

T.C  
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALP YETMEZLİĞİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMININ DİSPNEDE  
SEMPTOM YÖNETİMİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Gürcan Solmaz

Abant İzzet Baysal Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin  
Hemşirelik Programı için Öngördüğü  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
Olarak hazırlanmıştır.

BOLU  
2011

T.C  
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALP YETMEZLİĞİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMININ DİSPNEDE  
SEMPTOM YÖNETİMİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Gürcan SOLMAZ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin  
Hemşirelik Programı için Öngördüğü  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
Olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI  
Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN

BOLU  
2011

Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Gürcan SOLMAZ tarafından hazırlanan ve 16/09/2011 tarihinde savunulan “Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Yaklaşımının Dispne Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Dahiliye Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN

AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Üye

Yrd.Doç.Dr. Ayla KEÇECİ

(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü )

Üye

Yrd.Doç.Dr. Makbule TOKUR KESGİN

(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Serap KÖYBAŞI ŞANAL

Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, içeriğin oluşturulması, teze ait yorum ve düzenlemelerin yapılması ve tezin her aşamasındaki katkılarından dolayı Sayın Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN'a,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı İbrahim İKİZCELİ'ye,

Hemşireliğin gelişiminde eğitime verdiği destek için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Dr. Leman Kutlu'ya,

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu'na ve tüm acil çalışanlarına,

Araştırmaya katılan tüm hasta ve yakınlarına,

Bu yoğun çalışma döneminde her zaman destek olan aileme ve yakın arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Gürcan SOLMAZ

## ÖZET

### KALP YETMEZLİĞİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMININ DISPNE SEMPTOM YÖNETİMİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Bu çalışma, kalp yetmezliğinde hemşirelik yaklaşımının dispne semptom yönetimi ve yaşam kalitesine etkisi incelemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Kardiyoloji Polikliniği kalp yetmezliği tanısı almış, New York Kalp Derneği'ne (NYHA) göre sınıf III ve IV'de yer alan 195 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise, bu hastalardan dispne yakınmasıyla Eylül 2008–Ağustos 2009 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Kardiyoloji Polikliniğine başvuran, okur-yazar, görme-ışitme sorunu olmayan, sözel iletişim kurabilen, tanılanmış psikiyatrik sorunu olmayan, araştırma kriterlerine uyan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 30 Deney, 30 Kontrol Grubu ve 5 yedek olmak üzere 65 kişiden oluşmuştur.

Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Borg Dispne Skalası ve Kardiyak Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Deney ve kontrol grubunun dispne düzeyleri karşılaştırılmıştır. Deney grubu ilk ( $5,33\pm 0,60$ ) ve son dispne puan ortalamaları ( $3,30\pm 0,46$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ( $p=0,000$ ) bulunurken, kontrol grubunun ilk ( $5,13\pm 0,77$ ) ve son puan ortalamaları ( $4,97\pm 0,85$ ) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,433$ ). Deney ve kontrol grubunun cinsiyet, hastalık süresi, son bir yıldır dispne yakınmasıyla acile başvuru sayısına göre dispne ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunurken ( $p=0,000$ ), kalp yetmezliğinin sınıfı ile dispne puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $p=0,935$ ).

Araştırmaya katılan hastaların ilk-son yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunurken ( $p=0,000$ ), yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (ilk yaşam kalitesi  $p=0,874$ , son yaşam kalitesi  $p=0,162$ ). Cinsiyet ve kalp yetmezliği sınıfı ile yaşam kalitesi alanları puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Hastalık süresi üç yıldan az ve üç yıl ve üstü olanların sağlık ve fonksiyonel durum dışında, bir yıl içinde hastaneye başvuru sayısında aile alanı dışında tüm yaşam kalitesi alanlarında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ).

Sonuç olarak, kalp yetmezliğinde dispne semptom yönetimine ilişkin hemşirelik yaklaşımı dispne düzeyinde azalmaya ve yaşam kalitesinde artışı sağlayarak araştırmanın hipotezini doğrulamıştır.

**Anahtar kelimeler:** Dispne, kalp yetmezliği, hemşirelik yaklaşımı, semptom yönetimi, yaşam kalitesi.

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF NURSING APPROACH ON THE MANAGEMENT OF DYSPNEA SYMPTOM AND LIFE QUALITY IN THE HEART FAILURE

This study is carried out experimentally to examine the effect of nursing approach on dyspnea symptom management and life quality in the heart failure.

The population of study is composed of 135 patients diagnosed to have heart failure by Cerrahpaşa Medical Faculty Emergency Cardiology Polyclinic and are in the classes III and IV according to the New York Heart Association (NYHA).

The sample of study is composed of 60 patients, 30 of which are Experimental Group that have applied to Cerrahpaşa Medical Faculty Emergency Cardiology Polyclinic between September 2008-August 2009 with the complaint of dyspnea, are literate, have no visual-hearing impairment, can establish oral communication, have no diagnosed psychological problem, comply with search criteria and accept to join the study voluntarily and 30 of which are Control Group.

Patient Information Form, Borg Dyspnea Scale and Cardiac Life Quality Scale were used to collect data.

The dyspnea levels of experimental and control group were compared. While the difference between the first ( $5,33\pm 0,60$ ) and last dyspnea point average ( $3,30\pm 0,46$ ) of dyspnea of the experimental group is statistically reasonably significant ( $p=0,000$ ), no significant difference can be determined between the first ( $5,13\pm 0,77$ ) and the last point average ( $4,97\pm 0,85$ ) of the control group ( $p=0,433$ ). While the difference between the dyspnea average of experimental and control group according to the sex, duration of disease, the application to emergency with the complaint of dyspnea in the last one year is statistically reasonably significant ( $p=0,000$ ), the difference between the class of heart failure and dyspnea point average is not statistically significant ( $p= 0,935$ ).

There is statistically a significant difference ( $p=0,000$ ) in the first-last life quality point averages of the patients participated in the study whereas there is no statistically significant difference when the life quality point averages are compared (first life quality point is  $p=0,874$  and the last life quality point is  $p=0,162$ .)

There found to be statistically a reasonably significant difference ( $p=0,000$ ) according to the point averages of the classes of sex and heart failure and life quality. There found to be a significant difference in all fields of life quality except for family field for the application to the hospital in one year of those whose duration of illness is less than three years, three years and more than three years expect for health and functional status ( $p=0,000$ ).

As a result, the nursing approach related to dyspnea symptom in heart failure confirms the hypothesis by providing decrease in the level of dyspnea and the rise in life quality.

**Key Words:** Dyspnea, heart failure, nursing approach, symptom management, life quality.

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR.....	x
ŞEKİLLER.....	xi
TABLolar.....	xii
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1.Problemin Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı .....	6
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	7
2.1. Kalp Yetmezliği.....	7
2.2. Etiyoloji.....	8
2.3. Fiziopatoloji.....	8
2.4 Kalp Yetmezliği Tipleri.....	9
2.4.1 Akut-kronik kalp yetmezliği.....	9
2.4.2 Sağ-sol kalp yetmezliği.....	10
2.4.3. Düşük-yüksek debili kalp yetmezliği.....	10
2.4.4. Öne-geriye doğru kalp yetmezliği.....	10
2.4.5. Sistolik yetmezlik ve diastolik yetmezlik.....	10
2.5. Kompansatuvar Mekanizmalar.....	10
2.6. Kalp Yetmezliğinin Sınıflandırılması .....	11
2.7.Tanılama Çalışmaları .....	13
2.8. Semptomlar.....	14
2.8.1. Kalbin kendisine ait belirti ve semptomlar.....	14
2.8.2. Pulmoner birikime bağlı semptomlar.....	14
2.8.3. Sistemik venöz birikim semptomları.....	15
2.9. Dispne.....	16
2.9.1. Dispne patofizyoloji.....	16

2.9.2. Dispne çeşitleri.....	17
2.9.3. Dispne evreleri.....	18
2.10. Kalp Yetmezliği ve Dispne.....	19
2.11. Kalp Yetmezliği Tedavisi.....	19
2.12. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi.....	23
2.13. Telefon Görüşmesi.....	25
2.14. Hemşirelikte Dispne Semptom Yönetimi.....	27
<b>3. YÖNTEM ve GEREÇLER.....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	32
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	32
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	32
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	33
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.6.1. Bağımsız değişkenler.....	35
3.6.2. Bağımlı değişkenler.....	35
3.7. Veri Toplama Formları.....	35
3.7.1. Hasta bilgi formu.....	35
3.7.2. Kalp yetmezliği olan hastalar için eğitim kitapçığı.....	35
3.7.3. Dispnenin tanınması ve yönetimi.....	36
3.7.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	37
3.8. Araştırmanın Uygulama Aşaması (Verilerin Toplanması).....	38
3.8.1. Hastaneye davet aşaması.....	38
3.8.2. Soru formu, ilk yaşam kalitesi ölçeği ile dispne semptom yönetimi eğitiminin uygulama aşaması.....	38
3.8.3. Telefon görüşmesi aşaması.....	41
3.8.4. Son yaşam kalitesi ölçeğinin uygulanması.....	46
3.9. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	46
3.10. Süre ve Olanaklar.....	47
3.11. Etik Açıklamalar.....	47
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>48</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>48</b>



<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	74
<b>KAYNAKLAR</b> .....	76
<b>EKLER</b> .....	82
EK 1: Hasta Bilgi Formu	
EK 2: Kalp Yetmezliği Eğitim Broşürü	
EK 3: Dispne SemptomYönetimi Eğitim Broşürü	
EK 4: Borg Dispne Ölçeği	
EK5: Yaşam Kalitesi Ölçeği	

## KISALTMALAR

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

Kalp yetmezliği (KY)

Konjestif kalp yetmezliği (KKY)

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

## **ŞEMA**

Şema 1. Kontrol grubu telefon görüşme aşaması	43
Şema 2. Deney grubu telefon görüşme aşaması	44

## TABLULAR

Tablo 3.1. Eğitimlerin İçeriği .....	41
Tablo 4.1. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri.....	48
Tablo 4.2. Hastaların Bazı Alışkanlıklarının Dağılımı.....	50
Tablo 4.3. Konjestif Kalp Yetmezliğine İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı....	52
Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Bazı Özelliklerine Göre Dispne Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	55
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarının İlk ve Son Dispne Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.6. Aylara Göre Deney ve Kontrol Gruplarının Dispne Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarının İlk ve Son Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	58
Tablo 4.8. Yaşam Kalitesi Alanlarına Göre Deney ve Kontrol Gruplarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.9. Hastaların Cinsiyetleri ve Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.10. Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.11. Dispne Yakınmasıyla Son Bir Yıldır Acile Başvuru Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.12. Hastaların NYHA Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	63
Tablo 4.13. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Dispne Puanları İle Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki.....	64

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı

Kalp yetmezliği (KY) dünyada erişkin nüfusun büyük bir bölümünü etkileyen, yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir sağlık sorunudur (1,2). Dünya Kalp Federasyonu'nun 2006 raporunda, kalp hastalıklarının tüm dünyada coğrafi ve ekonomik durumdan bağımsız olarak her üç ölümden birinin nedeni olduğu bildirilmiştir (2). Ülkemizdeki kalp yetmezliği hastalarının sayısı tam olarak bilinmemesine karşın, tüm ölümlerin %47.73'ünün kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklandığı bildirilmektedir (3).

Kardiyovasküler hastalıklar kalbin yapısını bozarak çalışma kapasitesini azaltmakta ve kalp yetmezliğine yol açabilmektedir (4). Her yıl kalp yetmezliği tanısı alan hasta sayısı bazı kaynaklara göre 700 bini bulmakta ve beş yıl içinde 20 milyona yakın hastada kalp yetmezliği gelişeceği tahmin edilmektedir (5). Son yıllarda kalp hastalıklarının tedavisindeki ilerlemeler kalp hastalıklarından ölümleri azaltmış ve nüfusun yaşlanmasına yol açmıştır. Bunun sonucu olarak da kalp yetmezliği insidansı artmış, kalp yetmezliğinden hastaneye yatışlar bugünün ve geleceğin sorunu haline gelmiştir (6).

Kalp yetmezliği, semptom ve bulguları nedeniyle hastaların günlük aktivitelerinde sınırlılık yaşamasına neden olmakta ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (1).

Kalp yetmezliği, fonksiyonel kapasiteyi sınırlaması ve çok sayıda semptomla yol açması nedeniyle yaşam kalitesini bozmaktadır (7). Kalp yetmezliğinde en sık görülen semptomlardan biri dispnedir (3).

Dispne, zorlu ya da sıkıntılı nefes alma olarak tanımlanıp kalp yetmezliğinin erken dönemlerinde sadece eforla birlikte görülürken ilerleyen dönemlerde dinlenme sırasında da ortaya çıkmaktadır (1,2,3). Dispne ile sonuçlanan kalp hastalıklarının başında kalp yetmezliği gelmektedir (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre klinik olarak kalp yetmezliği kalp hastalığına eşlik eden dispne ve yorgunluk sendromu olarak tanımlanır (8). Kalp yetmezliğinde dispne genellikle yıllar içinde yavaşça gelişir (1,2,3).

Yamanel ve Cömert (2003) acil dahiliye polikliniğinde dispne nedeniyle başvuranların %23'ünün kalp yetmezliği hastası olduğunu bulmuşlardır (9). Argon ve Özer (2002) kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, hastaların en fazla rahatsızlık duyduğu semptomun, dispne olduğunu bildirmektedir. Hastaların %70,6'sı çok iş yaptıklarında nefessiz kaldıklarını bu nedenle nefessiz kalma korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Dispne sorunu yaşayan hastaların önemli aktivitelerini kısıtladıkları görülmüştür (10).

Kalp yetmezliğinde dispne ve yorgunluk gibi semptomlar nedeniyle bireylerin günlük yaşam aktiviteleri olumsuz yönde etkilenmekte ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Ünsar ve Demir (2008) kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi ile günlük yaşam aktivitelerini değerlendirdikleri çalışmalarında, hastalarda dispnenin artışıyla birlikte yıkanma, giyinme, tuvalet gereksinimi, beslenme gibi yaşam aktivitelerini yapmakta zorlandıkları gözlenmiştir. Semptomlar arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi artmakta ve bu durum hastaların yaşam kalitesini bozmaktadır (11).

Kızıl ve Kızılcı (2008) hastalar için kalp yetmezliğinin kötüye gittiğini nasıl anlayabilecekleri en önemli sorunlardan biri olarak tanımlanmıştır. Aynı çalışmada hemşireler hastalıkla ilgili bilgi konusunda eğitim vermeye yönelirken, hastalar ise kalp yetmezliği oluştuktan sonra bilgiden daha çok bu hastalığın yaşamlarını nasıl değiştireceğini ve nasıl baş edeceklerini öğrenmek istediklerini bildirmişlerdir (12). Maureen ve Friedman (2008) uyarıcı belirti ve semptomlara karşın, hasta ve yakınlarının durumun ciddiyetinin farkında olmadıklarını bildirmiştir (13). Başka bir

çalışmada ise, dekompanseasyon nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların %90'ında yatıştan üç gün önce dispne geliştiği bildirilmiştir (13).

Hastalar kendi durumları ile ilgili değişiklikleri fark etme ve harekete geçme becerisine sahip olabilmelidir. Ancak hasta kendisinin müdahale edemeyeceği durumları bilmeli ve sağlık personelinin yardım almalıdır (12). Semptomların başarılı bir şekilde yönetimi için bu gereklidir.

Semptom yönetiminde temel olan bireyin semptomlarını kendisinin rapor etmesi, fark etmesidir. Bir semptom için hasta büyük risk taşıyorsa, semptom açığa çıkmadan girişimler düzenlenebilir, semptom önlenir (14) Semptom yönetimi ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalığın kötüleşmesine neden olan bazı semptomlar başarıyla yönetilmiştir. Suzan ve Bozkurt (2003) astımlı çocuklara astım yönetimi eğitimi vermişlerdir. Çalışma sonucunda, gece semptomları dahil kliniklerinin kontrol altına alınabileceğini, çocuğun astımla yaşamayı öğrenmesinin hastalığın kontrolünde etkin olabileceği ortaya çıkmıştır (15). Demirsoy ve Kömürcü (2008) kemoterapiye bağlı oluşabilecek semptomların yönetimi ile ilgili yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının genel anlamda eğitimleri etkili bulunduğu ortaya çıkmıştır (11)

Semptomların etkili bir şekilde yönetilebilmesi açısından hemşirenin hastayı taburculuk için eğitmesi ve evde hastayı izlemesi giderek önem kazanmaktadır. Ülkemizin sağlık sistemi koşullarında birey ve ailenin taburculuk sonrası danışmanlık almasında, evde bakım ve izlemin sağlanmasında yürütülen bir sistem bulunmaması büyük bir boşluk yaratmaktadır. Hasta ve ailelerinin polikliniklere ve acil servislere başvurusu sırasında bakım ve danışmanlık hizmetleri alabilmelidir (12).

Bu nedenle, bakım sürekliliğinin sağlanmasında kolay, ulaşılabilir, maliyeti düşük olan sistemin yapılandırılması, bireye ve aileye yönelik sağlık hizmetleri ile bütünleştirilmesine gereksinim vardır. Hastanın durumunun ve tedavi sonuçlarının izlenmesi, hemşirelik bakım standartlarının geliştirilmesine ve hizmet sistemlerinde değişim yaratılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (11,12).

Taburcu olan hastaların kendi ortamlarında telefonla izlenerek eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmeye çalışıldığı bir sistemin son yıllarda hemşirelik araştırmalarda sıkça kullanıldığı ve bu sistemin yaşam kalitesinin iyileştirilmesine önemli katkıları olduğu bildirilmektedir (13,14).

Bilik ve Dramalı (2006) kalça protezi ameliyatı olan bireylerin taburculuk sonrası izlemi telefonla yaptıkları çalışmada telefonla izlenen deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası iyileşmelerinde anlamlı fark saptanmıştır (13). Demirsoy ve Kömürcü (2008) kemoterapiye bağlı semptomların yönetimi için hastaların telefonla sürekli olarak ulaşabilecekleri ve bilgi alabilecekleri bir birimin kurulması önerilmekte ve Ülkemizde semptom yönetimi konusunda yapılacak benzer araştırmalarda daha geniş hasta gruplarına ulaşılması beklenmektedir (11).

Ülkemizde kalp yetmezliği olan hasta ve yakınlarının telefonla izlemi ve danışmanlık hizmeti verilmesine ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buna karşın, yurtdışında bu tür çalışmalarda başarılı uygulamaların olduğu görülmektedir.

Delgado ve McCaffrey (2005) taburcu olan kalp yetmezliği olan hastaları telefonla izledikleri çalışmada, telefon görüşmesi yapılan hastaların yaşam kalitesinin arttığını ortaya koymuşlardır (5). Clark ve ark.(2007) kalp yetmezliği hastalarına telefonla danışmanlık yaptıkları çalışmada, telefonla görüşme yapılan hastaların acile başvurularının azaldığı, yaşam kalitesinde ise artma olduğu belirlenmiştir (15).

Yaşam kalitesi; yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Başka bir deyişle, günlük faaliyetleri yürütebilme yeteneği ile işlev görme, hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan “hasta doyumu” olarak da tanımlanmaktadır (16,17).

Kalp yetmezliğinde dispne, yorgunluk gibi semptomlar nedeniyle bireylerin günlük yaşam aktiviteleri olumsuz yönde etkilenmekte ve yaşam kalitesi azalmaktadır (11). Bu nedenle kalp yetmezliğinde semptomların azalmasına yönelik etkili faktörlerin dikkate alınarak hasta bakım hizmetlerinin planlanması gerekir (4).



Kalp yetmezliğinin başarılı bir şekilde yönetimi, hastaların ve ailelerinin büyük ölçüde yaşam şekli değişikliklerine uyumunu gerektirmektedir. Yaşam şeklindeki değişikliklerden herhangi birini başarmada yetersizlik, yaşam kalitesinde azalmaya, gereksiz hastane yatışlarına ve erken ölümlere yol açabilmektedir. Bu bağlamda hemşirelik bakım uygulamalarında yaşam kalitesini yükselten ve semptomları iyileştiren farmakolojik olmayan girişimlerin geliştirilmesi önemli görünmektedir (3,7).

Kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin artırılması için hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesi, davranış değişikliği başlatılması, hastaların değerleri, inançları, amaçları ile sağlıklarına verdikleri önemin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, hastaların hastalığa uyum sağlaması ve yaşam şeklinde değişiklikler yapmasının yanı sıra , planlanan bakıma aktif olarak katılması ve işbirliğini gerektirir. Hem kalp yetmezliğine bağlı ortaya çıkan sorunların belirlenmesi ve izlenmesi, hem de kompleks tedavi protokollerinin uygulanmasında hasta ve ailesinin aktif katılımı ve uyumu önem taşımaktadır (7,13).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda eğilim, daha kaliteli bir yaşama doğru kaymaktadır. Bu bağlamda hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerin uygulanması ve bu girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi sağlık profesyonellerinin birincil görevleri haline gelmiştir (5,15,18).

Kalp yetmezliğinde dispne semptomu hastaların zamanla baş edemedikleri, günlük aktivitelerini yaparken nefessiz kalma korku yaşadıkları bir sorun olabilmektedir. Kalp yetmezliği olan hastaların başkalarına bağımlı olarak ve nefessiz kalma korkusuyla yaşamlarını sürdürmeye çalışmaları, yaşam kalitesinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu durumda kalp yetmezliği olan hastanın hemşirelik bakımının amacı, bireye kendine bakar hale gelinceye kadar yardımcı olmak, bireyin kendi bakımını en kısa sürede üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Kronik hastalıklar arasında prevelans ve insidans açısından önemli bir yere sahip kalp yetmezliği kişilerin, sık sık acile başvurmasına ve hastaneye yatmasına neden olan bir hastalıktır. Dispne, kalp yetmezliği olan kişilerin en sık hastaneye başvurma nedenleri arasında sayılmaktadır. Bu hastaların dispne semptomuna bağlı yaşadıkları sorunlar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kalp yetmezliğine bağlı dispne yakınması olan kişilerin hemşirelik bakımında amaç, dispne semptom yönetiminde kişiye izleyerek gereksinimlerini karşılamak ve kendi bakımını yapar hale gelmesini sağlamaktır.

Bu çalışmada, kalp yetmezliği olan hastalarda hemşirelik yaklaşımı ile dispne semptom yönetiminin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kalp Yetmezliği**

KY, kalbin dokulara metabolik gereksinimlerine uygun miktarda kan pompalayamadığı ya da bunu ancak yüksek kardiyak dolum basınçları ile gerçekleştirdiği durumdur. KY, kalbin yapısal ve fonksiyonel bozukluğundan kaynaklanan, sol ventrikül disfonksiyonu, sıvı retansiyonu, aktivite intoleransı, yaşam kalitesinde azalma ile karakterize nörohormonal aktivasyonun eşlik ettiği iyi bir hemşirelik bakımı gerektiren kompleks bir klinik sendromdur.

Konjestif kalp yetmezliği (KKY) vücut içindeki organlara gelen kan miktarını azaltır. Etkisiz pompalanan kan, onu akciğerlerden tekrar kalbe taşıyan toplardamarlar içinde birikmesine neden olur ve pulmoner ödem oluşur. Pulmoner ödem sonucunda KKY'nde uygun bir belirti olan nefes darlığı meydana gelir (9,10,11,12). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) KKY'nin normal diastol sonu basıncında (5-12 mmHg) organların ihtiyacı olan kalp debisinin (dakikalık kalp atım hacminin) kalp tarafından sağlanamaması durumu olarak tanımlamaktadır (11,12).

