

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**TIP FAKÜLTESİ KARDİYOLOJİ SERVİSİNDE KALP
YETMEZLİĞİ NEDENİYLE YATAN HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİ VE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe ÇALOĞLU

**Samsun
Temmuz – 2012**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**TIP FAKÜLTESİ KARDİYOLOJİ SERVİSİNDE KALP
YETMEZLİĞİ NEDENİYLE YATAN HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİ VE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe ÇALOĞLU

Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY

**Samsun
Temmuz – 2012**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Şennur DABAK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye: Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Tezin Adı: Tıp Fakültesi Kardiyoloji Servisinde Kalp Yetmezliği Nedeniyle Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimleri

Tezi Teslim Eden: Ayşe ÇALOĞLU

Tez Savunma Sınav Tarihi: 06/07/2012

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Birsen Altay

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Süleyman KAPLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden, tezimin her aşamasında sabırlı ve anlayışlı tutumu ile destek olan, yardımlarını esirgemeyen, değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden, ilgi ve desteğini esirgemeyen, değerli görüş ve önerileriyle beni yönlendiren ve destekleyen hocam Sayın Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya,

Tezin başlangıcında değerli görüş ve önerileriyle araştırmamın şekillenmesine ve verilerin analizine yardımcı olan Sayın Prof. Dr. Yüksel BEK'e

Verilerin istatistiksel analizinde değerli görüş ve önerilerinden dolayı Sayın Doç. Dr. Tevfik SÜNTER'e,

Araştırmanın yapıldığı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kardiyoloji-Koroner Yoğun Bakım Servisinin tüm çalışanlarına,

Manevi desteklerini daima hissettiren dostlarım Büşra ALTINEL ve Ülkü SAYGILI'ya,

Çalışmaya katılarak bu tezin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm hastalara,

Varlıklarından gurur duyduğum, hayatımın her döneminde yanımda olan ve destekleyen sevgili aileme teşekkürü bir borç bilirim.

ÖZET

TIP FAKÜLTESİ KARDİYOLOJİ SERVİSİNDE KALP YETMEZLİĞİ NEDENİYLE YATAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Bu araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji-Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde Kalp Yetmezliği (KY) tanısı ile yatarak tedavi gören hastaların yaşam kalitesi ve evde bakım gereksinimlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışma ilişki arayan tanımlayıcı özellikte planlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Kardiyoloji-Koroner Yoğun Bakım Ünitesine 228 hasta yatmış olup, araştırma kapsamına alınacak kişi sayısı güç analizi ile belirlenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 180 KY hastası çalışma kapsamına alınmıştır.

Verilerin toplanmasında, hasta bilgi formu, “MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi” ve “Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği” kullanılmıştır. Veri toplama aracının kapsam geçerliliği için uzman görüşü alınmış, ön uygulama yapılmış ve anket soruları bu kapsamda yeniden düzenlenmiştir. Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde; tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama), Student t testi, çok değişkenli ANOVA, Spearman Korelasyon analizi, Mann-Withney U testi, Kruskal-Wallis testi, Ki-kare testi, kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilere göre; araştırmaya katılan hastaların MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği Global Skor puan ortalamasının $3,7\pm 0,9$ ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Bağımlı-Kısmen Bağımlı grup (%37,8) puan ortalamasının $16,2\pm 2,8$; Bağımsız grup (%62,2) puan ortalamasının $25,0\pm 2,7$ olduğu saptanmıştır. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri bağımlılık düzeyi ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğu, günlük yaşam kalitesi bağımlılık düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı saptanmıştır.

Hastaların yaşadığı yer, sahip olduğu çocuk sayısı, uyku düzeni, kişisel bakımını yapabilme durumunun günlük yaşam aktiviteleri bağımlılık düzeyini etkilediği saptanmıştır. Hastaların evde bakımda en çok yardım gereksinimi duyulan aktiviteleri sorgulandığında 1. Sırada %27,2 ile temizlik, 2. Sırada %20,6 ile yemek hazırlama+beslenme ve %20,6 oranında yıkanma+tuvalet ihtiyacının evde bakım gereksiniminin önemli bir kısmını oluşturduğu ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi düzeyinin orta düzeyin biraz üzerinde olduğu, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yardım gereksinimi duyduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda halk sağlığı hemşirelerinin toplumda birey ve ailesine en yakın çalışan sağlık personeli olarak kalp yetmezliği olan hastalara ve ailelerine hastalık ve bakımı ile ilgili eğitim programları düzenlemeleri, multidisipliner çalışmalar yoluyla GYA'nin desteklenip yaşam kalitesini yükseltecek sağlık davranışı geliştirmesinde önemli etkisi olur.

Ayşe ÇALOĞLU, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Temmuz-2012

ABSTRACT

LIFE QUALITY OF THE PATIENTS AT THE MEDICAL FACULTY IN CARDIOLOGY SERVICE DUE TO THE HEART FAILURE AND THEIR NEEDS FOR CARING AT HOMES

This survey has been made by Ondokuz Mayıs University (OMU) Medical Faculty Hospital, Cardiology Coroner Intensive Care Unit , in order to manipulate the life quality of the patients staying at the hospital due to the diagnosis of heart failure, and their needs for caring at homes.

Working relationships are planned caller identifying characteristics. Cardiology-coronary intensive care unit where the study of 228 patients between the dates is lying, the number of persons to be included in the study was determined by power analysis. 180 patients of heart failure accepted to be included in this survey and matching the criteria, has been subsumpted to the survey.

In order to collect data, question forms were used. This included MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Instrument and Katz Activities of Daily Living Scale. The opinion of the Expert on the scope validity of the Data Collection Mean has been taken, preimplementation has been made and the questions in this survey has been rearranged. Acquired data has been implemented on the computer with the SPSS 16.0 package programme. In the statistic analysis of data, percentage calculation, arithmetic mean, Students t test, Multivariate ANOVA, Spearman Correlation, Chi-square test, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test have been used.

According to the data acquired with in the survey, the partaken patients Macnew Life Quality Scale Global Score Average points is $3,7\pm 0,9$ and the Macnew Daily Life Activity Scale Dependent-partially dependent group (37,8 %) point saverage $16,2\pm 2,8$; Independent Group (62 ,2 %) point saverage has been determined as $25,0\pm 2,7$. It has been seen that the level of the patients dependency of daily life quality and the life quality are related and the more the level of the daily life quality dependency increase the more life quality decrease ($P<0,01$).

It has been determined that where the patients live, the number of the children they have, sleep pattern, the condition of being able to do the daily caring by themselves affects the Dependency Level. When asked about the initial needs of patients for caring at home, 27,2% cleaning, secondary 20,6% preparing food and nourishment and 20,6% washing and lavatory needs have turned up to be as the most important part of their needs.

Finally, the life quality of the patients of heart failure has been determined as over average and also it has been determined that they need help to carry out their daily life activities. Towards the acquired data, Public Health Nurses, as the closest the health workers to the individuals and their families, should educate and should be in a multidisciplinary work for giving education in a programme of caring at homes and about health and DLA (Daily Life Activities supported health manner and reduce the needs of the patients about caring at homes and increase the life quality, are important.

Ayşe ÇALOĞLU, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University, Samsun, July-2012

KISALTMALAR

- ACE:** Anjiotensin Konverting Enzim
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri
HT: Hipertansiyon
KAH: Koroner Arter Hastalığı
KKY: Kronik Kalp Yetmezliği
KY: Kalp Yetmezliği
MI: Miyocard İnfarktüsü
PND: Paroksizmal Noktürnal Dipne
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
SYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
KISALTMALAR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	4
1.3 Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 Kalp Yetmezliği	6
2.1.1 Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi	6
2.1.2 Kalp Yetmezliği Etiyolojisi	7
2.1.3 Kalp Yetmezliği Fizyopatolojisi	8
2.1.4 Kalp Yetmezliği Tipleri	10
2.1.5 Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları	13
2.1.6 Klinik Sınıflandırma ve Kalp Yetmezliği'nin Evreleri	16
2.1.7 Kalp Yetmezliğinde Tanı	17
2.1.8 Kalp Yetmezliğinde Tedavi	20
2.1.9 Kalp Yetmezliğinde Prognoz	26
2.2 Yaşam Kalitesi	27
2.2.1 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	28
2.2.2 Kalp Yetmezliği ve Yaşam Kalitesi	28
2.2.3 Kalp Yetmezliği-Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Hizmetleri	31
2.3 Evde Bakım Hizmetleri	34
2.3.1 Evde Bakım Ekibi	37
2.3.2 Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	37
2.3.3 Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	40
2.3.4 Kalp Yetmezliğinde Evde Bakım ve Hemşirelik Hizmetleri	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM	49
3.1 Araştırmanın Şekli	49
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	49
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	49
3.4 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	50
3.5 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	50
3.6 Veri Toplama Araçları	51
3.6.1 Hasta Bilgi Formu (Ek-1)	51
3.6.2 MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Kaliteli Yaşam Anketi (Ek-2)	51
3.6.3 Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (Ek-3)	53
3.7 Verilerin Toplanması	54
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi	54

3.9	Araştırmanın Etik Boyutu	55
4.	BULGULAR	56
4.1	Hastaların Bireye İlişkin Tanıtıcı Özellikleri, Hastalık ve Evde Bakımla İlgili Özellikleri, Kişiler Arası İletişim Özellikleri ve Sağlık Durumunu Algılamasına İlişkin Bulgular	56
4.2	Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulgular	63
4.3	Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeylerine İlişkin Bulgular	73
4.4	Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	80
5.	TARTIŞMA	81
5.1	Hastaların Bireye İlişkin Tanıtıcı Özellikleri, Hastalık ve Evde Bakımla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	81
5.2	Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	83
5.3	Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	95
5.4	Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması	100
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	102
6.1	Sonuçlar	102
6.2	Öneriler	104
7.	KAYNAKLAR	106
8.	EKLER	119
8.1	Ek-1. Hasta Bilgi Formu	119
8.2	Ek-2. MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Kaliteli Yaşam Anketi	121
8.3	Ek-3.Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası	125
8.4	Ek-4. Etik Kurul Onayı	126
8.5	Ek-5. OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Onay Belgesi	127
9.	ÖZGEÇMİŞ	128

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Teknolojik gelişmelerle birlikte tanı, değerlendirme ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, primer sağlık hizmetlerine verilen önemin artmasına, erken yaşta ölümlerin azalmasına, yaşam süresinin uzamasına ve beraberinde kronik hastalıkların insidans ve prevalansında da artmaya yol açmıştır (Durademir, 1999).

Kronik hastalıklar arasında, insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahip olan kalp hastalıkları özellikle endüstriyel toplumlarda major bir halk sağlığı sorunu olup yaş arttıkça görülme sıklığı artmaktadır (Özer ve Argon, 2005; Franzén ve ark., 2006; Strömberg ve ark., 2006; Falk ve ark., 2007; Demir ve Ünsar, 2008).

Kardiyovasküler hastalıkların birçoğunun sonucu olan kronik kalp yetmezliği (KKY) morbidite ve mortalitenin en başta gelen sebeplerinden biridir (Rich, 1997; Meriç, 2004). Kronik kalp yetmezliği, sol ventrikül disfonksiyonu, sıvı retansiyonu, egzersiz toleransının kısıtlanması ve yaşam beklentisinde azalma ile karakterize, son derece yaygın (Mc Ewan, 1998) bir hastalık olup; ciddi yorgunluk dispne ve fonksiyonel durum bozukluğuyla karakterizedir. Bir hastalıktan ziyade hayatı her yönüyle etkileyen klinik bir sendromdur (Ekman ve ark., 2002; Karapolat ve ark., 2006; Franzen ve ark., 2006; Demir ve Ünsar, 2008).

Kalp yetmezliği (KY) yaşam boyu süren tedavisi ile birlikte oluşan semptomlarıyla bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyler yaşam tarzlarını değiştirmek zorunda kalmakta ve günlük yaşamlarını sürdürürken zorlanarak yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu durum da kalp yetmezliği olan hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakıma gereksinim duymalarına neden olmaktadır (Gonzalez ve ark., 2005; Smeltzer ve ark., 2007; Ünsar ve ark., 2007; Demir ve Ünsar, 2008).

Kalp yetmezliği prevalansı dünyada gittikçe artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kalp ve damar cerrahisi (KVC) risk faktörlerindeki artışla beraber yaşam

süresinin uzaması KY'nin pandemik olarak ortaya çıkmasına yol açmıştır. ABD ve Avrupa ülkelerinde yaklaşık olarak 1 yılda 1 milyon insan primer olarak KY tanısı almaktadır (Greenberg, 2012). 40 yaş sonrası yaşam boyu kalp yetersizliği gelişme riski %20'dir. Toplumlarda kalp yetersizliği görülme oranı genel olarak %2-3 iken, 70 yaş sonrası bu oran %10'a, 80 yaş sonrası %15-20'lere çıkmaktadır (tkd.org, 2012). Gelişmiş ülkelerde KKY prevalansı toplam erişkin nüfusta %1-2, yaşlılarda yaklaşık %6-10'dur (Blinderman ve ark., 2008). Bugün için Avrupa ülkelerinde 28 milyon, Amerika Birleşik Devletlerinde 6 milyon, ülkemizde ise 1,5-2 milyon kalp yetersizliği hastasının olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayının önümüzdeki 10 yıl içinde 2-3 kat artacağı öngörülmektedir (tkd.org, 2012).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan HAPPY araştırması (Türkiye'de kalp yetersizliği sıklığı araştırması) sonuçları 65 yaş üzeri bireylerimizin %10'unda kalp yetersizliği olduğunu göstermektedir (Değertekin, 2009; tkd.org, 2012). Kalp yetmezliğine yıllık yaklaşık 24,3 milyar dolar, ilaç tedavisine ise yaklaşık 3 milyar dolar harcanmaktadır (Marchall ve Magnus, 2008). Kalp yetmezliği'nin ulusal ekonomilere yükü, sık sık hastaneye yatışlar, iş gücü ve gelir kayıpları nedeniyle çok ağırdır (Meriç, 2004).

Kronik gidişli ve uzun süreli bakım gereksinimi doğuran bu sağlık sorunlarını yaşayan kişiler ve yakınları, sağlık sistemi tarafından düzenli bir bakım hizmeti ve sosyal destek alamadıkları için yataklı sağlık kuruluşlarında yatmadıkları dönemlerde sağlık sorunları ile tek başlarına başetmek durumundadır. Yaşanan sağlık sorunlarının kişinin günlük yaşamı, iş ve aile yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerine bağlı olarak önemli sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlar da ortaya çıkmaktadır (Subaşı ve Öztekin, 2006).

Kalp yetmezliğinin birey, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin azaltılması ve hastaların yaşam kalitesinin geliştirilmesi için hastalığa psikososyal uyumun artırılması sürecinde hemşirelik bakımının çok önemli bir yeri vardır (Akın ve Durna, 2006).

Yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin hastalık süresi, tedavi tipi, hastalığa özel semptomların deneyim sıklığı, hastalığa uyum ve hastalığa ilişkin verilen eğitim olduğu belirtilmektedir (Eski ve Fesci, 2002; Özpancar ve Fesci, 2008). Tüm bu çalışmalarda; hastayı rahatlatma, yardım etme, esenlik durumunu yükseltmeye yönelik, uygun hemşirelik bakımının verilmesi hedeflenmektedir (Pınar, 1996; Özpancar ve Fesci, 2008).

Sağlık bakım sistemi son 30 yılda değişen paradigmayla, bireylerin hastanede bakım ve akut bakım yörüngesinden, kronik bakım odaklı olan evde bakım yörüngesine hareket etmesine neden olmuştur (Alptekin, 2007).

Sağlık bakım felsefesindeki değişim sonucunda sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlığı korumak, sürdürmek, geliştirmek ve rehabilitasyon önemli konular haline gelmiştir. Kronik hastalığı olan bireylere hastalıkla baş edebilmelerini sağlayacak bilgi ve beceri kazandırmaya ve komplikasyonları önlemeye yönelik etkin ve sürekli bir hizmet modeli olarak evde bakım hizmeti ön plana çıkmıştır (Akdemir, 2004).

Ülkemizde kapsamlı taburculuk planlaması hizmetlerinin bulunmaması, kronik hastalıklı birey ve ailenin kendi yaşam ortamlarında hastalığın getirdiği ek problemlerle karşı karşıya kalmalarına yol açmaktadır. İstenen düzeyde gerçekleştirilen taburculuk planlaması ile evde bakım hizmetleri, hasta bireyin kendine bakım aktivitelerini üstlenmesini, kısa sürede bağımsız duruma gelmesini destekleyerek ve sık sık hastaneye yatışını engelleyerek hem hastanın ileride evde bakım hizmeti almaya gereksinim duymayacak düzeye ulaşmasına hem de ekonomik olması nedeniyle aile ve ülke ekonomisine daha az zarar vermesine yardımcı olabilir (Aksayan ve Cimete, 1998b).

Evde bakım hizmetlerinin, bireyin fiziksel, psikososyal, fonksiyonel sağlık durumunu geliştirmekle birlikte, yaşam kalitesinin sürdürülmesi ve yükseltilmesine katkı sağlaması beklenmektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetlerinin diğer amacı, yaşam kalitesini yükseltmekle birlikte hospitalizasyonu önlemek ve hastanede sunulan bakımın yerini almaktır (Halberg ve Kristensson, 2004).

Hemşire hastayı, ailesini ve çevresini tüm yönleri ile tanıma, değerlendirme, bakım gereksinimleri ve problemlerini belirleme, çözüm için girişimleri planlama ya da ilgili disiplin üyelerine sevk etme, uygulanan girişimlerin sonuçlarını izleme sorumluluk ve fırsatına sahip olduğundan, bakımın koordinasyonu rolünü de üstlenecek pozisyondadır. Nitekim evde bakım sisteminin uygulandığı ülkelerde hemşireler bu sorumluluğu üstlenmiş bulunmaktadır (Okçin ve Senol, 2004).

Kalp yetmezliği olan hastalar kalp yetmezliğinin semptomları ve tedavisi nedeniyle düşük yaşam kalitesine sahiptirler. Tedavi hastalar için oldukça komplekstir ve hastaların hemşirelik bakım desteğine ihtiyaçları vardır. Bu nedenle kalp yetmezliği olan hastalar hemşire tarafından sunulan evde bakım hizmetlerine gereksinim duyarlar (Demir ve Ünsar, 2008). Dolayısıyla halk sağlığı hemşirelerinin planlayacağı, organize edeceği ve yapacağı sağlık eğitimleriyle Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunu olan kalp yetmezliğiyle baş etmede önemli bir etkiye sahip olacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma kalp yetmezliği nedeniyle yatan hastaların yaşam kalitesi ve evde bakım gereksinimlerini saptamak, bunları etkileyen sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3 Araştırmanın Soruları

1. Kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesi ile hastanın tanıtıcı özellikleri arasında ilişki var mıdır?
2. Kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesi ile hastalığa ilişkin özellikleri arasında ilişki var mıdır?
3. Kalp yetmezliği olan hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile hastanın tanıtıcı özellikleri arasında ilişki var mıdır?
4. Kalp yetmezliği olan hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile hastalığa ilişkin özellikleri arasında ilişki var mıdır?

5. Kalp yetmezliği olan bireylerin yaşam kalitesi ile günlük yaşam aktiviteleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kalp Yetmezliği

Vücutun metabolik ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek kadar kan akımının sağlanması insan hayatının temel gereksinimidir (Tezel, 2000; Özer, 2002).

Kalbin iki temel fonksiyonu vardır;

1. Vücutun bütün fizyolojik ve metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak kalp debisi sağlamak.
2. Organların yeterli perfüzyonunu sağlayacak arteriyel basıncı oluşturmak (Gök, 1996).

Kalp yetmezliği, yapısal ya da fonksiyonel kardiyak bozukluk nedeniyle kalbin dokuların metabolik gereksinimini karşılayacak derecede kanı perifere pompalayamaması sonucu ortaya çıkan kronik ilerleyici bir sendromdur (İliçin ve ark., 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kalp yetmezliğini, “normal diastol sonu basıncında (5-12 mmHg) organların ihtiyacı olan kalp debisinin (dakikalık kalp atım hacminin) kalp tarafından sağlanamaması” durumu olarak tanımlamıştır (Heper, 2002; Cankurtaran ve Arıoğul, 2004). DSÖ'nün bir diğer tanımlamasında klinik olarak kalp yetmezliği; kalp hastalığına eşlik eden dispne ve yorgunluk sendromu olarak yer alır (Demir, 2008).

Kalp yetmezliği yalnızca hemodinamik bakış ile açıklanabilecek basit bir pompa bozukluğu değil, ilerlemesi önlenemez, biyolojik bir bozukluktur (Eichorn, 1996; Meriç, 2004).

2.1.1 Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi

Kardiyovasküler hastalıkların bir çoğunun sonucu olan kronik kalp yetersizliği morbidite ve mortalitenin en başta gelen sebeplerinden biridir (Hunt ve ark., 2001; Meriç, 2004). Son yıllarda kardiyovasküler hastalıkların çoğunun insidansında bir azalma elde edilmesine rağmen, kalp yetmezliği insidansı gittikçe artmaktadır. Bunda

insanların daha uzun yaşamasının ve koroner kalp hastalığından erken ölümlerin azaltılmasının rolü vardır (İliçin ve ark., 2005).

Yaşla birlikte sıklığı artmakla beraber genel nüfusun içinde kalp yetmezliği olanların oranı yaklaşık %1 civarındadır. Avrupa ülkelerinde tahminen 10 milyondan fazla kalp yetmezlikli hasta olduğu bildirilmiştir (Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti (ESC)-2001). Olguların yaklaşık %90'ında, kalp yetmezliğinin nedeni koroner kalp hastalığı ve/veya hipertansiyondur (Heper, 2002).

Yaş gruplarına göre yıllık insidansı 45 yaş altında 1/1000 hasta-yılda iken 65 yaş üstünde 10/1000, 85 yaşın üstünde ise 30/1000 ne ulaşmaktadır. Prevalansı da buna uygun olarak değişmekte 50-55 yaş arası %0,1 iken, 80 yaş üstü yaklaşık %10'a ulaşmaktadır (Dolar, 2005). Kalp yetmezliği ulusal sağlık harcamalarının yaklaşık %2'sinden sorumludur (Stewart ve ark., 2001; Dickstein, 2008).

Hastalığın prognozu genellikle kötüdür, ancak bazı hastalar uzun yıllar yaşayabilir (Cowie ve ark., 2000; Stewart ve ark., 2001; Dickstein, 2008). Genelde hastaların %50'si 4 yıl içinde ölmektedir. Kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların %40'ı 1 yıl içinde ölmekte ya da yeniden hastaneye yatırılmaktadır (Wheeldon ve ark., 1993; Dickstein, 2008).

2.1.2 Kalp Yetmezliği Etyolojisi

Kalp yetmezliğinin etyolojisinde kardiyolojinin ilgilendiği birçok hastalık yer alır, fakat en sık nedenler koroner arter hastalığı (KAH) ve hipertansiyon (HT)' dur. Framingham verilerine göre; erkeklerde nedenler %40 KAH ve HT, %30 HT, %19 KAH, %11 diğer nedenler iken, kadınlarda %40 KAH ve HT, %37 HT, %15 diğer nedenler, %8 KAH şeklinde sıralanmıştır (Ho ve ark., 1993; Meriç, 2004).

Kalp yetmezliği birçok hastalığa ve duruma bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bunların başlıcaları şu şekilde sıralanabilir:

- Koroner kalp hastalığı

- Hipertansiyon
- Kapaklara bağlı patolojiler ve doğumsal patolojiler
- Kardiyomiyopatiler
- İnfeksiyonlar (viral miyokarditler, romatizmal miyokarditler, sepsis v.b.)
- Kollagen doku hastalığı
- İlaçlar(adriamycn v.b.)
- Metabolik ve endokrin hastalıklar
- Toksinler(alkol, kobalt v.b.)
- Radyasyon
- Beslenme bozuklukları (beriberi, kwashiorkor, pellegra v.b.)
- Travmalar
- Hipersensitivite sayılabilir (Heper, 2002; Birol ve Akdemir, 2005; Enç ve ark., 2007).

2.1.3 Kalp Yetmezliği Fiziopatolojisi

Normal kalp debisinin devam ettirilmesi “ön yük”, “ard yük”, kasılabilirlik ve kalp hızı arasındaki normal ilişkiye bağlıdır.

Ön yük (Preload): Ventrikül diyastol sonu volümünün, dolayısıyla diyastol sonu basıncının karşılığıdır. Kısaca sol ventrikülün preloadu, sol ventrikül diyastol sonu basıncı, sağ ventrikülün preloadu da sağ ventrikül diyastol sonu basıncıdır.

Ard yük (Afterload): Ventrikül miyokardının kasılmaya başladığı andan itibaren ejeksiyon süresince karşılaştığı direnç olarak tanımlanabilir.

Kasılabilirlik (Miyokard Kontraktilitesi): Miyokardın kasılma gücüdür. Esas olarak otonom sinir sistemi aracılığıyla ayarlanır.

Kalp Hızı: Kalp debisini ayarlayan önemli bir faktördür. Gereksinimlere göre normalin 2,5 katına kadar arttırılabilir (Çalangu, 2002).

Etyolojik neden ne olursa olsun, miyokarda pompa yetersizliği meydana geldiği zaman, kalp debisini gereksinmelere cevap verebilecek durumda tutabilmek için bazı kompanzasyon mekanizmaları devreye girer. Ancak bu kompanzasyon mekanizmaları bir süre sonra aşırıya kaçmaya başlar ve bu kalp yetmezliği semptom ve bulgularının ortaya çıkmasına yol açarlar; eğer önlem alınmazsa sonuçta hastanın ölümüne neden olurlar. Kalbin verimini normal tutmaya çalışan major kompanzasyon mekanizmaları üç başlık altında toplanabilir: (Çalangu, 2002; Meriç, 2004; Akdemir, 2004).

1. Frank-Starling mekanizması
2. Nörohormonal aktivasyon
3. Miyokardiyal yeniden yapılanma (remodelling)

1.Frank-Starling mekanizması:

Frank-Starling kanunu kalp dokusu akut olarak hasar gördüğünde atım hacmini korumaya çalışan ve çok kesin olmamakla beraber kronik kalp yetersizliğinde kompansatuar rol oynayan intrinsik bir mekanizmadır (Camm ve ark., 2007; Oylumlu, 2008).

2.Nörohormonal aktivasyon:

Kalpte sempatik aktivite aort ve karotid arterlerde lokalize olan baroreseptörler aracılığıyla gerçekleşmektedir. Baroreseptörler stroke volüm azlığından kaynaklanan basınç azalması ile stimüle olmakta ve sempatik aktiviteyi artırarak kalp hızı ve kontraktilesini arttırmaktadır. (Mc Ewan, 1998; Gök, 2003; Korkmaz, 2003; Dolar, 2005; Özer ve Argon, 2005). Sempatik aktivite artışı, yetersiz kardiyak output nedeniyle en erken gelişen kompansatuar mekanizmadır (Alper ve Öztürk, 2001; Gök, 2003; Korkmaz, 2003; Dolar, 2005).

3.Miyokardiyal remodelling:

Kalp, artmış ön yük ve ard yükü kompanse etmek için pek çok yola başvurur. Remodeling sonucu miyocard kütlelerinde ve hacminde bir artış, ventrikül şeklinde bir değişiklik ve interstisyel dokuda büyüme meydana gelir. Fakat bu adaptasyon mekanizmaları, pompa fonksiyonunu ancak kısıtlı bir süre koruyabilir ve uzun süreler aşırı yüke maruz kalan ventrikülün tükenmesi kaçınılmazdır (Camm ve ark., 2007; Oylumlu, 2008).

2.1.4 Kalp Yetmezliğinin Tipleri

Kalp yetmezliğinin çeşitli klinik tipleri vardır;

- Düşük veya yüksek debili KY
- Backward veya forward KY
- Sağ veya sol taraf KY
- Akut veya kronik KY
- Sistolik veya diyastolik KY

Düşük-Yüksek Debili Kalp Yetmezliği: Normal kardiyak debi 2,2-3,5 L/dk/m² dir. Düşük debi durumlarında kardiyak debi istirahatte normal sınırlarda iken egzersizle azalır. Düşük debi kalp yetmezliği iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, dilate kardiyomyopati, valvüler ve perikardiyal hastalıklar sonucu görülür. Yüksek debili ise normalin üst düzeyi seviyelerinde olup başlıca anemi, hipertroidi, hamilelik, beriberi, paget hastalığı, arterio-venöz fistüllerde görülür (Dolar, 2005).

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

/L), yüksek debili yetmezlikte ise normal veya düşmüş olabilir (Dolar, 2005; Ayçicek ve ark., 2006; Ünsar, 2007).

Backward veya Forward Kalp Yetmezliği: James Hope'nin ileri sürdüğü "bacward" (geriye doğru) yetmezlik teorisine göre; ventrikülün kanı yeterince pompalayamaması sebebiyle diyastol sonu ventrikül volümü artar. Kan geriye doğru atriumlarda ve venöz sistemde göllenerek, volüm ve basınç yükselmesine sebep olur.

"Forward" (ileriye doğru) yetersizlik teorisinde temel olay, kalp debi düşüklüğü nedeniyle arteriyel sisteme kan sunumu yetersiz olmaktadır. Hayati organların perfüzyonu bozulur. Hastalarda mental konfüzyon, yorgunluk, bitkinlik görülür. Böbrek konjesyon bozukluğu, su ve tuz retansiyonuna sebep olarak, doku ve organlarda konjesyon gelişir. Bu iki fizyopatolojik olay kesin hatlarla ayrılamaz. Kalp yetmezliği olan birçok hastada her iki mekanizmanın birlikte rol oynadığı düşünülmektedir (Gök, 2003).

Sağ veya Sol Taraf Kalp Yetmezliği: Kalbin sadece bir tarafının etkilenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Komsuoğlu, 2000). Sol kalp yetmezliğinde yetersiz odacık sol ventriküldür ve sağ kalbin normal gücü ile kan sürekli olarak akciğerlere pompalanır. Buna karşın akciğerlerden gelen kan yeterli bir şekilde sistemik dolaşıma pompalanamaz. Sonuçta büyük miktarda kan sistemik dolaşımdan pulmoner dolaşıma kaydığı için, ortalama pulmoner doluş basıncı yükselir (Yılmaz, 1998; Özer, 2002).

Sağ kalp yetmezliği ya sol kalp yetmezliğinin sonucu olarak ya da sol ventrikülden izole olarak sağ ventrikülün yetersizliğini gösterir. Kanın sistemik dolaşıma geri gitmesi sonucunda oluşmaktadır. Sağ ventrikül yetmezliğinin en sık sebebi sol ventrikül yetmezliğidir.

Sol kalp yetmezliğinde pulmoner semptomlar egemendir. Nefes darlığı, öksürük, paslı renkte balgam, siyanoz, soğuk nemli cilt, solgunluk, hızlı ve düzensiz nabız, ve düşük kan basıncıdır. Hipoksi tablosunda hasta fazla anksiyeteli ve huzursuz hale gelir

ve stupor gelişebilir (Yılmaz, 1998; Başar ve Demiroğlu, 2000; Heper ve ark., 2000; Dolar, 2005; Demir, 2008).

Sağ ve sağ+sol kalp yetmezliğinde bunlara sistemik konjesyonunkiler de ilave olmaktadır. Periferik ödem ön plandadır. Ödem bacakta, karında, ayaktadır. Özellikle oturan hastalarda ayaklarda, yatan hastalarda ise sırtta ve kalçalarda yerleşir (Başar ve Demiroğlu, 2000; Heper ve ark., 2000; Dolar, 2005; Demir, 2008).

