



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SİSTOLİK SOL VENTRİKÜL DİSFONKSİYONUNA BAĞLI KALP  
YETERSİZLİĞİNDE SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

BURCU ÖZEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL - 2011

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Burcu ÖZEN tarafından hazırlanan “Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna Bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :17.06.2011

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Prof.Dr.Necmiye SABUNCU  
:Haliç Üniversitesi/ HYO.  
(Danışmanı)

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR  
: Marmara Üni./ Sağ. Bil. Fak.

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
: Haliç Üniversitesi / SBYO.

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

## I. TEŞEKKÜR

Araştırmamın yürütülmesindeki değerli katkıları ve desteği için danışmanım Prof. Dr. Necmiye SABUNCU' ya,

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Görevlilerine,

Anketlerimi uygulamamda bana yardımcı olan kurumların yönetici, hekim ve hemşirelerine,

Çalışmalarım boyunca desteğini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

## II. İÇİNDEKİLER

## SAYFA

<b>I. Teşekkürler</b>	<b>I</b>
<b>II. İçindekiler</b>	<b>II</b>
<b>III. Kısaltmalar ve Simgeler</b>	<b>V</b>
<b>IV. Tabloların Listesi</b>	<b>VI</b>
<b>1. Özet</b>	<b>1</b>
<b>2. Summary</b>	<b>2</b>
<b>3. Giriş ve Amaç</b>	<b>3</b>
<b>4. Genel Bilgiler</b>	<b>6</b>
4.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı	6
4.2. Kalp Yetersizliğinin Nedenleri	7
4.3. Epidemiyoloji	7
4.4. Etiyoloji	8
4.5. Fiziopatoloji	8
4.5.1. Preload	10
4.5.2. Afterload	10
4.6. Kalp Yetersizliğinin Tipleri	11
4.6.1. Akut – Kronik Kalp Yetersizliği	11
4.6.2. Sağ - Sol Kalp Yetersizliği	11
4.6.3. Düşük Debili ve Yüksek Debili Kalp Yetersizliği	11
4.6.4. Diyastolik Kalp Yetersizliği	12
4.6.5. Sistolik Kalp Yetersizliği	12
4.7. Kalp Yetersizliğinde Sol Ventrikül Disfonksiyonu	13
4.7.1. Ventrikülde Yeniden Şekillenme (Remodeling)	13
4.7.2. Sol ventrikül yetersizliğinde venöz basıncın yükselmesi	15
4.8. Kalp Yetersizliğinin Klinik Sınıflandırılması	15
4.9. Sağlık Davranışı	16
4.10. Yaşam Kalitesi	17
4.10.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	20
4.10.2. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi	21

<b>5. Gereç ve Yöntem</b>	
5.1. Araştırmanın Tipi	23
5.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
5.3. Veri Toplama Araçları	24
5.3.1. Tanıtıcı Anket Formu	24
5.3.1.1. Sosyo- Demografik Özellikler	24
5.3.1.2. Hastalığa ilişkin özellikler	24
5.3.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	24
5.3.3. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları Ölçeği	26
5.4. Verilerin Değerlendirilmesi	27
5.5. Çalışmanın Sınırlılıkları	28
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	28
<b>6. Bulgular</b>	29
6.1. Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği Hastalarının, Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Bulgularının Dağılımı	30
6.2. Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği Hastalarının, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışları İlişkisine Yönelik Bulgular	34
6.3. Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği Hastalarının, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Demografik Özellikler ve Hastalığa İlişkin Bulguları	36
<b>7. Tartışma</b>	58
7.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Hastalığa İlişkin Bulguların İncelenmesi	58
7.2. SF-36 Yaşam Kalitesi ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları İlişkisinin İncelenmesi	60
7.3. SF-36 Yaşam Kalitesi ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışlarının Demografik Özellikler ve Hastalığa İlişkin Bulgularla Karşılaştırılmasının İncelenmesi	62
<b>8. Sonuç ve Öneriler</b>	69
<b>9. Kaynaklar</b>	72
<b>10. Ekler</b>	81
Ek-1: Tanıtıcı Anket Formu	81
Ek-2: SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	83

Ek-3: Kalp Yetmezliği Sağlık Davranışları leği	86
Ek-4: İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan İzin Belgesi	87
Ek-5: İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsünden Alınan İzin Belgesi	88
<b>11. zgemiş</b>	<b>89</b>

### III. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**KAH** : Koroner Arter Hastalığı

**KD** : Kalp Debisi

**KMP** : Kardiyomiyopati

**KY** : Kalp Yetersizliği

**LV** : Sol Ventrikül

**NYHA** : New York Heart Association

**SF-36** : The MOS 36 Item Short Form Health Survey-SF-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

## IV. TABLOLARIN LİSTESİ

**Tablo 5-1.** SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Bulguları

**Tablo 5-2.** Kalp yetersizliği sağlık davranışları Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Bulguları

**Tablo 6-1.1** Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 6-1.2.** Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastalığa İlişkin Bulgularının Dağılımı

**Tablo 6-2.1.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguları

**Tablo 6-2.2.** Hastaların Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulguları

**Tablo 6-2.3.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi İle Kalp Sağlık Davranışları İlişkisine İlişkin Bulgular

**Tablo 6-3.1.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo 6-3.2.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışlarının Yaş İle İlişkisi

**Tablo 6-3.3.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışlarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

**Tablo 6-3.4.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

**Tablo 6-3.5.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

**Tablo 6-3.6.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Gelirin Gideri Karşılama Durumuna Göre Dağılımı

**Tablo 6-3.7.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Aile Tipine Göre Dağılımı

**Tablo 6-3.8.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Tanı Konma Zamanına Göre Dağılımı

**Tablo 6-3.9.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Düzenli İlaç Kullanımına Göre Dağılımı



**Tablo 6-3.10.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Kardiyak Diyeti Uygulama Durumuna Göre Dağılımı

**Tablo 6-3.11.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumuna Göre Dağılımı

**Tablo 6-3.12.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının NYHA Sınıflandırmasına Göre Dağılımı

**Tablo 6-3.13.** SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Ejeksiyon Fraksiyonu(EF) ile İlişkisi

## 1. ÖZET

Bu araştırma; sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma; İstanbul ilinde bir üniversite ve bir eğitim araştırma hastanesinde sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği tanısı almış, çalışma kriterlerine uyan 200 sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastasıyla gerçekleştirildi. Veriler sosyo-demografik özellikleri içeren " anket formu", " SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve " Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları Ölçeği" kullanılarak toplandı. İstatistiksel analizde; Tek Yönlü(One way) Anova, Tukey Analizi, t testi ve Pearson Korelasyon analizi kullanıldı. Araştırma sonuçlarına göre; sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliğinde; yaşam kalitesi alt boyutları ve kalp yetersizliği sağlık davranışları ile hastaların yaşlarıyla negatif, ejeksiyon fraksiyonları ile pozitif yönlü ilişki bulundu. Kadınların, yüksek öğrenim mezunlarının, evli, çalışmayan, gelir durumu iyi, 6-12 aydır tedavi görmekte olan, parçalanmış aileye sahip, NYHA I olan hastaların yaşam kaliteleri yüksek bulundu. Kadınların, yükseköğrenim mezunlarının, bekar, çalışan, gelir durumu iyi, 13-24 aydır tedavi görmekte olan çekirdek aileye sahip hastaların daha fazla olumlu sağlık davranışları gösterdiği bulundu.

Anahtar kelimeler: Sağlık Davranışları, SF-36, Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği, Yaşam Kalitesi,

## **2. SUMMARY**

### **ASSESSING CORRELATION BETWEEN HEALTH BEHAVIORS AND LIFE QUALITY AT CARDIAC INSUFFICIENCY DUE TO LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC DYSFUNCTION**

This study; has been planned definitive to assess correlations between health behaviors and life quality at left ventricular systolic dysfunction cardiac insufficiency. Study has been carried out at an university and an education research hospital in Istanbul city with left ventricular systolic dysfunction cardiac insufficiency diagnosed, fits study criterias, 200 left ventricular systolic dysfunction cardiac insufficiency patients. Data has been collected by using a “questionnaire form” which includes socio-demografic features, “SF-36 Life Quality Scale” and “ Health Behaviors at Cardiac Insufficiency Scale”. One way Anova, Tukey Analyze, t test and Pearson Correlation analyze has been used at statistic analysis. According to the results; at left ventricular systolic dysfunction cardiac insufficiency, life quality lower dimensions and cardiac insufficiency health behaviors has been found in a negative relationship with ages and in positive relationship with ejection fractions. Women, university graduated, nonemployed, income statue good, receiving treatment for the last 6-12 months, having a divided family, NYHA I patients life quality has been found high. It has been found that women, university graduated, single, income statue good, receiving treatment for the last 13-24 months, having a immediate family patients has shown more positive health behaviors.

**Key Words:** Health Behaviors, Left Ventricular Systolic Dysfunction Cardiac Insufficiency, Life Quality, SF-36

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kalp yetersizliği ventriküllerin kan ile dolumu veya ejeksiyonunda yetersizlik sonucu gelişen ilerleyici, ciddi semptomların olduğu ve fonksiyonel kapasitenin azaldığı klinik bir durumdur (Akın, 2006; Karpolat, 2006)

Kalp yetersizliği (KY) yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir sağlık sorunudur (Kızıl, 2006). Ülke nüfuslarının % 2' sini ilgilendirmektedir (Özenci, 2004). ABD' de 5 milyon kalp yetersizliği hastası olduğu ve buna her yıl 550 bin hasta eklendiği rapor edilmiştir (Durdu ve ark., 2003). Ülkemizde de 1.7 milyon KY olgusu bulunduğu düşünülmektedir (Özenci, 2004). Ancak ülkemizde KY insidansı ile ilgili güvenilir istatistikler bulunmamaktadır (Durdu ve ark., 2003; Özenci, 2004; Çam, 2007). Kalp yetersizliği olgularının çoğunda sistolik fonksiyon bozukluğu vardır (Akdemir ve Birol, 2003)

Yaşla birlikte KY insidansı artmaktadır (Demir, 2008). Daha genç yaş gruplarında erkeklerde daha sık rastlanırken yaşlılarda erkeklerle kadınların oranı eşitlenir. Mortalite hızı ise yaşlılarda gençlere göre daha yüksektir (Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği tanı ve Tedavisine Yönelik ESC Klavuzu, 2008; İlerigelen, 2010).

İleri ülkelerde yaşlı nüfusun artması ve akut miyokard infarktüsü tedavisinde hızlı ilerleme nedeniyle ölümden kurtulmuş, ancak miyokard işlevi bozulmuş olgu sayısının artmasına bağlı olarak genel insidansın gelecekte daha da artması beklenmelidir (Akdemir ve Birol, 2003; Özenci, 2004; Enç ve ark., 2007; Zoghi ve ark., 2009). Kalp yetersizliğinin toplumda sık görülmesi, ölüme, iş ve güç kaybına yol açması nedeniyle de toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Özer, 2002).

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 'sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan tam bir iyilik hali içinde olması' şeklinde tanımlanmaktadır (Akdemir ve Birol, 2003; Peker, 2007). Sağlık

davranışı ise bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık davranışları olumlu ve olumsuz sağlık davranışları olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Olumlu sağlık davranışlarına spor yapmak, kolesterolden kaçınmak, yeterli ve dengeli beslenmek, en az yılda bir kez sağlık kontrolünden geçmek , emniyet kemeri takmak ve diğer kişilerle olumlu iletişim kurmak örnek gösterilebilirken; sigara içme, alkol kullanma ve aşırı yemek yeme olumsuz sağlık davranışlarına örnek gösterilebilir (Özer, 2002; Mutlu, 2006).

Ayrıca kalp yetersizliğinde sık acil yardım ve hastane tedavisi gerekebilmektedir. Neden olduğu fiziksel ve psikososyal sorunların özelliği ve yoğunluğundan dolayı, tedavisi karmaşık ve zor olmaktadır (Akdemir, 2003). Geleneksel tedavilerin amacı; semptomları azaltmak ve prognozu iyileştirmenin yanında, yaşam kalitesi ile fonksiyonel kaliteyi de arttırmaktır (Karpolat ve ark., 2006).

KY semptom ve bulguları nedeniyle hastaların günlük aktivitelerinde kısıtlılık yaşamasına neden olmakta ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır. KY yaşam şekli değişikliği gerektiren bir hastalıktır. Hastalığa özgü diyet, tedavi, hekim kontrolleri ve egzersiz gibi değişikliklere uyum sağlayamayan hastaların; ciddi semptomlar yaşadığı, hastaneye yatışlarında artma olduğu ifade edilmektedir (Kızıllı, 2006).

Yapılan bir çalışmada kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesinin koroner arter hastalarına göre belirgin derecede daha kötü olduğu bildirilmiştir. KY hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşadıkları, ekonomik, cinsel ve psikososyal sorunlarının olduğu, özellikle iş yaşamında , aile, arkadaş ilişkilerinde sorunlarla karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır. KY sık hastaneye yatışlara ve iş gücü kaybına neden olması ile bireysel ve toplumsal ekonomik sorunlar oluşturabilmektedir (Akın ve Durna, 2006; Enç ve ark., 2007).