KY dünyada yaklaşık 15 milyon insanı etkileyen yaygın bir hastalıktır. KY sıklığı yaşla birlikte artmaktadır, 50-60 yaş arası grupta sıklığı %1-2 iken, 75 yaş üzerinde %10'a ulaşmaktadır. Tüm kalp yetmezlikleri ortalama %80'i 65 yaş ve üzerindeki kişilerde görülmektedir. Framingham çalışmasına göre; 50-59 yaş arası her 1000 erkekte 3, 1000 kadında 2, 80-89 yaş arası her 1000 erkekte 27, 1000 kadında 22 hastada kalp yetmezliği saptanmıştır ve kadın/erkek oranı 1/3 olarak bulunmuştur. Genel olarak popülasyonda ve kardiyovasküler hastalıklara sahip kişilerde sağkalım oranlarının artması nedeniyle kalp yetmezlikli hastaların sayısı gittikçe artmaktadır (35,36,37,38,39).

### **2.2. Etiyolojisi**

KY'nin temel nedeni kardiyak outputu düzenleyen metabolizmalarda değişikliğe bağlı olarak gelişen sol ventrikül fonksiyonlarında bozulmadır (35). Bozulmalar çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilmektedir. Etiyolojide miyokard hasarı,

kalbin iş yükü artışı, ventrikül doluşunun engellenmesi, aritmiler yer almaktadır (36).

1. Doğrudan miyokardın hastalanmasına neden olan ve böylece kasılma gücünü ilk olarak bozan ve azaltan hastalıklar şunlardır: iskemik kalp hastalıkları, miyokarditler, kardiyomiyopatiler, miyokardın inflitratif hastalıkları (hemakromatozis, amiloidoz, sarkoidoz) (36).

2. Kalbin aşırı hemodinamik yüklenmesine neden olarak, miyokardın kasılma gücünü bozan hastalıklar ise, a. basınç yükü artışı yapan hastalıklar (sistemik ya da pulmoner hipertansiyon, aort darlığı, pulmoner darlığı, aort koartasyonu). b. volüm yükü artması yapan hastalıklar (konjenital sağ-sol şant). c. yüksek debili kalp yetmezlikleri (şiddetli anemi, beriberi, arterio-venöz fistül, tirotoksikoz, paget hastalığı) (36).

3. Ventrikül doluşunu engelleyen ve diyastolik volümü sınırlayan hastalıklar

4. İyatrojenik miyokard hasarına neden olan durumlar (ilaçlar, radyoterapi)

5. Aritmiler (36).

### **2.3. Fizyopatolojisi**

Doku perfüzyonu için yeterli atım hacmini ve debiyi sağlamak için ventrikülün iş yapabilme gücü, ventrikül performansını belirlemektedir. Ventrikül aktivitesini belirlemede bazı dolaşım bileşenlerinin etkileşimi söz konusudur. Bu bileşenler; kontraktilite, preload, afterload, kalp hızıdır (36,37).

#### **Preload**

Ventriküler preload, son-diyastolik dolum olup genelde ventriküler doluşa bağlıdır. Preload artınca stroke volüm artmaktadır. Ventrikül iyi genişleyemez ya da tam dolmazsa atım hacmi azalmaktadır. Preload yükten sorumlu faktörler yedi başlık altında toplanmaktadır: total kan volümü, vücut pozisyonu, intratorasik basınç İnterperikardiyal basınç, venöz tonüs, kas pompalama gücü, atriyal katkı (36,37).

## **Afterload**

Sağlam bir kalpte afterload, hem sistol sırasında ventriküler duvar gerilimi, hem de ejeksiyoda arteriyel direnç ile eşdeğerdir. Duvar gerilimi, ventrikülün kendi boşluğunu azaltmak için yenmek zorunda olduğu basınç olarak da düşünülebilir (36,37).

## **Kontraktilite**

Kardiyak kontraktilite, preload ve afterloadda değişiklik olmaksızın kalp kasının kendiliğinden pompalanma yeteneğidir. Kontraktilite kalp kasının kasılma hızına bağlıdır. Bu da sistol sırasında hücre içi  $Ca^{++}$  oranı ile ilişkilidir. Kontraktilite; farmakolojik etmenlerden etkilenebilir. Bunun yanında sempatik sinir sistemi, kontraktiliteyi etkileyen en önemli etmenddir. Sempatik uyarı hem atrium, hem ventrikül kasını aktif duruma getirir (36,37).

## **2.4. Kalp Yetmezliği Tipleri**

KY, akut-kronik, sağ-sol, düşük-yüksek debili, öne-geriye doğru, sistolik-diastolik olmak üzere beş çeşidi bulunmaktadır (36).

### **2.4.1. Akut-kronik kalp yetmezliği**

KY'ne neden olan patolojinin gelişme hızı ve karşılayıcı önlemlerin alınabilmesi için gereken zaman bağlı olarak klinik tablonun akut ya da daha uzun sürede ortaya çıkmasını belirten bir tanımlamadır. Örneğin akut miyokard infarktüsüne, uzun süren ve diastolü çok kısaltan bir taşiaritmiye bağlı olarak akut KY gelişebilir ya da karşılayıcı önlemler için zaman tanıyan bir kronik aort yetersizliği kronik KY nedeni olabilir (36).

### **2.4.2. Sağ-sol kalp yetmezliği**

Kalbin yalnızca bir tarafının etkilenmesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Sol kalbi ilgilendiren patolojilerde pulmoner venöz, sağ kalbi ilgilendiren patolojilerde de sistemik venöz konjesyonu tanımlamaktadır. Sağ kalp yetmezliği kanın sistemik dolaşıma geri gitmesi sonucunda oluşmaktadır. Sol ventrikül yetmezliği sağ ventrikül yetmezliğinin en yaygın nedenidir. Pulmoner hipertansiyon KY'ne neden olmaktadır (36).

### **2.4.3. Düşük-yüksek debili kalp yetmezliği**

Düşük debili KY, debi düşüklüğü ve ona yanıt artmış periferik direnç bulgularıyla belirlenen bir klinik tablo sergiler. Soğuk, soluk ekstremiteler ve ileri olgularda nabız basıncı düşüktür. Yüksek debili KY'de ekstremiteler sıcak ve kırmızıdır. Nabız basıncı normal ya da yüksektir. Kalbin dokulara oksijen verme yeteneğini yansıtan arter-venöz oksijen farkı belirgin olarak artmıştır (36).

### **2.4.4. Öne-geriye doğru kalp yetmezliği**

Öne doğru KY kavramı; klinikte debi düşüklüğü ile birlikte olan semptom bulguları, geriye doğrudur. KY kavramı ise, pulmoner ya da sistemik venöz konjesyona ilişkin semptom ve bulguların varlığını ifade eder (36).

### **2.4.5. Sistolik yetmezlik ve diastolik yetmezlik**

Sistolik işlev bozukluğu kardiyak kasılmada düşüş ve atım da bozulma ile karıştırılır. Kalbin kasılmasında ki azalmanın (iskemik kalp hastalıkları ve kardiyomiyopati gibi) sonucudur. Aşırı sıvı yüklemesinin ürünü ya da aşırı yükleme basıncıdır (35).

Kasılma sırasında diastol sonunda ventriküllerde bulunan kanın yaklaşık %50-%60 kadarı ventriküllerden fırlatılır. Buna "fırlatım fazı" denir. Kalp kası bozukluğun derecesine göre sistoldeki yetmezlikte fırlatılan kan sürekli olarak geri çekilir. Sistol yetmezliğinde fırlatılan kanın yüzdesi düşer. Fırlatmada düşüş sonuç olarak diastoldaki sıvı, ventrikül genişlemesi ve ventrikül duvar tansiyonu, diastol sonu ventrikül artışına neden olur. Bu bulgular sonucunda sistoldeki bu düşüş, kalp debisinin düşüşüne ve fırlatım azlığına neden olur (35).

KY'nin %25-%40'nın önemli bir kısmını diastolik yetmezlik oluşturmaktadır. Bu durum ventrikül odasının daralması, ventrikül hipertrofisi ve ventriküllerin dolumu sırasında gerilebilmesinin azalması ile karakterizedir. Diastolik bozuklukta, diastol dolumu sınırlandırılmıştır. Ventrikül duvarı kalınlaşır ve ventrikül odası daralır. Diastolde kan ventriküllere dolar ve böylece sistol sırasında atılacak kan ortaya çıkar. Yaşlılıkla beraber diastolde ki dinlenme süresi azalır. Aynı durum kalp kası iskemisinde de meydana gelir. Diastol süresi azaldığı için kalp yeterince dolmaz ve yeterince vücudu ve kendini besleyemez (35).

## **2.5. Kompansatuvar Mekanizmalar**

KY olan hastalarda kalbin işlevlerini yerine getirebilmesi için kompansatuvar mekanizmalar gelişir. Kompansatuvar Mekanizmalar; frank-starling mekanizması, ventrikül hipertrofisi, ventrikül dilatasyonu, renin-anjiotensin-aldosteron sistemi, sempatik sinir sisteminin aktifleşmesi, anti-diüretik hormon düzeni (ADH), atriyal natriüretik hormondur (36,37).

### **Frank-starling mekanizması**

Kontraksiyon gücünün ve atım hacminin artırılması için diastol sonu sıvının artırılmasıdır. Bu mekanizma ile başlangıçta atım hacmi artırılırken, diastol sonu sıvı istenilen noktaya ulaştıktan sonra kontraksiyon ve atım sıvısı azalır (36,37).

### **Ventrikül hipertrofisi**

KY'nde artmış duvar gerilimini azaltmaya yönelik olarak hipertrofi gelişir ve kalbin işlevi artırılmaya çalışılır. Hipertrofiyele mitokondrilerin artmaması kalbin enerji depolarını kısıtlar. Büyümüş hücrelerde oksijenin merkeze ulaşması için geçeceği mesafe artar, bu nedenle hücrelerde iskemi olabilir. Son dönem KY'nde ise miyositlerde atrofi ve hücre kaybı gelişir (36,37).

### **Ventrikül dilatasyonu**

Frank-Starling yasasına göre genişleyen kalbin kasılma gücü artar (36,37).

### **Renin-anjiotensin-aldosteron sistemi**

Kalp akımının düşmesi ile renal kan akımı azalır. Vücut, renal kan akımı azalmasını damar içi düzende sıvı azalması olarak algılayarak su tutmaya çalışır. Böylece hipovolemik etkiyi azaltmayı amaçlar. Bu nedenle böbrekten renin salınımı artar. Renin, anjiotensinojeni anjiotensin I'e çevirir. Anjiotensin I, akciğerlerde anjiotensin konverting enzim (ACE) ile anjiotensin II'ye dönüşür (36,37).

Anjiotensin II'nin yükselmesi, KY'ni artırıcı şu üç durumla sonuçlanır:

1. Aldosteron salgılanması artar. Aldosteron sodyum atılımını engelleyerek vücutta su tutulmasını sağlayarak hipovolemik etkiyi azaltmaya çalışır. KY devam ettiği sürece sodyum ve su tutulumu devam ederek toplam

vücut su-tuz oranı artmasına, buna bağlı olarak KY belirtilerinin artmasına neden olur.

2. Güçlü bir vazokonstrüktör olduğu için sistemik damar direncin artmasına, buna bağlı olarak sistemik tansiyonu yükselterek kalbin daha yüksek bir dirence karşı çalışmasına neden olur. Kalp kasının bu durum da daha kötü şartlarda çalışmasına neden olur.
3. Sempatik sinir sistemini etkin duruma getirerek artmış olan katekolamin düzeylerini daha da artırarak kalbin yükünü artırır (36,37).

### **Sempatik sinir sisteminin aktifleşmesi**

Kan akımının düşmesi ile aort ve damarlarda refleks düzenekleri ile sempatik sistem uyarılır. Adrenalin ve nor-adrenalin salınımı artar. Sempatik düzenin uyarılması ile; kalp kasılma gücünü ve hızını artırır, venlerin esnekliği artırarak kalbe dönen kan miktarını artırır, renin salgılanmasını artırır, terleme ortaya çıkar, sistemik rezistansın artması ile tansiyon yükselir. Kalp dolumu başlangıçta artar. KY varlığında kalbe dönen kan oranının artması kalbin yükünü daha da artırır. Artan renin daha fazla su-tuz tutulumuna yol açarak damar sistemi içinde ki sıvı artışı KY belirtilerinin daha da artmasına neden olur (36,37).

### **Anti-diüretik hormon (ADH) düzeni**

Hipovolemik durumun algılanması sonucu ADH salınımı artarak hipovolemiyi engellenmeye çalışılır. Anti-diüretik hormon çok güçlü bir vazokonstrüktör ve antidiüretik olduğundan yetmezlikteki periferik vazokonstrüksiyona ve venöz birikime katkıda bulunabilir (36,37).

### **Atriyal natriüretik hormon**

KY'nde artmış atriyal basınç ve gerginliğinde atriyal natriüretik hormon salınımı artar. Böbreklerden sodyum ve su kaybına neden olarak gelişen birikimi azaltılmaya çalışılır. Sempatik aktifleştirerek vazodilatör etkide bulunarak venöz birikim azaltır. Plazma renin aktivitesini ve aldosteron salgılanmasını baskılayıp su-tuz tutulumunu azaltarak vücutta sıvı birikimini azaltır. Kalp boşluklarındaki basınç artışı nedeniyle atriumlardan, bir kısım da ventriküllerden salgılanır. KY'nde aktive olan diğer düzeneklere ters olarak çalışır. Vasodilatasyon yapar, su ve tuz atılımını



artırır, renin salınımını baskılayıp, Angiotensin II'nin etkisini yok etmeye çalışır (36,37).

Kompansatuvar mekanizmalar başlangıçta kalp için olumlu sonuçlar çıkarmasına karşılık daha sonra kalbe zarar vermeye başlar (36,37).

### **Kompansatuvar Düzenegin Olumlu ve Olumsuz Etkiler**

**Olumlu etkileri;** kontraktilitede artma, kalp doluşunda artma, yaşamsal organlara kan akışının artışı

**Olumsuz etkileri;** su ve tuz tutulumu, taşikardi, ön ve ard yükte artma, miyokardiyal genişleme, kalp kasının enerji tüketiminde artma, kalp kasının hücre ölümünde artma, aritmi ve ani ölümlerde artma, kalbin diastolde genişleyememesi, kalp yetersizliğinin ilerlemesi (36,37).

### **2.6. Kalp Yetmezliğinin Sınıflandırılması**

KY düzeyini belirlemede yaygın olarak iki sınıflandırma kullanılır. Bunlardan biri semptomlar ve egzersiz düzeyinin temel alındığı New York Heart Association'nın (NYHA: New York Kalp Birliği) sınıflandırmasıdır. NYHA sınıflandırmasının tanımlamada yararlı olduğu görülmüş ve yapılan kalple ilgili çalışmaların çoğunda kullanılmıştır. Diğer KY'ni yapısal değişiklikler ve semptomlar temelinde farklı evrelere ayıran Amerikan Kalp Birliği (ACC/AHA) sınıflamasıdır (36,37).

#### **NYHA işlevsel sınıflandırması**

Semptomları ve egzersiz düzeyini temel alan sınıflamadır.

**Sınıf I:** Fiziksel hareket kısıtlanması yok. Fiziksel etkinlik beklenenin üzerinde halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açmaz.

**Sınıf II:** Hafif hareket kısıtlanması var. Dinlenme halinde rahat ancak fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açar.

**Sınıf III:** Belirgin hareket kısıtlanması var. Dinlenme halinde rahat ancak fiziksel etkinlik durumunda halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açar.

**Sınıf IV:** Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdürülemez. Dinlenme sırasında semptomlar vardır. Herhangi bir düzeyde fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık daha da artar (36,37).

## 2.7. Tanılama Çalışmaları

Laboratuvar incelemelerin birçoğu eşzamanlı tanılar için ve KY'nden kaynaklanan sistemik bozukluk konusunda bilgi sağlar, tedaviye yol gösterir, hastalığın izlemesinde için önemlidir (36,37).

### **Kalp yetmezliğinde EKG bulguları**

Kalp yetmezliği tanılanmasında özgül bulgular yoktur. KY'ne neden olan hastalıklar hakkında bilgi verebilir (ventriküler hipertrofi, atriyal genişlemeler, miyokardit, aritmiler saptanabilir) (36,37).

### **Kalp yetmezliğinde EKO bulguları**

EKO'larda kapak yetersizlikleri-darlıkları, pulmoner-sistemik akım oranları ve kalp dolum oranları saptanabilir (36,37).

## 2.8. Semptomlar

### 2.8.1. Kalbin kendisine ait belirti ve semptomlar

**Kardiyomegali:** Ventriküler dilatasyon veya hipertrofi sonucu oluşur.

**Taşikardi.** Kalbin dolumu, azalmış atım hacmi durumlarında, sabit tutabilmek için gelişir.

**Gallop ritmi.** Kalp seslerinin atın dörtlüye koşusundaki sese benzer şekilde duyulmasıdır.

**Kan basıncında düşüklük:** Debinin azalmasına paralel olarak kan basıncı düşüklük olabilir.

**Pulsus alternans:** Kalp atım gücünün her atımda aynı olmaması nedeni ile nabız vurularının bir güçlü, bir güçsüz hissedilmesi durumudur. Tansiyon ölçümlerinde tansiyon bir yüksek bir düşük ölçülebilir (36,37).

### 2.8.2. Pulmoner birikime bağlı semptomlar

Sol ventriküle geçemeyen ya da sol ventrikülden yeterince atılamayan kanın pulmoner venöz sistemde birikimi sonucu pulmoner venlerdeki basıncın artmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Sol kalp yetmezliğinin belirtileri olarak da bilinir. Pulmoner kapiller ağda oluşan birikim sonucu alveollerdeki gaz değişimi olumsuz etkilenerak solunum sistemine ait semptomların ortaya çıkmasına neden olur. Sistemik venöz birikim öncesinde gelişir. Bu semptomlar; dispne (nefes darlığı), takipne/taşıpne, wheezing, raller, siyanoz ve öksürüktür (18,30,33,35,36,37,38,39,40,41,42,43).

**Dispne (nefes darlığı):** Zorlu nefes alma olarak tanımlanan bu tablo KY'nin en sık bulgusudur. Erken dönemlerde sadece eforla birlikte görülürken ilerleyen dönemlerde dinlenme de yaşanmaktadır. NYHA sınıflamasına göre sınıf düzeyi arttıkça KY derecesi artmakta ve semptomlar kötüleşmektedir. Bu durumda hastaların yaşam kalitesi düşmektedir (31,35,36,44,45,46,47).

Dispne pulmoner damarların genişlediği, pulmoner venöz ve kapiller basıncın arttığı hastalarda sıklıkla gözlenmektedir. Bu hastalarda akciğer konjesyonu artmakta sonrasında dokularda sıvı birikimi gerçekleşmektedir. Dispne de akciğer işlevleri azalmış, sertlik artmıştır. Solunum işinin artmasına bağlı olarak akciğer ve göğüs duvarında yer alan basınç reseptörlerinin uyarılması da dispnenin gelişmesine katkıda bulunmaktadır (9).

Bireyin soluk alamaması ya da yaptığı solunumun farkında olması gibi rahatsız edici bir durum olan dispne, hasta ve bakım verenler için aşırı sıkıntı oluşturan bir semptomdur. Dispnenin gelişiminde çok sayıda faktör etkili olduğu için günümüzde tümüyle engellenmesi pek mümkün olmamaktadır. Ancak erken tanı ve tedavi ile semptomların daha kötüye gitmesini önlemek olasıdır (48).

**Takipne/Taşıpne:** Solunum sayısı artmıştır, hızlı ve yüzeyel solunum ile kendini gösterir.

**Wheezing (hırıltılı solunum):** Pulmoner venlerdeki birikim bronşiyalların yüzeyinde ödem ve sekresyon oluşmasına neden olarak hışıltıya yol açabilir.

**Raller:** İnspiryum sonunda ince kreptan raller şeklinde duyulur. Alveollerin içine sıvı kaçıışı sonucu ortaya çıkar.

**Siyanoz:** Alveoler düzeyde gaz değişiminin bozulması sonucu oluşur. Dolaşım zamanının uzaması nedeni ile dokuların daha fazla oksijen kullanmasına bağlı olarak da siyanoz oluşur.

**Öksürük:** Bronşiyal birikim ya da alveollerin sıvı ile dolmasına bağlı olarak kısa kısa, kesik kesik gıcık tarzında öksürükler oluşur.

### **2.8.3. Sistemik venöz birikim semptomları**

Semptomlar, sağ kalp yetmezliği ve perikard hastalıklarında sıklıkla oluşurken sol kalp yetmezliğinin ileri dönemlerinde de gelişebilir. Semptomlar; hepatomegali, boyun venlerinde dolgunluk, periferik ödem ve hidrotoraktır.

**Hepatomegali:** Karaciğer yumuşak ve hassastır. Uzun süreli olanlarda siroz gelişebilir.

**Boyun venlerinde dolgunluk:** Yarı oturur pozisyonda başın ters tarafa çevrilmesi ile boyun venleri daha iyi gözlemlenebilir.

**Periferik ödem:** Bacaklarda gode bırakan ödem saptanır. Sistemik venöz sistemdeki basıncın artışına bağlıdır.

**Hidrotoraks:** KY'ne bağlı sıvı toplanması genelde sağda oluşur (31,35,36,44,45,46,47).

## **2.9. Dispne**

Dispne ağrıya benzer bir duyu olup bireyin soluk almasını hissetmesi ve soluk alırken zorlanması anlamına gelir (11,13,39,49). Diğer bir tanımı; belli bir düzeyde ki aktivitede beklenenden fazla hissedilen solunum güçlüğüdür. Zor ya da rahat olmayan solunum olarak tanımlanan dispne hissi, sağlıklı kişilerde ağır hareketler sonrası orta düzeyde yaşanan normal bir histir. Dinlenme sırasında ya da önceden yapılabilen aktivitelerle ortaya çıkan rahatsızlık hissi normal olmayan bir durumdur. Dinlenme sırasında ortaya çıkan dispne ise tedavi edilmesi gereken durumdur. Harekete bağlı dispne de bireyler rahatsızlık hissini yaşamamak için ilk olarak aktivite kısıtlamasına gitmektedirler. Bireylerin günlük aktive düzeylerinin

sorgulanması neler yaptıklarını anlatmaları dispnenin yaşamlarını etkileme düzeyleri açısından bilgi vermektedir. Dispnenen dolayı gizli şekilde aktivite düzeylerinin azalıp azalmadığı sorgulanmalıdır. Semptomların ne zaman fark edildiği önemlidir.

Dispne pulmoner ve kardiyak bozukluklarda görülen genel bir belirtidir. Özellikle akciğerlerin hava temizleme işlevi azaldığında ya da hava yolları tıkanıklığının arttığı durumlarda görülür. Dispne değişik derecelerde, hafif, orta, ağır egzersizlerden sonra ortaya çıkabileceği gibi, dinlenmede de görülebilir (8).