Akut veya Kronik Kalp Yetmezliği: Akut kalp yetmezliği aniden, dakika veya saatler içinde meydana gelir. Kardiyak performansı tamamen normal olan kişide aniden anatomik (örneğin yaygın bir miyokard infarktüsü, kalp rüptürü, büyük bir pulmoner emboli, akut sağ ventrikül infarktüsü, akut miyokardit gibi) veya fonksiyonel (örneğin dakikada 180'i aşan çok hızlı bir taşikardi veya dakikada 35'in altında ağır bir bradikardi, sistemik kan basıncının aniden çok yükselmesi gibi) ağır bir bozukluk sonucu, kompanzasyon mekanizmalarının işlemesine zaman kalmadan gelişen kalp yetmezliğidir. Akut kalp yetmezliği, kalp hastalığının ilk belirtisi olabilir veya kronik kalp hastalığını gösterebilir.

Kronik kalp yetmezliğindeyse olay haftalar, aylar, bazen yıllar içinde progressif olarak gelişir. Kalbi yetmezliğe götüren patolojik olay yavaş yavaş gelişirse kompanzasyon mekanizmaları da (hipertrofi, su ve tuz tutulması gibi) birlikte işlemeye başlar ve sonuçta kronik kalp yetmezliği gelişir (Heper ve ark., 2000; Çalangu, 2002).

Sistolik veya Diyastolik Kalp yetmezliği: Sistolik kalp yetmezliği kalbin fonksiyonunun bozulmasıdır (Heper, 2002). Ekokardiyografide ölçülen ejeksiyon fraksiyonu (EF), kalbin sistolik fonksiyonunu ifade etmek için kullanılan en yaygın parametredir; konjestif kalp yetmezliği tablosu ile gelen bir hastada sol ventrikül EF'sinin %40'ının altında bulunması halinde, sol ventrikül sistolik disfonksiyonu tanısı konur ve böyle bir hastadaki kalp yetmezliği tablosu, sistolik kalp yetmezliği olarak nitelendirilir (Çalangu, 2002; Brutsaert ve De Keulenaer, 2006).

Diyastolik kalp yetmezliği ise; istirahatte sol ventrikülün sistolik fonksiyonları normal iken diyastolik dolumun bozulmasına bağlı olarak kalp yetmezliğinin ortaya çıkmasıdır. Ejeksiyon fraksiyon düzeyi normal veya normale yakın düzeydedir (>% 40-50) (Heper, 2002; Dickstein, 2008). Son zamanlarda, kalp yetersizliği tablosuna karşın sol ventrikül sistolik fonksiyonları normal bulunan hasta serilerine ait yayınlar giderek artmakta ve diyastolik kalp yetmezliği konusu giderek önem kazanmaktadır (Çalangu, 2002).

Tablo 1. Sistolik ve diyastolik kalp yetmezlikleri arasındaki farklılıklar (Heper'den, 2002)

Sistolik kalp yetmezliği	Diyastolik kalp yetmezliği
Azalmış atım hacmi ve ejeksiyon fraksiyonu	Ventriküler dolumun bozulması
Yüksek diyastol sonu basıncı	-Ventriküler relaksasyonun bozulması
Yüksek sistol sonu basıncı	-Diyastol sonu hacminin azalması
Basınç volüm eğrisinde sağa, yukarı kayma	-Diyastol sonu basıncın artması
	-Yüksek atriyal basınç
	-Yüksek pulmoner kapiller basınç
	Pulmoner ve sistemik venöz konjesyon
	Normal ejeksiyon fraksiyonu ve atım hacmi
	Basınç-volüm eğrisinde sola, yukarı kayma

2.1.5 Kalp Yetmezliği Belirti ve Bulguları

Kalp yetmezliği semptom ve bulguları hastalığın şiddet ve tipine göre değişir. Ancak bulgular temel etyoloji için genellikle spesifik değildir. Semptomlar sağ ve sol kalp boşluklarının basınç artışına ve kardiyak debi azalmasına bağlıdır (Gök, 2003; Dolar, 2005).

Kalp yetmezliğinin başlıca belirti ve bulgular şunlardır:

Dispne: Zorlu nefes alma olarak tanımlanan bu tablo kalp yetmezliğinin en erken ve en sık ortaya çıkan semptomudur. Erken dönemde sadece egzersiz esnasında gözlenen bu durum efor dispnesi olarak adlandırılır. Hastalar tarafından inspirasyon esnasında yeterince hava alamama hissi olarak tarif edilir. Egzersiz sırasında normal kişilerde oluşan dispne ile kalp yetmezlikli bireylerdeki dispne arasındaki fark bunun oluşumu için gereken aktivite derecesidir.

Başlangıçta eforla gelişen dispne hastalığının progresyonu ile paralel olarak ortopne, paroksizmal nokturnal dispne ve kardiyak dispne olarak görülebilir. Kardiyak dispne, pulmoner venöz ve kapiller basıncın arttığı hastalarda sık gözlenir. Bu hastalarda pulmoner damarlar genişlemiş ve interstisyel pulmoner ödem gelişmiştir. Sonuçta akciğer kompliansı azalır ve akciğerleri şişirmek için gereken solunum kas işi artar (Yılmaz, 1998; Ayçiçek ve ark., 2003; Dolar, 2005).

Ortopne: Yatar durumda meydana gelen dispneyi temsil eder ve başın yükseltilmesi ile kaybolur. Santral damarlarda kan göllenmesinden meydana gelir, bu artmış kalp volümüne ve sırasıyla artmış sol ventrikül doluş basıncına, pulmoner konjesyona ve dispne hissine yol açar. Hastanın uyumak için kullandığı yastık sayısına göre ortopnenin derecesi kontrol edilir. Ortopne gibi aynı fizyopatolojiye sahip nokturnal öksürük ortopnenin yerini tutabilir veya birlikte bulunabilir (Yılmaz, 1998; Ayçiçek ve ark., 2003).

Paroksizmal Nokturnal Dispne (PND): Sıklıkla geceleri hastayı uykudan uyandıran ani dispne meydana gelmesidir. Ortopne hastanın oturması ile gerilerken bu tabloda oturur pozisyona rağmen öksürük ve wheezing devam eder. Akciğerlerde biriken sıvı miktarına göre hasta dispne ile uyanıp, oturma veya ayağa kalkmakla rahatlamaktadır. Uyku esnasında solunum merkezinin depresyonu sonucu azalmış arteryel oksijen saturasyonu için yeterli ventilasyon azalabilir. Solunum zorluğu, akciğerlerde kreptan raller, pembe köpüklü balgam, taşikardi başlıca bulgularıdır. Tedavi edilmezse fatal seyreder (Yılmaz, 1998; Dolar, 2005).

Aktivite İntoleransı: Aktivite intoleransı, çeşitli fizyolojik, psikolojik nedenlere bağlı olarak oksijen ve enerji tüketiminin artmasına bağlı olarak aktivite kapasitesinin değişmesi, azalması olarak tanımlanmaktadır. Dispne ile kronik kalp yetmezliğinde karakteristik bir bulgudur. Solunum kaslarında oluşan kondüsyon eksikliği de egzersiz intoleransını arttırmaktadır Aktiviteye bağlı gelişen kardiyak out-put azalmasına bağlı kas perfüzyonu bozulması, pulmoner konjesyon, bozulmuş periferik vazodilatasyon aktivite intoleransına neden olmaktadır (Korkmaz, 2003; Birol ve Akdemir 2005).

Cheyn Stokes Solunumu: Periyodik bir solunum türü olan Cheyn Stokes solunumu kalp yetmezliği hastalarında paroksizmal noktürnal dispne ile beraber görülen klinik bir durumdur. Solunum merkezinin arteriyel karbondioksite duyarlılığının azalması ile karakterizedir. Oksijen saturasyonu azalır, karbondioksit saturasyonu arttığında apne gelişmekte, arteriyel kandaki bu değişim solunum merkezini uyarmakta buna bağlı olarak hiperventilasyon ve hipokapni gelişmektedir. Bunu apne periyodu izlemektedir. Cheyn stokes solunum kalp yetmezliği hastalarının yaklaşık %50'sinde görülmektedir (Ayçiçek ve ark., 2003; Dolar, 2005).

Ödem ve Sıvı Retansiyonu: Kalp yetmezliğinin en önemli bulgularından olan ödem sistemik venöz basınçla bağımlı değildir. Özellikle alt ekstremitelerde sıklıkla görülen ödem simetrik, günde birkaç kez artmaktadır. Hastalar ayakkabının sıkıldığını ve çorapların iz bıraktığını fark ederler. Bu semptom sıklıkla hastanın tedavi için başvurmasına neden olur. Sıvı birikimi alt ekstremitelerin yanı sıra plevral boşluk, periton ve perikardiyal alanda olabilmektedir (Gök, 2003; Özer ve Argon, 2005; İlerigelen, 2010).

Halsizlik ve Yorgunluk: Non spesifik bulgulardır. Kardiyak out-put azalması, iskelet kaslarının hipoperfüzyonuna bağlı olarak gelişmektedir. Hasta günlük yaşam aktivitelerinde hatta dinlenme anında bile yorgunluk hissedebilir (Gök, 2003; Dolar, 2005; Birol ve Akdemir, 2005).

Abdominal Bulgular: Non spesifik bulgular olup kan akımının azalmasına bağlıdır. Karın ağrısı ile ilişkili olarak iştahsızlık, kusma ve dispeptik yakınmalar sıklıkla ve karaciğer, portal sistem konjesyonuna bağlı olarak gelişir (Ayçiçek ve ark., 2003; Dolar, 2005).

Serebral Bulgular: Özellikle ciddi kalp yetmezliği vakalarında perfüzyon azalması, elektrolit değişikliği ve hipoksemiye bağlı olarak konfüzyon, konsantrasyon güçlüğü, anksiyete ve uykusuzluk görülebilmektedir (Dolar, 2005).

2.1.6 Sınıflandırma ve Kalp Yetmezliği'nin Evreleri

Tablo 2. New York kalp derneği'nin sınıflandırma sistemi (Mc Ewan, 1998; Alper ve ark., 2001; Gök, 2003; Büyüköztürk ve Koylan, 2003; Demirel, 2005; Dolar, 2005)

Sınıf 1	Kalp hastalığı olan ancak hastalığın fiziksel aktiviteyi kısıtlamadığı hastalar. Olağan fiziksel aktivitede hiçbir semptom yok.
Sınıf 2	Fiziksel aktiviteyi hafif olarak kısıtlayan kalp hastalığı olan hastalar. Bu hastalar istirahatte rahattırlar. Olağan fiziksel aktiviteler yorgunluk, çarpıntı, dispne veya anginal ağrıya yol açar.
Sınıf 3	Fiziksel aktiviteyi belirgin olarak kısıtlayan kalp hastalığı olan hastalar. Bu hastalar istirahatte rahattırlar. Olağan fiziksel aktiviteden daha hafif aktiviteler yorgunluk, çarpıntı, dispne veya anginal ağrıya yol açar.
Sınıf 4	Hiçbir fiziksel aktivitenin rahatsızlık duyulmadan gerçekleştirilmemesine neden olan kalp hastalığı bulunan hastalar. Kalp yetmezliğinin veya anginal sendromun belirtileri istirahatte bile olabilmektedir. Herhangi bir fiziksel aktiviteye girişildiğinde rahatsızlık artar.

Kalp yetmezliği'nin evreleri (ACC/AHA sınıflandırma sistemi)

Evre A: Kalp yetmezliğinin gelişimi ile kuvvetli olarak ilişkili komorbid durumların olmasından dolayı kalp yetmezliği riski olan hastalar. Böyle hastaların KY belirti ve bulguları yoktur ve KY'nin belirti ve bulgularını hiç göstermemişlerdir. Kapakların veya ventriküllerin yapısal veya fonksiyonel bozuklukları yoktur. Örnekler: Sistemik hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus, kardiyotoksik ajan kullanımı, alkol kullanımı.

Evre B: Kalp yetmezliği gelişimi ile kuvvetli olarak ilişkili yapısal kalp hastalığı gelişmiş olan, ancak KY belirtisi olmayan ve KY'nin bulgu veya belirtilerini hiç göstermemiş olan hastalar. Örnekler: Sol ventrikül hipertrofisi, asemptomatik valvüler kalp hastalıklarında dilate olmuş ventriküller, geçirilmiş miyokard infarktüsü.

Evre C: Altta yatan yapısal kalp hastalığı ile ilişkili eskiden veya halen kalp yetmezliği semptomları olan hastalar. Örnekler: Dispne veya egzersiz intoleransı olan hastalar, asemptomatik olup geçmiş semptomları için KY tedavisi alan hastalar.

Evre D: Maksimum medikal tedaviye rağmen istirahatte belirgin kalp yetmezliği semptomları bulunan ve özel girişimlere ihtiyaç duyan hastalar. Örnekler: Hastaneden güvenle taburcu edilemeyen, tekrar tekrar hastaneye yatırılan, hastanede kalp transplantasyonu bekleyen, hastane benzeri ortamlarda bulunan, evde semptomların azalması için sürekli intravenöz destek alan, mekanik destek cihazı ile tedavi gören hastalar (Mc Ewan, 1998; Alper ve ark., 2001; Gök, 2003; Korkmaz, 2003; Demirel, 2005; Dolar, 2005).

2.1.7 Kalp Yetmezliğinde Tanı

Hastalığın daha geç dönemlerinde tanılanması nispeten kolaydır. Anamnez ve fizik muayene bulguları ile kalp yetmezliği ön tanısı konan bir hastada kalbe yönelik laboratuvar incelemesi ile tanının doğrulanması gerekir (Mc Ewan, 1998; Çalangu, 2002).

Fizik Muayene Bulguları

Kalp yetmezliğinde fizik muayene bulguları tanıya yardımcı olmakla birlikte, çoğu nonspesifik bulgular olup kalp yetmezliği dışı hastalıkların varlığında da bulunan tanısal değerleri sınırlı ancak prognostik değeri yüksek bulgulardır (Erol, 2008).

- Hastanın pozisyonu
- İstirahatte taşikardi
- Solunum sıkıntısının seviyesi
- Kan basıncı
- Ateş
- Kalp genişlemesi
- Periferik siyanöz
- Solunum hızı
- Raller
- Pulsus alternans
- Boyun ven dolgunluğu

- Üfürüm
- Hepatomegali
- Hepatojuguler reflü
- Periferik ödem

Laboratuvar bulguları

Kalp yetmezliği olan tüm hastalarda; tam kan tahlili (kırmızı küre, Hb, lökosit, trombosit), serum kreatinin düzeyi, elektrolitler, kan şekeri, karaciğer enzimleri ve idrar tetkiki ayrıca gerek duyulduğunda tiroid stimülan hormonu (TSH), C-reaktif protein, serum ürik asit düzeyleri ve üre değerleri öğrenilmelidir. Akut alevlenme epizotlarında da miyokart infarktüsünün ekarte edilebilmesi için miyokardiyal enzimlerin (troponinler, CK-MB, v.b.) istenmesi önemlidir (Heper, 2002; Erol, 2008).

Elektrokardiyografi (EKG)

Doğrudan tanı koydurmasa bile, kalp yetmezliğinin sebebinin anlaşılmasında ve komplikasyonların tanısı ile takibinde yararlıdır. Örneğin kardiyak ritm analizi, önceki infarkt varlığı ve sol ventrikül hipertrofisini değerlendirebilir (Heper, 2002; İliçin ve ark., 2005).

Ekokardiyografi

Hızlı, ucuz ve en güvenilir invaziv olmayan tanı yöntemidir. Kalp yetmezliğinin tanısının konmasında, tipinin belirlenmesinde, etiyolojinin anlaşılmasında ve tedavisinin düzenlenmesinde son derece güvenilir ve yararlıdır. Aynı zamanda yapılan tedavilerin takip ve tedavi etkinliği değerlendirilmesinde de son derece önemli yeri olup, yararı tartışılmazdır (Heper, 2002). Ekokardiyografi ile kalp boşluklarındaki büyümeler, duvar hareketleri, ventrikülün sistolik ve diyastolik fonksiyonları değerlendirebilir. Ayrıca kapak fonksiyonları, aort, mitral, triküspid, pulmoner kapak darlıkları ve yetmezlikleri ve bunların ağırlık dereceleri değerlendirilir (İliçin ve ark., 2005).

Radyonuklid Ventrikülografi

Kalp fonksiyonlarının değerlendirilmesinde faydalıdır. Sağ ve sol ventrikül performansı doğru olarak ölçmede kullanılır. Mevcut kalp fonksiyonunun derecesini saptamak gerekli olduğu zaman mükemmel bir noninvaziv işlemdir (Yılmaz, 1998; Gök, 2003).

Kardiyak Kateterizasyon

Diğer yöntemlerden farklı invaziv bir yöntem olan kateterizasyon çok küçük fakat sınırlı riskler taşır. Kalp yetersizliğinin en doğru değerlendirmesi kateterizasyon ile yapılır, ancak gerek tolere edemedikleri ve gerekse diğer yöntemlerle yeterli değerlendirme yapılabildiği için, her hastada kateterizasyon yapılmaz. İşlem esnasında kalp içi basınçlar, oda büyüklüğü, kronik kapak darlığı, kapak yetmezliği ve koroner anatomi değerlendirilir (Yılmaz, 1998; Çalangu, 2002).

Kardiyak Manyetik Rezonans Görüntüleme (KMR)

KMR sol ve sağ ventrikül hacimleri, genel kalp işlevi, bölgesel duvar hareketleri, miyokart kalınlığı ölçümü, kalp kapakları, doğumsal defektler ve perikard hastalığı değerlendirilmesinde kullanılan çok amaçlı, doğruluk düzeyi yüksek, tekrarlanabilir, invaziv olmayan bir görüntüleme tekniğidir (Dickstein, 2008).

Ayrırcı Tanı

Kalp yetmezliğinin belirti ve bulgularını taklit eden çeşitli hastalıkların ekarte edilmesi gerekir. Ayırt edilmesi gereken en önemli hastalık akciğer hastalıklarıdır. Solunum fonksiyon testleri bu konuda yardımcı olur. Obesite, kronik anemi ve bazı sistemik hastalıklarda benzer semptomlar gelişebilir (Gök, 2003; Dolar, 2005).

Framingham Kalp Çalışması'nda kalp yetersizliği tanısı için yararlı kriterler elde edilmiştir (Tablo 3). Bu kriterler major ve minör olarak 2 grupta toplanmış olup, 2 major veya 1 major 2 minör kriterle KY tanısı konabilir. Ancak, major kriterlerin başka bir sebebe bağlı olmaması gerekir (Heper, 2002; Cankurtaran ve Arıoğul, 2004).

Tablo 3. Framingham kalp yetmezliği kriterleri (Heper ve ark., 2000; Cankurtaran ve Arıoğul, 2004)

Major Kriterler:	Minor Kriterler:
Paroksizmal nokturnal dispne	Bilateral ayak bileği ödemi
Boyun venlerinde dolgunluk	Gece öksürüğü
Kardiyomegali	Efor dispnesi
Akut pulmoner ödem	Plevral efüzyon
S3 gallop ritmi	Hepatomegali
Sirkülasyon zamanı ≥ 25 saniye	Vital kapasite azalması (maksimumdan 1/4 oranında azalmıştır)
Venöz basıncının artması (>16 cm su)	Taşikardi (≥ 120 /dak)
Raller	
Hepatojuguler reflü	

2.1.8 Kalp Yetmezliğinde Tedavi

Tedavideki temel amaç yaşam süresini ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Kalp yetmezliğindeki temel prensibi; düzeltilebilir kalp yetmezliği nedenlerinin derhal tedavisi ve kalp yetmezliğinin ağırlaşmasına yol açan presibite edici etkilerin ortadan kaldırılmasıdır.

Kalp yetmezliğini presibite edici etkenler:

- Hekim-hasta uyumunun bozulması
- Kontrolsüz hipertansiyon aritmiler
- Çevresel faktörler
- Yetersiz tedavi
- İnfeksiyonlar
- Emosyonel stress
- Uygunsuz ilaç ve sıvı tedavisi
- Miyokart infarktüsü

- Endokrin bozukluklar
- Anemi

Tedavinin birinci ve temel basamağı; hasta ve yakınlarının, hastalık ve uygulaması gereken tedavi hakkında eksiksiz olarak bilgilendirilmesidir (Heper, 2002).

Genel Önlemler

Kalp yetmezliği tedavisinde genel tedbirler en az ilaç tedavisi kadar önemlidir ve mutlaka uygulanmalıdır (Çalangu, 2002). Hastanın eğitimi, tedavinin son derece önemli bir parçasıdır ve problemi ve tedavi yaklaşımını tercihen şekiller ve basılı talimatlar ile açıklamak için harcanacak zaman, muhtemelen daha sonrasında, tedavi uyumunun artışı şeklinde ödüllendirilecektir (Mc Ewan, 1998).

Fizik aktivite: Hasta mevcut semptomlarına göre fizik aktivitesini kısıtlamalıdır. Amacı kalp yükünü azaltmaktır. Daha yavaş yürümeli, merdiven çıkmamalı veya ağır ağır çıkmalıdır. Ancak durumu stabil olan hastalarda istirahat önerilmemelidir. Burada genel prensip, hastanın aktivitesinin gereğinden fazla kısıtlanmamasıdır; aksi halde hastanın yaşam kalitesi gereksiz yere bozulur. Kronik kalp yetmezliğinde semptom oluşturmayacak düzeyde yapılan düzenli fiziksel egzersizlerin yararı vardır. Akut dekompanse hallerinde ise fizik aktivite tamamen kısıtlanmalıdır. Bu mutlak yatak istirahati anlamına gelmemelidir. Hasta koltukta oturabilir, yemeğini masada yiyebilir, tuvalete gidebilir. Uzun süreli yatakta kalması gereken ağır kalp yetmezlikli hastalarda flebo-tromboz ve pulmoner emboli tehlikesine karşı bacak egzersizleri, elastik bandajlar-çoraplar ve antikoagülan tedavi yapılmalıdır (Çalangu, 2002; İliçin ve ark., 2005).

Diyet: Bugün, etkili diüretiklerin tedavi alanına girmesiyle, hastanın yaşam kalitesini bozacak derecede tuz kısıtlamasına gerek olmadığı kanısı yaygındır. Bununla birlikte tuz kısıtlaması kalp yetmezliği tedavisinin temel taşlarından biridir. Hafif kalp yetmezliği bulunan hastalarda, sodyum alımının azaltılması ve hafif bir fizik aktivite kısıtlaması, hastanın rahatlaması için yeterli olur. Ancak, daha ağır kalp yetmezliğinde ilaç tedavisi ile birlikte, sodyum alımı daha sıkı bir şekilde denetlenmelidir. Normal bir

diyet yaklaşık olarak 6-10 gr tuz içerir. Masadan tuz kaldırılmalı ve fazla tuz içeren besinlerin diyetten çıkarılması gerekebilir. Ağır kalp yetmezliğinde ise günlük tuz alımını 500-1000 mg arasına indirmek gerekir. Bu nedenle süt, ekmek, peynir tahıl, konserve, sebze ve çorbalar, ıspanak, kereviz ve pancar gibi bazı taze sebzeler diyetten çıkarılmalıdır. Taze meyve ve yeşil sebzeler verilebilir. Normal tuz yerine potasyum klorür içeren tuzlar kullanılabilir; tat vermek için yemeklere baharat, nane ve kekik koyulabilir (Çalangu, 2002).

Yemeklerin az ve sık yenmesi önerilmelidir. Besinlerin sindirimi kolay ve sulu yiyecekler ve vitaminden zengin olanları tercih edilmelidir. Alınan kalori miktarının denetlenmesi çok önemlidir. Düşük kalorili bir diyetle kalp işinin azaldığı gösterilmiştir. Bu nedenle verilecek kalori miktarı hastadan hastaya değişkenlik gösterir. Kalp yetmezlikli obez hastalarda diyetin kalori içeriği azaltılmalıdır. Buna karşılık ağır kalp yetmezliği ve kardiyak kaşeksi olan hastaların yeterli beslenmeleri sağlanmalı, kalori ve vitamin eksikliğine maruz bırakılmamalıdır (Çağatay, 1997; Çalangu, 2002; Özer ve Argon, 2005).

Sıvı alımı: Hastanın sıvı alımı kendi isteğine bırakılır. Ancak ileri yetmezlikli hastalarda vücutta aşırı derecede artmış antidiüretik hormon etkisi ile serbest su atılımında bozulma olduğundan hiponatremi gelişebilir. Bu hastalarda serum sodyum konsantrasyonunun 130 mEq/l'nin altına düşmemesi için, su kısıtlaması yapmak gerekir. Günlük çıkardığı idrar miktarına ter ve solunumla kaybettiği su ilavesi yeterlidir (Çalangu, 2002; İliçin ve ark., 2005).

Oksijen inhalasyonu: Nazal yolla oksijen inhalasyonu kalp yetmezliği tedavisine yardımcı bir uygulamadır. Özellikle oksijen saturasyonunun %90 'ın altına inmesi halinde mutlaka uygulanmalıdır. Nasal yolla 4-6/dk oksijen inhalasyonu yapılmalıdır.

Sigara ve alkol: Sigara içmek kardiyovasküler hastalık için risk faktörüdür. Kalp yetmezliği bulunan hastalarda sigarayı bırakmanın etkilerini ileriye dönük olarak değerlendiren çalışma yapılmamıştır. Gözlem çalışmaları, sigarayı bırakmayla

morbidite ve mortalite azalması arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Hastaların destek ve önerilerle sigara bırakmaya teşvik edilmesi tavsiye edilmektedir (Dickstein, 2008).

Alkol negatif inotropik etki yapabilir ve kan basıncında artış ve aritmi riskiyle bağlantılı olabilir. Aşırı tüketim zararlı olabilir. Alkolden uzak durma alkol kökenli kardiyomiyopatili hastalar için can alıcı olmaktadır. Alkolizm hikayesi olmayan hastalar için fonksiyonel durum ve mortalitede bir fark olup olmadığı açık değildir. Hastalara alkol yasaklanmalıdır. Eğer hasta içmeye devam etmek istiyorsa günde bir kadehten daha fazla içmeyeceği konusunda uyarılmalıdır (Grady ve ark., 2000; Dickstein, 2008).

Tablo 4. Kronik kalp yetmezliği tedavisinde hedefler (Dickstein'den, 2008)

1. Prognoz	Mortaliteyi azaltmak
2. Morbidite	Semptom ve bulguları gidermek
	Yaşam kalitesini iyileştirmek
	Ödem ve sıvı retansiyonunu gidermek
	Egzersiz kapasitesini arttırmak
	Halsizlik ve nefes darlığını azaltmak
	Hastaneye yatırılma gereksinimini azaltmak
	Yaşam sonu bakımı sunmak
3. Önleme	Miyokartta hasar oluşumu
	Miyokart hasarının ilerlemesi
	Miyokartta yeniden biçimlenme
	Semptomların ve sıvı retansiyonunun yinelenmesi
	Hastaneye yatış

Farmakolojik tedavi

Kalp yetmezliği için ilaç tedavisi başlatılmadan önce, hastanın sürdürmekte olduğu tedavi değerlendirilmeli ve problemi alevlendirebilecek herhangi bir ilacın bulunup bulunmadığı belirlenmelidir (Mc Ewan, 1998). Kalp yetmezliği tedavisinde sıkça kullanılan ilaçlar; Digoksin, diüretik, anjiyotensin konvertan enzim (ACE) inhibitörleri, beta blokerler ve vazodilatörlerdir (Alper ve ark., 2001; Akdemir, 2004; Cankurtaran ve Arıoğul, 2004; Demir, 2008).

Vazodilatörler: Kalp yetmezliği tedavisinde önemli bir ilerleme, artmış sistemik vasküler resistansı (afterload) azaltmak için vazodilatörlerin kullanılmasıdır. Bunlar olumlu hemodinamik etkiler yanında yaşam kalitesini iyileştirir ve yaşam beklentisini artırmıştır. Arteryal vazodilatasyon yaparak kalbin iş yükünü azaltır ayrıca koroner vazodilatasyonla miyokardiyal perfüzyonu artırırlar. Bununla beraber bu ilaçların kuvvetli vazodilatasyon kabiliyeti aşırı hipotansiyondan kaçınmak amacıyla tatbikleri esnasında kan basınçları sürekli monitörize edilmelidir.

Diüretikler: Diüretikler yerleşik kalp yetmezliği olan hastaların tedavisinde birinci basamak ilacı olmayı sürdürmektedirler. Sıvı yüklenmesi olduğunda, (akciğerlerde konjesyon veya periferik ödem), semptomatik tedavi için diüretikler idealdir. Diüretikler başlıca renal tubulüslerde sodyum reabsorbsiyonunu azaltarak retansiyonu azaltırlar. Renin anjiotensin sistemini aktive ettiğinden en düşük efektif doz kullanılmalıdır. Diüretikler elektrolit kaybı dışında, nörohormonal sistem aktivasyonuna, hipotansiyon ve prerenal azotemiye neden olurlar. Potasyum ve magnezyum konsantrasyonları izlenmelidir (Korkmaz, 2003; Dolar, 2005).

Kardiyak glikozidler: Kalp yetmezliği tedavisinde kullanılan en eski ilaçlardır. “Dijital” ve “kardiyak glikozid” terimleri kalp üzerinde pozitif inotropik ve elektrofizyolojik etkiler gösteren steroid veya steroid glikozidleri şeklindeki bileşiklerin tümü için kullanılmaktadır. Bütün kardiyak glikozidler başlıca üç farmakolojik özelliğe sahiptir (Nazlı ve Ergene, 2001).

1. Kalp kasının kasılma gücünü artırırlar (pozitif inotropik etki)
2. Atım sayısını azaltırlar (negatif kronotrop etki)
3. Atriyoventriküler iletiyi yavaşlatırlar (negatif dromotrop etki)

Tedavide en sık kullanılan digoxin, digitoksin preparatlarıdır.

Digoxin, Bugüne kadar kullanılmaya devam eden tek pozitif inotropik ajandır. Kalp yetmezliği ve atriyal fibrilasyonlu hastalarda kullanılmaktadır. Günümüzde de önemini koruyan bu ilaç grubunun vurgulanması gereken en önemli özelliği, terapötik doz-toksik doz aralığının çok dar olmasıdır. Bu nedenle, bu ilaçları kullanırken, etkileri

ve farmakokinetikleri hakkındaki temel bilgilere mutlaka sahip olunmalıdır (Çalangu, 2002). Digital toksisitesinin önlenmesi tedavisinden üstündür.

Tedavi sırasında ilaç, kan düzeyi ve EKG bulguları yakından izlenmelidir.

Digoksin toksisitesi bulguları iki grupta incelenir.

1. Ekstrakardiyak bulgular: Bulantı, kusma, diyare, depresyon, disoryantasyon, parestezi, görme bulanıklığı, skotom ve sarı-yeşil görme.

2. Kardiyak bulgular: Bigemine VES, A-V nodal atım/taşikardi, ventriküler taşikardi, sinüzal arrest.

Tedavide hemen ilaç kesilir. Hipotasemi varsa düzeltilir (Uyan ve ark., 2001; Gök, 2003; Dolar, 2005; Erol, 2008).

Beta blokerler: Ventrikül işlevini ve hastanın genel sağlık durumunu düzeltir, ağırlaşan kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatışları azaltır ve sağkalımı olumlu etkiler. Kalp yetmezliğinde artmış sempatik aktiviteyi ve buna bağlı değişik organlardaki olumsuz etkileri bastırmak için vazgeçilmez ilaçların başında gelir. Tedaviye düşük dozla başlanmalı ve kademeli olarak doz artırılmalıdır. Hafif, orta derecede ve durumu stabil ağır derecede kalp yetmezliği olanların tedavisinde kullanılmalıdır. Son dönem kalp yetmezliği dışında her dönemde etkili ajanlardır. Kalp hızı 60/dk'nın altında ve birinci dereceden yüksek AV blok olmamalıdır. Kan basıncı 100 mmHg'nın altında ise daha yakın takip gereklidir (Dolar, 2005; İliçin ve ark., 2005; Dickstein, 2008).

Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ): Bu ilaçların kalp yetmezliğinin tedavisinde yeri çok önemlidir. Hem semptomatik kalp yetmezlikli hastalarda hem de asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonu gösterenlerde tedavide ilk ilaç olarak kullanılmalıdır. Kalp yetersizliği hastalarında kontrendikasyon olmadığı sürece mutlak olarak kullanılması gereken ilaç grubudur (İliçin ve ark., 2005). Tedavi küçük dozlarla başlanmalı ve çalışmalarda kullanılan dozlara çıkılmalıdır. ACE inhibitörlerinin yan etkileri potansiyel olarak ciddidir ancak sık görülmez. Bazı hastalarda hipotansiyon, BUN ve kreatininde yükselme, proteinüri, döküntü ve lökopeni yapabilir (Gök, 2003; İliçin ve ark., 2005).

Kalp Yetmezliğinde Mekanik Tedavi Yöntemleri

Farmakolojik tedavi ile refrakter (hiçbir tedaviye cevap veremeyen) kalp yetmezlikli olgular stabilize olmazlarsa etkili dolaşım desteğini sağlamak için mekanik ve cerrahi yöntemler uygulanabilir. İntraaortik balon uygulaması (IABP), kardiyomiyoplasti, sol ventrikül parsiyel rezeksiyonu, sol ventrikül sekştek cihazları, üç odacıklı pace uygulaması (sağ atriyum, sol ventrikül, korones sinüs yoluyla sol ventrikül uyarılması), kalp transplantasyonu uygulamalarını içerir (Dolar, 2005).

2.1.9 Kalp Yetmezliğinde Prognoz

Kalp yetmezliğinde ilerlemiş tedavi seçeneklerine rağmen, prognoz kötüdür. Prognoz kalp yetmezliğinin ağırlığına ve etyolojisine bağlıdır. Presipitan bir faktör olmadan sık aralar ile kalp yetmezliği ataklarının olması, sol ventrikül EF'nin %25'den az olması, serum sodyum düzeyinin 133 mEq/L altında olması, norepinefrin düzeylerinin yüksek olması, düz zeminde 3 dakikadan fazla yürüyememe kötü prognoz belirtileridir (Heper ve ark., 2000; Dolar, 2005). Asemptomatik bireylerde yıllık ölüm olasılığı %5 iken, orta derecede kalp yetmezliğinde bu oran %20-30 ve ileri kalp yetmezliğinde ise %30 ile %80 dir. Framingham'ın halen devam ede çalışmasındaki 40 yıllık takibe göre, tanıdan sonraki ilk 90 günlük mortalite dışarıda bırakıldığında erkek hastaların ortalama hayat süresi 3,2 yıl, kadın hastaların ise 5,4 yıldır.

Yaşam süresi kalp yetmezliğinin nedeni ve tanı konduğu andaki kalp hasarının büyüklüğü ve diğer organların durumu ile yakından bağlantılı olduğu için kalp yetmezliğinin tedavisinin subklinik evredeyken tedaviye başlanması son derece önemlidir. Kalp yetmezliğinin tüm bulgularının ışığında, şüphesi varsa bile hastanın günlük aktivitesine bağlı olarak fonksiyonel kapasitesi değerlendirilmelidir. Prognoz açısından en iyi tedavi, erken başlayan tedavidir (Heper, 2002; Dolar, 2005).

2.2 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı, ilk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanmış olup, bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yerine getirdiklerini gösteren, kişinin statüsünü açıklamak için kullanılan bir kavramdır (İz ve Özer, 2003; Hakverdioğlu, 2009).

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü'nce; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal, sosyal olarak tam bir huzur ve iyilik hali içinde olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Tanımda yer alan “tam bir huzur ve iyilik hali içinde olma” vurgusu yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Arslan ve ark., 1999; Soygur, 2003). Günümüzde sağlık; bireyin çevresi ile bir bütün olarak, mevcut sorunları ile baş edebilir, sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı olması, üretkenliği ve yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır (Birol ve Akdemir, 2005).

Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitesinin artırılması da hedeflenmektedir. Bu nedenle iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda giderek artan çaba gösterilmektedir (Yılmaz ve ark., 2010). 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 (Birol ve Akdemir, 2005).

Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır (Başaran ve ark., 2005). Yaşam kalitesi hastanın algıları üzerine yoğunlaştığı için ve kişisel sağlık durumundan farklı olarak sosyal iyilik halini de içine aldığı için değerlendirilmesi ve ölçülmesi oldukça güçtür. Bu zorluk, yaşam kalitesi kavramının hem farklı insanlarda farklı şeyler anlatmasından, hem de hastalık seyri sırasında aynı kişilere farklı anlamlar ifade etmesinden kaynaklanmaktadır (Şenol ve Türkay, 2006).

2.2.1 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK) ilk kez 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasındaki sağlık tanımında yer almıştır. Burada "hastalık yoktur hasta vardır" ilkesinden hareketle, bütüncül olarak ele alma, fiziksel ruhsal ve sosyal açıdan etkilenme durumunu ölçme girişimi olarak geliştirilmiştir (Aydemir, 2006).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşeni ve kişinin hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Beşer ve Öz, 2003).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sağlık durumundan memnuniyeti ve sağlık durumuna verilen emosyonel cevabı içerir. Kronik hastalıkların hastalar üzerindeki etkilerinin gösterilmesi ve ölçülmesi açısından büyük önem taşır (Moon ve ark., 2004; Küçükdeveci, 2005; Hakverdioğlu, 2009). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin içerdiği anahtar boyutlar;

- Fiziksel iyi olma
- Psikolojik iyi olma
- Fonksiyonel düzey
- Rol fonksiyonları
- Sosyal fonksiyon
- Genel sağlık algısı
- Yaşam kalitesi algısı olarak belirtilmiştir (Hakverdioğlu, 2009).

2.2.2 Kalp Yetmezliği ve Yaşam Kalitesi

Sağlık alanındaki hızlı gelişmeler sonucunda insanların yaşam süresi uzamış ve buna bağlı olarak kronik hastalıklarla daha uzun süreler yaşama zorunluluğu doğmuştur (Aydemir, 2006). Değişen dünya ve gelişen sağlık hizmetleri, sağlığı bir bütün olarak ele almaktadır. Tek başına hastalık ve tedavisi değil, kişi üzerinde yaptığı etkiler, bu

konudaki hedef ve kaygılar, kişinin sağlık ve hastalığına bakış açısı da göz önünde alınmalıdır. Bu konuda en çok araştırılması gereken gruplardan biri, kronik hastalıkları olan kişilerdir. Kişinin bakış açılarının dikkate alınması, hastalığa ve tedaviye uyumu da kolaylaştıracaktır (Demirağ, 2009).

Birçok kronik hastalığın yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir (Bardage ve Isacson, 2001). İyi bir yaşam kalitesi sürdürme kronik, ilerleyici bir hastalıkla yaşayan hastaların çoğunun daha uzun süre yaşaması için oldukça önemlidir (Özer, 2009).

Geleneksel tedavi ve bakımda kronik hastalıkların psikososyal yönden incelenmeleri ihmal edilmiştir. Ancak son yıllarda kronik hastalıkların bakımında, psikolojik faktörlerin rolü giderek kabul görmekte, bakımda nokta; metabolik esenlikten, hastaların psikososyal yönlerine ve yaşamlarının kalitesine doğru kaymaktadır. Farklı tedavi yaklaşımlarının, bakım girişimlerinin ve hastalığın hem fiziksel hem de psikososyal yönünün değerlendirilebilmesi için yaşam kalitesi ölçümlerinin sonuçları değerli olabilir (Özer, 2002; Pınar, 2006; Özer, 2009). Kronik hastalıklar ve tedavisi, bireyin yaşam tarzında değişikliklere neden olduğu için bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Başalan, 2003).

Kalp yetmezliği prognozu kötü olabilen kronik bir hastalık olduğu için günümüzde majör bir klinik ve sağlık bakım sorunu olarak düşünülmektedir. Diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında, KY'nin yaşam kalitesi üzerinde en fazla etkiye sahip bozukluk olduğu görülmektedir (Özer, 2009). Kalp yetmezlikli bir hastada fonksiyonel kapasite sınırlandığı ve çok sayıda semptom bulunduğu için yaşam kalitesi bozulmaktadır (Özer ve Argon, 2005). Hastaların cinsel aktivitelerine varana kadar birçok aktivitesinin kısıtlandığı yapılan çalışmaların sonuçlarında gösterilmiştir (Özer, 2009). Hastalar özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki güç gerektiren aktivitelerde zorlanmakta, fonksiyonel bağımlılığın olması, çeşitli kısıtlamalar ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Akyol, 1993). Ayrıca dipne, yorgunluk, ödem,

uyku bozuklukları, depresyon ve göğüs ağrısı gibi çeşitli fiziksel ve emosyonel semptomlar kişiyi olumsuz etkilemektedir (Özer, 2009).

Hastaların yaşam kalitesi tanımlamaları sadece KY semptomları ve semptomlar nedeniyle günlük yaşamdaki kısıtlamaları yansıtmamakta, aynı zamanda psikolojik durumu yansıtmaktadır. Hastalar yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla aşama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalıdır (Özer, 2009).

Kronik bir hastalık olan kalp yetmezliği birey kadar, aile ve toplumu da etkilemektedir. Hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının da kalp yetersizliği gibi kronik hastalıklarda yaşam biçimi değişikliklerine uyumda sorun yaşadıkları bildirilmiştir (Schwarz, 2003).

Hastalar yaşamlarının büyük bölümünü hastane dışında evde geçirdiklerinden aile ve sağlık ekibini içeren multidisipliner bir çalışma ile yapılacak tedavi ve bakımın aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini de arttıracığı ön görülmektedir (Auer, 2002). Parkerson ve Gutman araştırmalarında ailesiyle birlikte yaşayan hastaların algılanan sosyal destek ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (Parkerson ve Gutman, 2000). Zhang ve Liu'nun çalışmasında aile desteği arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (Zhang ve Liu, 2001).

Kalp yetmezliğinin başarılı bir şekilde yönetimi, hastaların ve ailelerinin büyük ölçüde yaşam şekli değişikliklerine uyumunu gerektirmektedir. İlaç tedavisi hastaların günde birçok kez kullanmaları gereken ilaçları içerebilir. Diyet ve günlük yaşam aktiviteleri hastaların arzu ettikleri, gelenekleri ve kültürel yapıları ile çatışmalar yaratabilecek değişiklikler gerektirebilir. Bu önlem gereksinimlerin herhangi birini başarmada yetersizlik yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz hastane yatışlarına ve erken ölümlere yol açmaktadır. Bu nedenle hastalarda yaşam kalitesini yüksek ve semptomları düzelten farmakolojik olmayan girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (Enç, 1998).

2.2.3 Kalp Yetmezliği-Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Hizmetleri

Hemşireliği kuramsal ve kavramsal çatısı “sağlık” üzerine odaklanmıştır (Esin, 1997). Hemşireler hemen her durumda hastaların ve ailelerin sağlık durumunu değerlendirmekte onların yaşam kalitelerini olası ve üst düzeye çıkarmak için planlamalar yapmakta ve sonucu değerlendirmektedir (Mollaoğlu, 2007). İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum bulmaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı, hastaya yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır (Pınar, 1994).

Tıp bilimine 1970’lerden sonra giren yaşam kalitesi kavramı, 1980’lerden sonra da hemşireliğin konu alanına girmiştir. Yeni sağlık felsefelerine göre; hemşireler hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidir (Akyol, 1999; Özer ve Argon, 2005).

Yaşam kalitesi ölçümleri hemşirelikle yakında ilişkilidir. Hemşireler hemen her zaman hastaların ve ailelerin sağlık durumlarını değerlendirmekte, onların yaşam kalitelerini olası en üst düzeye çıkarmak için planlamalar yapmakta ve sonucu değerlendirmektedirler.

Günümüzde, sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlığın korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve rehabilitasyon uygulamaları ağırlık kazanmaya başlamıştır. Kronik hastalıklarda bireyin hastalıkla baş edebilme gücünün ve bağımsızlığının arttırılması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi sağlık hizmetlerinde giderek ilk sıralarda, hemşirelik bakımının da temel hedeflerinden biri olmuştur (Mollaoğlu, 2007).

Hemşirelik bakımının temel hedefi, bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu yönde etkilemektir. Bu yaklaşımda birey merkezdedir ve kendisi ile ilgili kararlara katılır ve kendi bakım sorumluluğunu üstlenir (Akdemir, 2003).

Tıp bilimine 1970'lerden sonra giren yaşam kalitesi kavramı, 1980'lerden sonra da hemşireliğin konu alanına girmiştir. Yeni sağlık felsefelerine göre; hemşireler hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidir (Akyol, 1999; Özer ve Argon, 2005).

Kronik hastalığı olan bireyler, sadece hastalığın semptomlarını azaltmaya çalışmazlar, aynı zamanda hastalık ve tedavinin neden olduğu sorunlara rağmen normal yaşamlarını sürdürmeye çalışırlar. Bu nedenle kronik bir yük olan hastalıklar incelendiğinde, hastalığın fiziksel sorunları gibi, ihmal edilmiş emosyonel, sosyal, psikolojik ve davranışsal sorunlarının da irdelenmesi gerekmektedir. Böylece aynı zamanda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin boyutları olan fiziksel, sosyal ve duygusal durumun ele alınması ve bireyin bütüncül değerlendirilmesi sağlanmış olacaktır (Mollaoğlu, 2007).

Kalp Yetmezliği popülasyonunda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi azalmakla beraber önemli bir mortalite ve morbidite göstergesidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal boyutlarındaki azalmalar otonomi ve yaşam kontrolünün kaybına neden olabilmektedir. Kalp yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesini iyileştirmek için sağlık bakım profesyonelleri destek ve eğitim üzerine temellenmiş girişimleri multidisipliner boyutta uygulayabilmelidir (Zogni ve Özer, 2010).

Günümüzde hemşirelikte bütüncül yaklaşım önem kazanmıştır. Hemşirelik, insan yaşamıyla, yaşam kalitesiyle, bireylerin yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilidir ve bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmayı amaçlar (Erdem ve Ergüney, 2005).

Hemşirelik biliminde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı mesleğin alanı içinde olan yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu

yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır (Mollaoğlu, 2007; Demir, 2008; Hakverdioğlu, 2009).

Kalp yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesinin artırılması; hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesini, davranış değişikliği başlatılmasını, hastaların değerlerinin, inançlarının, amaçlarının, sağlıklarına verdikleri önemin ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesini, hastaların hastalığa uyum sağlamasını ve yaşam şeklinde değişiklikler yapmasını, planlanan bakıma aktif olarak katılımını ve işbirliğini gerektirmektedir. Hem hastalığın ortaya çıkardığı sorunların belirlenmesi ve izlenmesinde hem de karmaşık tedavi protokollerinin uygulanmasında hasta ve ailesinin aktif katılımı ve uyumu önem taşımaktadır (Durademir, 1999).

Hemşireler hemen her zaman hastaların ve ailelerin sağlık durumlarını değerlendirmekte, onların yaşam kalitelerini olası en üst düzeye çıkarmak için planlamalar yapmakta ve sonucu değerlendirmektedir (Gemalmaz, 2007; Hakverdioğlu, 2009).

Hastalar yaşamlarındaki değişikliklere alışmak ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken birçok psikolojik ve fiziksel faktörün etkisinde kalabilecekleri gibi, yeni yaşam tarzına bağlı fiziksel ve psikolojik sorunlar da gelişebilir (Mollaoğlu, 2007). Yaşam şekli değişikliklerinden etkilenerek yaşam kalitesi yetersiz hale gelebilir. Bu durumda sağlık profesyonellerinin bireyin yetersiz olduğu konularda yeterli hale gelebilmesi için gereken tedavi ve bakım uygulamalarını yapması yaşam kalitesini yükseltecektir (Akdemir, 2003).

Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri konusunda bilgilendirme ve bireysel yaşam üzerinde pozitif etki sağlamanın gerekliliği günümüzde hemşirelere önemli sorumluluklar getirmektedir. Davranış değiştirerek yaşam biçiminde belirgin değişiklikler yapmayı hiç düşünmemiş bireyler, hastalığın gelecekte ortaya çıkabilecek olumsuz etkilerine dikkat çekilerek yönlendirilebilirler (Bengtson ve Drevenhorn, 2003). Hasta bireylerde hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek

olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile mümkün olabilmektedir. Yaşam kalitesi değerlendirmeleri sunulan hizmetlerin geliştirilmesinde önemli ipuçları verebileceğinden, ayrıca hemşirelik bakımına ve gereksinimlerine yönelik fikir oluşturabileceğinden son derecede önemlidir (Kızılcı, 1999; Yeşilbakan ve ark., 2005; Ertem ve ark., 2009).

2.3 Evde Bakım Hizmetleri

Son yıllarda sağlık harcamalarındaki sürekli artış, buna karşın sağlık hizmetleri kaynaklarının sınırlı olması, sağlık hizmetinde risk önleyici ve maliyet azaltıcı yaklaşımları gündeme getirmiştir (Marchall, 2004). Günümüzde bu sağlık sorunlarını yaşayan bireylere, istekli olmaları durumunda, kurumsal bakıma alternatif olarak evde bakım hizmeti sunulması fikri gelişmiştir (Subaşı ve Öztekin, 2006).

Evde bakım hizmetleri sağlık hizmetlerinin bir parçası olup tıbbi kontrol altında hastalara ve ailelerine buldukları ve yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesidir. Amaç günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek maksimum tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam ve yaşama şartlarını yükseltmektir (Tanlı, 1996; Karamercan, 2001; Karabağ, 2007).

Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahat dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumunda verilen hizmetleri içine almaktadır. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı

uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formal care) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care) (Oğlak, 2007; Yılmaz ve ark., 2010).

Evde bakım hizmetlerinde ailenin katılımcı olması, amaca ulaşmada kolaylaştırıcı rol üstlenirken, hasta, hasta ailesi ve sağlık personeli arasındaki eşgüdümü arttırmaktadır (Karadağ, 2006; Yaşar, 2009).

Evde bakım hizmetinin içinde yer alan en önemli kavramlardan birisi taburculuk eğitimidir. Taburculuk eğitimi, hasta bireyin kendi bakım aktivitelerini üstlenerek, kısa sürede bağımsız duruma gelmesini sağladığı için sık hastaneye yatışı engeller. Ayrıca hastanın daha sonra evde bakım hizmeti almaya bile gereksinim duymayacak düzeye ulaşmasını sağlayarak aile ve ülke ekonomisine olumlu katkısı olabilir (Aksayan ve Cimete, 1998a; Çifçi, 2006). Taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin yeterli verilmemesi sonucunda hastaneye tekrarlı yatışlar artmakta ve hastanın hastanede kalış süresi uzamaktadır. Bu durum hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olmakta, uzun süreli hastane bakımı aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirmektedir (Oskay ve Sahin, 2003; Çifçi, 2006) .

Tablo 5. Evde bakımın hedefleri, içeriği ve sonuçları (Thome'dan, 2003)

Evde Bakım Hizmetlerinin Hedefi

HEDEFLER

- Yaşam kalitesini geliştirmek/devam ettirmek
- İşlevsel sağlık durumunu iyileştirmek
- Bağımsızlık

EVDE BAKIM

Önlemler ve Değerlendirmeler

- * Önleyici değerlendirme
- * Öneriler

Bireysel Gereksinimlerle İlgili Bakım Hizmetleri

- * Fiziksel
- * Psikososyal
- * Sosyal
- * Bilişsel

Taburcu Sonrası Eylemler ve Değerlendirmeler

- * Değerlendirmeler
- * Planlama
- * Uygulama
- * İzlem

SONUÇLAR

Sağlık Durumundaki Önemli Gelişme

* Günlük Yaşam Etkinlikleri (ADL)/Aletli Günlük Yaşam Etkinlikleri (IADL)

* Sosyal Gelişme

* Bilişsel Durum

Yaşam Kalitesini Geliştirmek ve Devam Ettirmek

* İyi Olma Durumu

* Yaşam Kalitesi

2.3.1 Evde Bakım Ekibi

Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Evde bakım hizmetleri, farklı meslek ve branş üyelerinin işbirliği ve eş güdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize biçimde sunulması gereken bir hizmet olarak ifade edilmektedir (Aksayan ve Cimete,1998a).

Evde bakım ekibi; hekim, evde bakım hemşiresi, fizyoterapist, meşguliyet terapisti, konuşma terapisti, sosyal hizmet uzmanı, diyet uzmanı, evde bakım yardımcıları ve bakım veren aile üyesinden oluşur (Alptekin, 2007). Evde bakım ekibinin sadece kendi aralarında değil hastane ile de işbirliği içinde olması gerekir (Bulut, 2001).

2.3.2 Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinde anlaşmaya varılmış minimum veya çekirdek bir hizmet listesi bulunmamaktadır. Bu nedenle her ülke kendi olanak ve sosyo-kültürel dinamikleri açısından aralıklı olarak yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur. Evde bakım hizmetlerinin kapsamı konusunda alınacak kararın çok dikkatli alınması ve topluma oldukça anlaşılır biçimde açıklanması gerekmektedir. Toplumlar, gereksinimlerinin karşılanmasında, ekonomik koşulların dikkate alınmasında, kişisel ve topluluğa ait tercihlerde, hizmet alan ve hizmet sunanın hareketlilik olanağında ve ulaşım olanaklarının sağlanabilirliği ölçüsünde alternatif yolları göz önüne alınmasını isteyebilir (WHO Study Group, 2000; Karabağ, 2007; Yılmaz ve ark., 2010).

Evde Bakım kapsamında, bireyin bağımsızlık düzeyini arttırarak ve sağlıklı bir yaşam biçimi kazanmasını sağlayarak birincil düzeyde, düzenli izlem ve kontrollerle hastalık ve yetersizliklerin erken dönemde tanılanmasını sağlayarak ikincil düzeyde, hastalıkların komplikasyonlarını, tedavilerin yan etkilerini önleyerek ve palyatif bakım sağlayarak üçüncül düzeyde koruyucu sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bununla birlikte

evde bakım hizmetleri, bireyin fiziksel, psikososyal, fonksiyonel ve bilişsel sorunları doğrultusunda bakım gereksinimini karşılamakta, taburculuktan sonra değerlendirme ve izlemlerle evde rehabilitasyon ya da evde hastane hizmetlerini sağlayabilmektedir (Thome ve ark., 2003).

Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastaların yanısıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler (Karahan, 2002; Yılmaz ve ark., 2010).

Evde sağlık hizmetleri yalnızca hasta ve hastalığa yönelik bir faaliyet değildir. Bütün sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri içermesi, kapsadığı alanın büyüklüğünü göstermektedir. Avrupa ve ABD’de çeşitli evde sağlık hizmeti örgütlenmelerinden biri de “hastane temelli evde bakım hizmetleri”dir. Hastane temeline dayanan evde bakım, kronik bakım gerektiren yatan ve ayaktan tedavisi yapılan hastalar için alternatif olarak doğmuş ve yayılmakta olan bir bakım türüdür. Sağlık teknolojisi geliştikçe ve beklentiler değiştikçe evde bakım hizmetlerinin kapsamı ve ulaşabilirliği de genişlemektedir (Annual Report, 2004; Yılmaz ve ark., 2010).

Evde bakımın bireysel yararları;

- Yaşam kalitesinin arttırılması,
- Bireyin alışık olduğu ortamda bakım gereksinimi karşılanarak memnuniyetin artması,
- Fonksiyonel sağlığın sürdürülmesi ve arttırılması,
- Bireysel bağımsızlığın desteklenmesi ve geliştirilmesi,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması,
- Gün gün izlenen hastadaki problemlerin daha erken dönemde saptanması,
- Bireyin ve aile üyelerinin bakıma katılımının sağlanması,
- Hasta ve ailesi için eğitimsel yararlar sağlanması, ailenin hastası ile ilgili konularda özgüveni ve bakıma katılma isteğinin artması,
- Aile bütünlüğünü koruması,

- Kurumsal bakımın aile ve hasta üzerinde neden olduğu stresin azaltılması,
- Aile üyelerinin tükenmişlik yaşama riskini azaltması,
- Terminal dönemdeki hastalar için ev ortamında fiziksel ve mental rahatlığın sürdürülerek yaşama anlam katılması,
 - Geleneksel yapımıza uygun olması,
 - Kurumsal ortamın neden olabileceği enfeksiyon riskini azaltarak, iyileşmenin hızlanması,
- Evde bakım hizmetlerinin hastane hizmetlerinden daha güvenilir ve verimli olması,
- Bireylerin kendi damak tadına uygun ve alışık oldukları yemekleri daha rahat yeme imkanının olması,
- Kişiyeye özel hizmet sağlanmasıdır.

Evde bakımın toplumsal yararları;

- Kurumsal bakıma olan gereksinimi azaltması,
- Hastane sirkülasyonunu artırması,
- Hastaneye başvuru oranının azalması,
- Hastane kalış süresinin kısalması,
- Kurum bakımına olan gereksinimi azaltması,
- Sağlık sisteminde bakım sürekliliğinin sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinin maliyetinin azalması,
- Gereksiz zaman ve iş gücü kaybının azalması,
- Koruyucu sağlık uygulamaları ve toplum eğitimi için olanak sağlanması,
- Aile bütünlüğünün korunmasıdır (Soini ve Välimäki, 2002; Çoban ve Esatoğlu, 2004; Karadağ, 2006; Yaşar, 2009; Pınar, 2010; Thome ve ark., 2010).

2.3.3 Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Dünyada Evde bakımın Tarihçesi

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci incelenerek ev ziyaretinin başlangıcından bugünkü durumuna kadar bakıldığında, evde bakım hizmetlerinin değerinin sürekli yeniden keşfedilmekte olduğu görülmektedir. Evde bakım hizmetleri, en azından iki yüzyıldır sürmekte olan pek çok ülkede hastalara, özel topluluklara ve hem de genel nüfusa hizmet sunmada bir yöntem olarak benimsenmiştir (Karabağ, 2007).

Evde bakım, yeni bir kavram olmayıp 1700'lü yılların sonunda dini gereklilik nedeniyle fakir hastaların evlerine düzenlenen ziyaretler şeklinde İngiltere'de ev ziyaretleri şeklinde ortaya çıkmış daha sonra başta Amerika olmak üzere gelişimini sürdürmüştür. Evde bakım hizmeti veren ilk kurum Amerika'da 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri'dir ve 1800'lü yılların sonuna kadar sağlık personeli olmayan kişiler tarafından yürütülmüştür (Cimete, 1998; Karahan, 2002; Altay, 2005).

Amerika'da ilk ziyaretçi hemşirelere "Bölge Hemşireleri" denmiş, bunun en önemli temsilcisi ise Florence Nightingale olmuştur. Nightingale, hasta kişilerin bakımı için görevlendirilecek kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, bölgelerde ve ev ziyaretleri gerçekleştirilecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir plan kurmuştur (Cimete, 1998; Karabağ, 2007). 1842'de Filedelfia'da ziyaretçi hemşireleri destekleyen hemşireler derneği kurulmuştur. 1877 yılında Newyork'ta kurulan bir dernek evde bakım hizmetinin hemşireler tarafından verilmesini sağlayan ilk kurum olmuştur. 1886' da Boston'da ve Filedelfia'da evde bakım hizmetlerini sunan "Bölge Hemşireleri Birliği" adı altında gönüllü kuruluşlar kurulmuş ve bu kuruluşlarda bakım veren hemşireler hastalara evlerinde bakım vermek üzere geliştirilmiştir. 1887'de de "Ziyaretçi Hemşireler Birliği" Filedelfia'da kurulmuştur (Cimete, 1998; Altay, 2005).

1898 de Los Angeles sağlık departmanı fakir hastaları evlerinde ziyaret etmek üzere diplomalı hemşireleri ücret karşılığında çalıştırmaya başlamıştır. Böylece devletin görevlendirdiği ilk evde bakım hizmetlerinin temelleri atılmıştır (Cimete, 1998; Altay, 2005).

Yirminci yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış, buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı da beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı arttırmıştır. ABD’de, 1890 yılında kentlerde yaşayan nüfus %15,3 iken, bu oran 1938 yılına gelindiğinde %45,1 olmuştur (Çoban, 2003; Yaşar, 2009).

Toplumun çoğu hızlı şehirleşmenin getirdiği tehlike ve sorunların çözümü için hemşirelere yönelmiştir. Bu dönemde ziyaretçi hemşirelerin yanısıra, eğitilmiş ve eğitimsiz birçok hemşire serbest çalışarak, akut ve kronik hastalıklı hastaların evlerinde günde 24 saat, haftada 7 gün süreyle bakım sunmaya başlamıştır. Eğitilmiş hemşireler (halk sağlığı hemşireleri) hasta bakımının yanısıra, fakirlerin okulları ve evlerinde hijyen, hastalıklardan korunma ve yayılmasını önleme yolları, sağlıklı yaşam becerileri konusunda kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır. Evde hasta bakımı kilisenin önderliğinde, geliştirme konularında eğitimler düzenleyerek, toplum sağlığına katkıda buldukları için, toplum sağlığı hemşireliğine ilgi de artmıştır (Cimete, 1998).

Evde bakım hizmetlerinin yeniden doğuş dönemi 1955-64 yıllarıdır. Kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusun hızla artması, hastane hizmeti maliyetlerinin yükselmesi, evde bakım hizmetinin daha düşük maliyetli daha uygun bakım ortamı olarak eski statüsünü tekrar kazanmasını sağlamıştır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde, yaşlı nüfusun, kronik hastalık ve sakatlıkların artması nedeniyle, sağlık hizmetlerine ulaşabilmeyi kolaylaştırıcı bir sigorta sisteminin kurulması yönünde toplumsal baskı artmaya başlamıştır. ABD’de Medicare ve Medicaid sigorta sisteminin 1965 yılında hayata geçişiyle birlikte evde bakım hizmetleri hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır (Cimete, 1998).

1982 yılında Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur. Birliğin amacı hastalar için bakım kalitesini geliştirmek, bakım hizmeti sunanların haklarını korumak ve temsil etmek, sağlık bakımın merkezine evde bakımı yerleştirmektir. Birlik aynı zamanda yaptığı çalışmalarla evde bakımının toplumda bilinirliğini %20’lerden %90’ların üzerine, evde bakım hizmeti alan hasta oranını %10’lardan %40’lara çıkarmıştır (Cimete, 1998; Aydın, 2005).

Evde sağlık bakımı hizmetinin 1990-97 yıllarında kapsamının genişlemesiyle (laboratuar testleri, diş tedavisi, x-ray olanakları da evde bakım kapsamına girmiştir), ilerleyen teknoloji ve sayıları hızla artan evde bakım kuruluşları nedeniyle, çok sayıda insan evde bakım hizmeti alabilmektedir. Evde bakım hizmetleri sektöru, sağlık bakımı alanının en hızlı gelişen bölümü, ABD’nin ikinci hızla gelişen endüstri alanı olmuştur. Evde bakım endüstrisi aracılığıyla 1992-2005 yılları arasında yarım milyon insana yeni iş olanağı yaratılması hedeflenmiştir (Cimete, 1998).

Bugün Kanada, İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İspanya, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Japonya, Endonezya ve Suudi Arabistan gibi birçok ölkede evde bakım hizmeti yürütölmektedir. Avrupa Topluluğuna üye olan tüm ölkelerde evde bakım hizmeti bulunmaktadır (Akdemir, 2004; Yaşar, 2009).

Türkiye’de Evde Bakımın Tarihçesi

Türkiye’de evde bakımın tarihi henüz çok yenidir ve bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Günümüzde evde bakım hizmetleri, başlıca yerel yönetimler tarafından yoğun olmakla birlikte, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri tarafından yürütölmektedir (Pınar, 2010).