Bu bilgilerin ışığında araştırma; sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Araştırmanın varsayımları;

- Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) azaldıkça yaşam kalitesi düşer.
- Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi artar.
- Eğitim düzeyi arttıkça sağlık davranışı düzeyi artar.
- Gelir düzeyi arttıkça sağlık davranışı düzeyi artar.
- New York Heart Association (NYHA) işlevsel sınıfı arttıkça yaşam kalitesi düşer.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Kalp yetersizliği (KY), vücudun metabolik gereksinimlerini karşılamak için yeterli miktarda kanı dokulara pompalayamadığı veya bunu ancak artmış kardiyak doluş basınçları ile gerçekleştirebildiği nörohormonal aktivite artışı ve çeşitli organ fonksiyon bozukluğu ile karakterize kronik ve ilerleyici bir klinik sendromdur (Akdemir, 2003; Ayçiçeği, 2003; Francis and Tang, 2003; Mondo, 2004; Konuralp, 2004; Oğuz, 2005; Çiftçi, 2006; Uçar, 2007; Sarıtaş, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre klinik olarak KY; kalp hastalığına eşlik eden dispne ve yorgunluk sendromu olarak tanımlanır(Cankurtaran ve Arıoğul, 2004; Demir ve Ünsar, 2008).

Önceleri sol ventrikülün pompa fonksiyonunu yerine getirememesine bağlı gelişen basit bir tablo olarak düşünülen kalp yetersizliğinin artık günümüzde pek çok ekstrakardiyak olayıda içine alan oldukça kompleks bir klinik sendrom olduğu bilinmektedir(Özer ve Aksöyek, 2004).

KY kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olup; ciddi yorgunluk, dispne ve fonksiyonel durum bozukluğuyla karakterizedir. Bir hastalıktan ziyade hayatı her yönüyle etkileyen klinik bir sendromdur(Franzen et al., 2006; Karpolat, 2006).

KY sendromu miyokard, perikard, endokard veya büyük damarları ilgilendiren herhangi bir patolojiden kaynaklanabilir, ancak hastaların büyük bir kısmında semptomlar, sol ventrikül (LV) fonksiyon bozukluğundan kaynaklanır. KY vakalarının büyük bölümünden koroner arter hastalığı (KAH) sorumludur, onu idiyopatik dilate kardiyomiopati (KMP) izler(Çam, 2007).

## 4.2. Kalp Yetersizliğinin Nedenleri

KY aşırı yüklenmeye veya kalp kasının hastalığına bağlı olarak gelişebilir:

- Ventriküle normalde bir dakika içinde atabileceğinden daha fazla kanın gelmesine neden olan durumlarda volüm yüklenmesi gelişir. Tirotoksikoz ve anemi örneğinde total kardiyak debi artmaktadır. Mitral yetersizliğinde ve aort yetersizliğinde, sol ventrikül sadece normal akımı değil, aynı zamanda yetersizlikle gelen geniş miktardaki volümü de aortaya göndermek zorundadır,
- Sol ventrikül çıkışındaki rezistansın artmasına neden olan durumlarda başınc yüklenmesi gelişir(tipik örnekleri; periferik arteriollerin direncini arttıran sistemik hipertansiyon ve sol ventrikülün çıkış yolunu daraltan aort darlığı);
- Miyokardiyal fonksiyon bozukluklar sadece kontraktilitenin azalmasından değil, miyokard infarktüsü gibi kontraktil doku kaybının olduğu durumlarda da gelişir. Bu, kalp yetersizliğinin en sık görülen nedenidir. İnfarktüslü olan kas bölgesinin paradoksik hareketi sonucunda kalan miyokardın iş yükünün artması da bu durumu olumsuz etkileyen bir faktördür(Julian et al., 2003).

## 4.3. Epidemiyoloji

Kalp yetersizliği insidansı ve prevelansı artarken, mortaliteside artmaktadır. Yaş ile prevelansı artmasına rağmen, hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus gibi hastalıkların toplumda görülme sıklığının artması ve iskemik kalp hastalıklarının son dönem tedavi seçenekleri ile yaşam süresinin artması da kalp yetersizliği insidansını arttırmaktadır. Sistolik fonksiyon bozukluklu olgularda 2/3 neden koroner arter hastalığıdır. Bölgesel duvar hareket bozukluğu ile karakterizedir. Kalan 1/3 olguda koroner damarlar normal olup global bir duvar hareket bozukluğu söz konusudur ve her iki ventrikül aynı anda tutulur. Bu grupta enfeksiyonlar (miyokardit), kardiyak toksik ajanlara maruz kalma (alkol, kokain, kemoterapik ajanlar), ya da sistemik



hastalıklar(tiroid hastalıkları) etiolojide yer alır. Bazende hiçbir etiolojik faktör olmayabilir (Serdar, 2005).

#### **4.4. Etiyoloji**

Yaşam süresinin uzaması, koroner kalp hastalıklarından ölümlerin artması nedeniyle KY insidansında bir artış gözlenmektedir. Son 20 yıldır sanayileşmiş ülkelerde KY'nin nedeni hipertansiyondan miyokard infarktüsüne (MI) doğru değişmiştir.

KY'nin etiolojisinde;

- Koroner kalp hastalığı
- Kapaklara bağlı patolojiler ve doğumsal patolojiler
- Kardiyomiyopatiler
- İnfeksiyon(viral miyokarditler, romatizmal miyokarditler vb.)
- Kollejen doku hastalıkları
- İlaçlar (adriamycin vb.)
- Metabolik ve endokrin hastalıklar
- Toksinler (alkol, kobalt vb. )
- Radyasyon
- Beslenme bozuklukları (beriberi, kwashiorkor, pellegra vb.)
- Travmalar ve Hipersensitivite sayılabilir (Akdemir, 2003; Cankurtaran, 2004, Strömberg et al., 2006; Enç ve ark., 2007; Yavuz, 2009).

#### **4.5. Fiziopatoloji**

KY; kalp iskelet kası ve böbrek fonksiyonlarının bozuklukları, sempatik sinir sisteminin uyarılması ve karmaşık nörohormonal değişiklikler ile karakterize bir sendromdur. Kalp yetersizliğinde sempatik sinir sistemi cevabı, venöz dönüşü ve kontraktiliteyi artırır. Miyokart kontraktilitesindeki primer bir bozukluk (koroner kalp hastalığı, kardiyomiyopati vb.) veya ventriküllere aşırı hemodinamik bir yük (akut mitral yetersizliği, akut aort yetersizliği, sıvı yüklenmesi vb.) yada bu iki nedeninde birlikte bulunması halinde, kalbin pompalama işlevini devam ettirmesi için

kompanseuar mekanizmalar faaliyete geçmektedir(Akdemir ve Birol, 2003; Prendergast and Bunney; 2005; Demir, 2008).

Sempatik sinir sistemi, renal cevap, miyokardiyal hipertrofi gibi kompanseuar mekanizmalar miyokardiyal dilatasyon için aracılık yaparlar. Kalp pompalama aktivitesini korumak için bu refleks aktivitelere güvenir ve bunlar artan talebi karşılamak için arka arkaya belli bir düzen içinde gerçekleşir(Ayçiçek, 2003).

İlk mekanizma Frank ve Starling tarafından tanımlanan intristik refleks olarak da kullanılan mekanizmadır. Miyokardiyal kas lifleri baştaki strok volümle oluşan yetersizlikte refleks olarak kontraktilite güçlerini arttırırlar. Böylece kardiyak debide artış meydana gelir. Bu mekanizma ile ön ve arka yükü arttırmak için oluşan dilatasyon azaltılmış olur(Ayçiçek, 2003; Demir, 2008).

Pompalama talebindeki artış ikinci dış erteleme mekanizması olan sempatoadrenal aktivitenin artmasına neden olur. Noradrenalin, sempatik sinir merkezinden salınır. Miyokardın kontraktilitesinde ve kalp hızında artış meydana gelir. Periferal kan renal, iç organlar ve deri arteriollerinde oluşan vazokontiksiyonla vazodilatasyona uğrayan koroner ve serebral arteriollere doğru gider. Sempatik aktivite sonucu salınan renin ile vazokonstriksiyon arttırılır. Bunun ısrarlı şekilde devamı ventriküler volümde artışa neden olur(Demir, 2008).

Eğer kardiyak pompa yetersizliği ısrarlı olursa bu iki kompanseuar mekanizmadan sonra üçüncü mekanizma olan su ve sodyum tutulumu devreye girer.

Sempatik aktivite sonucu salınan renin ile renal kan akımında azalma olur. Bu azalma renin anjiotensin sistemini aktive eder ve sodyum böbreklerden geri emilir. Salınan renin anjiotensin I'in anjiotensin II' ye dönüşmesine neden olur. Anjiotensin II yaygın vazokonstriksiyon oluşturur, su ve sodyum tutulumuna neden olan aldesteron salınır. Fazla tutulum kan volümünü arttırır, kapiller basıncın artması sonucu interstisyel ödem oluşur(Ayçiçek, 2003).

Bu kompensatuar mekanizmaların asıl amacı ; kardiyak debiyi ve sistemik kan basıncını düzenlemektir. Ancak bu mekanizmalara rağmen bu sağlanamazsa son mekanizma olan miyokardiyal hipertrofi oluşur. Bu düzeltilemez ve hipertrofi devam ederse prognoz kötüdür(Demir, 2008).

#### **4.5.1. Preload**

Ventrikül diyastol sonu volümü ve basıncından oluşmaktadır. Ön yük artınca stroke volüm artmaktadır. Ventrikül iyi genişleyemez veya tam dolamazsa atım hacmi azalmaktadır. Ön yükten sorumlu faktörler yedi başlık altında toplanmaktadır:

- Total kan volümü,
- Vücut pozisyonu,
- İntratorasik basınç,
- İntraperikardiyal basınç,
- Venöz tonüs,
- Kas pompalama gücü,
- Atriyal katkı(Mann, 2008).

Klinikte ön yükün ölçüsü olarak sol atriyal basınç veya pulmoner kapiller basınç alınmaktadır(Heper, 2000).

#### **4.5.2. Afterload**

Maksimum sistolik ventrikül duvar gerilimi olup ventrikül kasılmasına karşı gelişen direnç olarak kabul edilmektedir. Kalbin önündeki engeli göstermektedir. Afterload arttıkça debi azalmaktadır(Kontsam, 2003).

## **4.6. Kalp Yetersizliğinin Tipleri**

### **4.6.1. Akut – Kronik Kalp Yetersizliği**

Kalp Yetersizliği klinik olarak akut veya kronik olarak ortaya çıkabilir. Akut KY aniden, dakika veya saatler içinde meydana gelir. Altında genellikle akut miyokart infarktüsü, hipertansif kriz veya akciğer embolisi gibi bir neden vardır(Heper, 2000). Akut KY genellikle sistolik üstünlük gösterir ve kalp veriminde birden azalmaya yol açar(Braunwald E, 2004). Kronik KY ise haftalar veya aylar içinde yavaş yavaş gelişir(Heper, 2000).

### **4.6.2. Sağ - Sol Kalp Yetersizliği**

Sağ kalp yetersizliği ve sol kalp yetersizliği birincil bozukluğun sırasıyla kalbin sol tarafı ve kalbin sağ tarafı olduğunu belirtmek için kullanılan klinik terimlerdir. Sağ kalp yetersizliği çoğunlukla sol kalp yetersizliğini takip eder(Beyaztaş, 2007). Su ve tuz retansiyonu geliştikten sonra sol ve sağ yetersizlik birlikte görülür(Gök, 2002).

### **4.6.3. Düşük Debili ve Yüksek Debili Kalp Yetersizliği**

Konjenital, valvüler, romatizmal, hipertansif, koroner ve kardiyomiyopati kökenli bir çok kardiyovasküler hastalıkta düşük debili KY görülür. Yüksek debili KY' ne örnek olarak; anemi, edinsel arteriovenöz fistüller, tirotoksikoz, kemiğin paget hastalığı, multipl myelom, polisitemia vera, karsinoid sendrom ve gebelik verilebilir. Yüksek debili durumlar nadiren tek başlarına kalp yetersizliğine neden olabilirler.

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

ml/L), yüksek debili yetersizlikte ise normal veya düşmüş olabilir(Ayçiçeği, 2003; Dolar, 2005; Demir, 2008).

#### **4.6.4. Diyastolik Kalp Yetersizliği**

Yakın zamana kadar diyastolik disfonksiyon kalp yetersizliğinin iyi anlaşılammış ve genelde göz ardı edilen sebeplerinden biriydi. Öte yandan son 10 yıl içerisinde geliştirilen invazif ve noninvazif metodlar diyastolik fonksiyonda meydana gelen patafizyolojik değişikliklerin anlaşılmasını kolaylaştırdı(Başal, 2006). Diyastol disfonksiyonunda sorun sol ventrikülün doluşundadır. Sol ventrikül boyutu normaldir, ancak diyastol sonu basınç artmıştır(Kepez ve Kabakçı, 2004). Sistemik hipertansiyon diyastolik disfonksiyonun en sık rastlanan nedenidir(İlerigelen, 2010). Diyastolik KY bulunan hastalarda KY semptom bulgu ve/ veya bulguları vardır ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ( LVEF : left ventricular ejection fraction) > % 40-50 dolaylarında korunmaktadır (Akut ve kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik ESC Klavuzu, 2008).

