



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği)

**KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN
KISITLILIK DURUMLARI VE SEMPTOM DÜZEYLERİNİN YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İbrahim Caner DİKİCİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

**2018
GAZİANTEP**

T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği)

**KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN
KISITLILIK DURUMLARI VE SEMPTOM DÜZEYLERİNİN YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İbrahim Caner DİKİCİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

2018
GAZİANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	İbrahim Caner DİKİCİ	Tez Savunma Tarihi	28.08.2018
Tez Adı	Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Kısıtlılık Durumları ve Semptom Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi		

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Doç. Dr. Medet KORKMAZ	SANKO Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	
Üye	Prof. Dr. Arzu TUNA	SANKO Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sibel SEVİNÇ	Hatay Mustafa Kemal Üni./Hatay Sağlık Yüksekokulu/İç Hast. Hem. A.D.	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- ✓ Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- ✓ Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- ✓ Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- ✓ Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- ✓ Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

28.08.2018

İbrahim Caner DİKİCİ

TEŞEKKÜR

Daha en baŐından hem desteği, güveni, içtenliği, anlayıŐı hem de çok değerli bilgi ve deneyimlerini paylaŐtıęı için tez danıŐmanım Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a,

Pozitifliğiyle bizlere enerji veren hocam Prof. Dr. Sayın Arzu TUNA'ya,

Yüksek lisans dönemim boyunca bizim için en iyi eğitimi planlayıp uygulayan SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesinin öğretim üyelerine,

YaŐamım boyunca benim hep yanımda olan birbirinden değerli dostlarım Emre, Gökhan, Sezer, Rıdvan ve Bahar'a

Yüksek Lisans dönemi boyunca desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Fatma BOğAN ve Semiha ERKOCA'ya

YaŐamım boyunca benim yanımda olan canım kardeŐlerim Mercan ve Berfim'e

Hayatımda yeri her zaman ayrı olan sevgili niŐanlım Sevil ASLAN'a

Ve son olarak hayatımın her aŐamasında bana maddi, manevi desteklerini esirgemeyen sevgili annem ve babama sonsuz teşekkür ederim...

İbrahim Caner DİKİCİ

ÖZET

Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Kısıtlılık Durumları ve Semptom Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018.

Bu çalışma, konjestif kalp yetersizliği olan hastaların kısıtlılık durumları ve semptom düzeylerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu çalışmanın evrenini Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Özel Sani Konukoğlu hastanesi kardiyoloji kliniği ve koroner yoğun bakım ünitelerinde Mayıs 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında tedavi olan hastalar, örneklemini ise kabul kriterlerine uygun 102 hasta birey oluşturmuştur. Veriler hasta tanıtım formu, Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Profili (CLASP) ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçekleri aracılığı ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %54,90'ı erkek ve yaş ortalamasının $54,76 \pm 13,35$ olduğu saptanmıştır. Hastaların; göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk ve fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ciddi düzeyde, kadınlara ve erkeklere özđü ev içi faaliyetlerinde ve cinsellik skoruna göre normal düzeyde kısıtlılık yaşadıkları, kaygı düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu belirlendi. CLASP çoğu alt boyutu ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut skorları arasında anlamlı ve çoğu orta veya güçlü şiddette olmak üzere negatif yönlü korelasyon saptandı. SF-36 yaşam kalitesi skorlarının genel olarak düşük olduğu saptandı. Skorlar genel olarak kadınlarda daha düşüktü. Kalp yetersizliği olan hastalar için yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim programlarının ve girişimlerin planlanması, sağlık çalışanlarının kalp yetersizliği olan hastalarında semptom kontrolüne önem vermeleri, kalp yetersizliği olan kadın hastalara yönelik derinlemesine araştırmaların planlanması, hastaların fonksiyonel kapasitesinin belirlenmesi ve ifade edilmesinde NYHA sınıflamasının kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kısıtlılık; Konjestif; Semptom; Kalp Yetersizliği.

ABSTRACT

Investigation of the Effect of Limitations and Symptoms Levels of Patients with Congestive Heart Failure on Quality of Life, SANKO University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Internal Medicine Nursing, Post Graduate Thesis, Gaziantep, 2018.

This study was conducted as a descriptive study to examine the effect of quality of life on the status of limitations and symptom levels of patients with congestive heart failure. The universe of this study was the patients who were treated between May 2017 and November 2018 in Gaziantep University Şahinbey Research and Practice Hospital and Private Sani Konukoğlu Hospital cardiology clinic and coronary intensive care units. Data were collected by face-to-face interview technique through the patient presentation form, CLASP and SF-36 quality of life scales. It was determined that 54,90% of the participating individuals were male and $54,76 \pm 13,35$ of the average age. of patients; chest pain, respiratory insufficiency, wrist swelling, fatigue and physical and social functions were found to be at a serious level, normal levels of restraint were found in female and male domestic activities and sexuality score, and anxiety levels were moderate. Negative correlations were found between most subscale of CLASP and all subscale scores of SF-36 quality of life scale, most of which were moderate or strong. SF-36 quality of life scores were found to be generally low. Scores are generally lower in women. It is suggested that training programs and initiatives to improve quality of life for patients with heart failure should be emphasized, health workers should be careful about symptom control in patients with heart failure, planning of in-depth investigations for women with heart failure, determination of functional capacity of patients and use of NYHA classification.

Keywords: Limitations; Congestive; Symptom; Heart Failure.

KABUL VE ONAY SAYFASI	vi
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Konjestif Kalp Yetersizliği	3
2.1.1. Konjestif kalp yetersizliğinde tanım ve sınıflama	3
2.1.2. Konjestif kalp yetersizliğinde etiyoloji	3
2.1.3. Konjestif kalp yetersizliğinin epidemiyolojisi	4
2.1.4. Konjestif kalp yetersizliğinin patofizyolojisi	5
2.1.5. Konjestif kalp yetersizliğinde tanı ve tedavi	5
2.1.5.1. Tanı	5
2.1.5.2. Tedavi	6
2.1.5.2.1. Farmakolojik tedavi	7
2.1.5.2.1.1. Renin anjiyotensin- aldosteron sistemi (RAAS) ilaçları	7
2.1.5.2.1.2. Kalp yetersizliğinde diğer ilaç tedavileri	7
2.1.5.2.2. Non-farmakolojik tedavi	8
2.1.5.2.3. Kardiyak rehâbilitasyon	9
2.1.6. Konjestif kalp yetersizliğinde risk faktörleri	9
2.1.7. Konjestif kalp yetersizliğinin NYHA'ya göre sınıflaması	11
2.2. Konjestif Kalp Yetersizliğinde Görülen Kısıtlılık ve Semptomlar	11
2.3. Konjestif Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Türü	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15
3.4. Verilerin Toplanması	15

3.4.1. Veri toplama araçları	16
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	17
3.5.1. Bağımlı değişkenleri	17
3.5.2. Bağımsız değişkenleri	17
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	17
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	17
3.8. Araştırmada Etik Kurallar	18
3.9. Araştırma Akış Planı	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
7. KAYNAKLAR.....	44
8. EKLER.....	50
EK-1 Hasta Tanıtım Formu	
EK-2 Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili (Türkçe CLASP)	
EK-3 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK-4 Etik Kurul Karar Formu	
EK-6 Kurum Çalışma İzni (Özel Sani Konukoğlu Hastanesi)	
EK-8 İntihal Raporu	
EK-9 Özgeçmiş	

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KKH	: Koroner Kalp Hastalıkları
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
CLASP	: Cardiovascular Limitations and Symptoms Profile
EKG	: Elektrokardiyografi
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri
NHANES	: The First National Health and Nutrition Study
RAAS	: Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi
ARB	: Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri
DM	: Diabetes Mellitus
HT	: Hipertansiyon
ACE	: Angiotensin Converting Enzyme
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
AHA	: Amerikan Kalp Derneği
BKİ	: Beden Kütle İndeksi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.7.1. NYHA Konjestif Kalp Yetersizliği Sınıflaması.....	11
Tablo 3.9.1. Araştırma Akış Planı	18
Tablo 4.1.1. Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	19
Tablo 4.1.2. Hastaların Konjestif Kalp Yetersizliğine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	20
Tablo 4.1.3. Hastaların Egzersiz Yapma ve Diyete Uyum Durumlarına Göre Dağılımları.....	22
Tablo 4.1.4. Hastalarda Bulunan Mevcut Semptomların Dağılımları.....	23
Tablo 4.1.5. Hastaların CLASP İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	24
Tablo 4.1.6. Bazı Sosyo-Demografik Özellikler İle Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	25
Tablo 4.1.7. CLASP Ölçeği Bazı Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı-1.....	27
Tablo 4.1.8. CLASP Ölçeği Bazı Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı-2.....	28
Tablo 4.1.9. CLASP Ölçeği Bazı Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı-3.....	29
Tablo 4.1.10. CLASP Ölçeği Bazı Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı-4.....	30
Tablo 4.1.11. CLASP Ölçeği Bazı Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı-5.....	31
Tablo 4.1.12. CLASP Ölçeği Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı-6.....	32
Tablo 4.1.13. SF-36 Yaşam Kalitesi Skorlarının Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı-1.....	33
Tablo 4.1.14. SF-36 Yaşam Kalitesi Skorlarının Hastaların Bazı Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı-2.....	34
Tablo 4.1.15. SF-36 Yaşam Kalitesi Skorlarının Hastaların Bazı Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı-3.....	36
Tablo 4.1.16. CLASP ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	38

1. GİRİŞ

Konjestif kalp yetersizliği, kalbin sol ventrikül fonksiyonlarının bozulması sonucu, periferik dokuların ve hayati organların metabolik ihtiyacını karşılayacak kadar kanın pompalanamamasından kaynaklanan sistemik bir hastalıktır. Dinlenme ya da egzersiz sırasında kalbin pompalama gücünün zayıflaması sonucu yorgunluk, halsizlik, nefes darlığı, alt ve üst ekstremitelerde şişme, taşikardi, juguler ven basıncında artış, hepatomegali ve periferik ödem ile karakterize bir sendromdur (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Durna, 2013; Çınar, Altınkaynak, 2014).

Kardiyovasküler sistemin ana görevi kalbin ve vücudun istediği oksijeni dokulara ulaştırmak, dokularda bulunan artık maddeleri ise kan aracılığıyla uzaklaştırmaktır (Uzun, 2016). Günümüzde Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) altı milyonu, Avrupa'da 15 milyonu, Türkiye'de iki milyon insanı etkileyen özellikle 65 yaş üstü yaşlılarda morbidite ve mortalitesi oldukça yüksek olan hastaneye tekrarlı yatışları etkileyen bir hastalıktır (Efe, 2010; Alkan, 2017). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan HAPPY araştırması (Türkiye'de kalp yetersizliği sıklığı araştırması) sonuçları 65 yaş üzeri bireylerimizin %10'unda kalp yetersizliği olduğunu göstermektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, Mayıs 2012.<http://www.tkd.org.tr/CG/007/aritmi-calisma-grubu/haber/634/11-mayis-2012>).

Konjestif kalp yetersizliği, akut dönemde ve akut dönem sonrası ciddi komplikasyonlara ve semptomlara neden olmakta, ekonomik yükü arttırarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Tedavinin amacı sadece ömrü uzatmak değil aynı zamanda semptomları hafifleterek yaşam kalitesini arttırmak ve fonksiyonel kısıtlılığı önlemektir. Bakım ve tedavi sürecinde sadece fiziksel fonksiyonların değerlendirilmesi de yeterli değerildir. Bunun yanı sıra yaşam kalitesinin iyilik halinin sağlıkla ilişkisinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (Özcanlı, 2012).

Konjestif kalp yetersizliği olan hastalarda, insan yaşamını kısıtlayan en önemli semptomlar yorgunluk, dispne, ödem ve aktivite sınırlanmasıdır. Konjestif kalp yetersizliği çoğu kanser çeşidinden bile daha kötü prognoza sahip bir hastalıktır (Özer, 2016).

Kardiyak risklerin belirlenmesi için yürütölen 52 ölkede yapılan INTERHEART çalışmalarında düzensiz egzersiz yapmanın önemli risk faktörlerinden biri olduğu saptanmıştır. Düzenli fiziksel aktivite ile kan basıncında düşme ve yükselme, fibrinolitik

aktivitede artma, HDL kolesterol seviyesinde artma, endotele bağlı vazodilatasyon, LDL trigliserit seviyelerinde ve kiloda azalma olur. Konjestif Kalp Yetersizliğinde kısıtlılığı önlemenin ana hedefi temel semptomlar düzeyinde egzersiz toleransını artırmaktır (Kaya, Sarıtaş, 2016).

Hemşirelerin, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde temel sorumlulukları iyileştirme, geliştirme ve korumadır. Konjestif kalp yetersizliğinde semptomlar ve kısıtlılıklar belirlenmeli, yaşam kalitesini artırmak için de fiziksel, sosyal, medikal ve psikolojik ihtiyaçları belirlenip tedavi ve kardiyak iyileştirme sürecine gidilmelidir (Özcanlı, 2012).

Kalp yetersizliğinde semptomları en iyi şekilde yönetmenin yolu öz bakıma dayandırılır. Kötü yaşam kalitesi, hastaneye tekrar yatışlarla ilgili ve erken ölümlerle sonuçlanan kalp yetersizliğinde, yeterli öz bakımını sağlayan bireyler daha iyi yaşam koşullarına sahiptir, daha az hastanede yatışlar olur ve sağkalım oranları daha yüksektir (Akbıyık ve Enç, 2016).

Yapılan çalışmalarda son zamanlarda konjestif kalp yetersizliği olan hastalarda genel popülasyona göre yaşam kalitesinin azaldığı ve kalp yetersizliği bulunan hastalarda klinik değişkenlerin yaşam kalitesiyle ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır (Karapolat ve ark., 2006).

Hemşirelerin, yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukları yerine getirirken öncelikle yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekir. Kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesini artırmak içinde öncelikle semptomlar ve kısıtlılıklar tespit edilmeli, her bir hastanın medikal, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları belirlenerek etkili bir tedavi ve rehabilitasyon programı uygulanmalıdır (Rich ve ark., 1997). Bu çalışma konjestif kalp yetersizliği olan hastaların kısıtlılık durumları ve semptom düzeylerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Konjestif Kalp Yetersizliği

2.1.1. Konjestif kalp yetersizliğinde tanım ve sınıflama

Kalp yetersizliği; yapısal veya fonksiyonel kardiyak anormalliklerin neden olduğu, dinlenme ya da efor sırasında düşük kardiyak output ve artmış intrakardiyak basınçların sonucunda tipik semptomlara (nefes darlığı, ayak bileği ödemi ve yorgunluk) eşlik eden bulgularla (artmış juguler venöz basınç, pulmoner raller ve periferik ödem) karakterize klinik bir sendromdur (Catapano ve ark., 2016).

Kalp yetersizliğinde kalp normal aktivitesini sürdürür. Dokuların ihtiyacı olan kanın kalbin yapısal ve fonksiyonel yetersizliğinden dolayı yeterince pompalanamaması birçok soruna yol açabilir. Dolaşımda bu yetersizlikten dolayı damarlarda ve dokularda kan birikir. Bu kan birikimi ile vücudun (akciğer, alt ve üst ekstremitelerde) belirli bölgelerinde konjesyon oluşur. Bu konjesyon hastaların çoğunda meydana geldiğinden konjestif kalp yetersizliği adını alır (Narin, 2013).

ACC/AHA'nın Kalp Yetersizliği Evrelemesi; Kalp yetersizliği hastaları 4 evrede ele alınırken ilk 2 evre (A ve B) hastaları asemptomatik ve kalp yetersizliğinin gelişmesi için risk taşıyanlardan oluşurken C ve D evreleri semptomatik kalp yetersizliği hastalarını kapsamaktadır.

Evre A- Asemptomatik, kalp hasarı yok ancak kalp yetersizliği için risk faktörleri var (örneğin hipertansiyon)

Evre B- Asemptomatik, yapısal kalp hasarı ve sol ventrikül fonksiyon bozukluğu var (örneğin sol ventrikül hipertrofisi, miyokard infarktüsü)

Evre C- Kalp hasarıyla birlikte semptomatik

Evre D- Refrakter ve son dönem kalp yetersizliği (Zoghi, 2011).

2.1.2. Konjestif kalp yetersizliğinde etiyoloji

Kalp yetersizliği nedenleri tanımlanırken hastalığa ilişkin altta yatan ve kolaylaştıran nedenleri tanımlamak önemlidir. Altta yatan nedenlerin tanımlanması hastalığı kısa sürede ortadan kaldırmaya yardımcı olur. Mevcut akut bozuklukların altta yatan nedenleri

çözümlemedikçe kalp yetersizliğine neden olabilirler (Efe, 2010).

Konjestif kalp yetersizliğinin farklı nedenleri açıklanmıştır. Etiyolojisinde genel olarak;

- ✓ Koroner kalp hastalığı,
- ✓ Kapaklara bağlı ve doğumsal patolojiler,
- ✓ Travmalar,
- ✓ Kardiyomyopatiler,
- ✓ Konjenital kalp hastalıkları (VSD, PDA, ASD),
- ✓ Aritmiler,
- ✓ Kapak hastalıkları (mitral, aortik, triküspit ve pulmoner),
- ✓ Enfeksiyonlar (viral miyokarditler, romatizmal miyokarditler vb.),
- ✓ Kollejen doku hastalıkları,
- ✓ İlaçlar (adriamycin vb.),
- ✓ Metabolik ve endokrin hastalıklar,
- ✓ Hacim yüklenme durumları,
- ✓ Toksinler (alkol, kobalt vb.),
- ✓ Radyasyon,
- ✓ Beslenme bozuklukları (beriberi, kwashiorkor, pellegra vb.),
- ✓ Hipersensitivite gibi (Bağdatlı, 2012; Kurt, 2015).

2.1.3. Konjestif kalp yetersizliğinin epidemiyolojisi

Konjestif kalp yetersizliği dünyada yaygınlığı ve sıklığı artan hastalıktır. İnsanları fizyolojik, sosyal ve psikolojik yönden etkileyen bu hastalığın batı ülkelerine göre ülkemizde de artma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (Değertekin ve ark., 2012; Giamouzis ve ark., 2011).

Konjestif kalp yetersizliği dünyada 23 milyon insanı etkilemekte, görülme sıklığı hem gelişmekte hem de gelişmiş ülkelerde hızlı bir şekilde artmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki prevalansı 70 yaş üstü bireylerde %10'a kadar artmakta, erişkin bireylerde ise %1-2 oranında kalp yetersizliği görülmektedir. Ülkemizde üç milyondan fazla kalp yetersizliği hastası olup dokuz milyondan fazla insanın risk altında olduğu tahmin edilmektedir (Kılıç ve ark., 2016).