1961 yılında ıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Yasa’nın 154 sayılı yönergesinde” evde sağlık bakımının halk sağlığı hemşiresinin sorumluluğunda olduğuna yer verilmiştir. Ayrıca, 224 sayılı Yasada kronik hastalıkların

bakımı ve izlenmesinin, sağlık ocağının sorumluluğunda olduğu belirtilmiştir. Anayasa'nın 41'inci maddesi ailenin korunmasına, 56'ıncı maddesi herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğuna, 60'ıncı maddesi herkesin sosyal güvenlik hakkına, 61'nci maddesi de sakatların ve yaşlıların devletçe korunmasına yer vermektedir. Görüldüğu gibi ölkemizde evde bakımın yasal dayanakları bulunmaktadır. Ancak, yasaların uygulanmasından kaynaklanan sorunlar nedeniyle evde bakım hizmetleri etkin bir biçimde hayata geçirilememektedir (Akdemir, 2004).

Evde bakıma yönelik yasal dayanakların dışında, DSÖ'nün 21.inci yüzyılda herkes için sağlık hedefleri kapsamında yer alan 21 hedef arasında; beşinci hedefte yaşlıların sağlığı ve 13'ncü hedefte sağlıklı çevrelerin oluşturulması ile ilgili maddeler yer almıştır. Ölkemiz de bu hedefleri gerçekteştirmek üzere imza atmıştır. Ayrıca Devlet Planlama Teşkilatı'nın öneri niteliğinde her beş yılda bir yayınladığu kalkınma planlarından sekizinci planda 734 nolu hüküm (ayaktan teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirilecektir.) ile evde bakım modelinin geliştirilmesi önerilmiştir (Akdemir, 2004).

Ölkemizde evde bakım hizmetleri henüz gereksinimi karşılayacak düzeye ulaşmamıştır. Devlet evde bakımla ilgili 2005 yılında bir yönetmelik çıkarmış (10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği) ve evde bakımın amaç, kapsam ve dayanakları belirlenmiştir. Evde bakım hizmeti verecek kurumların açılması, personeli ve hizmet sunumu gibi konularda esasları belirlemiştir (sağlik.gov, 2011). Bu yönetmeliğin yayınlanması evde bakımın geleceğinin yavaş yavaş şekillendiğine işaret ettiği için sektörün cazibesi de artmaktadır. Son yıllarda, özellikle büyük şehirlerde, özel sağlık kuruluşları tarafından ve hastanelerden bağımsız özel firmalar tarafından finansmanı cepten ödeme şeklinde olan evde bakım hizmeti verilmeye başlanmıştır. Ancak, bu finansmanı, mevcut resmi sigorta sistemi içinde yer almadığu için toplumun çoğu bu hizmetlerden yararlanamamaktadır. Özel sigorta şirketlerinden evde bakım poliçesi olan bireyler, yine özel evde bakım kuruluşlarının hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. Fakat, finansman süresi genellikle iki ayı aşmamaktadır (Çoban ve Esatoğlu, 2004; Aydın, 2005; Yaşar, 2009).

2005 yılında yayınlanan, Sağlıkta Dönüşüm Projesi Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin (e) bendinde “çalıştığı mekanda ve gerektiğinde (aile hekimi ev ziyareti esnasında tespit ettiği evde takibi zorunlu, özürsüz, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere) güvenliği sağlayıcı tedbirlerin alınması kaydı ile evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek” şeklinde Aile Hekiminin evde bakımla ilgili görevleri tanımlanmıştır ve Aile Hekimliği Pilot uygulamasında ev ziyaretleri ücretsizdir (resmigazete.gov, 2011).

Ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi yaşlı nüfus ve kronik hastalıkların oranı artmakla birlikte uzun dönem bakıma ihtiyaç duyan kişi sayısı da artmaktadır. Türk toplumunun aile yapısının özellikleri arasında evde bakım vermeye yatkınlığı da göz önüne alınırsa ülkemiz için evde bakım sisteminin çok uygun olduğu ve yürütülebileceği mümkün gibi gözükmektedir. Sekizinci Beş Yıllık kalkınma Planında (dpt.gov, 2012) ve Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de (dpt.gov, 2011), evde bakımla bölümlerin yer almasına ve Türk toplum yapısına uygun olmasına rağmen evde bakım hizmeti ülkemizde bugüne kadar yeterince verilememiştir. Etkili bir evde bakım hizmeti için gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de bu hizmetin sağlık ve sosyal sistemi içinde yer alması gerekmektedir. Temel olarak toplumun ekonomik olanakları göz önüne alındığında kamu kaynaklı ve birinci basamak sağlık hizmetleri içinde değerlendirilen bir hizmet modeli şeklinde geliştirilmelidir. Tabii ki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ve özel sektörde bu konuda desteklenmelidir (Alptekin, 2007).

Yürürlüğe koyulan bir başka yönetmelik ise “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ve Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” adını taşımaktadır (shcek.gov, 2012).

Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge ise 01.02.2010 tarihinde

yürürlüğe konulmuştur. Yönergenin yürürlük tarihi itibarıyla 81 ilde, Sağlık Müdürlükleri bünyesinde kurulan 34 adet mobil ekip ve hastaneler bünyesinde kurulan 407 evde sağlık birimi olmak üzere toplam 441 adet evde Sağlık Hizmeti Birimi tescilli yapılmıştır. Ayrıca aile hekimleri vasıtasıyla da bu hizmetler sunulmaktadır. Evde Sağlık Hizmeti kapsamında ilk aşamada yatağa bağımlı hastalara hizmet verilecektir. Dal hastanelerinde, faaliyet gösterdiği branşların gerektirdiği (KOA, spastik çocuklar, onkolojide palyatif bakım, kas sistemi hastalıkları vb.) hizmet götürülecektir (saglik.gov,2011).

Türkiye’de 1 Mart 2011 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği’nde yapılan değişiklikle, Sağlık Bakanlığı birimlerince verilen evde bakım hizmetleri günlük tedavi kapsamında SGK tarafından ödenmeye başlanmıştır. Evde sağlık hizmetleri kapsamında yer alacak olan hastalara yapılacak olan harcamalar (serum, ilaç, enjeksiyon, enjektör, pansuman, pansuman malzemeleri vb.) SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından ödenmektedir. Bu hizmetler, hastane bünyesinde kurulan Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından hastane otomasyonunda açılacak olan günlük tedavi kısmına işlenmesi sonucunda faturası SGK tarafından kesilebilmektedir. Verilen evde sağlık hizmeti için hastanın muayene, tedavi ve kullanılacak malzemeye (örn. serum, enjektör, spanç vb. gibi) para ödememesi için bu hizmeti hastanelere bağlı evde sağlık birimlerinden alması gerekmektedir (ailehekimleri.net, 2012).

2.3.4 Kalp Yetmezliğinde Evde Bakım ve Hemşirelik Hizmetleri

Sağlık bakım sistemi son 30 yılda değişen paradigmayla, bireylerin hastanede bakım ve akut bakım yörüngesinden, kronik bakım odaklı olan evde bakım yörüngesine hareket etmesine neden olmuştur. Sağlık bakım felsefesindeki değişim sonucunda sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlığı korumak, sürdürmek, geliştirmek ve rehabilitasyon önemli konular haline gelmiştir. Kronik hastalığı olan bireylere hastalıkla baş edebilmelerini sağlayacak bilgi ve beceri kazandırmaya ve komplikasyonları önlemeye yönelik etkin ve sürekli bir hizmet modeli olarak evde bakım hizmeti ön plana çıkmıştır (Akdemir, 2004).

Evde bakım ilk olarak evde bakıma gereksinimi zorunlu kılan bazı hastalıkları çağrıştırmaktadır. Kronik hastalıklar olarak da bilinen bu hastalıklar, bulguların tekrarı, tedavinin sürekliliği ve bakımın özenli olması nedeniyle evde bakımı gerektiren öncelikli hastalıklardır.

Birçok ülkede nüfusun yaşam beklentisi artmıştır. DSÖ'ne göre Türkiye'de yaşam beklentisi, erkekler için 69 (2004), kadınlar için 73 (2004), sağlıklı yaşam beklentisi ise; erkekler için 61,2, kadınlar için 62,8'dir (who.int/topics/chronic, 2011). Yaşlı nüfus arttıkça kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır (Özer ve Argon, 2005; Frazen ve ark., 2006; Strömberg ve ark., 2006; Falk ve ark., 2007;). Ömrün uzaması, kaçınılmaz şekilde yaşamın sonuna doğru oluşan yeti yitimleri ile birlikte. Uzun yaşam ve kronik hastalıklardan dolayı bu kişilere değişik şekillerde destek ihtiyacı da artmaktadır ki, bu artış bakım verenlerin sayısının artmasını da gerektirmektedir (euro.who, 2011) .

Dünyada en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen kronik hastalıklar dünya sağlık harcamalarının %60'ından fazlasına karşılık gelmektedir (who.int/topics/chronic, 2011; Sağ. Bak. Kronik Hast. Raporu, 2006). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 16 Şubat 2006 tarihinde yayınlanan "Kronik Hastalıklar Raporu" na göre, ülkemizde 22 milyon kronik hastalıklı birey mevcuttur (Sağ. Bak. Kronik Hast. Raporu, 2006). 2020 yılında dünyada tüm ölümlerin %75'inin kronik hastalıklardan kaynaklanacağı öngörülmektedir. Yaş ilerledikçe kronik hastalıklar artmaktadır (who.int/topics/chronic, 2011). Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 2002 yılı sonunda yaptığı araştırmaya göre, Türkiye nüfusunun %12,3'u (yaklaşık 8.5 milyon kişi) özürdür, %9,7'sinin özürlü kronik hastalıklara bağlıdır (Pınar, 2010).

Kalp yetmezliği prevalansının 65 yaş üstü kişilerde %6–10, 80 yaş üstünde ise yaklaşık %10'a çıkması özellikle yaşlı bireylerde kalp yetmezliğinin daha sık görüldüğünü göstermektedir. Kalp yetmezliğinde görülen solunum sıkıntısı, yorgunluk v.b. semptomlar bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde sınırlılıklara yol açarak yaşam şekli değişikliklerini gerektirmekte ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Strömberg ve ark., 2006; Falk ve ark., 2007). Tüm bu

sebepler kalp yetmezliğinde evde bakımın gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Demir ve Ünsar, 2008).

Kronik gidişli ve uzun süreli bakım gereksinimi doğuran bu sağlık sorunlarını yaşayan kişiler ve yakınları, sağlık sisteminden düzenli bir bakım hizmeti ve sosyal destek alamadıkları için, yataklı sağlık kuruluşlarında yatmadıkları dönemlerde sağlık sorunları ile tek başlarına baş etmek durumunda kalmaktadır. Yaşanan sağlık sorunlarının kişinin günlük yaşamı, iş ve aile yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerine bağlı olarak önemli sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlar da ortaya çıkmaktadır (Karadağ, 2006; Subaşı ve Öztekin, 2006).

Uluslararası Hemşireler Birliği'nin 2010 yılı teması "Kronik Hastalıkların yönetiminde Hemşire"dir (www.icn, 2012).

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 (Biol ve Akdemir, 2005). Kalp yetmezliğinde uygulanacak hemşirelik bakımı kapsamlı olmalı ve birey kendi bakımına direkt katılmalıdır (Chriss ve ark., 2004; Gonzalez ve ark., 2005; Sisk ve ark. 2006; Falk ve ark., 2007).

Kalp yetmezliği olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık seviyesi saptanmalı ve uygun hemşirelik bakımı planlanmalıdır. Bireyin günlük aktiviteleri önem sırasına göre dizilmeli ve belli bir program çerçevesinde yapmasına yardımcı olunmalıdır. Bireysel hijyen, tuvalet ihtiyacı gibi aktivitelerde bağımlılık seviyesine göre yardımcı olunmalıdır (Chriss ve ark., 2004; Gonzalez ve ark., 2005; Sisk ve ark. 2006; Falk ve ark., 2007).

Kalp yetmezlikli bireyin evde bakımında yer alan başlıca yaşam şekli değişiklikleri şunlardır:

- Semptom kontrolü
- Günlük kilo takibi

- Aktivite programı
- Sigarayı ve alkolü bırakma
- Düşük tuzlu diyet uygulaması
- Tedaviye uyum (Oğlak, 2007).

Konjestif kalp yetmezliği olan ve evde bakım uygulanan yetişkinlerin 90 günlük izlemleri sonucu yaşam kalitelerinde yükselme, hastaneye başvurma sıklığında ve tıbbi harcamalarında azalma olduğu saptanmıştır. Bireylerin kendi ortamlarında bakılması, tedavi sürecini hızlandırmaktadır. Evde sağlık bakım hizmetinin bu özellikleri nedeniyle geliştirilmesi ve hastanelerin ise yalnızca hastanede bakımı şart olan olgularda kullanılmasının önemli olduğu görölmektedir (Cimete ve Aksayan, 1998b).

Gelişmiş ölkelerde özel kalp yetmezliği klinikleri kurulmuştur ve buralarda çalışan kalp yetmezliğinde uzman hemşireler bulunmaktadır. Burada hastalar hastaneden sonra da takip edilmektedir ve telefonla ya da uzman hemşirelerin ev ziyaretleriyle semptom kontrolü, günlük kilo takibi, aktivite programı, sigarayı ve alkolü bırakma, düşük tuzlu diyet uygulaması, tedaviye uyumunu içeren yaşam şekli değişikliklerine hastaların uyumu takip edilmekte ve gereken konularda bireylere eğitimler yapılarak günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi ve yaşam kaliteleri ölçölmektedir (Chriss ve ark., 2004; Gonzalez ve ark., 2005; Sisk ve ark. 2006; Falk ve ark., 2007).

Ölkemizde evde bakım kavramı çok yeni sayılmaktadır. Kalp yetmezliğine özel klinik ve poliklinikler yoktur ve sadece kalp yetmezliğinde uzman hemşire ve sağlık personeli çok az sayıdadır. Dolayısıyla kalp yetmezliği ve evde bakıma yönelik yeterli bir yapılanmadan söz edilememektedir (Oğlak, 2007).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi ve evde bakım gereksinim düzeyini incelemek amacıyla planlanmış ilişki arayan tanımlayıcı araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesinin Kardiyoloji-Koroner Yoğun Bakım Servisinde gerekli izinler alınarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma 01.12.2010-15.06.2012 tarihleri arasında yapılmış olup araştırmanın verileri 15.01.2011-15.04.2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

Çalışmanın yapıldığı Ondokuz Mayıs Üniversitesi kardiyoloji-koroner yoğun bakım ünitesi 48 yataklı olup 19 hemşire ve 19 hekim görev yapmaktadır. Burada 2011 yılı verilerine göre yılda 2869 hastaya yatarak ileri tetkik ve tedavi hizmeti sağlanmıştır. Hasta grubunun çoğunluğunu KAH ve KY tanılı hastalar oluşturmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Kardiyoloji-koroner Yoğun Bakım Ünitesine 228 hasta yatmış olup, araştırma kapsamına alınacak kişi sayısı güç analizi ile belirlenmiştir. MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi düşük ve yüksek olanlar belirlendi (ortalama altı ve üstü) bu gruplarda Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği toplam skoru arasında en az 2 (iki) birimlik fark, 5 (beş) birimlik standart sapma, %80 güç oranı ve %95 güven sınırı kullanılarak hesaplanan örnek büyüklüğü optimum 180 birey, Minitab Release 14 statistical software power programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırma kapsamına araştırmaya katılmayı kabul eden 180 kalp yetmezlikli hasta alınmıştır.

3.4 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 15.01.2011-15.04.2011 tarihlerinde tedavi almış olmak,
2. OMÜ kardiyoloji ve koroner yoğun bakım servisinde yatarak tedavi görmüş olmak,
3. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olmak,
4. Kalp yetmezliği hastası olmak,
5. 18 yaş ve üstü olmak,
6. Kalp yetmezliği tanısını en az 6 ay önce almış olmak,
7. Klinik durumu stabilleşmiş hastalar,
8. Hastaların hastaneye yatışının birinci veya sonuncu günü olmaması (ilk gün, hastaların semptom şiddetinin ve anksiyete düzeyinin yüksek olabileceği, son gün de taburculuk işlemlerinin başlaması nedeniyle uygulama yapılmamıştır).

3.5 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişken: Yaşam kalitesi ve evde bakım gereksinimleri araştırmanın bağımlı değişkenidir.

Bağımsız değişken: Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesine sahip olma, gelir durumu, yaşadığı yer, hastalık süresi, eşlik eden hastalıklar, ailevi öykü, tekrarlı hastaneye yatış, hastalığın yaşama olumsuz etkisi, kısıtlanan aktiviteler, sigara ve alkol kullanımı, diyet ve egzersiz yapma durumu, uyku düzeni, kontrollerini yaptırma, ilaç kullanımı, evde bakımda yardım gereksinimleri, evde bakımına yardımcı kişi, bakımla ilgili eğitim alma, aile ve arkadaş ilişkileri, sağlık durumunu algılama araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6 Veri Toplama Araçları

3.6.1 Hasta Bilgi Formu (Ek-1)

Kalp yetmezliği ile ilgili benzer çalışmalar göz önüne alınarak hazırlanan soru formu birey ve hastalığa ilişkin hastadan alınacak tanıtıcı özellikleri, hastalık ve evde bakımla ilgili özellikleri, kişiler arası etkileşimi ve sağlık durumunun algılanmasını gösteren bilgileri içermek üzere dört bölümden oluşmaktadır.

A) Bireye İlişkin Tanıtıcı Özellikler; Kalp yetmezliği olan hastanın cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, yaşam şekli, alışkanlıkları gibi sorulardan oluşmaktadır.

B) Hastalık ve Evde Bakımla İlgili Özellikler; Kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı, kalp yetmezliği dışında başka bir hastalığa sahip olma durumu, ailede kalp hastası olma durumu, kalp yetmezliği nedeniyle hastanede yatma durumu, kalp yetmezliği nedeniyle kısıtlanan aktiviteler, kalp yetmezliğinin yaşamına etkisi, tanı belirlendikten sonra uyulması istenen öneriler ve önerilere uyma durumu, kişisel günlük bakımını yapabilme durumu, evde bakımda en çok yardım gereksinimi olan durum, evde bakımla ilgilenen kişi olup-olmadığı, evde bakımla ilgilenen kişinin kalp yetmezliğiyle ilgili eğitim alma durumu ve eğitim gereksinimini gösteren hastadan alınacak bilgiler yer almaktadır.

C) Kişilerarası İletişim Özellikleri; Aile ve arkadaş ilişkileri gibi kişiler arası etkileşimi gösteren iki soru bulunmaktadır.

D) Sağlık Durumunu Algılama; Sağlık durumunu nasıl algıladığını gösteren soru yer almaktadır.

3.6.2 MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Kaliteli Yaşam Anketi (MacNew) (Ek-2)

MacNew akut MI geçirmiş hastalarda depresyon ve anksiyeteyi ölçmek için geliştirilmiş olan ve görüşmeci tarafından doldurulan MI sonrası Yaşam Kalitesi (Quality of Life after Myocardial Infarction) adlı ölçeğin kişilerin kendilerinin

cevaplayabileceği hale getirilmiş bir modifikasyonudur (Ek-2). MacNew; MI, angina pectoris ve kalp yetmezliği hastaları için geçerli ve kolaylıkla uygulanabilir bir ölçektir. MacNew ile diğer yaşam kalitesi ölçekleri arasında güçlü korelasyonlar mevcuttur, bu durum MacNew'in geçerli ve güvenilir bir yaşam kalitesi ölçme aracı olduğunu ortaya koymaktadır (biomedcentral.com, 2010).

MacNew anketi en küçük kliniksel önemli değişiklikleri ölçmede geçerli, güvenilir ve duyarlı olduğunu kanıtlamıştır. MacNew anketi kardiyovasküler hastaların hastalık semptomlarını ve değişen durumlarını güvenilir bir şekilde karşılaştırmayı sağlayan sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü için hastalığa özel uluslararası tek ankettir (Höfer ve ark., 2006). MacNew anketinin Türkçe geçerlilik çalışması Daşkapan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur (Daşkapan ve ark., 2008). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı toplam skorda 0,89 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin katılımcılar tarafından doldurulması 10 dakikadan daha kısa bir zaman sürmektedir. MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi her biri 7'li Likert tipi cevap içeren 27 maddeden oluşan kalp hastalıklarında yaşam kalitesini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 3 alt boyut (duygusal, fiziksel ve sosyal) ve toplam skor değerleri kullanılır (Asadi-lari ve ark., 2003; ve ark., 2008; biomedcentral.com, 2010) (13 madde fiziksel limitasyon bölüm skalası, 14 madde emosyonel fonksiyon bölüm skalası, ve 13 madde sosyal fonksiyon bölüm skalası). Anketteki 5 madde; anjina/göğüs ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk, baş dönmesi ve ağrılı bacakla ilgili bilgi almamızı sağlıyor. MacNew anketi için zaman dilimi önceki iki haftadır (Valenti ve ark., 1996). MacNew anketinde skorlama nettir. Ölçeğin alt boyutları ve geneline ilişkin skorlar hesaplanırken her bir boyuta giren maddelerin ortalamaları alınır. Her bölüm için olabilecek maksimum skor 7 (yüksek) ve minimum 1'dir (zayıf). Düşük skor daha kötü yaşam kalitesini, yüksek skor daha iyi yaşam kalitesini gösterir. Eksik yanıtlar skora katılmaz. Örneğin; eğer 14 emosyonel maddeden 10 tanesi cevaplanmışsa Emosyonel skor 10 cevabın ortalamasıdır. Bölümde %50'den fazla madde cevaplanmamışsa, o bölüm için skor hesaplanmaz, eksik olarak

göz önüne alınır. Eğer bir bölüm tamamen eksik değilse bütün skorlanmış maddelerin ortalaması alınarak anketin genel skoru hesaplanır.

Alt boyutlara giren maddeler ve skorların hesaplanması aşağıdaki gibidir;

• **Duygusal (Emotional) skor (n=14 madde):** Bu boyutta yer alan 14 maddeye ilişkin puanların ortalaması alınarak ruhsal (emotional) skor elde edilmektedir.

Ruhsal skor=

$$(m1+m2+m3+m4+m5+m6+m7+m8+m10+m12+m13+m15+m18+m23)/14.$$

• **Fiziksel (physical) skor (n=13 madde):** Bu boyutta yer alan 13 maddeye ilişkin puanların ortalaması alınarak fiziksel (physical) skor elde edilmektedir.

Fiziksel skor=

$$(m6+m9+m12+m14+m16+m17+m19+m20+m21+m24+m25+m26 +m27)/13.$$

• **Sosyal (social) skor (n=14 madde):** Bu boyutta yer alan 14 maddeye ilişkin puanların ortalaması alınarak sosyal (social) skor elde edilmektedir.

Sosyal skor=

$$(m2+m11+m12+m13+m15+m17+m20+m21+m22+m23+m24+m25+m26 +m27)/14.$$

• **Global skor (n=27 madde):** Ölçekte yer alan tüm maddelerin ortalaması alınarak MacNew ölçeğinin global skoru elde edilmektedir (Höfer ve ark., 2004).

3.6.3 Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Skalası (Ek-3)

Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği, Katz ve ark. tarafından temel günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla 1963 yılında geliştirilmiştir. Hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmakta olup, geçerlik ve güvenilirliği yüksek bir skaladır. Katz İndeksi ile değerlendirilen günlük yaşam etkinliklerinde, bağımlı olup olmadıkları denencesi (hipotezi) sınanmıştır. Bu ölçek yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, transfer, kontinans ve beslenme olmak üzere 6 başlıktan oluşmaktadır (Berberoğlu ve ark., 2002; Şahbaz ve Tel, 2006). Günlük yaşam aktiviteleri türlerine

göre “bağımlı”, “kısmen bağımlı” ve “bağımsız” olarak nitelendirilmiş ve niteleme biçimi anket formunda gösterilmiştir. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, kısmen yardım alıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri indeksinde 0-6 puan “bağımlı”, 7-12 puan “kısmen bağımlı”, 13-18 puan “bağımsız” olarak değerlendirilmektedir (Şahbaz ve Tel, 2006; Walance ve ark., 2007).

Ölçeğin bu araştırmadaki güvenilirlik katsayısı 0,77 bulunmuştur.

3.7 Verilerin Toplanması

Veriler 15.01.2011-15.04.2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama formları uygulamadan önce 20 kişilik bir gruba ön uygulama olarak uygulanmış, soruların denetimi yapılmış ve bu kapsamda geliştirilen formlar uygulanmaya başlanmıştır. Ön uygulama grubu araştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmada bilgi toplamak için Hasta Bilgi Formu (bireye ilişkin tanıtıcı özellikler, hastalık ve evde bakımla ilgili özellikler, kişilerarası iletişim özellikleri ve sağlık durumunu algılama), kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek için “MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi” ve evde bakım gereksinimlerini belirlemek için “Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği” kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan KY hastalarının görme, algılama gibi çeşitli yetilerde varolan kısıtlılıkları nedeniyle formları doldurmada sıkıntı yaşamaları verilerin güvenilirliğini azaltabileceğinden veri toplama formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde veri toplamada kullanılan hasta bilgi formu, macnew kalp hastalığı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi anketi ve katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden elde edilen bulgular yorumlanmıştır. Hastaların evde bakım gereksinimlerini değerlendirmede katz GYA ölçeği kullanılmıştır. GYA ölçeği

değerlendirmesine göre bağımlı gruptaki bireyler evde bakıma gereksinim duyanlar; kısmen bağımlı gruptaki bireyler evde bakıma kısmen gereksinim duyanlar ve bağımsız gruptaki bireyler evde bakımda yardıma gereksinimi olmayan bireyler olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın veri analizinde SPSS 16 istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama), verilerden normal dağılım gösterenlere Student t testi (t), Spearman Korelasyon analizi ve çok değişkenli ANOVA testleri kullanılmıştır. Normallik testi sonucunda normal dağılım göstermeyen veriler Mann-Withney U testi (U), Kruskal-Wallis testi (KW), Ki-kare testleri uygulanmıştır.

3.9 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma uygulanmadan önce, araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurulu (TAYEK)'na sunularak araştırma için etik kurul onayı (Ek-4) ve OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek-5).

Araştırmaya katılan hastalar araştırmanın amaçları ve kapsamı ile ilgili bilgilendirilmiş ve gönüllülük ilkesi esas alınarak araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada göz önünde bulundurulan diğer bir ilke “insan onuruna saygı” dır. Ayrıca hastalara ankete isim yazılmayacağı ve bilgilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılmış ve “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji- Koroner yoğun Bakım Servisinde yatarak tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 180 hasta üzerinde yapılmıştır ve kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek için “Macnew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi”, evde bakım gereksinimlerini belirlemek için “Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği”nden oluşmuştur. Çalışma sonunda elde edilen bulgular bu bölümde ele alınmıştır.

4.1 Hastaların Bireye İlişkin Tanıtıcı Özellikleri, Hastalık ve Evde Bakımla İlgili Özellikleri, Kişiler Arası İletişim Özellikleri ve Sağlık Durumunu Algılamasına İlişkin Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 65,9 yıl olup %62,8’ini 65 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır. Hastaların %48,3’sinin kadın, %51,7’sinin erkek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına bakıldığında %82,8’inin evli, %17,2 sinin bekar olduğu saptanmıştır. Bireylerin %6,1’inin çocuk sahibi olmadığı, %15’inin 1-2 çocuk, %41,1’inin 3-4 çocuk, %37,8’inin ise 5 ve üzeri çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %35,6’sının okuma yazma bilmediği, %36,1’inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %89,4’ünün sağlık güvencesine sahip olduğu, %56,1’inin gelirlerinin giderlerine denk olduğu ve hastaların %39,5’inin yaşantılarının büyük çoğunluğunu köyde geçirdikleri saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (n=180)		Sayı	%
Yaş	65,9±12,5 (min:18, mak:89)		
	65 yaş altı	67	37,2
	65 yaş ve üzeri	113	62,8
Cinsiyet	Kadın	87	48,3
	Erkek	93	51,7
Medeni Durum	Evli	149	82,8
	Bekar	31	17,2
Çocuk Sayısı	Yok	11	6,1
	1-2 çocuk	27	15,0
	3-4 çocuk	74	41,1
	5 ve üzeri	68	37,8
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	64	35,6
	Okur yazar	24	13,3
	İlkokul mezunu	65	36,1
	Ortaokul mezunu	11	6,1
	Lise ve Fakülte mezunu	16	8,9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	16	8,9
	Çalışmıyor	164	91,1
Sağlık Güvencesi	Var	161	89,4
	Yok	19	10,6
Gelir Durumu	Gelir giderden az	68	37,8
	Gelir gidere denk	101	56,1
	Gelir giderden fazla	11	6,1
Yaşantının Büyük Çoğunluğunun (2/3) Geçtiği Yer	İl	49	27,2
	İlçe	60	33,3
	Köy	71	39,5
Evde Kimlerle Yaşıyor	Yalnız	17	9,4
	Eş ile birlikte	70	38,9
	Eş ve Çocuklar	62	34,4
	Çocuklar	21	11,7
	Diğer(kayınpeder,kayınvalide, elti, kayınbirader, vb.)	10	5,6

Tablo 7. Bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler (n=180)		Sayı	%
Kalp Yetmezliği Tanısının Ne Zaman Konulduğu	6 ay- 1 yıl	50	27,8
	1-2 yıl	22	12,2
	2 yıl ve üzeri	108	60,0
Kalp Hastalığına Eşlik Eden Başka Hastalık Durumu	Diyabetes Mellitus	13	7,2
	Hipertansiyon	29	16,1
	Solunum Sistem Hastalıkları	17	9,4
	Romatizmal Hastalıklar	11	6,1
	Birden çok hastalığı olanlar	75	41,7
	Yok	35	19,5
Ailede Kalp Hastalığı Öyküsü	Var	85	47,2
	Yok	95	52,8
Kalp Hastalığı Olanlarla Yakınlık Durumu	Birinci derece yakını	75	88,2
	İkinci derece yakını	10	11,8
Kalp Yetmezliği Nedeniyle Daha Önce Hastanede Yatma Durumu	Yatan	120	66,7
	Yatmayan	60	33,3
Hastalığın Yaşamı (İş/Aile) Olumsuz Etkileme Durumu	Etkilenen	145	80,6
	Etkilenmeyen	35	19,4

Tablo 7’de bireyin hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların hastalık süreleri incelendiğinde %60’ının 2 yıldan daha fazla süredir hastalık tanısı aldığı saptanmıştır. Kalp yetmezliğine eşlik eden hastalık durumuna bakıldığında hastaların %16,1’inin hipertansiyonu, %41,7’sinin birden çok hastalığı olduğu ve %19,5’ünün kalp hastalığı dışında kronik bir hastalığının olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların %47,2'inde ailede kalp yetmezliği öyküsü olup %88,2'inin birinci derece yakını olduğu saptanmıştır. Kalp yetmezliği nedeniyle daha önce hastanede yatanlar %66'7 dir. Hastaların %80,6'sı kalp yetmezliğinin yaşamı olumsuz etkilediğini belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Bireylerin kalp yetmezliği nedeniyle kısıtlanan aktivitelerin dağılımı

Kalp Yetmezliği Nedeniyle Kısıtlanan Aktiviteler (n=180)	SAYI*	%**
Motorlu taşıt, otomobil kullanmak	24	4,3
Ev işi yapmak	78	13,9
Çabuk ve acele davranabilme özelliği	97	17,3
Egzersiz yapmak	58	10,3
Seksüel yaşantı	24	4,3
Yokuş yukarı veya merdiven çıkmak	148	26,2
Güç ve enerji isteyen işleri yapma	83	14,8
Kişisel hijyen	50	8,9
Toplam	562	100,0

***Soruya birden fazla yanıt verildiği için n sayısı değişmiştir.**

****Yüzdeler değişen n sayısı üzerinden hesaplanmıştır.**

Tablo 8'de bireyin Kalp Yetmezliği nedeniyle kısıtlanan aktivitelerin dağılımına bakıldığında, ilk sırada %26,2 ile yokuş yukarı veya merdiven çıkmak, %17,3 ile çabuk ve acele davranabilme özelliği ikinci sırada, %14,8 ile güç ve enerji isteyen işleri yapma 3.sırada ve %13,9 ile ev işi yapmak dördüncü sırada yer almıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının dağılımı

Sağlıkla İlgili Yaşam Biçimi Davranışları (n=180)		Sayı	%
Sigara Kullanma	Kullanmayan	166	92,2
Alkol Kullanma	Kullanmayan	174	96,7
Kardiyak Diyete Uyma Durumu	Uymayan	58	32,2
Diyete Uymama Nedeni	Damak Tadı	44	75,9
	Diyet Önerilmedi	10	17,2
	Önemsemiyor	4	6,9
Egzersiz Önerilme Durumu	Önerilmeyen	115	63,9
Egzersiz Yapma Durumu	Yapmayan	25	38,8
Egzersiz Yapmama Nedeni	Çabuk yorulma	14	51,9
	Kas-İskelet Sistem Problemi	5	22,2
	Önemsemiyor	6	25,9
Uyku Düzeni	Düzenli	55	30,6
	Düzensiz	125	69,4
Uyku Saatleri	5 saatten az	42	23,3
	5-8 saat arası	111	61,7
	8 saatten fazla	27	15,0
Düzenli Doktor Kontrolüne Gitme Durumu	Gitmeyen	47	26,1
Düzenli Kilo Kontrolü Yapma Durumu	Yapmayan	116	64,4
İlaç Kullanma Durumu	Kullanmayan	2	1,1
İlaçların Etkilerini Bilme Durumu	Biliyor	51	28,3
	Bilmiyor	58	32,2
	Kısmen	71	39,5
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu	Her zaman	100	55,6
	Çoğunlukla	59	32,7
	Bazen	20	11,1
	Hiçbir zaman	1	0,6

Tablo 9’da görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan hastaların %92,2’si sigara, %96,7’si alkol kullanmamaktadır. Hastaların %32,2’si kardiyak diyetle uyamadıklarını belirtmişlerdir. Kardiyak diyetle uymama nedenini olarak, %75,9’u damak tadına uymadığı, %17,2’si ise diyet önerilmedi, olarak belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hastaların %63,9’una egzersiz önerilmemiştir. Egzersiz önerilen hastaların %38,8’sinin egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Egzersiz yapmama nedenleri olarak, %51,9’u çabuk yorulmayı, %22,2’si kas-iskelet sistemi bozukluğunu, %25,9’u da önemsememeyi göstermişlerdir. Hastaların uyku durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımına bakıldığında %30,6’sı uykusunun düzenli, %69,4’ü düzensiz olduğunu, ve %61,7’i günde 5-8 saat uyuduğunu söylemişlerdir.

