite intoleransı tanısındaki girişimler uygulanır.
3. Düzenli olarak iki veya dört saatlik aralarla pozisyon değiştirilir.
4. Her pozisyon değişiminde basınç bölgeleri gözlenir.
5. Deri temiz ve kuru tutulur.
6. Sentetik çamaşır ve çarşaf kullanılmaz, çarşafların pamuklu, temiz, kuru ve kırışiksiz olması sağlanır.
7. Basınç bölgelerine masaj yapılır.
8. Gerekirse havalı ve sulu yataklar, küçük yastıklar yardımcı araçlar olarak kullanılabilir.
9. Hastanın beslenme durumu düzenlenir (6,10,49-52).

Uyku şeklinde bozukluk

Neden: Nedenleri arasında anksiyete, korku veya dispne, alışılmadık çevre, fiziksel harekette azalma, tanı ve tedavi işlemlerin sıklığı, ortopne nedeniyle alışılmış uyku pozisyonunu sağlamada yetersizlik sayılabilir.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; yeterli uyumanın sağlanmasıdır (6,10,49-52).

Hemşirelik girişimleri:

1. Dispneyi hafifletmek için solunum durumunu geliştirme girişimleri uygulanır.
2. Eğer hastada ortopne varsa solunumu kolaylaştıran bir pozisyon sağlamada hastaya yardım edilir.
3. Eğer istem yapılmışsa uyku sırasında oksijen tedavisi sürdürülür.
4. Korku ve anksiyeteyi azaltmak için girişimlerde bulunulur.
5. Gün boyunca izin verildiği ve tolere edildiği ölçüde aktivite artırılır (6,10,49-52).

Yaralanma riski

Neden: Halsizlik, kalp debisinde azalma ve bazı ilaçların (ACE inhibitörleri, diüretikler) hipotansif etkilerinden kaynaklanan yetersiz serebral kan akımı ile ilgili baş dönmesi ve senkop, huzursuzluk, ajitasyon, unutkanlık ve konfüzyonun sonucu olarak yardım olmaksızın kalkma nedenleri arasında sayılabilir.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; hastanın yaralanmasının önlenmesidir. Bunun için hastanın düşmeyi deneyimlememesi gerekir (6,10,49-52).

Hemşirelik girişimleri:

1. Düşmeyi önleme girişimleri uygulanır;
 - ♣ Hasta yatakta olduğunda yan parmaklıkları kaldırarak yatak alçak pozisyonda tutulur.
 - ♣ Gerekli eşyalar kolaylıkla ulaşılabilecek bir yere konur.
 - ♣ Hasta gerektiğinde yardım istemesi için teşvik edilir ve yardım alması için uzanabileceği yakınlıkta çağırma zili konur.
 - ♣ Hastanın iyi saran terlik/ayakkabılar giymesi sağlanır.
 - ♣ Banyo yaparken düşmeyi engellemek için yeterli aydınlatma sağlanır ve uygun duş sandalyeleri, banyo paspasları kullanmaları söylenir.
 - ♣ Hasta halsiz ve güçsüzse "walker" kullanması söylenir.
 - ♣ Ortostatik hipotansiyonla ilgili baş dönmesini azaltmak için yavaş pozisyon değiştirmesi ve kalkması söylenir/ yardım edilir.
2. Serebral kan akımını artırmak ve baş dönmesini, senkopu, ajitasyonu ve konfüzyonu azaltmak için kalp debisini artırma ve sıvı elektrolit dengesini düzeltme girişimleri uygulanır.
3. Aktivite toleransını artırma girişimleri uygulanır.
4. Hasta ve diğer önemli kişiler (aile bireyi) düşmeyi önleme tedbirlerinin planlanması ve uygulanmasına dahil edilir (6,10,49-52).

Göğüs ağrısı

Neden: Nedenleri arasında vücudun metabolik ihtiyacını karşılamak için kalbin fazla çalışması, oluşan hipertrofi sayılabilir.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; hastada ağrı oluşumunu önlemek ve mevcut ağrıyı gidermektir (6,10,49,50,52).

Hemşirelik girişimleri:

1. Göğüs ağrısının nasıl başladığı, niteliği, lokalizasyonu, süresi, yayılımı, şiddeti, arttıran azaltan faktörler, eşlik eden belirti ve bulgular değerlendirilir.
2. Ağrının şiddetini belirlemek için hastanın ağrısı için 1-10 arasın da bir puan vermesi istenir.
3. Yatak istirahati sağlanır ve fowler pozisyonu verilir.
4. Hekim istemine göre oksijen uygulanır.
5. Solunum, kan basıncı ve nabız değerlendirilir.
6. Sakin bir ortamda hastaya güven veren ve anksiyetesini azaltacak şekilde bakım verilir. Rahatsızlık hissi geçene kadar hastanın yanında kalınır.
7. Ziyaretçi sayısı kısıtlanır.
8. Hekim istemine göre analjezik ve anti anjinal ilaçlar uygulanır ve sürekli olarak hastanın tedaviye cevabı değerlendirilir.
9. Hastaya her düzeydeki ağrının bildirilmesinin değerlendirme ve tedavide ne kadar önemli olduğu açıklanır.
10. Mesane distansiyonu varlığı değerlendirilir (atropin, sedatif ve opiumlar, yatak istirahati mesane distansiyonuna neden olabilir).
11. Kafein alımı kısıtlanır (6,10,49-52).

Konstipasyon

Neden: Nedenleri arasında yatak istirahati, oral alımın kısıtlanması ve yumuşak diyet alımı, analjezik ilaçlar sayılabilir.

Amaç: Hemşirelik bakımının amacı; konstipasyonu önlemek ve düzenli bağırsak fonksiyonlarını sürdürmektir (6,10,49,50).

Hemşirelik girişimleri:

1. Güvenli bir ortam sağlanarak gizliliğe saygı gösterilir.
2. Diyetle lifli/ posalı besinlere yer verilir.
3. Sakıncası yoksa günde en az 2000 cc sıvı alımı sağlanır.
4. Kahvaltıdan 30 dakika önce ılık su önerilir.
5. Boşaltım için düzenli vakit ayrılır (6,10,49,50).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMA ŞEKLİ

Bu araştırma kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek, bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve uygun hemşirelik uygulamalarını geliştirmede rehber olacak öneriler geliştirmek amacı ile planlanmış kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMA VARSAYIMLARI

Kalp yetmezliği görülen hastalarda fonksiyonel kapasite sınırlandığı için yaşam kalitesi bozulmaktadır. Aynı şekilde hastalık süreci nedeniyle hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeleri de zorlaşmaktadır. Bu nedenle hemşireler hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi için hastayı desteklemeli ve yaşam kalitesini yükseltmek için gerekli bakımı planlamalıdır.

Araştırmadan yanıtlanması beklenen sorular:

1. Kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesi ile hastanın kişisel özellikleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesi ile hastalığa ilişkin özellikleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3. Kalp yetmezliği olan hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile hastanın kişisel özellikleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Kalp yetmezliği olan hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile hastalığa ilişkin özellikleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
5. Kalp yetmezliği olan bireylerin yaşam kalitesi ile günlük yaşam aktiviteleri arasında korelasyon var mıdır?

ARAşTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kardiyoloji kliniği ve polikliniğine başvuran kalp yetmezliği tanısı alan hastalar oluşturmaktadır.

Çalışmanın örneklemini kalp yetmezliği tanısı ile Mart- Haziran 2007 tarihleri arasında kardiyoloji kliniği ve polikliniğine başvuran NYHA (New York Heart Association) sınıflamasına göre sınıf I, II, III, IV olan, iletişim sorunu olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden, rastgele örnekleme yolu ile seçilmiş 75 hasta oluşturmaktadır.

VERİ TOPLANMA ARAÇLARI

Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel özellikler, ikinci bölümde hastalığa ilişkin özellikler yer almaktadır.

- ❖ Kişisel zellikler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, gelir düzeyi, medeni durum, ocuk sayısı, yaşantının büyük çoğunluğunun geçtiği yer olmak üzere toplam 9 sorudan oluşmaktadır.
- ❖ Hastalığa ilişkin özellikler; kalp yetmezliği fonksiyonel sınıfı, ailede kalp hastalığı olup olmadığı, hastalığın teşhis edilme zamanı, hastaneye yatma durumu ve sayısı, kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalığın varlığı ve bu hastalıkların ne olduğu, kullanmakta olduğu ilaçlar, günde alınan toplam ilaç sayısı, ilaçların düzenli kullanılıp kullanılmadığı, düzenli egzersiz yapıp

yapmadığı, egzersiz yapıyorsa ne olduğu, uykusunun düzenli olup olmadığı, günlük ortalama uyku süresi, stresli kişilik özelliğine sahip olup olmadığı, sigara kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa miktarı, alkol kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa miktarı, diyet, hastalığın yaşamı etkileme durumu olmak üzere toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

Sol Ventrikül Disfonksiyonu (Left Ventricular Dysfunction - LVD-36) Ölçeği

Leary ve Jones tarafından (2000) geliştirilen Sol Ventrikül Disfonksiyonu ölçeği (Left Ventricular Dysfunction - LVD-36); kalp yetmezlikli hastalarda sol ventrikül disfonksiyonunun günlük yaşam ve iyilik hali üzerine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (4,53-56).

LVD-36 Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Özer ve Argon (4) tarafından kalp yetmezliği tanısı alan 102 hasta üzerinde yapılmıştır.

Bu ölçek ; kalp hastalığı nedeniyle oluşan sorunları belirlemek amacıyla sorulan toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular şu şekildedir:

Kalp hastalığım nedeniyle;

- Bacaklarımdaki yorgunluktan şikayetçiyim.
- Bulantıdan şikayetçiyim.
- Bacaklarımdaki şişliklerden şikayetçiyim.
- Dışarı çıkarsam nefes darlığı olacağından korkuyorum.
- Çok iş yaptığımda nefes darlığı olacağından korkuyorum.
- En küçük fizik egzersizde bile nefessiz kalıyorum.
- İş yaparken kendimi zorlamaktan korkuyorum.
- Giyinmem ve yıkanmam uzun zaman alıyor.
- Koşmada, örneğin otobüse yetişmede, zorlanıyorum.
- Yürüyüş, egzersiz ve dansa zorlanıyorum.
- Çocuklar ya da torunlar ile oynarken zorlanıyorum.
- Bahçe işlerinde ve elektrik süpürgesi kullanırken zorlanıyorum.
- Kendimi bitkin hissediyorum.
- Enerjimin azaldığını hissediyorum.
- Uykulu veya uyuşuk hissediyorum.

- Daha çok dinlenmeye ihtiyacım var.
- Yaptığım her şey güç gerektiriyor.
- Kaslarımı güçsüz hissediyorum.
- Kolayca üşütüyorum.
- Gece boyunca sık sık uyanıyorum.
- İşe yaramaz hale geldim.
- Kendimi engellenmiş hissediyorum.
- Sinirli hissediyorum.
- Her an kötü bir şey olacakmış gibi geliyor.
- Kendimi rahat hissetmiyorum (Huzursuzum).
- Yaşamımı kontrol edemiyorum.
- Yaşamdan zevk alamıyorum.
- Kendime olan güvenimi kaybettim.
- Düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmede zorlanıyorum.
- Gitmeyi istediğim yerler var, fakat gidemiyorum.
- Tatile çıkmamın kalp hastalığımı kötüleştirmesinden korkuyorum.
- Yaşam biçimimi değiştirmek zorunda kaldım.
- Ailevi görevlerimi yapmada sınırlamalarım var.
- Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum.
- Sürekli kalp ilacı almayı gerçekten sıkıcı buluyorum.
- Yapmak istediğim şeyleri yapamıyorum.