### **2.9.1. Dispne patofizyolojisi**

KY'ne bağlı dispnenen sıklıkla sorumlu olan pulmoner konjesyonun akciğer parankiminde yer alan "j" reseptörlerini aktive ettiği ve bu aktivasyon sonucu merkezi sinir sistemindeki solunum merkezine giden uyarılarla solunumun uyarıldığı düşünülmektedir. Ancak pulmoner konjesyonun olmadığı kalp hastalıkları ve diğer sistem hastalıklarında dispnenin söz konusu olması, mekanoreseptörlerin tek mekanizma olmadığını bunun yanı sıra hipoksi, solunum kasları ve diyafragmadan kaynaklanan uyarıların ya da doğrudan santral aktivasyonun dispne patogenezindeki rollerine işaret etmektedir (8,37,49,50).

### **2.9.2. Dispne çeşitleri**

Dispne, KY'nin en önemli belirtisidir. Ciddiyeti sırasıyla egzersiz dispnesi, paroksizmal gece dispnesi, ortopne, dinlenme anında dispne ve akut pulmoner ödem şeklinde artar (51).

- **Egzersiz dispnesi**

KY ilerledikçe, dispneye yol açan egzersiz miktarı ve süresi sürekli azalmaktadır. Yalnızca KY'nde bulunmasına karşın, bireylerin diğer hastalıkları (ciddi angina pectoris, ortopedik sorunlar vs.) nedeniyle hareket yeteneklerinde azalma ile egzersiz dispnesi görülebilir (15).

- **Paroksizmal nokturnal dispne (PND)**

Paroksizmal nokturnal dispne (PND) geceleri ortaya çıkan dispne ataklarına verilen isimdir. Hasta aniden uyanır, ciddi sıkıntı içinde hava açlığı ve boğulma hissine kapılır (8,11).

Yatağın kenarında dik oturarak ayaklarını sarkıtır ve iç çekme tarzında nefes almaya çalışır. Bronşial mukozanın konjesyonu ve interstisiyel pulmoner ödemin küçük hava yollarına basısı bronkospazma neden olarak solunum güçlüğünü daha da artırır. Vücudun yer çekimine en çok maruz kalan bölgelerinde biriken interstisiyel sıvının yatışla dağılması ve torasik kan oranının artışı, uykuda sol ventrikül fonksiyonuna adrenerjik desteğin azalması PND patogenezindeki başlıca mekanizmalardır (19,26).

- **Cheyne- Stokes solunumu**

Bir periyodik solunum türü olan Cheyne-Stokes solunumu, kalp yetersizliği bulunan hastalarda paroksizmal gece dispnesi ile sık görülen bir durumdur (8).

- **Ortopne**

Hastanın sırtüstü yattığında yani dik oturma dışında soluk almada zorlanmasına ortopne adı verilir (8,11). Hastanın başının altında ki yastıkların artırılması ile dispne hafifleyebilir. KY'nin ileri aşamalarında ortopne çok rahatsız edici bir duruma gelebilir ve hasta bütün gün ve geceyi oturarak geçirmek zorunda kalabilir.

Ortopne KY bulunan hastada alt ekstremitte ve karında birikmiş ekstrasellüler sıvının yatma sırasında ekstratorasik bölgeden torasik bölgeye kayması sonucu oluşur. Yetersiz olan ventrikülün bu artan kan yükünü periferik pompalayamaması sonucu pulmoner venöz ve kapiller basınçlar artar. Pulmoner ödem gelişir hava yolu direnci artar ve ciddi dispne ortaya çıkar (8,26).

### **2.9.3. Dispne evreleri**

Dispne, oluştuğu eforun ağırlığına ya da efor toleransına göre evrelere ayrılır:

1. Evre: Düz yolda hızlı hareket ettiğinde ya da hafif yokuş tırmandığında dispne olur.

2. Evre: Düz yolda yaşlıları ile yürürken dispne olur.

3. Evre: Düz yolda kendi kendine ayarladığı tempoda yürürken bile dispne ile duraklar.

4. Evre: Dinlenmede bile dispne vardır (19,26).

## 2.10. Kalp Yetmezliği ve Dispne

Dispne ile sonuçlanan kalp hastalıkları başında KY gelir. KY birçok kardiyovasküler hastalığın son dönem klinik tablosudur. Dispne KY hastalarının çoğunda en sıkıntılı semptomdur ve rutin fiziksel eforlarına bağlı olarak gelişmesi durumunda pek çok hasta bu histen sakınmak için içgüdüsel olarak fiziksel aktivitesini kısıtlamaktadır.

Öykü alınırken günlük aktivite düzeyleri ve bunların azalıp azalmadığının, hastanın semptomların ne zaman farkına vardığının sorgulanması genellikle dispne düzeyini belirlemede yardımcı olmaktadır. Dispnenin yavaş ilerlemesi ayrıca pulmoner hastalıklar (astım, KOAH, plevra hastalığı ya da efüzyonlar gibi), anksiyete ya da fiziksel egzersiz durumunun kötü oluşu, obezite ile de uyumlu olabilir (37).

KY olan pek çok hasta, hoş olmayan dispne hissinden sakınmak için içgüdüsel olarak birden fazla yastıkla uyumaktadır. Uykudan birkaç saat sonra dispne meydana gelmektedir. Genellikle gece boyunca tekrarlar (37,41,42).

Ağır ve hafif tüm egzersizlerin KY hastaları için sakıncalı olunduğu düşünölmüştür. Bununla beraber 1980'lerin sonunda orta düzeyde KY hastalarıyla dikkatlice yürütölen egzersizlerin yararlı olduğu gözlemlenmiştir. Egzersize yönelik yapılan ilk randomize kontrollü çalışmada ısınma hareketlerinin egzersiz düzeyini artırdığı ve dispne ile yorgunluk semptomlarında iyileşme olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Dispne KY hastalarının tüm yaşam alanlarını etkilemektedir. Genellikle aylar ve seneler içinde yavaşça gelişme gösterir. Hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkiler (37,42).

## 2.11. Kalp Yetmezliği Tedavisi

KY tedavisi çok yönlü olmalıdır. Özbakım ve hastalığı kötüleştirecek davranışlardan kaçınma tedavinin temel ilkeleridir. Yaşam şekli değişikliklerine hastanın uyum sağlaması gerekmektedir (52).

Tedavi farmakolojik ve non-farmakolojik olarak ikiye ayrılır. Her iki tedavi süreci birbirini bütünler ve birlikte yürütülmelidir. Diyet, kilo takibi, aktivitelerin düzenlenmesi, hasta ve aile eğitimi, farmakolojik olmayan tedavinin parçalarıdır. Farmakolojik tedavi de ise, agiotensin konverting enzim inhibitörleri (ACEI), anjiotensin reseptör blokerleri (ARB), aldosteron blokerleri, digoksin, diüretikler, beta-blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, antiaritmik ilaçlar, antikoagülanlar yer almaktadır (51).

### **Farmakolojik tedavi**

KY'nde semptomların giderilmesine yönelik olduğu kadar, etiyojiye yönelik de tedavi yapılmalıdır. İlaç tedavileri, aşırı kompanzasyon mekanizmalarını dengelemeye yöneliktir. Birçok hastada kombinasyon tedavisi gereklidir; sıklıkla, kombinasyon tedavisinde bir diüretik, bir dijital ve bir vazodilatatör yer almaktadır.

KY tedavisinde kullanılan ilaç grupları şunlardır: Agiotensin konverting enzim inhibitörleri (ACEI), anjiotensin reseptör blokerleri (ARB),aldosteron blokerleri, digoksin, diüretikler, beta-blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, antiaritmik ilaçlar, antikoagülanlar (51).

### **Non-Farmakolojik tedavi**

Hemşirelik bakımının temel hedefi; bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu etkilemektir. Bu yaklaşımda birey merkezdedir ve kendisi ile ilgili kararlara katılır, kendi bakım sorumluluğunu üstlenir (46). KY'nde uygulanacak hemşirelik bakımı hasta ve aileyi kapsayabilmelidir. Eğitim programları düzenlenerek bakımın ilkeleri anlatılmalıdır. Hasta ve ailenin eğitimine hastanede başlanır ve taburculuk sonrası hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri, telefonla haberleşme ile devam edilmesi gerekir. Eğitimler ve evde sağlık bakımı daha sonraki hastaneye yatışları önlemede önemli bir etmendir (45,46). Eğitim programları hasta ve ailesinin yaşam şeklini değiştirebilir.

Uzun dönem yaşam şekli düzenlemelerinin hastalar ve aileler tarafından uygulanması önemlidir. Yaşam şekli düzenlemeleri diyet, aktivitelerin değişimi, ilaçların düzenli alımı, semptom kontrolü, sigara ve alkolün bırakılması, günlük kilo takibini içerir (45,46,51).



KY olan hastalarda bağımlılık düzeyi saptanmalı ve uygun hemşirelik bakımı planlanmalıdır. Uygulanacak hemşirelik bakımı kapsamlı olmalı ve hasta kendi bakımına doğrudan katılmalıdır (51). KY olan hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşarlar. Özellikle NYHA III-IV düzeyinde olan hastalarda günlük yaşam aktiviteleri etkilenmektedir. Hasta günlük aktivitelerini önem sırasına göre dizmeli ve belli program çerçevesinde yapmasına yardımcı olunmalıdır. Bireysel sağlık bilgisi, tuvalet ihtiyacı gibi aktivitelerde bağımlılık düzeyine göre yardımcı olunmalıdır (45).

Eğitimlerin uygulanma birliği ve gereksinimleri karşılama düzeyi takip edilmelidir. Bunun için telefonla ya da uzman hemşirelerin ev ziyaretleriyle semptom kontrolü, günlük kilo takibi, aktivite programı, sigarayı ve alkolü bırakma, düşük tuzlu diyet uygulaması, tedaviye uyum gibi konular değerlendirilmelidir. Gereken konularda bireylere eğitimler yapılarak günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi ve yaşam kaliteleri ölçülmektedir (37,38,44,51).

Ülkemizde evde bakım kavramı çok yeni sayılmaktadır. KY'ne özel klinik ve poliklinikler bulunmamaktadır. Yalnızca KY'nde uzman hemşire ve sağlık personeli çok az sayıdadır. Dolayısıyla KY ve evde bakıma yönelik yeterli bir yapılanmadan söz edilememektedir (45).

KY evde bakımında yer alan başlıca yaşam şekli değişiklikleri şunlardır:

Günlük kilo takibi, aktivite programı, sigarayı ve alkolü bırakma, düşük tuzlu diyet uygulaması, tedaviye uyum.

- **Günlük kilo takibi**

Hastaya günlük kilo takibinin önemi anlatılmalı ve kiloda ki ani artışların ödemle ilişkili olabileceği belirtilmelidir. Bireylere günlük takip çizelgesi verilmelidir. Her sabah kahvaltıdan önce, aç karnına, aynı giysilerle, aynı tartıyla tartılması gerektiği ve kilosunu takip çizelgesine kaydetmesi gerektiği söylenmelidir. Bu takip çizelgesi düzenli olarak eve ziyarete gelen hemşire ya da sağlık kurumlarındaki sağlık personeli tarafından takip edilmelidir (51).

- **Aktivite programı**

Düzenli egzersiz programı kişiye özel hazırlanmalı ve bu programı nasıl uygulayacağı anlatılmalıdır. Fiziksel hareket hastanın yapabileceği düzeyde yavaş yavaş arttırılır.

Göğüs ağrısı, baş dönmesi nefes darlığı ve yorgunluğa neden olan hareketleri bırakması söylenir. Gün boyu dinlenme aralıkları bireyle birlikte belirlenmelidir. Kaçınılması gereken aktiviteler konusunda önerilerine bağlı kalması sağlanır. Hareketleri yapabilme azalmışsa hemşireye haber verilmesi gerektiği anlatılır (46,51).

- **Sigarayı ve alkolü bırakma**

Sigara ve alkolün zararları ve neden bırakılması gerektiği konusunda eğitim düzenlenerek anlatılır. Zararlı alışkanlıkları bırakamayan hastalar için gerekli sağlık birimleri ile işbirliği sağlanır (46).

- **Düşük tuzlu diyet uygulaması**

Bireyin alışkanlıklarına göre diyetisyenle işbirliği yapılarak bir diyet düzeneği belirlenir. Yiyeceklerin tuz oranlarını içeren bir çizelge hastaya verilir. Diyet düzeneği çizelge olarak hastaya verilerek buna uyup uymadığı kontrol edilir (45,46).

- **Tedaviye uyum**

İlaçlarını nasıl alacağı ve yan etkilerin ne olduğu, hangi belirtilerde hastaneye başvuracağı eğitim verilerek anlatılmalıdır. Diüretik tedavisinin yan etkileri arasında hipokalemi, hiponatremi gibi elektrolit denge bozukluğu, hiperürisemi, hipertrigliseridemi, nörohormonal aktivasyon, hipotansiyon ve azotemi yer almaktadır. Elektrolitlerin kanda düzeylerin bozulması ile neler yaşanabileceği anlatılmalıdır (51). Özellikle dijital alan hastalara baş ağrısı, bulantı – kusma, renkli görmede bozukluklar gibi dijital zehirlenme belirtileri anlatılmalı ve bu belirtiler görüldüğünde sağlık personeline başvurması gerektiği özellikle vurgulanmalıdır.

İlaç saatlerini takip edemeyen hastalar için ilaç kartları hazırlanabilir. İlaç kartlarında hangi saatlerde ilacını alacağı belirtilir. İlaç kartlarının arkasına ilacın yan etkileri yazılabilir (45,46).

## 2.12. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi

Hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı ‘sağlık’ üzerine odaklanmıştır. Sağlık kavramı evrensel olmasına karşın, anlamı bireyden bireye, toplumdaki topluma farklılık göstermektedir (8,11,53).

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 (8). Son yıllarda özellikle kronik yetersizlik durumlarında yaşam kalitesinin tanınması; gerek sağlık alanında araştırma ve epidemiolojik incelemeler gerekse de klinik uygulamalarda bir sonuç ölçümü olarak giderek artan bir şekilde önem kazanmaktadır (23).

DSÖ’ne göre yaşam kalitesi; bireyin gerek kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında yaşamda kendi durumunu algılama biçimidir (54).

Yaşam kalitesi mutluluk, doyum, uyum ve iyi olma hali olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır (8).

Yaşam kalitesi ile ilgili diğer bir tanım; bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak algılanmasıdır. Bazı kaynaklarda ise hastanın beklentileri ile erişebildiklerinin arasında ki uçurumun olabildiğince az olması şeklinde de tanımlanmaktadır (54). Yaşam kalitesi ile ilgili kaynaklarda en yaygın kullanılan tanım; “Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram” şeklindedir. Yaşam kalitesinin içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur (23).

Yaşam kalitesini ilgilendiren durumlar dört temel grup altında değerlendirilebilmektedir:

- Psikolojik esenlik: Yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, otokontrol, dinlenme ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı,

mutluluk, sosyal izolasyon, anksiyete, duygusal reaksiyonlar bu alanda değerlendirilir.

- 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.
- 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.
- Parasal/ maddi esenlik: Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilir (8).

Yaşam kalitesi ölçümünün amaçları şunlardır:

1. Hasta Bireylerle İlgili Karar Verme: Yaşam kalitesi ölçümü, klinik kararları verirken çok daha önemli olmaktadır. Hekimler tedavi sürecinde hastayla ilgili tedavi kararlarını vermek durumundadırlar. Sağlık çalışanları tedavi seçeneklerinin planlanmasında, yaşam kalitesini değerlendirmek için yaşam kalitesi ölçümlerini kullanırlar.
2. Belli Grupların Gereksinimlerinin Tanımlanması: Belli bir popülasyonda yaşam kalitesinin ölçümü hastalık düzeyinin ötesinde bu popülasyondaki eğilimlerinin değerlendirilmesi ve kaynakların nasıl yerleştirileceğinin belirlenmesinde; sağlık ve sosyal politikaların uzun dönemdeki etkilerini değerlendirmede politikacılar yardımcı olur.
3. Sonuç Araştırmaları: Tıbbi ve hemşirelik girişimlerinin sonuçları, genellikle hastalığın belirti/ bulguları ve fonksiyonel durum üzerine odaklanır. Yaşam kalitesi sonuçları hastaların tedaviden aldıkları yararları ve memnuniyeti gösteren geniş bir bakış açısı sağlar.
4. Politika Geliştirme: Yaşam kalitesi değişiklikleri, sağlık bakım hizmetlerindeki değişikliklerin nüfus üzerindeki etkisini izlemeye yardımcı olabilir.

5. Endüstriyel Perspektif: Farmakoloji endüstrisi ve düzenleyicileri ilaçları veya araçları geliştirmek ve pazarlamak için karar vermede ve çeşitli tedavi seçeneklerinin göreceli yararlarını değerlendirmede yaşam kalitesi bilgisini kullanabilirler (23).

Kronik hastalıklar arasında, insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahip olan KKY, sık acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır. Neden olduğu fiziksel ve psikososyal sorunların özelliği ve yoğunluğundan dolayı, KKY'nin tedavisi karmaşık ve zor olmaktadır. KKY'li bir hastada fonksiyonel kapasite sınırlandığı ve çok sayıda semptom bulunduğu için yaşam kalitesi bozulmaktadır (55). KKY 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. KKY sık hastaneye yatışlara ve iş gücü kaybına neden olması ile bireysel ve toplumsal ekonomik sorunlar oluşturabilmektedir (11,57,58). Hastalar yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalıdır. Bu önlem ve gerekliliklerden herhangi birini başarmada yetersizlik yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz hastane yatışlarına ve erken ölümlere yol açmaktadır (55). Yaşam şekli değişikliklerinden etkilenerek yaşam kalitesi yetersiz duruma gelebilir. Bu durumda sağlık profesyonellerinin bireyin yetersiz olduğu konularda yeterli hale gelebilmesi için gereken tedavi ve bakım uygulamalarını yapması yaşam kalitesini yükseltecektir (8,55). Hastaların yaşam kalitelerinin ortaya konması, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerin uygulanması ve bu girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi sağlık profesyonellerinin birincil görevleri arasında yer almaktadır (23,43).

### **2.13. Telefon Görüşmesi**

Telefonla danışanlık etmek yeni bir uygulama değildir. Literatürde 1960'lı yıllardan beri yer almaktadır. Telefonla danışanlık hizmetlerinin sağlık personeli ile kıyaslandığında hemşireler tarafından daha etkin yürütüldüğü belirtilmektedir. Telefonla izlem, hastanede yapılamayan hemşirelik bakımının sürekliliğini sağlar. İzlemi yapan hemşireler, hemşirelik sürecini kullanarak destekleme, aileyi eğitme rolünü yerine getirir.

Telefonla bakımın asıl yararı, bakım verenlerin üretkenliğini en üst düzeye çıkarma, hastanın kendine bakım ve otonomisini teşvik etme, yaşamı tehdit edici krizlerden kaçınma ve bireylerin doyumunu artırma yoluyla bakım maliyetin düşürülmesi olarak görülür. Tüm evde izlem hizmetleri hemşireler tarafından yürütülmektedir. İzlemin kalitesi özellikle önemlidir. Telefonla izlem, hizmet sağlayanların etkin kullanımı, düzenli kontrolleri artırma, hastaneye gereksiz başvuru sayısını azaltma, telefon yoluyla bireylere acil girişimleri sağlama, sağlık bilgisi verilmesi, geleceğe yönelik rehberlik, krize müdahale, hastanın durumunu değerlendirme, hastalığı izleme, zamanında taramayı teşvik etme gibi çeşitli amaçlarla kullanılabilir.

Telefonla izlem çalışmalarında olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Hemşireler tarafından telefonla aranan hastaların, aranmayanlardan daha fazla toplum kaynaklarını kullandıkları belirlenmiştir. Hastalar yaşadıkları sorunları daha kolay dile getirebilmişlerdir.

Taburculuk sonrası bakımda telefonla izlem, hastaların fiziksel ve psikolojik sorunlarının çözülmesi kadar tedaviye uyma konusunda da önemli bir etkiye sahip olmuştur. Sonuçları olumlu yönde geliştiren bu mekanizmaların, bilgi sağlama ve sosyal destek olduğu kabul edilmiştir. Olumlu sonuçlar arasında, hekime daha fazla soru sorma, hekim istemine daha fazla uyum ve hastalık durumlarını daha fazla kontrol etme yer almaktadır. Bu sonuçlar, telefonla izlem programının ana unsurunun hastanın kendisine, bakımı konusunda yetki verilmesi olduğunu göstermektedir (12).

Telefonla izlemi yapan vaka yöneticisi, tedavi planı konusunda bir ipucu sağlar. Eğitim yoluyla hastanın kendine bakım ve stres yönetimi/baş etme becerilerini artırır, hastanede yatmayı önleyerek ya da en aza indirerek, aile, toplum ve sağlık kaynaklarının etkin ve zamanlı kullanımını sağlar. Telefon izlemi kolaylaştırmak için bakım sistemlerinin geliştirtmesine katkıda bulunur, maliyeti azaltır ve bakımın kalitesini yükseltir (10).

Benner 1984 yılında yaptığı bir çalışmada hemşirelik uygulamasının yedi alanını tanımlamıştır: 1.Yardım edici, 2.Eğitim-yetiştirici, 3.Tanılayıcı ve hasta izleyici, 4. Hızlı değişen durumların etkili yönetimi, 5.Tedavi edici girişimleri ve protokolleri yönetme ve izleme, 6.Sağlık bakım uygulamalarının kalitesini sağlama

ve izleme, 7.Organizasyon ve iş-rolü yeterliliği fonksiyonlarıdır. Bu rol ve boyutlar hemşireliğin telefonla izlem rolünde gerçekleştirilebilir.

Hemşireliğin yardım edici rolünde hasta ve yakınlarına destek olma, rehberlik etme yoluyla, bireyin yaşadığı sorunları çözme sürecinde, kendi bakımının sorumluluğunu üstlenmesi sağlanır. Eğitici yetiştirici işlevinde, hastanın bireysel gereksinimleri, kültürel özellikleri ve yaşadığı sorunlara göre eğitimi bireyselleştirilir. Hastayı sürekli izleme ve değişen sorunları tanıyıp, uygun hemşirelik tanıları koyarak danışmalık, eğitim ve bakım verme telefonla izlem yapmanın anahtar boyutudur (10,59).

## **2.14. Hemşirelikte Dispne Semptom Yönetimi**

### **Kalp yetmezliğinde hemşirelik yaklaşımı**

Hemşireler tarafından ülkemizde KY'yle ilgili çok fazla çalışma yapılmamaktadır. Amerika'da KY tedavisi için hemşireler tarafından bir klinik kurulmuştur. Klinikte hastalara verilen bakımla hastaneye yatışlarında %4, hastanede kalış sürelerinde iki gün azalma sağlanmıştır. Başka bir Kuzey Amerika ülkesinde hemşirelerin içinde olduğu diğer sağlık çalışanları ile yürütülen çalışmada hastaneye başvuru ve hastanede kalma süresinde anlamlı olarak %56 azalma saptanmıştır. Takip çalışmasının uygulandığı bu çalışmada araştırmaya katılan bireylerin yaşam kalitelerinde iyileşme sağlanmıştır.

KY çalışmalarında hemşirelere hastaların bakımını sağlama ve hastalığın gittikçe artan yükünü paylaşma gibi sorumluluklar düşmektedir. KY gelişen hastalara etkili bir hemşirelik bakımı verebilmek için, hastalığın fizyopatolojisini ve hastalığa verilen fiziksel ve duygusal tepkileri hemşirenin bilmesi gerekir. Hastalara ve ailesine bilgi, destek verilmelidir (48). KY'nde tek bir tedavi yoktur ve diğer tedavilerle birlikte bazı ilaçların hastalık süresince değişen dozlarda farklı zamanlarda kullanılması, bakımı karmaşıklştırabilir (26).