Hastaların %26,1’i düzenli doktor kontrolüne gitmemekte, %64,4’ü düzenli kilo kontrolü yapmamaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %1,1’i ilaç kullanmamakta olup büyük çoğunluğunun ilaç kullandığı belirlenmiştir. Kullandıkları ilaçların etkisini %32,2’si bilmediğini, %39,4’ü kısmen bildiğini ifade etmişlerdir. İlaçları düzenli kullanma durumlarına bakıldığında %55,6’sının her zaman, %32,8’inin çoğunlukla düzenli kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Bireyin evde bakım ile ilgili özelliklerinin/gereksinimlerinin dağılımı

Evde Bakımla İlgili Özellikler (n=180)		Sayı	%
Kişisel Günlük Bakımını Yapma Durumu	Yapıyor	123	68,3
	Yapmıyor	57	31,7
Evde Bakımda En Çok Yardım Gereksinimi Duyulan Aktiviteler	Temizlik	49	27,2
	Alış veriş	27	15,0
	Ulaşım (toplu taşıt kullanma)	18	10,0
	Yemek hazırlama+Beslenme	37	20,6
	Yıkama+Tuvalet ihtiyacı	37	20,6
	Ev içi aktiviteler+Giyinme	12	6,6
Evde Bakıma Yardımcı Birinin Olma Durumu	Var	147	81,7
	Yok	33	18,3
Evde Bakımla İlgilenen Kişiler	Eş	80	54,4
	Çocuklar	57	38,8
	Anne – Baba	1	0,7
	Bakıcı	4	2,7
	Yalnız	5	3,4
Evde Bakımla İlgilenen Kişinin Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu	Alan	24	16,3
	Almayan	123	83,7
Evde Bakımla İlgilenen Bireyin Eğitim Gereksinimi	Var	76	51,7
	Yok	71	48,3

Tablo 10’da hastaların evde bakımla ilgili özelliklerinin/gereksinimlerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %68,3’ü kişisel günlük bakımını yapmakta olup, evde bakımda en çok yardım gereksinimi olarak %27,2’sinin temizlik, %20,6’sının yemek hazırlama+beslenme, yine %20,6’sının yıkama+tuvalet ihtiyacı ve %15,0’ının da alış veriş aktivitelerini belirttiği saptanmıştır. Hastaların %81,7’si evde bakıma yardımcı birinin olduğunu belirtmiş olup, bu kişilerin %54,4’ünün eş, %38,8’inin de çocuklar olduğu belirlenmiştir. Evde bakıma ilgilenen kişilerin %83,7’si

evde bakımla ilgili eğitim almamış olup, %51,7'si eğitim gereksinimi duymaktadır (Tablo 10).

Tablo 11. Bireyin kişilerarası iletişim özelliklerine ve sağlık durumunu algılamalarına göre dağılımı

Bireyin Kişilerarası İletişim Özellikleri (n=180)	Sağlık Durumu Algısı	Sayı	%
Aile İçi İlişkileri Değerlendirme	Çok iyi	51	28,3
	İyi	114	63,4
	Kötü	15	8,3
Arkadaşları İle İlişkileri Değerlendirme	Çok iyi	62	34,5
	İyi	110	61,1
	Kötü	6	3,3
	Çok Kötü	2	1,1
Sağlık Durumunu Algılama	Çok iyi	6	3,3
	İyi	84	46,7
	Kötü	79	43,9
	Çok Kötü	11	6,1

Araştırmaya alınan bireylerin kişilerarası iletişim özellikleri incelendiğinde; aile içi ilişki durumunu, %63,4'ü iyi, %28,3'ü çok iyi olarak; arkadaşları ile ilişkilerini %61,1'i iyi, %34,4'ü de çok iyi olarak değerlendirmişlerdir. Öğrencilerin sağlık durumunu algılama düzeyi incelendiğinde, %46,7'sinin sağlık durumunu iyi, %43,9'unun kötü, olarak algıladıkları belirlenmiştir (Tablo 11).

4.2 Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 12. MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği, alt ölçekleri ve puan ortalamaları dağılımı

MacNew Ölçeği Yaşam Kalitesi (n=180)	Ort.	S.S	Minimum Puan	Maksimum Puan	Cronbach α
Duyusal	3,9	0,9	1,4	6,3	0,76
Fiziksel	3,4	1,1	1,2	6,5	0,86
Sosyal	3,8	1,2	1,1	8,0	0,86
Global	3,7	0,9	1,7	6,6	0,89

Tablo 12’de araştırmaya katılan kalp yetmezliği hastalarının MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarına bakıldığında alt ölçek duygusal alanda $3,9\pm 0,9$, fiziksel alanda $3,4\pm 1,1$, sosyal alanda $3,8\pm 1,2$ ve global skorun $3,7\pm 0,9$ olduğu saptanmıştır. En düşük global puanın 1,74; en yüksek global puanın da 6,62 olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 13. Bireyin tanıtıcı özelliklerine göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (n=180)	MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği								
	N	Duygusal		Fiziksel		Sosyal		Global	
		ort \pm ss	İstatistik	ort \pm ss	İstatistik	ort \pm ss	İstatistik	ort \pm ss	İstatistik
Yaş									
65 yaş altı	67	3,9 \pm 0,9	t=-,497	3,3 \pm 1,2	t=-,739	3,8 \pm 1,3	t=-,353	3,7 \pm 0,9	t=-,346
65 yaş ve üzeri	113	3,9 \pm 0,9	P=0,619	3,5 \pm 1,1	P=0,461	3,8 \pm 1,2	P=0,714	3,7 \pm 0,9	P=0,730
Cinsiyet									
Kadın	87	3,7 \pm 0,8	t=-,080	3,2 \pm 1,0	t=-2,473	3,6 \pm 1,2	t=-1,818	3,5 \pm 0,8	t=-2,435
Erkek	93	4,1 \pm 0,9	P=0,015	3,6 \pm 1,2	P=0,026	3,9 \pm 1,3	P=0,071	3,8 \pm 1,0	P=0,017
Medeni Durum									
Evli	149	3,9 \pm 0,9	U=2092,500	3,4 \pm 1,2	U=1947,000	3,8 \pm 1,2	U=2192,000	3,7 \pm 0,9	U=2129,500
Bekar	31	3,8 \pm 0,9	P=0,411	3,2 \pm 0,9	P=0,266	3,7 \pm 1,3	P=0,656	3,6 \pm 0,8	P=0,495
Çocuk Sayısı									
Yok	11	3,8 \pm 1,1	KW=1,754 P=0,625	3,1 \pm 1,2	KW=4,077 P=0,253	3,5 \pm 1,6	KW=3,912 P=0,271	3,6 \pm 1,1	KW=3,838 P=0,280
1-2 çocuk	27	4,1 \pm 1,1		3,9 \pm 1,6		4,2 \pm 1,5		4,0 \pm 1,2	
3-4 çocuk	74	3,8 \pm 0,9		3,3 \pm 1,0		3,6 \pm 1,1		3,5 \pm 0,8	
5 ve üzeri	68	3,9 \pm 0,9		3,4 \pm 1,0		3,8 \pm 1,2		3,7 \pm 0,8	
Sağlık Güvencesi									
Var	161	3,9 \pm 0,9	U=1260,000	3,5 \pm 1,1	U=967,500	3,9 \pm 1,3	U=1068,000	3,7 \pm 0,9	U=1056,000
Yok	19	3,7 \pm 0,8	P=0,209	2,7 \pm 0,9	P=0,010	3,2 \pm 0,9	P=0,032	3,2 \pm 0,7	P=0,027

Tablo 13. ‘devam’ Bireyin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Macnew Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=180)

Sosyo-Demografik Özellikler	Macnew Yaşam Kalitesi Ölçeği								
	N	Duygusal		Fiziksel		Sosyal		Global	
		ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik
Gelir Durumu									
Gelir giderden az	68	3,9±0,9	KW= ,243 P=0,886	3,4±1,1	KW= ,004 P=0,998	3,8±1,2	KW= ,232 P=0,890	3,6±0,9	KW= ,190 P=0,909
Gelir gidere denk	101	3,9±0,9		3,4±1,1		3,8±1,2		3,7±0,9	
Gelir giderden fazla	11	3,9±1,1		3,5±1,4		4,1±1,7		3,8±1,2	
Yaşadığı Yer									
İl	49	4,2±0,9	KW= =7,512 P=0,023	3,7±1,3	KW= 3,340 P=0,188	4,2±1,4	KW= 6,281 P=0,043	4,0±1,0	KW= 8,551 P=0,014
İlçe	60	3,7±0,9		3,3±1,1		3,7±1,2		3,6±0,9	
Köy	71	3,8±0,8		3,2±0,9		3,6±1,1		3,6±0,8	
Eğitim durumu									
Okur yazar değil	64	3,8±0,9	F=0,420 P=0,794	3,3±1,0	F=1,628 P=0,169	3,7±1,1	F=1,356 P=0,251	3,6±0,8	F=1,485 P=0,209
Okur yazar	24	3,9±1,1		3,2±1,0		3,7±1,2		3,6±1,0	
İlkokul mezunu	65	3,9±0,9		3,5±1,2		3,8±1,2		3,7±1,0	
Ortaokul mezunu	11	3,7±1,0		3,1±1,3		3,3±1,3		3,4±1,1	
Lise ve Fakülte mezunu	7	4,1±0,9		4,0±1,3		4,4±1,6		4,2±1,1	
Çalışma durumu									
Çalışıyor	16	4,1±0,8	U= 1120,000 P=0,334	3,8±1,3	U= 1044,500 P=0,189	4,1±1,2	U= 1111,500 P=0,313	3,9±0,9	U= 1100,000 P=0,287
Çalışmıyor	164	3,9±0,9		3,7±1,1		3,8±1,3		3,7±0,9	

Tablo 13’de hastaların cinsiyet özellikleri açısından MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği duygusal, fiziksel ve global skor puan ortalamaları kadın hastalarda erkeklere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (P<0,05).

Sağlık güvencesinin olma durumunun hastaların MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin duygusal boyutunu etkilemediği ($P>0,05$), ancak sağlık güvencesi olanların fiziksel, sosyal ve global skor puan ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0,05$).

Hastaların yaşantılarının büyük çoğunluğunun geçtiği yerin MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği basamaklarından duygusal, sosyal, global skor puan ortalamasını etkilediği köyde yaşayanların il ve ilçede yaşayanlara göre yaşam kalitesi puan ortalaması anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($P<0,05$) (Tablo 13).

Kalp yetmezliği hastalarının yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve eğitim durumu özelliklerinin MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olmadığı bulunmuştur ($P>0,05$). Hastalarının çalışma durumu ve gelir durumu özelliğine göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Bireyin hastalıkla ilgili özelliklerine göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler (n=180)	MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği								
	N	Duygusal		Fiziksel		Sosyal		Global	
		ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik
Kalp Yetmezliği Tanısının Ne Zaman Konulduğu									
6 ay-1 yıl	50	3,9±1,0	KW= 3,445	3,3±1,2	KW= 1,188	3,8±1,2	KW= 2,918	3,7±0,9	KW= 3,592
1-2 yıl	22	3,6±0,9	P=0,179	3,4±0,9	P=0,552	3,6±1,1	P=0,233	3,5±0,9	P=0,166
2 yıl ve üzeri	108	3,9±0,9		3,4±1,1		3,8±1,2		3,8±0,9	
Kalp Yetmezliği Dışında Diğer Hastalıklar									
Var	145	3,8±0,9	U= 1991,500	3,4±1,2	U= 2049,500	3,7±1,2	U= 1937,000	3,6±0,9	U= 1933,000
Yok	35	4,2±0,7	P=0,082	3,5±0,9	P=0,199	4,2±1,2	P=0,050	3,9±0,8	P=0,049
Ailede Kalp Hastası Olma Durumu									
Var	85	3,5±0,9	U= 4021,500	3,3±1,0	U= 3664,500	3,7±1,1	U= 3829,000	3,7±0,9	U= 4011,000
Yok	95	3,9±0,9	P=0,963	3,5±1,2	P=0,347	3,9±1,3	P=0,550	3,7±0,9	P=0,939
Kalp Yetmezliği Nedeniyle Daha Önce Hastanede Yatma Öyküsü									
Var	120	3,8±0,9	U= 2654,000	3,3±1,1	U= 2717,000	3,6±1,2	U= 2618,500	3,6±0,9	U= 2701,000
Yok	60	4,2±0,9	P=0,004	3,7±1,1	P=0,012	4,2±1,2	P=0,003	3,9±0,9	P=0,006
Hastalığın Yaşamı Olumsuz Etkileme Durumu									
Etkilenen	145	3,8±0,9	U= 1958,500	3,3±1,1	U= 1576,500	3,7±1,2	U= 1611,500	3,6±0,9	U= 1819,000
Etkilenmeyen	35	4,2±0,9	P=0,036	3,9±0,9	P=0,000	4,4±1,1	P=0,000	4,1±0,9	P=0,009

Tablo 14’de Sağlıklı yaşam biçimi davranış özelliklerine göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması verilmiştir. Hastaların kalp yetmezliği nedeniyle daha önce hastanede yatma öyküsü olanların yaşam kalitesi puan ortalaması tüm alt boyutlarda daha önce hastanede yatma öyküsü olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (P<0,05).

Kalp yetmezliği hastalığının bireyin yaşamını olumsuz etkileme durumuna göre MacNew yaşam kalitesi ölçeği fiziksel, sosyal, global skorları arasındaki ilişki önemli derecede anlamlı bulunmuştur. İş ve aile yaşamı olumsuz etkilenenlerin yaşam kalitesi puan ortalaması etkilenmeyenlere göre düşüktür ($P < 0,001$) (Tablo 14).

Araştırmaya alınan kalp yetmezliği hastalarının hastalık özelliklerine göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Kalp yetmezliği hastalığının ne kadar süre önce teşhis edildiğine göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P > 0,05$). Kalp yetmezliğine eşlik eden başka hastalık durumu açısından MacNew yaşam kalitesi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P > 0,05$). Ailede kalp yetmezliği öyküsü taşımaya göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($P > 0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (n=180)	MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği								
	N	Duygusal		Fiziksel		Sosyal		Global	
		ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik
Sigara Kullanma									
Kullanan	14	4,1±1,0	U=945,000	3,6±1,3	U=983,000	4,0±1,4	U=1100,000	3,9±1,0	U=986,500
Kullanmayan	166	3,9±0,9	P=0,246	3,4±1,1	P=0,594	3,8±1,2	P=0,740	3,7±0,9	P=0,349
Alkol Kullanma									
Kullanan	6	4,2±1,0	U=368,500	3,6±1,3	U=197,000	4,0±1,4	U=252,500	3,9±1,0	U=238,500
Kullanmayan	174	3,9±0,9	P=0,221	3,4±1,1	P=0,037	3,8±1,2	P=0,032	3,7±0,9	P=0,024
Kardiyak Diyete Uyma Durumu									
Uyan	122	3,9±0,9	U=3450,000	3,4±1,1	U=3298,000	3,8±1,2	U=3260,500	3,7±0,9	U=3390,500
Uymayan	58	3,8±1,0	P=0,788	3,5±1,1	P=0,579	3,9±1,3	P=0,396	3,7±0,9	P=0,652
Egzersiz Yapma Durumu									
Yapan	41	4,2±0,8	U=336,000	3,7±1,3	U=366,500	4,1±1,4	U=392,000	3,9±0,9	U=332,000
Yapmayan	26	3,6±0,9	P=0,011	2,9±1,1	P=0,044	3,4±1,4	P=0,070	3,3±0,9	P=0,010
Uykunun Düzenli Olup Olmadığı									
Düzenli	55	4,3±0,8	U=2325,000	3,9±1,2	U=2018,000	4,2±1,2	U=2421,500	4,1±0,8	U=2264,500
Düzensiz	125	3,8±0,9	P=0,000	3,2±1,0	P=0,000	3,6±1,1	P=0,002	3,5±0,9	P=0,000
Düzenli Doktor Kontrolüne Gitme Durumu									
Giden	133	3,9±0,9	U=2747,500	3,4±1,1	U=3000,500	3,8±1,2	U=3034,000	3,7±0,9	U=2793,500
Gitmeyen	7	4,0±0,9	P=0,218	3,4±1,2	P=0,847	3,8±1,2	P=0,766	3,8±1,0	P=0,280

Tablo 15’de Alkol kullanma durumu ile MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği alt gruplarından fiziksel, sosyal, global skor puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Alkol kullananların yaşam kalitesi puan ortalamasının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (P<0,05).

Hastaların egzersiz yapma durumu ile MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiş ve egzersiz yapanların yaşam kalitesi duygusal, fiziksel, global skor puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($P<0,05$).

Kalp yetmezliği tanılı hastalarda uykusu düzeni bakımından MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt gruplarında önemli derecede ilişkili olup, uyku düzeni iyi olanların yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur ($P<0,001$).

Hastaların sigara kullanma durumu, doktor kontrolüne gitme durumu ve kardiyak diyeteye uyma durumu ile MacNew Yaşam Kalitesi Ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Bireyin evde bakım ile ilgili özelliklerine göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Evde Bakımla İlgili Olanaklar (n=180)	MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği								
	N	Duygusal		Fiziksel		Sosyal		Global	
		ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik
Günlük Kişisel Bakımını Yapabilme Durumu									
Yapan	123	4,0±0,9	U=2685,500	3,7±1,1	U=1994,500	4,1±1,2	U=2160,000	3,9±0,9	U=2328,500
Yapmayan	57	3,7±0,9	P=0,014	2,8±0,9	P=0,000	3,2±1,1	P=0,000	3,3±0,8	P=0,000
Evde Bakıma Yardımcı Olan Birinin Varlığı									
Var	147	3,9±0,9	U=2220,500	3,4±1,1	U=2252,000	3,8±1,2	U=2336,500	3,7±0,9	U=2201,000
Yok	33	3,7±1,0	P=0,448	3,3±1,2	P=0,707	3,8±1,5	P=0,742	3,6±1,0	P=0,407
Evde Bakımla İlgilenen Bireyin Bakımla İlgili Eğitim Alma Durumu									
Alan	24	4,1±0,9	U=1291,500	3,5±1,1	U=1381,000	4,1±1,1	U=1167,000	3,9±0,8	U=1274,000
Almayan	23	3,9±0,9	P=0,333	3,4±1,1	P=0,618	3,7±1,2	P=0,105	3,7±0,9	P=0,290

Tablo 16’de evde bakımla ilgili özelliklerinin dağılımı ile MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması verilmiştir. Araştırmaya alınan kalp yetmezliği hastalarının kişisel günlük bakımını yapan bireylerin duygusal, fiziksel, sosyal ve global skor puan ortalaması, günlük bakımını yapamayan bireylere göre daha yüksek bulunmuş olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P<0,001).

Kalp yetmezliği hastalarının evde bakımına birinin yardımcı olma durumunun ve evde bakımına yardımcı olan bireylerin eğitim alma durumunun ile MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur (P>0,05) (Tablo 16).

Tablo 17. Bireyin kişilerarası iletişim özellikleri ve sağlık durumunu algılamalarına göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Bireyin Kişilerarası İletişim Özellikleri ve Sağlık Durumu Algısı (n=180)	MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği								
	N	Duygusal		Fiziksel		Sosyal		Global	
		ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik
Aile İçi İlişkileri Değerlendirme									
Çok iyi	51	4,0±0,9	KW= 1,316 P=0,518	3,5±1,1	KW= 2,211 P=0,331	3,9±1,3	KW= 2,012 P=0,366	3,8±0,9	KW= 1,193 P=0,551
İyi	114	3,8±0,9		3,3±1,1		3,7±1,2		3,6±0,9	
Kötü	15	3,9±0,9		3,2±0,8		3,8±1,2		3,7±0,8	
Arkadaşları İle İlişkileri Değerlendirme									
Çok iyi	62	3,9±0,9	KW= 2,677 P=0,444	3,6±1,1	KW= 3,742 P=0,291	4,0±1,2	KW= 3,559 P=0,313	3,8±0,9	KW= 3,089 P=0,378
İyi	110	3,9±0,9		3,3±1,1		3,7±1,3		3,7±0,9	
Kötü	6	3,9±0,8		3,6±1,5		3,7±1,2		3,9±1,0	
Çok Kötü	2	2,8±0,9		2,2±1,4		2,6±1,5		2,7±0,9	
Sağlık Durumunu Algılama									
Çok iyi	6	4,3±0,9	KW= 16,801 P=0,000	4,2±0,9	KW= 29,139 P=0,000	4,6±0,9	KW= 26,288 P=0,000	4,2±0,8	KW= 21,461 P=0,000
İyi	84	4,1±0,9		3,8±1,0		4,2±1,2		3,9±0,9	
Kötü	79	3,8±0,9		3,0±1,1		3,4±1,2		3,5±0,9	
Çok Kötü	11	3,0±0,8		2,6±0,7		2,8±0,8		2,8±0,6	

Tablo 17’de hastaların kişilerarası iletişim özelliklerine ve sağlığı algılama durumlarına göre MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kendi sağlık durumlarını çok iyi olarak algılayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur (P<0,001).

Hastaların aile içi ilişkileri ve arkadaş ilişkilerinin MacNew Yaşam Kalitesi Ölçek puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (P>0,05) (Tablo 17).

4.3 Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeylerine İlişkin Bulgular

Hastaların evde bakım gereksinim düzeylerini değerlendirmek için kullanılan Katz GYA ölçeği değerlendirilmesi yapıldığında bağımlı grup kişi sayısı üç; kısmen bağımlı grup kişi sayısı 65 ve bağımsız grup kişi sayısı 112 olarak bulunmuştur.

Bağımlı grupta yer alan üç kişinin ikisi kadın ve 65 yaş ve üzeri gruptadır. Bireyler sağlık güvencesine sahip ve sigara-alkol kullanmamaktadır. Hastalar iki yıldan uzun süredir KY tanısı almıştır ve bir kişinin kalp yetmezliğine eşlik eden diyabet tanısı, iki kişinin eşlik eden birden çok hastalığı vardır. Hastalar kişisel günlük bakımını yapamamaktadır ve bir kişi evde bakıma yardımcı bireye sahip değildir.

Tablo 18. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puan ortalamaları dağılımı

Katz GYA Ölçeği (n=180)	Sayı	%	Ort.	S.S	Minimum Puan	Maksimum Puan	Cronbach α
Bağımlı-Kısmen Bağımlı	68	37,8	16,2	2,8	10	20	0,77
Bağımsız	112	62,2	25,0	2,7	21	30	
Katz Toplam	180	100,0	21,7	5,1	10	30	

Tablo 18'e bakıldığında kalp yetmezliği hastalarının katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği bağımlı-kısmen bağımlı grup puan ortalaması $16,2\pm 2,8$, bağımsız grup puan ortalaması ise $25,0\pm 2,7$ olarak saptanmıştır. Bu araştırmada en düşük ve en yüksek evde bakım (günlük yaşam aktiviteleri) puanlarına bakıldığında bağımlı-kısmen bağımlı grupta en düşük puanın 10, en yüksek puanın 20, bağımsız grupta ise en düşük puanın 21, en yüksek puanın ise 30 olduğu belirlenmiştir (Tablo 18).

Tablo19. Bireyin tanıtıcı özelliklerinin günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu üzerine etkisini gösteren bulguların dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (n=180)		Günlük Yaşam Aktiviteleri				İstatistik
		Bağımlı - Kısmen Bağımlı		Bağımsız		
		n	%	n	%	
Yaş	65 yaş altı	20	29,9	47	70,1	$\chi^2=2,853$ P=0,091
	65 yaş ve üzeri	48	42,5	65	57,5	
Cinsiyet	Kadın	39	44,8	48	55,2	$\chi^2=3,560$ P=0,059
	Erkek	29	31,2	64	68,8	
Medeni Durum	Evli	52	34,9	97	65,1	$\chi^2=3,050$ P=0,081
	Bekar	16	51,6	15	48,4	
Çocuk Sayısı	Yok	4	36,4	7	63,6	$\chi^2=10,732$ P=0,013
	1-2 çocuk	3	11,1	24	88,9	
	3-4 çocuk	29	39,2	45	60,8	
	5 ve üzeri	32	47,1	36	52,9	
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	35	57,4	29	45,3	$\chi^2=17,861$ P=0,001
	Okur yazar	10	41,7	14	58,3	
	İlkokul mezunu	20	30,8	45	69,2	
	Ortaokul mezunu	2	18,2	9	81,8	
	Lise ve Fakülte mezunu	1	6,3	16	93,8	
Çalışma Durumu	Evet	3	18,8	13	81,2	$\chi^2=2,705$ P=0,100
	Hayır	65	39,6	99	60,4	
Sağlık Güvencesi	Var	60	37,3	101	62,7	$\chi^2=0,169$ P=0,681
	Yok	8	42,1	11	57,9	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	26	32,8	42	61,2	$\chi^2=0,338$ P=0,844
	Gelir gidere denk	37	36,6	64	63,4	
	Gelir giderden fazla	5	45,5	6	54,5	
Yaşantınızın Büyük Çoğunluğunun Geçtiği Yer	İl	12	24,5	37	75,5	$\chi^2=17,237$ P=0,000
	İlçe	16	26,7	44	73,3	
	Köy	40	56,3	31	43,7	

Tablo 19’da bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre evde bakım düzeyi puan ortalaması verilmiştir. Çocuk sayısı bakımından evde bakım gereksinim düzeyi 1-2 çocuk sahibi olanlarda anlamlı düzeyde düşük olup, 1-2 çocuk sahibi olanları %88,9’u evde bakım gereksinim düzeyinde bağımsız gruptadır ($P<0,05$).

Araştırmaya alınan kalp yetmezliği hastalarının eğitim durumu ile evde bakım gereksinim düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, eğitim düzeyi arttıkça evde bakım gereksinimlerinde bağımlılık düzeyinin azaldığı saptanmıştır ($P<0,05$).

Hastaların yaşantının büyük çoğunluğunun geçtiği yere göre evde bakım gereksinim düzeyi karşılaştırılmış, il ve ilçede yaşayanların köyde yaşayanlara göre evde bakım gereksinimleri açısından önemli düzeyde daha bağımsız olduğu saptanmıştır ($P<0,001$).

65 yaş ve üzeri yaşta olan bireylerin Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık durumunun daha yüksek olduğu saptanmış olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($P>0,05$). Kalp yetmezliği hastalarının cinsiyet durumu ile Medeni durumun evde bakım gereksinim düzeyini etkilemediği bulunmuştur ($P>0,05$). Hastaların çalışma durumu, sağlık güvencesine sahip olma durumu ve gelir durumu ile evde bakım gereksinim düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlılık saptanmamıştır ($P>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Bireyin hastalıkla ilgili özelliklerinin günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu üzerine etkisini gösteren bulguların dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler (n=180)		Günlük Yaşam Aktiviteleri				İstatistik
		Bağımlı - Kısmen Bağımlı		Bağımsız		
		n	%	n	%	
Kalp Yetmezliği Tanısı Ne Zaman Konduğu	6 ay-1 yıl	17	25,0	33	29,5	$\chi^2=1,727$ P=0,422
	1-2 yıl	11	16,2	11	9,8	
	2 yıl ve üzeri	40	58,8	68	60,7	
Kalp Yetmezliği Dışında Başka Hastalık Durumu	Var	56	82,4	89	79,5	$\chi^2=0,225$ P=0,635
	Yok	12	17,6	23	20,5	
Ailede Kalp Hastalığı Öyküsü	Var	31	45,6	54	48,2	$\chi^2=0,117$ P=0,732
	Yok	37	54,4	58	51,8	
Kalp Yetmezliği Nedeniyle Daha Önce Hastanede Yatma Durumu	Yatan	51	75,0	69	61,6	$\chi^2=3,415$ P=0,065
	Yatmayan	17	25,0	43	33,3	
Hastalığın Yaşamı (İş/Aile) Olumsuz Etkileme Durumu	Etkilenen	58	85,3	87	77,7	$\chi^2=1,567$ P=0,211
	Etkilenmeyen	10	14,7	22,3	22,3	

Tablo 20’de görüldüğü gibi kalp yetmezliği tanısının konulduğu zaman ve kalp yetmezliğine eşlik eden hastalıkların olma durumu ile evde bakım gereksinim düzeyi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$). Ailede kalp hastalığı öyküsü olma durumu ile kalp yetmezliği nedeniyle daha önce hastanede yatma öyküsünün evde bakım gereksinim düzeyi üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$). Araştırmaya katılan hastaların kalp yetmezliği tanısının yaşamı (iş/aile) olumsuz etkileme durumunun evde bakım gereksinim düzeyini etkilemediği saptanmıştır ($P>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Bireyin sağlıkla ilgili yaşam biçimi davranışlarının günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu üzerine etkisini gösteren bulguların dağılımı

Sağlıkla İlgili Yaşam Biçimi Davranışları (n=180)		Günlük Yaşam Aktiviteleri				İstatistik
		Bağımlı Kısım Bağımlı		Bağımsız		
		n	%	n	%	
Sigara Kullanma	Kullanan	2	14,3	12	85,7	$\chi^2=3,564$ P=0,059
	Kullanmayan	66	39,8	100	60,2	
Alkol Kullanma	Kullanan	-	-	6	100,0	
	Kullanmayan	68	39,1	106	60,9	
Kardiyak Diyete Uyma Durumu	Uyan	48	39,3	74	60,7	$\chi^2=0,395$ P=0,530
	Uymayan	20	34,5	38	65,5	
Egzersiz Yapma Durumu	Yapan	15	36,6	26	63,4	$\chi^2=0,024$ P=0,877
	Yapmayan	10	38,5	16	61,5	
Uykunun Düzenli Olup Olmadığı	Düzenli	13	23,6	42	76,4	$\chi^2=6,738$ P=0,009
	Düzensiz	55	44,0	70	56,0	
Günlük Ortalama Uyku Saati	5 saat az	22	52,4	20	47,6	$\chi^2=8,104$ P=0,017
	5-8 saat arası	33	29,7	78	70,3	
	8 saat fazla	13	48,1	14	51,9	
İlaç kullanımı	Kullanan	68	38,2	110	61,8	
	Kullanmayan	-	-	2	100,0	
Düzenli Doktor Kontrolüne Gitme Durumu	Giden	48	36,1	85	63,9	$\chi^2=0,617$ P=0,432
	Gitmeyen	20	42,6	27	57,4	
Düzenli Kilo Kontrolü Yapma Durumu	Yapan	26	40,6	38	59,4	$\chi^2=0,342$ P=0,558
	Yapmayan	42	36,2	74	63,8	

Uykusu düzenli olanların ve günde 5-8 saat uyduğunu bildiren hastaların evde bakım gereksinimlerinde bağımsızlık düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmış olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P<0,05).