Sorular doğru ve yanlış olarak iki seçenekle hastalara sunulmaktadır. Verilen doğru cevaplar toplanıp, bulunan toplam doğru cevap sayısı yüzde olarak ifade edilmektedir. Ölçekten 0-100 arasında puanlar alınmaktadır ve elde edilen puan arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır (4,53,54,56).

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ölçeği, Katz ve ark. tarafından temel günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla 1963 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, transfer, kontinans ve beslenme olmak üzere 6 başlıktan oluşmaktadır (57-63).

GYA her bir başlık altında ‘bağımlı, kısmen bağımlı, bağımsız’ olarak cevap şıkları bulunmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, kısmen yardım alıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan kısmen bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (57-59).

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, yüzdellik, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, t-testi, Turkey-HSD Post Hoc testi, Pearson Ki-Kare testi, Kolerasyon Analizi, Spearmans Kolerasyon Analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmanın bulguları;

- ◆ Kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin veriler,
- ◆ Yaşam kalitesi ile ilgili veriler,
- ◆ Günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili veriler,
- ◆ Yaşam kalitesi –günlük yaşam aktiviteleri arasındaki kolerasyon başlığı olmak üzere dört bölüm başlığı altında verilmiştir.

KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 1: Hastaların Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (n = 75)

ÖZELLİKLER	SAYI	%
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	37	49.3
Erkek	38	50.7
<u>Yaş grubu</u>		
55 yaş altı	15	20.0
55-65 yaş arası	24	32.0
65 yaş üstü	36	48.0
<u>Yaş ortalaması</u>	<u>X±SS</u> 63.76±11.31	
<u>Medeni durum</u>		
Evli	49	65.3
Dul	26	34.7
<u>Eğitim durumu</u>		
Okur-yazar değil	19	25.3
Okur-yazar	15	20.0
İlkokul mezunu	31	41.3
Ortaokul mezunu	3	4.0
Lise mezunu	5	6.7
Üniversite mezunu	2	2.7
<u>Meslek</u>		
İşçi	5	6.7
Çiftçi	6	8.0
Emekli	18	24.0
Serbest meslek	10	13.3
Çalışmıyor	36	48.0
<u>Sosyal güvence</u>		
SSk	27	36.0
Emekli sandığı	12	16.0
Yeşil kart	12	16.0
Bağkur	24	32.0
<u>Çocuk sayısı</u>		
Yok	2	2.7
1-3 çocuk	46	61.3
3-5 çocuk	20	26.7
5 ten fazla çocuk	7	9.3
<u>Aylık gelir</u>		
500 ytl' den az	33	44.0
500-1000 ytl arası	42	56.0
<u>Yaşantının büyük çoğunluğunun (2/3) geçirildiği yer</u>		
İl	24	32.0
İlçe	24	32.0
Köy	27	36.0

Tablo 1 incelendiğinde; hastaların %49.3'ünün kadın, %50.7'sinin ise erkek olduğu görülmektedir. Hastaların %20'sini 55 yaş altı, %32 'sini 55-65 yaş arası, %48'ini ise 65 yaş üstündedir.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına bakıldığında; %65.3'ünün evli, %34.7'sinin dul olduğu saptanmıştır. Hastaların % 25.3'ü okuma yazma bilmemekte, %20'si okuma yazma bilmekte, %41.3'ü ilkokul mezunu, %4'ü ortaokul mezunu, %6.7'si lise mezunu olup %2.7'si üniversite mezunudur.

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumlarına bakıldığında; %48'sinin çalışmadığı görülmektedir. Bireylerin %6.7'si işçi, %8'i çiftçi, %13.3'ü ise serbest meslek sahibidir. Bireylerin %24 herhangi bir iş dalından emeklidir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvenceleri sırası ile %36'sı SSK, %16'sı emekli sandığı, %16'sı yeşil kart, %32'si bağkurdur.

Bireylerin %61.3'ünün 1-3 çocuğu vardır. Aylık geliri 500 ytl den az olan bireyler %44 olup, % 36'sının köyde yaşamakta olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=75)

ÖZELLİKLER	SAYI	%
<u>Kalp yetmezliği sınıfı (NYHA)</u>		
NYHA I	6	8.0
NYHA II	28	37.3
NYHA III	37	49.3
NYHA IV	4	5.4
<u>Ailede kalp hastalığı olma durumu</u>		
Evet	49	65.3
Hayır	26	34.7
<u>Hastalığın ne kadar süre önce teşhis edildiği</u>		
1-12 ay	27	36.0
1-3 yıl	12	16.0
3 yıl üstü	36	48.0
<u>Daha önce hastaneye yatma durumu</u>		
Evet	59	78.7
Hayır	16	21.3
<u>Hastaneye yatma sayısı</u>		
Hiç yatmadım	16	21.3
1-3 kez	40	52.0
3-5 kez	5	6.7
5 den fazla	15	20.0
<u>Kardiyak diyetle uyuma durumu</u>		
Evet	55	73.3
Hayır	20	26.7
<u>Hastalığın yaşamı (iş/aile) olumsuz etkileme durumu</u>		
Evet	75	100.0

NYHA :New York Heart Association (New York Kalp Derneği)

Tablo 2’de hastaların hastalıkla ilgili özellikleri incelenmektedir. Hastaların %48’i üç yıldan fazla süredir kalp yetmezliği hastası olup, NYHA sınıflamasına göre hastaların %8’i I. sınıf, %37.3’ü II. sınıf, %49.3’ü III. sınıf, %5.4’ü ise IV. sınıftadır.

Hastaların % 65.3’ünün ailesinde kalp hastalığı öyküsü vardır. Hastaların %78.7’si daha önce hastaneye yatmış olup, %52’si hastaneye 1-3 kez yatmıştır. Kardiyak diyetle %73.3

oranında uyulduğu, %100 oranında kalp hastalığı nedeniyle yaşamın olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Tablo 3: Kalp Yetmezliğine Eşlik Eden Diğer Hastalıklar Ve Kullanılan İlaçların Dağılımı (n=75)

ÖZELLİKLER	SAYI	%
<u>Kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalığın varlığı</u>		
Evet	47	62.7
Hayır	28	37.3
<u>Kalp yetmezliğine eşlik eden diğer hastalıklar</u>		
Diyabetes mellitus	10	21.3
Hipertansiyon	19	40.4
Solunum sistemi hastalıkları	10	21.3
Romatizmal hastalıklar	6	12.7
Diğer	2	4.3
<u>Günlük alınan ilaç toplam ilaç sayısı (adet)</u>		
1-5 tane	24	32.0
5-10 tane	37	49.3
10 adetten fazla	14	18.7
<u>İlaçların düzenli kullanılıp kullanılmadığı</u>		
Evet	67	89.3
Hayır	8	10.7
<u>Kullanılan ilaçlar</u>		
Diüretikler + ACEİ+ Kalsiyum kanal blokerleri + diğer	8	10.7
Diüretikler + ACEİ+ Beta bloker + diğer	21	41.3
Diüretik + diğer	22	29.3
Beta bloker + ACEİ+ diğer	9	12.0
Digoksin + Diüretik + diğer	5	6.7

ACEİ: Anjiotensin konverting enzim inhibitörleri

Diğer: Diüretik, ACEİ, Kalsiyum kanal blokerleri, Beta bloker ve digoksin dışında kullanılan ilaçlar (antiagregan, lipit düşürücüler v.b)

Tablo 3'te kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalık olup olmadığı, eşlik eden hastalıklar ve kullanılan ilaçlarla ilgili özellikler incelenmiştir. Hastaların %62.7'sinde kalp yetmezliğine eşlik eden bir hastalığın olduğu görülmektedir. Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi %40.4 oranında kalp yetmezliğine hipertansiyon eşlik etmektedir. Hastaların %49.3'ü günde 5-10 adet ilaç almakta olup, %89.3'ü ilaçlarını düzenli kullandığını belirtmektedir.

Kullanılan ilaçlara baktığımızda %29.3 oranında ‘diüretik+diğer’ ilaçların kullanıldığı görülmektedir.

Tablo 4: Alkol Ve Sigara Kullanımı İle İlgili Özelliklerin Dağılımı (n=75)

ÖZELLİKLER	SAYI	%
<u>Alkol kullanma durumu</u>		
Evet	7	9.3
Hayır	68	90.7
<u>Günlük alınan alkol miktarı (kadeh)</u>		
1-3 kadeh	4	56.9
5 kadehten fazla	3	43.1
<u>Sigara kullanma durumu</u>		
Evet	9	12.0
Hayır	47	62.7
Bıaktım	19	25.3
<u>Sigara kullanma süresi (yıl)</u>		
10-20 yıl	4	16.5
20 yıl üstü	20	83.5
<u>Kullanılan sigara miktarı (adet/gün)</u>		
1-10 adet	5	20.9
11-20 adet	9	37.5
21-30 adet	3	12.5
30 adet üstü	7	29.1

Tablo 4’de alkol ve sigara kullanımı ile ilgili özelliklerin dağılımı verilmiştir. Hastaların %90.7’si alkol kullanmamaktadır. Kullananların %56.9’ü günde 1-3 kadeh alkol almaktadır. Hastaların %88’i şuan sigara kullanmamakta olup kullananların %83.5’i 20 yıldan fazla kullanmaktadır. Sigara kullanan hastaların % 37.5’i günde 11-20 adet sigara içtiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 5: Uyku Ve Egzersiz İle İlgili Özelliklerin Dağılımı (n=75)

ÖZELLİKLER	SAYI	%
<u>Uykunun düzenli olup olmadığı</u>		
Evet	33	44.0
Hayır	42	56.0
<u>Günlük ortalama uyku süresi</u>		
5 saatten az	13	17.3
5-8 saat arası	55	73.3
8 saatten fazla	7	9.3
<u>Düzenli egzersiz yapma durumu</u>		
Evet	43	57.3
hayır	32	42.7
<u>Egzersiz türü</u>		
Yürüyüş	63	84.0
Merdiven çıkma	10	13.3
Diğer	2	2.7

Tablo 5’de uyku durumu ile ilgili özelliklerin dağılımı verilmiştir. Hastaların %56’sı düzensiz olduğunu belirtmiş ve %73.3’ü günde 5-8 saat uyku uyduğunu söylemiştir. Hastaların %57.3’ü düzenli egzersiz yaparken % 84’ü yürüyüş yaptığını belirtmiştir.

YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 6: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Cinsiyet	YAŞAM KALİTESİ			
	n	Ortalama ± Standart sapma	t	p*
Kadın	37	67.0 ± 20.62	0.571	0.570
Erkek	38	64.05 ± 23.90		
Toplam	75	65.51 ± 22.25		

* t-testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam kalitesi puanı 65.51 olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi anketinden alınan 50 puanın orta düzey olduğu ve alınan puan arttıkça yaşam

kalitesinin düştüğü göz önüne alınınca; bu sonuç hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyin biraz altında olduğunu göstermektedir.

Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Kadınlarda yaşam kalitesi puanı 67 iken erkeklerde yaşam kalitesi puanının 64.05 olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Yapılan t-testi sonucunda cinsiyet ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 7: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Yaş grubu	YAŞAM KALİTESİ		
	n	Ortalama ± Standart sapma	p*
55 yaş altı	15	63.20 ± 18.22	0.191
55-65 yaş arası	24	60.17 ± 25.45	
65 yaş üstü	36	70.03 ± 21.10	
Toplam	75	65.51 ± 22.25	

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Yaş guruplarına göre yaşam kalitesi tabloda gösterilmiştir. 55 yaş altı grupta yer alan hastaların puanı 63.20, 55-65 yaş arası grupta yer alan hastaların puanı 60.17 ve 65 yaş üstü grupta yer alan hastaların puanı 70.03 olarak saptanmıştır.