Hemşirelerin ve kardiyologların işbirliği içerisinde olduğu evde bakım planları ile bu karmaşıklık azaltılabilir. Yapılan bir çalışmada taburcu olduktan sonra hemşire ağırlıklı izlemde 12 ay sonra kardiyak olaylar daha az hastada görülmüştür. Evde yoğun takiple şiddetli KY olan orta yaşlı hastaların yaşam kalitesinde artış ve

yeniden hastaneye yatışlarda azalma olduğu görülmüştür. Hemşirelerin telefonla hasta takibi yapması ile hastaneye başvurular azaltılmıştır. Hemşirelerin hastalara yaklaşımında multidisipliner taburculuk sonrası bakım planlaması hastaneye başvuruları azatlığı için ekonomik getirileri de oldukça fazladır. Bakım planların özellikle ileri düzey KY hastalarında yapılması olumlu geri bildirimleri artırmıştır. Genel olarak bu tür bakım planları tekrarlayan hastaneye yatışları %30 azaltmıştır (29).

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 (11,28,37,46,58). Hastalara uygulanacak eğitimlerin semptomlara yönelik olması uyumu kolaylaştırabilir. Hem semptomlar hem de belirtiler hastaların yaşam kalitelerini etkilemesi nedeni ile palyatif bakımın en önemli unsurlarından birisidir (60).

### **Semptom yönetimi**

Belirti ve semptomlar, hastaların sağlık bakımına gereksinim duydukları, en önemli nedenler arasında yer almaktadır. Semptomlar bireyin psiko-sosyal duyuları ve değişiklikleri yansıttıkları çok boyutlu, karmaşık ve nesnel fenomenlerdir. Belirtiler, bir hastalık ya da duruma işaret eden değerlendirilmesi kolay, sıklıkla hekimin klinik tedavisine hedeflenmiş normal dışı durumlardır. Belirtiler sıklıkla önceden tahmin edilebilen, (fonksiyonel durumda değişiklik, konforda değişiklik ve depresyon) hissedilen (örn. Nefes almada zorluk ve wheezing) semptomlara eşlik ettiği için semptom yönetimi hastanın tedavi ve bakımında çok önemli bir alanı oluşturmaktadır.

Semptom yönetimi modeli, "California San Francisco" Üniversitesi hemşire araştırmacıları tarafından geliştirilmiştir. Bu model klinisyenler tarafından tek ya da birden fazla semptom için girişimlerin seçilmesi ya da değerlendirilmesinde ya da araştırmacıların çalışmalarının kavramsal çatısının oluşturulmasında kullanılabilmektedir.



Semptom yönetimi modeli beş temel özellik üzerine açıklanmaktadır:

1. Bir semptomu belirlemenin en doğru yolu, bireyin semptomu kendisinin rapor etmesidir.
2. Bir semptom için hasta büyük risk taşıyorsa, semptom açığa çıkmadan girişimler düzenlenebilir, semptom önlenir.
3. Hastalar bireysel iletişim kuramaları ve sözlü olarak ifade edemeleri bile semptomu deneyimleyebilirler.
4. Semptom yönetimi bireyi, aileleri ve çevreyi doğrudan etkileyebilir.
5. Sonuçlar ve etkiler, semptom yönetim sürecinin dinamik yapısı ve semptom deneyimleri ile değişebilir (60).

### **Dispne hemşirelik bakımı**

Dispne durumunun düzeltilmesi, etiyolojik etmenlere bağlıdır. Öncelikle dispneye neden olan durum öğrenilir. Örneğin: dispne;

- Öksürük ile ilgili mi?
- Hastalığa ilişkin diğer etmenlerle ilgili mi?
- Yavaş yavaş mı, birden mi başladı?
- Hasta düz yatınca artıyor mu?
- Egzersiz yaparken, dinlenme durumunda, merdiven çıkarken ya da koşarken mi oluyor?
- Yürürken artıyor mu? Ne kadar ve ne süre yürüyünce artıyor? (8).

### **Genel Önlemler**

1. Yatak istirahatına alınarak, günlük yaşam aktivitelerinin planlanması
2. Hastanın konforunu sağlayacak uygun pozisyon verilmesi
3. Odanın nemlendirilmesi ve havalandırılması sağlanması
4. Solunum egzersizlerinin uygulanması ve hasta/ailesine eğitimi

## **Solunum Egzersizleri**

- Diyafragmatik solunum
- Dudakları büzerek solunum

### **Diyafragmatik Solunum**

Amaç: Soluk alırken diyafragmayı kullanmak ve onu kuvvetlendirmek

- Soluk alırken diyafragmanın pozisyonu ve solunumdaki işlevlerinin farkına varmak için, bir elinizi karnın üstüne (kaburgaların hemen altına), diğer elinizi göğsün ortasına koyunuz.
- Burun yoluyla yavaş ve derin nefes alın, karnınızı olabildiğince şişiriniz.
- Dudaklarınızı büzerek nefes verirken, karın kaslarınıza, yukarı ve içeri doğru yavaşça bastırınız.
- Bir dakika bu şekilde nefes almayı tekrarlayın ve iki dakika dinleniniz.
- Günde birkaç kez, yavaş yavaş bu süreyi beş dakika üzerine çıkarın (yemeklerden ve yatmadan önce).

### **Dudakları büzerek solunum**

Amaç: Soluk verme süresini uzatmak ve ekspirasyon sırasında hava yollarında basıncı artırmak, böylece hava yollarının direncini azaltmak.

- Burun yoluyla, üçe kadar sayarak nefes alın.
- Karın kaslarınızı kasarak, büzülen dudaklarınızın arasından yavaş ve aynı oranda da soluk verin (dudakların büzülmesi, havayollarında basıncı artırır, ağız yoluyla soluk verme ise solunan havanın basıncında azalmaya neden olur).
- Büzülen dudakların arasından nefes verme süresini yediye kadar sayarak uzatınız.

Sandalyeye otururken:

- Kollarınızı karnınızın üzerine kavuşturunuz.
- Üçe kadar sayarak burundan nefes alınız.

- Öne eğiliniz ve büzülen dudaklarınızın arasından yedi sayısınca kadar nefes veriniz.

Yürürken:

- Her iki adımda soluk alınız
- Her dört-beş adımda büzülen dudak arasından soluk veriniz (8).

### **3. YÖNTEM ve GEREÇ**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, kalp yetmezliği olan hastaların hemşirelik bakımında dispne semptom yönetiminin yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amacıyla planlanmış deneysel bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezleri**

**H1.** Kalp yetmezliği olan hastalara hemşirelik yaklaşımı olarak uygulanan dispne semptom yöntemi, dispne düzeyini etkiler.

**H2.** Kalp yetmezliği olan hastalara hemşirelik yaklaşımı olarak uygulanan dispne semptom yönetimi yaşam kalitesi düzeyini etkiler.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Kardiyoloji Polikliniğine başvuran hastalarla yapılmıştır. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Kardiyoloji Polikliniğine yılda ortalama 200 ile 300 hasta başvurmaktadır. Acile başvurma nedenleri arasında dispne %97,5 oranı ile ilk sırada yer almaktadır.

Acil Kardiyoloji Polikliniği bir oda olup, bu oda içerisinde dört yatak perdelerle birbirinden ayrılmıştır. Hastaların izlenebilmesi için her bir yatağın başında monitör bulunmaktadır.

Acil Kardiyoloji Polikliniğinde sorumlu hemşire ile birlikte toplam beş hemşire çalışmaktadır. Hemşireler vardiya sistemi ile 08.00-16.00; 08.00-20.00 ve 20.00-08.00 şiftlerinde görev yapmaktadır. Gece vardiyasında genellikle bir hemşire çalışırken, hafta sonu gece nöbetlerinde hemşire sayısı ikiye çıkabilmektedir. Gündüz vardiyasında sorumlu hemşire ile bir ya da iki hemşire çalışmaktadır.

Sorumlu hemşire lisans mezunu olup, iki hemşire ön lisans ve iki sağlık personeli ise sağlık meslek lisesi mezunudur. Hemşireler, hastayı ilk değerlendirmede ateş, tansiyon, nabız, solunum gibi yaşam bulgularının yanı sıra, EKG çekimi, damar yolu açma ve kan alma gibi işlemleri de yapmaktadır. Hemşireler tarafından hastalara herhangi bir konuda eğitim verilmemektedir. Kimlik bilgileri ile birlikte alınan anamnez ve hastaya yapılan işlemler hastanın dosyasına kaydedilmektedir.

Poliklinikte hemşirelerin dışında iki asistan kardiyolog bulunmaktadır. Hastaların acil polikliniğe ilk başvurularında genel değerlendirmeleri yapılmakta, gerekli görülürse daha sonra hastaneye yatışı yapılmaktadır. Acil serviste hastalar en fazla 16-20 saat süreyle tutulmaktadır. Hastaların bir günden fazla yatarak tedavisi gerekiyorsa, kardiyoloji servisine ya da koroner yoğun bakım birimine gönderilmektedir. Poliklinikte yapılan tüm işlemler tarih ve saatleri ile birlikte hasta dosyasına kaydedilmektedir. Hemşire ve hekimlerin hasta ile ilgili doldurdukları tüm kayıtlar tek bir dosya içerisinde toplanmaktadır. Hasta taburcu olurken, hastalara yapılan işlemler, hastane veri tabanına kimlik numarası ile kaydedilmektedir. Hasta dosyaları, yaklaşık bir hafta Acil Kardiyoloji Polikliniğinde kaldıktan sonra Acil arşivine, bu arşivde de beş yıl kaldıktan sonra hastanenin arşivine gönderilmektedir.

Araştırmanın verilerinin toplanması ve acil servise başvuran hastalarla görüşme yapabilmek için hastane yönetiminden gerekli izin alındıktan sonra bu araştırma için acil serviste uygun bir alan düzenlenmiştir. İç Hastalıkları ve Kardiyoloji Polikliniklerine kontrol amacıyla gelen hastalardan belli kriterlere göre araştırma kapsamına alınmıştır.

### **3.4 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Kardiyoloji Polikliniğinde kalp yetmezliği tanısı almış, NHYA'na Sınıflandırmasına göre III. ila IV. düzeyde yer alan, klinik açıdan stabil, evde tedavisi devam eden 195 hasta oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise, bu hastalardan dispne yakınmasıyla Eylül 2008–Ağustos 2009 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Acil Kardiyoloji Polikliniğine başvuran 65 hasta oluşturmuştur. Bu hastalar aşağıda belirtilen kriterler doğrultusunda araştırmaya dahil edilmişlerdir:

- Okur- yazar olması,
- Görme-ışitme sorunu olmaması ve sözel iletişim kurabilmesi,
- NYHA Sınıflandırmasına göre III. ve IV. düzeyde olması,
- Kalp yetmezliği dışında diyaliz tedavisi gerektiren böbrek yetmezliği, psikiyatrik, vb sorunu, kanser, ağır akciğer hastalığı, bağışıklık sistemi sorunu olmaması,
- Evde oksijen tedavisi almaması ve kalp yetmezliği ile ilgili herhangi bir çalışmaya katılmamış olması,
- Hastanın evde ya da yakınında bakımıyla ilgilenecek en az bir kişinin olması,
- Gönüllü olarak araştırmaya katılması.

Acil Kardiyoloji Polikliniği arşivinden edinilen verilere göre 195 hasta telefonla aranarak araştırma konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 65 kişiden bir liste oluşturulmuştur. Listeden ilk 30 hasta deney grubuna ve son 30 hasta kontrol grubuna, geriye kalan beş hasta ise yedek olarak belirlenmiştir. Hastaların yanı sıra, okuma-yazma bilen ve araştırmanın sonuna kadar birlikte yaşayacakları öngörülen bir yakını da araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların her zaman ulaşılabilir telefon numaraları kaydedilmiş ve telefon numaralarını değiştirmeleri durumunda araştırmacıya bilgi vermeleri istenmiştir.

### **3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Kardiyoloji Polikliniğinde izlenen ve
- Araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem seçiminde belirtilen kriterlere uyan 65 hasta ile sınırlıdır.

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.6.1. Bağımsız değişkenler**

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri, kalp yetmezliğinin süresi, ekonomik durumu bağımsız değişkenlerdir.

#### **3.6.2. Bağımlı değişkenler**

Araştırmaya katılan hastaların, dispne semptomu yönetimi ve dispne düzeyi bağımlı değişkenlerdir.

### **3.7. Veri Toplama Formları**

#### **3.7.1. Hasta bilgi formu**

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalığına ilişkin verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literature dayalı hazırladığı bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; hastaya ilişkin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, birlikte yaşadığı ve bakımı ile ilgilenen kişiler, sigara ve alkol alışkanlıkları) içeren 16 sorudan; İkinci bölüm ise; hasta dosyasından elde edilen hastalığına ilişkin özellikleri (KY sınıfı ve nedeni) ve hastadan elde edilen bilgileri (KY'nin süresi, başka hastalıkları, acile son bir yıldır başvuru sayısı, dispnede evde neler yaptığı, dispne eğitim gereksinimi, sağlık çalışanlarından dispne ile ilgili eğitim alma durumu) içeren toplam yedi sorudan oluşmaktadır (EK1).

#### **3.7.2. Kalp Yetmezliği olan hastalar için eğitim kitapçığı**

Literatüre dayalı olarak ve danışman öğretim üyesinin rehberliğinde araştırmacı tarafından Kalp yetmezliği ve dispnesi olan hastalar için bir eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Hazırlanan eğitim kitapçıkları deney grubundaki hastalara verilmiş, kontrol grubundaki hastalara ise verilmemiştir. Kalp yetmezliği ve dispnesi olan hastalara yönelik hazırlanan bu eğitim kitapçığında kalbin yapısı ve işlevleri; kalp yetmezliğinin tanımı, nedenleri, risk faktörleri, belirtileri, tedavisi, yaşam biçimi değişiklikleri ile birlikte dispne semptomunun yönetiminde hasta yakınmalarının azaltılması ve giderilmesinde uyulması gereken hemşirelik bakımı yer almaktadır (EK2).

### 3.7.3. Dispnenin tanılanması ve yönetimi (EK3)

Kişilerin soluk alamaması ya da yaptığı solunumun farkında olması gibi rahatsız edici duruma “dispne” denir. Dispne, KY olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşamasına neden olmaktadır. Kalp yetmezliği olan hastaların dispne yakınma düzeylerini belirlemek üzere Borg CR-10 Ölçeği (*Borg Clinical Rating for Dyspnea*) kullanılmıştır

### Borg Dispne Ölçeği (EK4)

Başlangıçta dispne algılama düzeyini gösteren 0-21 arasında değişen bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek, egzersizde en fazla hıza karşılık gelen ve dakikadaki nabız atım sayısını gösteren 210 sayısına denk gelen 21 puan düzeyinde bir ölçektir. Ancak bu düzeydeki bir ölçeğin klinik olarak kullanımının zor olması nedeniyle 0-10 arasında değişen bir ölçek geliştirilmiştir. Yeni geliştirilen bu ölçek, Borg CR-10 Ölçeği (*Borg Clinical Rating for Dyspnea*) olarak anılmaktadır.

Borg CR-10 Ölçeği, günlük ve haftalık dispne durumunu ve değişikliklerini belirleyen kapalı uçlu bir testtir (46). Borg CR-10 Ölçeği’nde çeşitli tanımların bulunması, hastalar açısından daha kolay uygulanmasını sağlamaktadır. Borg CR-10 Ölçeğinin uzun dönemde tekrarlanabilirlik açısından da diğer ölçeklere göre üstünlüğü bulunmaktadır (61). Dispnenin şiddetini belirlemek amacıyla kullanılan, güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmış bir değerlendirme ölçeğidir (22,62). Borg CR-10 Ölçeği’nde yukarıdan aşağıya doğru sıralanmış olup, dispnenin şiddetini gösteren (0) hiçbir bulgu yok, (1) çok hafif; (2) hafif, (3) orta derecede, (4) biraz ciddi, (5) ciddi, (6) ..... , (7) çok ciddi, (8) ....., (9) ..... ve (10) çok, çok ciddi olarak tanımlayan sayılara karşılık gelmektedir. Borg CR-10 Ölçeği’ndeki yüksek sayılar dispnenin daha ciddi ve şiddetli olduğunu göstermektedir. Bu ölçeğin rakamsal olarak ifade edilebilir olması, kişilerin ya da grupların doğrudan karşılaştırmalarına olanak vermektedir.

Bu araştırmada hastanın evde dispne düzeyini belirlemek üzere telefonla görüşme sırasında ve görüşme dışı zamanlarda hasta ve yakını tarafından dispne düzeyleri işaretlenmiştir. Hasta ve birlikte yaşadığı kişiye Borg CR-10 Ölçeği’ndeki rakamlar hakkında eğitim verilmiştir. Evde dispne düzeyi belirlendiğinde çıkan



sonuç “biraz ciddi”, “ciddi”, “çok ciddi”, “çok çok ciddi” ise, hastaların hastaneye başvurmaları gerektiği bildirilmiştir. Dispne düzeyi bu düzeyin altında ise, hasta ve yakınının eğitim kitapçığında belirtilen “dispne yönetimini” gerçekleştirmeleri istenmiştir.

**Dispne Yönetimi:** Dispne yönetimi eğitiminde yavaş ve derin soluk alma, diyaframı kullanma, dudaklarını büzerek havayı üfleme, soluk verme işlemini soluk almadan daha uzun yapma, rahat bir pozisyonda oturma, koltuğa ya da sandalyeye oturma, yemek masasının üzerine yastık koyarak daha sonra kollarını yastıkların üzerine koyma ve bu şekilde nefes alıp vermeye çalışma, koltuğa ya da sandalyeye oturma, ayaklarını birbirinden uzaklaştırma ve ellerini dizlerinin üzerine koyarak dinlenme, duvara dayanma ayaklarını açma, önüne bir sandalye alıp ve öne doğru eğilerek bu şekilde soluk alıp verme tekniği deney grubundaki hastalara ve yakınlarına gösterilmiş ve uygulanmıştır. Daha sonra deney grubundaki hastalara hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir.

#### **3.7.4. Yaşam kalitesi ölçeği**

Yaşam kalitesi mutluluk, doyum, uyum ve iyi olma hali olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır (8).

#### **Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Endeksi Kardiak Version-IV (EK5)**

Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Endeksi Kardiak Version-IV yaşam kalitesi ölçeği, memnuniyet ve önemlilik olarak iki bölümden oluşmaktadır. Her iki bölümde de sorular aynı olup 35 tanedir. Ölçek ayrılmış olduğu dört alana göre değerlendirilir. Bu alanlar, sağlık ve fonksiyonel durum, sosyal ve ekonomik durum, fizyolojik ve manevi durum, aile durumudur. Yaşam Kalitesi Endeksi Kardiak Version-IV (Ferrans ve Powers)’ün geçerlilik-güvenilirlik çalışması Özer ve Akdemir tarafından yapılmıştır. Ölçeğin değerlendirme süresi yaklaşık 15-20 dakikadır.

Araştırmaya katılan hastalara hastaneye davet edildikleri ilk aşamada ve telefon görüşmelerinin bittiği son aşamada olmak üzere iki kez yaşam kalitesi ölçeği

uygulanmıştır. Veriler toplandıktan sonra ölçeğe özgü puanlama sistemi ile hesaplama yapılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Uygulama Aşaması**

Araştırma öncesinde Acil Kardiyoloji Polikliniğinde görevli hemşire ve doktorlara araştırmanın amacı ve tekniği hakkında bilgi verilmiştir. Kontrol grubunun etkilenmesini önlemek üzere deney grubundaki hasta ve yakınlarına kalp yetmezliği ve dispne semptom yönetimine ilişkin eğitimlerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Araştırmanın verileri; hastaneye davet, eğitim ve soru formunun uygulanması ve telefonla görüşme aşamaları gibi üç aşamada toplanmıştır:

#### **3.8.1. Hastaneye davet aşaması**

Acil Kardiyoloji Polikliniğine arşivden edinilen bilgiler doğrultusunda deney ve kontrol grubundaki hastalar telefonla aranmıştır. Telefon görüşmesi sırasında hemşire kendisini tanıtmış ve araştırmanın amacını açıklamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar, evde beraber yaşadığı bir aile üyesi ile birlikte hem soru formunun ve yaşam kalitesi ölçeğinin doldurulması, hem de dispne semptom yönetimi eğitimi için hastaneye davet edilmiştir. Hastalar yaşlı olduklarından dışarıya çıkmakta zorlandıklarını ve hastaneye geldiklerinde görüşmeyi istemeleri nedeniyle kontrol için polikliniğe geldikleri gün görüşme planlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ve yakını birlikte hastaneye çağırılmıştır.

#### **3.8.2. Soru formu, ilk yaşam kalitesi ölçeği ile dispne semptom yönetimi eğitiminin uygulanma aşaması**

Bu aşama, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları ve Kardiyoloji polikliniklerinin olduğu yerde hazırlanan bir bölümde gerçekleştirilmiştir. Kontrol amaçlı olarak polikliniğe geldikleri günlerde kalp yetmezliği olan hastalar araştırmacı tarafından karşılanmış ve daha sonra görüşme gerçekleştirilmiştir.

Soru formu aşamasında, ilk olarak hastalardan soru formu uygulanması için sözel ve yazılı onam alınmıştır. Soru formları, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış ve hastanın verdiği yanıtlar yanında kaydedilmiştir. Sosyo-demografik

özelliklerini içeren açık ve kapalı uçlu sorular ile KY'nin sınıfı, dispne semptomu ve diğer yakınmaları, tedavisi ve hastaneye başvuru sıklığı sorgulanmıştır. Soru formunun ardından ilk yaşam kalitesi verileri alınmıştır. Eğitim aşamasında, araştırmacı eğitimleri tek başına anlatmıştır. KY'yle ilgili daha önce herhangi bir çalışmada yer almamıştır. Tez hazırladığı için konuyu bilmektedir.

### **Eğitim konuları**

- Borg Dispne Ölçeği
- Kalp Yetmezliği ve Dispne Semptom Yönetimi
- Telefon Görüşmeleri

Eğitimler bir hasta ve bir yakını olmak üzere iki kişiye aynı anda interaktif biçimde verilmiştir. Renkli A4 kâğıtlarına renkli kalemlerle eğitim konuları yazılmıştır.

Eğitim sonrası her hastaya “Borg CR-10 Ölçeği” broşürleri verilmiştir. Ölçek eğitiminde; nasıl kullanılacağı, numaraların ne anlama geldiği, numaralandırmadan sonra neler yapılması gerektiği anlatılmıştır. “Kalp Yetmezliği ve Dispne Semptom Yönetimi” isimli iki ayrı kitapçık ise yalnızca deney grubuna verilmiştir. Kontrol grubuna KY hakkında eğitim verilmemesi araştırmanın güvenilirliği için önemlidir. Literatür bilgileri ışığında, danışman öğretim üyesinin rehberliğinde geliştirilen broşürler; KY'nin tanımı, dispne tanımı, nedenleri, dispneye karşı oluşan tepkiler ve dispne yönetimi hakkında bilgi ve öneriler içermektedir. “Telefon Görüşmeleri” aşamasında bireylerin görüşmenin yapılmadığı günlerde kendi dispne düzeylerini gün gün işaretlemeleri, telefon görüşmelerinde çıkan sonuçları araştırmacıya iletmeleri anlatılmıştır.