#### **4.6.5. Sistolik Kalp Yetersizliği**

Kalp yetersizliğinin büyük kısmında sistolik disfonksiyon ön planda bulunur(Yavuz, 2009). Sistolik disfonksiyonu olan hastalarda temel bulgu deprese sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu(EF)' dur. EF genellikle % 40' tan azdır(Akın, 2003). Sistolik disfonksiyonda sol ventrikül genellikle dilate olmuş ve duvar hareketleri azalmıştır(Kepez, 2004).

Kalbin fonksiyonunu yapabilmesi için, kardiyak debinin normal olması gereklidir. Kalp debisi(KD); bir dakikada sol ventrikülden aortaya, sağ ventrikülden pulmoner artere atılan kan miktarıdır. Normal kalp debisinin sürdürülmesi, miyokard kontraktilitesi(inotropi), preload (önyük), afterload (ardyük), ve kalp atım hızı(sayı) arasındaki normal ilişkiye bağlıdır(Fuster et al, 2002; Argon, 2002; Akçiçek ve ark., 2003). Sistolik disfonksiyonda genişlemiş, bozulmuş ejeksiyondan dolayı debi

azalmıştır(Uçar, 2007). Koroner arter hastalığı sistolik disfonksiyonun en sık rastlanan nedenidir(İlerigelen, 2010).

Sistolik yetmezliğin temel klinik bulguları, yetersiz kardiyak debi ve sekonder su ve tuz tutulumundan kaynaklanır(Beyaztaş, 2007). Ayrıca sistolik kalp yetersizliği bulunan hastaların çoğunda kardiyomegali bulunmaktadır. Oskültasyonda ise 3. kalp sesi (S3 galo) duyulur(Akın ve Durna, 2006).

#### **4.7. Kalp Yetersizliğinde Sol Ventrikül Disfonksiyonu**

Sol ventrikül disfonksiyonu esas olarak miyokarda meydana gelen bir hasar veya stres ile başlayan ve yeni bir olay olmasa da ilerleyen progresif bir süreçtir(Kepez, 2004). Tedavilerdeki gelişme, akut miyokard infarktüsünden daha fazla sayıda insanın canlı kurtulması, anjiyoplasti tekniklerindeki gelişmeler, populasyonun yaş ortalamasının artması, transplantasyon bekleme listesindeki iskemik kardiyomiyopatilerin sayısındaki artış nedeniyle koroner arter hastalığına bağlı sol ventrikül disfonksiyonlu hastaların sayısında gün geçtikçe artış mevcuttur(Bal, 2005). Son 10 yıl içinde, sol ventrikül disfonksiyonu olan hastaların erken teşhis ve tedavilerinin kendi klinik seyir ve prognozları üzerine derin etkileri olduğu gösterilmiştir(Demopoulos, 2001).

Sol ventrikül disfonksiyonu olan hastaların üçte ikisinde KY nedeni KAH' dır. Diğer nedenler ise hipertansiyon, tiroid hastalıkları valvuler hastalıklar, alkol kullanımı veya miyokarditistir(Akın, 2003)

##### **4.7.1. Ventrikülde Yeniden Şekillenme (Remodeling)**

Yetersizlik gelişen kalpte ventrikülde oluşan şekil ve boyut değişiklikleri remodeling(yeniden biçimlenme, şekillenme) olarak adlandırılır. Altta yatan nedene bağlı olarak yeniden şekillenme bölgesel veya global olabilir. Miyokard kitlesinde artış, ventrikül volümünde artış, ventrikül şeklinde değişiklik ve interstisyel doku miktarında

artış vardır. Yeniden şekillenme başlangıçta kardiyak debiyi ayarlamak için adaptif bir olay gibi görölse de, uzun dönemde kötü etkileri vardır. Yeniden şekillenme sonucunda ventrikülde oluşan dilatasyon duvar geriliminde artışa dolayısıyla da miyokardın metabolik ihtiyacında artmaya neden olur. Artmış fibröz sonucunda kontraktilite bozulur, kapiller yorgunluk azalır ve aritmi indüklenebilir(Özer ve Aksöyek, 2004).

Sol ventrikül geometrisi giderek artan dilatasyona ve hipertrofiye bağılı olarak değışir, ventrikül daha sferik bir hal alır. Sol ventrikül boyutlarında izlenen artış, kalbin duvarları üzerindeki hemodinamik stresi ağırlaştırır ve papiller adale-mitral kapak geometrisinin bozulmasına bağılı olarak gelişen mitral yetersizliğini arttırır. Bu değışiklikler “remodelling” sürecini daha da hızlandırır. Kardiyak “remodelling”, kalp yetersizliğı semptomları gözlenmeden aylar, hatta yıllar önce başlar, semptomlar geliştikten sonra da devam eder. “Remodelling” sürecinin ilerlemesinde sol ventrikül disfonksiyonuna bağılı olarak gelişen norohumoral aktivasyonun önemli rolü vardır. Dolaşımda veya doku düzeyinde norepinefrin, anjiyotensin II, aldosteron, endotelin ve sitokin düzeyleri artmıştır. Azalmış debiye sekonder doku hipoperfüzyonunu kompanse etmek için artan nörohumoral aktivasyon, kardiyak fonksiyonların giderek daha da bozulmasına neden olur. Sempatik tonus artar. Kalp yetersizlikli hastalarda görülen baroreseptör disfonksiyonunun da bu artışa katkısı vardır. Renal hipoperfüzyona sekonder renin ve anjiyotensin düzeyleri yükselir. Artan sempatik aktivite, renin-anjiyotensin aktivitesini daha da arttırır. Sodyum ve su tutulumu artar, arteryel ve venoz konstruksiyon gelişir, sonuçta artan preload ve afterloada bağılı kalbin hemodinamik yükü ağırlaşır. Bazal kalp hızı ve endotel disfonksiyonunun da katkısı ile koroner vazokonstruksiyona eğilim artar(Kepez, 2004).

Sonuç olarak kompensasyon sağlandığında, yaşam süresinde minimal bir etkilenme olurken, sağlanamadığında ise devamlı miyosit kaybı, ventrikül dilatasyonu, diyastolik sistolik fonksiyon bozuklukları, bozulan periferik direnç, aritmiler ve KY tablosu gelişerek, yaşam sürecinde kısaltmaya ve egzersiz toleransında bozulmaya yol açar(Fuster et al., 2002; Akçiçek ve ark., 2003).

#### 4.7.2. Sol ventrikül yetersizliğinde venöz basıncın yükselmesi

Sol ventrikül yetersizliğinde pulmoner venöz basınç yükselir. Bu durum yetersizlik bulunan ventrikülün kendisine gelen kanı efektif olarak boşaltamamasıyla açıklanmaktadır. Sodyum ve su retansiyonuna bağlı olarak artan kan volümü venöz dönüşü arttırır ve venokonstriksiyon ile birlikte venöz basıncın artmasına neden olur. Pulmoner venöz basınç kritik seviyeye ulaştığında(20 mmHg), sıvı pulmoner interstisyuma hareketlenir. Havayolları ve alveolleri kompanse eder. Artmış havayolu basıncı da solunumu zorlaştırır (Julian et al., 2003).

#### 4.8. Kalp Yetersizliğinin Klinik Sınıflandırılması

KY için birkaç klinik sınıflama kullanılmaktadır(Cankurtaran, 2004; Çiftçi, 2006; Mann, 2008). Kalp yetersizliğinin ağırlık derecesi sınıflandırılırken çoğu zaman NYHA(New York Heart Association) işlevsel sınıflandırması kullanılır(Akut ve kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik ESC Klavuzu, 2008). NYHA sınıflaması hekimin hastayı sorgulamasıyla elde ettiği her iki taraf içinde subjektif olan bir ölçüttür. NYHA' nın işlevsel sınıflandırması aşağıdaki gibidir(Cankurtaran, 2004; Çiftçi, 2006; Mann, 2008).

**Sınıf I :** Asemptomatik ventrikül disfonksiyonu. Kardiyak hastalık mevcut fakat fiziksel aktivitede kısıtlanma yoktur.

**Sınıf II :** Hafif KY, Fiziksel aktivitelerinde sadece hafif sınırlanmaya yol açan kardiyak hastalığı olan hastalar.

**Sınıf III :** Orta dereceli KY, fiziksel aktivitede belirgin sınırlanmaya yol açan kardiyak hastalığı bulunan hastalar.

**Sınıf IV :** Ağır KY, Kardiyak hastalığın fiziksel aktiviteyi tamamen engellediği hastalar(Akçiçek, 2003; Oğuz, 2005; Mann, 2008).



NYHA'ya göre yıllık mortalite oranları sınıf-II 'de %5-10, sınıf III' te %10-20 iken sınıf-IV' te %30-70dir. Fonksiyonel kapasitenin objektif değerlendirilmesi için egzersiz testi ile birlikte solunum gaz değişimi analizi sık kullanılan bir yöntem haline gelmiştir. Yaşlılarda, ejeksiyon fraksiyonu düşük olgularda, erkeklerde ve koroner kalp hastalığı varlığında prognoz kötüdür(Serdar, 2005).

#### **4.9. Sağlık Davranışı**

Sağlık davranışı, sağlık yaşam biçiminin geliştirilmesinin ve sağlık risklerinden korunmanın temelidir. Sağlıkla ilgili bir alışkanlık; iyi kazanılmış ve genellikle otomatik yada yarı otomatik olarak gerçekleştirilen bir sağlık davranışıdır. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir etkinliği ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici eylemi olarak tanımlanmaktadır. En geniş anlamda ise, bireylerin, grupların ve kurumların eylemlerinin yanı sıra toplumsal değişim, politika geliştirme ve uygulama, geliştirilmiş başa çıkma becerileri ve iyileştirilmiş yaşam kalitesi de dahil olmak üzere, bu eylemlerin belirleyicilerini, ilişkilerini ve sonuçlarını kapsar(Başaran, 2005; Mutlu, 2006; Waters, 2007).

Bireyin olumlu sağlık davranışı kazanmasında ve sağlığını devam ettirmede kendisinin bilinçli çabası gerekmektedir. Bireyin sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve denetlediğinin bilinmesi, bireye yeni davranışlar kazandırma ve var olan doğru davranışlarının sürdürülmesi açısından önemlidir(Mutlu, 2006).

Kişinin sağlık davranışlarını; inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları, kişisel tutumları ve bunlara ek olarak, psikolojik özellikleri, davranış biçimleri ve alışkanlıkları etkilemektedir(Mutlu, 2006).

Gochman (1997) sağlık davranışını 'sağlığı koruma, geri kazanma ve iyileştirmeyle ilişkili olan inançlar, beklentiler, değerler, algılar ve diğer bilişsel faktörler gibi kişisel özellikler; kişilik özellikleri, duygusal durum ve özellikler; 'davranış kalıpları, eylemler ve alışkanlıklar' olarak tanımlamıştır. Bu tanım açıkça bireysel sorumluluklara vurgu yapmaktadır. Beklenen sağlık davranışının

gerçekleşmesinde bireyin hastalıkları önleme ve sağlığını sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Bu algı, birincil korumaya olan isteğini yansıtır(Aktaran: Mutlu, 2006).

Sağlıkla ilgili davranışların kişilerin demografik, sosyal, ekonomik, eğitim, etnik ve benzeri özellikleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Sağlıkla ilgili davranışların yaşam koşullarının düzeltilmesiyle iyileştiği de kabul edilmektedir. Kişinin bir davranışı gerçekleştirmeye yönelik olarak aldığı eğilim bir olasılıktır. Bu olasılık, kişinin o davranışı gerçekleştirmesinin karar aşamasını tanımlar. Davranışları etkileyen çok değişkenli yapılar mevcuttur. Bu nedenle insanların sağlık davranışları bu değişkenlerden etkilenme durumuna göre değişiklikler göstermektedir(Mutlu, 2006).

#### **4.10. Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL), kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanabilen oldukça geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. Ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür(Başaran ve ark., 2005; Tarsuslu, 2007).

Yaşam kalitesinin ölçümü yeni bir konu değildir. 1800'lerin başlarında Bentham, iyi olma durumunun ölçümleri ile ilgili yazısında psikiyatride yaşam kalitesinin ölçümü konusunda ilk adımları atmıştır(Aktaran: Yılmaz, 2006).

Yaşam kalitesi ilk kez Thorndike (1939) tarafından sosyal evrenin bireyde yansıyan tepkisi şeklinde tanımlanmıştır. Andrew ve Wither yaşam kalitesi kavramını bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi olarak tanımlamıştır (Aktaran: Üstün, 2003).

Sosyologlar tarafından daha çok “iyilik hali, iyi bir yasama sahip olma” anlamında kullanılmış olan bu kavram, hızla sağlık bakım sistemi içinde de kullanılmaya başlanmıştır. Yaşam kalitesi kavramı 1960’lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji biliminin konu alanına girmiştir. Ekonomistler bu kavramı ulusal üretim, çalışma, barınma, sosyal durum gibi yaşam biçimi boyutu ile ele almışlardır. 1970’li yıllarda ise psikologlar “yaşam doyumu” boyutunu gündeme getirmişlerdir. Tıp literatüründe yaşam kalitesine ilişkin yayınlara 1960’lı yıllarda rastlanmaktadır.