Yapılan Kruskal-Wallis Varyans Analizi sonucuna göre hastaların yaş gurupları ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 8: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Eğitim durumu	YAŞAM KALİTESİ		
	n	Ortalama ± Standart sapma	p*
Okur-yazar değil	19	72.32 ± 21.88	0.258
Okur-yazar	15	68.73 ± 20.97	
İlkokul	31	65.32 ± 17.91	
Ortaokul	3	52.67 ± 32.87	
Lise	5	49.40 ± 33.80	
Üniversite	2	39.0 ± 35.35	
Toplam	75	65.51 ± 22.25	

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Yaşam kalitesi puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir. Okur- yazar olmayan gruptaki hastaların yaşam kalitesi puanı 72.32, Okur-yazar gruptaki hastaların yaşam kalitesi puanı 68.73, İlkokul grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesi puanı 65.32, Ortaokul gruptaki hastaların yaşam kalitesi puanı 52.67, Lise gruptaki hastaların yaşam kalitesi puanı 49.40 ve Üniversite gruptaki hastaların yaşam kalitesi puanı 39.0 olarak saptanmıştır (Tablo 8).

Yapılan Kruskal-Wallis Varyans Analizi sonucuna göre hastaların eğitim durumları ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 9: Hastaların Mesleklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Meslek	YAŞAM KALİTESİ		
	n	Ortalama ± Standart sapma	p*
İşçi	5	61.0 ± 13.21	0.756
Çiftçi	6	70.33 ± 19.53	
Emekli	18	63.10 ± 27.81	
Serbest meslek	10	59.90 ± 23.04	
Çalışmıyor	36	68.11 ± 20.82	
Toplam	75	65.51 ± 22.25	

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Mesleklere göre yaşam kalitesi puanının dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir. İşçi grubunun 61.0, çiftçi grubunun 70.33, emekli grubunun 63.10, serbest meslek grubunun 59.90, çalışmıyor grubunun 68.11 olarak saptanmıştır.

Yapılan Kruskal-Wallis Varyans Analizi sonucuna göre meslek ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 10: Hastaların Aylık Gelir Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Aylık gelir	YAŞAM KALİTESİ			
	n	Ortalama ± Standart sapma	t	p*
500 ytl altı	33	69.57 ± 15.74	1.414	0.162
500-1000 ytl arası	42	62.31 ± 26.0		
Toplam	75	65.51 ± 22.25		

* t-testi

ytl : Yeni Türk Lirası

Tablo 10’te görüldüğü gibi 500 ytl altı grupta puanı 69.57, 500-1000 ytl arası grupta puanı 62.31 olarak saptanmıştır.

Yapılan t-testi sonucunda aylık gelir ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 11: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Medeni durum	YAŞAM KALİTESİ			
	n	Ortalama ± Standart sapma	t	p*
Evli	49	62.08 ± 23.65	1.861	0.067
Dul	26	71.96 ± 18.01		
Toplam	75	65.51 ± 22.25		

* t-testi

Tablo 11’de görüldüğü gibi evli grupta puanı 62.08, dul grupta puanı 71.96 olarak saptanmıştır.

Yapılan t-testi sonucunda medeni durum ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 12: Hastaların Yaşantının Büyük Çoğunluğunun (2/3) Geçtiği Yere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Yaşantının büyük çoğunluğunun (2/3) geçtiği yer	YAŞAM KALİTESİ		
	n	Ortalama ± Standart sapma	p*
İl	24	64.08 ± 28.51	0.422
İlçe	24	61.71 ± 20.61	
Köy	27	70.15 ± 16.61	
Toplam	75	65.51 ± 22.25	

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 12’te görüldüğü gibi ilde yaşayan hastaların puanı 64.08, ilçede yaşayan hastaların puanı 61.71, köyde yaşayan hastaların puanı 70.15 olarak saptanmıştır.

Yapılan Kruskal-Wallis Varyans Analizi sonucunda yaşantının büyük çoğunluğunun (2/3) geçtiği yer ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 13: Hastaların Kalp Yetmezliği sınıfı (NYHA)’na Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Kalp yetmezliği sınıfı (NYHA)	YAŞAM KALİTESİ		
	n	Ortalama ± Standart sapma	p*
NYHA I	6	51.33 ± 32.37	<0.001
NYHA II	28	54.0 ± 20.92	
NYHA III	37	74.27 ± 16.67	
NYHA IV	4	86.25 ± 5.12	
Toplam	75	65.51 ± 22.25	

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi
NYHA (New York Kalp Derneği)

New York Kalp Derneği sınıflamasına göre NYHA I. grupta yer alan hastalar yaşam kalitesi ölçeğinden 51.33, NYHA II. grupta yer alan hastalar 54.0, NYHA III. grupta yer alan hastalar 74.27, NYHA IV. grupta yer alan hastalar 86.25 almıştır.

Hastaların kalp yetmezliği sınıfı ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p < 0.001) (Tablo-13). Hastaların kalp yetmezliğinin ciddiyeti arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.

Tukey- HSD Post Hoc Testi sonucunda; yaşam kalitesi toplam puanları açısından NYHA I. gruba giren hastalar ile NYHA III gruba giren hastalar arasında farklılık saptanmıştır (p= 0.046). NYHA I. gruba giren hastalar ile NYHA IV. gruba giren hastalar arasında farklılık saptanmıştır (p= 0.036). NYHA II. gruba giren hastalar ile NYHA III. gruba giren hastalar arasında farklılık saptanmıştır (p= 0.001). NYHA II. gruba giren hastalar ile NYHA IV. gruba giren hastalar arasında farklılık saptanmıştır (p= 0.015).

Sınıf I ve II. grup kalp yetmezliği tanısı alan hastaların yaşam kaliteleri sınıf III ve IV. grup kalp yetmezliği tanısı alan hastalara göre daha yüksektir.

Tablo 14: Hastaların Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Ailede kalp hastalığı olma durumu	YAŞAM KALİTESİ			
	n	Ortalama ± Standart sapma	t	p*
Evet	49	66.27 ± 22.20	0.403	0.688
Hayır	26	64.10 ± 22.70		
Toplam	75	65.51 ± 22.25		

* t-testi

Tablo-14’de hastaların ailelerinde kalp hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanının dağılımı görülmektedir. Evet grubunda yaşam kalitesi puanı 66.27 iken hayır grubunda yaşam kalitesi puanının 64.10 olduğu görülmektedir.

Yapılan t-testi sonucunda ailede kalp hastalığı olma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 15: Hastaların Hastalığın Ne Kadar Süre Önce Teşhis Edildiği Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Hastalığın ne kadar süre önce teşhis edildiği	YAŞAM KALİTESİ		
	n	Ortalama \pm Standart sapma	p*
0-12 ay	27	59.30 \pm 25.89	0.335
1-3 yıl	12	72.33 \pm 18.10	
3 yıl üstü	36	67.89 \pm 19.84	
Toplam	75	65.51 \pm 22.25	

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 15’de görüldüğü gibi 0-12 ay grubundaki hastaların puanı 59.30 , 1-3 yıl grubundaki hastaların puanı 72.33, 3 yıl üstü grubundaki hastaların puanı 67.89 olarak saptanmıştır.

Yapılan Kruskal-Wallis Varyans Analizi sonucunda hastalığın ne kadar süre önce teşhis edildiği ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 16: Hastaların Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Daha önce hastanede yatma durumu	YAŞAM KALİTESİ			
	n	Ortalama \pm Standart sapma	t	p*
Evet	59	70.76 \pm 17.49	4.387	<0.001
Hayır	19	46.12 \pm 27.36		
Toplam	75	65.51 \pm 22.25		

* t-testi

Tablo 16’da hastaların daha önce hastanede yatma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanının dağılımı görülmektedir. Evet grubunda yaşam kalitesi puanı 70.76 iken hayır grubunda yaşam kalitesi puanının 46.12 olduğu görülmektedir.

Yapılan t-testi sonucunda daha önce hastanede yatma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t = 4.87$; $p < 0.001$). Daha

önce hastanede yatarak tedavi gören hastaların yaşam kalitesi yatmayanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Tablo 17: Hastaların Kalp Yetmezliğine Eşlik Eden Başka Bir Hastalığın Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalığın varlığı	YAŞAM KALİTESİ			
	n	Ortalama ± Standart sapma	t	p*
Evet	47	68.72 ± 19.62	1.641	0.105
Hayır	28	60.11 ± 25.53		
Toplam	75	65.51 ± 22.25		

* t-testi

Tablo 17’de hastaların kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalığının varlığına göre yaşam kalitesi toplam puanının dağılımı görülmektedir. Evet grubunda yaşam kalitesi puanı 68.72 iken hayır grubunda yaşam kalitesi puanının 60.11 olduğu görülmektedir.

Yapılan t-testi sonucunda kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalığının varlığı ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 18: Hastaların Günlük Alınan Toplam İlaç Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Günlük alınan toplam ilaç sayısı (adet)	YAŞAM KALİTESİ		
	n	Ortalama ± Standart sapma	p*
1-5 tane	24	53.59 ± 24.69	0.001
5-10 tane	37	68.35 ± 18.99	
10 taneden fazla	14	80.14 ± 13.31	
Toplam	75	65.51 ± 22.25	

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 18’de görüldüğü gibi 1-5 tane grubundaki hastaların puanı 53.59, 5-10 tane grubundaki hastaların puanı 68.35, 10 taneden fazla grubundaki hastaların puanı 80.14 olarak saptanmıştır.

Yapılan Kruskal-Wallis Varyans Analizi sonucunda günlük alınan toplam ilaç sayısı ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p= 0.001$). Hastaların günlük aldıkları ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Tukey-HSD Post Hoc Testi sonucunda; 5-10 tane ve 10 taneden fazla ilaç alan grupların yaşam kalitesi 1-5 tane ilaç alan guruba göre daha düşüktür.

Tablo 19: Hastaların Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Düzenli egzersiz yapma durumu	YAŞAM KALİTESİ			
	n	Ortalama ± Standart sapma	t	p*
Evet	43	64.21 ± 22.80	0.583	0.562
Hayır	32	67.25 ± 21.72		
Toplam	75	65.51 ± 22.25		

* t-testi

Tablo 19’da hastaların düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanının dağılımı görülmektedir. Evet grubundaki yaşam kalitesi puanı 64.21 iken hayır grubundaki yaşam kalitesi puanının 67.25 olduğu görülmektedir.

Yapılan t-testi sonucunda düzenli egzersiz yapma durumu ile yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 20: Hastaların Uykunun Düzenli Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Uykunun düzenli olma durumu	YAŞAM KALİTESİ			
	n	Ortalama ± Standart sapma	t	p*
Evet	33	58.61 ± 23.39	2.461	0.016
Hayır	42	70.93 ± 19.94		
Toplam	75	65.51 ± 22.25		

* t-testi

Tablo 20’te hastaların uykunun düzenli olma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanının dağılımı görülmektedir. Evet grubundaki yaşam kalitesi puanı 58.61 iken hayır grubundaki yaşam kalitesi puanının 70.93 olduğu görülmektedir.