Eğitimde hastaların dispne yönetiminde öğrenmek istedikleri ve eğitimde anlatılanla ilgili sorular araştırmacı tarafından yanıtlanmıştır. Eğitimler yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Ayrıca her hastaya araştırmacının telefon numarası verilmiş ve bu numarayı gereksinim duyulan her zaman arayabileceği söylenmiştir.

### **a) Kontrol grubu eğitim aşaması**

Hastaların ve araştırmacının belirlediği gün ve saatte eğitim yapılmıştır.

Kontrol grubuna;

- Borg Dispne Ölçeği eğitim verilmiştir.

Bireylerin dispne düzeyleri belirlenmiş ve dosyalarına kayıt edilmiştir. Eğitimler ortalama 20 dakika sürmüştür. Hasta ve yakınının soruları yanıtlanmıştır. Telefon görüşme tarihleri hastaya açıklanmıştır. Değiştirmek istenilen tarihler yeniden düzenlenmiştir. Telefon görüşmelerinin amacının dispne düzeylerinin tanılanması, dispne yakınmasıyla herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurunun belirlenmesi olduğu anlatılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastaneye ya da başka bir hastaneye dispne yakınmasıyla başvurduklarında araştırmacıya bildirmenin önemli olduğu anlatılmıştır.

#### **b) Deney grubu eğitim aşaması**

Hastaların ve araştırmacının belirlediği gün ve saatte eğitim yapılmıştır.

Deney grubuna;

- Borg Dispne Ölçeği
- Kalp Yetmezliği ve Dispne Semptom Yönetimi eğitimi verilmiştir.

Bireylerin dispne düzeyleri belirlenmiş ve dosyalarına kayıt edilmiştir. Hasta ve yakınının soruları yanıtlanmıştır. Telefon görüşme tarihleri hastaya açıklanmıştır. Değiştirmek istenilen tarihler yeniden düzenlenmiştir. Aramaların amacı, KY'nde yaşadıkları sorunları belirlemek, dispne düzeylerinin tanılanması, dispne semptom yönetiminde öğretilenlerin uygulanabilirliğini belirlemek olduğu anlatılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastaneye ya da başka bir hastaneye dispneyle başvurduklarında bunların araştırmacıya bildirilmesinin önemli olduğu anlatılmıştır.

Kalp Yetmezliği	Borg CR-10 Dispne Ölçeği	Dispne Semptom Yönetimi
Kalp yetmezliği tanımı öğrenmek	Dispne tanılama formlarına gün gün işaretleme yapmayı öğrenmek	Dispnenin tanımını öğrenmek
Kalp yetmezliğinde nelere dikkat edilmesi gerektiğini öğrenmek	Dispne düzeyini numaralandıra bilmek	Nefes alma egzersizlerini öğrenmek
Diyet, kilo takibi, egzersizin önemini anlamak	Dispnenin düzeyine göre tıbbi destek alınması gerektiğini öğrenmek	Dispneyi yönetebilmek

**Tablo 3.1. Eğitimlerin içeriği**

Araştırmaya katılan bireylerle tanışmak, anketlerin doldurulması ve eğitim toplam 10 gün sürmüştür. Günde ortalama beş hasta ile görüşülmüştür. Soru ve eğitim aşamasından sonra ilk yaşam kalitesi ölçeği de uygulanarak veriler kaydedilmiştir. Bu aşamadan sonra telefonla görüşme aşaması başlamıştır.

### 3.8.3. Telefon görüşme aşaması

Telefonla arama listesi hastaneye davet aşamasında kullanılan liste ile aynıdır. Telefon görüşme tarihleri eğitimde hastalara ve yakınlarına bildirilmiştir. Hastaların bir kısmının 65 yaş ve üstünde olmaları nedeniyle unutkanlık ve iş yapamadığı durumlarda yakınlarının hastaya destek olmaları gerekmiştir. Aile üyeleri ve araştırmayı yapan hemşire kendi görüş ve önerilerini hasta ile paylaşmamışlardır. Hasta yakını telefon görüşmelerinde hastanın yanında olmuştur. Hastaların yakınlarına Borg ölçeği değeri tekrar sorularak kontrol yapılmıştır.

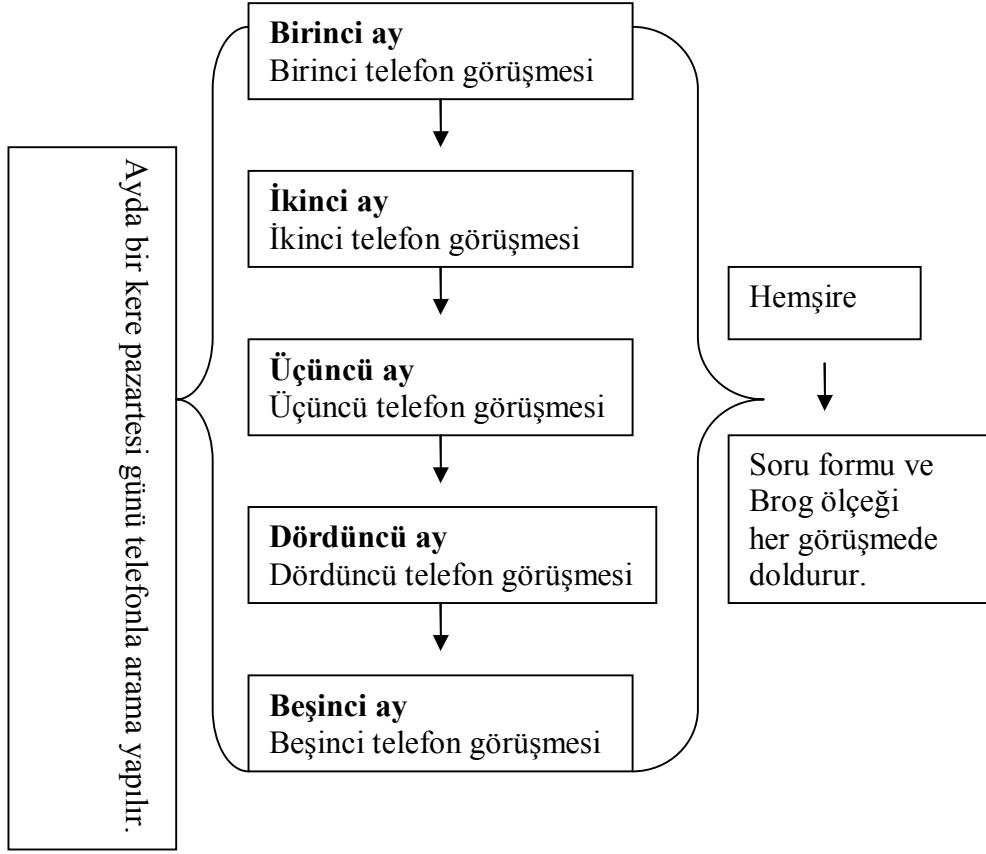
Kontrol grubu, dispne düzeyinin tanılanması için ayda bir kere ile toplam beş kere, deney gurubu belirli aralıklarla toplam 15 kere aranmıştır. Arama sıklığı literatür bilgileri ışığında düzenlenmiştir.

İlk olarak deney gurubu aranmıştır. Telefon görüşmeleri hastalara ilişkin dosyalara kaydedilmiştir. Dispne düzeyi her telefon görüşmesinde belirlenmiştir. Deney grubuna ayrıca KY eğitiminde verilen konulara uyum sorgulanmıştır.

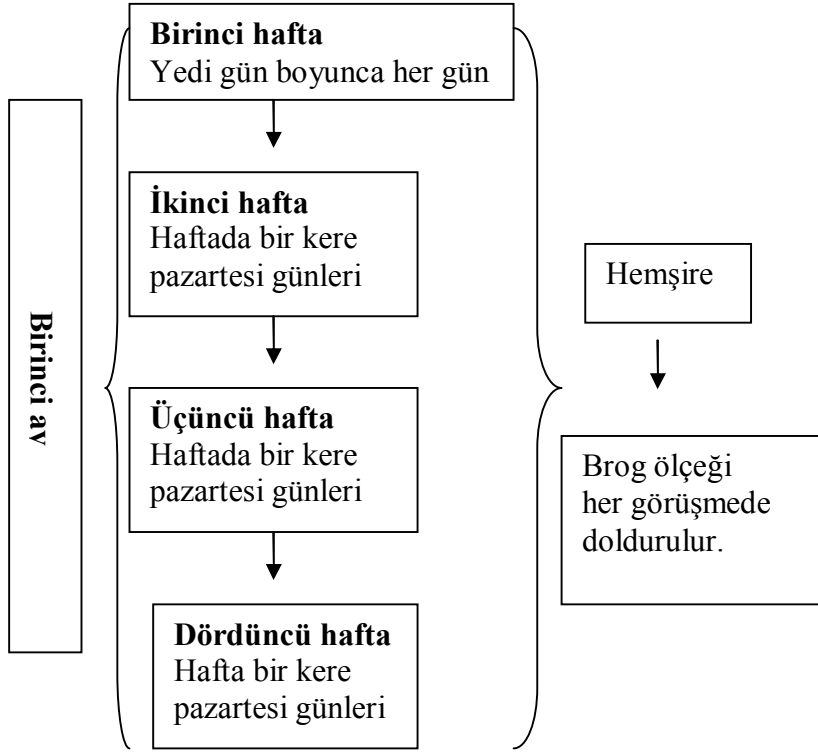
Dispne düzeyini belirlemek için kullanılan ölçekten hemşire tarafından işaretlemeler yapılmıştır. Dispne düzeyi normal ise hastalar evde dispne yönetimine ait uygulamaları yapması için desteklenmiştir. Hastaların araştırmanın yapıldığı hastaneye ya da başka hastanelere dispne ile başvuruları sorgulanmıştır. Edinilen tüm bilgiler hastaya ilişkin dosyalara kaydedilmiştir. Diğer telefon görüşmesi günü ve saati hastaya hatırlatılmıştır. Belirlenen saatlerde evde bulunmayan hastalar ertesi gün aranmışlardır. Ertesi gün aynı değerlendirmeler yapılmıştır. Kontrol grubu telefon görüşmeleri deney grubu ile aynı şekilde yapılmıştır. Dispne düzeyleri, belirlenmiştir. Tıbbi destek alımları sorgulanmıştır. Edinilen bilgiler ve diğer telefon görüşmesi tarihi bilgileri dosyaya kayıt edilmiştir.

Telefon görüşmeleri sırasında hasta ya da yakınlarının sormak istedikleri sorular yanıtlanmıştır. Görüşme süresi kontrol grubu için en fazla on beş dakika, deney grubu için en fazla yirmi dakika sürmüştür. İlk kez telefonla görüşme sonrasında deney grubu toplam yedi gün/bir hafta boyunca her gün telefonla aranarak yukarıdaki görüşme tekrarlanmıştır. Bir haftadan sonra, üç hafta boyunca haftada bir kez olmak üzere pazartesi günleri hasta telefonla aranarak dispne semptomu yönetimi ile ilgili form doldurulmuştur. Dört haftalık/bir ay görüşmeden sonra, sekizinci haftaya kadar iki haftada bir kez (6. hafta ve 8. hafta) pazartesi günleri; daha sonra üç ay boyunca (3. ay, 4. ay ve 5. ay) her ayın ilk pazartesi günleri olmak üzere üç kez daha aranma yapılmıştır.

Eğitim sonrası ilk haftadan itibaren kontrol ve deney grubundaki hastaların dispne semptomu ile hastaneye başvuruları her hafta cuma günü hastane kayıtlarından kontrol edilmiştir. Hastalar araştırma süresince dispne yakınmasıyla herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamışlardır. Bu durum hastaların dosyasına kaydedilmiştir.

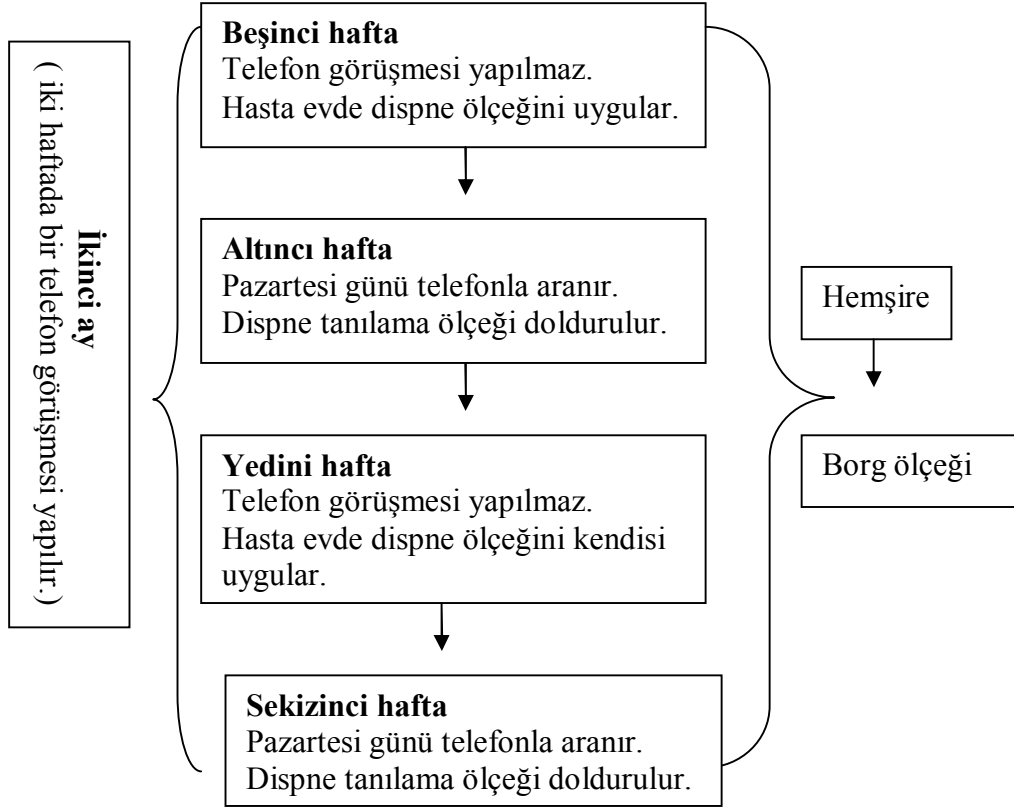


Şekil 1. Kontrol grubu telefon görüşme aşaması

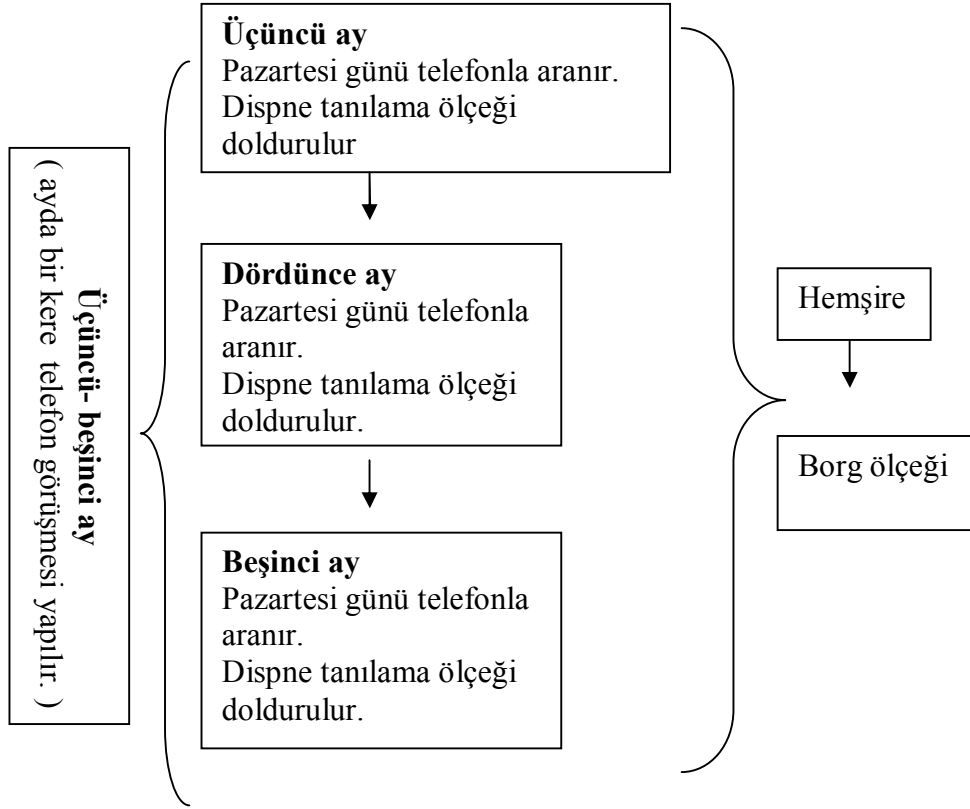


Şekil 2. Deney grubu telefon görüşme aşaması





Şekil 2. Deney grubu telefon aşaması devam



Şekil 2. Deney grubu telefon aşaması devam

#### 3.8.4. Son yaşam kalitesi ölçeğinin uygulanması

Araştırmaya katılan hastalar ve yakınları son telefon görüşmesinde hastaneye son yaşam kalitesi ölçeği için davet edilir. Son yaşam kalitesi ölçeği değerlendirilmesi yapılarak hastaların dosyalarına kaydedilir.

#### 3.9. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Bu araştırmadan elde edilen veriler kodlanarak bilgisayara aktarılacak ve bir istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, kontrol ve deney grupların niteliksel dağılımları arasında fark olup olmadığı ki-kare testi ile test edilmiştir. İstatistik önem düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.10. Süre ve Olanaklar**

Planlanan araştırmanın tez önerisi sunumu 20 Eylül 2009 tarihinde yapılmıştır. Araştırma yazılması Aralık 2009-Temmuz 2011 tarihleri arasında planlanmıştır.

### **3.11. Etik Kurul İzni (EK6)**

Araştırma kapsamına alınan hastalara; araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlar hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır.

Araştırmada kullanılan Kardiyak Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanımı için gerekli izin alınmıştır.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde kalp yetmezliği olan 30 deney grubu ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hastadan evde dispne yönetimine ilişkin veriler ile istatistiksel değerlendirmeleri yer almaktadır.

**Tablo 4.1. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri (n= 60)**

Özellikler	Deney Grubu Sayı (%)	Kontrol Grubu Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	X <sup>2</sup> p Değeri
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	13 43,3	14 46,7	27 45,0	X <sup>2</sup> =0,067
Erkek	17 56,7	16 53,3	33 55,0	p=0,795
<b>Yaş Grubu</b>				
55- 64	14 46,7	11 36,7	25 41,7	X <sup>2</sup> =0,625
65-74	12 40,0	14 46,7	26 43,3	p=0,732
75 yaş ve üstü	4 13,3	5 16,7	9 15,0	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	24 80,0	20 66,7	44 73,3	X <sup>2</sup> =1,364
Dul	6 20,0	10 33,3	16 26,7	p=0,243
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
İlköğretim	20 66,7	18 60,0	38 63,3	X <sup>2</sup> = 0,848
Lise	6 20,0	9 30,0	15 25,0	p=0,654
Yükseköğretim	4 13,3	3 10,0	7 11,7	
<b>Bakımla İlgilenen</b>				
Eşi	10 33,3	9 30,0	19 31,7	X <sup>2</sup> =0,077
Çocukları	20 66,7	21 70,0	41 68,3	p=0,781
<b>Toplam</b>	30 100,0	30 100,0	60 100,0	

Tablo 4.1’de araştırma kapsamında deney ve kontrol grubuna alınan hastaların tanıtıcı bazı özellikleri karşılaştırılmış ve bu özellikleri açısından aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.

Deney grubundaki hastaların %56,7’si ve kontrol grubunun ise %53,3’ü erkek olup; deney grubunun çoğunluğu 55-64 yaş, kontrol grubunun çoğunluğu ise 65-74 yaş aralığında yer almaktadır. Deney grubunun %80,0’i ve kontrol grubunun %66,7’si evli olup, medeni durum açısından iki grup arasında fark yoktur ( $p=0,243$ ).

Hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında her iki grupta da çoğunluğun ilkokul mezunu (deney:%66,7; kontrol:%60,0) olduğu daha sonra sırayı lise (deney:%20,0; kontrol: %30,0) ve yükseköğrenimin (deney: %13,3; kontrol:%10,0) aldığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların bakımıyla çoğunlukla çocukları (deney:%66,7; kontrol: %70,0) ilgilenmektedir ve bakımı ile ilgilenenler açısından da deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır ( $p=0,781$ ).

**Tablo 4.2. Hastaların Bazı Alışkanlıklarının Dağılımı (n=60)**

<b>Özellikler</b>	<b>Deney Grubu Sayı(%)</b>	<b>Kontrol Grubu Sayı (%)</b>	<b>Toplam Sayı (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> p Değeri</b>
<b>Sigara Alışkanlığı</b>				
Hayır, içmiyor	13 43,3	14 46,7	27 45,0	X <sup>2</sup> =0,67
Bırakmış*	17 56,7	16 53,3	33 55,0	p=0,795
<b>Toplam</b>	30 100,0	30 100,0	60 100,0	
<b>Sigara Bırakma Süresi</b>				
4 yıldan az	9 52,9	4 26,7	13 40,6	X <sup>2</sup> =3,144
4 yıl ve yukarısı	8 47,1	11 73,3	19 59,4	p=0,208
<b>Toplam*</b>	17 100,0	15 100,0	32 100,0	
<b>Alkol Alışkanlığı</b>				
Hayır, kullanmıyor	13 43,3	14 46,7	27 45,0	X <sup>2</sup> =0,67
Bırakmış*	17 56,7	16 53,3	33 55,0	p=0,795
<b>Toplam</b>	30 100,0	30 100,0	60 100,0	
<b>Alkol Bırakma Süresi</b>				
2 yıl ve 2 yıldan az	15 88,2	20 76,9	35 81,4	X <sup>2</sup> =0,869
2 yıldan fazla	2 11,8	6 23,1	8 18,6	p=0,351
<b>Toplam*</b>	17 100,0	26 100,0	43 100,0	

**Bırakmış:** Araştırmanın yapıldığı yıldan önce sigara kullanmayı bırakmış olmak

Tablo 4.2’de araştırma kapsamında deney ve kontrol gruplarında yer alan hastaların sigara ve alkol gibi alışkanlıkları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Araştırmaya katılan hastalar halen sigara içmemektedir. Hastaların toplamda %45,0’i hiç sigara içmemiş olmalarına karşın, geri kalan %55’inin daha önce sigara içtikleri ancak daha sonra bıraktıkları saptanmıştır. Sigara içmeme (deney: %43,3 ve kontrol:%46,7) ve sigarayı bırakma yüzdeleri (deney: %56,7 ve kontrol: %53,3) açısından deney ve kontrol gruplarındaki hastaların dağılımının benzer olması nedeniyle istatistiksel bir fark bulunamamıştır (p=0,795).

Araştırma kapsamına alınan hastalar çoğunlukla (deney:%47 ve kontrol :%73,3) 4 yıl ve üstü süre kadar sigara kullanmışlardır. Araştırmaya katılan hastalar halen alkol kullanmamaktadır. Hastaların toplamda %45,0'i hiç alkol kullanmamış olmalarına karşın, geri kalan %55'inin daha önce alkol kullandıklarını ancak bıraktıkları saptanmıştır. Alkol kullanmama (deney: %43,3 ve kontrol:%46,7) ve alkol bırakma (deney: %56,7 ve kontrol: %53,3) yüzdeleri açısından deney ve kontrol gruplarındaki hastaların dağılımı benzer bulunması nedeniyle istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p=0,795).