Hemşirelikte ise; bu kavrama 1980’li yıllardan sonra daha çok rastlanmaktadır (Taşkın, 2007).

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerin bilim ve yönetim çevrelerinin üzerinde yoğunlaştıkları yaşam kalitesi kavramı ile sıkça karşılaşmaktayız. Bu kavramın içeriğinde toplumun mutluluğu ve esenliğinden, çevre koşulları kalite ve ekolojik yapılarına dek uzanan çok çeşitli değişkenler bulunmaktadır(Yılmaz, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre “Yaşam Kalitesi”; Bireylerin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak içinde yaşadığı kültür ve değerler sisteminde yaşamda bulunduğu yeri algılamasıdır. Dünya Sağlık Örgütü’nün bu tanımı:

#### Fiziksel Sağlık

- Ağrı, rahatsızlık
- Enerji, halsizlik, yorgunluk
- Uyku, dinlenme

#### Psikolojik Durum

- Pozitif düşünceler
- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon
- Kendine güven

- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler

#### Bağımsızlık Düzeyi

- Hareket edebilme
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu
- Çalışma kapasitesi

#### Sosyal ilişkiler

- Kişisel ilişkiler
- Sosyal destek
- Seksüel aktivite

#### Çevresel Özellikler

- Fiziksel güvenlik
- Ev çevresi
- Finansal kaynaklar
- Sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite
- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı
- Fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim)

#### Maneviyat ile ilgili özellikler

- Ruhsal, dinsel ve kişisel inançlar olmak üzere altı alanı içermektedir (Acaray, 2003; Taşkın, 2007) .

Yaşam kalitesi araştırmaları, üç yönden yararlı olmaktadır. Birincisi; bireysel kalitenin teknik veri sistemleri ve süreçleriyle saptanabilmesinin verdiği kolaylık, ikincisi; sosyal çevrenin bireye olan etkilerinin anlaşılması ve bu etkilerinin toplum planlamacıları tarafından uygulamaya aktarılması olanağı, üçüncüsü; bireyin yaşantısını algılamasına ve doyum bulma süreçlerini tanımasına katkısıdır (Acaray, 2003).

#### **4.10.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi**

Beklenen yaşam süresinin uzaması, doğurganlığın azalması, enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması, yaşam koşullarının değişmesi toplumların yaşlanmasına neden olmuştur. Yapılan projeksiyonlara göre, 60 yaş ve üzeri nüfusun 2025 yılına kadar yaklaşık 1,2 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Toplumların yaşlanması ile birlikte hastalık örüntüleri değişmiş kronik ve dejeneratif hastalıklar nedeniyle ölümler ve sakatlıklar artmaya başlamıştır. 2001 yılında bildirilen toplam 56,5 milyon ölümün yaklaşık %59'u, küresel hastalık yükünün ise %46'sı kronik hastalıklar nedeniyledir. Bu hastalıklar sakatlıklara neden olduğu gibi yaşam kalitesini azaltmakta, sosyal ve tıbbi hizmetlerin yükünü arttırmaktadır (Taşkın, 2007).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımı da yaşam kalitesinin tanımı gibi birbirinden farklılık göstermektedir(Ünalın, 2005). Genel anlamda kullanılan yaşam kalitesi ile klinik anlamda kullanılan yaşam kalitesini ayırt etmek için sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı geliştirilmiştir(Acaray, 2003).

Genel popülasyon için sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi daha uzun yaşamının yanı sıra daha iyi yaşama anlamındadır. Özellikle ekonomik güçlüklerin olduğu ülkemiz toplumu için daha fazla kazanç daha iyi yaşamla eş değer algılanabilir.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi sağlığı geliştirme( Health Promotion ) kavramı ile de ilişkilidir. Bireylerin sigarayı bırakma, egzersiz, daha iyi beslenme gibi sağlığın geliştirilmesine yönelik davranış değişiklikleri hem yaşamın kalitesini artırır hemde süresini artırır(Acaray, 2003; Ünalın, 2005).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmelerinden en bilinenleri; Sicknees Impact Profili (SIP), Nottingham Health Profile, Quality of well-being scale, McMaster Health Index Questionnaire, Dartmouth COOP Function Charts, WOQOL, Duke Health Profile ve Medical Outcome Study SF 36' dır (Ünalın, 2005; Yılmaz, 2006; Taşkın, 2007).

#### **4.10.2. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi**

Kronik hastaların ve yaşlıların çoğunluğunun fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesi azalmaktadır(Yılmaz, 2006). KY hastalarında yaşam kalitesinin normal referans popülasyonu ve diğer kronik hastalıkları olan hastalarla karşılaştırıldığında daha düşük olduğu bulunmuştur(Tavlı ve Çetin, 2010).

KY morbiditesi hem bireylerin yaşam kalitesini hem de hastaneye başvuru sıklığını arttırarak maliyeti yükseltmektedir. Bu durum aynı zamanda hasta ve toplum içinde büyük bir yük ve sıkıntı oluşturmaktadır. Morbiditenin yükselmesi ve hastaneye başvuruların sıklığının en büyük nedeni, KY olan bireylerin hastalığının yönetimine uyum göstermemesidir. Bu nedenle hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonelleri uyumsuzluğun farkında olmalı ve uyumsuzluğun nedenlerini, uyumun önemini, uyumu engelleyen durumları ve hastaya yardımı hasta/ aile ile tartışmalıdır(Oğuz, 2005).

KY hastalarının eşleri de hem eş hem de bakımdan sorumlu rollerini aynı anda yapmak gibi zor bir durumla yüzleşmek zorunda kalmaktadır(Tavlı ve Çetin, 2010).

KY olan bireylerin başarılı yönetimi, sıklıkla temel, uzun dönem yaşam şekli düzenlemelerinin hastalar ve aileleri tarafından uygulanmasını gerektirir. Yaşam şekli düzenlemeleri diyet ve aktivitelerinin değişimini, kompleks ilaç reçetelerine bağlılığı ve semptomların yönetimini içerir.

Hasta ve aile eğitimi, evde sağlık bakımı bu hastalarda daha sonraki tekrar hastaneye yatışları önlemede en önemli faktördür.

Eğitim planında, hasta ve ailesinin öz-bakımı ne derece sağlayabileceğine dair dikkatli yapılmış bir hemşirelik değerlendirmesine gerek vardır. Eğitimin içeriği, hastanın eğitim seviyesi, sağlık sistemindeki daha önceki deneyimleri, yaş, meslek, gelenekleri ve kültürel yapıları, genel yaşam şekli hakkında toplanan bilgilerle belirlenir(Enç ve ark., 2007).

Sonuç olarak KY olan bireyler hastalıklarının yönetimine uyum sağlayarak, egzersiz, beslenme alışkanlıklarının değerışmesi, düzenli ilaç kullanımı, bireysel izlem ve yaşam tarzı değerışikliklerini öğrenerek ve semptomları kontrol ederek, hastalıkları ile kaliteli bir şekilde yaşamlarını sürdürebilirler(Oğuz, 2005).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma; sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

### **5.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evreni, İstanbul ilinde bir üniversite hastanesi ve bir eğitim ve araştırma hastanesinde 15 Ocak 2010 – 31 Mart 2010 tarihleri arasında tedavi görmekte olan 500 sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği olan hastalardan oluştu.

Araştırmanın örneklemini ise, 15 Ocak 2010 - 31 Mart 2010 tarihleri arasında belirlenen hastanelere başvuran, aşağıdaki kriterleri karşılayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 200 sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği teşhisi konulmuş hastalar oluşturdu.

Örneklem seçiminde başvurulun kriterler:

- Okur-yazar olmak,
- Soruları cevaplayabilecek düzeyde olmak,
- Türkçe iletişim kurabilmek,
- Psikiyatrik sorunu olmamak,
- Sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği tanısı almış olmak,
- En az altı aydır sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği tedavisi uygulanıyor olmak.



### **5.3. Veri Toplama Araçları**

Veriler, Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonlu kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Tanıtıcı Anket Formu ( EK-1 ), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ( EK-2 ) ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği ( EK-3 ) kullanılarak hastalar ile birebir görüşülerek araştırmacı tarafından toplandı.

#### **5.3.1. Tanıtıcı Anket Formu**

##### **Sosyo- Demografik Özellikler:**

Cinsiyet, yaş, kilo, öğrenim durumu, medeni durum, mesleki durum, gelirin gideri karşılama durumu, yaşantının büyük kısmının geçtiği yer ve aile tipini içeren 11 sorudan oluşturuldu.

##### **Hastalığa ilişkin özellikler:**

Sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği tanısının konulma zamanı, ilaç kullanma durumu, herhangi bir egzersiz veya diyet uygulanma durumu, fiziksel aktiviteye göre kalp yetersizliği sınıfını içeren 10 sorudan oluşturuldu.

#### **5.3.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey– SF-36)**

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1987 yılında, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş olup 14 yaş ve üzeri bireylerin kendi kendilerine ya da bir araştırmacının yardımı ile cevaplayabilecekleri bireysel değerlendirme ölçeğidir.

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen ve Pınar(2003) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanan ölçek (SF-36) klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir (Aktaran: Acaray, 2003 ).

36 ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve 8 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. SF-36’da yer alan 3 majör sağlık kavramı ve 8 sağlık kavramı aşağıdaki gibidir.

### 1. Fonksiyel Durum

- Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,
- Emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerin yapılmasının engellenmesi,
- Sağlık problemlerine bağlı fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,
- Fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesini içermektedir.

### 2. Esenlik

- Ruhsal sağlık( emosyonel stres ve esenlik ),
- Canlılık ( zindelik / yorgunluk ),
- Beden ağrılarını değerlendirmektedir.

### 3.Genel Sağlık Anlayışı

- Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesini kapsar.

SF-36’ nın değerlendirme yönergesi aşağıdaki gibidir;

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- 1= evet çok zorluyor

2= evet biraz zorluyor

3= hayır hiç zorlamıyor

- 4 ve 5- 1= evet , 2= hayır
- 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 puan
- 8- 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 şeklinde puanlanmaktadır.

Pınar(2003) çalışmasında SF-36' nın Cronbach alfa 0.70' in üzerinde bulmuştur. Çoğu çalışmada alt ölçeklerin her biri için ayrı ayrı hesaplama yolu yeğlenmiştir. Ancak çok seyrek olarak alt ölçeklere yönelik olarak ayrı birer madde gibi işlem yapılarak tek bir Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır

Bizim çalışmamızda ise; SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarına ait Cronbach alfa katsayıları aşağıdaki gibi hesaplanmıştır.

**Tablo 5-1.** SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Bulguları

Boyut	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Fiziksel fonksiyon	0,95	10
Sosyal fonksiyon	0,93	2
Fiziksel rol güçlüğü	0,80	4
Emosyonel rol güçlüğü	0,71	3
Mental sağlık	0,89	5
Enerji	0,91	4
Ağrı	0,90	2
Genel sağlık	0,84	5

### 5.3.3. Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları Ölçeği

1998 Yılında Nuray Enç tarafından hazırlanmıştır. Bu ölçek kalp yetersizliği olan bireylerin sağlık davranışlarını saptamaya yönelik olarak 24 madde içermektedir. Enç ölçeğin kapsam geçerliliği için dört uzmanın görüşünü almıştır. Ölçeğin güvenilirliğini iç tutarlılık yöntemi ile sınıması ve güvenilirlik katsayısını 0.80 olarak bulmuştur. Bizim

çalışmamızda ise; Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları ölçeğinin cronbach's alfa değeri aşağıdaki gibi bulunmuştur.

**Tablo 5-2.** Kalp yetersizliği sağlık davranışları Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Bulguları

Boyut	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
<b>Kalp yetersizliği sağlık davranışları</b>	0,92	24

Kalp yetersizliği sağlık davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme dört likert tipli ölçek üzerinde yapılmaktadır. Puanlama 1'den 4'e kadardır. 'Hiçbir zaman' yanıtı için 1, 'Bazen' yanıtı için 2, 'Sık sık' yanıtı için 3, 'Düzenli olarak' yanıtı için 4 puan verilerek sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Böylece ölçekten en düşük 24, en yüksek 96 puan alınmıştır. Değerlendirmede 'düşük puanlar' da kalp yetersizliği sağlık davranışlarının yetersiz olduğu, 'yüksek puanlar' da ise kalp yetersizliği sağlık davranışlarının yeterli olduğu şeklinde yorum yapılmıştır.

#### **5.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde sosyo-demografik özellikler bağımsız, yaşam kalitesi ölçeği sonuçları bağımlı değişken olarak alındı.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS paket programı ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanıldı.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, gruplar arası karşılaştırmalarda t testi kullanıldı. İki'den fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey testi kullanıldı.

İki niceliksel veri arasındaki ilişkiyi saptamak için ise Pearson Korelasyon analizi kullanıldı.

### **5.5. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Çalışma İstanbul ilinde bir üniversite ve bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmış olup, verilerin iki hastane ile sınırlı olması, hastaların soruları doğru olarak cevaplandırılmış olması sınırlılığdır.