Yapılan t-testi sonucunda uykunun düzenli olma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t = 2.461$; $p = 0.016$). Uykusu düzenli olan hastaların yaşam kalitesi düzensiz olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 21: Hastaların Günlük Ortalama Uyku Süresine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Günlük ortalama uyku süresi	YAŞAM KALİTESİ		
	n	Ortalama ± Standart sapma	p*
5 saatten az	13	79.24 ± 9.84	0.034
5-8 saat arası	55	61.79 ± 23.71	
8 saatten fazla	7	69.29 ± 17.22	
Toplam	75	65.51 ± 22.25	

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 21’de hastaların günlük ortalama uyku sürelerine göre yaşam kalitesi toplam puanının dağılımı görülmektedir. 5 saatten az grubundaki yaşam kalitesi puanı 79.24, 5-8 saat arası grubundaki yaşam kalitesi puanı 61.79 ve 8 saatten fazla grubundaki yaşam kalitesi puanı 69.29 olduğu görülmektedir.

Yapılan Kruskal-Wallis Varyans Analizi sonucunda günlük ortalama uyku süresi ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p= 0.034). Günlük uyku süresi arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Tukey- HSD Post Hoc Testi sonucunda; 5-8 saat uyuyan hastaların yaşam kalitesi 5 saat uyuyanlara göre daha yüksektir.

Tablo 22: Hastaların Sigara kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Sigara kullanma durumu	YAŞAM KALİTESİ		
	n	Ortalama ± Standart sapma	p*
Evet	9	54.22 ± 24.25	0.323
Hayır	47	66.66 ± 22.73	
Bıraktım	19	68.0 ± 19.46	
Toplam	75	65.51 ± 22.25	

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 22’de hastaların sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanının dağılımı görülmektedir. Evet grubunun yaşam kalitesi puanı 54.22, hayır grubundaki yaşam kalitesi puanı 66.66 ve bıraktım grubundaki yaşam kalitesi puanı 68.0 olduğu görülmektedir.

Yapılan Kruskal-Wallis Varyans Analizi sonucunda sigara kullanma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p > 0.05).

Tablo 23: Hastaların Alkol kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Alkol kullanma durumu	YAŞAM KALİTESİ			
	n	Ortalama ± Standart sapma	t	p*
Evet	7	54.0 ± 26.10	1.488	0.152
Hayır	68	66.70 ± 21.70		
Toplam	75	65.51 ± 22.25		

* t-testi

Tablo 23’da hastaların alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanının dağılımı görülmektedir. Evet grubundaki yaşam kalitesi puanı 54.0 iken hayır grubundaki yaşam kalitesi puanının 66.70 olduğu görülmektedir.

Yapılan t-testi sonucunda alkol kullanma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 24: Hastaların Kardiyak Diyete Uyuma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=75)

Kardiyak diyete uyuma durumu	YAŞAM KALİTESİ			
	n	Ortalama ± Standart sapma	t	p*
Evet	55	66.51 ± 21.84	0.645	0.521
Hayır	20	62.75 ± 23.68		
Toplam	75	65.51 ± 22.25		

* t-testi

Tablo 24’de hastaların kardiyak diyete uyuma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanının dağılımı görülmektedir. Evet grubundaki yaşam kalitesi puanı 66.51 iken hayır grubundaki yaşam kalitesi puanının 62.75 olduğu görülmektedir.

Yapılan t-testi sonucunda kardiyak diyete uyuma durumu ile yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 25: Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Uyku Süresi, İlaç Miktarı, Kalp Yetmezliği Sınıfı Ve Yaş Arasındaki Kolerasyon (n=75)

	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	
	r	p*
Uyku süresi	0.443	<0.001
İlaç sayısı	-0.347	0.002
Kalp yetmezliği sınıfı	-0.263	0.022
Yaş	-0.318	0.005

*Spearman Kolerasyon Analizi

Yapılan Spearman Kolerasyon analizi sonuçlarına göre uyku süresi arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi de artmaktadır (r = 0.443; p < 0.001). Günlük alınan ilaç sayısı arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi artmaktadır (r = -0.347; p = 0.002). Kalp yetmezliği sınıfı yani kalp yetmezliğinin şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi artmaktadır (r = -0.263; p = 0.022). Aynı şekilde yaş arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi de artmaktadır (r = -0.318; p = 0.005) (Tablo 25).

Tablo 26: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (n=75)

Cinsiyet	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
Kadın	1	2.7	7	18.9	29	78.4	0.333
Erkek	0	0	4	10.5	34	89.5	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan istatistik sonucunda cinsiyet ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p > 0.05).

Tablo 27: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı (n=75)

Yaş	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		p*
	n	%	n	%	n	%	
55 yaş altı	0	0	0	0	15	100	0.100
55-65 yaş arası	0	0	2	8.3	22	91.7	
65 yaş üstü	1	2.8	9	25.0	26	72.2	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan Pearson ki-kare analizine göre yaş ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Yapılan Spearman's Kolerasyon analizine göre yaş arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi de artmaktadır ($r = -0.318$; $p = 0.005$) (Tablo 25).

Tablo 28: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Eğitim	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		p*
	n	%	n	%	n	%	
Okur-yazar değil	0	0	5	26.3	14	73.7	0.809
Okur-yazar	0	0	2	13.3	13	86.7	
İlkokul	1	3.2	3	9.7	27	87.1	
Ortaokul	0	0	1	33.3	2	66.7	
Lise	0	0	0	0	5	100	
Üniversite	0	0	0	0	2	100	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda eğitim durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 29: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Mesleklerine Göre Dağılımı (n=75)

Meslek	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
İşçi	0	0	0	0	5	100	0.582
Çiftçi	0	0	1	16.7	5	83.3	
Emekli	1	5.6	3	16.7	14	77.8	
Serbest meslek	0	0	0	0	10	100	
Çalışmıyor	0	0	7	19.4	29	80.6	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda meslek ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 30: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı (n=75)

Aylık gelir düzeyi	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
500 ytl altı	0	0	8	24.2	25	75.8	0.084
500-1000 ytl arası	1	2.4	3	7.1	38	90.5	

* Pearson ki-kare testi

ytl: Yeni Türk Lirası

Yapılan kıkare testi sonucunda aylık gelir düzeyi ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 31: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı (n=75)

Medeni durum	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
Evli	0	0	5	10.2	44	89.8	0.113
Dul	1	3.8	6	23.1	19	73.1	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda medeni durum ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksek yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 32: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Yaşantının Büyük Çoğunluğunun (2/3) Geçtiği Yere Göre Dağılımı (n=75)

Yaşantının büyük çoğunluğunun (2/3) geçtiği yer	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		p*
	n	%	n	%	n	%	
İl	0	0	2	8.3	22	91.7	0.379
İlçe	1	4.2	3	12.5	20	83.3	
Köy	0	0	6	22.2	21	77.8	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda Yaşantının büyük çoğunluğunun (2/3) geçtiği yer ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 33: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Kalp Yetmezliği sınıfına (NYHA) Göre Dağılımı (n=75)

Kalp yetmezliği sınıfı (NYHA)	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		p*
	n	%	n	%	n	%	
NYHA I	0	0	1	16.7	5	83.3	0.001
NYHA II	0	0	1	3.6	27	96.4	
NYHA III	0	0	8	21.6	29	78.4	
NYHA IV	1	25.0	1	25.0	2	50.0	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan Pearson Kıkare analizine göre New York Kalp Yetmezliği sınıflaması (NYHA) ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki vardır ($p= 0.001$; $p < 0.05$).

Spearman Kolerasyon analizi sonucuna göre kalp yetmezliğinin şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi de artmaktadır ($r = -0.263$; $p = 0.022$) (Tablo 25).

Tablo 34: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Ailede kalp hastalığı olma durumu	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		p*
	n	%	n	%	n	%	
Evet	0	0	8	16.3	41	83.7	0.341
Hayır	1	3.8	3	11.5	22	84.6	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda ailede kalp hastalığı olma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 35: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Hastalığın Ne Kadar Süre Önce Teşhis Edildiğine Göre Dağılımı (n=75)

Hastalığın ne kadar süre önce teşhis edildiği	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		p*
	n	%	n	%	n	%	
0-12 ay	1	3.7	5	18.5	21	77.8	0.623
1-3 yıl	0	0	1	8.3	11	91.7	
3 yıl üstü	0	0	5	13.9	31	86.1	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda hastalığın ne kadar süre önce teşhis edildiği ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 36: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Daha önce hastanede yatma durumu	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		p*
	n	%	n	%	n	%	
Evet	1	1.7	11	18.6	47	79.7	0.144
Hayır	0	0	0	0	16	100	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda daha önce hastanede yatma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 36).

Tablo 37: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Kalp Yetmezliğine Eşlik Eden Başka Bir Hastalığın Varlığına Göre Dağılımı (n=75)

Kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalığın varlığı	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	1	2.1	7	14.9	39	83.0	0.735
Hayır	0	0	4	14.3	24	85.7	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalığın varlığı ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 38: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Günlük Alınan Toplam İlaç Sayısına Göre Dağılımı (n=75)

Günlük alınan toplam ilaç sayısı(adet)	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
1-5 tane	0	0	0	0	24	100	0.021
5-10 tane	0	0	7	18.9	30	81.1	
10 taneden fazla	1	7.1	4	28.6	9	64.3	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan Pearson kıkare analizine göre günlük alınan toplam ilaç sayısı (adet) ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki vardır ($p= 0.021$; $p < 0.05$)

Spearman Kolerasyon analizine göre alınan ilaç sayısı arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi de artmaktadır ($r = - 0.347$; $p= 0.002$) (Tablo 25).

Tablo 39: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Düzenli egzersiz yapma durumu	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	0	0	6	14.0	37	86.0	0.489
Hayır	1	3.1	5	15.6	26	81.3	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda düzenli egzersiz yapma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 40: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Uykunun Düzenli Olma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Uykunun düzenli olması durumu	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	0	0	3	9.1	30	90.9	0.306
Hayır	1	2.4	8	19.0	33	78.6	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda uykunun düzenli olma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 41: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Günlük Ortalama Uyku Süresine Göre Dağılımı (n=75)

Günlük ortalama uyku süresi	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
5 saatten az	1	7.7	6	46.2	6	46.2	0.001
5-8 saat arası	0	0	5	9.1	50	90.9	
8 saatten fazla	0	0	0	0	7	100	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan pearson kıkare analizine göre günlük ortalama uyku süresi ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki vardır ($p = 0.001$; $p < 0.05$).

Spearman Kolerasyon analizi sonucuna göre uyku süresi arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi de artmaktadır ($r= 0.443$; $p< 0.001$) (Tablo 25).

Tablo 42: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Sigara kullanma durumu	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	0	0	1	11.1	8	88.9	0.217
Hayır	1	2.1	10	21.3	36	76.6	
Bıraktım	0	0	0	0	19	100	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda sigara kullanma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 43: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Alkol kullanma durumu	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						p*
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	0	0	1	14.3	6	85.7	0.948
Hayır	1	1.5	10	14.7	57	83.8	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda alkol kullanma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 44: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Kardiyak Diyete Uyma Durumuna Göre Dağılımı (n=75)

Kardiyak diyete uyma durumu	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ						
	Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız		p*
	n	%	n	%	n	%	
Evet	0	0	7	12.7	48	87.3	0.170
Hayır	1	5.0	4	20.0	15	75.0	

* Pearson ki-kare testi

Yapılan kıkare testi sonucunda kardiyak diyete uyma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 45: Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kolerasyonu (n=75)

	Günlük yaşam aktiviteleri
Yaşam kalitesi	-0.534** (p < 0.001)*
Toplam (n)	75

* Kolerasyon analizi

** r = -0.534

Yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = -0.534$; $p < 0.001$). Günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden alınan puan arttıkça yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan azalmaktadır. Yani günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.

TARTIŞMA

Bu araştırma kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek, bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve uygun hemşirelik uygulamalarını geliştirmede rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kardiyoloji kliniği ve polikliniğine başvuran kalp yetmezliği tanısı alan rastgele örneklem yolu ile seçilmiş 75 hasta üzerinde yapılmıştır.

Tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunulmuştur:

- ◆ Kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin veriler
- ◆ Yaşam kalitesi ile ilgili veriler
- ◆ Günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili veriler
- ◆ Günlük yaşam aktiviteleri ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki

KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER

Araştırma kapsamına giren hastaların %49.3'ünü kadın hastalar, %50.7'sini erkek hastalar oluşturmaktadır (Tablo 1). Chriss ve ark.'larının (13) yaptıkları çalışmada ise hastaların %43.9'unun erkek, % 56.1'inin kadın olduğu belirtilmiştir.

Hastaların yaş ortalaması 63.76 ± 11.31 olup, %20'si 55 yaş altı, %32'si 55-65 yaş arasında, %48'i 65 yaş üstü grupta yer almaktadır (Tablo 1). Gonzalez, Lupon ve ark.'larının (64) yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 64.9 ± 10.8 olarak bulunmuştur. Literatür bilgilerinde de yaş arttıkça kalp yetmezliğinin görülme oranının arttığı bildirilmektedir (11,12,14,15).

Hastalar medeni durumlarına göre incelendiğinde; %65.3'ünün evli olduğu %34.6'sının dul olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Hastaların çoğunun evli olması Türk toplum yapısına uygun bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Araştırmaya katılan hastaların %48'inin hiçbir işte çalışmadığı, %24'ünün emekli olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde hastaların %41.3'ünün ilkökul mezunu %25.3'ünün okuma yazma bilmediği, %2.7'sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Özer ve Argon'un (4) çalışmalarında çalışmayan hastaların oranının %92.2 olarak bulunması hastaların çoğunun emekli veya ev hanımı olmasına bağlanmıştır. Yine aynı çalışmada hastaların çoğunluğunun (%31.4) ilkökul mezunu olduğunu bildirilmiştir.

Sağlık güvenceleri açısından hastaların %32'si bağıkurlu, %36'sı SSK'lı , %16 'sı emekli sandığı ve %16'sı yeşilkartlıdır (Tablo 1). Hastaların çoğunluğunun sağlık güvencesi olması, onların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına giren hastaların %61.3'ü 1-3 çocuğa, %26.7'si 3-5 çocuğa, %9.3'ü 5'ten fazla çocuğa sahiptir. Hastaların ekonomik durumları incelendiğinde; %5.6'sının 500-1000 yeni Türk lirası (ytl) arasında, %44'ünün 500 ytl'den az aylık gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların daha çok 1-3 çocuğa sahip olması (%61.3) çalışmanın yapıldığı bölgenin sosyo-demografik yapısına bağlanabilir. Yaşantının büyük çoğunluğunun (2/3) geçirildiği yer incelendiğinde; hastaların %37.3'sinin köyde, %32'sinin ilde ve %30.7'sinin ilçede yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların kalp yetmezliği sınıfı incelendiğinde; hastaların %49.3'ünün NYHA III. sınıf, %37.3'ünün NYHA II. sınıf, %8'inin NYHA I. sınıf, %5.4'ünün NYHA IV. sınıf kalp yetmezliğine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Hastaların büyük çoğunluğunun (%86.6) NYHA III. ve II. grupta yer aldığı ve orta düzeyde kalp yetmezliğine sahip olduğu söylenebilir. Franzen ve ark.'larının (18) yaptığı çalışmada hastaların %5.9'unun NYHA I. sınıf, %34.7'sinin NYHA II. sınıf, %47.6'sının NYHA III. sınıf, %11.8'inin NYHA IV. sınıfta olduğu belirtilmiştir. NYHA III. ve II. grupta yer alan hasta sayısı %82.3 tür. Bu sonuç bizim çalışmamızdaki sonuçla uyumludur.

Araştırma kapsamına giren hastaların ailelerinde kalp hastalığı olma durumuna bakıldığında; %65.3'ünün ailesinde kalp hastalığı olduğu, %34.7'sinin ailesinde kalp hastalığı olmadığı görülmektedir (Tablo 2). Özer ve Argon'un (4) çalışmalarında hastaların %51'inin ailesinde kalp hastalığı olduğu belirtilmiştir.

Hastaların %36'sı 1-12 ay, % 16'sının 1-3 yıl, %48'i 3 yıldan daha fazla süredir kalp yetmezliği tanısıyla yaşamaktadır (Tablo 2). Özer ve Argon'un (4) çalışmalarında hastaların

%57.8'inin 25 aydan daha uzun süredir, %28.4'ünün 6-12 ay arasında kalp yetmezliği tanısıyla yaşadıklarını belirtmiştir.

Daha önce hastaneye yatma durumu incelendiğinde; hastaların %78.7'sinin daha önce hastaneye yattığı, % 21.3'ünün hastaneye yatmadığı saptanmıştır. Hastaneye yatma sayıları incelendiğinde; hastaların %52'sinin 1-3 kez yattığı, %21.3'ünün hiç yatmadığı, % 6.7'sinin 3-5 kez yattığı, %20'sinin 5'ten fazla kez hastaneye yattığı belirlenmiştir (Tablo 2). Akın ve Durna'nın (9) yaptıkları çalışmada 3 ve daha fazla kez hastaneye yatma oranının %42 olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamıza katılan hastaların %62.7'sinde kalp yetmezliğine eşlik eden bir hastalığın olduğu görülmektedir. Hastaların %40.4'ünde kalp yetmezliğine hipertansiyon eşlik etmektedir (Tablo 3). Özer ve Argon'un (4) çalışmalarında da hastaların %30.5'inde kalp yetmezliğine hipertansiyonun eşlik ettiği belirtilmiştir.

Kullanılan ilaçlar ile ilgili özellikler incelendiğinde; hastaların %89.3'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı, %49.3'ünün günde 5-10 adet ilaç aldığı görülmektedir. Kullanılan ilaçlara bakıldığında %41.3 oranında 'diüretikler + ACE inhibitörleri + Beta bloker' ilaçların kullanıldığı görülmektedir (Tablo 3). Sisk ve ark.'larının (31) yaptığı çalışmada hastaların %69.5'inin diüretik kullandığı, %52'sinin beta bloker kullandığı, %80.5'inin vazodilatör kullandığı belirtilmiştir.

Sigara ve alkol kullanımı ile ilgili özellikler incelendiğinde; hastaların %90.7'sinin alkol kullanmadığı ve kullananların %56.9'unun günde 1-3 kadeh alkol aldığı, hastaların %88'inin sigara kullanmamakta veya bırakmış olduğu ve kullananların %83.5'inin 20 yıldan fazla kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4). Sigara içmenin kronik kalp yetmezlikli hastalarda çeşitli akciğer değişikliklerine yol açtığı literatürde belirtilmektedir (65).

Uyku durumu ile ilgili özellikler incelendiğinde; hastaların %44'ü uykusunun düzenli olduğunu söylerken, %56'sı düzensiz olduğunu belirtmiştir. Hastaların % 17.3'ü 5 saatten az uyurken %9.3'ü 8 saatten fazla uyumaktadır. Egzersiz ile ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde; hastaların %57.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı, % 84'ünün yürüyüş yaptığını belirlenmiştir (Tablo 5).

YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ VERİLER

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 65.51 ± 22.25 olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi anketinden alınan 50 puanın orta düzey olduğu ve alınan

puan arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü göz önüne alınınca; bu sonuç hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyin biraz altında olduğunu göstermektedir.

Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde; kadınlarda yaşam kalitesi puanı 67 iken erkeklerde yaşam kalitesi puanının 64.05 olduğu belirlenmiştir ve cinsiyetler ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 6). Leary ve Jones'in (54) çalışmalarında da cinsiyetle yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşı 55 yaş altında olan hastaların yaşam kalitesi puanının 63.20 iken yaşı 65 yaşın üstünde olan hastaların 70.03 olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistik sonucu yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7). Özer ve Argon'un (4), Leary ve Jones'in (54) yaptıkları çalışmalarda da yaşam kalitesi puanları ile yaş arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumları ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 8). Özer ve Argon'un (4) çalışmalarında ise eğitim durumları ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu belirtilmiştir.

Meslek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; meslek ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 9).

Aylık gelir ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; aylık gelir düzeyi ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 10).

Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; evlilerde yaşam kalitesi puanı 62.80 iken dullarda 71.96 olarak bulunmuştur. Buna bakılarak evlilerin dullara göre yaşam kalitesi puanlarının daha iyi olduğu söylenebilir. Ancak medeni durum ve yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 11).

Hastaların yaşadıkları yere göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı incelendiğinde; yaşamın büyük çoğunluğunun geçtiği yer ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 12).

New York Kalp Derneği sınıflamasına göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı incelendiğinde; kalp yetmezliği sınıfı ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (Tablo 13). Kalp yetmezliği ciddiyeti arttıkça hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları da artmaktadır. Yani kalp yetmezliği ciddiyeti arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Sınıf I ve II. grup kalp yetmezliği tanısı alan hastaların yaşam kaliteleri

sınıf III ve IV. grup kalp yetmezliği tanısı alan hastalara göre daha yüksektir. Leary ve Jones'in (54) yaptıkları araştırmada da yaşam kalitesi toplam puanları ve NYHA sınıfı arasında anlamlı fark bulunmuştur ve sınıf III ve IV olan hastaların yaşam kaliteleri sınıf I ve II'ye göre daha düşük bulunmuştur. Kalp yetmezliği şiddeti arttıkça ödem, uykusuzluk, dispne v.b. semptomlarda artış gözlenmektedir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir.

Hastaların ailelerinde kalp hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 14).

Hastalığın ne kadar süre önce teşhis edildiğine göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 15). Özer ve Argon'un (4) çalışmalarında da hastalığın ne kadar süre önce teşhis edildiğine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastaların hastaneye yatma durumları incelendiğinde daha önce hastaneye yatanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Daha önce hastanede yatma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 16). Özer ve Argon'un (4) çalışmalarında da bizim çalışmamızdaki gibi hastanede yatma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kalp yetmezliğinde semptomlar kötüleştikçe hastaneye yatma oranları artmakta, buda hastaların yaşam kalitesini kötüleştirmektedir.

Kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalığının varlığına göre yaşam kalitesi toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde; kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalığının varlığı ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 17).

Günlük alınan toplam ilaç sayısı ile yaşam kalitesi toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde; günlük alınan toplam ilaç sayısı ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 18). Günlük alınan ilaç sayısı yaşam kalitesini etkilemektedir. Alınan ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.

Hastaların düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde; düzenli egzersiz yapma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (Tablo 19). Ancak Özer ve Argon (4) çalışmasında egzersiz yapma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Hastaların uykunun düzenli olma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde; uykunun düzenli olma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 20). Düzenli uyku yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastaların günlük ortalama uyku sürelerine göre yaşam kalitesi toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde; günlük ortalama uyku süresi ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 21). Uykusu düzenli olan hastaların yaşam kalitesi uykusu düzenli olmayan hastalara göre daha yüksektir. Uyku süresi arttıkça yaşam kalitesi yükselmektedir. Kalp yetmezliğinde görülen solunum sıkıntısı vb. semptomların şiddeti arttıkça uykusuzluk problemleri artmakta buda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hastaların sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 22). Bu sonuç hastaların çoğunun şuan sigara içmiyor olmasına bağlanabilir.

Hastaların alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 23). Bu sonuç hastaların çoğunun alkol kullanmıyor oluşuna bağlanabilir.