Araştırma kapsamına alınan hastalar çoğunlukla (deney: %88,2 ve kontrol: %76,9) 2 yıl ve daha az bir zamanda alkölü bırakmışlardır. Deney ve kontrol grubunun alkol bırakma süreleri arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır (p=0,351).

**Tablo 4.3. Konjestif Kalp Yetmezliğine İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı (n=60)**

<b>Özellikler</b>	<b>Deney Grubu Sayı (%)</b>	<b>Kontrol Grubu Sayı (%)</b>	<b>Toplam Sayı (%)</b>
<b>Hastalığın Süresi</b>			
< 3 yıl	14 46,7	10 33,3	24 40,0
≥ 3 yıl	16 53,3	20 66,7	36 60,0
$X^2=1,134$		$p=0,567$	
<b>Başka Hastalığın Varlığı</b>			
Hipertansiyon	12 75,0	10 76,9	22 75,9
Diyabetes Mellitus	4 25,0	3 23,1	7 24,1
$X^2=0,014$		$p=0,904$	
<b>Acile Başvuru /Yıl</b>			
< 3 kez	4 13,3	1 3,3	5 8,3
≥ 3 kez	26 86,7	29 96,7	55 91,7
$X^2=2,329$		$p=0,312$	
<b>Dispne/Acile Başvuru/Yıl</b>			
< 3 kez	4 13,3	1 3,3	5 8,3
≥ 3 kez	26 86,7	29 96,7	55 91,7
$X^2=2,329$		$p=0,312$	
<b>Dispne/ Evde Yapılanlar</b>			
Derin nefes alma	6 20,0	2 6,7	8 13,3
Pencereyi açma	10 33,3	10 33,3	20 33,3
Hastaneye gelme	14 46,7	18 60,0	32 53,3
$X^2=2,500$		$p=0,273$	



**Tablo 4.3. (Devam) Konjestif Kalp Yetmezliğine İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı (n=60)**

Özellikler	Deney Grubu Sayı (%)	Kontrol Grubu Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
<b>Kalp Yetmezliği Nedeni</b>			
İskemik Kalp Hastalıkları	8 26,7	8 26,7	16 26,7
Kapak Hastalıkları	6 20,0	8 26,7	14 23,3
Hipertansiyon/ DM	16 53,3	14 46,7	30 50,0
$X^2=0,419$ $p=0,811$			
<b>Kalp Yetmezliği (NYHA)</b>			
NYHA III	28 93,3	25 83,3	53 88,3
NYHA IV	2 6,7	5 16,7	7 11,7
$X^2=1,456$ $p=0,228$			
<b>Toplam</b>	30 100,0	30 100,0	60 100,0

**HT:** Hipertansiyon **DM:** Diyabetes Mellitus

**NYHA:** New York Heart Association (New York Kalp Birliği)

Tablo 4.3 incelendiğinde deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında kalp yetmezliğinin süresi, başka bir hastalığın varlığı (diyabet, hipertansiyon), acile bir yılda başvuru sayısı, dispne ile acile son bir yıldır başvuru sayısı, dispne yakınmasında evde yapılanlar, kalp yetmezliğinin nedeni ve düzeyi açısından istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların kalp yetmezliği süresi ortalama 3,7 yıl olup; hastaların çoğu kalp yetmezliği 3 yıl ve daha uzun süre (deney: %53,3 ve kontrol:%66,7) olan grupta yer almış ve hastalık süresi açısından gruplar arasında bir fark saptanmamıştır ( $p=0,567$ ). Kalp yetmezliğinin başka bir hastalık açısından deney ve kontrol gruplarında diyabetes mellitus daha düşük (deney %25,0 ve kontrol %23,1) hipertansiyonu olanlar ise daha yüksek oranda (deney %75,0 ve kontrol %76,9) bulunmuştur ( $p=0,904$ ).

Son bir yılda kalp yetmezliği ve kalp yetmezliğine bağlı dispne yakınmasıyla acile başvurma yüzdesi benzer olup; hastaların %91,7'si yılda üç ve daha fazla hastaneye yatmış; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır (p=0,312).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların nefes darlığı yakınması olduğunda; pencereyi açıp oturdukları (%33,3), hastaneye başvurdıkları (deney:%46,7; kontrol:%60,0) ve derin derin nefes aldıkları (deney %20,0; kontrol %6,7) saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunun kalp yetmezliği sınıflandırmasında III. düzey (deney: %93,3; kontrol:%83,3) ve geri kalanların (deney: %6,7; kontrol: %16,7) ise kalp yetmezliği düzey IV olduğu dosyasından kaydedilmiştir.

Kalp yetmezliğinin nedeni olarak her iki grupta da (deney: %53,3; kontrol: %46,7) ilk sırayı hipertansiyon ve diyabet almaktadır. Kapak hastalıkları (deney: %20,0; kontrol: %26,7) ve iskemik kalp hastalıkları (deney: %26,7; kontrol: %26,7) diğer iki neden olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Bazı Özelliklerine Göre Dispne Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=60)**

<b>Özellikler</b>	<b>Deney Grubu X±SD</b>	<b>Kontrol Grubu X±SD</b>	<b>t Değeri * p Değeri</b>
<b>Cinsiyet</b>			
<b>Kadın (n=27)</b>	4,64±0,00	4,89±0,00	t:3,59 p=0,000
<b>Erkek (n=33)</b>	4,65±0,00	4,92±0,00	t:1,05 p=0,000
<b>KY Süresi</b>			
<b>&lt;3 (n=24)</b>	4,44±0,00	4,79±0,00	t:2,28 p=0,000
<b>≥3 (n=26)</b>	4,46±0,00	4,95±0,00	t :3,02 p=0,000
<b>Acile Başvuru Sayısı</b>			
<b>≥3 (n=55)</b>	4,45±0,00	4,52±0,00	t:1,97 p=0,000
<b>&lt;3 (n=5)</b>	4,45±0,00	4,83±0,00	t:2,03 p=0,000
<b>NHYA Sınıfı</b>			
<b>III (n=53)</b>	4,48±0,00	4,97±0,00	t:1,56 p=0,000
<b>IV (n=7)</b>	4,59±0,16	4,59±0,00	t:0,08 p=0,938

Bağımsız iki grup için “t testi” kullanılmıştır.

Tablo 4.4’de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerin (cinsiyet, hastalık süresi, son bir yıldır dispne yakınmasıyla acile başvuru sayısı, kalp yetmezliğinin sınıfı) gruplara göre dispne puan ortalaması karşılaştırılmıştır.

Deney ve kontrol grubunun cinsiyet, hastalık süresi, son bir yıldır dispne yakınmasıyla acile başvuru sayısı ile dispne ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunurken (p=0,000), NYHA III düzeyi kontrol grubunda daha yüksek olup istatistiksel fark yaratırken (p=0,000), NYHA IV düzeyinde her iki gruptaki dispne puan ortalamaları aynı bulunmuştur (p= 0,938).

**Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarının İlk ve Son Dispne Düzeylerinin Karşılaştırılması (n=60)**

<b>Dispne Düzeyleri</b>	<b>Deney Grubu X±SD</b>	<b>Kontrol Grubu X±SD</b>	<b>t Değeri* p Değeri</b>
<b>İlk Dispne Düzeyi</b>	5,33±0,60	5,13±0,77	t:1,11 p=0,271
<b>Son Dispne Düzeyi</b>	3,30±0,46	4,97±0,85	t:9,41 p=0,000
<b>t Değeri**</b>	t:15,50	t:0,79	
<b>P Değeri</b>	p=0,000	p=0,433	

\* Bağımsız iki grup için “t testi” kullanılmıştır.

\*\* Bağımlı iki grup için “Student t testi” kullanılmıştır.

Tablo 4.5’de ilk dispne puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,271). Son dispne puan ortalaması deney grubunun daha düşük olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Dispne semptom yönetimi konusunda deney grubuna verilen eğitim ilk ve son dispne düzeyleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark oluşturmuştur (p=0,000).

**Tablo 4.6. Aylara Göre Deney ve Kontrol Gruplarının Dispne Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=60)**

<b>Dispne Düzeyleri</b>	<b>Deney Gr</b> <b>X±SD</b>	<b>Kontrol Gr</b> <b>X±SD</b>	<b>t Değeri*</b> <b>p Değeri</b>
İlk Dispne Değerleri	5,30±0,60	5,13±0,77	t:1,11 p=0,271
1. Ay	5,27±0,64	5,10±0,75	t:1,08 p=0,288
3. Ay	3,53±0,50	4,70±0,79	t:6,77 p=0,00
4. Ay	3,33±0,47	4,60±0,56	t:9,37 p=0,00
5. Ay	3,30±0,46	4,97±0,85	t:9,41 p=0,00
İki Yönlü Varyans Analizi ANOVA	p=0,00		

\* Bağımsız iki grup için “t testi” kullanılmıştır.

\*\* İki Yönlü Varyans Analizi ANOVA

Tablo 4.6’da araştırmanın başlangıcında ve sonrasında aylara göre deney ve kontrol grupları arasında dispne puan ortalamaları karşılaştırıldığında; her iki grupta dispne düzeyi aylara göre azalma göstermesine karşın, araştırmanın üçüncü ayından itibaren deney grubunda daha fazla olmak üzere iki grup arasındaki dispne puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000).

Aylara göre dispne puan ortalaması düşüşleri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,000) bu nedenle dispne düzeyini azaltmada belirli aralıklarla ölçümlerin yapılmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

**Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarının İlk ve Son Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=60)**

<b>Yaşam Kalitesi</b>	<b>Deney Grubu X±SD</b>	<b>Kontrol Grubu X±SD</b>	<b>t Değeri* p Değeri</b>
<b>İlk Yaşam Kalitesi</b>	17,69±3,27	17,54±3,74	t:0,15 p=0,874
<b>Son Yaşam Kalitesi</b>	19,80±2,94	18,61±3,55	t:1,41 p=0,162
<b>t Değeri**</b>	t:8,62	t:5,01	
<b>P Değeri</b>	p=0,000	p=0,000	

\* Bağımsız iki grup için “t testi” kullanılmıştır.

\*\* Bağımlı iki grup için “Student t testi” kullanılmıştır.

Tablo 4.7’de deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk ve son yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney ve kontrol grubunun ilk yaşam kalitesi puan ortalamaları birbirine yakın değerler olup, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,874). Deney grubunun son yaşam kalitesi puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olmasına karşın iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır (p=0,162).

Grupların ilk-son yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,000), araştırma süresince deney grubunun dispne semptom yönetimi ile ilgili olarak ve kontrol grubunu ise yalnızca dispne düzeyinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından telefonla aranmasının yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

**Tablo 4.8. Yaşam Kalitesi Alanlarına Göre Deney ve Kontrol Gruplarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=60).**

<b>Yaşam Kalitesi Alanları</b>	<b>Deney Grubu X±SD</b>	<b>Kontrol Grubu X±SD</b>	<b>t Değeri p Değeri</b>
Sağlık ve Fonksiyonel Durum	14,94±0,00	15,47±0,00	t:6,06 p=0,000
Sosyal ve Ekonomik Durum	20,56±0,00	18,91±0,00	t:1,35 p=0,000
Fizyolojik ve Manevi Durum	20,67±0,00	19,08±0,00	t:1,06 p=0,000
Aile Durumu	25,21±0,00	23,70±0,00	t:1,35 p=0,000

\* Bağımsız iki grup için “t testi” kullanılmıştır.

Tablo 4.8’de deney ve kontrol grubunun yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Deney ve kontrol grubunda; en yüksek ortalama aile alanında en düşük ortalama ise sağlık ve fonksiyonel durumda olmuştur. Deney grubunun sosyal ve ekonomik, fizyolojik ve manevi, aile durumu yaşam kalitesi puan ortalaması kontrol grubuna göre daha fazladır.

Her iki grubun telefonla aranması sağlık ve fonksiyonel duruma bakışlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir bu nedenle sağlık ve fonksiyonel alan dışında ki yaşam kalitesi alanlarında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000).

**Tablo 4.9. Hastaların Cinsiyetleri ve Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=60).**

Yaşam Kalitesi Alanları	Kadın (n=27)		Erkek (n=33)	
	Deney Grubu X±SD	Kontrol Grubu X ±SD	Deney Grubu X±SD	Kontrol Grubu X±SD
Sağlık ve Fonksiyonel Durum	14,98±0,00	15,12±0,00	14,91±0,00	15,78±0,00
	<b>t:2,52 p=0,000</b>		<b>t:2,72 p=0,000</b>	
Sosyal ve Ekonomik Durum	20,13±0,00	18,51±0,00	20,89±0,00	19,26±0,00
	<b>t:2,95 p=0,000</b>		<b>t:1,62 p=0,000</b>	
Fizyolojik ve Manevi Durum	20,38±0,00	19,38±0,00	20,04±0,00	19,70,±0,00
	<b>t:3,59 p=0,000</b>		<b>t:4,194 p=0,000</b>	
Aile Durumu	24,92±0,00	23,15±0,00	25,43±0,00	24,18±0,00
	<b>t:1,99 p=0,000</b>		<b>t:1,40 p=0,000</b>	

Bağımsız iki grup için “t testi” kullanılmıştır.

Tablo 4.9’da hastaların cinsiyet ve yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların ortalama dağılımı gösterilmiştir.

Her iki gruptaki kadın ve erkeğin yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir fark olmuştur (p=0,000). Deney grubundaki kadınların sosyal ve ekonomik ile aile durumu dışında puan ortalamaları diğer tüm alanlara göre erkeklerden fazladır. Kontrol grubunda ise, erkeklerin yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları kadınlara göre yüksektir.



**Tablo 4.10. Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=60).**

Yaşam Kalitesi Alanları	3 yıldan az (n=24)		3 yıl ve yukarısı (n=36)	
	Deney Gr X±SD	Kontrol Gr X±SD	Deney Gr X±SD	Kontrol Gr X±SD
Sağlık ve Fonksiyonel Durum	15,02±0,000	16,81±0,000	15,11±0,00	14,80±0,000
	<b>t:4,41 p=0,000</b>		<b>t:1,44 p=0,157</b>	
Sosyal ve Ekonomik Durum	19,94±0,000	20,63±0,000	21,10±0,000	18,05±0,000
	<b>t:2,55 p=0,000</b>		<b>t:3,24 p=0,000</b>	
Fizyolojik ve Manevi Durum	20,49±0,000	19,66±0,000	20,82±0,000	18,68±0,000
	<b>t:1,56 p=0,000</b>		<b>t:2,09 p=0,000</b>	
Aile Durumu	22,62±0,000	21,66±0,000	22,36±0,00	20,93±0,0000
	<b>t:3,56 p=0,000</b>		<b>t:1,37 p=0,000</b>	

\* Bağımsız iki grup için “t testi” kullanılmıştır.

Tablo 4.10’da araştırmaya katılanların hastalık süresi ve yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmektedir. Deney ve kontrol grubunda hastalık süresi üç yıl ve üstü olanların sağlık ve fonksiyonel durum dışında tüm yaşam kalitesi alanlarında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000).

Hastalık süresi üç yıldan az olan kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalaması, üç yıl ve üzerinde olanlara göre daha yüksektir. Deney grubunun aile durumu dışında hastalık süresi üç yıl ve üzerinde olanların yaşam kalitesi puan ortalaması hastalık süresi üç yıldan az olanlara göre fazladır.

**Tablo 4.11. Dispne Yakınmasıyla Son Bir Yıldır Acile Başvuru Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=60).**

Yaşam Kalitesi Alanları	3 kezden az (n=5)		3 kez ve yukarısı (n=55)	
	Deney Grubu X±SD	Kontrol Grubu X±SD	Deney Grubu X±SD	Kontrol Grubu X±SD
Sağlık ve Fonksiyonel Durum	16,69±0,00	16,07±0,00	14,86±0,00	15,41±0,00
	<b>t:9,36 p=0,000</b>		<b>t:4,29 p=0,000</b>	
Sosyal ve Ekonomik Durum	21,85±0,00	21,29±0,00	20,36±0,00	18,83±0,00
	<b>t:4,23 p=0,000</b>		<b>t:9,22 p=0,000</b>	
Fizyolojik ve Manevi Durum	24,41±0,00	24,66±0,00	22,98±0,00	21,46±0,00
	<b>t:3,77 p=0,000</b>		<b>t:1,48 p=0,000</b>	
Aile Durumu	26,55±3,10	26,40±2,12	24,95 ±4,33	23,95±4,14
	<b>t:0,43 p=0,961</b>		<b>t:1,13 p=0,263</b>	

\* Bağımsız iki grup için “t testi” kullanılmıştır.

Tablo 4.11’de hastaların dispne yakınmasıyla son bir yıldır acile başvuru sayısı ve yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların ortalaması karşılaştırılmıştır. Bir yıl içinde hastaneye üç kezden daha az gelen hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir. Yaşam kalitesinin aile alanı dışındaki alanlarda her iki grup için istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000).

**Tablo 4.12. Hastaların NYHA Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=60).**

Yaşam Kalitesi Alanları	NYHA III (n=33)		NYHA IV (n=7)	
	Deney Grubu X±SD	Kontrol Grubu X±SD	Deney Grubu X±SD	Kontrol Grubu X±SD
Sağlık ve Fonksiyonel Durum	15,12±0,00	15,61±0,00	12,54±0,00	14,76±0,00
	<b>t:4,21 p=0,000</b>		<b>t:1,15 p=0,000</b>	
Sosyal ve Ekonomik Durum	20,55±0,00	19,20±0,00	20,39±0,00	16,69±0,00
	<b>t:1,50 p=0,000</b>		<b>t:9,63 p=0,000</b>	
Fizyolojik ve Manevi Durum	20,60±0,00	19,47±0,00	21,41±0,00	17,73±0,00
	<b>t:1,01 p=0,000</b>		<b>t:9,58 p=0,000</b>	
Aile Durumu	25,19±0,00	25,81±0,00	25,50 ±0,00	23,40±0,00
	<b>t:1,81 p=0,000</b>		<b>t:2,73 p=0,000</b>	

\* Bağımsız iki grup için “t testi” kullanılmıştır.

Tablo 4.12’de hastaların NYHA düzeyi ve yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların ortalaması karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da genel olarak NYHA III. düzeydekilerin yaşam kalitesi IV. düzeye göre daha yüksektir. Grupların NYHA düzeyi ve yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000).

**Tablo 4.13. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Dispne Puanları ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki (n=60)**

Kontrol Grubu		İlk Dispne	Son Dispne	İlk Yaşam Kalitesi	Son Yaşam Kalitesi
Deney Grubu	İlk Dispne	r:-0,611 p=0,000	r:-0,111 p=0,558	r:-0,100 p=0,598	r:0,000 p=0,999
	Son Dispne	r:-0,019 p=0,920	r:0,026 p=0,891	r:0,103 p=0,589	r:0,119 p=0,530
	İlk Yaşam Kalitesi	r:-0,113 p=0,552	r:0,006 p=0,975	r:-0,044 p=0,819	r:-0,098 p=0,607
	Son Yaşam Kalitesi	r:-0,013 p=0,945	r:-0,030 p=0,874	r:-0,064 p=0,737	r:-0,118 p=0,536

Tablo 4.13’de deney ve kontrol grubunun ilk-son yaşam kalitesi ve dispne puanları karşılaştırılmıştır. Deney ve kontrol grubunun hem ilk yaşam kalitesi ve dispne puanı arasında (Deney r:0,080 p=0,679, Kontrol; r:-0,073 p=0,700) hem de son yaşam kalitesi ve dispne puanı arasında (Deney r:0,015 p=0,936, Kontrol; r:-0,134 p=0,481) anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, kalp yetmezliğinde hemşirelik yaklaşımının dispne yönetimi ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek üzere yapılan deneysel araştırma verilerinin sonuçları tartışılmıştır.

Literatürde cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, bakımla ilgilenen, sigara alışkanlığı, sigara bırakma süresi, alkol alışkanlığı, alkol bırakma süresi, hastalığın süresi, başka hastalığın varlığı, acile başvuru sayısı, dispne ile acile başvuru sayısı, dispne durumunda evde yapılanlar, kalp yetmezliğinin nedeni, kalp yetmezliği sınıfı gibi faktörlerin dispne düzeyini ve yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (8,11).

Bu araştırmadaki hastalar, yan tutmayı azaltmak amacıyla uygulama öncesi oluşturulan listeden ilk 30 kişi deney ve son 30 kişi kontrol grubuna alınmışlardır. Deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında tanıtıcı özellikleri, alışkanlıkları, hastalığa ilişkin özellikleri açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmaması, bağımsız hemşirelik yaklaşımı olarak deney grubuna uygulanacak dispne semptom yönetiminin etkinliğini ortaya koyması açısından önemlidir.

Belirti ve semptomlar, hastaların sağlık bakımına gereksinim duydukları en önemli nedenler arasında yer almaktadır. Semptom Yönetimi Modelinde, hasta bir semptom için büyük risk taşıyorsa, semptom açığa çıkmadan girişimlerin düzenlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (24). Kalp yetmezliğinde en sık görülen semptom dispne olması nedeniyle hastalık ilerledikçe hasta ve yakınları bu semptomla daha sık karşılaşmaktadır. Dispne, endişeyi de beraberinde getirmektedir. Dispne semptom yönetiminde, bakım verenlerin üretkenliğini en üst düzeye çıkarma, hastanın kendine bakım ve otonomisini destekleme, yaşamı tehdit edici krizlerden kaçınma bireylerin yaşam kalitesini artırılabilenleri sürülmektedir (4,11).

Günümüzde hemşireliğin rolü, sağlık eğitimcisi olması, hastalığı önleyici çalışmalara katılması, sağlık ve hastalığın yansımaları olan duygusal gereksinimleri tanınması, hastalık sonrası rehabilitasyon gereksinimlerinin karşılanması gibi

işlevlerinin de olması gibi genişlemiş ve daha bilimsel bir özellik kazanmıştır. Kardiyolojide çalışan hemşirenin planlı bir eğitimle hastaların evde izlemesiyle birlikte semptomları kontrol altına alması, önemli ve genişletilmiş rolü ve sorumluluğu olarak tanımlanabilir (12). Hemşireler bu tür yaklaşımla hastanın yaşam biçimini olumlu yönde etkileyecek değişiklikleri sağlayabilmektedir.

Deney ve kontrol gruplarında yer alan hastaların ilk dispne puan ortalamaları (deney: 5,33+0,60; kontrol; 5,13+0,77) arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmazken ( $p=0,271$ ) (Tablo 4.5); her iki grubun son dispne düzeyleri puan ortalamaları arasında (deney: 3,30+0,46; kontrol; 4,97 +0,85) istatistiksel yönden ileri düzeyde anlamlı fark bulunması ( $p=0,000$ ), bu araştırmanın deney grubuna hemşirelik yaklaşımı olarak uygulanan planlı eğitimle birlikte evde dispne semptom yönetimine ilişkin eğitim ve telefonla izlem ve danışmanlık hizmetlerinin etkinliğini ortaya koyan “**H1: Dispne semptom yönetimi uygulanan deney grubunun dispne düzeyleri kontrol grubundan düşüktür**” hipotezini doğrulamaktadır.