### **5.6. Araştırmanın Etik Yönü**

- Araştırma için kurumlardan yazılı izin alındı. (Ek 4 ve Ek 5 )
- Hastalara açıklama yapılarak kendi istekleri ile katılımları sağlandı.
- Bulgular içinde kurumların isimlerinin açıklanmadı.
- Araştırma yapılan kurumlara araştırma sonuçlarının paylaşılacağı bildirildi.
- Çalışmamızda bireylerin ‘mahremiyetine saygı’ ve ‘hasta bilgilerinin gizliliğine saygı’ duyularak, bireylerin fiziki ve ruhsal bütünlüğü ile kişiliğine etkisini en aza indirmek için kişisel bilgilerin araştırmacının dışında hiç kimseye açıklanmayacağı belirtildi.

## 6. BULGULAR

Araştırma 15 Ocak 2010 – 31 Mart 2010 tarihleri arasında İstanbul ilinde bir üniversite hastanesi ve bir eğitim ve araştırma hastanesinde tedavi görmekte olan 200 sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastası ile gerçekleştirildi. Bulgular;

- Sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının, sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bulgular,
- Sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının, SF-36 yaşam kalitesi ve sağlık davranışları ilişkisine yönelik bulgular,
- Sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının, SF-36 yaşam kalitesi ve sağlık davranışlarının demografik özellikler ve hastalığa ilişkin bulguları olmak üzere üç başlıkta toplandı.

## 6.1. Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği Hastalarının, Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Bulgularının Dağılımı

**Tablo 6-1.1.** Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği Hastalarının Sosyo- Demografik Özelliklerinin Dağılımı

N= 200

Sosyo- Demografik Özellikler		n	%
Hasta Cinsiyeti	Kadın	92	46
	Erkek	108	54
Öğrenim Durumu	Okur-Yazar	43	21,5
	İlköğretim	101	50,5
	Ortaöğretim	35	17,5
	Yükseköğretim	21	10,5
Medeni Durum	Evli	145	72,5
	Bekar	18	9
	Dul	37	18,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	63	31,5
	Çalışmıyor	137	68,5
Çalışmama Sebebi (n=136)	Ev Hanımı	51	37,5
	Hastalık Nedeniyle Çalışmıyor	22	16,2
	Emekli	63	46,3
Çalışanların Mesleği (n=64)	Memur	18	28,1
	İşçi	14	21,9
	Serbest Meslek	32	50
Gelir Durumu	Çok İyi	14	7
	İyi	53	26,5
	Yeterli	76	38
	Yetersiz	57	28,5
Aile Tipi	Çekirdek Aile	143	71,5
	Geniş Aile	47	23,5
	Parçalanmış Aile	10	5
Yaşantının Çoğunun Geçtiği Yer	İl	105	52,5
	İlçe	42	21
	Köy	47	23,5
	Yurtdışı	6	3
Hasta Yaşı	(Ort ± SS yıl)	54,43 ± 14,68	(Min-Max) 23 – 84
Hasta Kilosu	(Ort ± SS )	76,06 ± 15,85	(Min-Max) 46 – 143

Hastalara ilişkin sosyo-demografik özelliklere bakıldığında hastaların % 46 (n=92)' sı kadın, % 54 (n=108)' ü erkek; yaş ortalamaları  $54,43 \pm 14,68$  yıl (range: 23-84); hastaların kilolarının ortalaması  $76,06 \pm 15,85$  yıl (range: 46 - 143)' dir.

Hastaların % 21,5' i okur-yazar, % 50,5' i ilköğretim, % 17,5' i ortaöğretim, % 10,5' i yükseköğretim mezunudur. % 72,5'i evlidir.

Hastaların %31,5' i çalışırken, % 68,5' i çalışmamaktadır. Çalışanların %50'si serbest meslek, % 21,9' u işçi, % 28,1' i memurdur. Hastaların % 46,3' ü ise emeklidir.

Hastaların % 7' si ekonomik durumunu çok iyi, % 26,5' i iyi, % 38' i yeterli, % 28,5' i yetersiz olarak tanımlamıştır.

Hastaların % 71,5' i çekirdek aile, % 23,5' i geniş aileye ve % 5'i parçalanmış aileye sahiptir. Hastaların % 52,5' i yaşantısının çoğunu il, % 21' i ilçe, % 23,5' i köy, % 3' ü yurtdışında geçirmiştir.



**Tablo 6-1.2.** Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastalığa İlişkin Bulgularının Dağılımı N= 200

Sosyo- Demografik Özellikler		n	%
Tanı Konulma Zamanı	6-12 ay	43	21,5
	13-24 ay	67	33,5
	25 ay ve ↑	90	45
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu	Evet	165	82,5
	Hayır	35	17,5
Kardiyak Diyete Uyuma Durumu	Evet	139	69,5
	Hayır	61	30,5
Egzersiz Yapma Durumu	Evet	96	48
	Hayır	104	52
Egzersiz Türü	Yürüyüş	141	70,5
	Merdiven Çıkma	29	14,5
	Diğer	30	15
Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumu	Evet	171	85,5
	Hayır	29	14,5
Hastalığın Yaşamı Olumsuz Etkileme Durumu	Evet	120	60
	Hayır	80	40
NYHA Sınıfı	NYHA-I	19	9,5
	NYHA-II	114	57
	NYHA-III	44	22
	NYHA-IV	23	11,5
Günlük Alınan İlaç Sayısı (Ort ± SS) 6,22 ± 2,29		Min - Max : 1-13	
Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) (Ort ± SS) 35,48 ± 8,03		Min – Max : 15-58	

Hastaların; % 21' ine 6-12 ay önce, % 33,5' ine 13-24 ay önce ve % 45' ine 25 ay ve öncesinde sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği tanısı konmuş olduğu yer almaktadır.

Hastaların; % 82,5' i ilaçlarını düzenli kullanmakta, %69,5' i kardiyak diyetine uymakta ve % 85,5' i düzenli doktor kontrollerine gitmektedir.

Sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının;% 52' si düzenli egzersiz yapmamakta, hastaların % 70,5' i egzersiz olarak yürüyüşü tercih etmektedir. Ayrıca hastalık % 60' ının yaşamını olumsuz olarak etkilemiştir.

Hastaların günlük ilaç kullanma sayısı  $6,22 \pm 2,29$  ( Min - Max : 1-13), sol ventrikül EF' si  $35,48 \pm 8,03$  (Min – Max : 15-58)' dir.

Sistolik Sol ventrikül disfonksiyonlu hastaların % 9,5' i NYHA-I, % 57' si NYHA-II, % 22' si NYHA-III, % 11,5'i NYHA-IV kalp yetersizliği işlevsel sınıfındadır.

## 6.2. Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği Hastalarının, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışları İlişkisine Yönelik Bulgular

**Tablo 6-2.1.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguları

	<b>Ort.</b>	<b>S.s</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
<b>Fiziksel fonksiyon</b>	64,125	29,800	0	100
<b>Sosyal fonksiyon</b>	43,889	7,368	22,222	66,667
<b>Fiziksel rol güçlüğü</b>	58,000	39,050	0	100
<b>Emosyonel rol güçlüğü</b>	62,500	38,529	0	100
<b>Mental sağlık</b>	61,200	19,694	8	100
<b>Enerji</b>	55,875	23,694	0	95
<b>Ağrı</b>	71,556	25,368	0	100
<b>Genel sağlık</b>	39,010	23,940	0	95
<b>Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik</b>	33,625	22,500	0	100
<b>SF-36 toplam puan</b>	57,019	21,216	7,042	87,931

Araştırmaya katılan hastaların; fiziksel fonksiyon değişkeninin puan ortalaması 64,13±29,80; sosyal fonksiyon değişkeninin puan ortalaması 43,89±7,37; fiziksel rol güçlüğü değişkeninin puan ortalaması 58,00±39,05; emosyonel rol güçlüğü değişkeninin puan ortalaması 62,50±38,53; mental sağlık değişkeninin puan ortalaması 61,20±19,69; enerji değişkeninin puan ortalaması 55,88±23,69; ağrı değişkeninin puan ortalaması 71,56±25,37; genel sağlık değişkeninin puan ortalaması 39,01±23,94; geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik değişkeninin puan ortalaması 33,63±22,50; SF-36 toplam puan değişkeninin puan ortalaması 57,02±21,22 olarak bulundu.

**Tablo 6-2.2.** Hastaların Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulguları

	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>S.s</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	200	3,145	0,521	1,667	4,000

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları değişkeninin aritmetik ortalaması 3,14; standart Sapması 0,52 olarak hesaplandı.

**Tablo 6-2.3.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi İle Kalp Sağlık Davranışları İlişkisi

N=200

		<b>Kalp yetersizliği sağlık davranışları</b>
<b>Fiziksel fonksiyon</b>	<b>r</b>	0,059
	<b>p</b>	0,409
<b>Sosyal fonksiyon</b>	<b>r</b>	-0,046
	<b>p</b>	0,516
<b>Fiziksel rol güçlüğü</b>	<b>r</b>	-0,049
	<b>p</b>	0,490
<b>Emosyonel rol güçlüğü</b>	<b>r</b>	-0,096
	<b>p</b>	0,176
<b>Mental sağlık</b>	<b>r</b>	0,011
	<b>p</b>	0,872
<b>Enerji</b>	<b>r</b>	0,020
	<b>p</b>	0,777
<b>Ağrı</b>	<b>r</b>	-0,002
	<b>p</b>	0,979
<b>Genel sağlık</b>	<b>r</b>	0,036
	<b>p</b>	0,613
<b>Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik</b>	<b>r</b>	-0,035
	<b>p</b>	0,620
<b>SF-36 toplam puan</b>	<b>r</b>	-0,016
	<b>p</b>	0,823

Pearson Korelasyon Analizi

SF-36 toplam puanı ve alt boyutları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ( $p>0,05$ ). Sağlık davranışlarının; SF-36 toplam puanı ile sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları arasında negatif yönlü korelasyon, fiziksel fonksiyon, mental sağlık, enerji ve genel sağlık alt boyutları ile arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu saptandı.

### 6.3. Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Kalp Yetersizliği Hastalarının, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Demografik Özellikler ve Hastalığa İlişkin Bulguları

**Tablo 6-3.1.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Cinsiyete Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N= 200

	Grup	n	Ort	Ss	T	p
Fiziksel fonksiyon	Kadın	92	64,185	27,965	0,026	0,979
	Erkek	108	64,074	31,409		
Sosyal fonksiyon	Kadın	92	42,391	7,354	-2,695	<b>0,008**</b>
	Erkek	108	45,165	7,169		
Fiziksel rol güçlüğü	Kadın	92	62,228	36,595	1,417	0,158
	Erkek	108	54,398	40,848		
Emosyonel rol güçlüğü	Kadın	92	64,493	37,245	0,674	0,501
	Erkek	108	60,802	39,684		
Mental sağlık	Kadın	92	64,913	18,221	2,493	<b>0,013*</b>
	Erkek	108	58,037	20,422		
Enerji	Kadın	92	59,565	21,834	2,049	<b>0,042*</b>
	Erkek	108	52,731	24,840		
Ağrı	Kadın	92	71,014	25,249	-0,278	0,781
	Erkek	108	72,016	25,577		
Genel sağlık	Kadın	92	41,033	23,343	1,103	0,271
	Erkek	108	37,287	24,412		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	Kadın	92	34,511	23,686	0,513	0,609
	Erkek	108	32,870	21,522		
SF-36 toplam puan	Kadın	92	58,728	19,057	1,067	0,287
	Erkek	108	55,564	22,882		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	Kadın	92	3,187	0,533	1,054	0,293
	Erkek	108	3,109	0,511		

t (independent samples) testi \*p<0.05 düzeyinde anlamlı \*\*p<0.01 ileri düzeyde anlamlı

Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puanı ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanları ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Araştırmaya katılan hastaların sosyal fonksiyon puanları ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan hastaların mental sağlık ve enerji alt boyutları puanları ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $t=1,054$ ;  $p=0,293>0,05$ ).

**Tablo 6-3.2.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Yaş İle İlişkisi

	Yaş	
	R	p
Fiziksel fonksiyon	-0,204	<b>0,004**</b>
Sosyal fonksiyon	0,063	0,378
Fiziksel rol güçlüğü	-0,088	0,214
Emosyonel rol güçlüğü	0,011	0,875
Mental sağlık	-0,051	0,473
Enerji	-0,123	0,082
Ağrı	-0,193	<b>0,006**</b>
Genel sağlık	-0,167	<b>0,018*</b>
Geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik	-0,076	0,287
SF-36 toplam puan	-0,126	0,075
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	-0,435	<b>p&lt;0,001**</b>

Pearson korelasyon analizi \* $p<0.05$  düzeyinde anlamlı \*\* $p<0.01$  ileri düzeyde anlamlı

Fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutları ile yaş arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında negatif yönde ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. ( $p<0,01$ ).

Genel sağlık alt boyutu ile yaş arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ( $p<0,05$ ).

SF-36 toplam puanı ve sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları ile yaş arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ( $p>0,05$ ).

Sağlık davranışları ile yaş arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında negatif yönde ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. ( $p=0,000<0,01$ ).