Kardiyovasküler hastalıklarda, ESC/EAS 2016 kılavuzuna göre Avrupa'da en az 4 milyon insanın ölümüne yol açmaktadır. Kardiyovasküler ölümlerin 60 yaş altı bireylerde erkeklerde kadınlara oranla daha yaygın olduğu (490.000 ve 193.000), KVH ölümler

nedeniyle kadınların sayısının (%55-2,2 milyon) erkeklerden (%45-1,8 milyon) fazla olduğu belirlenmiştir (Catapano ve ark., 2016).

Kalp yetersizliğinde, Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association-AHA) ABD’de %46’lık artışın 2012’den 2030 yılına kadar olabileceği, 2030 da 18 yaş üstü en az 8 milyon kişide de kalp yetersizliği görülebileceği öngörülmüştür. 2007-2008 yıllarında yapılan TEKHARF çalışması risk taramasında her 1000 yetişkinden 105 inde Koroner Kalp Hastalığı (KKH) görüldüğü bildirilmektedir. Verilerde 1990 yılından beri %6,4 oranında artış görüldüğü (200 bin kişi) ifade edilmektedir (TKD , 2007). TEKHARF çalışmasının risk taramasına göre ülkemizde koroner hastalıklardan dolayı tedavi edici ve koruyucu önlemlerin alınması gerektiğine dikkat çekilmektedir (<http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>).

2.1.4. Konjestif kalp yetersizliğinin patofizyolojisi

Kalbin iş yükü arttığında ve bozulduğunda bir dizi fizyolojik kompensatuvar mekanizma devreye girerek vital organ perfüzyonunun ve arteriyel kan basıncının devamı sağlanır. Sol ventrikülün yeniden şekillenmesi, Frank Starling mekanizması ve Nörohumoral sistemlerin aktivasyonu bu mekanizmanın başlıcalarıdır (Şanlıalp, 2016).

Konjestif kalp yetersizliği gelişmesini, hipertansiyon, kardiyomiyopati, kalp kapak hastalıkları ve KKH vb. gibi birçok risk faktörü etkileyebilir. Altta yatan nedenler farklılık gösterse de kompensatuvar mekanizmalar bakımından oluşan cevap aynıdır. İlk aşamada kalbin atım hacmi azalır ve miyokartta hasar oluşur. İkinci aşamada vücudun ihtiyacı olan kardiyak debiyi sağlamak için bir dizi kompensatuvar mekanizma devreye girer. Bu mekanizmalar miyokardiyal yeniden yapılanmayı, nörohormonal ve frank starling cevabını içerir. İkinci aşamanın sonunda kardiyak debiyi sürdürmek için artmış vasküler hacim, zayıflamış miyositler, ventriküler hipertrofi ve artmış ventriküler duvar stresi oluşur. En son aşamada ise kompensatuvar mekanizmaların bitmesi ile kalp yetersizliği olarak bilinen klinik sendrom oluşur (Akıncı ve ark., 2014; Bağdatlı, 2012).

2.1.5. Konjestif kalp yetersizliğinde tanı ve tedavi

2.1.5.1. Tanı

Konjestif Kalp yetersizliğinden birincil korunma, risk faktörlerini arttıran ve altta yatan

nedenlerin önlenmesi, etkin erken tanı ve tedavi ile mümkündür. Konjestif Kalp yetersizliğinde hastalığın ilerleyişini yavaşlatmak, hastaneye yatışı azaltmak ve ilerlemiş olgularda yüksek maliyetli tedaviyi azaltmak, tanının zamanında konmasıyla mümkün hale gelebilir (TKD, 2007). ESC kalp yetersizliği 2016 yılı kılavuzunun en önemli yeniliği kalp yetersizliğini ejeksiyon fraksiyonuna göre üç gruba ayırmasıdır.

Yeni kılavuzda kalp yetersizliği;

1. %40'ın altında olan düşük grup (DEF-KY),
2. %50 ve üzeri olan korunmuş grup (KEF-KY)
3. %40–49 arası grup sınırdaki (mid-range) ejeksiyon fraksiyonu (SEF-KY) olarak sınıflandırıldı (Sarı ve ark., 2016).

Kalp yetersizliğinde tanı;

1. Tipik kalp yetersizliği semptomları (halsizlik, yorgunluk, alt ve üst ekstremitelerde ödem, dinlenme ya da efor sırasında nefes darlığı,).
2. Kalp yetersizliği bulguları (periferik ödem, plevral efüzyon, taşikardi, taşipne, pulmoner raller, boyun ven basıncında artış, hepatomegali).
3. Yapısal ya da fonksiyonel bozukluklara ilişkin dinlenme sırasında kalpte ortaya çıkan objektif kanıt (üçüncü kalp sesi, kardiyomegali, natriüretik peptid konsantrasyonunda artış, kalpte üfürümler, ekokardiyografide bozukluklar varlığıyla ortaya konmaktadır (Barutcu, 2011).

2.1.5.2. Tedavi

Kalp yetersizliği tedavisinin temel amacı, yaşam kalitesini arttırıp semptomları kontrol altına almaktır. Uzun dönemde yaşam kalitesini arttırmak için kalp yetersizliğinin karakteristik özelliği progresif sol ventrikül disfonksiyonunun etkisinin yavaşlatılıp durdurulması amaçlanır (Kepez ve Kabakçı, 2004).

Kalp yetersizliği belirtilerinin birçoğu su ve tuz tutulumuna bağlıdır. Diüretik tedaviyle hastalarda bulunan birçok semptom azaltılabilir. Kalp yetersizliği bulunan hastalarda altta yatan nedenlerin ortadan kaldırılması daha önemlidir (Değertekin ve ark., 2012).

2.1.5.2.1. Farmakolojik tedavi

Kalp yetersizliğinin kontrol altına alınması birden fazla ilacın kullanımı ile mümkündür. Tedavinin amacı miyokardın, işlevsel yeteneğini arttırmak ve yetersizliğin altta yatan nedenini tedavi etmeye çalışmaktır. Bu farmakolojik ilaçların başlıcaları diüretikler, inotrop ajanlar ve ard-yük azaltıcı ilaçlardır (Çınar ve Altınkaynak, 2014).

2.1.5.2.1.1. Renin anjiyotensin- aldosteron sistemi (RAAS) ilaçları

Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE-İ): kalp yetersizliği tedavisinde hastalığın ilerleyişini durduran önemli ilaçlardandır. Tedavide öncelik vazokontrüksiyonu engelleyerek aldosteron salınımını ve afterloadı azaltmaktır. Bu grup ilaçlar, preloadı azaltarak venlerde vazodilatasyona neden olurlar. Hipertrofi ve fibroz gelişimini engelleyerek vasküler vendotelyal fonksiyonu desteklerler (Durna, 2013).

Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri (ARB): Kardiyak outputu arttırarak preloadı ve afterloadı azaltırlar. ARB kanı pompalamak için kan damarlarını genişleterek kan basıncını düşürür (Önalın, 2004).

Aldosteron Antagonistleri: Kalp yetersizliğinde aldosteron, renin anjiyotensin sisteminin aktive olmasıyla potasyum magnezyum kaybına ve tuz tutulumuna neden olur. Aldosteron antagonistleri bu etkiyi azaltır. Arteriyel kompliyansa, vasküler ve miyokarda bozulma meydana gelir. Tedaviye düşük dozda (25-50 mg/gün) eklendiğinde kalp yetersizliğinde aldosteron antagonistleri hastaneye yatışları azaltarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler (Okutucu, 2011).

2.1.5.2.1.2. Kalp yetersizliğinde diğer ilaç tedavileri

Beta Blokerler: Kalp yetersizliği bulunan hastaların genel durumuna etki ederek iyileştirir. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %40'ın altında bulunan hastaları etkileyerek hastaneye yatışları azaltır ve sağ kalımı olumlu yönde etkiler. Beta bloker tedavisinin yan etkileri göz önünde bulundurulduğunda başka bir beta bloker veya diüretiklerle kullanıldığında dozun gözden geçirilmesi ve uygun aralıklarla alınması gerekir (Durna, 2013).

Diüretikler: Vücutta bulunan fazla sodyumun uzaklaştırılması ile ekstrasellüler sıvı hacminin azaltılarak dolaşımdaki fazla miktarda bulunan sıvının birikimini engeller ve böylece venöz

göllenme azaltılır. Konjestif kalp yetersizliğinde diüretikler olmazsa olmazdır (<http://www.kvakademi.org/giris/KPDData/userfiles/file/%C4%B0pekyazi.pdf> Erişim tarihi: 11.07.2018).

Dijital Glikozitler: Dijital glikozitler miyokardın kasılma gücünü arttırarak klinik tedavide venöz konjesyonu azaltarak kalp hızının nörohormonal dengede bulunmasını sağlar. En önemli dijital glikozitler olarak digoksinin terapötik aralıklarda kullanılmasına dikkat edilmelidir. Hastaların EKG değişiklikleri, depresyon, bulantı ve kusma, aritmi, bradikardi gibi kalp ritim değişiklikleri yönünden yakın takip edilmesi gerekir. (<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/26/2602AGE.pdf> erişim tarihi:11.07.2018; Durna, 2013,).

Vazodilatörler: Pulmoner venlerde dilatasyon yapan vazodilatörler, kalbin venöz dönüşünü ve ön yükünü azaltırlar. Bu sayede ventrikül dolum basıncını azaltılarak sol ventrikül fonksiyonları desteklenir.

Kalsiyum kanal blokerleri: Diyastol disfonksiyonunda myokardiyal iskeminin ve kan basıncının kontrolüne etki ederler (Durna, 2013).

Natriüretik peptitler: Natriüretik peptitler, sıvı volümünü regüle eder, elektrolit dengesini sağlar, kan basıncını ve nörohumoral aktivasyonu baskılayarak myokardın performansını destekler (Yardan ve ark., 2004).

Antiaritmikler: Kalp yetersizliğinde aritminin kontrolü oldukça güç olduğundan ani ölüm riski yüksektir. Antiaritmik ajan olarak en çok supraventriküler taşikardinin olduğu tedavide amiodarone tercih edilmektedir (Durna, 2013).

2.1.5.2.2. Non-farmakolojik tedavi

Kalp yetersizliğinde semptomları azaltmak için hastalarda fiziksel stabilitenin sürdürülmesi ve hastanın da içinde bulunduğu bakım yönetiminin uygulanması amaçlanır. Bu amaçla hastalar hastalık tanımı, tanı, tedavi, hastalık prognozu, risk faktörleri, egzersiz ve diyet önerileri, psikososyal semptomlar yönünden bilgilendirilmelidir. Hastaların yapılan araştırmalarda tedaviye uyumunun %20 ile %60 arasında olduğu uyumun morbidite ve mortalitede azalma sağladığı belirtilmektedir. Hastaya ve ailesine semptomlar anlatılarak tedavi dozları ve yan etkileri hakkında bilgilendirilmelidir (Aktoz, 2010).

Avrupa ve Amerikan Kalp Dernekleri egzersiz tedavisini, kalp yetersizliği olan hastalara rehâbilitasyon faaliyetleri kapsamında önermektedir. Konjestif kalp yetersizliği olan hastalarda egzersiz eğitimi, egzersiz intoleransını azaltıp, hastaneye yatışları azaltarak yaşam kalitesini artırır. Egzersizin her türlü kalp yetersizliği olan hastalarda önemli bir etkisi mevcuttur (Uzun, 2016).

Kalp yetersizliğinin tedavisinde ilaç dışı yaklaşımlar:

- ✓ Fazla kiloların verilmesi,
- ✓ Sigaranın bırakılması,
- ✓ Diyabetin ve hiperlipidemi kontrolü,
- ✓ Hipertansiyon kontrolü,
- ✓ Enfeksiyonlara karşı aşılınmak,
- ✓ Alkolün bırakılması,
- ✓ Tuz alımının günlük üç gramı geçmemesi,
- ✓ İleri kalp yetersizliği olan hastalarda günlük sıvı alımının 1,5-2 litre/gün ile sınırlandırılması,
- ✓ Yapabileceği kadar fiziksel etkinliğe izin verilerek fiziksel kondisyonun korunması ve düzeltilmesi,
- ✓ Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri (verapamil, diltiazem, kısa etki süreli dihidropridinler), sınıf I antiaritmikler, trisiklik antidepresanlar, kortikosteroidler ve lityum benzeri ilaçlardan kaçınılması (Yıldırım, 2008).

2.1.5.2.3. Kardiyak rehâbilitasyon

Konjestif kalp yetersizliği olan hastalarda kardiyak rehâbilitasyon; bireyin yaşam kalitesini artırmak için bireye özel ilaçlı ve ilaçsız tedavi girişimlerini, tıbbi değerlendirmeleri, kontrollü olarak yapılan egzersiz uygulamalarını, davranış değişikliğini, risk faktörlerinin belirlenmesini, eğitim ve danışmanlığı içeren fiziksel, sosyal, fizyolojik ve psikolojik bakımdan geniş, uzun ve kapsamlı bir program ile yaşam kalitesini en üst düzeyde tutmayı hedefleyen bir program olarak tanımlanmaktadır (Uysal, 2012; Sarıtaş, 2010).

2.1.6. Konjestif kalp yetersizliğinde risk faktörleri

The First National Health and Nutrition Study (İlk Ulusal Sağlık ve Beslenme Çalışması:

NHANES I) ve Framingham kalp çalışmalarının ABD de yapılan bölümlerinde, kalp yetersizliğinde en önemli risk faktörlerinin DM, HT, sigara, yaş, obezite, eğitim, erkek cinsiyet ve fiziksel inaktivite olduğu belirtilmiştir (Şanlıalp, 2016).

Türkiye’de yapılan TURKAY çalışmasının risk etiyojisine göre kalp yetersizliği görülme sıklığı koroner arter hastalığında %54, hipertansiyonda %31,5, kalp kapak hastalıklarında %11,5 ve diğer nedenler ile %5,7’dir (İlerigelen, 2004).

Koroner kalp hastalığının günümüzde kabul edilen önemli risk faktörleri şunlardır:

1. Yaş (erkeklerde ≥ 45 , kadınlarda ≥ 55 veya erken menopoz),
2. Aile öyküsü (birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması),
3. Sigara içiyor olmak,
4. Hipertansiyon (kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg veya antihipertansif tedavi görüyor olmak),
5. Hiperkolesterolemi (total kolesterol ≥ 200 mg/dl, LDL-kolesterol ≥ 130 mg/dl),
6. Düşük HDL-kolesterol değeri (< 40 mg/dl),
7. Diabetes mellitus (diyabet bir risk faktörü olmanın yanı sıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşıdığından risk değerlendirmesinde ayrı bir yeri vardır) (<http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604>, Erişim tarihi: 29.Mayıs 2018).

Yeni Risk Faktörleri;

1. Hiperhomosisteinemi,
2. Lipoprotein A yüksekliği,
3. Brain Natriüretik Peptit ve ProBNP Yüksekliği,
4. Yüksek Sensitiviteli C-Reaktif Protein Yüksekliği,
5. Enfeksiyon,
6. Protrombotik Faktörlerdir (Özcanlı, 2012).

Sedanter yaşamın kalp hastalıklarına neden olduğu ve kalp hastalarında sedanter bir yaşam sürdürdükleri bilinmektedir. Toplam 52 ülkede kardiyak risk faktörlerinin belirlenmesi için yürütülmüş olan INTERHEART çalışmasında, risk faktörlerinden birinin düzensiz egzersiz yapma olduğu saptanmıştır. Fiziksel aktivite ve egzersiz azlığı kalp yetersizliği olan erkek ve kadınların mortalitelerinde önemli bir risk faktörüdür (Kaya, 2016).

2.1.7. Konjestif kalp yetersizliğinin NYHA'ya göre sınıflaması

New York Heart Association-New York Kalp Derneği, (NYHA), tarafından kalp yetersizliği hastalarını fonksiyonel kapasitelerini değerlendirmek üzere bir sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur. Birden dörde kadar yapılan sınıflamada hastaların fonksiyonel kapasiteleri efor düzeylerine göre düzeyleri dikkate alınarak değerlendirilir. NYHA sınıf birde hastalarda fiziksel aktivite kısıtlanmaz. Sınıf 2'de hastalarda fiziksel aktivite hafif olarak etkilenir ve olağan fiziksel aktivitelerde yorgunluk, çarpıntı, dispne gibi semptomlar görülür. Sınıf 3'te günlük yaşamda fiziksel aktiviteyi belirgin olarak kısıtlayan semptomlar gözlenir. Sınıf 4'te ise hastalarda dinlenme sırasında bile semptomların varlığı görülür. Sınıflamada fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi oldukça değerlidir (Kepez ve Kabakçı, 2004).

Tablo 2.7.1. NYHA Konjestif Kalp Yetersizliği Sınıflaması

Sınıf 1	Günlük olağan fiziksel aktivitelere kısıtlanma olmayan kalp hastaları,
Sınıf 2	Fiziksel aktivitelerinde hafif kısıtlanma olan kalp hastaları (örn. yol yürümekle nefes darlığı olması),
Sınıf 3	Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlanma olması, ev içinde yürümek gibi çok hafif aktivitelerle bile semptomların ortaya çıkması,
Sınıf 4	İstirahatte bile nefes darlığı olması.

(Kaynak: https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k05/3_tbl2.htm, Erişim Tarihi: 23.07.2018)

2.2. Konjestif Kalp Yetersizliğinde Görülen Kısıtlılık ve Semptomlar

Kalp yetersizliğinde ilk hedef semptomları kontrol altına almak ve ilerlemesini engellemektir. Hastada sağlıklı davranış değişikliği yoluyla kısıtlılığın azaltılması ve semptomların önlenmesi yaşam kalitesini yükseltebilir. Konjestif kalp yetersizliğinde

kısıtlılık, yaşamı önemli ölçüde etkiler (Alkan, 2017; Kara, 2011).

Konjestif kalp yetersizliği yönetiminde bireyin semptomlarının izlenmesi ve durumlarının değerlendirilmeleri büyük önem taşımaktadır. Sezgin ve Mert (2015) yaptıkları çalışmada konjestif kalp yetersizliği olan hastaların tıbbi çare aramayı erteledikleri belirlenmiştir (Sezgin ve Mert, 2015).

Literatürde, kalp yetersizliği olan hastaların dinlenme ve efor sırasında yaşadığı nefes darlığı (dispne), halsizlik, yorgunluk, göğüs ağrısı, periferik ödem, uyku ve serebral bozukluklar gibi semptomların hastaların fiziksel ve sosyal yaşam aktivitelerini sınırladığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir. Konjestif kalp yetersizliği olan hastaların çoğunun nefes darlığı (dispne), yorgunluk ve egzersiz intoleransı yaşadığı ve bunun en önemli sağlık sorunu olduğu belirtilmektedir (Efe, 2011; Kaya, 2016).