Hastaların kardiyak diyetle uyuma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 24). Özer ve Argon'un (4) çalışmalarında da diyetle uyuma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İLE İLGİLİ VERİLER

Günlük yaşam aktiviteleri puan ortalaması 15.41 ± 3.13 olarak belirlenmiştir. Yıldırım ve Karadakovan'ın (61) çalışmalarında günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasını 11.56 ± 1.09 olarak belirtmiştir. Bu sonuca göre bizim çalışmamıza katılan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız oldukları söylenebilir. Gonzalez ve ark.'ları (20) çalışmalarında hastaların %81'inin yürüyebildiğini ve günlük yaşam aktivitelerini yapabildiğini belirtmiştir.

Yapılan istatistik sonuçlarına göre uyku süresi arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi de artmaktadır. Günlük alınan ilaç miktarı arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi artmaktadır. Kalp yetmezliği sınıfı yani kalp yetmezliğinin şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi artmaktadır (Tablo 25).

Yapılan istatistik sonucunda cinsiyet ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 26). Şahbaz ve Tel'in (57) çalışmalarında günlük yaşam aktivitelerinde erkeklerin kadınlardan daha bağımsız olduğu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise cinsiyetler arasında fark yoktur.

Yapılan Pearson Ki-kare testi sonucunda; yaş ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 27). Ancak yapılan kolerasyon analizi sonucunda; yaş arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi de arttığı bulunmuştur. Şahbaz ve Tel'in (57) çalışmalarında da yaşla birlikte günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin attığını belirtilmiştir. Kalp yetmezliği hastalarında yaş arttıkça kalp yetmezliğinin şiddeti artmakta, diğer kronik sağlık sorunları (diyabet, hipertansiyon v.b.) ortaya çıkmaktadır. Bu faktörlerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığı arttırdığı düşünülmektedir.

Eğitim durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 28).

Meslek ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 29).

Aylık gelir düzeyi ile günlük yaşam ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; aylık gelir düzeyi ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 30).

Medeni durum ile günlük yaşam ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; medeni durum ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 31).

Yaşantının büyük çoğunluğunun (2/3) geçtiği yer ile günlük yaşam ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşantının büyük çoğunluğunun (2/3) geçtiği yer ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 32).

New York Kalp Yetmezliği sınıflaması (NYHA) ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; New York Kalp Yetmezliği sınıflaması (NYHA) ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark vardır (Tablo 33). Kalp yetmezliği şiddeti arttıkça ödem, uykusuzluk, dispne v.b. semptomlarda artış gözlenmektedir. Bu artış nedeniyle bireyler yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, transfer, kontinans ve beslenme gibi günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanmaktadırlar.

Ailede kalp hastalığı olma durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ailede kalp hastalığı olma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 34).

Hastalığın ne kadar süre önce teşhis edildiği ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 35).

Daha önce hastanede yatma durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 36).

Kalp yetmezliğine eşlik eden başka bir hastalığın varlığı ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 37).

Günlük alınan toplam ilaç sayısı (adet) ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; günlük alınan toplam ilaç sayısı (adet) ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında anlamlı fark vardır. Kalp yetmezliğinin şiddeti arttıkça alınan ilaç sayısı artmaktadır. Alınan ilaç sayısı arttıkça günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi önemli düzeyde yükselmektedir (Tablo 38).

Düzenli egzersiz yapma durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; düzenli egzersiz yapma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 39).

Uykunun düzenli olma durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 40).

Günlük ortalama uyku süresi ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; günlük ortalama uyku süresi ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında anlamlı fark vardır. Günlük uyku süresi azaldıkça günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi önemli düzeyde yükselmektedir (Tablo 41).

Sigara kullanma durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara kullanma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 42).

Alkol kullanma durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; alkol kullanma durumu ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 43).

Kardiyak diyete uyma durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel yönden anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 44).

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu bölümde araştırmanın örneklemini oluşturan hastaların yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışmaya katılan tüm hastaların yaşam kalitesinin (puan ortalaması: 65.51 ± 22.25) orta düzeyden biraz daha kötü düzeyde olduğu saptanmıştır. Leary ve Jones'un (54) çalışmalarında yaşam kalitesi ortalama skoru 39 olarak belirtmiştir. Chryssanthopoulos ve arkadaşları (56) çalışmalarında yaşam kalitesi ortalama skoru 33.6 ± 21.2 olarak belirtmiştir. Özer ve Argon'un (4) çalışmalarında yaşam kalitesi ortalama skoru 50.34 ± 8.11 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma bulguları ile kıyaslandığında; bu araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan tüm hastaların günlük yaşam aktiviteleri puan ortalaması 15.41 ± 3.13 olarak belirlenmiştir. Yıldırım ve Karadakovan'ın (61) çalışmalarında günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasını 11.56 ± 1.09 olarak belirtmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulguları ile kıyaslandığında; bizim araştırmamıza katılan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olduğu söylenebilir.

Yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = - 0.534$; $p < 0.001$). Günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden alınan puan arttıkça yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan azalmaktadır. (Tablo 45).

Sonuç olarak; kalp yetmezliği olan hastalarda hastalığın ciddiyeti ve alınan ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi azalmaktadır. Hastaneye yatan hastaların yaşam kalitesi yatmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Uyku süresi arttıkça yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi de artmaktadır. Yaş arttıkça GYA'ndeki bağımlılık düzeyide artmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. Kalp yetmezliğinde dispne, yorgunluk, sıvı retansiyonu, fonksiyonel ve bilişsel sınırlılıklar v.b. semptomlar nedeni ile bireylerin günlük yaşam aktiviteleri olumsuz yönde etkilenmekte ve yaşam kalitesi düşmektedir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek, bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve uygun hemşirelik uygulamalarını geliştirmede rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

- ◆ Araştırma kapsamına giren hastaların %49.3'ü kadın, %50.7'sini erkektir. Hastaların %20'si 55 yaş altı, %32'si 55-65 yaş arasında, %48'i 65 yaş üstü grupta yer almaktadır.
- ◆ Eğitim durumları incelendiğinde hastaların %41.3'ünün ilkokul mezunu %25.3'ünün okuma yazma bilmediği, %2.7'sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.
- ◆ Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 65.51 ± 22.25 olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi anketinden alınan 50 puanın orta düzey olduğu ve alınan puan arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü göz önüne alınınca; bu sonuç hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyin biraz altında olduğunu göstermektedir.
- ◆ Hastaların kalp yetmezliğinin ciddiyeti arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır.
- ◆ Daha önce hastanede yatarak tedavi gören hastaların yaşam kalitesi yatmayanlara göre daha düşük bulunmuştur.
- ◆ Hastaların günlük aldıkları ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.
- ◆ Uykusu düzenli olan hastaların yaşam kalitesi düzensiz olanlara göre daha yüksektir.

- ◆ Günlük uyku süresi arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.
- ◆ Günlük yaşam aktiviteleri puan ortalaması 15.41 ± 3.13 olarak belirlenmiştir.
- ◆ Uyku süresi arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi de artmaktadır.
- ◆ Günlük alınan ilaç miktarı arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi artmaktadır.
- ◆ Kalp yetmezliğinin şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi artmaktadır.
- ◆ Yaş arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi de artmaktadır.
- ◆ Günlük yaşam aktivitelerine bağımlılık düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de azalmaktadır.

ÖNERİLER

Kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ◆ Kalp yetmezliği olan hastalara bireysel ve hastalıkla ilgili özellikler doğrultusunda eğitim programlarının planlanması,
- ◆ Kalp yetmezliğinin şiddeti arttıkça GYA'nin desteklenmesi ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik önlemler alınması,
- ◆ Özellikle hastanede tedavi gören kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik tedavi ve bakım uygulanması,
- ◆ İlaç tedavilerinin GYA'ni ve yaşam kalitesini en az etkileyecek şekilde ayarlanması,
- ◆ Hastaların uyku, istirahat v.b. aktivitelerinin iyileştirilmesine yönelik tedavi ve bakım uygulanması,
- ◆ Kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili hemşirelik araştırmalarının artırılması,
- ◆ Kalp yetmezlikli hastalara bakım veren hemşirelerin yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri ve bunları etkileyen etmenler konusunda bilgilendirilmesi ve bu bilgileri hemşirelik uygulamalarına yansıtılmaları için desteklenmesi,
- ◆ Hemşireler tarafından hastaların yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin geçerli ve güvenilir ölçeklerle düzenli olarak değerlendirilmesi önerilebilir.

ÖZET

Bu çalışma, kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerini incelenmek amacı ile planlanmıştır.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniği Ve Polikliniğine Nisan –Ekim 2007 tarihleri arasında başvuran ve kalp yetmezliği tanısı alan, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 75 hasta çalışma kapsamına alınmıştır.

Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan hasta bilgi formu, Leary ve Jones tarafından ve Özer ve Argon tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Yaşam Kalitesi Ölçeği, Katz tarafından geliştirilen Günlük yaşam aktiviteleri ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, yüzdellik, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, t-testi, Turkey-HSD Post Hoc testi, Pearson Ki-Kare testi, Kolerasyon Analizi, Spearmans Kolerasyon Analizi kullanılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların yaşam kalitesi orta düzeyin biraz altında (puan ortalaması: 65.51±22.25) olduğu ve yaşam kalitesini ortalama uyku süresi, uykunun düzenli olma durumu, günlük alınan toplam ilaç sayısı, daha önce hastanede yatma durumu, kalp yetmezliği sınıfından etkilendiği bulunmuştur.

Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğu (puan ortalaması: 15.41±3.13) ve günlük yaşam aktivitelerinin yaş, kalp yetmezliği sınıfı, günlük alınan toplam ilaç sayısı, günlük ortalama uyku süresinden etkilendiği bulunmuştur.

Hastaların yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden alınan puan arttıkça yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan azalmaktadır. Yani günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.

Çalışmanın bu sonuçları doğrultusunda;

- ◆ Kalp yetmezliği olan hastalara bireysel ve hastalıkla ilgili özellikler doğrultusunda eğitim programlarının planlanması,
- ◆ Kalp yetmezliğinin şiddeti arttıkça GYA'nin desteklenmesi ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik önlemler alınması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kalp Yetmezliği, Yaşam Kalitesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri

QUALITY OF LIFE AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN HEART FAILURE

SUMMARY

This study was planned for the purpose of examining the quality of life and activities of daily living of heart failure patients.

The study population was 75 patients who presented to Trakya (Thrace) University Medical Faculty Health Research and Training Hospital's Cardiology Ward and Outpatient Clinic between April and October 2007 with the diagnosis of heart failure and who were willing to participate voluntarily in the study.

The data were collected in the study using a patient information form prepared by the researcher based on relevant information in the literature, the Quality of Life Scale which was developed by Leary and Jones and adapted and tested for validity and reliability in Turkish by Özer and Argon, and the Activities of Daily Living Scale developed by Katz.

The data obtained were analyzed using percentage, Kruskal-Wallis variance analysis, t test, Tukey HSD post hoc test, Pearson Chi square test, correlation analyses, and Spearman's correlation analysis.

According to the study results the patients' quality of life mean score was slightly below average (65.51 ± 22.25) and their quality of life were found to be affected by their mean amount of sleep per day, status of having regular sleep, total number of medications taken per day, status of previous hospitalization and heart failure class.

The patients were found to be independent in their activities of daily living (mean score was 15.41 ± 3.13) and their activities of daily living were found to be affected by their age, heart failure class, total number of medications taken per day, and their mean amount of sleep per day.

A statistically significant negative correlation was found between the patients' quality of life and activities of daily living. As the score from the Activities of Daily Living Scale increased the score from the Quality of Life Scale decreased. That is, as their level of independence in their activities of daily living increased their quality of life also increased.