**Tablo 6-3.3.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışlarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N=200

	Grup	n	Ort	Ss	F	P
Fiziksel fonksiyon	Okur-Yazar	43	50,465	27,685	4,095	<b>0,008**</b>
	İlköğretim	101	67,030	28,383		
	Ortaöğretim	35	69,571	30,009		
	Yükseköğrenim	21	69,048	33,861		
Sosyal fonksiyon	Okur-Yazar	43	44,186	6,176	0,755	0,521
	İlköğretim	101	44,444	7,201		
	Ortaöğretim	35	42,857	9,391		
	Yükseköğrenim	21	42,328	6,684		
Fiziksel rol güçlüğü	Okur-Yazar	43	51,744	41,330	0,724	0,539
	İlköğretim	101	57,673	36,699		
	Ortaöğretim	35	63,571	41,720		
	Yükseköğrenim	21	63,095	41,547		
Emosyonel rol güçlüğü	Okur-Yazar	43	62,791	39,980	0,447	0,720
	İlköğretim	101	60,726	38,700		
	Ortaöğretim	35	61,905	37,174		
	Yükseköğrenim	21	71,429	38,421		
Mental sağlık	Okur-Yazar	43	56,093	16,012	1,637	0,182
	İlköğretim	101	61,386	19,616		
	Ortaöğretim	35	64,114	19,799		
	Yükseköğrenim	21	65,905	25,223		
Enerji	Okur-Yazar	43	46,977	19,492	2,940	<b>0,034*</b>
	İlköğretim	101	57,079	23,035		
	Ortaöğretim	35	59,857	25,710		
	Yükseköğrenim	21	61,667	27,764		
Ağrı	Okur-Yazar	43	75,873	23,101	2,988	<b>0,032*</b>
	İlköğretim	101	73,157	25,833		
	Ortaöğretim	35	61,757	23,168		
	Yükseköğrenim	21	76,720	27,421		
Genel sağlık	Okur-Yazar	43	30,907	21,099	3,489	<b>0,017*</b>
	İlköğretim	101	41,629	25,493		
	Ortaöğretim	35	39,188	21,564		
	Yükseköğrenim	21	50,381	32,383		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	Okur-Yazar	43	26,163	23,116	2,040	0,110
	İlköğretim	101	35,644	21,606		
	Ortaöğretim	35	35,714	23,706		
	Yükseköğrenim	21	35,714	21,753		
SF-36 toplam puan	Okur-Yazar	43	50,615	18,953	2,060	0,107
	İlköğretim	101	57,586	20,266		
	Ortaöğretim	35	59,922	22,414		
	Yükseköğrenim	21	62,571	26,070		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	Okur-Yazar	43	3,085	0,488	15,268	<b>p&lt;0,001**</b>
	İlköğretim	101	3,330	0,456		
	Ortaöğretim	35	2,880	0,539		
	Yükseköğrenim	21	3,665	0,197		

Varyans Analizi(Anova)

\*p<0.05 düzeyinde anlamlı

\*\*p<0.01 ileri düzeyde anlamlı



Araştırmaya katılan hastaların fiziksel fonksiyon puanları ortalamalarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu(  $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan hastaların enerji, ağrı ve genel sağlık alt boyut puanları ortalamalarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puan ve sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları puanları ortalamalarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı(  $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu( $F=15,268$ ;  $p=0,000<0,05$ ).

**Tablo 6-3.4.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N= 200

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>P</b>
Fiziksel fonksiyon	Evli	145	51,818	31,437	3,711	<b>p&lt;0,001**</b>
	Bekar / dul	55	68,793	27,872		
Sosyal fonksiyon	Evli	145	44,061	7,569	0,536	0,592
	Bekar / dul	55	43,434	6,854		
Fiziksel rol güçlüğü	Evli	145	61,724	37,506	2,211	<b>0,028*</b>
	Bekar / dul	55	48,182	41,626		
Emosyonel rol güçlüğü	Evli	145	65,287	37,654	1,669	0,097
	Bekar / dul	55	55,152	40,174		
Mental sağlık	Evli	145	63,255	18,141	2,199	<b>0,031*</b>
	Bekar / dul	55	55,782	22,594		
Enerji	Evli	145	46,091	25,435	3,474	<b>0,001**</b>
	Bekar / dul	55	59,586	21,973		
Ağrı	Evli	145	75,556	24,519	3,737	<b>p&lt;0,001**</b>
	Bekar / dul	55	61,010	24,741		
Genel sağlık	Evli	145	42,214	22,555	3,141	<b>0,002**</b>
	Bekar / dul	55	30,564	25,596		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	Evli	145	25,909	24,039	3,048	<b>0,003**</b>
	Bekar / dul	55	36,552	21,250		
SF-36 toplam puan	Evli	145	60,060	19,812	3,166	<b>0,002**</b>
	Bekar / dul	55	49,004	22,842		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	Evli	145	3,132	0,515	-0,569	0,570
	Bekar / dul	55	3,179	0,543		

t (Independent samples) testi \*p<0,05 düzeyinde anlamlı \*\*p<0,01 ileri düzeyde anlamlı

Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puan ve fiziksel fonksiyon, enerji, ağrı, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanları ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu (p<0,01).

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel rol glg ve mental sağlık alt boyutları puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sosyal fonksiyon puanları ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6-3.5.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N= 200

	Grup	N	Ort	Ss	T	p
Fiziksel fonksiyon	Çalışan	63	85,079	11,964	10,133	<b>p&lt;0,001**</b>
	Çalışmayan	137	54,489	30,614		
Sosyal fonksiyon	Çalışan	63	69,651	14,416	4,878	<b>0,003**</b>
	Çalışmayan	137	57,314	20,603		
Fiziksel rol güçlüğü	Çalışan	63	32,194	23,165	1,360	0,175
	Çalışmayan	137	36,885	20,720		
Emosyonel rol güçlüğü	Çalışan	63	74,074	34,101	3,096	<b>0,002**</b>
	Çalışmayan	137	57,178	39,388		
Mental sağlık	Çalışan	63	49,915	7,035	0,034	0,973
	Çalışmayan	137	43,877	7,541		
Enerji	Çalışan	63	50,146	24,756	6,397	<b>p&lt;0,001**</b>
	Çalışmayan	137	68,333	15,080		
Ağrı	Çalışan	63	61,430	20,208	0,358	0,721
	Çalışmayan	137	60,114	17,286		
Genel sağlık	Çalışan	63	69,524	25,329	0,521	0,603
	Çalışmayan	137	71,987	25,432		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	Çalışan	63	45,238	16,100	5,996	<b>0,001**</b>
	Çalışmayan	137	28,285	23,052		
SF-36 toplam puan	Çalışan	63	60,671	39,978	1,068	0,288
	Çalışmayan	137	66,667	34,960		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	Çalışan	63	3,296	0,424	3,101	<b>0,002**</b>
	Çalışmayan	137	3,075	0,548		

t (Independent samples) testi \*p<0,05 düzeyinde anlamlı \*\*p<0,01 ileri düzeyde anlamlı

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanları ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu (p<0,01).

Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puan ve fiziksel rol gl, mental sağlık, ağrı, genel sağlık alt boyut puanları ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ).

**Tablo 6-3.6.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Gelirin Gideri Karşılama Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N= 200

	<b>Grup</b>	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Fiziksel fonksiyon	İyi	67	58,007	23,826	2,151	0,119
	Yeterli	76	49,894	23,113		
	Yetersiz	57	53,500	21,480		
Sosyal fonksiyon	İyi	67	44,444	8,650	0,661	0,517
	Yeterli	76	43,129	6,534		
	Yetersiz	57	44,250	6,801		
Fiziksel rol güçlüğü	İyi	67	64,179	38,244	4,808	<b>0,009**</b>
	Yeterli	76	62,500	36,171		
	Yetersiz	57	44,737	41,116		
Emosyonel rol güçlüğü	İyi	67	68,657	36,644	3,488	<b>0,032*</b>
	Yeterli	76	51,462	39,375		
	Yetersiz	57	65,351	38,274		
Mental sağlık	İyi	67	64,421	17,066	10,159	<b>p&lt;0,001**</b>
	Yeterli	76	65,612	19,133		
	Yetersiz	57	51,719	20,686		
Enerji	İyi	67	58,277	20,917	1,488	0,228
	Yeterli	76	52,445	21,561		
	Yetersiz	57	60,529	22,911		
Ağrı	İyi	67	78,109	22,719	9,609	<b>0,002**</b>
	Yeterli	76	59,844	26,952		
	Yetersiz	57	74,561	23,645		
Genel sağlık	İyi	67	28,035	21,620	9,695	<b>0,001**</b>
	Yeterli	76	41,434	22,279		
	Yetersiz	57	45,597	24,749		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	İyi	67	39,179	20,516	12,078	<b>p&lt;0,001**</b>
	Yeterli	76	37,500	22,546		
	Yetersiz	57	21,930	20,632		
SF-36 toplam puan	İyi	67	62,616	20,376	10,877	<b>0,018*</b>
	Yeterli	76	59,895	18,558		
	Yetersiz	57	46,607	22,133		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	İyi	67	3,348	0,428	8,337	<b>p&lt;0,001**</b>
	Yeterli	76	3,058	0,514		
	Yetersiz	57	3,020	0,567		

Varyans Analizi (Anova) \*p<0,05 düzeyinde anlamlı \*\*p<0,01 ileri düzeyde anlamlı

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, enerji, alt boyut puanları ortalamalarının gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel rol güçlüğü, mental sağlık, ağrı, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanları ortalamalarının gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puan ve emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanları ortalamalarının gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu(  $p=0,000<0,01$ ).

**Tablo 6-3.7.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Aile Tipine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N=200

	<b>Grup</b>	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Fiziksel fonksiyon	Çekirdek Aile	143	66,434	28,879	2,169	0,117
	Geniş Aile	47	56,277	31,268		
	Parçalanmış Aile	10	68,000	32,506		
Sosyal fonksiyon	Çekirdek Aile	143	43,901	7,141	0,038	0,962
	Geniş Aile	47	43,735	8,482		
	Parçalanmış Aile	10	44,444	5,238		
Fiziksel rol güçlüğü	Çekirdek Aile	143	59,091	37,710	0,402	0,670
	Geniş Aile	47	53,723	42,021		
	Parçalanmış Aile	10	62,500	46,022		
Emosyonel rol güçlüğü	Çekirdek Aile	143	62,005	37,862	0,415	0,661
	Geniş Aile	47	61,702	40,515		
	Parçalanmış Aile	10	73,333	40,976		
Mental sağlık	Çekirdek Aile	143	62,937	19,630	2,175	0,116
	Geniş Aile	47	56,085	19,120		
	Parçalanmış Aile	10	60,400	21,035		
Enerji	Çekirdek Aile	143	58,007	23,826	2,151	0,119
	Geniş Aile	47	49,894	23,113		
	Parçalanmış Aile	10	53,500	21,480		
Ağrı	Çekirdek Aile	143	73,271	25,235	1,812	0,166
	Geniş Aile	47	65,485	26,338		
	Parçalanmış Aile	10	75,556	19,458		
Genel sağlık	Çekirdek Aile	143	40,573	23,967	2,485	0,086
	Geniş Aile	47	32,660	22,919		
	Parçalanmış Aile	10	46,500	24,749		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	Çekirdek Aile	143	34,965	22,427	0,949	0,389
	Geniş Aile	47	29,787	22,505		
	Parçalanmış Aile	10	32,500	23,717		
SF-36 toplam puan	Çekirdek Aile	143	58,277	20,917	1,488	0,228
	Geniş Aile	47	52,445	21,561		
	Parçalanmış Aile	10	60,529	22,911		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	Çekirdek Aile	143	3,242	0,476	10,245	<b>p&lt;0,001*</b>
	Geniş Aile	47	2,865	0,562		
	Parçalanmış Aile	10	3,063	0,513		

Varyans Analizi (Anova) \*p<0,05 düzeyinde anlamlı \*\*p<0,01 ileri düzeyde anlamlı



Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puan ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol gl, emosyonel rol gl, mental sağlık, enerji, genel sağlık, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyut puanları ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı( $F=2,169$ ;  $p=0,117>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu( $F=10,245$ ;  $p=0,000<0,05$ ).

**Tablo 6-3.8.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Tanı Konma Zamanına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N= 200

	Grup	n	Ort	Ss	F	p
Fiziksel fonksiyon	6-12 ay	42	74,643	23,514	5,991	<b>0,003**</b>
	13-24 ay	67	67,836	29,014		
	25 ay ve üstü	90	57,111	30,904		
Sosyal fonksiyon	6-12 ay	42	42,857	8,348	0,730	0,483
	13-24 ay	67	44,610	7,855		
	25 ay ve üstü	90	43,827	6,528		
Fiziksel rol güçlüğü	6-12 ay	42	69,048	35,703	3,583	<b>0,030*</b>
	13-24 ay	67	61,567	38,269		
	25 ay ve üstü	90	50,833	39,741		
Emosyonel rol güçlüğü	6-12 ay	42	69,048	38,532	1,200	0,304
	13-24 ay	67	58,519	39,126		
	25 ay ve üstü	90	64,677	37,101		
Mental sağlık	6-12 ay	42	62,806	19,095	5,565	<b>0,004**</b>
	13-24 ay	67	68,571	17,988		
	25 ay ve üstü	90	56,933	19,734		
Enerji	6-12 ay	42	59,254	22,668	6,398	<b>0,002**</b>
	13-24 ay	67	64,167	21,153		
	25 ay ve üstü	90	50,056	23,744		
Ağrı	6-12 ay	42	65,556	25,645	6,225	<b>0,002**</b>
	13-24 ay	67	74,461	25,734		
	25 ay ve üstü	90	80,952	19,676		
Genel sağlık	6-12 ay	42	42,896	24,179	5,424	<b>0,005**</b>
	13-24 ay	67	45,905	23,165		
	25 ay ve üstü	90	33,333	22,742		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	6-12 ay	42	38,690	23,557	6,858	<b>0,001**</b>
	13-24 ay	67	39,179	23,526		
	25 ay ve üstü	90	27,500	19,491		
SF-36 toplam puan	6-12 ay	42	64,399	19,019	5,968	<b>0,003**</b>
	13-24 ay	67	59,763	20,874		
	25 ay ve üstü	90	52,021	20,936		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	6-12 ay	42	3,128	0,594	1,139	0,322
	13-24 ay	67	3,218	0,490		
	25 ay ve üstü	90	3,092	0,507		

Varyans Analizi (Anova) \*p<0,05 düzeyinde anlamlı \*\*p<0,01 ileri düzeyde anlamlı

Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puan, fiziksel fonksiyon, mental sağlık, ağrı, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanları ortalamalarının tanı konma zamanına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanları ortalamalarının tanı konma zamanına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel rol güçlüğü ve enerji alt boyut puanları ortalamalarının tanı konma zamanına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının tanı konma zamanına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı( $F=1,139$ ;  $p=0,322>0,05$ ).