Hemşirelik Bakım yaklaşımı olarak semptom yönetiminin kullanıldığı çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bozkurt ve Yıldız (2008) astımlı çocuklara yönelik uyguladıkları semptom yönetiminin bu alanda verilen bakımın etkinliğini artırarak hastaneye başvuru sıklığını azalttığını saptamışlardır (10). Arslan ve Hatipoğlu (2001) annelere verilen eğitim ve telefon danışmanlık hizmeti sonucunda bebeklerin sorunların azaldığını bildirmektedir (14). Birlik ve Dramalı (2006) kalça protezi uygulanan hastalarla yaptıkları çalışmada deney grubuna telefonla verdikleri danışmanlık hizmetinin hasta gereksinimlerinin belirlenmesine, taburculuk eğitim planının oluşturulması, hasta memnuniyetinin artması, hasta bakım kalitesinin artması, yaşam kalitesinde artışı sağladığını belirlemişlerdir (55). Demirsoy ve Kömürcü (2008) kemoterapiye bağlı oluşabilecek semptomların yönetimiyle ilgili yaptıkları çalışmada hasta ve yakınlarının genel anlamda eğitimleri etkili bulduklarını ortaya koymuşlardır (11).

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet ile dispne puan ortalamaları incelendiğinde kadınların dispne puan ortalaması daha düşüktür. Deney ve kontrol grubunda ki hastaların dispne puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan

anlamli bulunmuştur ( $P=0,000$ ) (Tablo 4.4). Akın ve Durna (2006)'nın kadın ve erkeklerin dispne düzeyinin incelendiği çalışmada kadınların dispne düzeyi erkeklere göre daha yüksek tespit edilmiştir (57). Korkmaz ve Fadiloğlu (2007)'nin çalışmasında cinsiyet ve dispne düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (16). Yapılan çalışmalarla bu araştırmanın sonuçları benzerlik göstermemektedir. Bu araştırmaya katılan kadınların şimdiye kadar hiç sigara kullanmamışken erkeklerin kullanmış olmaları dispne puan ortalamasının kadınlarda düşük olmasına neden olabilir.

Dispnenin nedenlerinden biride, havayolu obstrüksiyonu ile akciğerlerin kapasitesinin azaldığı ve direncinin arttığı durumlardır. Havayolu obstrüksiyonu hastanın dinlenme sırasında bile dispne yaşamasına neden olmaktadır (44). Sigara içimine bağlı havayolu obstrüksiyonunda solunum kaslarının ulaştığı gerilim, solunum kaslarına giden motor komut ve etkili solunum başlatma basıncı dispneye neden olabilir (4,42).

Araştırmaya katılan hastaların hastalık süresi ile dispne puan ortalamaları incelendiğinde her iki grupta da hastalık süresi üç yıldan az olanların dispne puan ortalamaları hastalık süresi üç yıl ve üstü olanlara göre daha düşüktür. Grupların hastalık süresine göre dispne puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $P=0,000$ ). Sarıtaş ve Tan (2010)'ın yaptığı çalışmada KY süresi ile öntest sontest puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,005$ ). Yapılan çalışma ile KY süresi arttıkça dispne düzeyinin artabileceği ifade edilmiştir (4). Bu araştırmanın sonucu yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Hastalık süresi arttıkça fonksiyonel kapasite ve egzersiz düzeyindeki azalmaya bağlı olarak dispne düzeyinde artar. KY'nde dispne genellikle aylar ve seneler içinde yavaşça gelişme göstermektedir. Hastalık ilerledikçe pulmoner fonksiyonel kapasitedeki azalma dispneye yol açan yaygın süreci oluşturur. Kapasitede ki azalmaya bağlı olarak dispne düzeyinde artış görölmektedir (4,8).

Araştırmaya katılan hastaların acile başvuru sayısı ile dispne puan ortalamaları incelenmiştir. Deney grubunun üç kez ve üstü ile üç kezden az başvuranların dispne puan ortalaması aynı olup kontrol grubundan düşüktür. Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ).

Hastaneye daha sık başvuran hastaların eğitimlere daha açık olduğu gözlenmiş ve bunu sözel olarak ifade etmişlerdir. Kızıl ve Kızılcı (2008)'inin yaptığı çalışmada araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlası 'hastalığının oluşmasına neden olan faktörler nelerdir ve KY'inin kötüye gittiğini nasıl anlarım' sorularını en sık sormuşlardır (12). Hastalıkla ilgili semptomların öğrenilmesi erken müdahale olanağı sağlayarak hastalığın şiddetlenmesini engelleyebilir. Daha sık hastaneye başvuranlar yaşadıkları sorunları en aza indirmek için semptomları kontrol altında tutmak isteyebilirler. Semptomlar sırasında yaşanan sorunlar hastalıkla ilgili eğitimlere yönelmeyi sağlayabilir. Kontrol grubunda daha sık hastaneye başvuru yapanlar hastalıkla ilgili sağlık personelinde bilgi almayı istediklerini ifade etmişlerdir. Böylece hastaneye üç kez ve üzerinde başvuranların dispne puan ortalaması düşük olabilir.

Araştırmaya katılan NYHA III. düzey deney grubu hastaları dispne puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır ve iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $P=0,000$ ). Deney grubunda III. düzeydekilerin dispne puan ortalaması IV. düzeye göre düşüktür. Özer ve Argon (2005)'un yaptıkları araştırmada KY düzeyi artıkça ya da ilerledikçe semptomların kötüleştiği belirtilmiştir (7). Deney grubunun sonuçları yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. Araştırmaya katılan IV. düzeydeki hastaların dispne puan ortalaması karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $P=0,938$ ).

Kontrol grubunun IV. düzey dispne puan ortalaması III. düzeye göre düşüktür. Kontrol grubunda ki bu hastalar hastaneye üç kez ve üstünde gelen hastalardır. Hastaneye başvuru sayısı hastaların semptomlarıyla daha iyi baş



edebilmelerini sağlayabilir bu nedenle KY'inin düzeyi artmasına karşın dispne puan ortalamasında düşüme olabilir.

Araştırma süresince deney ve kontrol grubundaki hastalar haftalık ve aylık olarak belli aralıklarla hemşirelik yaklaşımı olarak deney grubuna uygulanan dispne semptom yönetiminin etkinliğini ortaya koymak açısından beş ay boyunca telefonla izlenmişlerdir. Dispne semptom yönetimi uygulanan deney grubunun dispne puan ortalamaları ile kontrol grubunun dispne puan ortalamaları arasındaki fark üçüncü aydan itibaren istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ) (Tablo 4.6). Bu sonuca göre, KY olan hastalara hemşirelik yaklaşımı olarak uygulanan dispne semptom yönetimi sonuçlarının ancak üçüncü aydan sonra etkili olabildiği ve bu nedenle izlemlerin uzun süreli ve sürekli şekilde yapılandırılmasının önemli ve gerekli olduğu söylenebilir. Delgado ve McCaffrey (2005) telefonla danışmanlık hizmeti verilen KY hastalarında araştırmanın ikinci ayından itibaren hastaneye başvurularında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmaları da ( $p=0,003$ ) (15), bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan deney grubun ilk yaşam kalitesi puan ortalaması  $17,69\pm 3,27$  son yaşam kalitesi puan ortalaması  $19,80\pm 2,94$  kontrol grubunun ilk yaşam kalitesi puan ortalaması  $17,54\pm 3,74$  son yaşam kalitesi puan ortalaması  $18,61\pm 3,55$ 'dir. Hastaların ilk-son yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ) (Tablo 4.7). Yaşam kalitesi anketinden alınan 15 puanın orta düzey olduğu ve alınan puan arttıkça yaşam kalitesinin arttığı göz önüne alınınca; bu sonuç hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyin biraz üstünde olduğunu göstermektedir. Son yaşam kalitesi puan ortalamasında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,016$ ) (Tablo 4.7). Bu çalışmada deney grubunun yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre yüksek olması; deney grubuna verilen dispne semptom yönetimi eğitimi ve belirli aralıklarla telefon görüşmesi yapılarak hastaların kontrol edilmesi düşünülmektedir.

Yaşam kalitesinin tüm alanlarında deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ) (Tablo 4.8). Yaşam kalitesinin sağlık ve fonksiyonel durum alanında kontrol grubun puan ortalaması deney grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Kontrol grubunun telefonla aranması hastaların sağlığa verdikleri önemi artırmış olabileceği düşünülmektedir.

Grupların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ) (Tablo 4.9). Demir ve Ünsar'ın (2008) çalışmasında cinsiyetle yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (11). Bu araştırma ile yapılan çalışmanın sonuçları benzerlik göstermemektedir.

Bu araştırmada hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunda ki kadınların ortalaması sosyal ve ekonomik durum ile aile durumu dışında erkeklere göre daha yüksektir. Deney grubunda ki kadınların genel olarak ailelerinin yanında olmamaları ve ekonomik açıdan çocuklarına bağlı olmaları yaşam kalitesinin bu alanlarında erkeklere göre daha düşük ortalamaya sahip olmalarına neden olabilir. Deney grubundaki kadınların sağlık ve fonksiyonel alan ile fizyolojik ve manevi alan puan ortalamaları erkeklere göre yüksektir. Deney grubuna verilen dispne semptom eğitimi ve telefon görüşmelerine kadınların daha uyumlu oldukları ve bu nedenle yaşam kalitesinin belirli alanlarında erkeklerden daha iyi oldukları düşünülebilir. Cline ve ark (1999). yaptığı çalışmada araştırmaya katılan kadın ve erkeklere KY eğitimlerine kadınların daha iyi uyum sağladıkları belirlenmiştir (40). Kontrol grubunda erkeklerin yaşam kalitesi puan ortalaması kadınlara göre daha yüksektir. Bu araştırmadaki kontrol grubundaki kadınların geneli ailelerinden uzakta ve tek başlarına yaşamlarını sürdürmek zorundadır. Bu nedenle, kontrol grubundaki kadınların bu özellikte olmaları yaşam kalitesi puan ortalamalarında erkeklere göre daha düşük ortalamaya sahip olmalarına neden olabilir.

Araştırmadaki grupların hastalığın süresine göre yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık ve fonksiyonel durum dışında diğer alanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $P=0,000$ ) (Tablo 4.10). Özer ve Argon (2002)'un çalışmasında hastalığın süresi ile yaşam kalitesi puan ortalaması

karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (55). Bu araştırmanın sonuçları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Hastalık süresi üç yıldan az olan kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalaması, üç yıl ve üzerinde olanlara göre daha yüksektir. Deney grubunun aile durumu dışında hastalık süresi üç yıl ve üzerinde olanların yaşam kalitesi ortalama puanlarını hastalık süresi üç yıldan az olanlara göre fazladır. Hastalık süresi arttıkça hasta ve yakınları daha fazla desteğe ve eğitime gereksinim duymaktadırlar (12). Bu araştırmada 3 yıl ve üzerinde hastalık süresi olan deney grubundakilerin hastalıkları ile baş edebilmek için yardım arayışında olmaları ve yapılan eğitimler ile telefon görüşmeleri hastalıkla baş edebilmelerini sağlayarak yaşam kalitesinde değişmelere neden olabilir.

Acile son bir yıldır dispne yakınmasıyla başvuru sayısı ve yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları incelendiğinde aile durum alanı dışında diğer yaşam kalitesi alanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $P=0,000$ ) (Tablo 4.11).

Özer ve Argon (2002)'un çalışmalarında da bu çalışmadakine benzer hastanede yatma durumu incelendiğinde yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (55). Kalp yetmezliğinde semptomlar kötüleştikçe hastaneye başvuru sayısı artmakta, bu durumda hastaların yaşam kalitesini kötüleştirmektedir. Bu araştırmanın sonuçları yaşam kalitesinin aile durumu dışında yapılan araştırma ile benzerlik göstermektedir.

NYHA düzeyi ile yaşam kalitesi alanları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p=0,000$ ) (Tablo 4.12). Demir ve Ünsar (2008)'in çalışmasında düzey III ve IV olan hastaların yaşam kaliteleri düzey I ve II'ye göre daha düşük bulunmuştur. Kalp yetmezliği ciddiyeti arttıkça hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları da düşmektedir. (11). Bu araştırmanın sonuçları yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada, hastaların ilk-son dispne puan ortalamaları ve ilk-son yaşam kalite puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna

karşın, dispne düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.13). Bu sonuçlar doğrultusunda “**H2: Kalp yetmezliği olan hastalara hemşirelik yaklaşımı olarak uygulanan dispne semptom yönetimi yaşam kalitesi düzeyini etkiler**” hipotezini doğrulamamaktadır.

Demir ve Ünsar (2008)’ın yaptığı çalışmada KY ciddiyeti arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. KY ‘nde kullanılan ilaçlar, uyku süresi, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (11). Özer ve Argon (2005)’un çalışmasına katılan hastalar en sık dispneden yakınmışlardır. dispne sorunu hastaların en belirgin aktivitelerin kısıtlanmasına neden olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada hastalar dispne, yorgunluk, bacaklarda ödem semptomlarından kendilerini başkalarına bağımlı hissettiklerini belirtmişlerdir. Günlük aktivitelerde başkalarına bağlı olmak yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu belirlenmiştir. Yine bu çalışmada hastaların yarısı yaşamdan zevk almadıklarını belirtmiştir.(10). Chen ve Clark (2007)’ yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesini sosyal, psikolojik, ekonomik, dini ve fiziksel durumların etkilediği belirlenmiştir (30).

Bu çalışmada da, araştırmaya katılan hastalar dispne nedeniyle başkalarına bağımlı olduklarını bildirmişlerdir. Araştırma süresinde yapılan telefon görüşmelerinde her iki grupta ki hasta ve yakınlarını kendilerini yalnız hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Hasta ve yakınları telefon görüşmeleriyle kendilerini güvende hissederek hastalığa bakış açılarının değiştiğini ifade etmişlerdir. Hastalar kendi bakımını yapma ve hastalıkla ilgili bilgi almak istedikleri araştırmacı tarafından fark edilmiştir. Tüm bunlardan hastaların genel olarak yaşam kalitesi puan ortalamaları ortalama değer olan 15’in üzerinde bulunmuştur.

Araştırmada korelasyon olmadığı şeklinde hipotez kabul edilirse, değişkenler arası ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmamalıdır. Sağlıklı bir yorum yapabilmek için farklı değişkenlerin etkisi araştırılmadır (63). Bu araştırmaya katılan hasta sayısının sınırlı ve yalnızca dispne ile yaşam kalitesinin karşılaştırılması iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmamasına neden olabilir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

KY olan hastalara uygulanan dispne semptom yönetiminin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan kontrol gruplu deneysel çalışmada;

- Hemşirelik yaklaşımı olarak uygulanan dispne semptom yönetimi ile deney grubunun ilk ve son dispne puan ortalamaları arasında anlamlı bir düşüş bulunmasına karşın, kontrol grubunda anlamlı bir düşüş olmaması nedeniyle H1: Dispne semptom yönetimi uygulanan deney grubunun dispne düzeyleri kontrol grubundan düşüktür” hipotezi doğrulanmıştır.
- “H2: Kalp yetmezliği olan hastalara hemşirelik yaklaşımı olarak uygulanan dispne semptom yönetimi yaşam kalitesi düzeyini etkiler” hipotezi doğrulanmamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunmaktadır;

- Kardiyoloji kliniklerinde kalp yetmezliği olan hastaların hemşirelik bakımı kapsamında dispne semptom yönetimi uygulamalarına yer ve öncelik verilmesi,
- Kalp yetmezliği olan hastaların hastaneye başvurusu ile başlayan evde bakımlarına ilişkin dispne semptom yönetimine ilişkin en az bir yıl süre ile eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesiyle birlikte izlemlerinin yapılması,
- Maliyet ve zaman kaybını azaltmak amacıyla hastanede konusunda uzman hemşirelerden oluşan ve kalp yetmezliği olan hastalara 24 saat telefonla danışmanlık hizmeti veren bir birimin oluşturulması,
- Dispne semptom yönetiminin hasta ve yakınları açısından farklı yönlerini görebilmek için niteliksel araştırmaların planlanması ve yaşam kalitesi

zerindeki etkilerinin ortaya konulmasının katkı sağlayacağı  
düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-Care Abilities of Patient with Heart Failure. *Hurt&Lung Journal Medicine Science*. 2001;30(5),351-59.
2. Roger VL, Weston SA, Redfield MM. Trends in Heart Failure Incidence and Survival in a Community Based Population. *JAMA*, 2004;292(1):344–350.
3. Oğuz S, Enç N. Symptoms and Strategies in Heart Failure in Turkey. *Int Nurs Rev* 2008;55(4):462-467.
4. Sarıtaş S, Tan M. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Edispne ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, 2010.
5. Alla F, Zannad F, Filippatos G. Epidemiology of Acute Heart Failure Syndromes. *Heart Failure Rev* 2007;12(2):91-95.
6. Paulus WJ, Tschöpe C, Sanderson JE. How To Diagnose Diastolic Heart Failure: A Consensus Statement on The Diagnosis of Heart Failure With Normal Left Ventricular Ejection Fraction By The Heart Failure and Echocardiography. *Associations of the European Society of Cardiology. Eur Heart J*, 2007;28(20):2539-2550.
7. Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005;21(1):63-77.
8. World Herat Federation. Annual Report, 2006, Erişim: (<http://www.who.int/en/>) Erişim Tarihi:26.11.08
9. Yamanel L, Cömert B. Acil Dahiliye Başvurularında Demografik Özellikler ve Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Kriterleri. *Acil Tıp Dergisi*, 2008;20(3):1-7.
10. Argon G, Özer S. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2002.
11. Demir M, Ünsar S. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Edirne Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, Edirne, 2008.

12. Kızıl C, Kızılcı S. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Eğitim Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bu Konuda Düşünceleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.
13. Maureen M, Friedman D. Heart Failure Patients' Time, Symptoms, and Actions Before A Hospital Admission. Journal of Cardiovascular Nursing. 2008;23(6):506-513.
14. Arslan F, Hatipoğlu S. Primipar Annelere Gebelikte Ve Doğum Sonu Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Doktora Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Dahili Hemşirelik Bilimleri Ana Bilim Dalı Başkanlığı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Başkanlığı Hemşirelik Programı, Ankara, 2001.
15. Bozkurt G, Yıldız S. Astımlı Okul Çocuklarına Hastalığın Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitelerine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2003.
16. Korkmaz M, Fadıoğlu Ç. Akciğer Kanseri Olan Hastalara Uygulanan Taburculuk Planlamasının Semptom Kontrolü Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.
17. Bilik Ö, Dramalı A. Kalça Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006.
18. Demirsoy G, Kömürcü N. Jinekolojik Onkoloji Hastalarında Kemoterapiye Bağlı Semptomların Yönetimi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2008.
19. Delgado P, McCaffrey R. Influences Of Postdischarge Management By Nurse Practitioners on Hospital Readmission for Heart Failure. American Academy of Nurse Practitioners, 2005;10(4):154-159.
20. Clark R, Sally C, McAlister A, John GF. Telemonitoring or Structured Telephone Support Programmes for Patients with Chronic Heart Failure. Journal BMJ, 2007;75(5):460-465.



21. Edwards M, Chang H, Parker A. Fewer Emergency Readmissions And Better Quality Of Life For Older Adults At Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial To Determine The Effectiveness of A 24-Week Exercise And Telephone Follow-Up Program Courtney. The American Geriatrics Society, 2009; 57(3):135-140.
22. Mahler DA. Mechanisms And Measurement of Dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Proc Am Thorac Soc, 2006;3(2):234-238.
23. Ignatavicius D, Workman, L. Critical Thinking for Collaborative Care. Medical-Surgical Nursing, 2006;5:567-568.
24. Buckle J, Sharkey P, Myriski P, Smout R, Horn S. Improving Outcomes for Patients Hospitalised with Chronic Heart Failure. European Journal Heart Failure, 2000;10:30-40.
25. Elmariah S, Goldberg L, Allen M, Kao A. Effects of Gender on Peak Oxygen Consumption and The Timing of Cardiac Transplantation. J Am Coll Cardiol, 2006;47(11):227-242.
26. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Ankara. 2008;22-26.
27. Nantawadee P. Management of Common Symptoms at End of Life in Acute Care Settings. The Journal for Nurse Practitioners, 2008;9:1-6.
28. Franzén K, Blomqvist K, Saveman B. Impact of Chronic Heart Failure on Elderly Persons' Daily Life. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2006;5(1):137-145.
29. Feldman D, Thivierge C, Guérard L, Déry V, Kapetanakis C, Lavoie G, Beck E. Changing Trends In Mortality And Admissions to Hospital for Elderly Patients With Congestive Heart Failure in Montreal. Canadian Medical Association, 2001;8(165):1033-1036.
30. Chen H, Clark A. Sleep Disturbances in People Living with Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 2007;22(3):177-185.
31. Borg G. Physiological Bases of Perceived Exertion. Med Sci Sports Exerc, 1982;14(4):377-381.
32. Heart Failure Society of America (HFSA) Practice Guidelines. HFSA Guidelines for Management of Patients with Heart Failure Caused By Left Ventricular Systolic Dysfunction-Pharmacological Approaches. J Card Fail, 1999;5:357-382.

33. AHA Medical/Scientific Satetement. 1994 Revisions to Classification of Functional Capasity and Objective Assessment of Patients with Diseases of The Heart. *Circulation*,1994;90:644-645.
34. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, 2008.
35. Jessup M, Brozena S. Medical progress: Heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 2007;1-20.
36. American Heart Association. *Heart Disease and Stroke Statistics*, 2008.
37. William T, Abraham I Henry Krum. Kalp Yetersizliği Tedaviye Yaklaşım, 2007;3(1):40-45.
38. Sackett DL, Hayness RB. *Compliance with Therapeutic Regimens*. The Johns Hopkins University Press, 1976;30-47.
39. Maureen M, Friedman RN, Jill R. Heart Failure Patients' Time, Symptoms, and Actions Before A Hospital Admission. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008;23(6):506-512.
40. Falk S, Wahn A, Lidell E. Keeping The Maintenance of Daily Life İnspite of Chronic Heart Failure. A Qualitative Study, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2006;10(4): 55-63.
41. Gökçe S. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Uyku Kalitesinin ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008, İzmir.
42. Davies M, Lip G. Hastane Dışı Klinik Uygulamada Kalp Yetersizliği Tedavisi. *ABC of Heart Failure BMJ*, 2009;6(2):37-41.
43. Akbayrak N, Erkal S, Ancel G, Albayrak A, Unsar S. Konjestif Kalp Yetmezliği Hemşirelik Bakım Planları. Ankara, 2007; 255-267.
44. Martje L, Wal Tiny Jaarsma, Dirk J. Non-Compliance in Patient with Heart Failure; How Can We Manage İt. *The Europen Journal of Heart Failure*, 2005;11(1):5-17.
45. Enç N, Yiğit Z, Altıok M, Özer S, Oğuz S. Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 2.Baskı, İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları, 2007: 211-33.