Based on these study results it is recommended that

- ◆ Educational programs be planned based on the individual and disease related characteristics of patients with heart failure,

- ◆ As the severity of heart failure increases that measures be taken to support patients' activities of daily living and improve their quality of life.

Key Words: Heart Failure, Quality of Life, Activities of Daily Living

KAYNAKLAR

1. Ay F, Ertem Ü, Özcan N, Güneş B ve ark. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar . İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2007.
2. Çakırcalı E. Hasta Bakım Ve Tedavisinde Temel İlke Ve Uygulamalar. İzmir: Güven & Nobel Kitabevleri, 2000.
3. Akdemir N. Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2004: p.3-61.
4. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21: 63-77.
5. Durdu S, Akar R, Çavolli R, Eren N ve ark. İleri Dönem Kalp Yetmezliğinde Alternatif Arayışlar, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2003; 3: 252-260.
6. Akdemir N. Kalp Yetmezliği ve Hemşirelik Bakımı, Kalp Hastalıklarından Korunma. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2004: p.452-467.
7. Thompson D, Webster R, Quinn T. Caring For The Coronary Patient . London: Elsevier Limited, 2004: 223-239.
8. Karpolat H, Durmaz B, Nalbantgil S, Durmaz İ. Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi Ve Fonksiyonel Durum, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2006; 6: 327-332.
9. Akın S, Durna Z. Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(2): 1-8.

10. 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.
11. Falk S, Wahn A, Lidell E. Keeping The Maintenance Of Daily Life In Spite Of Chronic Heart Failure. AQualitative Study, European Journal Of Cardiovascular Nursing 2006; doi:10.1016/j.ejcnurse.2006.09.002.
12. Ergin A, Eryol N, Ünal Ş, Deliceo A ve ark. Epidemiological And Pharmacological Profile Of Congestive Heart Failure At Turkish Academic Hospitals, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2004; 4: 32-38.
13. Chriss P, Shepesh J, Carlson B, Riegel B. Predictors Of Successful Heart Failure Self-Care Maintenance In The First Three Months After Hospitalization, Heart & Lung 2004; 33 (6): 345-353.
14. Sadik A, Yousif M, Mcelnay J. Pharmaceutical Care Of Patients With Heart Failure, British Journal Of Clinical Pharmacology 2005; 60(2): 183-193.
15. Mondoa C. The Implications Of Physical Activity In Patients With Chronic Heart Failure, Nursing In Critical Care 2004; 9(1): 13-20.
16. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau J ve ark. Impact Of Care At A Multidisciplinary Congestive Heart Failure Clinic: A Randomized Trial, CMAJ 2005; 173(1): 40-45.
17. Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-Based Education For Patients With Chronic Heart Failure A Randomised, Controlled, Multicentre Trial Of The Effects On Knowledge, Compliance And Quality Of Life, Patient Education And Counseling 2006; 64: 128-135.
18. 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.
19. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijjer H ve ark. Self- Care And Quality Of Life In Patients With Advanced Heart Failure: The Effect Of A Supportive Educational Intervention, Heart & Lung 2000; 29 (5): 319-330.
20. Gonzalez B, Lupon J, Parajon T, Urrutia A ve ark. Nurse Evaluation Of Patients In A New Multidisciplinary Heart Failure Unit In Spain, European Journal Of Cardiovascular Nursing 2004; 3: 61-69.
21. Strömberg A, Martensson J, Fridlund B, Dahlström U. Nurse-Led Heart Failure Clinics In Sweden, European Journal Of Heart Failure 2001; 3: 139-144.

22. Zhang J, Rathouz P, Chin M. Comorbidity And The Concentration Of Healthcare Expenditures In Older Patients With Heart Failure, JAGS 2003; 51(4): 476-482.
23. Ayçiçek İ, Büyüköztürk K, Canberk A ve ark. Kalp Yetersizliği. İstanbul: Üniform Matbaacılık, 2003: 8-61.
24. Carpenter A, Plum B (Çeviri: Çalangu S, Sıva A, Tuzcu M.). Cecil Essantials Of Medicine. İstanbul: Çevik Batbaa; 2000: 33-39.
25. Okay T. 2001 Yılında Kalp Yetersizliğindeki Gelişmeler, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2001; 1: 301-306.
26. Terzi S, Dayi Ş, Akbulut T, Dağ Ö ve ark. Kalp Yetersizliğinde Bisoprolol Tedavi Etkinliğinin Kardiyopulmoner Egzersiz Testi İle Değerlendirilmesi, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2003; 3: 313-318.
27. Güran Ş. Kalp Yetmezliğinde Anjiyogenezis Ve Gen Tedavisi, Gülhane Tıp Dergisi 2004; 46 (1): 84-87.
28. Çiftçi Ç. Kalp Yetersizliğinde Fonksiyonel Kapasite Tayini, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2006; 6: 333-334.
29. Cankurtaran M, Arıoğul S. Yaşlıda Konjestif Kalp Yetersizliği Tedavisi, Klinik Gelişim 2004; 17 (2): 90-100.
30. Dolar E. İç Hastalıkları. İstanbul: Nobel Kitapevi, 2005:19-30.
31. 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.
32. Ahmed A, Weaver M, Allman R, Delong J ve ark. Quality Of Care Of Nursing Home Residents Hospitalized With Heart Failure, JAGS 2002; 50: 1831- 1836.
33. Barth V. A Nurse- Managed Discharge Program For Congestive Heart Failure Patients: Outcomes And Costs, Home Health Care Management & Practice 2001; 13(6): 436-443.
34. Prendergast H, Bunney E. Management Of Chronic Heart Failure: An Old Disease With A New Face, Emergency Medicine Australasia 2005; 17: 143-151.
35. Heper C, Heper Y, Moğol E. Kardiyoloji. Ankara: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd., 2000: 198-230.
36. Alper M, Öztürk M, Selçukbiricik S. Dahili Bilimler. İstanbul: Nobel Kitapevleri, 2000: 15-20.
37. Başar I, Demiroğlu C. Kalp Hastalıkları Tıbbi Tedavisi. İstanbul: Florence Nightingale Hastanesi, 2000: 152-164.

38. Crawford M (Çeviri: Erol Ç, Biberoglu K, Atalar E). Current Kardiyoloji Tanı Ve Tedavi. İstanbul: Güneş Kitabevi Ltd. ŞTi; 2006: 88-96.
39. Erdil F, Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset, 2001:56.
40. O'rouge R, Fuster V, Alexander R, Roberts R ve ark. (Çeviri: Konuk M). Hurst Kalp Hastalıkları El Kitabı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 49-58.
41. Aydın A , Yuvañç U, Cordon J. Kalp Yetersizliğinin Farmakolojik Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Nöroendokrin Ve İmmün Yanıtın Baskılanması, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 28 (3): 115-120.
42. Grange J. The Role Of Nurses In The Management Of Heart Failure, Heart 2005; 91: 39-42.
43. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, Romatizma 2005; 20 (1): 55-63.
44. Küçükdeveci A. Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi, Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005; 51 (Özel Ek B): 23-29.
45. Şenol Y, Türkay M. Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması, TAF Preventive Medicine Bulletin 2006; 5 (5): 382-389
46. Velioglu P. Hemşirelikte Kavram Ve Kuramlar. İstanbul: Ofset Matbaası, 1999: 180-200.
47. Lainscak M, Keber I. Patient's View Of Heart Failure: From The Understanding To The Quality Of Life, European Journal Of Cardiovascular Nursing 2003; 2: 275-281.
48. Gonzalez B, Lupon J, Herreros J, Urrutia A ve ark. Patient's Education By Nurse: What We Really Do Achieve?, European Journal Of Cardiovascular Nursing 2005; 4: 107-111.
49. Birol, L. Hemşirelik Süreci, İzmir: Etki Matbacılık, 2002.
50. Carpenito-Moyet LJ. (Çeviri:Erdemir ,F). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005.
51. Ünsar S. Konjestif Kalp Yetmezliği. Akbayrak N, Erkal S, Ançel G, Albayrak A (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Alter Yayıncılık; 2007: p.255-267.
52. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL ve ark. Textbook Of Medical- Surgical Nursing, London: Lippincot Williams &Wilkins, 2007: 946-973.
53. Miani D, Gregori D, Ghidina M ve ark. The Left Ventricular Dysfunction Questionnaire: Italian Translation And Validation, Monaldi Arch Chest Dis 2005; 64: 100-104.

54. Leary C, Jones P. The Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD-36): Reliability, Validity And Responsiveness, *Heart* 2000; 83: 634-640.
55. Aka S, Orhan G, Şenay Ş ve ark. Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Ameliyat Olmuş Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçümü, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2006; 14(4): 266-271.
56. Chryssanthopoulos S, Dritsas A, Cokkinos D. Activity Questionnaires; A Useful Tool In Accessing Heart Failure Patients, *International Journal Of Cardiology* 2005; 105: 294-299.
57. Şahbaz M, Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Turkish Journal Of Geriatrics* 2006; 9(2): 85-93.
58. Arslan Ş, Kutsal Y. Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Çalışma Raporu. Ankara, 2000.
59. Walance M, Shelkey M. Katz Index Of Independence In Activities Of Daily Living (ADL), *Try This: Best Practices In Nursing Care To Older Adults* 2007; 2.
60. Ergün G, Bozdemir N, Uğuz Ş, Güzel R ve ark. Adana Huzurevi'nde Yaşayan Yaşlılar İle Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran Yaşlıların Medikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi, *Geriatrici* 2003; 6(3) : 89-94.
61. Yıldırım Y, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu İle Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7 (2): 78-83.
62. Akyüz G. Geriatrik Hastalarda Yaşam Kalitesi, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006; 52(Özel Ek A):57-59.
63. Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G ve ark. Edirne Huzur Evinde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Katz İndeksine Göre Günlük Yaşam Etkinlikleri, *Türk Geriatri Dergisi* 2002; 5 (4): 144-149.
64. Gonzalez B, Lupon J, Parajon T ve ark. Use Of The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFSBS) In A Heart Failure Unit In Spain, *Rev Esp Cardiol* 2006; 59(2): 166-170.
65. Johnson B, Beck K, Olson L ve ark. Pulmonary Function in Patients With Reduced Left Ventricular Function: Influence of Smoking and Cardiac Surgery, *Chest* 2001; 120:1869-1876.