Bir semptom olarak dispne en sık görülen ve hayatı en çok etkileyen semptomdur. Kalp yetersizliğinde hasta bireylerle, sağlıklı kişiler arasındaki en önemli fark efor dispnesinin yol açtığı eforun derecesidir. Hastalık ilerledikçe kişinin aktivite toleransı düşer ve ileri dönemde dekompanyasyonda hasta dinlenme sırasında bile nefes darlığı çeker. Hastalarda daha spesifik semptom olarak paroksizmal noktürnal dispne (PND) ve ortopne de görülebilir (Şanlıalp, 2016). Semptom yükü yaşam sonuna doğru giderek artar. Sonuçta hastaların %40'ında ağrı, %60'ından fazlasında dispne görülür (Mert ve Barutcu, 2012). Konjestif kalp yetersizliği semptom yönetimi, müdahalelerdeki gelişmeler ve uzun süre yaşamayı sağlayan tıbbi tedaviler ile geçtiğimiz on yıllar boyunca oldukça gelişmiştir (Ziaieian ve ark., 2016).

Hemşirelik girişimleri, hastalık ya da sağlıkla ilişkili tedavi edici özbakım davranışlarını geliştirme ve kısıtlılıkları gidermeye yöneliktir (Akdeniz, 2013).

2.3. Konjestif Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaşam kalitesini; "Bireyin gerek kültürel ortamın değer yargıları gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında hayatta kendi durumunu algılama biçimi" olarak tanımlar (DSÖ, 2005).

Kalp yetersizliği, günlük yaşam aktivitelerinin karşılanamaması, öz bakım eksikliği, beden imgesinin değişmesi, kronik yorgunluk, sık tekrarlı yatışlar, semptomlarda görülen artış ve

gelecek ile ilgili kaygılardan dolayı yaşam kalitesini ve bireyin yaşamını etkileyen bir hastalıktır (Barutcu, 2011; Akdemir ve Birol, 2003).

Konjestif kalp yetersizliğinde görülen en önemli belirtiler dispne, halsizlik ve yorgunluktur. Yorgunluğun çoğu hastada orta ve ciddi şiddette olduğu ve hastaların %92 sini etkilediği belirlenmiştir. Yorgunluk, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeyi zorlaştırarak yaşamı olumsuz etkileyebilir. Kalp yetersizliğinde görülen bu semptomlar bireyin yaşam kalitesini ve fonksiyonel kapasitesini önemli ölçüde etkileyebilir (Gürsoy, 2014; Efe, 2011).

Hastaların günlük yaşam aktivitelerini daha etkin gerçekleştirmesi ve tekrarlı yatışların önlenmesi için ailesine ve hastaya eğitim verilmelidir (TKD, 2007). Konjestif kalp yetersizliği tanısı almış olan hastalar ve aileleri, sonraki süreçte görülen semptomlar nedeniyle ekonomik ve psikososyal sorunlar yaşamakta ve bu nedenle yaşam kaliteleri önemli ölçüde olumsuz etkilenmektedir (Kavradım, 2013). Özellikle yorgunluk, halsizlik ve dispneye bağlı gelişen fiziksel semptomlardan kaynaklanan egzersiz intoleransı hastaların kısıtlanmasına ve günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına neden olmaktadır (Zengin ve ark., 2012).

Kalp yetersizliği tedavi süreci farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Kalp yetersizliği yönetiminde hemşire, genellikle hastalığa yönelik bakımın planlanması ve yönetilmesi için ekibin işbirliği içinde çalışmasını sağlamaktadır. Hemşire ekip üyeleriyle birlikte hastanın fiziksel sınırlılıklara rağmen bağımsız fonksiyonlarını maksimum düzeyde tutmasını sağlamaya çalışır. Hemşire, bakım sürecinde hastaneye tekrar yatışları azaltmak, hastaların semptomlarını tanıyabilmelerini sağlamak, mortaliteyi, hastanede kalış süresini ve maliyeti azaltmak için çalışır (Kaya, 2016; Özer, 2016).

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

Hemşirenin rehâbilitasyon süreci boyunca önemli olan altı rolü tanımlanmıştır. Bunlar;

- ✓ Araştırmacı,
- ✓ Bakım verme,
- ✓ Eğitici,
- ✓ Hastalara danışmanlık,
- ✓ Bakım koordinatörlüğü ve
- ✓ Hastaların haklarını savunucu rolüdüdür.

Hemşireler bu rollerini kullanarak hastaların yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaya çalışırlar (Kaya, 2016).

Hemşirelik bakımının amaçları;

- ✓ Kardiyovasküler fonksiyonları en iyi seviyeye getirmek,
- ✓ Uygun beslenmeyi sağlamak,
- ✓ Deri bütünlüğünü sürdürmek,
- ✓ İstirahati sağlamak,
- ✓ Farmakolojik tedavinin etkilerini değerlendirmek,
- ✓ Hasta ve ailesinin Kalp Yetersizliği hakkında eğitimini vermektir (Kaya, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, konjestif kalp yetersizliği olan hastaların kısıtlılık durumları ve semptom düzeylerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey araştırma ve uygulama hastanesi ve Özel Sani Konukoğlu hastanelerinde koroner yoğun bakım ve kardiyoloji kliniğinde Kasım 2017- Ağustos 2018 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi ve SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin koroner yoğun bakım ve kardiyoloji kliniklerinde Mayıs 2017- Kasım 2017 tarihleri arasında tedavi gören ve konjestif kalp yetersizliği bulunan yatan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısı evreni belli gruplarda örneklem belirleme formülü kullanılarak hesaplandı. Bu analize göre, (evren= 500) güvenilirliği % 95 alınarak örneklem sayısı 102 olarak saptandı.

Örnekleme kabul edilme kriterleri;

- ✓ Bilinci açık olmak ve ejeksiyon fraksiyonu %20'nin altında olmamak,
- ✓ Konjestif kalp yetersizliği tanısı almış ve NYHA en az sınıf 2 düzeyinde olmak,
- ✓ Sözel iletişim kurmada problemi olmamak,
- ✓ Gönüllülük esasına göre araştırmaya katılmayı kabul etmek şeklinde belirlenmiştir.

Örnekleme kabul edilmeme kriterleri;

- ✓ Kabul kriterlerinin karşılamamak,
- ✓ Katıldıktan sonra ayrılmak istemek,

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma, tanımlayıcı nitelikte olup araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda

hazırlanan, hasta tanıtım formu, Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptom Profili (CLASP) ve SF-36 Yaşam kalitesi anket formları hastalara yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Formların uygulanması yaklaşık 15-20 dk kadar sürdü.

3.4.1. Veri toplama araçları

Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen ‘Hasta Tanıtım Formu’ hastaların kişisel özelliklerine yönelik soruları kapsamaktadır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, meslek, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, boy-kilo, BKİ, sigara-alkol kullanımı, ne kadar zamandır konjestif kalp yetersizliği hastası olduğu, eşlik eden başka kronik hastalık varlığı, ejeksiyon fraksiyonu, kontrollerine düzenli olarak gitme durumu, ilaçlarını düzenli kullanma, diyet programına ve egzersiz programına uyma, bazı semptomların varlığı durumunu kapsayan 21 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili (CLASP) ölçeği

Özcanlı tarafından 2012 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılan kardiyovasküler kısıtlılık ve semptomlar profili (CLASP); göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk, fiziksel ve sosyal fonksiyonlar, ev içi faaliyetleri (kadın-erkek), kaygı ve cinsellik olmak üzere 9 alt boyuttan oluşan otuz yedi maddelik bir ölçektir. Ölçek hem fiziksel hem de fonksiyonel boyutu değerlendirmektedir. Ölçekte, her alt boyut ayrı ayrı değerlendirilir ve her boyut 4-6 sorudan oluşur, fonksiyon bozukluğunun seviyesine göre sorular “normal”, “hafif”, “orta”, “ileri” şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin skorlama yönergesi EK-2’nin sonunda verilmiştir. Ölçekte göğüs ağrısı alt boyutu (2, 3, 4, 5, ve 6. sorular), solunum yetersizliği alt boyutu (8, 9, 10, 11 ve 12 sorular), bilek şişliği (14, 15 ve 16. sorular) yorgunluk (18, 19 ve 20. sorular), fiziksel ve sosyal fonksiyonlar (21, 22, 23, 24, 25, 26 ve 27. sorular), ev içi faaliyetler-kadın (28 ve 29. sorular), ev içi faaliyetler-erkek (30 ve 31. sorular), kaygı (32, 33 ve 34. sorular) ve cinsellik (35, 36 ve 37. sorular) alt boyutları bulunmaktadır. Lewin ve arkadaşlarının çalışmasında, anketin Cronbach alfa değeri 0.80, test-tekrar test tekniği ile elde edilen güvenilirlik katsayıları ise 0.66 (göğüs ağrısı), 0.59 (solunum yetersizliği), 0.57 (bilek şişliği), 0.50 (bitkinlik-yorgunluk), 0.84 (mobilité), 0.66 (sosyal yaşam ve boş zaman etkinlikleri), 0.76 (ev içi faaliyetleri), 0.74 (kaygı ve endişeler), 0.49 (cinsellik) olarak bulunmuştur (Özcanlı, 2012). Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarının cronbach alpha değerleri cinsellik alt boyutu hariç 0,978-0,624 arasında bulunmuştur.

Cinsellik alt boyutunun cronbach aplha değeri ise 0,397 olarak bulunmuştur (EK-2).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Sf-36 yaşam kalitesi ölçeğinde her bir alt boyutun puanı 0 ile 100 arasındadır. “0” en kötü yaşam kalitesini, “100” en iyi yaşam kalitesini göstermektedir. SF-36’nın ülkemizdeki ilk geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Pınar tarafından yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır (alt boyutların cronbach aplha değerleri= 0,59-0,96), (Uzunhasanoğlu, 2013). SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin skor hesaplama yönergesi ek 3’ün sonunda verilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarının cronbach alpha değerlerinin 0,963-0,685 arasında değiştiği bulunmuştur (EK-3).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı değişkenleri

Hastaların konjestif kalp yetersizliğine ilişkin kısıtlılık durumları, semptom düzeyleri ve yaşam kalitesi ile ilgili veriler bağımlı değişkenlerdir.

3.5.2. Bağımsız değişkenleri

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile bazı hastalık özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25,0 paket programı kullanıldı. Güven aralığı olarak %95 kabul edildi. Alfa 0,05 den küçük değerler anlamlı olarak değerlendirildi. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama±standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis testi, student t testi, Mann Whitney U testi Kolomogorov Smirnow analizi , Pearson Korelasyon Analizi, ki-kare, One Way ANOVA ve post hoc test olarak Least Significant Difference (LSD) analizleri yapıldı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma sadece Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi ve SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin Koroner yoğun bakım ve Kardiyoloji servislerinde yatan hastalar ile yürütüldüğünden

sonuçlar tüm kalp yetersizliği hastaları için genellenemez.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Araştırmanın yürütülmesi için SANKO niversitesi klinik araştırmalar etik kurulundan 28 Eylül 2017 tarihinde 06 nolu karar ile etik kurul onayı alındı (EK-4). Araştırmanın yapılabilmesi için ayrıca hastanelerden izin alınmıştır (EK-5 ve EK-6). Araştırma uygulamasında hastalara araştırma hakkında açıklamalarda bulunularak sözlü onam alındı.

3.9. Araştırma Akış Planı

Tablo 3.9.1. Araştırma Akış Planı

FAALİYETLER	Kasım 2017	Aralık 2017	Ocak 2018	şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018	Temmuz 2018	Ağustos 2018
Literatür tarama										
Kaynakları tarama ve not alma										
Tez konusunun netleştirilmesi ve geçici plan										
Evren belirleme ve örneklem seçimi										
Derinlemesine görüşmeler ve analizi (seçilen konuya bağlı)										
Deneysel çalışmanın planlanması ve uygulama (seçilen konuya bağlı)										
Anket hazırlama										
n uygulama (anket)										
Anketin son şekli										
Araştırma verilerinin toplanması / anket uygulama										
Veri girişi ve analizi										
Tez yazımı										
Tezin SBE'ne teslimi										

4. BULGULAR

Tablo 4.1.1. Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		n	%	Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	56	54,9	Sosyal güvencesi	Var	102	100,0
	Kadın	46	45,1		Yok	0	0,0
Yaş $\bar{X}\pm SD$ 68,06±10,86 Min- Mak: 42-95	< 60	21	20,6	Ev hanımı	42	41,2	
	60-70	38	37,3	Emekli	47	46,1	
	70-80	29	28,4	Meslek	1	1,0	
Medeni durumu	80 üstü	14	13,7	Serbest	8	7,8	
	Evli	89	87,3	Diğer	4	3,9	
	Bekâr	13	12,7	Çalışıyorum	11	10,8	
	Okuryazar değil	39	38,2	Çalışmıyorum	91	89,2	
Öğrenim durumu	Okuryazar	17	16,7	Evde yalnız	8	7,8	
	İlköğretim	28	27,5	Eşimle	35	34,3	
	Ortaokul/lise	9	8,8	Eşim ve Çocuklar	41	40,2	
	Üniversite ve üstü	9	8,8	Diğer Aile Üyeleri	18	17,6	

Hastaların %54,9'unu erkekler %45,1'ini kadınlar oluşturmuştur. Hastaların yaşları 42-95 arasında olup yaş ortalaması 68,06±10,86 olarak bulunmuştur. Hastaların %20,6'sı 60 yaşından küçük, %37,3'i 60-70 yaş, %28,4'sı 70-80 yaş arasında ve %13,7'si 80 yaş üzeridir. Hastaların %87,3'ü evlidir. Hastaların %38,2'si okuryazar değil, %16,7'si okuryazar, %27,5'i ilköğretim, %8,8'i ortaokul/lise, %8,8'i üniversite/lisansüstü mezundur. Hastaların %100'ünün sağlık güvencesi vardır. Hastaların %41,2'si ev hanımı, %46,1'i emekli, %46,1'i işçi, %5,3'ü serbest meslek mensubu veya çalışmayan durumundadır. Hastaların %89,2'si herhangi bir meslekte çalışmamaktadır. Hastaların %7,8'i evde yalnız, %34,3'ü evde eşile, %40,2'si eşi ve çocuklarıyla, %17,6'sı diğer aile üyeleriyle beraber yaşamaktadır (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Hastaların Konjestif Kalp Yetersizliğine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	Tanı süresi	n	%
1-4 yıl		33	32,4
5-9 yıl		43	42,2
10-14 yıl		10	9,8
15 yıl ve üzeri		16	15,7
Toplam		102	100,0
NHYA Sınıflaması			
Sınıf 2		39	38,2
Sınıf 3		25	24,5
Sınıf 4		38	37,3
Toplam		102	100,0
Kronik Hastalık Varlığı			
Yok		13	12,7
Var		89	87,3
Toplam		102	100,0
Var olan kronik hastalık*			
HT		65	63,7
DM		62	60,8
CVO		2	2,0
Astım		9	8,8
KOAH		12	11,8
KBY		10	9,8
Ejeksiyon fraksiyonu			
EF≤40		57	55,9
40≤EF≤49		28	27,5
50≤EF		17	16,5
Toplam		102	100,0
Sigara kullanma durumu			
Kullanıyorum		8	7,8
Bıraktım		38	37,3
Hiç Kullanmadım		56	54,9
Toplam		102	100,0
Alkol kullanım durumu			
Kullanıyorum		4	3,9
Bıraktım		15	14,7
Hiç Kullanmadım		83	81,4
Toplam		102	100,0
Kontrollerine düzenli gitme durumu			
Her zaman		40	39,2
Çoğu zaman		32	31,4
Bazen		21	20,6
Hiçbir zaman		9	8,8
Toplam		102	100,0
İlaçlarını düzenli kullanma durumu			
Her zaman		68	66,7
Çoğu zaman		21	20,6
Bazen		10	9,8
Hiçbir zaman		3	2,9
Toplam		102	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların tanı süreleri incelendiğinde en fazla %42,2 ile 5-9 yıl arası olduğu saptanmıştır. Hastaların konjestif kalp yetersizliği NYHA sınıflamasına göre %38,2'sinin Sınıf 2, %24,5'inin Sınıf 3, %37,3'ünün Sınıf 4 olduğu belirlenmiştir. Hastaların 87,3'ünde herhangi

bir kronik hastalık bulunmaktadır. Kronik hastalık bulunan hastaların %63,7'sinde HT, %60,8'inde DM, %11,8'inde KOAH, %9,8 inde ise KBY hastalığına rastlanmıştır. Hastaların Ejeksiyon fraksiyonları incelendiğinde %55,9'u 40'ın altında, %27,5 inin 40 ile 49 arasında, %16,5 inin ise 50 den büyük olduğu saptanmıştır. Hastaların %54,9 unun hiç sigara kullanmadığı, %81,4 ünün ise hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir Hastaların 39,2 sinin her zaman, %31,4 ünün çoğu zaman, %20,6 sının bazen, %8,8 inin ise hiçbir zaman kontrollerine düzenli bir şekilde gitmediği belirlenmiştir. Hastaların %66,7 sinin her zaman, %20,6 sının çoğu zaman, %9,8 inin bazen, %2,9 unun ise ilaçlarını hiçbir zaman düzenli bir şekilde kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).