**Tablo 6-3.9.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Düzenli İlaç Kullanımına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N= 200

	Grup	n	Ort	Ss	T	P
Fiziksel fonksiyon	Evet	165	65,857	21,811	-0,475	0,636
	Hayır	35	63,758	31,276		
Sosyal fonksiyon	Evet	165	43,636	7,002	-1,053	0,294
	Hayır	35	45,079	8,915		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	165	56,212	39,664	-1,409	0,160
	Hayır	35	66,429	35,326		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	165	61,010	39,065	-1,189	0,236
	Hayır	35	69,524	35,582		
Mental sağlık	Evet	165	61,430	20,208	0,358	0,721
	Hayır	35	60,114	17,286		
Enerji	Evet	165	56,000	21,067	-0,034	0,973
	Hayır	35	55,848	24,274		
Ağrı	Evet	165	71,987	25,432	0,521	0,603
	Hayır	35	69,524	25,329		
Genel sağlık	Evet	165	41,857	19,269	-0,911	0,366
	Hayır	35	38,406	24,826		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	Evet	165	32,879	23,231	-1,018	0,310
	Hayır	35	37,143	18,562		
SF-36 toplam puan	Evet	165	56,536	21,862	-0,794	0,431
	Hayır	35	59,298	17,959		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	Evet	165	3,252	0,468	7,020	<b>p&lt;0,001**</b>
	Hayır	35	2,640	0,465		

t (Independent samples) testi \*p<0,05 düzeyinde anlamlı \*\*p<0,01 ileri düzeyde anlamlı

Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puan, fiziksel fonksiyon sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, ağrı, genel sağlık, geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik alt boyut puanları ortalamalarının düzenli ilaç kullanımına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının düzenli ilaç kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu ( $t=7,02$ ;  $p=0,000<0,01$ ).

**Tablo 6-3.10.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Kardiyak Diyeti Uygulama Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N= 200

	Grup	n	Ort	Ss	T	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	139	62,986	32,110	-0,915	0,362
	Hayır	61	66,721	23,750		
Sosyal fonksiyon	Evet	139	44,080	8,356	-0,243	0,809
	Hayır	61	43,805	6,921		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	139	64,754	35,171	-1,717	0,088
	Hayır	61	55,036	40,399		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	139	60,671	39,978	-1,068	0,288
	Hayır	61	66,667	34,960		
Mental sağlık	Evet	139	61,007	20,941	-0,228	0,820
	Hayır	61	61,639	16,659		
Enerji	Evet	139	57,541	19,635	-0,725	0,469
	Hayır	61	55,144	25,302		
Ağrı	Evet	139	72,860	24,889	-0,481	0,631
	Hayır	61	70,983	25,643		
Genel sağlık	Evet	139	37,777	25,750	-1,234	0,219
	Hayır	61	41,820	19,085		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	Evet	139	32,194	23,165	-1,360	0,175
	Hayır	61	36,885	20,720		
SF-36 toplam puan	Evet	139	55,926	22,736	-1,226	0,222
	Hayır	61	59,510	17,172		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	Evet	139	3,313	0,433	7,863	<b>p&lt;0,000**</b>
	Hayır	61	2,762	0,507		

t (Independent samples) testi \* $p<0,05$  düzeyinde anlamlı \*\* $p<0,01$  ileri düzeyde anlamlı

Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puan ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, ağrı, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanları ortalamalarının kardiyak diyeti uygulama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının kardiyak diyeti uygulama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu ( $p=0,000<0,01$ )

**Tablo 6-3.11.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N= 200

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Fiziksel fonksiyon	Evet	171	63,421	30,237	-0,811	0,419
	Hayır	29	68,276	27,199		
Sosyal fonksiyon	Evet	171	43,730	7,145	-0,741	0,459
	Hayır	29	44,828	8,649		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	171	58,041	39,450	0,036	0,971
	Hayır	29	57,759	37,263		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	171	66,667	34,503	-0,629	0,530
	Hayır	29	61,793	39,220		
Mental sağlık	Evet	171	60,690	18,207	0,151	0,880
	Hayır	29	61,287	19,984		
Zindelik / Yorgunluk	Evet	171	55,673	24,003	-0,293	0,770
	Hayır	29	57,069	22,141		
Ağrı	Evet	171	70,500	25,744	-1,432	0,154
	Hayır	29	77,778	22,420		
Genel sağlık	Evet	171	42,621	23,629	-0,878	0,381
	Hayır	29	38,398	24,006		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	Evet	171	32,456	22,507	-1,794	0,074
	Hayır	29	40,517	21,562		
SF-36 toplam puan	Evet	171	56,605	21,480	-0,669	0,504
	Hayır	29	59,461	19,761		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	Evet	171	3,247	0,462	7,621	<b>p&lt;0,000**</b>
	Hayır	29	2,543	0,445		

t (Independent samples) testi \* $p<0,05$  düzeyinde anlamlı \*\* $p<0,01$  ileri düzeyde anlamlı

Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puan ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol gl, emosyonel rol gl, mental sağlık, enerji, ağrı, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanları ortalamalarının düzenli doktor kontrolüne gitme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının düzenli doktor kontrolüne gitme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu ( $p=0,000<0,01$ ).

**Tablo 6-3.12.** Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının NYHA Sınıflandırmasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması N= 200

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Fiziksel fonksiyon	NYHA-I	19	88,421	14,819	168,924	<b>0,003**</b>
	NYHA-II	114	78,860	15,444		
	NYHA-III	44	45,568	18,808		
	NYHA-IV	23	6,522	12,007		
Sosyal fonksiyon	NYHA-I	19	42,690	5,572	1,743	0,159
	NYHA-II	114	43,177	7,502		
	NYHA-III	44	45,960	8,503		
	NYHA-IV	23	44,444	4,738		
Fiziksel rol güçlüğü	NYHA-I	19	94,737	15,765	63,728	<b>p&lt;0,001**</b>
	NYHA-II	114	73,465	31,777		
	NYHA-III	44	28,409	26,187		
	NYHA-IV	23	7,609	15,874		
Emosyonel rol güçlüğü	NYHA-I	19	89,474	24,976	23,648	<b>0,004**</b>
	NYHA-II	114	14,493	28,116		
	NYHA-III	44	53,788	34,638		
	NYHA-IV	23	71,053	34,781		
Mental sağlık	NYHA-I	19	51,744	41,330	0,724	0,539
	NYHA-II	114	57,673	36,699		
	NYHA-III	44	63,571	41,720		
	NYHA-IV	23	63,095	41,547		
Enerji	NYHA-I	19	80,526	7,618	158,625	<b>p&lt;0,001**</b>
	NYHA-II	114	39,432	15,485		
	NYHA-III	44	66,754	12,708		
	NYHA-IV	23	13,043	11,652		
Ağrı	NYHA-I	19	26,163	13,136	2,040	0,110
	NYHA-II	114	35,644	17,109		
	NYHA-III	44	35,714	20,088		
	NYHA-IV	23	35,314	20,003		
Genel sağlık	NYHA-I	19	48,667	16,208	97,644	<b>p&lt;0,001**</b>
	NYHA-II	114	66,789	14,883		
	NYHA-III	44	19,886	15,382		
	NYHA-IV	23	4,783	9,229		
Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	NYHA-I	19	56,579	11,310	80,387	<b>0,002**</b>
	NYHA-II	114	42,544	17,577		
	NYHA-III	44	18,182	13,601		
	NYHA-IV	23	0,000	0,000		
SF-36 toplam puan	NYHA-I	19	79,102	10,817	147,161	<b>p&lt;0,001**</b>
	NYHA-II	114	66,698	11,893		
	NYHA-III	44	41,925	13,148		
	NYHA-IV	23	19,683	9,575		
Kalp yetersizliği sağlık davranışları	NYHA-I	19	3,160	0,595	0,387	0,763
	NYHA-II	114	3,122	0,538		
	NYHA-III	44	3,141	0,434		
	NYHA-IV	23	3,250	0,552		

Varyans Analizi (Anova)

\*p<0,05 düzeyinde anlamlı

\*\*p<0,01 ileri düzeyde anlamlı



Araştırmaya katılan hastaların SF-36 toplam puan ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol gl, emosyonel rol gl, enerji, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanları ortalamalarının NYHA sınıflamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bulundu( $p<0,01$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sosyal fonksiyon, mental sağlık ve ağrı alt boyut puanları ortalamalarının NYHA sınıflamasına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışları puanları ortalamalarının NYHA sınıflaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6-3.13.** SF-36 Yaşam Kalitesi ve Sağlık Davranışlarının Ejeksiyon Fraksiyonu(EF) ile İlişkisi N=200

Boyut	Boyutlar	r	P
Ejeksiyon Fraksiyonu (EF)	Fiziksel fonksiyon	0,321	<b>0,001**</b>
	Sosyal fonksiyon	-0,098	0,166
	Fiziksel rol güçlüğü	0,222	<b>0,027*</b>
	Emosyonel rol güçlüğü	0,063	0,378
	Mental sağlık	0,051	0,473
	Enerji	0,656	<b>p&lt;0,001**</b>
	Ağrı	0,146	0,148
	Genel sağlık	0,585	<b>p&lt;0,001**</b>
	Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	0,219	<b>0,030*</b>
	SF-36 toplam puan	0,628	<b>p&lt;0,001**</b>
	Kalp yetersizliği sağlık davranışları	0,004	0,950

Pearson Korelasyon Analizi \*p<0,05 düzeyinde anlamlı \*\*p<0,01 ileri düzeyde anlamlı

SF-36 toplam puan ve fiziksel fonksiyon, enerji, genel sağlık alt boyutları ile EF düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki bulundu. (p<0,01).

Sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık ve ağrı alt boyutları ile EF düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı (p>0,05).

Fiziksel rol güçlüğü ve geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları ile EF düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. (p<0,05).

Sağlık davranışları ile EF düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. (p>0,05).

## 7. TARTIŞMA

### 7.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Hastalığa İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmada; hastaların % 54' ünü erkek hastalar, % 46' sını kadın hastalar oluşturmaktadır. Hastaların yaş ortalaması  $54,43 \pm 14,68$ ' dir(Tablo 6-1.1).

Arat-Özkan' ın(2001) yaptıkları Çok Merkezli Türkay (Türk Kalp Yetersizliği) çalışmasında, hastaların % 63,9' unun erkek ve yaş ortalamasının da  $61,6 \pm 13,5$  olduğunu saptamışlardır. Chriss ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada ise hastaların % 43.9' unun erkek, % 56.1' inin kadın olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonuçları Arat-Özkan' ın çalışmalarıyla paralellik gösterirken Chriss ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile farklılık göstermektedir.

Dede ve arkadaşlarının(2010) yapmış olduğu kalp yetersizliği olan hastalarda serum pro-BNP ve hs-CRP düzeyinin ekokardiyografi bulguları ile değerlendirilmesi başlıklı çalışmada hastaların yaş ortalaması  $60,76 \pm 17,04$  bulunmuştur. Gonzalez, Lupon ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmadaysa yaş ortalaması  $64.9 \pm 10.8$  olarak bulunmuştur.

Literatürde de kalp yetersizliğinin erkeklerde daha fazla görüldüğü ve yaş arttıkça görülme oranının arttığı bildirilmektedir(Engin ve ark., 2004; Sadık ve ark., 2005). Çalışma sonuçları literatür bilgileri ile uyum sağlamaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumlarına bakıldığında % 50,5' inin ilköğretim mezunu, % 21,5' inin okur-yazar olduğu bulundu. Araştırmanın sonuçlarına paralel olarak Demir' in (2008) çalışmasında da hastaların % 41.3' ünün ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir(Tablo 6-1.1).

Hastalar medeni durumlarına göre incelendiğinde % 72.5' inin evli, % 18,5' inin dul olduğu belirlendi. Özer' in (2002) çalışmasında da hastaların % 83,3' ünün evli %

16,7' sinin ise dul olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunun evli olması Türk toplum yapısına uygun bir sonuç olarak kabul edilebilir(Tablo 6-1.1).