Kalp yetmezliği hastalarının sigara ve alkol kullanma durumu ile evde bakım düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$).

Hastaların kardiyak diyetle uyuma durumu, egzersiz yapma durumu ve ilaç kullanma durumunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyini etkilemediği bulunmuştur ($P>0,05$). Düzenli doktor kontrolüne gitme ve düzenli kilo kontrolü yaptırma durumu ile evde bakım gereksinim düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 22. Bireyin sağlık durumu algısına göre günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu üzerine etkisini gösteren bulguların dağılımı

Bireyin Sağlık Durumu Algısı (n=180)		Günlük Yaşam Aktiviteleri				İstatistik
		Bağımlı -Kısmen Bağımlı		Bağımsız		
		n	%	n	%	
Sağlık Durumunu Algılama	ok İyi	1	1,5	5	4,5	$\chi^2=6,861$ $P=0,076$
	İyi	26	38,2	58	51,8	
	Kötü	34	50,0	45	4,2	
	ok Kötü	7	10,3	4	3,6	

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyinin hastaların sağlık durumu algısı puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur ($P>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Bireyin kişisel günlük bakımını yapma durumu ve evde bakıma yardımcı birinin olma durumunun günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu üzerine etkisini gösteren bulguların dağılımı

Günlük Yaşam Aktiviteleri		Kişisel Günlük Bakımını Yapma Durumu			Evde bakıma Yardımcı Birinin Olma Durumu		
		Yapan	Yapmayan	İstatistik	Olan	Olmayan	İstatistik
Bağımlı - Kısmen Bağımlı	n	24	44	$\chi^2=55,130$ P=0,000	52	16	$\chi^2=1,971$ P=0,160
	%	35,3	64,7		76,5	23,5	
Bağımsız	n	99	13		95	17	
	%	88,4	11,6		84,8	15,2	

Tablo 23'e göre hastaların kişisel günlük bakımını yapabilenlerin çoğunluğu evde bakım gereksinim düzeyinde bağımsız gruptadır ve arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (P<0,001).

Hastaların evde bakımına yardımcı birinin olma durumu ile evde bakım düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsızdır (P>0,05) (Tablo 23).

4.4 Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği İle MacNew Yaşam kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 24. MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği, alt ölçekleri ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nden alınan puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı

	MacNew Duygusal		MacNew Fiziksel		MacNew Sosyal		MacNew Global	
	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik	ort±ss	İstatistik
Katz GYA Ölçeği Bağımlı-Kısmen Bağımlı	3,6±1,0	t=-4,085 P=0,000	2,9±1,1	t=-4,842 P=0,000	3,3±1,2	t=-4,504 P=0,000	3,3±0,9	t=-4,534 P=0,000
Bağımsız	4,1±0,9		3,7±1,1		4,1±1,2		4,0±0,9	
Toplam	r=0,407 (P=0,000)*		r=0,490 (P=0,000)*		r=0,445 (P=0,000)*		r=0,452 (P=0,000)*	
N	180							

*P<0,001 korelasyonun önemi

Tablo 24'e bakıldığında MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği duygusal boyutu ile Katz GYA ölçeği bağımlı grup puan ortalaması 3,6±1,0 iken, bağımsız grupta anlamlı düzeyde artmış ve 4,1±0,9 olmuştur. MacNew Fiziksel boyutu ile GYA bağımlı grup puan ortalaması 2,9±1,1 iken bağımsız grupta 3,7±1,1'dir. MacNew sosyal grup ile GYA ölçeği bağımlı grup puan ortalaması 3,3±1,2 iken, GYA açısından bağımsız olan grupta artış göstermiş ve 4,1±1,2 olmuştur. MacNew yaşam kalitesi ölçeği global skor ile GYA bağımlı grup puan ortalaması 3,3±0,9 iken bağımsız gruptaki artış 4,0±0,9 olmuştur. Sonuç olarak kalp yetmezliği hastalarının tüm alt skorlardaki yaşam kalitesi düzeyi ile evde bakım gereksinim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (P<0,001) (Tablo 24). Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden alınan puan arttıkça(evde bakım gereksinimlerinde bağımlılık arttıkça) MacNew Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan artmaktadır. Yani evde bakım gereksinim düzeyi azaldıkça yaşam kalitesi artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi ve evde bakım gereksinimlerini değerlendirmek, bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve uygun hemşirelik uygulamalarını geliştirmede rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kardiyojji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde kalp yetmezliği tanısı ile tedavi alan hastalardan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

5.1 Hastaların Bireye İlişkin Tanıtıcı Özellikleri, Hastalık ve Evde Bakımla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya dahil edilen hastaların KY'ne eşlik eden birden çok hastalığa sahip olanların %41,7'sini oluşturduğu ve eşlik eden hastalıkların hipertansiyon ve diabetes mellitus (DM), solunum sistemi hastalıkları ve romatizmal hastalıklar olarak sıralandığı ortaya çıkmıştır. Oğuz ve arkadaşlarının KY hastaları ile yaptığı çalışmada KY'ine eşlik eden hastalıkların başında hipertansiyonun olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra KY'inin beraberinde görülen diğer hastalıkların DM, eklem hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları olduğu ortaya çıkmıştır (Oğuz ve ark., 2010). Aynı grup hastada çalışılan başka bir araştırmada KAH, kalp kapak hastalığı, hipertansiyon ve DM gibi kalp yetmezliğine eşlik eden süreğen bir hastalığın olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve ark., 2010). Çalışma sonuçlarının diğer çalışmalarla paralel olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada hastaların KY nedeniyle kısıtlanan aktiviteleri sorgulanmış ve ilk sırada %26,2 ile yokuş yukarı veya merdiven çıkmak, %17,3 ile çabuk ve acele davranabilme özelliği ikinci sırada, %14,8 ile güç ve enerji isteyen işleri yapma 3.sırada ve %13,9 ile ev işi yapmak 4. sırada yer almıştır.

Çalışmamıza paralel olarak yürütölmüş Özer'in çalışmasında yokuş yukarı veya merdiven çıkma aktivitesi en yüksek kısıtlılık oranına sahiptir (%46,3); çabuk ve acele davranabilme yeteneği %19,1 olarak saptanmıştır, devamında ise ev işi yapmak, güç

enerji isteyen aktiviteleri kullanma yer almaktadır. Çalışmaların sonuçları biririni destekler boyuttadır. Aynı çalışmada Özer hastaların en fazla rahatsızlık duydukları semptomları sorgulamış ve en yüksek olanının fiziksel aktivitede zorluk (%14) olduğu saptanmıştır (Özer, 2002). Çubukçu'nun HT hastaları ile yaptığı çalışmada fiziksel yetersizlik olma durumu %70,7 olarak ortaya çıkmıştır (Çubukçu, 2005). Çalışma literatür bilgisiyle paralel olarak KKY, kalp fonksiyonlarında bozulmanın beraberinde dispne, yorgunluk v.b. bulgulara yol açarak yaşamı kısıtladığı ortaya çıkmıştır.

Kalp yetmezliği hastaları ile yapılan çalışmada hastaların %67,8'i diyeteye uymaktadır. Diyeteye uymayanlara diyeteye uymama nedeni sorulduğunda %75,9'u damak tadına uymadığını söylemişlerdir. Özer'in çalışmasında hastaların %37,3'ünün diyeteye kısmen uyduğu, %23,5'inin uymadığını saptanmıştır (Özer, 2002). Demir'in çalışmasında KY hastalarının %26,7'sini diyeteye uymayanlar oluşturmuştur (Demir, 2008).

Yaşlılar ile birlikte yapılan bir çalışmada da diyet önerilmesine rağmen %35,0'ının diyetine uymadığı saptanmıştır (Turan, 2001). Durmaz'ın yaşlıların hemşirelik hizmeti öncesi ve sonrası diyet ve beslenme uyum durumları incelendiğinde diyetine uyumsuz olan yaşlı oran %53,5 iken hemşirelik izleminden sonra bu oran %11,6'a düşmüştür (Durmaz, 2001). Altay çalışmasında beslenme sorununa yönelik yapılan evde planlı hemşirelik izleminin kronik hastalıklı bireylerin diyeteye uymama durumunu önemli düzeyde ortadan kaldırdığını saptamıştır (Altay, 2005).

Yapılan çalışmalar diyetine uymayan bireylerin önemli sayıda olduğu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar bize beslenme alışkanlıklarından vazgeçmenin zaman alacağını, beslenme konusunda damak tadının daha etkili olduğunu ve bu durumun bireylerin diyeteye uyumunu olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bireylerin diyetine uyumunu arttırmak için hemşirelerin eğitim ve danışmanlığının davranış geliştirmede faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %68,3'ü kişisel günlük bakımını yapmakta olup evde bakımda en çok yardım gereksinimi %27,2'si temizlik, %20,6'sının yemek

hazırlama+beslenme, %20,6'sının yıkanma+tuvalet ihtiyacı ve %15,0'ı alış veriş olarak saptanmıştır.

Hollanda'da yapılan bir çalışmada hastaların çoğunun (%53,9) kalp hastalığı nedeniyle giyinirken ve yıkanırken zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir (Jaarsma ve ark., 2000). Karahan ve Güven'in yaşlılar ile yaptığı çalışmada evde bakım gereksinimlerinin başında yemek hazırlama (%44,0), alış-veriş yapma (%35,9), temizlik ihtiyacını karşılama (%25,4) olarak saptanmıştır (Karahan ve Güven, 2002). Benzer çalışmaların sonuçları evde bakım gereksiniminin boyutlarını ortaya koymaktadır. Gereksinimlerin bu oranda büyük olması evde bakım hizmetlerinin profesyonel anlamda sunum zorunluluğunu ve sürekliliğinin gereğine dikkati çekmektedir.

5.2 Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması Duygusal skorda $3,9\pm 0,9$; Fiziksel skorda $3,4\pm 1,1$; Sosyal skorda $3,8\pm 1,2$ ve Global skorda $3,7\pm 0,9$ olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi anketinden alınan 3,5 puanın orta düzey olduğu ve alınan puan arttıkça yaşam kalitesinin arttığı göz önüne alınınca; bu sonuç hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyin üzerinde olduğunu göstermektedir. Yaşam kalitesi alt skor puan ortalamalarından en düşük fiziksel skor puan ortalaması bulunurken, en yüksek duygusal skor puan ortalaması bulunmuştur.

Küçükberber ve arkadaşları kalp hastalarının yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ana boyut puan ortalaması $51,95\pm 22,21$, mental ana boyut puan ortalamasını $52,71\pm 19,48$ olarak bulmuştur. Yaşam kalitesi düzeyi fiziksel alanda mental alandan daha düşük olup orta düzeydedir (Küçükberber ve ark., 2011). Özer'in KY hastalarına yaptığı çalışmada hastaların yaşam kalitesi ölçeğine verdiği yanıtlarda %91,2'sinin koşmada, %82,4'ünün yürüyüş ve koşmada zorlandıkları; %82,4'ünün iş yaparken kendilerini zorlamaktan korktukları, %70,6'sının çok iş yaptıklarında nefes darlığı olacak korkusu yaşadıkları saptanmıştır (Özer, 2002). Çalışma sonuçlarında KY hastalarının fiziksel kısıtlılık oranının yüksek düzeyde olduğu paralel olarak ortaya çıkmıştır. Literatür bilgileri

kronik hastalıklarda sosyal desteğin önemli olduğu bildirilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 1998). Bu çalışmada duygusal skor ve sosyal skor puan ortalamasının yüksek olması olumlu çevresel desteğin varlığını ortaya koyduğu için hastalıkla baş etmede önemlidir.

Yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$). Eski ve Fesci'nin MI geçiren hastalarla yaptığı çalışmada yaş gruplarına göre global yaşam kalitesine ilişkin puan sıra ortalaması dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Eski ve Fesci, 2002).

Bu çalışmada araştırma grubundaki hastaların üniversite hastanesinde yatan hastalardan oluşması, beraberinde KY'ni ileri düzey boyutta yaşadığı düşünüldüğünde yaş faktörü anlamlı farklılık oluşturmamıştır.

Ancak Erdem ve Ergüney'in KAH tanısı olanlarda yaptığı çalışmada yaşa göre yaşam kalitesi puan en yüksek 45 yaş ve altı yaş grubunda saptanmış olup yaş arttıkça yaşam kalitesi puanı düşmektedir (Erdem ve Ergüney, 2005).

Hastalarda ilerleyen yaşla birlikte artan kronik hastalıklar özellikle fiziksel işlev kısıtlılıklarının meydana gelmesi, psikososyal problemlerinin ve sosyal destek gereksinimlerinin artmasına ve sonuçta yaşam kalitesinin düşmesine neden olacağı beklenmiştir.

Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde; kadınlarda yaşam kalitesi global puanı ortalamasının 3,5 iken erkeklerde 3,8 olduğu belirlenmiştir ve cinsiyetin yaşam kalitesi düzeyini etkilediği ortaya çıkmıştır ($P<0,05$).

Yapılan birçok çalışmada da erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara oranla daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (Rector ve ark., 1987; Chin ve Goldman, 1998; Cline ve ark., 1999; Petrie ve ark., 1999; Özer, 2002; Küçükberber ve ark., 2011). Erdem ve Ergüney'in çalışmasında cinsiyete göre yaşam kalitesi toplam puanı en yüksek erkek

hastalarda saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur (Erdem ve Ergüney, 2005). Eski ve Fesci'nin MI geçiren hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada, erkek hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Eski ve Fesci, 2002).

Kalp yetmezliği tanısı alan kadın hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının erkeklerden daha düşük olmasının nedeni, kadınların erkeklerden daha yüksek düzeyde duygusal reaksiyon gösterdiği, ağrılarının olduğu, fiziksel immobiliteye sahip olduğu, eğitim durumlarının düşük olduğu ve bunların da yaşam kalitesini azaltabileceği gibi; ayrıca kadınların geleneksel rollerini sürdürmek zorunda oldukları bu yüzden evlilikle ilgili daha fazla problem yaşamalarının daha fazla yaşam biçimi değişikliği yapma zorunluluklarına neden olduğu düşünülebilir. Türk toplumunda sosyal baskıların kadın üzerinde daha fazla etkili olabileceği şeklindeki bir spekülasyonun da yaşam kalitesinde etkili olduğu düşünülebilir.

Kalp yetmezliği hastalarının eğitim düzeyine göre dağılımında yaşam kalitesi tüm alt boyutlarda eğitim düzeyi ile doğru orantılı olarak yükselmiştir. Yaşam kalitesi düzeyi en yüksek puan ortalaması lise ve fakülte mezunu olanlarda saptanmıştır. Ancak eğitim durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$).

Bunun nedeni kişilerin sağlık anlayışlarını eğitimin etkileyebileceği ve bunun sonucu olarak yaşam kalitesinin değişebileceği düşünülmüştür. Ancak puan ortalamalarının arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmayışı, çalışma grubunun eğitim durumu özelliğine göre homojen dağılım göstermemesinden kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Erdem ve Ergüney'in çalışmasında hastalarda eğitim durumlarına göre, yaşam kalitesi toplam puanı en yüksek yüksekokul mezunu hastalarda saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel anlamlılık içermektedir (Erdem ve Ergüney, 2005). Benzer şekilde yürütülen çalışmalarda eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesi düzeyinin arttığı belirtilmiştir (Pınar, 1994; Kızılcı, 1997; Eski ve Fesci, 2002).

Eğitim düzeyi yükseldikçe, hastalık belirti ve bulgularına, hastalıkla baş etme yöntemlerine karşı farkındalık düzeyinin de yükseleceği düşünülürse, kişi dış etkenlerden daha az etkilenir ve bunun sonucunda yaşam kalitesinin de daha yüksek olacağı beklenebilir.

Bu alışmada KY hastalarının sağlık güvencesi olma durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırılmış ve fiziksel, sosyal, global skor puan ortalaması sağlık güvencesine sahip olan hastalarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($P<0,05$). Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun (%89,4) sosyal güvencesi vardır.

Durademir' in çalışmasında sosyal güvencesi olan ve olmayan hastaların öz-bakım puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlılık gözlenmiştir. Kronik kalp yetmezlikli hastaların bakımında önemli olan yaşam kalitesi ve öz-bakım birbirlerini etkileyebilirler. Yaşam kalitesinin artması öz-bakımı olumlu yönde etkileyebildiği gibi, uygun öz-bakım davranışlarının kullanılması yaşam kalitesini de etkileyebilir (Durademir, 1999). Pınar'ın çalışmasında hastaların öz-bakım gücü ile yaşam kaliteleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Pınar, 1994). Sosyal güvenceye sahip olmanın, hastaların sağlık kuruluşlarına daha düzenli gelmelerini, ilaçlarını rahatlıkla alabilmelerini ve gerekli tanı ve izlem girişimlerini daha rahat yapabilmelerini sağlaması nedeniyle yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli bir etken olduğu dşnlmştir.

Çalışmamızda hastaların yaşadıkları yerin kalitesi düzeyini duygusal, fiziksel ve global boyutta anlamlı düzeyde etkilediği ortaya çıkmıştır ($P<0,05$). İl merkezinde yaşayan KY hastalarının yaşam kalitesini algılama düzeyi ilçe ve köy merkezinde yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Eski ve Fesci'nin çalışmasına göre ilçede yaşayanların köy ve ilde yaşayan hastalara göre tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Eski ve Fesci, 2002).

Köyde yaşayan bireylerin kentsel bölgelere göre daha ağır çalışma şartlarına sahip olması, yeterli sağlık bilincine sahip olmamaları nedeniyle sağlığa gereken dikkati vermemeleri ve olanakların kısıtlılığı nedeniyle yaşam kalitesini yükseltecek imkanları bulamamaları başlıca nedenlerdir. Kültürel değerler doğrultusunda yaşam sorumluluklarının da etkisiyle yaşam kalitesi düzeyi köyde yaşayanlarda farklılık göstermiştir. Buradan yola çıkarak halk sağlığı hemşireleri kentsel bölgedeki sağlık bilincini geliştirme çalışmalarının yanı sıra köyde yaşayan bireylere ulaşmada da özel çalışmalarda rol almalıdır.

Araştırma kapsamındaki hastaların %60'ı KY tanısını iki yıl ve üzeri süredir almıştır. Hastaların %41,7'sinde birden çok hastalığa sahiptir. Ailede kalp hastalığı öyküsü olanlar %47,2 oranındadır. Çalışmaya katılan hastaların KY tanısını alma süresine göre yaşam kalitesi düzeyi puan ortalaması incelenmiş ve istatistiksel olarak ilişkili bulunmamıştır ($P>0,05$).

Özer ve Argon'un çalışmasında kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Özer ve Argon, 2005). Hastalık sürelerine göre 6-12 ay, 13-24 ay ve 25 ay ve üzeri süredir KY'li hastaların yaşam kaliteleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Durademir, 1999). Literatür bilgilerine göre kronik kalp yetmezliğinin belirti ve bulgularının ortaya çıkışına kadar organizmada pek çok kompanzasyon mekanizmalarının devreye girdiği ve bir süre bu mekanizmalarla hastalığın kontrol altında tutulduğu bilinmektedir (Çalangu, 2002). Hastalıkta genellikle bu kompanzasyon mekanizmalarının yetersiz kalması ve hasta için efor kapasitesinde belirgin derecede azalma olmasından sonra hastaneye başvurması bu süreleri önemsiz hale getirdiğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada KY'ne eşlik eden hastalık durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş ve sosyal skor yaşam kalitesi ile global yaşam kalitesi puan ortalaması eşlik eden hastalığı olanlarda anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($P<0,05$).

Durademir'in çalışmasında KY'ne eşlik eden iki veya daha fazla hastalığa sahip olan grupta yer alan hastalar ile ilave hastalığın olmadığı grupta yer alan hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Durademir, 1999). MI geçiren bireylerin yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada eşlik eden hastalığa sahip olanlarda yaşam kalitesi anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Eski ve Fesci, 2002). Kronik kalp yetmezliği hastaları ile yapılan çalışmada eşlik eden kronik hastalık sayısının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli etkenlerden biri olduğu ortaya çıkmıştır (Pınar ve Aşık, 2010).

Eşlik eden hastalıklarla birlikte psikolojik ve fizyolojik iyilik hallerinin olumsuz etkilenmesinden ve öz bakım yeteneklerinin azalmasından kaynaklı yaşam kalitesi düzeyinin düştüğü düşünülebilir.

Çalışmaya alınan hastaların daha önce hastanede yatma öyküsü ile yaşam kalitesinin duygusal, fiziksel, sosyal ve global skor puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde hastanede yatma öyküsü olmayan hastaların hastanede yatma öyküsü olanlara göre daha iyi olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($P < 0,001$). Buna göre hastanede yatma deneyimi yaşamayan kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitelerini (global skor puan ortalaması $3,9 \pm 0,9$) daha iyi algıladıkları söylenebilir.

Alla ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşam kalitesinin genel, fiziksel, mental ve sosyal boyutlarının KY'li hastanın hastanede yatışları ile önemli oranda ilişkili olduğunu, global yaşam kalitesi skorlarının hastaneye yatış veya ölüm riskindeki %31 ila %36'lık bir artışla ilgili olduğunu saptamışlardır (Alla ve ark., 2002).

Yapılan birçok çalışmada da hastanede yatma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kalp yetmezliğinde semptomlar kötüleştikçe hastaneye yatma oranları artmakta, bu da hastaların yaşam kalitesini kötüleştirmektedir. (Eski ve Fesci, 2002; Özer ve Argon, 2005; Demir, 2008; Pınar ve Aşık, 2010).

Akın ve Durna'nın çalışmalarında KY nedeniyle hastanede yatış sayısı örneklem grubunun %10'unun hastaneye hiç yatmadığı %34'ünün toplam bir kez, %14'ünün iki kez, %42'sinin ise üç kez ve daha fazla yattığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada KY hastalarının hastaneye yatış sayısı ile psikososyal uyum arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaneye üç kez ve üzerinde yatan kişilerde hiç yatmamış, ya da bir veya iki kez hastaneye yatan kişilere göre meslek/iş çevresi alanında daha ciddi boyutta etkilenme olduğu belirlenmiştir (Akın ve Durna, 2006).

Kronik gidişli ve tekrarlı hastane yatışlarının gerçekleştiği bir hastalık olan KY, tekrarlı hastane yatışlarıyla hastaların aktivitelerinde kısıtlılık, aile ve sosyal çevreden uzaklaşma, alışkın olduğu ortam dışında yaşama ve korku, sinirlilik, üzüntü gibi olumsuz duyguları daha sık yaşamalarına neden olabileceği düşünüldüğünde bunun sonucunda kendi iyilik hallerini algılamalarının azalacağı beklenebilir.

Çalışmamızda KY hastalarının yaşam kalitesi düzeyi ile iş/aile yaşamı etkileme durumu arasındaki ilişki duygusal skor puan ortalamasında anlamlı, fiziksel, sosyal ve global skor puan ortalamalarında ise önemli derecede anlamlı bulunmuştur ($P<0,001$). Kalp yetmezlikli hastalarda yaşamın olumsuz etkilenme düzeyi ne kadar düşük ise yaşam kalitesi düzeyi paralel olarak yükselmektedir.

Özer'in çalışmasına göre hastaların yaşam kalitesi tanımlamaları üç bileşenden oluşmaktadır. 1) fiziksel ve sosyal aktiviteleri gerçekleştirme; 2) mutluluğu sürdürme ve 3) diğer bireylerle ilişki kurma şeklindedir. Yaşam kalitesinin en yaygın tanımı fiziksel ve sosyal aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği olmuştur (Özer, 2009).

Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliği olan hastaların sosyal ve psikolojik sorunlar yaşadıkları, duygusal, fiziksel işlevlerin önemli düzeyde olumsuz etkilendiği ortaya konmuştur (Murberg ve ark., 1998; Dixon ve ark., 2000; Carels ve ark., 2004). Akın ve Durna'nın çalışmasında KY hastalarının mesleki-iş hayatı, sosyal ilişkiler alanı ve psikolojik alanında belirgin düzeyde bozulma olduğu görülmüştür (Akın ve Durna, 2006).

Mesleki/iş çevresi alanındaki olumsuz etkilenme hastaların ekonomik sorunlar yaşamalarını, bu durum da psikososyal uyumun olumsuz etkilenmesini kolaylaştırabilmektedir (Akın ve Durna, 2006). Kronik seyirli hastalık ve semptomlarını yaşayan bireyler fiziksel kısıtlılıkları nedeniyle iş yaşamını sürdürmede yetersiz kalıp erken emeklilik yaşama, sosyal çevreye ayak uyduramama, arkadaş toplantılarına katılmama gibi olumsuz süreçlerden geçebilirler. Süreğen bir durum olan hastalıkla baş etmede evde bakıma yardımcı olan kişinin de sosyal çevresinden yoksun kalma durumu söz konusu olabilir. Bu durum zamanla hasta ve ailesinde psikososyal bozukluklara neden olur ve aile içi yaşamını da olumsuz etkileyebilir.

Ekonomik faktörler aynı zamanda hasta ve ailesinin yaşamı sürdürmek için gereksinimlerini karşılamada önemlidir. Hastaların hastalık ve sosyal yaşamı sürdürmede ihtiyacı olan ilaç, besin, giyim ve bakım ihtiyaçlarını karşılayamaması sağlığı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini düşüreceği düşünülebilir. Kronik bir hastalık olan kalp yetmezliğinin birey, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin azaltılması ve hastaların yaşam kalitesinin geliştirilmesi için hastalığa psikososyal uyumun artırılması sürecinde hemşirelik bakımının çok önemli bir yeri olabilir.

Çalışmada alkol kullanma durumu ile yaşam kalitesi düzeyi puan ortalamaları arasındaki ilişki fiziksel ve sosyal boyutta anlamlı bulunurken ($P < 0,05$), duygusal boyutta ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P > 0,05$). Alkol kullananların yaşam kalitesi fiziksel ve sosyal boyutta daha yüksek bulunmuştur. Demir'in KY hastalarıyla yaptığı çalışmada alkol kullanmanın yaşam kalitesi üzerine anlamlı etkisi bulunmamıştır (Demir, 2008).

Alkol kullananların yaşam kalitesi düzeyi fiziksel, sosyal ve global skorda anlamlı düzeyde kullanmayanlara göre fazladır. Bu kişilerin özellikle fiziksel ve sosyal boyutlarda yüksek yaşam kalitesi puan ortalamalarına sahip olmaları sosyo-ekonomik düzeylerinin yüksek olduğu ve yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada diyete uyma durumunun hastaların yaşam kalitesi düzeyleri üzerine etkisi bulunmamıştır ($P>0,05$). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda paralel sonuçlar ortaya çıkmış ve hastaların yaşam kalitesi ile diyete uyma durumu arasında istatistiksel ilişki bulunmamıştır (Özer, 2002; Özer ve Argon, 2005; Demir, 2008).

KY hastalarının önerilen diyete uymamasının hastalık semptomlarını uyaracağı ve yetmezlik şikayetleri arttıracacağı literatürle paraleldir. Bunun sonucunda semptomlar ile baş edemeyen hastalarda huzursuzluk ve hastaneye tekrar yatışlarda artma olacağı, beraberinde yaşam kalitesi düzeyinin olumsuz etkileneceği düşünülmüştür. Ancak çalışmaya alınan hastaların konu ile ilgili duyarlılıklarının düşük olabileceğinden kaynaklı yaşam kalitesi ile ilişki saptanamadığı düşünülebilir.

Çalışmaya dahil edilen hastalarda egzersiz yapma durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde; egzersiz yapan hastaların yaşam kalitesi duygusal, sosyal ve global skor puan ortalamalarının yapmayanlara göre anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır ($P<0,05$).

Benzer çalışmalarda bu çalışmaya paralel olarak KY ile egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Eski ve Fesci, 2002; Özer, 2002; Özer ve Argon, 2005). 65 yaş ve üzerindeki grupta hipertansiyon prevalansını inceleyen bir çalışmada egzersiz yapan yaşlıların egzersiz yapmayan yaşlılara göre, tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu farklılık, anlamlı bulunmuştur (Çubukçu, 2005). Oka ve arkadaşlarının çalışmasında tek taraflı dayanma egzersizi ve kombine bir dayanıklılık yaklaşımı kullanmanın KY ile ilgili yorgunluk ve dispne semptomlarının azalmasında ve yaşam kalitesinin düzeltilmesinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır (Oka ve ark., 2000).

Kalp yetmezliği hastalarının tolere edebildiği düzeyde yaptıkları düzenli egzersizin günlük hayatta kendini daha dinç hissetmesi, bağımlılık hissinde azalma ile birlikte kendine güven kazanmasına neden olmuş ve beraberinde günlük aktivitelerini yapmada cesaretlendirmiş buda yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Quittan ve arkadaşları çalışmalarında aerobik egzersizin ciddi kronik kalp yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesini geliştirdiğini ortaya koymuşlardır. Ancak bu anlamlı farklılık bizim çalışmamızın aksine olup egzersiz yapmayan hastaların yaşam kaliteleri, yapanlara göre daha iyi düzeyde bulunmuştur (Quittan ve ark., 1999). Sonucun egzersiz yapma sırasında deneyimlenen solunum sıkıntısının artması ile bağlantılı olabileceği düşünülebilir. Demir'in çalışmasında egzersiz yapma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Demir, 2008). Houghton ve arkadaşları ise yaşam kalitesi ve treadmill egzersiz süresi arasında ilişki olmadığını ve normal yürüyüş zamanı yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin de anlamlı istatistiksel seviyelerde olmadığını saptamışlardır (Houghton ve ark., 2002).

Konu ile ilgili araştırmalarda sonuçlar farklılık göstermektedir. Bundan yola çıkarak KY hastalarına önerilecek egzersizin hastaların yaşına ve fonksiyonel durumuna uygun planlanmasının çok önemli olduğu görülebilir çünkü ileri dönem yetmezlikli hastalarda egzersize tolerasyon düşük olacağı beklenir ve tolere edebileceğinin üzerinde harcanan efor nefes darlığı ve halsizlik bulgularını arttıracığından hastalar kendilerini geri çekip hareketsiz kalmayı tercih edebilirler. Kalp yetmezliği hastasına uygun egzersizin planlanmasının gerekliliği hastalığın kontrolünde ve yaşam kalitesinin artırılmasında dikkat çekici noktadır.