Tablo 4.1.3. Hastaların Egzersiz Yapma ve Diyete Uyum Durumlarına Göre Dağılımları

	Özellikler	n	%
Diyete uyum	Her zaman	14	13,7
	Çoğu zaman	28	27,5
	Bazen	27	26,5
	Hiçbir Zaman	33	32,4
	Toplam	102	100,0
Egzersiz Programı	Evet	18	17,6
	Hayır	84	82,4
	Toplam	102	100,0
Egzersize uyum	Her zaman	4	3,9
	Çoğu zaman	3	2,9
	Bazen	10	9,8
	Hiçbir zaman	1	1,0
	Toplam	18	17,6

Hastaların diyet-egzersiz programına uyumları incelendiğinde %32,4 ünün diyet programına hiçbir zaman uymadığı, %82,4 ünün egzersiz programının olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4. Hastalarda Bulunan Mevcut Semptomların Dağılımları

	Özellikler	n	%
Semptomlar*	Göğüs ağrısı	69	67,6
	Nefes Darlığı	91	89,2
	Yorgunluk	98	96,1
	Halsizlik	92	90,2
	Şişme (ödem)	74	72,5
	Hızlı kilo alma	20	19,6
	Öksürük	44	43,1
	Çarpıntı	70	68,6
	Ortopne	35	34,3
	İştahsızlık	47	46,1
	Nöktüri	40	39,2
	Karın ağrısı	27	26,5
	Kanlı balgam	3	2,9
	Şişkinlik/Distansiyon	60	58,8
	Diğer	3	2,9

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların %67,6'sında göğüs ağrısı, %89,2'sinde nefes darlığı, %96,1'inde yorgunluk, %72,5'inde ödem, %19,6'sında hızlı kilo alımı, %43,1'inde öksürük, %68,6'sında çarpıntı, %34,3'ünde ortopne görüldüğü, %46,1'inde iştahsızlık, %26,5'inde karın ağrısı, %58,8'inde ise distansiyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.5. Hastaların CLASP ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Skorlar	$\bar{X}\pm Sd$	Min-Mak
CLASP		
Göğüs Ağrısı	8,33±6,63	0-16
Solunum Yetersizliği	10,12±4,98	0-14
Bilek Şişliği	5,09±4,32	0-10
Yorgunluk	7,35±2,51	0-9
Fiziksel ve Sosyal Fonksiyon	18,01±3,97	7-23
Ev İçi Faaliyetler (Kadın)	3,61±1,59	2-6
Ev İçi Faaliyetler (Erkek)	3,79±1,85	2-6
Kaygı	8,63±2,57	3-12
Cinsellik	7,11±3,29	0-12
SF-36 Yaşam Kalitesi		
Fiziksel Fonksiyon	17,50±23,63	0-100
Rol Güç Fiziksel Fonksiyon	15,68±34,63	0-100
Emosyonel Fonksiyon	16,33±35,33	0-100
Sosyal Fonksiyon	32,96±27,85	0-100
Ağrı	45,77±31,31	0-100
Mental Sağlık	48,66±20,90	0-90
Zindelik	26,32±22,73	0-100
Genel Sağlık	34,16±21,52	0-92

CLASP ölçeği göğüs ağrısı 8.33±6.63, solunum yetersizliği 10.12±4.98, bilek şişliği 5.09±4.32, yorgunluk 7.35±2.51, fiziksel ve sosyal fonksiyon 18.01±3.97, kadınlara özgü ev içi faaliyetleri 3.61±1.59, erkeklere özgü ev içi faaliyetleri 3.79±1.85, kaygı 8.63±2.57 ve cinsellik skoru 7.11±3.29 olarak saptandı.

SF-36 Yaşam kalitesi alt boyut fiziksel fonksiyon 17,50±23,63, rol güç fiziksel fonksiyon 15,68±34,63, emosyonel fonksiyon 16,33±35,33, sosyal fonksiyon 32,96±27,85, mental sağlık 48,66±20,90, zindelik 26,32±22,73, ağrı 45,77±31,31 ve genel sağlık skoru 34,16±21,52 olarak saptanmıştır (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.6. Bazı Sosyo-Demografik Özellikler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Skorlar		Yaş	BKİ
CLASP Göğüs Ağrısı	r	0,040	0,176
	p	0,686	0,487
	n	102	102
CLASP Solunum Yetersizliği	r	-0,039	0,123
	p	0,698	0,219
	n	102	102
CLASP Bilek Şişliği	r	-0,245	0,347
	p	0,013	p<0,001
	n	102	102
CLASP Yorgunluk	r	-0,073	0,152
	p	0,465	0,127
	n	102	102
CLASP Fiziksel ve Sosyal Fonksiyon	r	0,113	0,206
	p	0,256	0,038
	n	102	102
CLASP Ev İçi Faaliyetler (Kadın)	r	-0,022	0,093
	p	0,825	0,351
	n	102	102
CLASP Ev İçi Faaliyetler (Erkek)	r	-0,127	-0,047
	p	0,204	0,642
	n	102	102
CLASP Kaygı	r	0,057	0,018
	p	0,569	0,857
	n	102	102
CLASP Cinsellik	r	-0,350	0,258
	p	0,000	0,009
	n	102	102
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	r	-0,126	-0,166
	p	0,208	0,095
	n	102	102
SF-36-Rol Güç Fiziksel Fonksiyon	r	-0,52	-0,122
	p	0,128	0,223
	n	102	102
SF-36-Emosyonel Fonksiyon	r	-0,047	-0,141
	p	0,637	0,157
	n	102	102
SF-36-Ağrı	r	0,015	-0,114
	p	0,884	0,255
	n	102	102
SF-36-Mental Sağlık	r	0,012	-0,102
	p	0,906	0,310
	n	102	102
SF-36-Zindelik	r	-0,065	-0,166
	p	0,517	0,095
	n	102	102
SF-36-Genel Sağlık	r	-0,121	-0,163
	p	0,227	0,101
	n	102	102

r: Spearman Korelasyon katsayısı,

** Korelasyon katsayısı 0, 01 düzeyinde anlamlı.

* Korelasyon katsayısı 0, 05 düzeyinde anlamlı.

CLASP ölçeği bilek şişliği alt boyut skoru ile yař arasında anlamlı, negatif ve zayıf ilişki saptandı ($r=-0,245$, $p=0,013$). Hastaların yaşları arttıka bilek şişliği skorları dūřmektedir. CLASP cinsellik skoru ile yař arasında anlamlı, negatif ve orta düzeyde ilişki saptandı ($r=-0,350$, $p=0,000$). Buna göre hastaların yaşları arttıka cinsellik skorları dūřmektedir. CLASP ölçeğinin diğer alt boyut skorları ile yař arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0,05$).

CLASP ölçeği bilek şişliği alt boyut skoru ile BKI arasında anlamlı, pozitif ve orta düzeyde bir ilişki saptanmış olup ($r=0,347$, $p=0,000$) hastaların BKI'i arttıka bilek şişliği skorları dūřmektedir. CLASP cinsellik skoru ile BKI arasında anlamlı, pozitif ve orta düzeyde ilişki saptandı ($r=0,258$, $p=0,009$). Buna göre ise hastaların BKI'i arttıka cinsellik skorları dūřmektedir. CLAPS ölçeğinin diğer alt boyut skorları ile BKI arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.1.7. CLASP Ölçeği Bazı Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı-1

Özellikler	Göğüs Ağrısı (n=65)*						Solunum yetersizliği (n=85)*						Bilek şişliği (n=64)*						
	Hafif		Orta		Ciddi		Hafif		Orta		Ciddi		Hafif		Orta		Ciddi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	3	8,8	16	47,1	15	44,1	3	7,1	6	14,3	33	78,6	6	18,8	7	21,9	19	59,4
	Kadın	0	0,0	11	35,5	20	64,5	2	4,7	4	9,3	37	86,0	2	6,3	10	31,3	20	62,5
	X ^{2*}	4,095						0,895						2,456					
	p	0,117						0,623						0,300					
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	0	0,0	11	36,7	19	63,3	1	2,7	4	10,8	32	86,5	4	15,4	7	26,9	15	57,7
	Okuryazar-İlkokul	3	11,5	10	38,5	13	50,0	3	8,1	5	13,5	29	78,4	3	9,7	8	25,8	20	64,5
	Ortaokul/lise	0	0,0	2	50,0	2	50,0	1	16,7	0	0,0	5	83,3	1	20,0	1	20,0	3	60,0
	Üniversite ve üzeri	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0
X ^{2*}	7,385						4,005						0,934						
p	0,247						0,626						0,934						
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	1	14,3	4	57,1	2	28,6	1	12,5	3	37,5	4	50,0	1	16,7	1	16,7	4	66,7
	Çalışmıyorum	2	3,4	23	39,7	33	56,9	4	5,2	7	9,1	66	85,7	7	12,1	16	27,6	35	60,3
	X ^{2*}	3,436						6,473						0,643					
	p	0,158						0,032						1,000					

n sayısı, cevap veren hasta sayısına göre değişmektedir. X^{2}:Fischer's Kesin Ki-Kare Test Değeri

Tablo 4.1.7'de CLASP ölçeği alt boyut göğüs ağrısı, solunum yetersizliği ve bilek şişliği skorlarının hastaların bazı sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Bu üç alt boyut skorunun hastaların cinsiyetine ve eğitim durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Göğüs ağrısı ve Bilek şişliği skorlarının hastaların çalışma durumuna göre dağılımları da benzerdir (p>0,05). Sadece solunum yetersizliği alt boyut skorunun hastaların çalışma durumuna göre dağılımları anlamlı farklılık göstermektedir (X²=6,473, p=0,032).

Tablo 4.1.8. CLASP Ölçeği Bazı Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı-2

Özellikler	Yorgunluk (n=94)*						Fiziksel ve Sosyal Fonksiyonlar (n=102)*						Ev içi faaliyetler (kadın) (n=102)*										
	Hafif		Orta		Ciddi		Normal		Hafif		Orta		Ciddi		Normal		Hafif		Orta		Ciddi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	6	12,2	17	34,7	26	53,1	4	7,1	7	12,5	16	28,6	29	51,8	32	57,1	2	3,6	19	33,9	3	5,4
	Kadın	1	2,2	3	6,7	41	91,1	1	2,2	5	10,9	13	28,3	27	58,7	11	23,9	2	4,3	14	30,4	19	41,3
	X ^{2*}	16,789						1,450						22,657									
p	0,000						0,708						0,000										
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	0	0,0	6	15,4	33	84,6	0	0,0	4	10,3	12	30,8	23	59,0	10	25,6	2	5,1	11	28,2	16	41,0
	Okuryazar-İlkokul	5	12,2	10	24,4	26	63,4	3	6,7	5	11,1	9	20,0	28	62,2	22	48,9	2	4,4	15	33,3	6	13,3
	Ortaokul/lise	1	14,3	2	28,6	4	57,1	1	11,1	2	22,2	4	44,4	2	22,2	5	55,6	0	0,0	4	44,4	0	0,0
	Üniversite ve üzeri	1	14,3	2	28,6	4	57,1	1	11,1	1	11,1	4	44,4	3	33,3	6	66,7	0	0,0	3	33,3	0	10,0
	X ^{2*}	9,926						11,404						16,703									
p	0,083						0,125						0,026										
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	2	22,2	3	33,3	4	44,4	3	27,3	2	18,2	3	27,3	3	27,3	4	36,4	1	9,1	4	36,4	2	18,2
	Çalışmıyorum	5	5,9	17	20,0	63	74,1	2	2,2	10	11,0	26	28,6	53	58,2	39	42,9	3	3,3	29	31,9	20	22,0
	X ^{2*}	4,734						10,424						1,684									
p	0,076						0,006						0,637										

n sayısı, cevap veren hasta sayısına göre değişmektedir. X^{2}: Fisher's Kesin Ki-Kare Test Değeri

CLASP ölçeği alt boyut yorgunluk (X²=16,789, p=0,000) ve ev içi faaliyetler (kadın) (X²=22,657, p=0,000) skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Ev içi faaliyetler (kadın) skorunun eğitim durumuna göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı derece farklıdır (X²=16,703, p=0,026). Fiziksel ve sosyal fonksiyon skorunu (X²=10,424, p=0,006) çalışma durumuna göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı derece farklıdır. Diğer alt boyut skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.1.9. CLASP Ölçeği Bazı Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı-3

Özellikler	Ev içi faaliyetler (erkek) (n=102)*								Kaygı (n=102)*								Cinsellik (n=102)*								
	Normal		Hafif		Orta		Ciddi		Normal		Hafif		Orta		Ciddi		Normal		Hafif		Orta		Ciddi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	17	30,4	1	1,8	9	16,1	29	51,8	6	10,7	25	44,6	14	25,0	11	19,6	23	41,1	9	16,1	0	0,0	24	42,9
	Kadın	32	69,6	1	2,2	4	8,7	9	19,6	0	0,0	7	15,2	19	41,3	20	43,5	25	54,3	12	11,8	2	2,0	40	39,2
	X ^{2*}	16,505				18,846				5,267				0,123											
p	0,000				0,000				0,000				0,000												
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	25	64,1	1	2,6	2	5,1	11	28,2	0	0,0	4	10,3	19	48,7	16	41,0	25	64,1	2	5,1	1	2,6	11	28,2
	Okuryazar-İlkokul	17	37,8	0	0,0	8	17,8	20	44,4	4	8,9	17	37,8	13	28,9	11	24,4	15	33,3	6	13,3	1	2,2	23	51,1
	Ortaokul/lise	4	44,4	0	0,0	3	33,3	2	22,2	0	0,0	5	55,6	2	22,2	2	22,2	4	44,4	2	22,2	0	0,0	3	33,3
Üniversite ve üzeri	X ^{2*}	16,332				27,919				12,136				0,143											
	p	0,029				0,000				0,000				0,000											
	Çalışma Durumu	Çalışıyorum	3	27,3	1	9,1	4	36,4	3	27,3	2	18,2	1	63,6	1	9,1	1	9,1	2	18,2	4	36,4	0	0,0	5
Çalışmıyorum		46	50,5	1	1,1	9	9,9	35	38,5	4	4,4	25	27,5	33	36,3	29	31,9	46	50,5	8	8,8	2	2,2	35	38,5
X ^{2*}		8,721				10,248				7,765				0,039											
p	0,031				0,008				0,008				0,039												

n sayısı, cevap veren hasta sayısına göre değişmektedir. X^{2}: Fisher's Kesin Ki-Kare Test Değeri

CLASP ölçeği alt boyut ev içi faaliyetler(erkek) (X²=16,505, p=0,000) ve kaygı (X²=18,846, p=0,000) skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Yine ev içi faaliyetler (erkek) (X²=16,332, p=0,029) ve kaygı (X²=27,919, p=0,000) skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında da anlamlı fark tespit edilmiştir. Her üç skorunda çalışma durumuna göre dağılımları anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (sırasıyla; X²=8,721, p=0,031-X²=10,248, p=0,008-X²=7,765, p=0,039).

Tablo 4.1.10. CLASP Ölçeği Bazı Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı-4

Özellikler	Göğüs Ağrısı (n=65)*						Solunum yetersizliği (n=85)*						Bilek şişliği (n=64)*						
	Hafif		Orta		Ciddi		Hafif		Orta		Ciddi		Hafif		Orta		Ciddi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Evde Yalnız	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	1	16,7	5	83,3
	Eşimle	1	5,6	7	38,9	10	55,6	0	0,0	5	17,9	23	82,1	2	9,1	7	31,8	13	59,1
	Eşim ve çocuklar	2	7,4	15	55,6	10	37,0	3	9,4	4	12,5	25	78,1	6	24,0	6	24,0	13	52,0
	Diğer aile üyeleri	0	0,0	4	28,6	10	71,4	2	11,8	1	5,9	14	82,4	0	0,0	3	27,3	8	72,7
	X ^{2*}				6,868						5,409						5,063		
p				0,271						0,446						0,522			
NYHA Sınıflama	Sınıf 2	3	18,8	12	75,0	1	6,3	3	12,0	6	24,0	16	64,0	4	28,6	3	21,4	7	50,0
	Sınıf 3	0	0,0	10	55,6	8	44,4	1	4,3	4	17,4	18	78,3	3	15,8	8	42,1	8	42,1
	Sınıf 4	0	0,0	5	16,1	26	83,9	1	2,7	0	0,0	36	97,3	1	3,2	6	19,4	24	77,4
	X ^{2*}				30,420						13,600						10,059		
	p				0,000						0,002						0,028		
Ejeksiyon Fraksiyonu	≤40	1	2,6	13	34,2	24	63,2	2	3,8	5	9,6	45	86,5	4	9,3	11	25,6	28	65,1
	40≤EF≤49	2	14,3	8	57,1	4	28,6	0	0,0	2	10,5	17	89,5	2	16,7	4	33,3	6	50,0
	50≤	0	0,0	6	46,2	7	53,8	3	21,4	3	21,4	8	57,1	2	22,2	2	22,2	5	55,6
	X ^{2*}				6,586						7,868						2,478		
	p				0,121						0,052						0,688		

n sayısı, cevap veren hasta sayısına göre değişmektedir. X^{2}: Fisher's Kesin Ki-Kare Test Değeri

CLASP ölçeği göğüs ağrısı (X²=30,420, p=0,000), solunum yetersizliği (X²=13,600, p=0,002) ve bilek şişliği (X²=10,059, p=0,028) alt boyut skorlarının hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş olup aynı skorların birlikte yaşanan kişiler ve ejeksiyon fraksiyona göre dağılımları benzer bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 4.1.11. CLASP Ölçeği Bazı Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı-5

Özellikler	Yorgunluk (n=102)*						Fiziksel ve Sosyal Fonksiyonlar (n=102)*						Ev içi faaliyetler (Kadın) (n=102)*										
	Hafif		Orta		Ciddi		Normal		Hafif		Orta		Ciddi		Normal		Hafif		Orta		Ciddi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Evde Yalnız	0	0,0	1	12,5	7	87,5	0	0,0	3	37,5	2	25,0	3	37,5	2	25,0	0	0,0	3	37,5	3	37,5
	Eşimle	0	0,0	8	25,8	23	74,2	0	0,0	6	17,1	11	31,4	18	51,4	14	40,0	3	8,6	13	37,1	5	14,3
	Eşim ve çocuklar	6	15,8	9	23,7	23	60,5	5	12,2	3	7,3	8	19,5	25	61,0	19	46,3	1	2,4	12	29,3	9	22,0
	Diğer aile üyeleri	1	5,9	2	11,8	14	82,4	0	0,0	0	0,0	8	44,4	10	55,6	8	44,4	0	0,0	5	27,8	5	27,8
	X ^{2*}					7,745						15,806						5,872					
p					0,206						0,036						0,759						
NYHA Sınıflama	Sınıf 2	6	18,8	13	40,6	13	40,6	5	12,8	4	10,3	11	28,2	19	48,7	22	56,4	2	5,1	12	30,8	3	7,7
	Sınıf 3	1	4,2	7	29,1	16	66,7	0	0,0	5	20,0	7	28,0	13	52,0	7	28,0	1	4,0	9	36,0	8	32,0
	Sınıf 4	0	0,0	0	0,0	38	100,0	0	0,0	3	7,9	11	28,9	24	63,2	14	36,8	1	2,6	12	31,6	11	28,9
	X ^{2*}					34,542						8,799						10,207					
	p					0,000						0,158						0,089					
Ejeksiyon Fraksiyon	≤40	3	5,4	9	16,1	44	78,6	1	1,8	3	5,3	14	24,6	39	68,4	22	38,6	1	1,8	18	31,6	16	28,1
	40≤EF≤49	2	9,5	5	23,8	14	66,7	1	3,6	5	17,9	9	32,1	13	46,4	13	46,4	2	7,1	10	35,7	3	10,7
	50≤	2	11,8	6	35,3	9	52,9	3	17,6	4	23,5	6	35,3	4	23,5	8	47,1	1	5,9	5	29,4	3	17,6
	X ^{2*}					5,061						16,823						5,384					
	p					0,247						0,004						0,469					

n sayısı, cevap veren hasta sayısına göre değişmektedir. X^{2}: Fisher's Kesin Ki-Kare Test Değeri

CLASP ölçeği fiziksel ve sosyal fonksiyonlar skorunun hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre dağılımları (X²=15,806, p=0,036) ve yorgunluk skorunun NYHA sınıfına göre dağılımları arasında (X²=34,542, p=0,000) anlamlı farklılık tespit edilmiş olup diğer skorların birlikte yaşanan kişiler, NYHA sınıfı ve ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımları benzer bulunmuştur (p>0,05). CLASP ölçeği fiziksel ve sosyal fonksiyonlar (X²=16823, p=0,004) skorunun hastaların ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4.1.11).