46. Birol L, Akdemir N. Kalp Yetmezliği ve Hemşirelik Bakımı, Kalp Hastalıklarından Korunma. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset, 2004; 452-467.
47. Arat,N, Yıldırım N, Altay H, Şahin O, Sökmen Y, Sabah İ. Kompanse Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Fiziksel Aktivite Alışkanlığı ve Uyku Kalite İndeksi ile İlgili Klinik ve Ekokardiyografik Parametreler Türkiye Klinikleri. Journal of Cardiovascular Science, 2006; 18(2): 196-205.
48. Akyolcu N. Kanserli hastalarda dispne ve hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002;6(1):1-8.
49. Dolar E. İç Hastalıkları. İstanbul: Nobel Kitapevi, 2005;19-30.
50. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Sanerch Yayın, 2003; 457-462.
51. Arthur C, Guyton M. Tıbbi fizyoloji. 9. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2007; 429-451.
52. Skobel, E., Norra, C., Sinha, A., Brever, C., Hanrath, P., Stellbrink, C. Impact of Sleep Related Breathing Disorders on Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Heart Failure. The European Journal of Heart Failure, 2005;7(1): 505–511.
53. Ay F, Ertem U, Özcan N, Gunes B. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2007.
54. Küçükdeveci A. Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi, Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005;51(Ozel Ek B): 23-29.
55. Sadik A, Yousif M, Mcelnay J. Pharmaceutical Care of Patients with Heart Failure. British Journal of Clinical Pharmacology, 2005; 60(2): 183-193.
57. Akın S, Durna Z. Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(2): 1-8.
58. Grange J. The Role of Nurses İn The Management of Heart Failure. Heart Failure, 2005;91: 39-42.
59. Bilik Ö, Dramalı A. Kalça Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006.
60. Uyar M, Uslu R, Şenuzun F, Yıldırım Y. Semptom Yönetimi, Kanser ve Palyatif Bakım. Meta Basım, İzmir: 2006:133-163.

61. Wilson RC, Jones PW. A Comparison Of A Visual Analogue Scale and Modified Borg Scale for The Measurement of Dyspnea During Exercise. *Clin Sci*, 1989; 76: 277-82.
62. American Thoracic Society. Dyspnea Mechanisms, Assessments and Management: A Concensus Statement. *AJCCM*. 1999; 159: 321-40.
63. Hemşirelikte Araştırma Süreç ve Yöntemleri. Akmansoy S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu O, Erefe İ, Görak G, Karataş N, Kocaman G, Kubilay G, Seviğ Ü. 1. Baskı, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği-HEMAR-GE, İstanbul: Odak Ofset, 2002.

## EKLER

### EK1: Hasta Bilgi Formu

#### HASTA BİLGİ FORMU

**Denek no:**

#### **A) Bireye İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler**

1. Ad Soyad:
2. Cinsiyet
3. Yaş.....
4. Medeni durumunuz.....
5. Eğitim Durumunuz:
  1. Okur-yazar değil
  2. Okur-yazar
  3. İlköğretim mezunu
  4. Lise mezunu
  5. Fakülte mezunu-Yüksekokul

#### **B) Bireye İlişkin Genel Sorular**

6. Araştırma süresince ulaşılabilecek telefon numarası  
.....
7. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz
  1. Yalnız
  2. Eşimle birlikte
  3. Eşim ve çocuklarımla birlikte
  4. Diğer
11. Sizin bakımınızla ilgilenen birisi var mı?
  1. Evet
  2. Hayır
12. Kimler ilgileniyor?
  1. Eş
  2. Çocuklar

3. Bakıcı

4. Diğer

13. Sigara alışkanlığınız var mı?

1. Evet içiyorum

2. Hayır içmiyorum

3. Bıraktım

14. Cevabınız evet ise ne kadar süredir içiyorsunuz ?.....

15. Cevabınız bıraktım ise ne kadar süredir bıraktınız?.....

16. Alkol alışkanlığınız var mı?

1. Evet kullanıyorum

2. Hayır kullanmıyorum

3. Bıraktım

17. Cevabınız evet ise ne sıklıkta ve ne

kadar?.....

18. Cevabınız bıraktım ise ne kadar süredir

kullanmıyorsunuz?.....

### **B) Hastalığa İlişkin Sorular**

#### **( Hastadan alınacak bilgiler )**

19. Ne kadar süredir kalp yetmezliği

hastasıınız?.....

20. Kalp yetmezliği dışında başka hastalıklarınız var

mı?.....

21. Kalp yetmezliği nedeni ile acile son bir yıldır başvurduğunuz mu?.....

22. Nefes darlığı yakınmasıyla son bir yıldır acile kaç defa başvurduğunuz?.....

23. Nefes darlığı yakınmanız olduğunda evde neler yapıyorsunuz ?

.....

.....

24. Nefes darlığı yakınmanızla ilgili eğitimlere ihtiyaç duyuyor musunuz ?

25. Dispne semptom yönetimiyle ilgili hastanede hemşirlerden eğitim aldınız mı ?

1. Evet

2. Hayır

26. Cevabınız evet ise eğitimde anlatılanları uyguluyor musunuz ?

## **B)Hastalığa İlişkin Sorular**

### **( Hastanın dosyasından alınacak bilgiler )**

27. Fiziksel aktiviteye göre kalp yetmezliğinin sınıfı ( NYHA sınıflandırması ) nedir?

1. NYHA III
2. NYHA IV

28. Kalp yetmezliğinin nedeni nedir?

1. İskemik kalp hastalıkları (MI, anjiyografi, CABG )
2. Kapak hastalıkları ( MY, MS; AS, AY )
3. Hipertansiyon, DM
4. Kardiyomiyopati ( hipertrofik, dilate )
5. Diğer ( miyokardit, perikardit, konjenital )

## EK2: Kalp Yetmezliği Eğitim Broşürü

### KALP YETMEZLİĞİ EĞİTİM FORMU

#### Kalbin Yapısı ve İşlevleri

Kalp vücudumuza kanımızı pompalayan, kas yapılı bir organdır. Yaklaşık 300 gr ağırlığında olan kalp iki akciğerin ortasında daha çok sola doğru yerleşim göstermektedir. Önde göğüs kemiği ve omurgalar arkada omurga tarafından korunur.

Kalbinizdeki Sorun

#### Kalp Yetmezliği Nedir?

- ❖ Kalbin kan pompalama işlevini tam olarak yapamadığı bir durumdur.
- ❖ Vücuda yeterli kan akımı olmaz, akım bozukluğu nedeni ile kan kalbe geri dönemez.
- ❖ Kalbe geri dönemeyen kan damarlarda birikmeye başlar.
- ❖ Hipertansiyon, böbrek hastalıkları, kansızlık ( anemi ), yüksek ateşli enfeksiyonlar kalp yetmezliğine neden olabilmektedir.

#### Risk Faktörleri Nelerdir?

Sigara içme  
Fazla alkol  
Şişmanlık  
Fazla yağlı diyet

#### Kalp Yetmezliğinin Belirtileri Nelerdir?

- ❖ Kesik kesik nefes alma ( genellikle çaba ile ve sırtüstü yatınca )
- ❖ Ayak bileklerinde şişme
- ❖ Göğüs ağrıları
- ❖ Halsizlik
- ❖ İştah değişimleri, zamanla kilo değişimleri ( kilo kayıpları )
- ❖ Nezle gibi hafif hastalıklara karşı dirençsizlik

Tedavi Nasıl Yapılır?

İdrar söktürücü ilaçlar (diüretikler ), kalbin pompalama gücünü artıran ilaçlar (digoxsin ). Kalp yetmezliği bireylerin kalp akciğer iyileştirme programını öğrenmesi ile savaşılabılır.



## **İlaçlar**

Kalp yetmezliğinde kullanılan ilaçlar düzenli ve önerildiği ölçülerde kullanılmadığında istenmeyen etkiler gösterebilirler.

İdrara söküçüler bilinç bulanıklığı, dikkatsizlik, halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma gibi yan etkiler yapabilir.

Kalbin gücünü artıran ilaçlar (dijitaller ) ise, bilinç bulanıklığı, dikkatsizlik, halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma gibi yan etkiler yapabilir. Böyle bir etki görüldüğünde doktora başvurulması gerekmektedir.

## **Diyet**

Kalp hastalığı olan bireylerin ‘ne yiyeceğim ne yemeyeceğim?’ diye kararsız kalmasına gerek yok. Sağlıklı bireylerin yeme düzenlerine benzer şekilde beslenebilirler. Birkaç eklenti dışında bireylerin sıkıntıya düşmesine neden olacak bir durum söz konusu değildir.

Bireylerin normal beslenme düzenleri proteinlerden, karbonhidratlardan ve yağlardan oluşur. Önemli olan bunların oranlarıdır. Hangi besinden ne kadar yenileceğine dikkat etmek gerekir.Bitkisel besinleri ve ızgara pişirilmiş besinleri tercih edin.

## **Sodyumdan az beslenmek**

Sodyum sağlık açısından gerekli bir maddedir. Tüm yiyeceklerde özellikle **tuzda** bulunmaktadır. Çoğu besinde gereğinden fazla bulunmaktadır. Vücut fazla sodyumdan kurtulamazsa sıvı biriktirmeye başlar. Fazla sıvı kalbin ve böbreklerin çalışmasını zorlar ve tansiyonu yükseltir. Daha az sodyumlu içeren yiyecekler yiyerek bu durumu kontrol altında tutabilirsiniz.

- ❖ Yiyecekleriniz piştikten sonra tuz eklemeyiniz.
- ❖ Marketlerden alacağınız yiyeceklerin üzerindeki sodyum değerlerini dikkatlice okumaya çalışınız.

Aşağıda sodyumdan zengin besinler bulunmaktadır. Sodyumdan zengin yiyeceklerin bilinmesi kalp yetmezliği için önemlidir.

## **Sodyum oranı düşük besinler**

- ❖ Kaymak
- ❖ Süt, krem peynir
- ❖ Yumurta
- ❖ Hindi, kuzu, dana, tavuk etleri, balık

- ❖ Taze sebze ve meyve
- ❖ Sarımsak, soğan
- ❖ Çay, kahve

#### **Sodyumdan zengin yiyecekler**

- ❖ Katı peynir
- ❖ Yağlı süt
- ❖ Sosis, salam, sucuk
- ❖ Konserve etler
- ❖ Turşu, salamura yiyecekler
- ❖ Tuzlu fıstık, fındık

Günlük tuz alımı 2 gr düzeyinde olmalıdır.

#### **Sıvı Alımı**

Kalp yetmezliği olan hastalarda genellikle yoğun su içme isteği vardır, buda vücuda sıvı birikimine neden olmaktadır. Bireylerin günlük sıvı alması **iki litre** olmalı.

#### **Alkol Tüketimi**

Aşırı alkol tüketimi kalp kasına zarar verebilmektedir. Alkol alışkanlığınızı bırakamıyorsanız günlük alkol tüketimi bir kadehi geçmemelidir.

#### **Sigara**

Sigara kalbin beslenmesini sağlayan damarların tıkanmasına neden olarak kalp yetmezliğini artırabilir. Sigara alışkanlığını bireylerin bırakması gerekmektedir.

#### **Egzersiz**

- ❖ Egzersizler kişilerin kendi düzenledikleri saatlerde yapılabilir. Egzersizler düzenli yapılmalıdır.
- ❖ Yemeklerden 1-2 saat sonra egzersizler yapılabilir.
- ❖ Kalp yetmezliği hastaları 30-60 dakika süren kısa yürüyüşler yapabilirler.

#### **Kilo Takibi**

Günlük kilo takibi vücudun topladığı fazla sıvı miktarını ölçmek için uygun bir yoldur. Kilo takibinde izlenmesi gereken bazı yollar vardır bunlar.

- ❖ **Zaman.....**sabahları yataktan kaldıktan hemen sonra tartılmak ( yemek yemeden).
- ❖ **Kıyafet.....**üzerinizde sadece iç çamaşırlarınız olmalı.
- ❖ **Kilo değişikliği.....** 1-3 gün arasında 2 kilo almak.

### **EK3: Dispne Semptom Yönetimi**

#### **Dispnenin Tanılanması ve Yönetimi**

Ölçek hastalığın düzeyini belirler. Gerekli önlemlerin önceden alınmasını böylece hastaneye yatışları azaltabilir. Ölçekler telefon görüşmesi sırasında yapılır. Telefon görüşmelerinin hergün olmadığı zamanlarda telefon görüşmelerinin yapıldığı zamanlarda yapılması gerekir.

#### **Dispnenin Tanılanması**

Kişilerin soluk alamaması ya da yaptığı solunumun farkında olması gibi rahatsız edici duruma dispne denir. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşamasına neden olmaktadır. Dispnenin tanılanması için bir ölçek kullanılmaktadır. Ölçekle kişiler dispne düzeylerini belirlerler sonrasında dispnenin yönetiminde önerilenleri uygulayabilirler.

Dispnenin tanılanmasında Brog adı verilen ölçek kullanılacaktır.

- ❖ Ölçek 0-10 arası numaralardan oluşmaktadır.
- ❖ Numaralar yukarıdan aşağıya doğru dispnenin attığını gösterir.
- ❖ Yani 0 numarası dispnenin olmadığını gösterirken 10 dispnenin şiddetli olduğunu göstermektedir.

#### **Dispnenin Yönetimi**

- ❖ Yavaş ve derin soluk alın
- ❖ Diyaframı kullanın
- ❖ Dudaklarınızı büzerek havayı üfleyin (dışarı verin)
- ❖ Soluk verme işlemini soluk almadan daha uzun yapın
- ❖ Rahat bir pozisyonda oturun.
- ❖ Koltuğa ya da sandalyeye oturun, yemek masasının üzerine yastık koyun daha sonra kollarınızı yastıkların üzerine koyun ve bu şekilde nefes alıp vermeye çalışın.
- ❖ Koltuğa ya da sandalyeye oturun, ayaklarınızı birbirinden ayırın ve ellerinizi dizlerinizin üzerine koyarak dinlenin.
- ❖ Duvara dayanın, ayaklarınızı açın, önünüze bir sandalye alın ve öne doğru eğilin bu şekilde soluk alıp vermeye çalışın.

#### **EK4: Borg Dispne Ölçeği**

##### **Sayısal (Borg) Ölçeği**

0- Hiçbir bulgu yok

0.5- Çok, çok hafif

1- Çok hafif

2- Hafif

3- Orta derecede

4- Biraz ciddi

5- Ciddi

6- .....

7- Çok ciddi

8- .....

9- .....

10- Çok, çok ciddi

##### **En üst düzeyde**

Dipsne düzeyiniz biraz ciddi, ciddi, çok ciddi, çok çok ciddi ise hastaneye başvurmanız gerekmektedir. Bunların dışındaki düzeyler çıktıysa dispnenin yöntemi uygulanabilir.

**EK5: Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Endeksi Kardiak Version –IV**

**YAŞAM KALİTESİ ENDEKSİ  
KARDİAK VERSİON**

**I.BÖLÜM:** Aşağıdaki ifadelerin her biri için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi tanımlayan cevabı seçiniz. Cevabınızı soru hizasındaki numarayı daire içine alarak işaretleyiniz. Soruların cevabı doğru ya da yanlış olarak nitelendirilmemektedir.

Hiç memnun değilim
Orta derecede memnun değilim
Hafif derecede memnun değilim
Hafif derecede memnunum
Orta derecede memnunum
Çok memnunum

**Aşağıdakilerden ne derece memnunsunuz?**

1.Sağlığınız	1	2	3	4	5	6
2. Tıbbi bakımınız	1	2	3	4	5	6
3. Hissettiğiniz göğüs ağrısının (anginanın) miktarı	1	2	3	4	5	6
4. Nefes darlığı olmadan soluk alabilme gücünüz	1	2	3	4	5	6
5. Günlük aktivitelerinizi sürdürmek için sahip olduğunuz enerji	1	2	3	4	5	6
6.Yardımsız kendi bakımınızı yapabilme beceriniz	1	2	3	4	5	6
7.Kendi yaşamınızı kontrol edebilme dereceniz	1	2	3	4	5	6
8. İsteddiğiniz kadar uzun yaşamak için sahip olduğunuz şans	1	2	3	4	5	6

Hiç memnun değilim
Orta derecede memnun değilim
Hafif derecede memnun değilim
Hafif derecede memnununum
Orta derecede memnununum
Çok memnununum

9. Ailenizin sağlığı	1	2	3	4	5	6
10. Çocuklarınızın sağlığı	1	2	3	4	5	6
11. Ailenizin mutluluğu	1	2	3	4	5	6
12. Cinsel hayatınız	1	2	3	4	5	6
13. Eşiniz, sevgiliniz, partneriniz	1	2	3	4	5	6
14. Arkadaşlarınız	1	2	3	4	5	6
15. Ailenizden aldığınız manevi destek	1	2	3	4	5	6
16. Aileniz dışındaki insanlardan aldığınız manevi destek	1	2	3	4	5	6
17. Ailevi sorumluluklarınızı yerine getirebilme gücünüz	1	2	3	4	5	6
18. Başkaları için faydalı olabilme dereceniz	1	2	3	4	5	6
19. Yaşamınızdaki sıkıntıların yoğunluk derecesi	1	2	3	4	5	6
20. Komşularınız	1	2	3	4	5	6
21. Eviniz, apartmanınız ya da yaşadığınız yer	1	2	3	4	5	6
22. İşiniz (eğer çalışıyorsanız)	1	2	3	4	5	6
23. İşsiz olmak (eğer çalışmıyorsanız)	1	2	3	4	5	6
24. Eğitiminiz	1	2	3	4	5	6
25. Parasal ihtiyaçlarınızı karşılayabilme dereceniz	1	2	3	4	5	6
26. Eğlence amaçlı yaptığınız şeyler	1	2	3	4	5	6
27. Mutlu bir gelecek için sahip olduğunuz şanslar	1	2	3	4	5	6
28. İç huzurunuz	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6
	1	2	3	4	5	6

Hiç memnun değilim
Orta derecede memnun değilim
Hafif derecede memnun değilim
Hafif derecede memnununum
Orta derecede memnununum
Çok memnununum

29. Allah inancınız	1	2	3	4	5	6
30. Kişisel amaçlarınıza ulaşabilmeniz	1	2	3	4	5	6
31. Genel olarak mutluluğunuz	1	2	3	4	5	6
32. Genel olarak yaşamınız	1	2	3	4	5	6
33. Kişisel görünüşünüz	1	2	3	4	5	6
34. Genel olarak kendiniz	1	2	3	4	5	6
35. Kalp rahatsızlığınız yüzünden yaşamınızda yapmak zorunda kaldığımız değişiklikler	1	2	3	4	5	6

## YAŞAM KALİTESİ ENDEKSİ KARDİAK VERSİYON

**II.BÖLÜM:** Aşağıdaki ifadelerin her biri için yaşamınızın o alanından ne kadar önemli olduğunu en iyi tanımlayan cevabı seçiniz. Cevabınızı soru hizasındaki numarayı daire içine alarak işaretleyiniz. Soruların cevabı doğru yada yanlış olarak nitelendirilmemektedir.

Hiç memnun değilim
Orta derecede memnun değilim
Hafif derecede memnun değilim
Hafif derecede memnunum
Orta derecede memnunum
Çok memnunum

### Aşağıdakilerden ne derece memnunsunuz?

1.Sağlığınız	1	2	3	4	5	6
2. Tıbbi bakımınız	1	2	3	4	5	6
3. Hissettiğiniz göğüs ağrısının (anginanın) miktarı	1	2	3	4	5	6
4. Nefes darlığı olmadan soluk alabilme gücünüz	1	2	3	4	5	6
5. Günlük aktivitelerinizi sürdürmek için sahip olduğunuz enerji	1	2	3	4	5	6
6.Yardımsız kendi bakımınızı yapabilme beceriniz	1	2	3	4	5	6
7.Kendi yaşamınızı kontrol edebilme dereceniz	1	2	3	4	5	6
8. İsteddiğiniz kadar uzun yaşamak için sahip olduğunuz şans	1	2	3	4	5	6



Hiç memnun değilim	Orta derecede memnun değilim	Hafif derecede memnun değilim	Hafif derecede memnunum	Orta derecede memnunum	Çok memnunum
--------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------------	--------------

9. Ailenizin sağlığı	1	2	3	4	5	6
10. Çocuklarınızın sağlığı	1	2	3	4	5	6
11. Ailenizin mutluluğu	1	2	3	4	5	6
12. Cinsel hayatınız	1	2	3	4	5	6
13. Eşiniz, sevgiliniz, partneriniz	1	2	3	4	5	6
14. Arkadaşlarınız	1	2	3	4	5	6
15. Ailenizden aldığınız manevi destek	1	2	3	4	5	6
16. Aileniz dışındaki insanlardan aldığınız manevi destek	1	2	3	4	5	6
17. Ailevi sorumluluklarınızı yerine getirebilme gücünüz	1	2	3	4	5	6
18. Başkaları için faydalı olabilme dereceniz	1	2	3	4	5	6
19. Yaşamınızdaki sıkıntıların yoğunluk derecesi	1	2	3	4	5	6
20. Komşularınız	1	2	3	4	5	6
21. Eviniz, apartmanınız ya da yaşadığınız yer	1	2	3	4	5	6
22. İşiniz (eğer çalışıyorsanız)	1	2	3	4	5	6
23. İşsiz olmak (eğer çalışmıyorsanız)	1	2	3	4	5	6
24. Eğitiminiz	1	2	3	4	5	6
25. Parasal ihtiyaçlarınızı karşılayabilme dereceniz	1	2	3	4	5	6
26. Eğlence amaçlı yaptığınız şeyler	1	2	3	4	5	6
27. Mutlu bir gelecek için sahip olduğunuz şanslar	1	2	3	4	5	6
28. İç huzurunuz	1	2	3	4	5	6

Hiç memnun değilim
Orta derecede memnun değilim
Hafif derecede memnun değilim
Hafif derecede memnununum
Orta derecede memnununum
Çok memnununum

29.Allah inancınız	1	2	3	4	5	6
30. Kişisel amaçlarınıza ulaşabilmeniz	1	2	3	4	5	6
31.Genel olarak mutluluğunuz	1	2	3	4	5	6
32.Genel olarak yaşamınız	1	2	3	4	5	6
33.Kişisel görünüşünüz	1	2	3	4	5	6
34.Genel olarak kendiniz	1	2	3	4	5	6
35.Kalp rahatsızlığınız yüzünden yaşamınızda yapmak zorunda kaldığımız değişiklikler	1	2	3	4	5	6

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		
SIGORTA	<input type="checkbox"/>	YOK	
HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	YOK	
ILAN	<input type="checkbox"/>	YOK	
YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	YOK	
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	YOK	
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	YOK	
DİĞER	<input type="checkbox"/>	YOK	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: D-001	Tarih: 12.01.2010
Yüksek Lisans Öğr.Gürcan Solmaz'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.		

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

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Öner SÜZER (Başkan)	Farmakoloji	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özgür KAŞAPOĞUR (Başkan Yardımcısı)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlkay ALP (Genel Sekreter)	Eczacı	I.Ü. Eczacılık Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hüseyin ÖZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zerrin YİĞİT (Üye)	Kardiyoloji	I.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK (Üye)	İç Hastalıkları	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Akif TURNA (Üye)	Göğüs Cerrahisi	Süreyyapaşa Göğüs Hst. ve Göğüs Cerrahisi EAH	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Soykan ARIKAN (Üye)	Genel Cerrahi	Istanbul EAH	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Ayşem KAYA (Üye)	Biyokimya	I.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fatma Arın NAMAL (Üye)	Deontoloji	I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ (Üye)	Fizyoloji	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülsüm Nurhan İNCE (Üye)	Halk Sağlığı	I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÖZCAN (Üye)	Hukukçu	I.Ü. Hukuk Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Öğretmen Zümrüt GAMLİ (Üye)	Fransızca Öğretmeni	Emekli	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\* :Araştırma ile İlişki \*\* :Toplantıda Bulunma