Uykunun düzenli olma durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel yönden önemli derecede anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda düzenli uyku uyuyabilen KY hastalarının yaşam kalitesi düzeyinin önemli derece yükseldiği görülmüştür. Yapılan bir çalışmada KY'i olan hastaların yaşam kalitelerinin günlük uyku süresi arttıkça arttığı ortaya çıkmıştır (Demir, 2008).

Geceleri uykusunu düzenli uyuyan KY hastaların gün içerisinde uyanık kalma süresinin uzayacağı, kendini daha dinç hissedeceği için gereksinimlerini karşılamada yeterliliğinin artacağı, sosyal çevresi ile etkileşime açık olacağı ve hastalığın önemli bulgularından olan yorgunluğu daha az hissedeceği için yaşam kalitesi düzeyinin olumlu etkileneceği düşünülebilir.

Bu çalışmada KY hastalarının günlük kişisel bakımını yapabilenlerin yaşam kalitesi puan ortalaması tüm alt skorlarda yüksek saptanmıştır. Günlük kişisel bakımını yapabilen KY hastaları yaşam kalitesi düzeyi olarak günlük bakımını yapamayanlardan daha yüksektir.

Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda günlük yaşamla ilgili fiziksel yeterlilik yaşam kalitesinin en önemli komponenti olarak gösterilmiştir. Kalp yetmezlikli hastalarda bu fiziksel yeterlilik klinik durum ile yakından ilişkilidir çünkü kalp yetmezliği hastalarının çoğunluğu günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneklerini kısıtlayan dispne ve yorgunluk gibi semptomlar yaşamaktadır ve semptom yükü yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Semptomların kötüleşmesi tekrar hastaneye yatış oranını arttırmaktadır (Özer, 2009).

Kişinin günlük bakımını kendinin yapabilmesi çok önemli bir gereksinimdir. Günlük bakımını yapamayan kişiler çevresindeki insanlardan yardıma gereksinim duyarlar ve ihtiyaçlarını istedikleri zaman yapmada aksaklıklar yaşayabilirler. Banyo, tuvalet, giyinme gibi aktiviteler en temel gereksinimlerimiz içerisinde ve bunları olumsuz etkileyecek her durum yaşam kalitemizi düşüreceği gibi, bağımsız gerçekleştirebildiğimiz her bakım gereksinimide yaşam kalitemizi duygusal, fiziksel ve sosyal boyutta olumlu etkileyeceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların %81,7'sinin evde bakıma yardımcı birinin olduğu, bu kişilerin çoğunluğunu %54,4'ünün eşlerin, %38,8'inin de çocukların oluşturduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların evde bakıma yardımcı birinin varlığı ve bu kişinin kalp yetmezlikli hastaların evde bakımı ile ilgili eğitim alma durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($P>0,05$).

Bu çalışmada evde bakıma yardımcı bireyin varlığının yaşam kalitesini olumlu yönde etkilememesinin nedeni evde bakım veren bireylerin hastalık ve bakımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamalarından kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Çünkü hastalık ve semptomları ile ilgili eğitim almamış evde bakım vericiler, kronik hastalığın tekrarlı semptomları ile başetmede hastaya yeterli desteği sağlayamayacağı için bakım günlük

gereksinimlerini karşılamanın dışına çıkamayaktır ve bu bakımında yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemede yetersiz kalacağı öngörülebilir bir gerçektir.

Hastaların yaşam kalitesi tüm alt skorlarının puan ortalamaları sağlık durumunu çok iyi algılayanlardan iyi, kötü ve çok kötü algılayanlara doğru azalma göstermiştir ($P<0,001$).

Özer'in KY hastalarının yaşam kalitesi algılamalarını değerlendirdiği çalışmasında hastaların sağlık durumu algılama durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi açıklayan tanımlamalar yapılmıştır. “Yaşam kalitesinin günlük yaşamını etkileyebilen nefes darlığı, göğüs ağrısı ve diğer şikayetlerimin olmamasıdır”, “Nefes darlığımdan dolayı yaşam kalitem çok bozuluyor. Çünkü herhangi bir şeyi yapacak enerjim olmuyor” (Özer, 2009). Esin'in çalışması da hastaların çoğunluğunun sağlık durumlarını iyi olarak algılamasının olumlu sağlık davranışı kazanmada etkili olabileceği düşüncesini desteklemektedir (Esin, 1997). Özer'in çalışmasında hastaların sağlık algılamalarının sağlık bakımının kullanımı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Özer, 2009). Sağlık durumunu iyi olarak algılayan hastaların yaşam kalitesi düzeyinin yüksek bulunması, bu kişilerin kronik hastalık ve semptomlarını tecrübe edip beraberinde baş etme semptomlarını kontrol edebilen kişiler olduğu düşünülüyor. Hastalığı kabullenip günlük hayatını etkin bir şekilde sürdürebilen kişilerin sağlık durumunu daha iyi olarak yorumlayabileceği düşünülebilir.

Yapılan bir çalışmada da KY hastalarının sağlık durumunu algılamasının yaşam kalitesi düzeyine etkisi anlamlı bulunmamıştır (Özer, 2002). Yaşam kalitesi subjektif bir kavramdır ve sadece klinik ve fizyolojik durumu yansıtmamaktadır (Özer, 2009). Bu noktada benzer durumdaki bireyler farklı sağlık durumunu algılama düzeyine sahip olabileceğinden yaşam kalitesi ile sağlık durumunu algılama arasındaki ilişki değişkenlik gösterebilir.

5.3 Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kalp yetmezliği olan hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşarlar. Kalp yetmezliği olan hastalarda bağımlılık seviyesi saptanmalı ve uygun hemşirelik bakımı planlanmalıdır. Kalp yetmezliğinde uygulanacak hemşirelik bakımı bireyi ve aileyi kapsayacak şekilde planlanmalıdır ve bireyin kendi bakımına direkt katılımı sağlanmalıdır (Chriss ve ark., 2004; Gonzalez ve ark., 2005; Sisk ve ark. 2006).

KY hastalarının günlük yaşam aktiviteleri puan ortalaması $21,7\pm 5,1$ olarak belirlenmiştir. Demir'in çalışması günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasını $15,41\pm 3,13$ olarak belirtmiştir (Demir, 2008). Karaca ve Mert'in KY olan hastalar ile yaptığı çalışmada günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasını $15,61\pm 3,13$ olarak saptamıştır (Karaca ve Mert, 2011). Yıldırım ve Karadakovan'ın çalışmalarında ise günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasını $11,56\pm 1,09$ olarak belirtmiştir (Yıldırım ve Karadakovan, 2004). Yapılan çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında çalışmaya alınan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede daha bağımsız oldukları söylenebilir. Subaşı ve Öztekin Ankara'nın Çankaya ilçesinde yaptığı çalışmada evde bakılan yetişkinlerin %81,7'sinin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede değişik düzeylerde bağımlı olduğu görülmüştür (Subaşı ve Öztekin, 2006). Kronik bir hastalık olan KY hastalarının GYA' ni gerçekleştirmede değişik düzeylerde bağımlılık yaşadığı, evde bakım düzeyinde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici nitelikteki bakıma gereksinimlerinin olduğu ortadadır. Kalp yetmezliğinin tedavi ve rehabilitasyonunun uzun süre alması, bireylerin bu durumla baş edebilmesi için, uyumu kolaylaştırmada yeni duruma yönelik eğitimi çok önemli olduğu düşünülebilir. Burada hemşirelere hastaya en yakın sağlık elemanı olarak önemli görevler düştüğü, hasta ve ailelerine düzenli ve kontrollü eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde süreklilik sağlanması gerektiği öngörülebilir.

Yaş ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($P>0,05$). Paralel olarak Demir'in çalışmasında da yaş ile günlük yaşam

aktiviteleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Demir, 2008). Çalışmamıza dahil edilen hastaların fakülte hastanesinde tedavi almaları, ileri tetkik ve tedavi amaçlı takip edilmeleri, KY boyutunun ilerlemiş olması nedeniyle evde bakımda gereksinim düzeyi için yaş kriterinin önemi azaltmış olabilir.

Ancak Şahbaz ve Tel'in çalışmalarında yaşla birlikte günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin attığı belirtilmiştir (Şahmaz ve Tel, 2006).

Kalp yetmezliği hastalarında yaş arttıkça kalp yetmezliğinin şiddetinin arttığı ve eşlik eden kronik sağlık sorunlarının (diyabet, hipertansiyon v.b.) meydana gelebileceği düşünüldüğünde bu faktörlerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığı arttırdığı düşünülebilir. İki çalışma arasındaki farklılık çalışmaların yapıldığı bölgelerdeki sosyokültürel özelliklerin çeşitliliğinden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda cinsiyet ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkide erkeklerin %68,8 düzeyinde bağımsız iken, kadınların %55,2 düzeyinde bağımsız olduğu sonucu ortaya çıkmıştır ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$). Şahbaz ve Tel'in çalışmasında da günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi kadınlarda daha düşüktür (Şahmaz ve Tel, 2006).

Subaşı ve Öztekin çalışmasında evde bakım verilen bireylerin %62,5'i kadın, %37,5'i erkektir. ABD'de evde bakım kuruluşları tarafından bakılan kişilerin %67,0'ı kadınlardan oluşmaktadır ve bu kişilerin %80'ninden fazlasına evde bakılmaktadır (Feder ve ark., 2000). Çalışmamıza paralel olarak Demir'in çalışmasında cinsiyet ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kadınların yaşam boyu çocuk doğurma, yetiştirme ve ev işlerinde erkeklere göre daha fazla sorumluluk üstlenmesi ve daha fazla yıpranmalarının erkeklere göre evde bakımda gereksinim düzeyinin daha fazla olmasının nedeni olarak kabul edilebilir.

Bu çalışmada KY hastalarının sahip olduğu çocuk sayısının günlük yaşam aktivitelerinin bağımlılık düzeyini etkilediği saptanmıştır ($P<0,05$). Sahip olduğu çocuk

sayısı 1-2 çocuk olanların günlük yaşam aktiviteleri bağımsızlık düzeyinin en fazla olduğu, çocuğu olmayanların olanlara göre daha bağımsız oldukları belirlenmiştir. ABD’ de yalnız yaşayan ve bakım gereksinimi olan kişilerin yaşam koşullarının diğer kişilere göre daha kötü olduğu belirtilmektedir (Feder ve ark., 2000). Kalp yetmezliği kronik gidişli ve uzun süreli bakım gereksinimi doğuran bir sağlık sorunu olduğu için bu sağlık sorununu yaşayan kişiler düzenli bir bakım hizmeti ve sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar. Yataklı sağlık kuruluşlarında yatmadıkları dönemlerde sağlık sorunları ile tek başlarına ve varsa birlikte yaşadığı bireyler ile baş etmek zorundadırlar. Bu noktada çocuk sahibi olmanın hastaların bakım yükünü karşılamada ve evde bakım gereksinimlerine destek sağlamada önemli bir etken oluşturduğu kabul edilebilir.

Yaşantının büyük çoğunluğunun geçtiği yer ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşantının büyük çoğunluğunun geçtiği yerin, günlük yaşam aktiviteleri bağımlılık düzeyi üzerine etkisi olduğu saptanmıştır ($P<0,001$). Bu çalışmada il, ilçe ve köyde yaşayanların %56,3’ü evde bakım gereksinimlerini gerçekleştirilmede bağımlı olup köyde yaşayan gruptur. Çalışmanın yapıldığı hastane bölge hastanesi olması nedeniyle çevre il, ilçe ve köylerden hasta grubuna hizmet vermektedir. Araştırmaya alınan hastaların yaşamını sürdürdüğü bölgeler farklılık göstermiştir. Hastaların yaşadığı yerin sosyo-demografik özellikleri sağlık hizmetinin sunumu ve sağlık hizmetinin ulaşılabilirliğini etkilemektedir. Kırsal bölge özelliğini taşıyan bölgede sağlık sigortasına sahip olma, sağlık hizmetine ulaşım olanağının sınırlılığı gibi nedenler bu bölgedeki evde bakım gereksinim düzeyinin artmasına neden olmuş olabilir.

Demir’in çalışmasında yaşadığı yere göre evde bakım gereksinim düzeyi arasında istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır (Demir, 2008). Çalışmaların farklı popülasyonda ve farklı kültürlerde yapılması iki çalışma arasındaki bu farkın nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışmaya dahil edilen grupta kalp yetmezliği tanısını ne zaman aldığı ile evde bakım gereksinimi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($P>0,05$). Yapılan çalışmaya

paralel olarak Demir'in çalışmasında da elde edilmiş ve KY tanısı süresinin evde bakım gereksinim ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Demir, 2008).

Kalp yetmezliğine eşlik eden hastalık ile evde bakım gereksinim düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0,05$). Demir'in çalışmasında da kalp yetmezliğine eşlik eden hastalık ile evde bakım gereksinim düzeyi arasında anlamlı istatistiksel sonuç elde edilmemiştir (Demir, 2008).

Bu çalışmada KY tanısı ile daha önce hastanede yatan hastaların oranı %66,7 bulunmuştur. Hastanede yatma öyküsü olanların %75'inin evde bakım gereksinim düzeyi açısından bağımlı olduğu ancak evde bakım gereksinimi ile hastanede yatma öyküsü arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlı değer taşımadığı ortaya çıkmıştır ($P>0,05$). Demir'in çalışmasında daha önce hastanede yatma durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmamıştır (Demir, 2008). Çankaya ilçesinde yapılan bir çalışmada bakım verilen kişilerin bakıma gereksinim duyduğu en önemli nedenlerin arasında kardiyovasküler sistem hastalıkları olarak belirlenmiştir (Subaşı ve Öztekin, 2006). Subaşı ve Öztekin'in çalışmasında evde bakım verilen kişilerin %93,0'ının bakıma gerek duyduğu nedenden dolayı bir sağlık kurumuna başvurduğu saptanmıştır. Bakıma gereksinim duydukları nedenden dolayı sağlık kurumuna başvuran kişilerin ise %11,6'sı ise 4 ve üzeri defa hastaneye yatmıştır (Subaşı ve Öztekin, 2006).

Steward ve arkadaşları konjestif kalp yemezliği olan kişilerin evde bakımının, kontroller dışında planlanmamış hastane başvurularını azalttığını belirtmiştir. (Steward ve ark., 2001). Subaşı ve Öztekin çalışmalarında evde bakımın gerektiği şekilde verildiği durumlarda bakım ihtiyacı olan kişilerin hastaneye yatarak tedavi edilme sıklıklarının azaldığını ortaya oymuştur (Subaşı ve Öztekin, 2006).

Kalp yetmezliği prognozu semptomların sıklaşmasıyla birlikte sık hastane yatışları ile seyreden bir hastalık olduğu için ileri dönem kalp yetmezliği hastaları ve aileleri yeterli evde bakım hizmetini sağlayamadıklarında hastalık semptomları artarak

hastaneye yatışı beraberinde getirebilir. Bu noktada evde gerektiği şekilde bakılan kişilerin hastane başvurularının azalacağı düşünülebilir.

Kalp yetmezliği hastalarının %69,4'ünün uyku düzeninin olmadığı belirlenmiştir. Uyku süresi değerlendirildiğinde %61,7'sinin 5-8 saat arası uyku uyuduğu, %23,3'ünün 5 saatten az uyku uyuduğu tespit edilmiştir.

Uykunun düzenli olma durumu ve günlük ortalama uyku saatinin günlük yaşam aktiviteleri bağımlılık düzeyini önemli düzeyde etkilediği saptanmıştır ($P<0,05$). Günlük uyku süresi azaldıkça günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi yükselmektedir. Hastaların düzenli uyku uyuyabilenlerinin %76,4 gibi önemli bir çoğunluğu günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsız gruptadır. Uyku süresi 5-8 saat olan hastaların %70,3'ü bağımsız grupta iken 5 saatten az uyuyanlar %47,6'ya kadar düşmüştür. Demir'in çalışmasının sonucunda da çalışmamıza paralel sonuçlar elde edilmiştir (Demir, 2008). Hastalar KY'nde başlıca semptom olan nefes darlığı nedeniyle rahat pozisyon sağlayıp yeterli düzeyde uykularını alamadıkları ve geceleri PND yüzünden uykuları sık sık bölündüğü için tam istirahat sağlanamazlar. Hastaların düzenli ve yeterli sürede uyku alamaması gün içerisinde mevcut olan yorgunluk, uykusuzluk, fiziksel kısıtlılığın artması neden olacağı beklenebilir bir sonuçtur. Bu durumda hastaların evde bakımda bağımlılık düzeyinin artacağı beklenen bir sonuçtur.

Çalışmaya dahil edilen KY hastalarının günlük bakımını yapma durumu ile evde bakım gereksinim düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli derecede anlamlı bulunmuştur ($P<0,001$). Kişisel günlük bakımını yapabilenlerin % 88,4'ü evde bakım gereksinim düzeyi açısından bağımsız olarak bulunmuştur.

Hastaların evde bakımda en çok yardım gereksinimi duyulan aktiviteleri sorgulandığında 1. sırada %27,2 ile temizlik, 2. sırada %20,6 ile yemek hazırlama+beslenme ve yine %20,6 oranında yıkanma+tuvalet ihtiyacının bakım gereksiniminin önemli bir kısmını oluşturduğu ortaya çıkmıştır. Gereksinim duyulan aktiviteler ulaşım (toplu taşıt kullanma), ev içi aktiviteler (odadan odaya dolaşma,

misafir ağırlama, giyinme, vb.) şeklinde devam etmektedir. Yetişkin bireylerin günlük yaşamlarını sürdürmek için çeşitli günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi gerekmektedir. Bu çalışmaya dahil edilen grup 18 yaş ve üzeri kişilerden oluştuğu için beslenme, yıkanma gibi aktiviteleri yapabilmesi önemlidir. Bu aktiviteleri gerçekleştirilmede ortaya çıkan kısıtlılık kişinin evde bakıma gereksinimini ortaya çıkarabilir. Çalışmada yer alan KY hastalarının yaş ortalaması 65,9 yıl olduğu için günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma düzeyi önemli derecede yüksek ve evde bakıma gereksinim paralel olarak fazladır.

5.4 Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği İle Yaşam kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu bölümde çalışmamızın örneklemini oluşturan hastaların yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi düzeylerinin günlük yaşam aktiviteleri bağımlılık düzeyi üzerine etkisinin önemli derecede anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($P<0,001$). Hastaların yaşam kalitesinin duygusal, fiziksel, sosyal ve global olmak üzere tüm alt skorlarda artması günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi ile negatif ilişkilidir. Yaşam kalitesi yüksek olanların evde bakımda gereksinim düzeyi düşüktür.

Çalışmamıza paralel olarak çalışmasında KY hastalarının yaşam kalitesi ile günlük yaşam aktiviteleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirtilmiştir (Demir, 2008).

Hastalar özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziksel güç gerektiren aktivitelerde zorlanmakta, fonksiyonel bağımlılığın olması, çeşitli kısıtlamalar ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Akyol, 1993).

Yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi arasındaki ilişki, hastaların yaşam kalitesini yükseltmede evde bakım hizmetinin önemini ortaya çıkarmıştır. Kalp yetmezliği hastalarına verilecek evde bakım hizmeti, bireyin fiziksel,

psikososyal, fonksiyonel sağlık durumunu geliştireceği, yaşam kalitesinin sŸrdŸrŸlmesi ve yŸkseltilmesine katkı sağlayacağı dŸřŸnŸlmektedir. Kronik hastalıklar arasında, insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahip olan kalp yetmezliği toplumumuzda major bir halk sağlığı sorunu olduğunu kabul edersek evde bakım hizmetinin yaygınlaştırılmasının bu sorunla baş etmede etkili olacağı dŸřŸnŸlebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

KY hastalarında yaşam kalitesi ve evde bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla 15.01.2011-15.04.2011 tarihleri arasında OMÜ Kardiyoloji-Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatarak tedavi gören 180 hasta üzerinde yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

1. Hastaların %60'ının KY tanısını 2 yıldan daha uzun süredir aldığı, %41,7'sinin KY'ne eşlik eden birden çok hastalığa sahip olduğu ve eşlik eden hastalıkların hipertansiyon ve diabetes mellitus, solunum sistemi hastalıkları ve romatizmal hastalıklar olarak sıralandığı ortaya çıkmıştır.

2. Hastaların KY nedeniyle kısıtlanan aktivitelerinin en başında yokuş yukarı veya merdiven çıkmak olduğu, ardından yüksek oranda kısıtlanan aktiviteler çabuk acele davranabilme yeteneği, güç ve enerji isteyen işleri yapma, ev işi yapmak olarak belirlenmiş bunları takiben egzersiz yapmak, kişisel hijyen gereksinimlerini karşılama, seksüel yaşantı ve motorlu taşıt-otomobil kullanmak olarak sıralanmıştır.

3. KY hastalarının %67,8'inin kardiyak diyetle uyduğu, diyetine uymayanların nedeninin %75,9 çoğunluğuyla damak tadı, %17,2'si diyetin önerilmediği ve %6,9 ise önemsemediği olarak saptanmıştır.

4. Hastaların %36,1'ine egzersiz önerilmiş, egzersiz önerilenlerin %61,2'sinin egzersiz yaptığı, egzersiz yapmayanların %51,9'unun nedeni çabuk yorulma, %25,9'unun önemsemediği, %22,2'inin ise kas-iskelet sistem problemi olduğu için egzersiz yapmadığını belirtmişlerdir. Egzersiz yapanların yaşam kalitesi düzeyi önemli derecede yüksek bulunmuştur ($P<0,05$).

5. KY hastalarının %31,7'sinin kişisel günlük bakımını yapamadığı, evde bakımda yardıma gereksinimi olan aktiviteler öncelik sırasına göre temizlik, yeme hazırlama ve beslenme, yıkanma ve tuvalet ihtiyacı, alış verişi, ev içi aktiviteler (giyinme, odalar arası transfer, misafir ağırlama vb.) olarak saptanmıştır. Günlük kişisel bakımı yapabilenlerin yaşam kalitesi yapamayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($P<0,05$).

6. Evde bakıma yardımcı birinin olma durumu %81,7'dir ve evde bakıma yardımcı kişilerin çoğunluğunu eş ve çocuklar oluşturmaktadır. Evde bakımla ilgilenen kişilerin %83,7'si herhangi bir eğitim almadığı, %51,7'sinin evde bakımla ilgilenen kişinin evde bakımla ilgili eğitim gereksiniminin olduğu ortaya çıkmıştır.

7. KY hastalarının yaşam kalitesi puan ortalaması global skorda 3,7 iken; duygusal skor 3,9; fiziksel skor 3,4 ve sosyal skor 3,8 olarak saptanmıştır.

8. KY hastalarının cinsiyet özellikleri ile yaşam kalitesi duygusal, fiziksel ve global skor puan ortalaması arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($P<0,05$).

9. Hastaların yaşadığı yer ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş ve köyde yaşayanların yaşam kalitesi il ve ilçe merkezinde yaşayanlara göre daha düşük çıkmıştır ($P<0,05$).

10. Hastaların KY'ne eşlik eden hastalıkları olma durumu ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır ($P<0,05$).

11. Hastaların daha önce hastanede yatma öyküsü ile yaşam kalitesi anlamlı düzeyde ilişkilidir ve KY'nin hastaların yaşamını olumsuz etkileyenlerde yaşam kalitesi düzeyi anlamlı düzeyde azalmıştır ($P<0,05$).

12. Hastaların evde bakıma yardımcı olan birinin olma durumunun yaşam kalitesi düzeyini etkilemediği ortaya çıkmıştır ($P>0,05$).

13. Sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak algılayanların yaşam kalitesi düzeyi kötü ve çok kötü algılayanlara göre önemli düzeyde anlamlı bulunmuştur ($P<0,001$).

14. Hastaların %37,8'i Katz GYA Ölçeğine göre evde bakım gereksinimlerini gerçekleştirilmede bağımlı gruptadır.

15. Hastaların yaşadığı yer ile evde bakım gereksinim düzeyi anlamlı derecede ilişkili bulunmuş ve kırsal bölgede yaşayanların evde bakımda bağımlılık düzeyi %58,82'dir ($P<0,001$).

16. Hastaların KY tanısını alma süresi ile evde bakım gereksinim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($P>0,05$).

17. Hastaların uykusunun düzenli olup olmadığı hem yaşam kalitesi hem de evde bakım gereksinimleri açısından anlamlı bulunmuştur. Hastaların %69,4'ünün uykusu düzenli değildir. Global yaşam kalitesi puan ortalaması uykunun düzenli olduğu

grupta 4,1 iken; uykunun düzenli olmadığı grupta 3,3 olarak bulunmuştur. Evde bakım gereksinimleri açısından uyku düzeni olmayanların %80,9'u bağımlı gruptadır ($P<0,05$).

18. Hastaların kişisel günlük bakımını yapabilenlerin %88,4'ü günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinde bağımsız grupta yer almaktadır ve evde bakım gereksinim düzeyi bakımı gerçekleştiremeyenlere göre anlamlı düzeyde düşüktür ($P<0,001$).

19. Hastaların evde bakıma yardımcı birinin olma durumu günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyini etkilememektedir ($P>0,05$).

20. Hastaların yaşam kalitesi ve evde bakım gereksinim düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olan gruplar tüm yaşam kalitesi alt boyutlarında önemli derecede yüksek bulunmuştur ($P<0,001$). Hastaların yaşam kalitesi evde bakım gereksinim düzeyini etkilemektedir.

6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şunlar önerilebilir;

1. Hemşireler KY tanısına sahip hastalar, evde bakıma yardımcı kişi ve ailelerine kontrol edilebilir faktörleri (Diyet, egzersiz, sigara, alkol, stres v.b.) içine alan eğitim ve danışmanlık programları düzenlemelidir.

2. Planlanan egzersiz, uyku, istirahat, diyet v.b. aktivitelerinin iyileştirilmesine yönelik tedavi ve bakım programları hastanın KY düzeyine uygun olarak değerlendirilmelidir.

3. KY hastalarının hastaneye yatış sıklığını azaltmak için hasta ve ailesinin eğitimin programlarının hasta hastaneye yattığında başlatılması ve taburculuk eğitiminin de kapsamlı şekilde planlanıp yürütülmesi hastane sonrasında evde bakımda takibi sağlanmalıdır.

4. KY tedavisinde amacın hastayı eski sağlığına kavuşturmak ya da iyileştirmek değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamak olduğu inancı geliştirilmeli ve tedavi sürecine uyum problemi yaşayan hastalara hemşirelerin uyum sürecinde destek vermesi ve yardımcı olması önerilebilir.

5. Kadınlar erkeklere oranla daha yüksek oranda duygusal reaksiyon gösterdikleri için kadın hastalara yeterli destek sağlanarak yaşam kalitesi yükseltilmelidir.

6. Halk sağlığı hemşireleri medya ve yerel yönetimlerin de desteğini alarak eğitim programları düzenlemeli ve kırsal bölgelerde de sağlık bilincini geliştirmeye özen göstermelidir.

7. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesi ve sürdürülmesi için uzun süreli destek ve danışmanlık hizmeti oldukça önemlidir. Davranışsal değişikliklerin yaşama geçirilerek kalıcı hale gelebilmesi için danışmanlık hizmetlerinde sürelilik sağlanmalıdır.

8. Hemşireler tarafından hastaların yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin geçerli ve güvenilir ölçeklerle düzenli olarak değerlendirilmesi önerilebilir. Özellikle halk sağlığı hemşirelerinin evde bakım uygulamalarında tedavi ve bakımın hasta ve ailelerinin yaşamına etkisini değerlendiren araştırmalar yapılmalı, elde edilen sonuçlara göre bakım programları geliştirilmelidir.

9. Hastaların taburculuk sürecinde KY ve GYA değerlendirerek bunlara göre eğitim programları geliştirmeleri önerilebilir.

10. Bu tür çalışmaların daha geniş kapsamlı olarak daha geniş popülasyonlarda analitik çalışmalarla tekrarlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 2005 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041209.htm#1>, 2011.
- Akdemir N. Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar. Akdemir N, Birol L. Editörler, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda, 1. Baskı, İstanbul; Vehbi Koç Vakfı SANERC. 2003;3-24.
- Akdemir N. Yaşlı bireye bakım verenlerin yaşadığı güçlükler. 3. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, Marmaris, 2004;86-88.
- Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(2):1-8.
- Aksayan S, Cimete G. Evde bakım kavramı. 1. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı. İstanbul, 1998a;1(6):24-26.
- Aksayan S, Cimete G, Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihleri. I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul, 1998b;79-90.
- Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998;2(1):35-42.
- Akyol AD. Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1993;9(2):75-80.
- Akyol AD. Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999;9(3):71-75.
- Alla F, Briançon S, Guillemin F, Juilliere Y, Mertes PM, Villemot JP, Zannad F. Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure. Insights into The EPICAL Study. Eur J Heart Fail. 2002;4(3):337-43.
- Alper M, Öztürk M, Selçukbiricik S. Dahili Bilimler. 1. Cilt, 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2001.
- Alptekin S. Onkoloji polikliniğine başvuran kanser hastalarının evde bakım ihtiyacı ve bakım veren kişilerin yaşam kalitesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Uzmanlık Tezi, 2007.
- Altay B. Yaşlılar evde verilen hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Doktora Tezi, 2005.

- Annual report; medical management of the home care patient. American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians, 2004.
- Arslan S, Gökçe-Kutsal Y, Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Geriatri, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1999;2:173-178.
- Asadi-Lari M, Javadi HR, Melville M, Oldridge NB, Gray D. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:23.
- Auer J. Dialysis a family matter: a personal tribute to the relatives of kidney patients. Edna Ercaj. 2002;28:141-144.
- Ayçiçek İ, Büyüköztürk K, Canberk A ve ark. Kalp Yetersizliği. İstanbul: Uniform Matbaacılık. 2003: 8-61.
- Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. Sağlıkta birikim. 2006;1(2):9-13.
- Aydın D. Evde bakım hizmetleri. Sağlıklı Nesiller Derneği, Sağlık ve Eğitim Yayınları 1, Ankara. 2005.
- Bardage G, Isacson DGL. Hypertension and health related quality of life: An epidemiological study in Sweden. J Clin Epidemiol, 2001;54:172-181.
- Başalan F, Özer M. Yaşam doyumu ve yaşam kalitesi kavramlarına bir bakış. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2003;6(4):24-26.
- Başar I, Demiroğlu C. Kalp Hastalıkları Tıbbi Tedavisi. İstanbul, Florence Nightingale Hastanesi. 2000;152-164.
- Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma. 2005;20(1):55-63.
- Bengtson A, Drevenhorn E. The nurse's role and skills in hypertension care: A review. Clin Nurse Spec. 2003;17(5):260-68.
- Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne huzur evinde kalan yaşlıların kimi sosyo-demografik özellikleri ve katz indeksine göre günlük yaşam etkinlikleri. Türk Geriatri Dergisi. 2002;5(4):144-149.
- Beşer N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003;7:47-58.
- Biol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset. 2005;452-467.

- Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *J Pain Symptom Manage.* 2008; 35: 594-603.
- Brutsaert DL, De Keulenaer GW. Diastolic heart failure: a myth. *Curr Opin Cardiol.* 2006;21(3):240-8.
- Bulut I. İnsani gelişme ve sosyal hizmet, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2001; Yayın no 009: 33-37.
- Büyüköztürk K, Koylan N. Kalp Yetersizliği. 1.Baskı, İstanbul, Üniform Matbabacılık. 2003.
- Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW. ESC textbook kardiyovasküler hastalıklar. İstanbul. CSA Global Publishing. 2007; 696-697.
- Cankurtaran M, Arıoğul S. Yaşlıda konjestif kalp yetersizliği tedavisi, *Klinik Gelişim.* 2004;17(2):90-100.
- Carels RA, Musher-Eizenman D, Cacciapaglia H, Pérez-Benítez CI, Christie S, O'Brien W. Psychosocial functioning and physical symptoms in heart failure patients: A within-individual approach. *J Psychosom Res,* 2004;56(1):95-101.
- Chin MH, Goldman L. Gender differences in 1- year survival and quality of life among patients admitted with congestive heart failure. *Med Care.* 1998;36(7):1033-46.
- Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart Lung.* 2004;33(6):345-53.
- Chronic diseases, http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/, 2011.
- Cimete G. Evde sağlık bakımı hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve evde bakımda hemşirelerin yeri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul, 1998;7-8.
- Cline CM, Willenheimer RB, Erhardt LR, Wiklund I, Israelsson BY. Health related quality of life in elderly patients with health failure. *Scand Cardiovasc J.* 1999;33(5):278-285.
- Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Suresh V, Poole-Wilson PA, Sutton GC. Survival of patients with a new diagnosis of heart failure: A population based study. *Heart,* 2000;83(5):505-10.
- Çağatay G. Konjestif Kalp Yetmezliği. Çağatay G, Soydan İ. Editörler *Klinik Kardiyoloji*'de 1. Baskı, İzmir, Saray Medikal Yayıncılık. 1997;85-98.
- Çalangu S. Acil Dahiliye. 6. Baskı, İstanbul, Format Matbaacılık. 2002;27-87.

- Çifçi SE. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin fonksiyonel sağlık örüntülerine göre evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı, Sivas, Yüksek Lisans Tezi. 2006.
- Çoban M. Evde bakım hizmetleri konusunda görüş belirleme: sosyal sigortalar kurumu Ankara Eğitim Hastanesi doktorları ve hemşireleri üzerinde bir uygulama, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2003.
- Çoban M, Esatoğlu AE. Evde bakım hizmetlerine genel bakış. Türkiye Klinikleri. Tıp Etiği-Tarihi-Hukuku. 2004; 12(2):109-120.
- Çubukçu S. Edirne'deki 65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı, hipertansiyonun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Daşkapan A, Höfer S, Oldridge N, Alkan N, Müderrisoğlu H, Tüzün EH. The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew heart disease questionnaire in patients with angina. J Eval Clin Pract. 2008;14(2):209-13.
- Değertekin M, Türkiye'de kalp yetmezliği prevalansı ve belirleyicileri araştırması, HAPPY çalışması, Türk Kardiyoloji Derneği. Ekim 2009 <http://www.tkd.org.tr/SunuMerkezi/?s=MExGOTZZM0ox>, 2012.
- Demir M. Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- Demir M, Ünsar S. Kalp yetmezliği ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;3(8):119-129.
- Demirağ AS. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi. 2009;1;58-65.
- Demirel Ş. Geriatrik popülasyonda kalp yetmezliği. IV. Antalya, Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı. 2005;57-60.
- Dickstein K. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik ESC Klavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2008;3:41-95.
- Dixon T, Lim LL, Powell H, Fisher JD. Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: A Community- Based Study. J Adv Nurs. Jun 2000;31(6):1368-75.
- DPT Uzun Vadeli Strateji ve Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı 2009-2013, Mayıs 2009 http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/View/4787/2009_2013StratejikPlan.pdf, 2012.

- Dolar E. İç Hastalıkları. İstanbul, Nobel Kitapevi. 2005;19-30.
- Durademir A. Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve özbakım davranışları. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi. 1999;3(1):16-20.
- Durmaz P. Yaşlılara verilen hemşirelik hizmetinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2001.
- Eichorn EJ, Bristow MR. Medical therapy can improve the biological properties of the chronically failing heart. A New Era in The Treatment of Heart Failure. Circulation. 1996;94:2285-2296.
- Ekman I, Fagerberg B, Lundman B. Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. Heart Lung. 2002;31(2):94-101
- Enç N, Yiğit Z, Altıok M, Özer S, Oğuz S. Kalp yetersizliği, akut koroner sendromlar, hipertansiyon hemşirelik bakım kılavuzu. 2. Baskı. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları. 2007;11-33.
- Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(3).
- Erol Ç. İç Hastalıkları. 1.Baskı. 1. Cilt. İstanbul, Medikal & Nobel Tıp Kitabevi. 2008.
- Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Ümran S. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanat Dergisi, 2009;2(2).
- Esin MNÖ. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, Doktora Tezi. 1997.
- Eski S, Fesci H. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Hemar-G Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 2002;14(1):15-28.
- Evde sağlık hizmetleri yönetmelik ve yönergeler uygulama örnekleri
http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com_content&view=artic, 2012.
- Falk S, Wahn AK, Lidell E. Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure. A qualitative study. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007; 6(3):192-9.
- Feder J, Komisar HL, Niefeld M. Long-term care in the united states: an overview. Health Aff (Millwood). 2000;19(3):40-56.

- Franzen K, Blomqvist K, Saveman BI. Impact of chronic heart failure on elderly persons' daily life. A validation study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2006; 5(2):137-45.
- Gemalmaz H. Prostat kanserinde yaşam kalitesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, Özet Kitabı, 2007; 44-49.
- Gonzalez B, Lupón J, Herreros J, Urrutia A, Altimir S, Coll R, Prats M, Valle V. Patient's education by nurse: What we really do achieve? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005;4(2):107-11.
- Gök H. Klinik Kardiyoloji. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 1996;213-236.
- Gök, H. Klinik Kardiyoloji. 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2003.
- Grady KL, Dracup K, Kennedy G, Moser DK, Piano M, Stevenson LW, Young JB. Team management of patients with heart failure: A statement for healthcare professionals from the cardiovascular nursing council of the american heart association. *Circulation*, 2000;102(19):2443-56.
- Greenberg B, Acute decompensated heart failure -treatments and challenges. *Circ J*. 2012;76(3):532-43.
- Hakverdioğlu-Yönt G. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İzmir, Doktora tezi. 2009.
- Hallberg IR, Kristensson J. Preventive home care of frail older people: A review of recent case management studies. *J Clin Nurs*. 2004;13(6B):112-20.
- Heper C, Heper Y, Moğol E. Kardiyoloji. Ankara, Alfa Basım Yayım Dağıtım, 2000; 198-230.
- Heper C. Heper Kardiyoloji. İstanbul, Nobel & Güneş. 2002; 323-339.
- Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: The Framingham Study. *J Am Coll Cardiol*. 1993;22(4 Suppl A):6A-13A.
- Home care in europe / the solid facts, edited by rosanna tarricone & agis D. Tsouros, WHO 2008
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf, 2012.
- Houghton AR, Harrison M, Cowley AJ, Hampton JR. Assessing exercise capacity, quality of life hemodynamics in heart failure: Do the tests tell us the same thing. *Eur J Heart Fail*. 2002;(4):289-295.
- Höfer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew heart disease health-related quality of life instrument. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;8:2:3.

- Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Goldstein S, Gregoratos G, Jessup ML, Noble RJ, Packer M, Silver MA, Stevenson LW, Gibbons RJ, Antman EM, Alpert JS, Faxon DP, Fuster V, Jacobs AK, Hiratcka LF, Russell RO, Smith SC Jr; American Collage of Cardiology/American Heart Association. ACC/AHA f Chronic Heart Failure in the Adult. Executive Summary A Report of the American Collage of Cardiology/American Heart Association. J Am Coll Cardiol. 2001;38(7)2101-2113.
- İlerigelen B. Yaşlılarda kalp yetersizliği. Turkish Journal Of Geriatrics, 2010;Özel Sayı 2,2010;21- 32.
- İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç Hastalıkları. 2. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2005.
- İz FB, Özer M. Yaşam doyumu ve yaşam kalitesi kavramlarına bir bakış, Hemşirelik Forumu Dergisi, 2003;6(4):24-26.
- Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self- care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention, Heart Lung.. 2000;29(5):319-330.
- Kalp yetmezliği günü, Türk Kardiyoloji Derneği, Mayıs 2012. <http://www.tkd.org.tr/CG/007/aritmi-calisma-grubu/haber/634/11-mayis-2012-avrupa-kalp-yetersizligi-gunu-saat-12-00de-e-kardiyolojide-canli>, 2012.
- Karabağ H. Evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2007.
- Karaca S, Mert H. Kalp yetmezliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi, Anadolu ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;14:3.
- Karadağ M. Türk silahlı kuvvetlerinde görevli hekim öğretim üyelerinin evde bakım hizmetleri konusundaki görüşleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım, Turkish Journal of Geriatrics. 2002;5(4):155-159.
- Karamercan E. Evde bakım; sağlık hizmetlerinde yeni bir olgu, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, 2001;39:935-944.
- Karapolat H, Durmaz B, Durmaz I. Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2006;6:327-332.

- Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999;3(2):18-26.
- Komsuoğlu B. Klinik Kardiyoloji, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000;47-54.
- Korkmaz M. Kalp yetmezliği olan hastalarda pozisyon değişikliklerinin periferik oksijen saturasyonuna etkisinin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2003.
- Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2011;11:619-26.
- Küçükdeveci AA. Rehabilitasyonda yaşam kalitesi, Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi. 2005;51(Özel Ek B): 23-29.
- MacNew group. Measuring outcome in heart disease: MacNew health related quality of life instrument <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-2-3.pdf>, 2010.
- Marchall T. Koroner kalp ameliyatı önlenmesi artan maliyet yararlılık örneklemelerinden çıkarılan dersler. BMJ Türkiye. 2004;9(1):41-44.
- Marchall S.Runge, Magnus Ohman, Çeviri: Uzm. Dr. Mehmet Sait Buğdacı, Netter'in Kardiyolojisi, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2008;1-633.
- Mc Ewan J.R. Kardiyolojide Güncel Konular. İkinci Baskı, İstanbul, BMJ Yayın Grubu. 1998;140-151.
- Meriç M. Kalp yetersizliğinde doku doppler miyokardiyal performans indeksi ve sol ventrikül diyastol sonu basıncıyla ilişkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Samsun, Uzmanlık Tezi, 2004.
- Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. İzmir, Özet kitabı, 2007;9-11.
- Moon YS, Kim SJ, Kim HC, Won MH, Kim DH. Correlates of quality of life after stroke. J Neurol Sci. 2004;224:37-41.
- Murberg TA, Bru E, Aarsland T, Svebak S.Social support, social disability and their role as predictors of depression among patients with congestive heart failure. Scand J Soc Med. 1998;26(2):87-95.
- Nazlı C, Ergene O, Digitalis: Kalp yetmeliğinde kullanımı: yeni görüşler. Türk Kardiyoloji Seminerleri. 2001;1(2).5-13.

- Oka RK, De Marco T, Haskell WL, Botvinick E, Dae MW, Bolen K, Chatterjee K. Impact of a home-based walking and resistance training program on quality of life in patients with heart failure, *Am J Cardiol.* 2000; 85:365-69.
- Okçin F, Senol S. Kronik hematoloji hastalarına “evde sağlık bakımı” hizmetlerinin sunulabilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2004;20(1):149-156.
- Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2007;10(2):100-108.
- Oğuz S, Enç N, Yiğit Z. Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçe’ye uyarlanması. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2010;38(7):480-485.
- Oskay Y, Şahin N. Hafif preeklampsili gebelerin evde bakımı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2003;8(10).
- Oylumlu M, Kalp yetmezliği hastalarında glikoz-insülin-potasyum infüzyonunun p dalga dispersiyonu üzerine etkisi. *Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi,* 2008.
- Özer S. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Yüksek Lisans Tezi,* 2002.
- Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2005;1(1):63–77.
- Özer S, Kalp yetersizlikli hastaların yaşam kalitesi algılamaları. *Heart Lung.* 2009;38(2):100108.
- Özpancar N, Fesci H. Hipertansiyon ve yaşam kalitesi. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi,* 2008;8(4).
- Parkerson GR, Gutman RA. Health-related quality of life predictors of survival and hospital utilization. *Health Care Financ Rev.* 2000;21:171-184.
- Petrie M.C. ve ark., Failure of women's hearts. *Circulation.* 1999;99:2334-2341.
- Pınar R. Diabetes mellitus’lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi,* 1994.
- Pınar R. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve kullanımı: Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. *Sendrom Dergisi.* 1996;8:109-114.

- Pınar R. Kronik böbrek yetmelikli hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kullanımı. Sağlıkta Birikim. 2006;1(2).
- Pınar R. Türkiye’de evde bakımda mevcut durum. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü. KKTC, Mayıs 2010.
- Pınar R ve Aşık V. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam kalitesi Kongresi, İzmir, 2010.
- Quittan M, Sturm B, Wiesinger GF, Pacher R, Fialka-Moser V. Quality of life in patients with chronic heart failure: a randomized controlled trial of changes induced by a regular exercise program. Scan J Rehabil Med 1999; 31(4): 223-28.
- Rich MW. Epidemiology, Pathophysiology and etiology of congestive heart failure in older adults. JAm Geriatrics Society. 1997;45(8):968-974.
- Rector TS, Kubo SH, Cohn JN: Patients self-assesment of their congestive heart failure part 2: Content, reability and validity of a new measure the minnesota living with heart failure questionnaire, Heart Failure. 1987,198-209.
- Sağlık bakanlığı tedavi hizmetleri genel müdürlüğü “Kronik Hastalıklar Raporu”, 16 Şubat 2006.
- Sağlık bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. 01.02.2010 tarihinde 3895 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html>, 2011.
- Schwarz KA, Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. Heart Lung. 2003;32(2):88-99.
- Sisk JE, Hebert PL, Horowitz CR, McLaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. Ann Intern Med. 2006;145(4):273-284.
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL. Textbook of Medical-Surgical Nursing, London: Lippicott Williams &Wilkins. 2007;946-973.
- Soini H, Välimäki M. Challenges faced by employees in the home care of elderly people. British Journal of Nursing. 2002;13;11(2):100-110.
- Soygur H. Şizofreni ve yaşam kalitesi. Klinik Psikiyatri. 2003;1:9-14.
- Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. More “malignant” than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. European Journal of Heart Failure. 2001;3(3):315-22.

- Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure. A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, Compliance And Quality of Life. Patient Educ Couns. 2006 Dec;64(1-3):128-35.
- Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: Evde bakım hizmeti, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006;5(1):19-31.
- Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Turkish Journal of Geriatrics. 2006;9(2):85-93.
- Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: Cevap kayması. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006;5(5).
- Tanlı S. Evde bakım hizmetlerinin firmalaştırılması: Bir işletme planı önerisi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 1996.
- T.C Sağlık Bakanlığı, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Tebliğ 2005, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-4410/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-teblig.html>, 2011.
- T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge 2006 <http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/View/4518/DPT%202008%20faaliyet%20raporu.pdf,2011>.
- Tezel T. Diyastolik fonksiyonların belirlenmesinde temel prensipler. Kardiyoloji Seminerleri, 2000;13-28.
- Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. J Clin Nurs. 2003;12(6):860-872.
- Turan G. Hastaneden taburcu olan yaşlı bireylerin ev yaşamında karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Ankara, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2001.
- Uyan C, Yazıcı M, Dokumacı B. Kalp yetmezliğinin tedavisi. Türk Journal Cardiology. 2001;4:167-178.
- Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S, Özkan H. Kanseri hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2(5):89-106.
- Valenti L, Lim L, Heller RF, Knapp J. An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction. Qual Life Res. 1996;5:151-161.
- XVIIth International congress of neuropathology. www.icn2010.org, 2012.

- Walance M, Shelkey M. Katz index of independence in activities of daily living (ADL), Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults. 2007;2.
- What are the palliative care needs of older people and how might they be met? WHO regional office for europe's health evidence network (HEN) 2004, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/74688/E83747.pdf, 2011.
- Wheeldon NM, MacDonald TM, Flucker CJ, McKendrick AD, McDevitt DG, Struthers. AD. Echocardiography in chronic heart failure in the community. Q J Med. 1993;86(1):17-23.
- WHO Study Group. World health organ technical report series. Home-based long-term care. 2000;898:i-v,1-43.
- World Health Statistics 2006 And The World Health Report <Http://Www.Who.Int/Whosis/Whostat/2006/En/>, 2011.
- Yaşar KE. Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Yaşlı dayanışma merkezleri hakkında yönerge. 07.08.2008 Tarih ve 26960 sayılı <http://www.shcek.gov.tr/yasli-dayanisma-merkezleri-hakkinda-yonerge-iptal-edilmistir.aspx>, 2012.
- Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005;21:13-31.
- Yıldırım Y, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(2):78-83.
- Yılmaz C. İç Hastalıkları. 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 1998.
- Yılmaz E, Eser E, Gürgün C, Kültürsay H. Kronik kalp yetersizliği anketi'nin (KKYA) Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliği, Anadolu Kardiyoloji Derg. 2010;10(6):526-38.
- Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanılmaz D, Erdem S. Sağlık hizmetlerinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Dergisi. 2010;11(3):125-132.
- Zhang JP, Liu HR. Family support and quality of life among hemodialysis patients. Human Yi Ke Xue Xue Bao, 2001;26:359-362.

Zogni M, Özer S. Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi. 3. Ulusal Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, 2010;135-139.

8. EKLER

8.1 Ek-1 Hasta Bilgi Formu

Bu ankette, kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi ve evde bakım gereksinimleri ile ilgili sorular yer almaktadır. Her soruyu dikkatlice okuduktan sonra size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Kişisel bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak makale için kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Ayşe ÇALOĞLU

A)Bireye İlişkin Tanıtıcı Özellikler

1. Cinsiyetiniz

- 1.Kadın 2.Erkek

2. Yaşınız.....

3. Medeni durumunuz

1. Evli 2. Bekar

4. Çocuk sayınız.....

5. Eğitim durumunuz

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu 5. Lise ve Fakülte mezunu

6. Çalışıyor musunuz?

1. Çalışıyorum 2. Çalışmıyorum

7. Sağlık güvenceniz

1. Var 2. Yok

8. Gelir durumunuz gider durumunuza göre nasıl?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

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

1. İl 2. İlçe 3. Köy

10. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

- 1.Yalnız 2.Eşimle birlikte 3.Eşim ve çocuklarımla 4.Çocuklarımla 5.Diğer.....

11. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum 2. Kullanmıyorum

12. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum 2. Kullanmıyorum

B)Hastalık ve Evde Bakımla İlgili Tanıtıcı Özellikler

13. Kalp yetmezliği tanısı ne zaman kondu?

1. 6 ay-1yıl 2. 1-2 yıl 3. 2 yıl ve üzeri

14. Kalp yetmezliği dışında başka hastalığınız var mı?

1. Diabet (şeker hastalığı) 2.Hipertansiyon 3. Solunum sistemi hastalıkları
4. Romatizmal hastalıklar 5. Diğer.....

15. Ailenizde sizden başka kalp hastası var mı?

1. Var 2. Yok

16. Cevabınız "evet" ise yakınlık derecesi nedir?

1. Birinci derece yakınım (anne, baba, kardeş)
2. İkinci derece yakınım (teyze, dayı, hala vs.)

17. Daha önce kalp yetmezliği nedeniyle hastanede yattınız mı?

1. Yattım 2. Yatmadım

18. Kalp yetmezliği nedeniyle aşağıdaki aktivitelerinizden hangilerinde kısıtlama oldu?

- 1.Motorlu taşıt, otomobil kullanmak 2. Ev işi yapmak
3.Çabuk ve acele davranabilme yeteneği 4. Egzersiz yapmak
5. Seksüel yaşantı 6. Yokuş yukarı veya merdiven çıkma
7. Güç ve enerji isteyen aletleri kullanma 8. Kişisel hijyen

19. Hastalığınız yaşamınızı (iş/ aile) olumsuz yönde etkiledi mi?

1. Etkiledi 2. Etkilemedi

20. İlaç kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum 2. Kullanmıyorum

21. İlaçların etkilerini biliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen

22. İlaçlarınızı reçetede belirtildiği gibi kullanıyor musunuz?

- 1.Her zaman 2. Çoğunlukla 3. Bazen 4. Hiçbir zaman

23. Kişisel günlük bakımınızı kendiniz yapıyor musunuz?

1. Yapıyorum 2. Yapamıyorum

24. Evde bakımda en çok hangi konuda yardım gereksininiz var?(Tek seçenek işaretleyiniz.)

1. Temizlik 2. Alış veriş 3. Ulaşım (toplu taşıt kullanma)
4.Yemekhazırlama+beslenme 5. Yıkama+Tuvalet ihtiyacı

6. Ev içi aktiviteler+ Giyinme 7.Diğer.....
- 25. Evde bakımınızla ilgilenen biri var mı?**
1. Var 2. Yok
- 26. Kimler ilgileniyor?**
1. Eş 2. Çocuklar 3. Anne-Baba 4. Bakıcı 5.Diğer.....
- 27. Bu kişi hastalığınızla ilgili bir eğitim aldı mı?**
1. Aldı 2. Almadı
- 28. Evde bakımla ilgili eğitim alma gereksinimi var mı?**
1. Var 2. Yok
- 29. Düzenli Dr. Kontrollerine gidiyor musunuz?**
1. Gidiyorum 2. Gitmiyorum
- 30. Düzenli kilo kontrolü yaptırıyor musunuz?**
1. Yaptırıyorum 2. Yaptırmıyorum
- 31. Kardiyak diyetinize (az tuzlu) uyuyor musunuz?**
1.Uyuyorum 2. Uymuyorum
- 32. Cevabınız ‘hayır’ ise neden diyetinize uymuyorsunuz?**
.....
- 33. Egzersiz önerildi mi?**
1.Önerildi 2. Önerilmedi
- 34. Egzersiz yapıyor musunuz?**
1. Yapıyorum 2. Yapmıyorum
- 35. Cevabınız ‘Hayır’ ise neden egzersiz yapmıyorsunuz?**
.....
- 36. Uykunuz düzenli mi?**
1. Düzenli 2. Düzensiz
- 37. Günlük ortalama kaç saat uyuyorsunuz?.....**
- C) Kişilerarası İletişim Özellikleri**
- 38. Aileniz ile olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**
1. Çok iyi 2. İyi 3. Kötü 4. Çok kötü
- 39. Arkadaşlarınız ile olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**
1.Çok iyi 2. İyi 3. Kötü 4. Çok kötü
- D) Sağlık Durumunu Algılama**
- 40. Şu andaki sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?**
1. Çok iyi 2. İyi 3. Kötü 4. Çok kötü

8.2 Ek-2 Macnew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Kaliteli Yaşam Anketi (Macnew)

Aşağıdaki sorulara verilecek cevaplar son iki haftaya ilişkindir. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun uygun kutucuğu işaretleyiniz.

1. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi sinirli, sabırsız veya öfkeli hissettiniz?

- 1 HER ZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA
3 SIK SIK
4 BAZEN
5 AZ
6 NADİREN
7 HİÇBİR ZAMAN

2. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi değersiz veya yetersiz hissettiniz?

- 1 HER ZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA
3 SIK SIK
4 BAZEN
5 AZ
6 NADİREN
7 HİÇBİR ZAMAN

3. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi kalp probleminizle meşgul olabilecek kadar güvenli ve emin hissettiniz?

- 1 HİÇBİR ZAMAN
2 NADİREN
3 AZ
4 BAZEN
5 SIK SIK
6 ÇOĞUNLUKLA
7 HER ZAMAN

4. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi keyifsiz ve kederli hissettiniz?

- 1 HERZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA
3 SIK SIK
4 BAZEN
5 AZ
6 NADİREN
7 HİÇBİR ZAMAN

5. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi rahatlamış ve huzurlu hissettiniz?

- 1 HİÇBİR ZAMAN
2 NADİREN
3 AZ
4 BAZEN
5 SIK SIK
6 ÇOĞUNLUKLA
7 HER ZAMAN

6. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi yorgun ve halsiz hissettiniz?

- 1 HER ZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA
3 SIK SIK
4 BAZEN
5 AZ
6 NADİREN
7 HİÇBİR ZAMAN

7. Son iki hafta boyunca özel yaşantınızla ilgili olarak ne kadar mutlu hoşnut veya memnunsunuz?

- 1 ÇOĞUNLUKLA HOŞNUTSUZ, ÇOĞU ZAMAN MUTSUZ
2 GENELDE HOŞNUTSUZ, MUTSUZ
3 BİRAZ HOŞNUTSUZ, MUTSUZ
4 GENELLİKLE HOŞNUT
5 GENELLİKLE MUTLU

- 6 GENELLİKLE ÇOK MUTLU
7 ÇOK MUTLU VE MEMNUN
8. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi huzursuz veya tedirgin hissettiniz?
1 HER ZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA
3 SIK SIK
4 BAZEN
5 AZ
6 NADİREN
7 HİÇBİR ZAMAN
9. Son iki hafta boyunca, günlük fiziksel aktivitelerinizi yaparken ne kadar nefes darlığı çektiniz?
1 AŞIRI NEFES DARLIĞI
2 ÇOK NEFES DARLIĞI
3 EPEYCE NEFES DARLIĞI
4 ORTA DÜZEYDE NEFES DARLIĞI
5 BİRAZ NEFES DARLIĞI
6 ÇOK AZ NEFES DARLIĞI
7 NEFES DARLIĞI YOK
10. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi ağalayacakmış gibi hissettiniz?
1 HER ZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA
3 SIK SIK
4 BAZEN
5 AZ
6 NADİREN
7 HİÇBİR ZAMAN
11. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta kendinizi kalp probleminizden öncesine göre daha bağımlı hissettiniz?
1 HER ZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA
3 SIK SIK
4 BAZEN
5 AZ
6 NADİREN
7 HİÇBİR ZAMAN
12. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, sosyal veya ailenizle ilgili aktivitelerinizi gerçekleştirmede kendinizi yetersiz hissettiniz?
1 HER ZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA
3 SIK SIK
4 BAZEN
5 AZ
6 NADİREN
7 HİÇBİR ZAMAN
13. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta diğer kimselerinin size olan güveninin kalp probleminizden öncesi gibi olmadığını hissettiniz?
1 HER ZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA
3 SIK SIK
4 BAZEN
5 AZ
6 NADİREN
7 HİÇBİR ZAMAN
14. Son iki hafta boyunca, günlük aktivitelerinizi yaparken ne kadar sıklıkta göğüs ağrısı çekmektesiniz?
1 HER ZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA
3 SIK SIK
4 BAZEN
5 AZ
6 NADİREN
7 HİÇBİR ZAMAN
15. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizden emin olmadığınızı veya kendinize olan güveninizde azalma olduğunu hissettiniz?
1 HER ZAMAN
2 ÇOĞUNLUKLA

3 SIK SIK

4 BAZEN

5 AZ

6 NADİREN

7 HİÇBİR ZAMAN

16.Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, bacaklarımızda ağrı ve yorgunluk hissettiniz?

1 HER ZAMAN

2 ÇOĞUNLUKLA

3 SIK SIK

4 BAZEN

5 AZ

6 NADİREN

7 HİÇBİR ZAMAN

17.Son iki hafta boyunca, kalp probleminizden sonucu olarak, egzersiz veya spor yapar veya spor yaparken ne kadar limitlisiniz?

1 AŞIRI DERECEDE LİMİTLİ

2 ÇOK LİMİTLİ

3 EPEYCE LİMİTLİ

4 ORTA DERECEDE LİMİTLİ

5 BİRAZ LİMİTLİ

6 AZ LİMİTLİ

7 LİMİTSİZ

18.Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi endişeli ve korkulu hissettiniz?

1 HER ZAMAN

2 ÇOĞUNLUKLA

3 SIK SIK

4 BAZEN

5 AZ

6 NADİREN

7 HİÇBİR ZAMAN

19.Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi şaşkın veya sersemlemiş gibi hissettiniz?

1 HER ZAMAN

2 ÇOĞUNLUKLA

3 SIK SIK

4 BAZEN

5 AZ

6 NADİREN

7 HİÇBİR ZAMAN

20.Son iki hafta boyunca, kalp probleminizden sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi kısıtlı ya da limitli hissettiniz?

1 HER ZAMAN

2 ÇOĞUNLUKLA

3 SIK SIK

4 BAZEN

5 AZ

6 NADİREN

7 HİÇBİR ZAMAN

21.Son iki hafta boyunca, ne kadar fiziksel aktivite veya egzersiz yapmanız gerektiği hakkında, kendinizi ne kadar sıklıkta endişeli hissettiniz?

1 HER ZAMAN

2 ÇOĞUNLUKLA

3 SIK SIK

4 BAZEN

5 AZ

6 NADİREN

7 HİÇBİR ZAMAN

22.Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, ailenizi size karşı aşırı korucuymuş gibi hissettiniz?

1 HER ZAMAN

2 ÇOĞUNLUKLA

3 SIK SIK

4 BAZEN

5 AZ

6 NADİREN

7 HİÇBİR ZAMAN

23.Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi diğer kişiler üzerinde yükümü gibi hissettiniz?

- 1 HER ZAMAN
- 2 ÇOĞUNLUKLA
- 3 SIK SIK
- 4 BAZEN
- 5 AZ
- 6 NADİREN
- 7 HİÇBİR ZAMAN

24.Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi diğer kişilerde birlikte yapılan işlerden ayrı tutulmuş hissettiniz?

- 1 HER ZAMAN
- 2 ÇOĞUNLUKLA
- 3 SIK SIK
- 4 BAZEN
- 5 AZ
- 6 NADİREN
- 7 HİÇBİR ZAMAN

25.Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi sosyalleşmede yetersiz hissettiniz?

- 1 HER ZAMAN
- 2 ÇOĞUNLUKLA
- 3 SIK SIK
- 4 BAZEN
- 5 AZ
- 6 NADİREN
- 7 HİÇBİR ZAMAN

26.Son iki hafta boyunca, kalp probleminiz nedeniyle, fiziksel yönden ne kadar kısıtlı veya limitsizsiniz?

- 1 HER ZAMAN
- 2 ÇOĞUNLUKLA
- 3 SIK SIK
- 4 BAZEN
- 5 AZ
- 6 NADİREN
- 7 HİÇBİR ZAMAN

27.Son iki hafta boyunca ne kadar sıklıkta, kalp probleminizin cinsel hayatınızı limitediğine veya engellediğine hissetmektesiniz?

- 1 HER ZAMAN
- 2 ÇOĞUNLUKLA
- 3 SIK SIK
- 4 BAZEN
- 5 AZ
- 6 NADİREN
- 7 HİÇBİR ZAMAN

Soruları yanıtladığınız için teşekkürler.

8.3 Ek-3 Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Skalası

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

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU

Sayı: 361

31.12.2010

Sayın: Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz **TIP FAKÜLTESİ KARDİYOLOJİ SERVİSİNDE KALP YETMEZLİĞİ NEDENİYLE YATAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİ** başlıklı Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu 2010/200 Karar nolu ANKET nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 30.12.2010 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Abdülşerim BEDİR
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu
Başkanı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi

SAYI : B.30.2.ODM.0.1H.00.00/306.01(220)-3619
KONU :

10 /12/2010

Sn:Ayşe ÇALOĞLU

İlgi:30/11/2010 tarihli dilekçeniz hk.

İlgi yazınızda söz konusu olan yüksek lisans tez çalışmanızı Kalp Yetmezliği tanısı olan hastalara uygulama isteğinizin uygun görüldüğünü belirtir Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığının 09/12/2010 tarih ve 216 sayılı yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa B.SELÇUK
Başhekim

P.S.Memur
S.B.Şef ŞB.
H.P.Hast.Başmüdürü 10

9. ÖZGEÇMİŞ

Ayşe ÇALOĞLU 1986 yılında Ordu Ünye’de doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Ünye’de tamamladı. Lisansını 2005-2009 Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda tamamladı. 2009-2011 yılları arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesine atandı ve Kardiyoloji-Koroner Yoğun Bakım Ünitesi hemşiresi olarak çalıştı. 2009-2010 öğretim yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Programına başladı. 2011 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık yüksek Okuluna Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı (ÖYP) Araştırma Görevlisi olarak atandı. Halen adı geçen yerde çalışmaya devam etmektedir.