Tablo 4.1.12. CLASP Ölçeği Alt Boyut Skorlarının Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı-6

Özellikler	Ev içi faaliyetler (Erkek) (n=102)*								Kaygı (n=102)*								Cinsellik (n=102)*								
	Normal		Hafif		Orta		Ciddi		Normal		Hafif		Orta		Ciddi		Normal		Hafif		Orta		Ciddi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Evde Yalnız	4	50,0	0	0,0	1	12,5	3	37,5	2	25,0	2	25,0	3	37,5	1	12,5	5	62,5	0	0,0	0	0,0	3	37,5
	Eşimle	16	45,7	0	0,0	3	8,6	16	45,7	1	2,9	12	34,3	14	40,0	8	22,9	13	37,1	6	17,1	2	5,7	14	40,0
	Eşim ve çocuklar	16	39,0	2	4,9	6	14,6	17	41,5	2	4,9	14	34,1	13	31,7	12	29,3	16	39,0	5	12,2	0	0,0	20	48,8
	Diğer aile üyeleri	13	72,2	0	0,0	3	16,7	2	11,1	1	5,6	4	22,2	4	22,2	9	50,0	14	77,8	1	5,6	0	0,0	3	16,7
	X ^{2*}					10,998								9,513								12,918			
p					0,208								0,353								0,105				
NYHA Sınıflama	Sınıf 2	20	51,3	1	2,6	6	15,4	12	30,8	3	7,7	20	51,3	10	25,6	6	15,4	22	56,4	6	15,4	0	0,0	11	28,2
	Sınıf 3	14	56,0	1	4,0	2	8,0	8	32,0	1	4,0	4	16,0	14	56,0	6	24,0	13	52,0	3	12,0	1	4,0	8	32,0
	Sınıf 4	15	39,5	0	0,0	5	13,2	18	47,4	2	5,3	8	21,1	9	23,7	19	50,0	13	34,2	3	7,9	1	2,6	21	55,3
	X ^{2*}					4,852								20,493								8,864			
	p					0,554								0,001								0,141			
Ejeksiyon Fraksiyonu	≤40	24	42,1	1	1,8	3	5,3	29	50,9	3	5,3	14	24,6	19	33,3	21	36,8	23	40,4	1	1,8	1	1,8	32	56,1
	40≤EF≤49	14	50,0	0	0,0	7	25,0	7	25,0	3	10,7	11	39,3	9	32,1	5	17,9	13	46,4	7	25,0	1	3,6	7	25,0
	50≤	11	64,7	1	5,9	3	17,6	2	11,8	0	0,0	7	41,2	6	35,3	4	23,5	12	70,6	4	23,5	0	0,0	1	5,9
	X ^{2*}					16,591								6,215								26,638			
	p					0,004								0,381								0,000			

n sayısı, cevap veren hasta sayısına göre değişmektedir. X^{2}: Fisher's Kesin Ki-Kare Test Değeri

CLASP ölçeği ev içi faaliyetler(erkek) ($X^2=16,591$, $p=0,004$) ve cinsellik ($X^2=26,638$, $p=0,000$) skorunun ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımları ve kaygı skorunun hastaların NYHA sınıfına göre dağılımları ($X^2=20,493$, $p=0,001$) arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş olup diğer skorların birlikte yaşanan kişiler, NYHA sınıfı ve ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımları benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.1.13. SF-36 Yaşam Kalitesi Skorlarının Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı-1

Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Rol Güç Fiziksel Fonksiyon	Emosyonel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Mental Sağlık	Zindelik	Ağrı	Genel Sağlık
	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$
Cinsiyet								
Erkek (n=56)	25,27±25,86	23,66±41,13	25,00±41,32	41,96±28,75	50,71±19,07	32,86±25,21	54,18±30,39	39,09±22,29
Kadın (n=46)	8,04±16,45	5,98±20,21	5,80±22,56	22,01±22,54	46,17±22,90	18,37±16,30	35,54±29,62	28,17±19,13
Test istatistiği	U: 696,000	U: 1044,500	U: 982,500	U:746,000	t: 1,093	U:857,500	t: 3,117	2,621
p	p=0,000	p=0,020	p=0,003	p=0,000	p=0,277	p=0,004	p= 0,002	0,010
Medeni durum								
Evli (n=89)	19,04±24,58	17,97±36,53	18,72±37,25	34,83±28,73	48,44±20,72	27,30±22,73	45,05±31,06	34,41±21,78
Bekâr (n=13)	6,92±11,46	0,0±0,0	0,0±0,0	20,19±16,56	50,15±22,89	19,61±22,40	50,69±33,88	32,46±20,36
Test istatistiği	U: 404,000	U: 442,000	U: 448,500	U: 417,500	t: -0,273	U: 444,000	t: -0,604	t: -0,304
p	p=0,069	p=0,052	p=0,059	p=0,101	p=0,785	p=0,175	p=0,547	p=0,761
Öğrenim durumu								
Okuryazar değil (n=39)	6,03±10,08	4,49±17,08	3,42±16,75	22,44±25,03	43,38±22,00	16,03±14,96	35,46±28,74	26,44±15,69
Okuryazar-İlkokul (n:=45)	22,33±23,03	22,78±40,18	20,74±39,11	38,89±26,41	51,20±19,48	29,56±23,76	51,49±31,33	37,04±23,23
Ortaokul-lise (n=9)	24,44±31,67	11,11±33,33	29,63±45,47	38,89±37,21	55,56±27,89	37,22±30,93	44,78±32,95	40,00±28,77
Üniversite ve üzeri (n:=9)	36,11±37,90	33,33±50,00	37,04±48,43	43,06±26,60	52,00±10,76	43,89±18,50	62,89±30,64	47,44±17,61
Test istatistiği	X ² =17,247	X ² =6,553	X ² =10,553	X ² =10,714	F: 1,473	X ² =16,111	F: 2,973	F: 3,558
p	p=0,001	p=0,088	p=0,014	p=0,013	p=0,227	p=0,001	p=0,035	p= 0,017

*p<0,05, F: Anova Testi, X²: Kruskal Wallis testi

**p<0,05, t: Student t testi, U: Mann Whitney U testi

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık hariç tüm alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımı anlamlı farklı bulunmuş olup (p<0,05) skorların tümü erkeklerde daha yüksektir. Skorların tümünün medeni duruma göre dağılımı benzer bulunmuştur (p>0,05).

Mental sağlık skoru hariç olmak üzere skorların tümünün eğitim durumuna göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklıdır (p>0,05). Post hoc (LSD: Least Significance Difference) analiz sonuçlarına göre farkın kaynağının okuryazar olmayan grup olduğu, bu grubun puanlarının tüm skorlar bakımından en düşük düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Okuryazar olmayan grup ile orta lise grubunun ağrı, genel sağlık, rol güç ve sosyal fonksiyon skorlarının ortalamaları ise benzer dağılım göstermiştir (p>0,05).

Tablo 4.1.14. SF-36 Yaşam Kalitesi Skorlarının Hastaların Bazı Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı-2

Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güç	Emosyonel Rol	Sosyal Fonksiyon	Mental Sağlık	Zindelik	Ağrı	Genel Sağlık
	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$
Birlikte Yaşadığı Kişiler								
Evde Yalnız (n=8)	12,50±14,14	0,00±0,00	0,00±0,00	32,81±13,25	59,50±14,09	32,50±23,90	51,37±28,71	35,62±13,47
Eşimle (n=35)	16,00±16,92	11,42±28,66	10,47±26,53	36,78±26,93	47,31±18,99	29,00±23,38	49,65±30,86	35,85±18,93
Eşim ve çocuklar(n=41)	24,26±30,69	26,82±43,08	28,45±45,06	37,80±30,16	51,60±22,35	26,34±24,44	50,12±32,22	40,36±24,26
Diğer aile üyeleri(n=18)	7,22±14,47	5,55±23,57	7,40±24,40	14,58±22,38	39,77±21,27	18,33±15,33	25,83±25,02	16,11±11,44
Test istatistiği	$X^2=3,352$	$X^2=7,670$	$X^2=5,338$	$X^2=7,074$	F: 2,196	$X^2=6,898$	F: 3,150	F: 6,295
p	p=0,302	p=0,053	p=0,149	p=0,070	p=0,093	p=0,075	p=0,028	p=0,001
NYHA Sınıflaması								
Sınıf 2 (n=39)	32,56±28,92	28,84±43,50	37,60±45,35	48,71±28,21	60,92±16,35	40,51±24,00	63,56±26,19	49,56±20,25
Sınıf 3 (n=25)	15,20±15,51	13,00±33,16	8,00±27,68	39,00±21,74	50,72±17,23	26,00±17,96	40,00±23,83	32,24±13,65
Sınıf 4 (n=38)	3,55±8,21	3,94±16,97	0,00±0,00	12,82±17,06	34,73±19,10	11,97±13,63	31,31±32,14	19,63±15,91
Test istatistiği	$X^2=36,986$	$X^2=10,077$	$X^2=27,713$	$X^2=35,297$	F: 21,440	$X^2=33,829$	F: 13,414	F: 29,214
p	p=0,000	p=0,006	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Ejeksiyon-Fraksiyon								
≤40 (n=57)	12,72±17,19	10,09±28,68	7,02±25,77	28,07±28,28	46,46±21,97	18,86±20,46	40,65±34,35	28,70±20,95
40≤EF≤49 (n=28)	21,79±25,28	17,86±35,91	27,38±41,63	34,82±26,43	49,71±20,73	36,25±24,74	49,50±26,70	40,54±22,31
50≤ (n=17)	26,47±33,44	30,88±46,38	29,41±43,91	46,32±25,30	54,35±17,03	35,00±17,68	56,82±24,69	42,00±17,48
Test istatistiği	$X^2=4,177$	$X^2=4,378$	$X^2=11,913$	$X^2=6,852$	F: 0,983	$X^2=18,401$	F: 2,062	F: 4,477
p	p=0,124	p=0,112	p=0,003	p=0,033	p=0,378	p=0,000	p=0,133	p=0,014

*p<0,05, F: Anova Testi, X^2 : Kruskal Wallis testi

Ölçeğin alt boyut skorlarından ağrı (p=0,028) ve genel sağlık skorlarının (p=0,001) birlikte yaşanan kişilere göre dağılımları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Post hoc analizler için yapılan Mann Whitney U testleri sonucunda farkın kaynağının diğer aile üyeleri grubu olduğu, bu grubun ortalamalarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı.

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut skorlarının NYHA sınıflamasına göre dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan post-hoc analizde sınıf düzeyi arttıkça skorların anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır. Ölçeğin emosyonel rol ($p=0,003$), sosyal fonksiyon ($p=0,033$), zindelik ($p=0,000$) ve genel sağlık ($p=0,014$) alt boyut skorlarının ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın kaynağının ejeksiyon fraksiyonu 40'in altında olan gruptan kaynaklandığı bu grubun ortalamalarının anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Sadece ejeksiyon fraksiyonu 40'in altında olan grup ile 40-49 arasında olan grubun sosyal fonksiyon skorları istatistiksel olarak benzer bulundu (Tablo 4.1.14).



Tablo 4.1.15. SF-36 Yaşam Kalitesi Skorlarının Hastaların Bazı Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı-3

Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güç	Emosyonel Rol	Sosyal Fonksiyon	Mental Sağlık	Zindelik	Ağrı	Genel Sağlık
	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$
BKI (kg/m²)								
18.5-24,9 kg/m ² (n=26)	26,46±32,82	28,13±43,18	29,17±43,20	44,79±30,38	54,00±19,95	34,58±27,46	52,92±31,61	43,63±22,34
25-29,9 kg/ m ² (n=28)	20,89±24,61	16,07±36,14	16,67±36,85	33,93±32,07	50,14±21,24	29,82±25,69	54,89±31,43	35,50±21,44
30-34,9 kg/ m ² (n=28)	12,32±17,77	12,50±31,55	10,71±31,50	28,13±22,21	46,57±18,71	21,79±16,51	38,36±26,63	30,21±19,71
35-39,9 kg/ m ² (n=13)	10,77±11,70	9,62±28,02	12,82±32,03	21,15±21,28	44,00±26,33	21,15±19,06	37,46±32,47	33,77±21,96
40 ve üstü kg/ m ² (n=5)	14,00±11,40	0,00±0,00	0,00±0,00	35,00±20,54	45,60±12,84	15,00±13,69	39,00±39,38	21,80±13,39
Test istatistiği	X ² =6,099	X ² =6,818	X ² =7,101	X ² =7,336	F: 0,674	X ² =5,461	F: 1,620	F: 2,441
p	p=0,297	p=0,235	p=0,213	p=0,197	p=0,644	p=0,362	p=0,162	p=0,040
Tanı Süresi								
1-4 Yıl (n=33)	21,81±32,20	26,51±42,82	22,22±41,38	31,06±28,66	50,90±18,71	29,09±24,25	41,03±32,49	39,15±24,13
5-9 Yıl (n=43)	13,25±16,50	7,55±25,89	10,07±27,73	35,75±27,49	49,58±21,70	25,81±23,06	47,65±26,99	34,27±17,66
10-14 Yıl (n=10)	6,00±11,97	2,5±7,9	0,00±0,00	15,00±20,24	36,00±24,29	12,00±10,59	21,10±21,93	15,50±13,83
15 Yıl ve üzeri (n=16)	27,18±20,49	23,43±40,27	31,25±44,66	40,62±28,32	49,50±20,01	30,93±22,15	65,93±33,50	35,25±24,50
Test istatistiği	X ² =8,067	X ² =8,427	X ² =7,010	X ² =5,75	F: 1,403	X ² =5,815	F: 5,149	F: 3,326
p	p=0,045	p=0,038	p=0,072	p=0,166	p=0,246	p=0,121	p=0,002	p=0,023
Çalışma Durumu								
Çalışıyorum (n=11)	42,27±27,42	54,55±52,22	54,55±52,22	59,09±27,44	58,55±18,70	50,91±19,08	62,36±31,86	49,55±24,68
Çalışmıyorum (n=91)	14,51±21,44	10,99±28,92	11,72±29,97	29,81±26,34	47,47±20,93	23,35±21,37	43,77±30,82	32,31±20,49
Test istatistiği	U: 203,000	U: 289,000	U: 286,500	U: 219,500	t: 1,674	U: 164,500	t: 1,883	t: 2,578
p	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,002	p=0,097	p=0,000	p=0,263	p=0,011

*p<0,05, F: Anova Testi, X²: Kruskal Wallis testi

**p<0,05, t: Student t testi, U: Mann Whitney U testi

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık skorları (p=0,040) hariç tüm alt boyut skorlarının BKİ'ne göre dağılımları anlamlı farklı bulunmuştur (p<0,05). Yine ölçeğin alt boyutlarından mental sağlık (p=0,097) ve ağrı (p=0,263) skorları hariç çalışma durumuna göre tüm alt boyutlarında anlamlı olarak farklı bulunmuş olup farkın kaynağının çalışmayan grup olarak görülmektedir (p<0,05).

SF-36 Yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ($p=0,045$), rol güç ($p=0,038$), ağrı ($p=0,002$) ve genel sağlık ($p=0,023$) skorlarının tanı süresine göre dağılımları arasında anlamlı bir fark saptandı. Farkın kaynağını belirlemek üzere yapılan post-hoc analizde (LSD) farkın kaynağını fiziksel fonksiyon, rol güç, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarının farkın 15 yıl üstü tanı süresi almış gruptan kaynaklandığı bu grubun puanlarının diğer tanı gruplarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.1.15).



Tablo 4.1.16. CLASP ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

CLASP SF-36		Göğüs	Solunum	Bilek	Yorgunluk	Fiziksel ve	Ev içi	Ev içi	Kaygı	Cinsellik
		Ağrısı	yetersizliği	şişliği		Sosyal	faaliyetler	faaliyetler		
						Fonksiyonlar	(kadın)	(erkek)		
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,256	-0,279	-0,406	-0,474	-0,441	-0,337	-0,064	-0,447	-0,159
	p	0,010*	0,005**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,525	0,000**	0,110
	n	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Fiziksel Rol Güç	r	-0,182	-0,227	-0,286	-0,348	-0,445	-0,173	-0,103	-0,233	-0,057
	p	0,067	0,022*	0,004**	0,000**	0,000**	0,082	0,302	0,019*	0,566
	n	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Emosyonel Fonksiyon	r	-0,249	-0,416	-0,350	-0,522	-0,435	-0,310	-0,154	-0,362	-0,155
	p	0,012*	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,002**	0,121	0,000**	0,119
	n	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Sosyal Fonksiyon	r	-0,371	-0,373	-0,310	-0,505	-0,318	-0,185	0,037	-0,413	-0,123
	p	0,000**	0,000**	0,002**	0,000**	0,001**	0,063	0,714	0,000**	0,216
	n	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Mental Sağlık	r	-0,348	-0,340	-0,202	-0,372	-0,106	-0,071	-0,011	-0,318	-0,115
	p	0,000**	0,000**	0,042*	0,000**	0,287	0,480	0,915	0,001**	0,248
	n	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Zindelik	r	-0,342	-0,447	-0,293	-0,645	-0,378	-0,194	-0,101	-0,525	-0,158
	p	0,000**	0,000**	0,003**	0,000**	0,000**	0,051	0,314	0,000**	0,113
	n	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Ağrı	r	-0,346	-0,271	-0,375	-0,442	-0,128	-0,111	0,150	-0,523	0,085
	p	0,000**	0,006**	0,000**	0,000**	0,199	0,268	0,132	0,000**	0,394
	n	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Genel Sağlık	r	-0,364	-0,450	-0,394	-0,558	-0,339	-0,135	0,007	-0,447	-0,077
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,176	0,942	0,000**	0,442
	n	102	102	102	102	102	102	102	102	102

r: Spearman korelasyon katsayısı, n: kişi sayısı

** Korelasyon katsayısı 0,01 düzeyinde anlamlı

* Korelasyon katsayısı 0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.1.16’da hastaların CLASP ölçeğinden aldıkları puanlar ile SF-36 alt boyut skorları arasındaki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları görülmektedir. CLASP ölçeğinin göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk ve kaygı skorları ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut skorları arasında anlamlı negatif yönlü korelasyon saptanmıştır. İlişkinin gücü mental sağlık skoru ile bilek şişliği arasında zayıf düzeydedir ($r=-0,202$, $p=0,042$). Benzer şekilde ilişkinin gücü fiziksel rol güclüğü ile kaygı skorları arasında da zayıf şiddette ($r=-0,233$, $p=0,019$) ilişki tespit edilmiştir. Emosyonel fonksiyon ($r=-0,522$, $p=0,000$), sosyal fonksiyon ($r=-0,505$, $p=0,000$), zindelik ($r=-0,645$, $p=0,000$) ve genel sağlık ($r=-0,558$, $p=0,000$) skorları ile yorgunluk skoru arasında güçlü şiddette ilişki tespit edilmiştir. Zindelik ($r=-0,525$, $p=0,000$) ve ağrı skorları ($r=-0,523$, $p=0,000$) ile kaygı skorları arasında da güçlü korelasyon saptanmıştır. CLASP ölçeğinin diğer alt boyut skorları ile Sf-36 alt boyut skorları arasındaki anlamlı negatif korelasyon ilişkisinin gücü ise orta düzeydedir ($r=-0,250-0,500$, $p<0,05$). Değerlerin tümü Sf-36 yaşam kalitesi skorlarının artmasına bağlı olarak düşmektedir.