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİLLER	<u>SAYFA</u>
Şekil1: Akut Miyokardiyal İnfarktı Takiben Oluşan Kalp Yetmezliği için Killip Sınıflandırması	7
Şekil 2: NYHA (New York Heart Association) sınıflaması	11
Şekil 3: Framingham Kalp Yetmezliği Kriterleri	13

TABLULAR

Tablo 1: Hastaların Kişisel Özelliklerinin Dağılımı	40
Tablo 2: Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı	42
Tablo 3: Kalp Yetmezliğine Eşlik Eden Diğer Hastalıklar Ve Kullanılan ilaçların Dağılımı	43
Tablo 4: Alkol Ve Sigara Kullanımı İle İlgili Özelliklerin Dağılımı	44
Tablo 5: Uyku Ve Egzersiz İle İlgili Özelliklerin Dağılımı	45
Tablo 6: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Tablo 7: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	46

Tablo 8: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
Tablo 9: Hastaların Mesleklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 10: Hastaların Aylık Gelir Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 11: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo 12: Hastaların Yaşantının Büyük Çoğunluğunun (2/3) Geçtiği Yere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo 13: Hastaların Kalp Yetmezliği sınıfı (NYHA)'na Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 14: Hastaların Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumu Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 15: Hastaların Hastalığın Ne Kadar Süre Önce Teşhis Edildiği Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 16: Hastaların Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 17: Hastaların Kalp Yetmezliğine Eşlik Eden Başka Bir Hastalığın Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo 18: Hastaların Günlük Alınan Toplam İlaç Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo 19: Hastaların Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 20: Hastaların Uygunun Düzenli Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 21: Hastaların Günlük Ortalama Uyku Süresine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
Tablo 22: Hastaların Sigara kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
Tablo 23: Hastaların Alkol kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 24: Hastaların Kardiyak Diyete Uyuma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	54

Tablo 25: Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Etmenler	55
Tablo 26: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	55
Tablo 27: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı	56
Tablo 28: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	56
Tablo 29: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Mesleklerine Göre Dağılımı	57
Tablo 30: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı	57
Tablo 31: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı	57
Tablo 32: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Yaşantının Büyük Çoğunluğunun (2/3) Geçtiği Yere Göre Dağılımı	58
Tablo 33: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Kalp Yetmezliği sınıfına (NYHA) Göre Dağılımı	58
Tablo 34: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Ailede Kalp Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı	59
Tablo 35: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Hastalığın Ne Kadar Süre Önce Teşhis Edildiğine Göre Dağılımı	59
Tablo 36: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Dağılımı	59
Tablo 37: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Kalp Yetmezliğine Eşlik Eden Başka Bir Hastalığın Varlığına Göre Dağılımı	60
Tablo 38: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Günlük Alınan Toplam İlaç Sayısına Göre Dağılımı	60
Tablo 39: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Dağılımı	61
Tablo 40: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Uykunun Düzenli Olma Durumuna Göre Dağılımı	61
Tablo 41: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Günlük Ortalama Uyku Süresine Göre Dağılımı	61

Tablo 42: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	62
Tablo 43: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	62
Tablo 44: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeylerinin Kardiyak Diyete Uyma Durumuna Göre Dağılımı	63
Tablo 45: Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kolerasyonu	63

ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Tekirdağ'da doğan Melike Demir lise öğrenimini Tekirdağ'da tamamladı. 2005 yılında T.Ü Tekirdağ Sağlık Yüksek Okulu'ndan mezun olarak Hemşire unvanı aldı. 2006 yılında T.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı.

2005 yılı Aralık ayında Tekirdağ Sağlık Yüksek Okulunda Araştırma görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır ve halen devam etmektedir. Yabancı dili İngilizce olup, Türk Hemşireler Derneği ve Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik ve Teknisyenlik Çalışma Gurubu üyesidir.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul İzni

Ek 2: Hasta Tanıtım Formu

Ek 3: Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeği

Ek 4: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı

Oturum Sayısı:03

Karar Tarihi:15.02.2007

8-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 15.02.2007 tarihinde; “Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi” adlı TÜTFEK 2007/22 protokol no.lu Melike DEMİR’in tez çalışmasını incelemek üzere toplandı. Doç. Dr. Betül UĞUR ALTUN, Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ izniyle olması nedeniyle katılmadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yapılacağı, Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR’ın yürütücüsü olduğu araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; Helsinki Deklerasyonu Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde sakınca olmadığına mevcudun oybirliğiyle karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. Ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Avukat Mustafa POLAT Üye	Ceza Hukuku	T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

Posta Adresi:
T.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı
Güllapoğlu Yerleşkesi
22030 EDİRNE

Tel: (0284) 235 76 53, 235 73 73
Faks: (0284) 235 76 52
e-posta: dekanlik@trakya.edu.tr
Elektronik Ağ: http://tipfak.trakya.edu.tr

HASTA BİLGİ FORMU

I. Kişisel özellikler:

1. Hastanın adı soyadı:.....
2. Yaşı:.....
3. Cinsiyeti:.....
4. Eğitim durumunuz:

1. () Okur yazar değil 2. () okur yazar 3. () İlk okul 4. () orta okul
5. () Lise 6. () Üniversite

5. Mesleğiniz:

1. () Memur 2. () İşçi 3. () Çiftçi 4. () Emekli
5. () Serbest Meslek 6. () Çalışmıyor 7. () Diğer

6. Sosyal güvenceniz:

1. () SSK 2. () Emekli Sandığı 3. () Yeşil Kart 4. () Bağkur 5. () Yok

7. Aylık gelir düzeyiniz ne kadardır ?.....

8. Medeni durumunuz? 1. Evli () 2. Dul () 3. Bekar ()

9. Çocuk sayınız?.....

10. Yaşantınızın büyük çoğunluğunun geçtiği (2/3) yer neresidir?

1. İl () 2. İlçe () 3. Köy () 4. Yurtdışı ()

II. Hastalıkla ilgili özellikler

11. Kalp yetmezliği sınıfı (NYHA)...

1. NYHA I () 2. NYHA II () 3. NYHA III () 4. NYHA IV ()

12. Ailenizde kalp hastası olan var mı? 1. Evet () 2. Hayır ()

13. Hastalığınız ne kadar süre önce teşhis edildi ? :

14. Hastaneye hiç yattınız mı? 1. Evet () 2. Hayır ()

15. Hastaneye kaç defa yattınız?.....

16. Kalp yetmezliğinize eşlik eden başka bir hastalığınız var mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

17. Kalp yetmezliğinize eşlik eden hastalığınız varsa aşağıdakilerden hangisidir?

1. () Diyabetes Mellitus
2. () Hipertansiyon
3. () Solunum sistemi hastalıkları
4. () Romatizmal hastalıklar
5. () Diğer

18. Şuan kullanmakta olduğunuz ilaçlar nelerdir?

1. () Furosemide
2. () ACE inhibitörleri
3. () Angiotensin reseptör blokerleri
4. () Beta blokerler
5. () Digoxin
6. () Diğer

19. Günde toplam kaç tane ilaç alıyorsunuz?.....

20. İlaçlarınızı düzenli alıyorsunuz/ kullanıyorsunuz? 1. Evet () 2. Hayır ()

21. Düzenli egzersiz yaparmısınız? 1. Evet () 2. Hayır ()

22. Egzersiz türünüz nedir? : 1. Yürüyüş () 2. Merdiven Çıkma () 3. Diğer ()

23. Uygunuz düzenlimi ? 1. Evet () 2. Hayır ()

24. Günlük ortalama kaç saat uyuyorsunuz?

25. Stresli bir kişilik özelliğine sahip misiniz? 1. Evet () 2. Hayır ()

26. Sigara kullanıyorsunuz / Kullandınız mı ? 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bıraktım ()

27. Kullanıyorsanız ne kadar (adet/ yıl)?.....

28. Alkol kullanıyorsunuz? 1. Evet () 2. Hayır ()

29. Kullanıyorsanız ne kadar (kadeh/ gün)?.....

30. Kardiyak diyetinize (az tuzlu) uyuyorsunuz? 1. Evet () 2. Hayır ()

31. Hastalığınız yaşamınızı (iş / aile) olumsuz yönde etkiledimi ?

1. Evet ()
2. Hayır ()

SOL VENTRİKÜL DİSFONKSİYONU ANKETİ

Lütfen aşağıdaki sorulara son günlerde hissettiklerinize göre cevap veriniz. Her soru için doğru veya yanlış seçeneğinden birini işaretleyiniz.

<i>Kalp hastalığım nedeniyle</i>	<i>Doğru</i>	<i>Yanlış</i>
1. Bacaklarımdaki yorgunluktan şikayetçiyim		
2. Bulantıdan şikayetçiyim		
3. Bacaklarımdaki şişliklerden şikayetçiyim		
<i>Kalp hastalığım nedeniyle</i>	<i>Doğru</i>	<i>Yanlış</i>
4. Dışarı çıkarsam nefes darlığı olacağından korkuyorum		
5. Çok iş yaptığımda nefes darlığı olacağından korkuyorum		
6. En küçük fizik egzersizde bile nefessiz kalıyorum		
7. İş yaparken kendimi zorlamaktan korkuyorum		
8. Giyinmem ve yıkanmam uzun zaman alıyor		
<i>Aşağıdaki aktiviteleri kalp hastalığınız dışında bir nedenle yapamıyorsanız lütfen Yanlış'ı işaretleyiniz.</i>		
<i>Kalp hastalığım nedeniyle</i>	<i>Doğru</i>	<i>Yanlış</i>
9. Koşmada, örneğin otobüse yetişmede, zorlanıyorum		
10. Yürüyüş, egzersiz ve dansa zorlanıyorum		
11. Çocuklar yada torunlar ile oynarken zorlanıyorum		
12. Bahçe işlerinde ve elektrik süpürgesi kullanırken zorlanıyorum		
<i>Kalp hastalığım nedeniyle</i>	<i>Doğru</i>	<i>Yanlış</i>
13. Kendimi bitkin hissediyorum		
14. Enerjimin azaldığını hissediyorum		
15. Uykulu veya uyuşuk hissediyorum		
16. Daha çok dinlenmeye ihtiyacım var		
17. Yaptığım her şey güç gerektiriyor		
18. Kaslarımı güçsüz hissediyorum		
19. Kolayca üşütüyorum		
20. Gece boyunca sık sık uyanıyorum		
21. İşe yaramaz hale geldim		
<i>Kalp hastalığım nedeniyle</i>	<i>Doğru</i>	<i>Yanlış</i>
22. Kendimi engellenmiş hissediyorum		
23. Sinirli hissediyorum		
24. Her an kötü bir şey olacakmış gibi geliyor		
25. Kendimi rahat hissetmiyorum (Huzursuzum)		
26. Yaşamımı kontrol edemiyorum		
27. Yaşamdan zevk alamıyorum		
28. Kendime olan güvenimi kaybettim		
<i>Kalp hastalığım nedeniyle</i>	<i>Doğru</i>	<i>Yanlış</i>
29. Düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmede zorlanıyorum		
30. Gitmeyi istediğim yerler var, fakat gidemiyorum		
31. Tatile çıkmamın kalp hastalığımı kötüleştirmesinden korkuyorum		
32. Yaşam biçimimi değiştirmek zorunda kaldım		
33. Ailevi görevlerimi yapmada sınırlamalarım var		
34. Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum		
35. Sürekli kalp ilacı almayı gerçekten sıkıcı buluyorum		
36. Yapmak istediğim şeyleri yapamıyorum		

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

Temizlik → Evimi temizlerken v.b temizlik işleri yapamıyorum → Evimi temizlerken v.b temizlik işleri yardım alarak yapıyorum → Evimi temizlerken v.b temizlik işleri yardımsız yapabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Alış Veriş → Mağazaya gitme, eşyaları taşıma, merdivenleri çıkma v.b. yapamıyorum → Mağazaya gitme, eşyaları taşıma, merdivenleri çıkma v.b. yaparken yardım alıyorum → Mağazaya gitme, eşyaları taşıma, merdivenleri çıkma v.b. yapabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Ulaşım → Toplu taşıtlara ait duraklara gidemiyorum, otobüs, tren, dolmuş v.b. binemiyorum → Toplu taşıtlara ait duraklara giderken yardım alıyorum, otobüs, tren, dolmuş v.b. binerken yardım alıyorum → Toplu taşıtlara ait duraklara gidebiliyorum, otobüs, tren, dolmuş v.b. binebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Yemek hazırlama → Mutfağa gidip kendi yemeğimi hazırlayamıyorum → Mutfağa gidip kendi yemeğimi hazırlarken yardım alıyorum → Mutfağa gidip kendi yemeğimi hazırlayabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Yıkanma → Kendi başıma yıkanamıyorum → Yıkanırken yardım alıyorum → Kendi başıma yıkanabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Giyinme → Kendi başıma giyinemiyorum → Giyinirken yardım alıyorum → Kendi başıma giyinebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Tuvalet ihtiyacı → Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılarken yardım alıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Transfer → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Kontinas → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edemiyorum → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Beslenme → Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum → Yemeğimi yerken yardım alıyorum → Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()