5. TARTIŞMA

Konjestif kalp yetersizliği olan hastaların; fiziksel, zihinsel, sosyal özelliklerini ve genel refah algılarını tüm yönleriyle etkiler. Konjestif kalp yetersizliği olan hastalarda modern tedaviler yaşam beklentisini, semptomları, fonksiyonel yetenekleri ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini arttırmaya odaklıdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri de, iyileşme ve klinik karar verme sürecinde primer sonuçları değerlendirebilmek ayrıca tedavi sürecinin faydalarını takip edebilmek için kullanılmaktadır (Özcanlı, 2012).

CLASP çoğu alt boyutu ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut skorları arasında anlamlı negatif yönlü korelasyon saptanmıştır. İlişkinin gücü sadece iki alt boyutta zayıf olup çoğu için orta veya güçlü düzeydedir. Semptom şiddetini ve kısıtlılık durumunu yansıtan CLASP sonuçları ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut skorları arasında negatif ilişki, bulunması beklenen bir durumdur. Kısıtlılık ve semptom düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanları düşmektedir. Konjestif kalp yetersizliği olan hastaların göğüs ağrısı, dispne, distansiyon, alt ve üst ekstremitelerde ödem, yorgunluk, halsizlik, depresyon ve emosyonel semptomlar deneyimlediği, hastalarda görülen bu semptomların hastaların günlük yaşam aktivitelerini fiziksel ve sosyal olarak sınırlandırdığı ve yaşam kalitesini bozduğu belirtilmektedir (Efe, 2011). Bu çalışmada hastaların kısıtlılık ve semptomlarının düzeyine genel olarak bakıldığında; ciddi düzeyde göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk, fiziksel ve sosyal fonksiyonlar yaşamakta oldukları saptandı. Hastaların; kadınlara ve erkeklere özgü ev içi faaliyetlerinde ve cinsellik skoruna göre normal düzeyde kısıtlılık yaşadıkları, kaygı düzeylerinin orta derecede olduğu belirlendi. Kalp yetersizliği olan hastalar ile CLASP ölçeği kullanılarak yürütölmüş çalışma bulunmamasından dolayı veriler tartışılmamıştır. Çalışma bulgularımızın daha sonraki çalışmalarda kullanılmak üzere önemli bir veri kaynağı olduğunu düşünmekteyiz.

Bu çalışmada SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut skorlarının NYHA sınıflamasına göre dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmuş olup tüm alt boyut skorlarında sınıf arttıkça puan ortalamalarında azalma göröldüğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, NYHA fonksiyonel sınıfı arttıkça hastaların semptomları yönetmede zorlandıkları ve hastalığa uyumlarının ve olumlu sağlık davranışlarının azaldığı saptanmıştır (Akın ve Durna, 2006). Bulgularımız literatür ile benzerdir.

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde erkeklerin mental sağlık hariç tüm skorlarının kadınlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Zengin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada demografik özelliklerden yaş dağılımı, medeni ve maddi duruma göre toplam yaşam kalitesi ve alt boyut puanları incelendiğinde anlamlı fark görülmezken, cinsiyete ve çalışma durumuna göre anlamlı fark görüldüğü belirtilmiştir. Erkeklerin kadınlardan, çalışanların çalışmayanlardan tüm ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark yaratacak şekilde daha düşük bulunduğu ifade edilmiştir. Özen (2011)'in yaptığı çalışmada, sosyal fonksiyon alt boyutunda erkeklerin yaşam kalitesi yüksek iken, mental sağlık ve zindelik alt boyutlarında kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuş, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları ile SF-36 toplam puan ve kalp yetersizliği sağlık davranışlarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamakla birlikte kadın hastaların erkeklerden daha yüksek puan aldığı; ağrı alt boyutunda ise erkeklerin puanlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Kalp yetersizliği olan kadın ve erkeklerde yaşam kalitesinin farklı düzeylerde etkilendiği bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda kadınların, bazı çalışmalarda ise erkeklerin yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği vurgulanmaktadır. Çalışmamızda ise, kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha kötü olduğu görülmektedir. Zengin ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmanın sonuçları bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Kalp yetersizliği olan kadın ve erkeklerde yaşam kalitesinin farklı düzeylerde etkilenmesinin nedeni yaşam kalitesi ölçeklerinin farklı sosyokültürel düzeylerdeki hastalara uygulanması olabilir. Sonuçlarımız bazı çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu çalışmada örnekleme sadece NYHA sınıfı 2 ve üstü grupta yer alan hastaların kabul edilmiş olmasının sonuçların farklı olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, okuryazar olmayan grubunun puanlarının mental sağlık skoru hariç tüm skorlar bakımından en düşük düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Okuryazar olmayan grup ile orta lise grubunun ağrı, genel sağlık, rol güç ve sosyal fonksiyon skorlarının ortalamalarının ise benzer dağılım gösterdiği bulunmuştur. Zengin ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında eğitim durumuna göre total yaşam kalitesi ve emosyonel alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında anlamlı fark görüldüğü, eğitim durumu iyi olanların fiziksel fonksiyon olarak daha iyi olduğu belirtilmiştir (Zengin ve ark., 2012). Özen (2011)'in yaptığı çalışmada fiziksel fonksiyon alt boyutunda ortaöğretim mezunlarının yaşam kalitesi en yüksek iken, zindelik, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarında

yükseköğrenim mezunlarının yaşam kalitelerinin en yüksek olduğu belirtilmiştir. Sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada SF-36 ölçeğinin alt boyutlarından mental sağlık ve ağrı skorları hariç çalışma durumuna göre tüm alt boyutlarda anlamlı olarak farklılık bulunmuş olup farkın kaynağının çalışmayan grup olduğu anlaşılmıştır. Zengin ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) çalışanların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirtilmiştir. Özen (2011)'in yaptığı çalışmada çalışma durumlarına göre; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, zindelik ve geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık saptanmıştır. Skorlar çalışan grupta yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada SF-36 yaşam kalitesi ölçek skorlarının genel olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Özen (2011) çalışmasında; sosyal fonksiyon, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanlarının; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, zindelik, ağrı alt boyut puanlarından düşük olduğu saptanmıştır. SF-36 toplam puanına bakıldığında ise sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Sonuçlar arasındaki fark örneklem özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Nitekim bu çalışmada örnekleme alınan hastaların tümü NYHA sınıf 2 ve üstü olup semptomatik olan hastalar ele alınmıştır.

Bu çalışmada konjestif kalp yetersizliği olan hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut skorlarının NYHA sınıflamasına göre dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Skorların tümü hastaların NYHA sınıf yükseldikçe düşmekteydi. Özer' in (2002) çalışmasında yaşam kalitesi puanları en yüksek NYHA 1, en düşük NYHA 4 olduğu saptanmıştır (Özen, 2011). Zambroski ve arkadaşlarının çalışmalarında semptom prevalansı ve semptom yükünün kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesi üzerine büyük etkisinin olduğu bulunmuştur (Zambroski, 2004). Karapolat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada NYHA fonksiyonel sınıfı kötüleştikçe SF-36 parametreleri de kötüleşmektedir, fakat anlamlı ilişki sadece NYHA fonksiyonel sınıf ile SF-36' nın sosyal fonksiyon parametresinde saptanmıştır (Karapolat, 2006). NYHA sınıfı arttıkça semptom sayısı ve şiddeti doğal olarak artmakta bu ise yaşam kalitesini düşürmektedir. Sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada emosyonel rol, sosyal fonksiyon, zindelik ve genel sağlık alt boyut skorlarının ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Ejeksiyon fraksiyonu %40'ın altında olan grubun yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğu saptandı. Sadece sosyal fonksiyon skorlarının ejeksiyon fraksiyonuna göre dağılımı 40 altı grup ile 40-49 grubu arasında benzerdi. zen (2011)'in yaptığı çalışma fiziksel rol gçlüğu, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik, fiziksel fonksiyon, zindelik, genel sağlık alt boyutları ile SF-36 toplam skorunun hastaların ejeksiyon fraksiyonu azaldıkça dştğu belirtilmiştir. Ejeksiyon fraksiyonu azaldıkça, kalp debisinin düşmesi, ödem, dispne gibi şikâyetlerin artmasına bağlı olarak yaşam kalitesini düşürmektedir. zen'in çalışması bulgularımızı desteklemektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak bu çalışmada;

- ✓ Hastaların; göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, bilek şişliği, yorgunluk ve fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ciddi düzeyde, kadınlara ve erkeklere özgü ev içi faaliyetlerinde ve cinsellik skoruna göre normal düzeyde kısıtlılık yaşadıkları, kaygı düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu belirlendi.
- ✓ CLASP çoğu alt boyutu ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut skorları arasında anlamlı çoğu orta veya güçlü şiddette olmak üzere negatif yönlü korelasyon saptandı.
- ✓ SF-36 yaşam kalitesi skorlarının genel olarak düşük olduğu saptandı.
- ✓ Skorlar genel olarak kadınlarda daha düşüktü.
- ✓ NYHA sınıfı yükseldikçe yaşam kalitesi skorları düşmekte ve kısıtlılık ve semptom skorları artmakta olup NYHA sınıfının önemli bir fonksiyonel gösterge olduğu anlaşıldı.

Elde edilen bulgular doğrultusunda;

- ✓ Kalp yetersizliği olan hastaların yaşadıkları semptomların belirlenerek her birisi için ayrı bakım planlamasının yapılması,
- ✓ Kalp yetersizliği olan hastalar için yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim programların ve girişimlerin planlanması,
- ✓ Semptomlar ve kısıtlılık düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki negatif korelasyon ile ilişkili olarak sağlık çalışanlarının kalp yetersizliği olan hastalarda semptom kontrolüne önem vermeleri,
- ✓ Kalp yetersizliği olan kadın hastalara yönelik derinlemesine araştırmaların planlanması,
- ✓ Hastaların fonksiyonel kapasitesinin belirlenmesi ve ifade edilmesinde NYHA sınıflamasının kullanılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Akbıyık, G., Enç, N. (2016). Kalp yetersizliği öz bakımında bakım veren katkısı ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14):169-177.

Akdeniz, Ş. (2013). Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 10(2):1-8.

Akıncı, A.Ç., Zengin, N., Buğu, Y., (2014). Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2):52-61.

Aktoz, M. (2010). Poliklinikte kalp yetersizliği hastası takibi ve tedavisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1):57-62.

Alkan, H.Ö. (2014). Kalp yetersizliğinde hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(7):32-40.

Alkan, S., Nural, N. (2017). Kalp yetersizliğinde tekrarlı yatışlar önenebilir mi?, *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 8(16):28-34.

Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C., Yıldız Z. (2009). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Kardiyol Derneği Araştırması*, 37(1):35-40.

Bağdathı, C. (2012). Kalp yetersizliği hastalarında pozisyon değişikliğinin periferik oksijen saturasyon düzeyine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Bakan, G. (2013). Kalp yetersizliği olan hastaların yaşam deneyimleri. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Barutcu, C.D., (2011). Kalp yetersizliği olan hastalarda sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Catapano, A.L., Graham, I., De Backer, G., Wiklund, O., Chapman, M.J., Drexel, H., et al. (2016). ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Euro Heart Journal*, 37:2999–3058.

Chronic heart failure in adults: management, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg108>, Erişim Tarihi: 20.05.2018.

Çınar, N., Altınkaynak N. (2014). Çocukluk çağında konjestif kalp yetmezliği ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3): 28-33

Değertekin, M., Erol, Ç., Ergene, O., Tokgözoğlu, L., Aksoy, M., Erol, M.K. ve ark. (2012). Türkiye’deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: Happy Çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 40(4):298-308.

Dunlay, S.M., Manemann, S.M., Chamberlain, A.M., Cheville, A.L., Jiang, R., Weston, S. A. (2015). Activities of daily living and outcomes in heart failure, *Circ Heart Fail*, 8:261–267.

Durna, Z. (2013). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Akademi basımevi, 219-229.

Efe, F. (2010). Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşirelik eğitiminin etkisi. Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Efe, F., Olgun, N., (2011). Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 1-3.

Enç, N., Alkan, H.Ö. (2012). Kronik kalp yetersizliğinde ilaçların güvenli kullanımı. *Türk Kardiyol Derneği, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(4):101-109.

Giamouzis G., Kalogeropoulos A., Georgiopoulou V., et al. (2011). Hospitalization epidemic in patients with heart failure: risk factors, risk prediction, knowledge gaps, and future directions. *J Card Fail*, 17:54–75.

Gürsor, E. (2014). Düşük ejeksiyon fraksiyonlu ($ef \leq \% 35$) stabil kalp yetmezliği hastalarında 6 dakika yürüme testi mesafesi ve new york kalp cemiyeti fonksiyonel sınıflaması korelasyonu. Tıpta Uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Kara, A. (2011). Kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışları ile hastaneye yeniden yatışları arasındaki ilişki. Yüksek lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.

Karapolat, H., Durmaz, B., Nalbantgil, S., Durmaz, I. (2006). Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum. Anadolu Kardiyol Dergisi, 6(3):27-32.

Kavradım, S.T., Özer, Z.C. (2013). Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerde semptom yönetimi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 4(6):1-14.

Kaya, G., Sarıtaş, S.Ç., (2016). Kalp yetersizliği bulunan hastalarda semptom kontrolünde egzersizin önemi. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(13):75-87.

Kepez, A., Kabakcı, G. (2004). Kalp yetersizliği tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi, 35:69–81.

Kılıç, B., Çiçek, H.S., Akbayrak, N., Bağcivan, N. (2016). Kalp yetersizliği olan birey ve yakınlarının evde bakım hizmetleri hakkındaki görüş ve beklentilerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 5(1):33-41.

Kupper, N., Banhof C., Westerhuis, B., Widdershoven, J., Denollet, J. (2015). Determinants of dyspnea in chronic heart failure (kronik kalp yetmezliğinde dispne belirleyiciler). Journal of Cardiac Failure, 22(3):201-209.

McMurray, J.J.V., Adamopoulos, S., Anker S.D., Auricchio A., Böhm M., Dickstein K. (2012). Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 3:77-137.

Mert, H., Barutcu, C.D., (2012). Kalp yetersizliğinde palyatif bakım. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(2):219-224.

Mithal, M., Mann, WC., Stone, JH. (2001). Functional limitation and disability associated with congestive heart failure. Physical&Occupational Therapy in Geriatrics, 8(3):45-56.

Narin, A. (2013). Çoklu Sınıflandırıcı Sistemleri ile Konjestif Kalp Yetmezliği Teşhisi. Yüksek lisans tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak.

Okutucu, S., Kabakcı, G. (2011). Yaşlıda kalp yetersizliği ve tedavisi. Akad Geriatri, 3:117-129.

Onat, A. Can, G., Yüksek, H., Ademoğlu, E. ve ark. (2017). TEKHARF - Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. İstanbul: Logos yayınevi, 9-15.

Onat, A., Büyüköztürk, K., Şansoy, V., Avcı, G.Ş., Çam, N., Akgün, G., ve ark. Koroner Kalp Hastalığı Riski ve Değerlendirilmesi <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604>. (Erişim tarihi: 29.Mayıs 2018).

Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. (2016). Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Yayınevi, 230-243.

Önalın, O. (2004). Kalp Yetersizliği Tedavisinde Anjiyotensin Reseptör Blokerleri. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, 2(1):43-51

Özcanlı, D. (2012). Akut koroner sendromlar sonrası kısıtlılık ve semptomların değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Ankara.

Özen, B. (2011). Sistolik sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı kalp yetersizliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Özer, S. (2002). Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Özer, S. (2010). Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. Türk Kardiyol Derneği. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 1(1):3-7.

Özer, S. (2016). Kalp yetersizliğinde kanıta dayalı bakım uygulamaları. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 7(1):17-25.

Pınar, R. (1995). Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: yaşam kalitesi-bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Hemşirelik Bülteni, 9:85-95.

Sánchez, M.A., Leiro, M.G. C., Galvan, E.T., Navarro, M.J. at. Al (2008). prevalence of heart failure in the Spanish general population aged over 45 years. the price study. Rev Esp Cardiol, 61(10):1041-1049.

Sarı, İ., Çavuşoğlu, Y., Temizhan, A., Yılmaz M.B., Eren, M. ve ark. (2016). Avrupa ve Amerika kalp yetersizliği kılavuz güncellemeleri: yenilikler, benzerlikler, farklılıklar ve netlik kazanmamış konular. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 44(8):625-636.

Sarıtaş, S.Ç. (2010). Kalp yetersizliği olan hastalarda egzersizin dispne ve egzersiz üzerine etkisi. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Sezgin, D., Mert H. (2015). Kalp yetersizliği olan bireylerin hemşirelik bakımında kanıta dayalı yaklaşımlar. DEUHFED, 8(2):108-118.

Şanlıalp, S.Ç. (2016). Konjestif kalp yetmezliği ile kitotriozidaz enzimi arasındaki ilişki. Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

Türk Kardiyoloji Derneği. (2007). Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 2.Baskı. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları; 59-68.

Türk Kardiyoloji Derneği. (2012). <http://www.tkd.org.tr/CG/007/aritmi-calisma-grubu/haber/634/11-mayis-2012>.

Türk Kardiyoloji Derneği. New York Kalp Cemiyeti'nin (NYHA) konjestif kalp yetersizliği sınıflaması https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k05/3_tbl2.htm, (Erişim Tarihi: 23.07.2018).

Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye'de kalp yetersizliği yol haritası kalp yetersizliğinin ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi amacıyla geliştirilebilecek politikalara ilişkin öneriler. https://www.tkd.org.tr/cg/007/KYYolHaritas%C4%B1_151117.pdf. Erişim Tarihi:15.04.2018.

Türkoğlu, İ. (2010). Diüretikler kalp yetersizliği tedavisinin olmazsa olmazı mıdır? <http://www.kvakademi.org/giris/KPDData/userfiles/file/%C4%B0pekyazi.pdf>, (Erişim tarihi:11.07.2018).

Uysal, H. (2012). Kardiyak rehabilitasyon ve hemşirenin sorumlulukları. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 3(3):49-59.

Uysal, H., Enç N. (2012). Kronik kalp yetersizliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 3(3):33-38.

Uzun, M. (2016). Kardiyovasküler sistem ve egzersiz. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(2):48-53.

Uzunhasanoğlu, Z. (2013). Minnesota kalp yetmezliği ile yaşam anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Witte, K.K., Clark, A.L. (2007). Why does chronic heart failure cause breathlessness and fatigue. Progress in Cardiovascular Diseases, 49(5): 366-384.

Yardan, T., Baydın, A., Demircan, S., Aygün, D., Doğanay, Z. (2004). B-Tipi natriüretik peptidin kalp yetersizliğindeki yeri. O.M.U. Tıp Dergisi, 21(4):188-194.

Zengin, N., Ören, B., Yıldız, H., Çil, A. (2012). Kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 16(2):41-48.

Ziaieian B., Fonarow G.C. (2016). The prevention of hospital readmissions in heart failure. Prog Cardiovasc Dis, 58:379–85.

Zile M.R., Baicu C.F., Gaasch W.H. Carroll J.D. et al. (2001). Heart failure with a normal ejection fraction: is measurement of diastolic function necessary to make the diagnosis of diastolic heart failure, Circulation, 104(7):779-782.

Zoghı, M. (2011). Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Gelişim, 24:1-5.

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

8. EKLER



EK-1 Hasta Tanıtım Formu

Adı Soyadı:

Tarih:

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

3. Eğitim durumu: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlköğretim

4. Ortaöğretim 5. Üniversite ve üstü

4. Medeni Durum: 1. Evli 2. Bekâr

5. Sosyal Güvencesi var mı? 1. Evet 2. Hayır

6. Mesleğiniz 1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Emekli

4. Memur 5. Serbest 6. Diğer

7. Çalışma Durumunuz Nedir?

1. Tam Gün Çalışıyorum (8-12 saat)
 2. Yarım Gün ya da Belli Saatlerde Çalışıyorum
 3. Çalışmıyorum

8. Birlikte Yaşadığınız Kişiler?

1. Evde Yalnız 2. Eşimle
 3. Eşim ve Çocuklar 4. Diğer Aile Üyeleri

9. Boy:..... Kilo:..... BKİ;.....

10. Sigara Kullanımı:

1. Kullanıyorum miktar (adet/gün)...../süre (yıl)..... 2. Bıraktım miktar (adet/gün)...../süre (yıl)... (ne kadar süre önce bıraktınız) 3. Hiç kullanmadım

11. Alkol kullanımı:

1. Kullanıyorum miktar (kadeh/gün)...../süre (yıl)..... 2. Bıraktım miktar (kadeh/gün)...../süre (yıl)... (ne kadar süre önce bırakmadan önce) 3. Hiç kullanmadım

12. Ne Kadar Zamandır Konjestif Kalp yetersizliği Hastasıınız?.....ay/yıl

13. NHYA Fonksiyonel sınıflaması: Sınıf 2 Sınıf 3 Sınıf 4

14. Eşlik eden başka kronik hastalığınız var mı ? 1. Yok 2. Var ise 3.....

15. Ejeksiyon Fraksiyonu (EF): %

16. Kontrollerinize düzenli olarak gider misiniz?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Hiçbir Zaman

17. İlaçlarınızı düzenli kullanır mısınız?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Hiçbir Zaman

18. Diyet programınıza uyuyor musunuz?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Hiçbir Zaman

19. KKY yönelik egzersiz programınız var mı?

1. Evet
2. Hayır

20. KKY'ne yönelik egzersiz programınıza uyar mısınız?

1. Her Zaman
2. Çoğu Zaman
3. Bazen
4. Hiçbir Zaman

21. Aşağıdaki semptomlardan sizde olanları işaretleyiniz;

- | | | |
|--|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Göğüs ağrısı | 2. <input type="checkbox"/> Nefes darlığı-Dispne | 3. <input type="checkbox"/> Yorgunluk |
| 4. <input type="checkbox"/> Şişme (ödem) | 5. <input type="checkbox"/> Hızlı kilo alma | 6. <input type="checkbox"/> Öksürük |
| 7. <input type="checkbox"/> Çarpıntı | 8. <input type="checkbox"/> Ortopne | 9. <input type="checkbox"/> İştahsızlık |
| 10. <input type="checkbox"/> Geceleri sık idrara çıkma | 11. <input type="checkbox"/> Karın ağrısı | 12. <input type="checkbox"/> Kanlı balgam |
| 13. <input type="checkbox"/> Şişkinlik/distansiyon | 14. <input type="checkbox"/> Halsizlik | 15. <input type="checkbox"/> Diğer..... |

EK-2 Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili (Türkçe CLASP)

Bu ölçek, sizin son 2 haftadaki semptomlarınızı ölçer. Lütfen bütün soruları cevaplayın, eğer sizin durumunuza uymayan sorular olursa boş bırakınız. Lütfen her soruya sadece bir cevap veriniz. Bazen hangi cevabın doğru olduğunu kararlaştırmak zordur, bu durumda lütfen tam olarak doğru değilse bile bir cevap seçiniz. Lütfen seçtiğiniz cevabın karşısındaki kutuyu (o) çarpı (x) ile işaretleyiniz.

1. Son iki haftadır göğüs ağrınız oldu mu?

- Hayır - eğer cevabınız hayır ise lütfen 7. soruya geçiniz
- Evet - eğer cevabınız evet ise lütfen 2 'den 6'ya kadar olan soruları cevaplayınız

2. Son iki haftada ortalama kaç kez göğüs ağrınız oldu?

- Son iki haftadır bir veya iki kere
- Her gün değil ama haftada 2 - 3 kere
- Günde 1 kere
- Günde 2 - 3 kere
- Günde 4 kere veya daha fazla

3. Son 2 haftada ortalama olarak, göğüs ağrısı krizlerinizin şiddeti nasıldı?

- Çoğunlukla hafif
- Çoğunlukla orta düzeyde
- Çoğunlukla ciddi

4. Göğüs ağrısı sizi uykudan uyandırdı mı?

- Asla
- Arada sırada
- Sıklıkla
- Çok sık

5. Göğüs ağrılarınızı göz önüne aldığınızda göre hangisi sizin için geçerlidir?:

- Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte
- Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte
- Günlerim hep kötü geçmekte

6. Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız göğüs ağrılarının şiddeti nasıldı?

- Hafif
- Orta düzeyde
- Ciddi

7. Son 2 haftada nefes darlığınız oldu mu?

Eğer nefes darlığınız sadece yoğun fiziksel aktivite (örn. koşma, merdiven çıkma, spor, egzersiz veya ağır nesnelerin kaldırılması) nedeniyle oluyor ise, HAYIR'ı işaretleyin ve 13. soruya geçin.

- Hayır - lütfen 13. soruya geçin
- Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın

8.Ortalama olarak, son 2 haftada ne sıklıkta nefes darlığınız oldu?

- Son iki hafta içinde bir ya da iki kere
- Her gün değil ama haftada 2-3 kere
- Günde 1 kere
- Günde 2-3 kere
- Günde 4 kere veya daha fazla

9.Nefes darlığı olmadan sırtüstü yatmakta zorluk çektiniz mi?

- Asla
- Biraz
- Orta düzeyde
- Büyük oranda

10.Nefes darlığınızı göz önüne aldığımızda aşağıdakilerden hangisi sizin için geçerlidir?:

- Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte
- Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte
- Günlerim hep kötü geçmekte

11.Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız nefes darlığının şiddeti nasıldı?

- Hafif
- Orta düzeyde
- Ciddi

12.Son 2 haftada yaşadığınız nefes darlığı hayatınızı ne kadar etkiledi?

- Hiç
- Biraz
- Orta düzeyde
- Büyük oranda

13.Son 2 haftada hiç bileğinizde şişme oldu mu?

- Hayır - lütfen 17. soruya geçin
- Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın

14.Bileklerinizdeki şişlik ne kadardı?

- Hafif şişme
- Orta derecede şişme
- Çok şişme

15.Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız bilek şişliğinin şiddeti nasıldı?

- Hafif
- Orta düzeyde
- Ciddi

16.Son 2 haftada yaşadığınız bilek şişliği hayatınızı ne kadar etkiledi?

- Hiç
- Biraz
- Orta derecede
- Büyük oranda

17. Son 2 haftada hiç yorgunluk veya enerji eksikliği yaşadınız mı?

- Hayır - lütfen 21. soruya geçin
- Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın

18.Genel olarak, son 2 haftada kendinizi ne kadar yorgun hissettiniz?

- Biraz yorgundum
- Orta düzeyde yorgundum
- Çok yorgundum
- Aşırı derecede yorgundum

19.Kendinizi günün ne kadarlık kısmında yorgun hissettiniz?

- Yalnızca günün sonunda
- Çoğu günler, en fazla günün bir iki saati
- Yarım gün
- Günün çoğu veya tamamı

20.Son 2 haftada kendinizi ne kadar enerjik hissettiniz?

- Büyük oranda
- Orta düzeyde
- Çok az
- Hiç

21.Son 2 haftada ev dışında ne kadar mesafe yürüyebildiniz?

- Süratli bir şekilde 1,6 km kadar yürüyebildim
- Normal bir hızda 1,6 km kadar yürüyebildim
- 800 m kadar yürüyebildim
- 400 m kadar yürüyebildim
- 90 m kadar yürüyebildim.
- Yalnızca birkaç adım yürüyebildim
- Dışarıda hiç yürüyemedim

22.Son 2 haftada ev dışındaki yürüme hızınız nasıldı?

- Süratli yürüdüğüm zamanlar oldu
- Yaşıma göre normal bir hızda
- Normalden yalnızca bir miktar yavaş
- Yavaşça ve bazen durarak
- Çok yavaşça ve sıklıkla duraklayarak

23.Son 2 haftada dışarıda nasıl yürüyordunuz?

- Bazen süratli
- Yaşıma göre normal bir hızda
- Yavaşça ama duraksamadan
- Çok yavaşça, bir iki kere duraksayarak
- Adım adım, sıkça duraksayarak

24.Son 2 haftada ne kadar kolaylıkla bir şeylere uzanabildiniz ya da eğilebildiniz?

- İstedğim kadar
- İstedğimden bir miktar az
- İstedğimden çok daha az
- İstesem de hiç yapamadım

25.Son 2 haftada düğüne, dansa, restoranta gitmek gibi sosyal aktivitelere ne kadar katıldınız?

- İstedğim kadar
- İstedğimden bir miktar az
- İstedğimden çok daha az
- İstesem de hiç yapamadım

26.Son 2 haftada uzun yürüyüşler, yüzme gibi aktif faaliyetleri ne kadar gerçekleştirdiniz?

- İstedğim kadar
- İstedğimden bir miktar az
- İstedğimden çok daha az
- İstesem de hiç yapamadım

27.Son 2 haftada fiziksel problemleriniz, sizinle aynı evde yaşamayan arkadaşlarınız veya ailenizle görüşmek isteğinize ne kadar engel oldu?

- Hiç olmadı
- Biraz
- Orta düzeyde
- Büyük oranda

28.Son 2 haftada bulaşık yıkamak, toz almak, evi toplamak gibi hafif ev işlerini ne kadar yaptınız?

- İstedğim kadar
- İstedğimden bir miktar az
- İstedğimden çok daha az
- İstesem de hiç yapamadım

- Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok

29.Son 2 haftada süpürmek, pencereleri, yerleri temizlemek gibi ağır ev işlerini ne kadar yaptınız?

- İstediğim kadar
- İstediğimden bir miktar az
- İstediğimden çok daha az
- İstesem de hiç yapamadım
- Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok

30.Son 2 haftada prizleri onarmak, boya yapmak gibi hafif işleri ne kadar yaptınız?

- İstediğim kadar
- İstediğimden bir miktar az
- İstediğimden çok daha az
- Yapmak istesem de hiç yapamadım
- Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok

31.Son 2 haftada dekorasyon, marangozluk gibi ağır işleri ne kadar yaptınız?

- İstediğim kadar
- İstediğimden bir miktar az
- İstediğimden çok daha az
- Her ne kadar yapmak istesem de hiç yapamadım
- Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok

32.Son 2 haftada kalbinizin durumu hakkında endişelendiniz mi?

- Asla
- Biraz
- Orta düzeyde
- Büyük oranda

33.Son 2 haftada kendinizi ailenize bağımlı hissettiniz mi?

- Asla
- Biraz
- Orta düzeyde

- Büyük oranda

34.Son 2 haftada aileniz ile ilgili olarak endişelendiniz mi?

- Asla
- Biraz
- Orta düzeyde
- Büyük oranda

35.Son 2 haftada ne sıklıkta cinsel ilişkiniz oldu?

- İstedğim kadar
- İstedğimden bir miktar az
- İstedğimden çok daha az
- İstesem de hiç yapamadım
- Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok

36.Son 2 haftada, göğüs ağrısı veya nefes darlığına neden olur diye cinsel birliktelikten korktuğunuz oldu mu?

- Asla
- Biraz
- Orta düzeyde
- Cinsel birliktelikte bulunmadım
- Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok

37.Son 2 haftada, cinsel birliktelikte bulunurken yorgunluk, nefes darlığı veya göğüs ağrısından dolayı sorun yaşadınız mı?

- Hiç sorun yaşamadım
- Orta düzeyde
- Büyük oranda
- Cinsel birliktelikte bulunmadım
- Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok

Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili (Türkçe CLASP) skorlama yönergesi

Bu ölçek, sizin son 2 haftadaki semptomlarınızı ölçer. Lütfen bütün soruları cevaplayınız, eğer sizin durumunuza uymayan sorular olursa boş bırakınız. Lütfen her soruya sadece bir cevap veriniz. Bazen hangi cevabın doğru olduğuna karar vermek zor olabilir, bu durumda lütfen size en doğru gelen cevabı seçiniz. Lütfen seçtiğiniz cevabın karşısındaki kutuyu (o) çarpı (x) ile işaretleyiniz.		
1.Son iki haftadır göğüs ağrınız oldu mu? o Hayır - eğer cevabınız hayır ise lütfen 7. soruya geçiniz o Evet - eğer cevabınız evet ise lütfen 2 'den 6'ya kadar olan soruları cevaplayınız		
2. Son iki haftada ortalama kaç kez göğüs ağrınız oldu? o Son iki haftadır bir veya iki kere o Her gün değil ama haftada 2 - 3 kere o Günde 1 kere o Günde 2 - 3 kere o Günde 4 kere veya daha fazla 3. Son 2 haftada ortalama olarak, göğüs ağrısı krizlerinizin şiddeti neydi? o Çoğunlukla hafif o Çoğunlukla orta düzeyde o Çoğunlukla ciddi 4.Göğüs ağrısı sizi uykudan uyandırdı mı? o Asla o Arada sırada o Sıklıkla o Çok sık 5. Göğüs ağrılarınıza göre hangisi sizin için geçerli?: o Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte o Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte o Günlerim hep kötü geçmekte 6. Genel olarak, son 2 haftada yaşadığınız göğüs ağrılarının şiddeti nasıldı? o Hafif o Orta düzeyde o Ciddi	1 2 3 4 4 1 2 3 1 2 3 3 1 2 3 1 2 3	Göğüs Ağrısı 5-15 puan 5-8 hafif 9-12 orta 13-15 ciddi
7.Son 2 haftada nefes darlığınız oldu mu? Eğer nefes darlığınız sadece yoğun fiziksel aktivite (örn. koşma, merdiven çıkma, spor, egzersiz veya ağır nesnelere kaldırılması) nedeniyle oluyor ise, HAYIR'ı işaretleyin ve 13. soruya geçin. o Hayır - lütfen 13. soruya geçin o Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın		

<p>8.Ortalama olarak, son 2 haftada ne sıklıkta nefes darlığınız oldu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Son iki hafta içinde bir ya da iki kere <input type="radio"/> Her gün değil ama haftada 2-3 kere <input type="radio"/> Günde 1 kere <input type="radio"/> Günde 2-3 kere <input type="radio"/> Günde 4 kere veya daha fazla <p>9.Nefes darlığı olmadan sırtüstü yatmakta zorluk çektiniz mi?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Asla <input type="radio"/> Biraz <input type="radio"/> Orta düzeyde <input type="radio"/> Büyük oranda <p>10.Nefes darlığınızı göz önüne aldığımızda aşağıdakilerden hangisi sizin için geçerlidir?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Günlerim çoğunlukla iyi geçmekte <input type="radio"/> Bazı günler iyi bazı günler kötü geçmekte <input type="radio"/> Günlerim hep kötü geçmekte <p>11.Genel olarak, son 2 haftada yaşadığımız nefes darlığının şiddeti nasıldı?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hafif <input type="radio"/> Orta düzeyde <input type="radio"/> Ciddi <p>12.Son 2 haftada yaşadığımız nefes darlığı hayatınızı ne kadar etkiledi?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hiç <input type="radio"/> Biraz <input type="radio"/> Orta düzeyde <input type="radio"/> Büyük oranda 	<p>1 1 2 3 3 1 2 3 3 1 2 2 1 2 3 1 1 2 3</p>	<p>Solunum Yetersizliği</p> <p>5-14 puan</p> <p>5-7 hafif</p> <p>8-10 orta</p> <p>11-14 ciddi</p>
<p>13.Son 2 haftada hiç ayak bileğinizde şişme oldu mu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hayır - lütfen 17. soruya geçin <input type="radio"/> Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın 		
<p>14.Ayak bileklerinizdeki şişliğin şiddeti nasıldı?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hafif şişme <input type="radio"/> Orta derecede şişme <input type="radio"/> Çok şişme <p>15.Genel olarak, son 2 haftada yaşadığımız ayak bileği şişliğinin şiddeti nasıldı?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hafif <input type="radio"/> Orta düzeyde <input type="radio"/> Ciddi <p>16.Son 2 haftada yaşadığımız ayak bileği şişliği hayatınızı ne kadar etkiledi?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hiç <input type="radio"/> Biraz <input type="radio"/> Orta derecede <input type="radio"/> Büyük oranda 	<p>1 2 3 1 2 3 1 2 3 4</p>	<p>Bilek Şişliği</p> <p>3-10 puan</p> <p>3-4 hafif</p> <p>5-7 orta</p> <p>8-10 ciddi</p>

17. Son 2 haftada hiç yorgunluk veya enerji eksikliği yaşadınız mı? ○ Hayır - lütfen 21. soruya geçin ○ Evet - lütfen sıradaki soruları cevaplayın		
18.Genel olarak, son 2 haftada kendinizi ne kadar yorgun hissettiniz? ○ Biraz yorgundum ○ Orta düzeyde yorgundum ○ Çok yorgundum ○ Aşırı derecede yorgundum	1 2 3 3	Yorgunluk
19.Kendinizi günün ne kadarlık kısmında yorgun hissettiniz? ○ Yalnızca günün sonunda ○ Çoğu günler, en fazla günün bir iki saati ○ Yarım gün ○ Günün çoğu veya tamamı	1 2 3 3	3-9 puan 3-5 hafif 6-7 orta
20.Son 2 haftada kendinizi ne kadar enerjik hissettiniz? ○ Büyük oranda ○ Orta düzeyde ○ Çok az ○ Hiç	1 2 3 3	8-9 ciddi

21.Son 2 haftada ev dışında ne kadar mesafe yürüyebildiniz?		
○ Süratli bir şekilde 1,6 km kadar yürüyebildim	1	
○ Normal bir hızda 1,6 km kadar yürüyebildim	2	
○ 800 m kadar yürüyebildim	3	
○ 400 m kadar yürüyebildim	4	
○ 90 m kadar yürüyebildim.	5	Fiziksel ve Sosyal
○ Yalnızca birkaç adım yürüyebildim	5	Fonksiyonlar
○ Dışarıda hiç yürüyemedim	5	
22.Son 2 haftada ev dışındaki yürüme hızınız nasıldı?		
○ Süratli yürüdüğüm zamanlar oldu	1	
○ Yaşıma göre normal bir hızda	2	
○ Normalden yalnızca bir miktar yavaş	3	7-23 puan
○ Yavaşça ve bazen durarak	4	
○ Çok yavaşça ve sıklıkla duraklayarak	5	7-10 normal
23.Son 2 haftada dışarıda nasıl yürüyordunuz?		
○ Bazen süratli	1	11-14 hafif
○ Yaşıma göre normal bir hızda	1	
○ Yavaşça ama duraksamadan	2	15-18 orta
○ Çok yavaşça, bir iki kere duraksayarak	3	
○ Adım adım, sıkça duraksayarak	3	19-23 ciddi
24.Son 2 haftada ne kadar kolaylıkla bir şeylere uzanabildiniz ya da eğilebildiniz?		
○ İstedğim kadar	1	
○ İstedğimden bir miktar az	2	
○ İstedğimden çok daha az	2	
○ İstesem de hiç yapamadım	3	
25.Son 2 haftada düğüne, dansa, restoranta gitmek gibi sosyal aktivitelere ne kadar katıldınız?		
○ İstedğim kadar	1	
○ İstedğimden bir miktar az	1	
○ İstedğimden çok daha az	2	
○ İstesem de hiç yapamadım	2	
26.Son 2 haftada uzun yürüyüşler, yüzme gibi aktif faaliyetleri ne kadar gerçekleştirdiniz?		
○ İstedğim kadar	1	
○ İstedğimden bir miktar az	1	
○ İstedğimden çok daha az	2	
○ İstesem de hiç yapamadım	2	
27.Son 2 haftada fiziksel problemlerinizi, sizinle aynı evde yaşamayan arkadaşlarınız veya ailenizle görüşmek isteğinize ne kadar engel oldu?		
○ Hiç olmadı	1	
○ Biraz	2	
○ Orta düzeyde	3	
○ Büyük oranda	3	

<p>28.Son 2 haftada bulaşık yıkamak, toz almak, evi toplamak gibi hafif ev işlerini ne kadar yaptınız?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ İstedğim kadar ○ İstedğimden bir miktar az ○ İstedğimden çok daha az ○ İstesem de hiç yapamadım ○ Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok <p>29.Son 2 haftada süpürmek, pencereleri, yerleri temizlemek gibi ağır ev işlerini ne kadar yaptınız?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ İstedğim kadar ○ İstedğimden bir miktar az ○ İstedğimden çok daha az ○ İstesem de hiç yapamadım ○ Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok 	<p>1 2 2 3 1 1 2 2 3 1</p>	<p>Ev İçi Faaliyetleri (Kadın)</p> <p>2-6 puan</p> <p>2 normal</p> <p>3 hafif</p> <p>4-5 orta</p> <p>6 ciddi</p>
<p>30.Son 2 haftada prizleri onarmak, boya yapmak gibi hafif işleri ne kadar yaptınız?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ İstedğim kadar ○ İstedğimden bir miktar az ○ İstedğimden çok daha az ○ Yapmak istesem de hiç yapamadım ○ Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok <p>31.Son 2 haftada dekorasyon, marangozluk gibi işleri ne kadar yaptınız?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ İstedğim kadar ○ İstedğimden bir miktar az ○ İstedğimden çok daha az ○ Her ne kadar yapmak istesem de hiç yapamadım ○ Hiçbirini yapmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok 	<p>1 2 2 3 1 1 2 2 3 1</p>	<p>Ev İçi Faaliyetleri (Erkek)</p> <p>2-6 puan</p> <p>2 normal</p> <p>3 hafif</p> <p>4-5 orta</p> <p>6 ciddi</p>
<p>32.Son 2 haftada kalbinizin durumu hakkında endişelendiniz mi?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Asla ○ Biraz ○ Orta düzeyde ○ Büyük oranda <p>33.Son 2 haftada kendinizi ailenize bağımlı hissettiniz mi?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Asla ○ Biraz ○ Orta düzeyde ○ Büyük oranda <p>34.Son 2 haftada aileniz ile ilgili olarak endişelendiniz mi?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Asla ○ Biraz ○ Orta düzeyde ○ Büyük oranda 	<p>1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4</p>	<p>Kaygı</p> <p>3-12 puan</p> <p>3-4 normal</p> <p>5-7 hafif</p> <p>8-10orta</p> <p>11-12 ciddi</p>

35.Son 2 haftada ne sıklıkta cinsel ilişkiniz oldu?		
○ İstedğim kadar	1	Cinsellik
○ İstedğimden bir miktar az	2	
○ İstedğimden çok daha az	3	
○ İstesem de hiç yapamadım	4	
○ Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	0	
36.Son 2 haftada, göğüs ağrısı veya nefes darlığına neden olur diye cinsel birliktelikten korktuğunuz oldu mu?		3-12 puan
○ Asla	1	3-4 normal
○ Biraz	2	5-7 hafif
○ Orta düzeyde	3	8-10orta
○ Bu sebepler nedeniyle cinsel birliktelikte bulunmadım	4	
○ Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	0	11-12 ciddi
37.Son 2 haftada, cinsel birliktelikte bulunurken yorgunluk, nefes darlığı veya göğüs ağrısından dolayı sorun yaşadınız mı?		
○ Hiç sorun yaşamadım	1	
○ Biraz	2	
○ Orta düzeyde	2	
○ Büyük oranda	3	
○ Bu sebepler nedeniyle cinsel birliktelikte bulunmadım	4	
○ Hiç cinsel birliktelikte bulunmadım ancak bunun kalp durumum ile alakası yok	0	

EK-3 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız
1 () Mükemmel 2 () Çok iyi 3 () İyi 4 () Orta 5 () Kötü

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- 1 () Geçen seneden çok daha iyi
2 () Geçen seneden biraz daha iyi
3 () Geçen sene ile aynı
4 () Geçen seneden biraz daha kötü
5 () Geçen seneden çok daha kötü

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

AKTİVİTELER	Evet, Çok kısıtlıyor	Evet, Çok az kısıtlıyor	Hayır, Hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

1 () Hiç 2 () Çok az 3 () Orta derecede 4 () Biraz 5 () Oldukça

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

1 () Hiç 2 () Çok az 3 () Orta 4 () Çok 5 () İleri derecede 6 () Çok şiddetli

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

1 () Hiç 2 () Çok az 3 () Orta 4 () Çok 5 () İleri derecede

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin. Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

1. () Her zaman 2 () Çoğu zaman 3 () Bazı zamanlarda 4 () Çok az zaman
5. () Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Yönergesi

1. a 5
b 4.4
c 3.4
d 2
e 1

2. a 5
b 4
c 3
d 2
e 1

3. a 1-2-3 1= evet çok zorluyor
b 1-2-3 2= evet biraz zorluyor
c 1-2-3 3= hayır hiç

- zorlamıyor
d 1-2-3
e 1-2-3
f 1-2-3
g 1-2-3
h 1-2-3
i 1-2-3
j 1-2-3

4. a 1-2 1= evet
b 1-2 2= hayır
c 1-2
d 1-2

5. a 1-2 1= evet
b 1-2 2= hayır
c 1-2

6. a 5
b 4
c 3
d 2
e 1

7. a 1 ise 6
b 2 ise 5.4
c 3 ise 4.2
d 4 ise 3.1
e 5 ise 2.2
f 6 ise 1

8. a aynı zamanda madde 7'de 1 ise 6 (NOT:
ÖNCE 7. MADDEYİ DÖNÜŞTÜR VE 1 İSE
8a=6 OLACAK)

- a 5
b 4
c 3
d 2
e 1

9. a, e, d ve h için;

- a 6
b 5
c 4
d 3
e 2
f 1

b, c, f, g ve i için;

- a 1
b 2
c 3
d 4
e 5
f 6

10. a 1
b 2
c 3
d 4
e 5

11. a ve c için;

- a 1
b 2
c 3
d 4
e 5

b ve d için;

- a 5
b 4
c 3
d 2
e 1

	en düşük	olası ham puan
Fiziksel fonksiyon: $3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10	20
Rol güçl. (fiziksel): $4a+4b+4c+4d$	4	4
Ağrı: $7+8$	2	10
Genel sağlık: $1+11a+11b+11c+11d$	5	20
Vitalite (enerji): $9a+9e+9g+9i$	4	20
Sosyal fonksiyon: $6+10$	2	8
Rol güçl. (emosyonel): $5a+5b+5c$	3	3
Mental sağlık: $9b+9c+9d+9f+9h$	5	25

Ölçeğin puanının hesaplanması:

$$\frac{\text{Elde edilen ham puan} - \text{en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan}} * 100$$

Sonuçta her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir.

EK-4 Etik Kurul Karar Formu**SANKO ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Kısıtlılık Durumları ve Semptom Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi
	Sorumlu Araştırmacı	Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	18.08.2017
	Araştırmanın Türü	Anket çalışması
	Katılan Merkezler	Çok Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2017/05	Karar No: 06	Tarih: 28.09.2017
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye	Tıbbi Biyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Tıp Fakültesi		X		X		X	Katılmadı
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X		X	Katılmadı
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		

EK-5 Kurum Çalışma İzni (Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi)

Evrak Tarih ve Sayısı: 24/11/2017-E.22277 T.C.



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği



Sayı :91786782/302.14.06/E.
Konu :İbrahim Caner DİKİCİ'nin Tez çalışması ile ilgili gerekli onayın verilmesi istemi.

SAYIN İBRAHİM CANER DİKİCİ

İlgi :09/11/2017 tarihli, 0 sayılı ve "İbrahim Caner DİKİCİ'nin Tez çalışması ile ilgili gerekli onayın verilmesi istemi." konulu yazı

İlgi dilekçenize istinaden Yard. Doç. Dr. Medet KORKMAZ 'ın danışmanlığında "Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Kısıtlılık Durumları ve Semptom Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını hastanemiz kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde tarih belirtmediğinizden 1 (bir) yıl süre ile uygulamanız uygun mütalaa edilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Doç.Dr.Suat ZENGİN
Başhekim

Evrakı Doğrulamak için : <https://ebys.gantep.edu.tr/enVision/Dogrula/L943AEM>

Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel: : 0 (342) 360 12 00 Faks: 0 (342) 360 10 13
E-Posta: : bilgi@gantep.edu.tr Elektronik ağ:<http://www.gantep.edu.tr/>



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza

Kanununun 5. Maddesi¹/₁ gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6 Kurum Çalışma İzni (Özel Sani Konukoğlu Hastanesi)



T.C.

ÖZEL SANI KONUKOĞLU HASTANESİ

SAYI: 1848

11.11.2017

KONU: İbrahim Caner DİKİCİ hk.

SANKO ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

09.11.2017 tarih ve 77862277-044-71 sayılı yazınıza istinaden SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrenciniz İbrahim Caner DİKİCİ'nin "Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Kısıtlılık Durumları ve Semptom Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" tez konusunda hastanemizde araştırma yapması hastanemiz açısından uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ASLININ FOTOKOPİSİDİR

Dr. Suat ÖZERBAŞ
Mesul Müdür



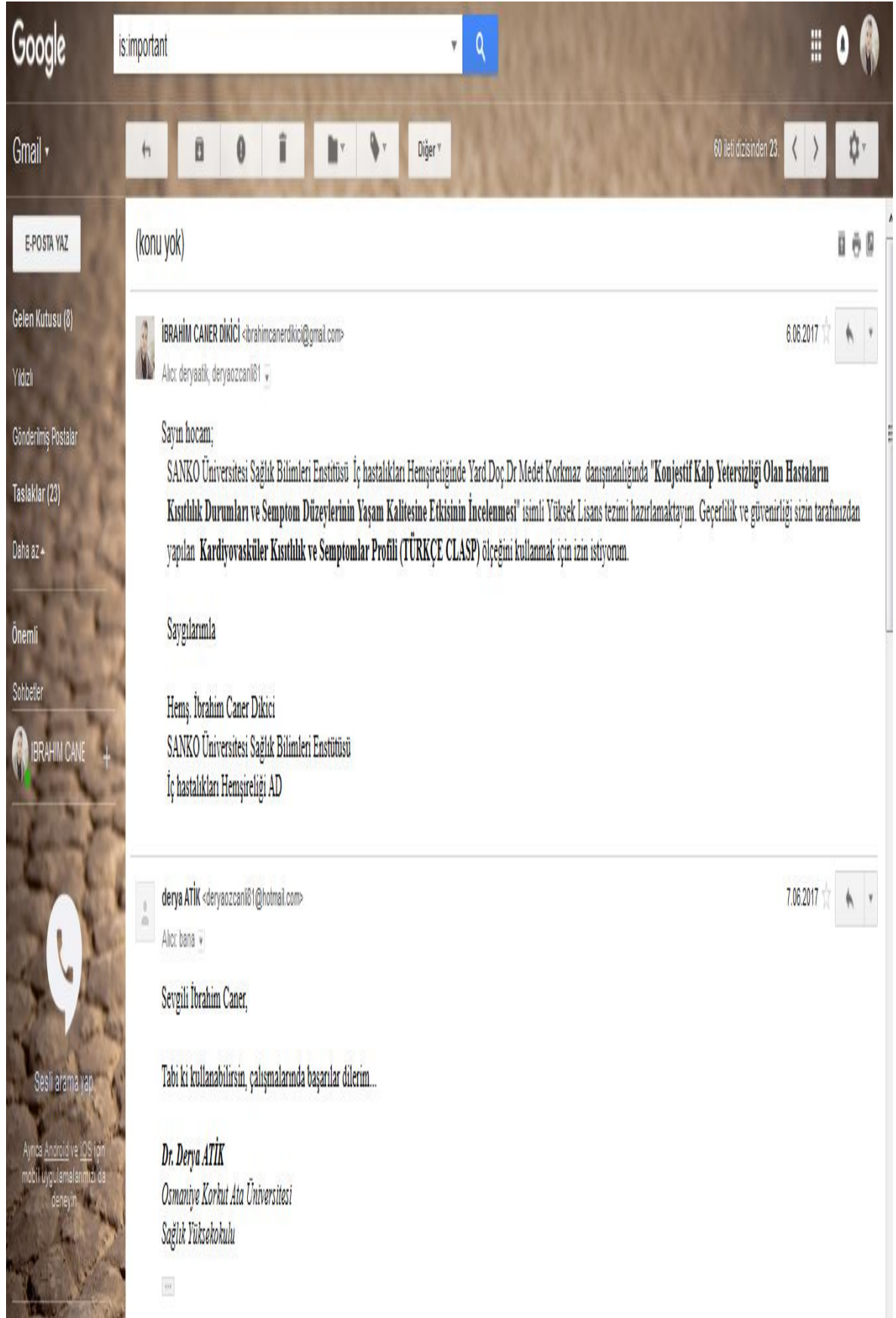
GAZİANTEP ÖZEL SAĞLIK HASTANESİ A.Ş.

Mersis No : 0389 - 0039 - 5800 - 0016
İncilipınar Mh. Ali Fuat Cebesoy Bul. No:45 27090-GAZİANTEP
Tel. : (0.342) 211 50 00 Fax : (0.342) 211 50 10
e-mail : sankotip@sankotip.com
www.sankotip.com



Dr. Özgür ALANGİL
SANKO Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Enstitü Sekreteri

EK-7 Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili (CLASP) Kullanım İzni



Google is:important

Gmail 60 ileti'den 23. < > ⚙

E-POSTA YAZ

(konu yok)

Gelen Kutusu (8)

Yıldız

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar (2)

Daha az

Önemli

Sohbetler

İBRAHİM CANER +

Sesli arama yap

Ayrıca Android ve iOS için mobil uygulamalarımızı da deneyin.

İBRAHİM CANER DİKİCİ <ibrahimcanerdikici@gmail.com> 6.06.2017

Alıcı: deryaatik, deryaozcani81

Sayın hocam;

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliğinde Yard.Doç.Dr. Medet Korkmaz danışmanlığında "Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Kısıtlılık Durumları ve Semptom Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" isimli Yüksek Lisans tezimi hazırlamaktayım. Geçerlilik ve güvenirliliği sizin tarafınızdan yapılan Kardiyovasküler Kısıtlılık ve Semptomlar Profili (TÜRKÇE CLASP) ölçeğini kullanmak için izin istiyorum.

Saygılarımla

Hemş. İbrahim Caner Dikici
SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği AD

derya ATIK <deryaozcani81@hotmail.com> 7.06.2017

Alıcı: bana

Sevgili İbrahim Caner,

Tabii ki kullanabilirsin, çalışmalarında başarılar dilerim...

Dr. Derya ATIK
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu

EK-8 İntihal Raporu



EK-9 Özgeçmiş

Adı	İbrahim Caner	Soyadı	DİKİCİ
Doğum Yeri	Şahinbey/GAZİANTEP	Doğum Tarihi	17.05.1992
Uyruğu	T.C.	Telefon	+905376729057
E-mail	ibrahimcanerdikici@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karabük Üniversitesi	2016
Yüksek lisans	SANKO Üniversitesi	2018