Araştırmaya katılan hastaların % 68,5' inin hiçbir işte çalışmadığı, % 46,3' ünün emekli, % 37,5' inin ev hanımı olduğu saptandı. Çalışmayanların oranının fazla olması hastaların büyük çoğunluğunun emekli ve ev hanımı olması ile bağlantılı olarak açıklanabilir(Tablo 6-1.1).

Araştırma kapsamındaki hastaların gelir durumu yeterli ve iyi olanların oranı yüksek bulundu. Özer' in(2002) araştırması da çalışmamıza paralellik göstermektedir(Tablo 6-1.1).

Araştırmada hastaların % 71,5' i çekirdek aileye sahip olduğu saptandı. Yaşantının büyük çoğunluğunun geçirildiği yer incelendiğinde; hastaların % 52,5' inin il, % 23,5' inin köyde yaşadığı saptandı. Özer' in (2002) çalışmasında ise araştırmamızdan farklı olarak hastaların büyük çoğunluğu yaşamının büyük kısmını köyde geçirdiği saptanmıştır. Bu durum bize ülkemizde çekirdek ailenin gittikçe yaygınlaştığını göstermektedir(Tablo 6-1.1).

Hastalık süreleri incelendiğinde; hastaların % 21,5' inin 6-12 ay % 33,5' inin 13-24 ay, % 45' inin 25 ay ve daha öncesinde sol ventrikül sistolik disfonksiyonlu kalp yetersizliği tanısı aldığı saptandı. Özer' in(2002) çalışmasında da araştırmamıza paralel olarak hastaların % 57,8' inin 25 aydan daha uzun süredir kalp yetersizliği tanısı ile yaşadıkları saptanmıştır. Sol ventrikül sistolik disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının tedavi sürelerinin uzun olmasından hastaların yaşam kalitesi ve sağlık davranışlarına dikkat ettikleri sonucuna varabiliriz(Tablo 6-1.2).

Araştırmaya katılan hastaların % 82,5' inin ilaçlarını düzenli kullandığı, % 69,5' inin kardiyak diyetine uyum sağladığı, % 85,5' inin düzenli bir şekilde doktor kontrollerine gittiği saptandı. Özer' in(2002) çalışmasında da hastaların çoğunluğunun diyetine aynen uyum sağladığı saptanmış. Demir' in(2008) çalışmasında da hastaların % 89,3' ünün ilaçlarını düzenli olarak kullandığı bulunmuştur. Literatürde de diyet

rejimlerine uymamanın kalp yetersizliğini kontrolden çıkaran etkenler arasında yer aldığı belirtilmektedir(Tablo 6-1.2).

Hastaların egzersiz yapma durumları incelendiğinde ise % 52' sinin düzenli olarak egzersiz yapmadığı saptandı. Ayrıca hastaların % 70,5' inin egzersiz türü olarak yürüyüşü tercih ettikleri saptandı. Demir'in (2008) çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak hastaların % 57,3' ünün düzenli olarak egzersiz yaptığı belirlenmiştir(Tablo 6-1.2).

Kalp yetersizliği hasta gruplarıyla daha önce yapılan birçok çalışma sonucunda egzersiz yapan hastaların yapmayanlara oranla yorgunluk düzeylerinde önemli derecede azalma tespit edilmiştir(Smart et al., 2004; Klocek et al., 2005; Austin et al., 2005; Smart et al., 2007).

Hastaların kalp yetersizliği işlevsel sınıfı incelendiğinde hastaların % 9,5' inin NYHA I. sınıf, % 57'sinin NYHA II. Sınıf, % 22' sinin NYHA III. Sınıf, % 11,5' inin NYHA IV. Sınıf sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastası olduğu saptandı. Akın ve Durna'nın(2006) yapmış olduğu araştırmada ise çalışmamızdan farklı olarak hastaların % 52' sinin NYHA III. sınıf hastalardan oluştuğu bulunmuştur. Araştırmamızda hastaların büyük çoğunluğunun NYHA II. ve III. grupta yer aldığı ve orta düzeyde sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliğine sahip hastalar olduğu belirlendi. Buna göre hastaların tedaviye en fazla ihtiyaç hissettikleri dönemlerin NYHA II., III. ve IV. sınıf olduğu söylenebilir(Tablo 6-1.2).

## **7.2. SF-36 Yaşam Kalitesi ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları İlişkisinin İncelenmesi**

Hastaların SF-36 yaşam kalitesine ilişkin bulguları incelendiğinde; sosyal fonksiyon, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanlarının; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, ağrı alt boyut puanlarından düşük olduğu saptandı. SF-36 toplam puanına bakıldığında ise sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu saptandı. Sosyal fonksiyon, genel sağlık ve geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyut puanlarının düşük bulunması, çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunu orta düzey sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastasından oluşmasına bağlı olduğu düşünülebilir(Tablo 6-2.1).

Hastaların sağlık davranışlarına ilişkin bulguları incelendiğinde ise; ortalama puanlarının 3,145 olduğu saptandı. Bunun değerlendirilmesi sonucunda hastaların sağlık davranışlarına dikkat ettikleri görülmektedir(Tablo 6-2.2).

SF-36 yaşam kalitesi ile sağlık davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlılık gözlenmemekle birlikte fiziksel fonksiyon , genel sağlık ,enerji, mental sağlık alt boyutlarında pozitif yönlü korelasyon saptandı. Buna göre sağlık davranışları puanı yükseldikçe, SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, mental sağlık, enerji ve genel sağlık alt boyut puanları da yükselmekte ve bu alt boyutlarda yaşam kalitesi artmaktadır(Tablo 6-2.3).

SF-36 toplam puan, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı, geçen yıl sürecindeki sağlıktaki değişiklik alt boyutları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkide ise istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı. Ancak sağlık davranışları ile emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik, ağrı alt boyutları ve SF- 36 toplam puanda negatif yönlü korelasyon olduğu saptandı(Tablo 6-2.3).

### **7.3. SF-36 Yaşam Kalitesi ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışlarının Demografik Özellikler ve Hastalığa İlişkin Bulgularla Karşılaştırılmasının İncelenmesi**

Sistolik sol ventrikül disfonksiyonlu hastaların cinsiyete göre; sosyal fonksiyon alt boyutunda ileri derecede anlamlılık ( $p<0,01$ ); mental sağlık ve enerji alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlılık saptandı( $p<0,05$ ). Sosyal fonksiyon alt boyutunda erkeklerin yaşam kalitesi yüksekken, mental sağlık ve enerji alt boyutlarında kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulundu. 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 erkelerden daha yüksek puan aldığı; ağrı alt boyutunda ise erkeklerin puanlarının yüksek olduğu saptandı(Tablo 6-3.1).

Enç' in (1998) yapmış olduğu çalışmada; erkeklerin sağlık davranışı puanlarının kadınların sağlık davranışı puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 6-3.1).

Hastaların yaşlarının; sosyal fonksiyon alt boyutu dışında yaşam kalitesi tüm alt boyutları ve SF-36 toplam puanda negatif yönlü korelasyon saptandı. Fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutlarında ileri derecede anlamlılık( $p<0,01$ ); genel sağlık alt boyutunda ise anlamlılık saptandı( $p<0,05$ ). Anlamlılık gözlenmemekle birlikte; sosyal fonksiyonda pozitif yönlü çok zayıf, mental sağlıkta negatif yönlü zayıf, emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda ise çok güçlü negatif yönlü ilişki saptandı. Buna göre yaş artmasına bağlı olarak sosyal fonksiyon artarken, diğer tüm alt boyutlarda yaşam kalitesi düşmektedir(Tablo 6-3.2).

Acaray' ın (2003) yaptığı çalışmada da bizim sonucumuza paralel olarak yaşam kalitesinin artan yaş ile beraber azaldığı saptanmıştır. Yaşın ilerlemesine paralel olarak yaşam kalitesinin düşmesi beklenen bir sonuçtur.

Hastaların yaşları ile kalp yetersizliği sağlık davranışları karşılaştırıldığında ise; negatif yönlü korelasyon saptandı. Hastaların yaşlarının artmasına bağlı olarak olumlu sağlık davranışlarının azaldığı saptandı(Tablo 6-3.2).

Hastaların öğrenim durumlarına göre; fiziksel fonksiyon alt boyutunda anlamlılık( $p<0,05$ ); enerji, ağrı, ve genel sağlık alt boyutlarında ise ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Fiziksel fonksiyon alt boyutunda ortaöğretim mezunlarının yaşam kalitesi en yüksekken, enerji, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarında yükseköğretim mezunlarının yaşam kalitelerinin en yüksek olduğu bulundu(Tablo 6-3.3).

Maor ve arkadaşları (2001) ile Mittal ve arkadaşları (2001) yapmış oldukları çalışmalarda öğrenim düzeyinin yaşam kalitesini etkilemediğini saptamışlardır.

Kalp yetersizliği sağlık davranışları ve öğrenim durumu arasında ise istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Yükseköğretim mezunlarının sağlık davranışı puanlarının en yüksekken, okur-yazar olan grubun ise en düşük olduğu saptandı. Eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak bilinç ve farkındalık düzeyinin arttığı buna bağlı olarakta yaşam kalitesinin ve sağlık davranışları düzeyinin yükseldiği düşünülebilir. Araştırma sonucu; eğitim düzeyi arttıkça sağlık davranışları artar varsayımımızı destekler niteliktedir(Tablo 6-3.3).

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında; fiziksel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutlarında anlamlılık( $p<0,05$ ), fiziksel fonksiyon, enerji, ağrı, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında ve SF-36 toplam puanda ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Fiziksel fonksiyon, enerji, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında bekar / dulların yaşam kalitesi daha yüksek iken; fiziksel rol güçlüğü, mental sağlık, ağrı, genel sağlık alt boyutları ile SF-36 toplam puanında evlilerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı. mental sağlık ve SF-36 toplam puanda evlilerin yaşam kalitelerinin yüksek çıkması, bekarlara göre tedavi sürecinde çevrelerinde kendilerine destek olacak grubun daha fazla olmasına bağlı olduğu düşünülebilir(Tablo 6-3.4).



Sağlık davranışları ile medeni durum arasında ise istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamakla birlikte bekar/dul olan grubun puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Enç' in(1998) araştırmasında da çalışmamıza paralel olarak bekarların sağlık davranışı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 6-3.4).

Hastaların çalışma durumlarına göre; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında çalışanların yaşam kaliteleri yüksek iken; enerji alt boyutunda çalışmayanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulundu. Çalışanların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında yaşam kalitelerinin daha yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Çünkü çalışanların, aktiviteleri çalışmayanlara göre daha fazladır (Tablo 6-3.5).

Çalışma durumu ile kalp yetersizliği sağlık davranışları karşılaştırıldığında ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Araştırmada çalışanların, çalışmayanlara oranla daha fazla olumlu sağlık davranışı gösterdiği saptandı(Tablo 6-3.5).

Araştırmada hastaların gelir durumlarına bakıldığında; emosyonel rol güçlüğü alt boyutu ile SF-36 toplam puanda anlamlılık( $p<0,05$ ); fiziksel rol güçlüğü, mental sağlık, ağrı, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Fiziksel rol güçlüğü, Emosyonel rol güçlüğü, ağrı, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları ile SF-36 toplam puanda gelir durumu iyi olanların, mental sağlık boyutunda gelir durumu yeterli olanların ve genel sağlık alt boyutunda gelir durumu yetersiz olanların yaşam kalitesinin en yüksek olduğu saptandı(Tablo 6-3.6).

Sağlık davranışları ile gelirin gideri karşılama durumu arasında ise istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). En fazla olumlu sağlık davranışı gösterenlerin, gelir durumu iyi olan hastalar olduğu saptandı. Gelir düzeyi yüksek

olanların daha geniş sosyal imkanlara sahip olma avantajlarının olması nedeniyle sağlık davranışları düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülebilir. Araştırma sonucu; gelir düzeyi arttıkça sağlık davranışları düzeyi artar varsayımımızı destekler niteliktedir(Tablo 6-3.6).

Hastaların aile tiplerine bakıldığında; istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı. Ancak; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık alt boyutları ile SF-36 toplam puanda parçalanmış aileye sahip hastaların yaşam kalitesi puanları daha yüksekken; sosyal fonksiyon alt boyutunda geniş aileye sahip hastaların, mental sağlık, enerji, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında ise çekirdek aileye sahip hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu saptandı(Tablo 6-3.7).

Kalp yetersizliği sağlık davranışları ile aile tipi karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Buna göre, çekirdek aileye sahip sol ventrikül sistolik disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının; geniş aile ve parçalanmış aileye sahip hastalardan daha fazla olumlu sağlık davranışı gösterdiği görülmektedir(Tablo 6-3.7).

Hastaların tedavi sürelerine göre; fiziksel rol güçlüğü alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlılık( $p<0,05$ ), fiziksel fonksiyon, mental sağlık, ağrı, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları ile SF-36 toplam puanında ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, mental sağlık, SF-36 toplam puan boyutlarında tedavi süreleri 6-12 ay olan hastaların, enerji, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında 13-24 aydır tedavi görmekte olan ve ağrı alt boyutunda 25 aydan uzun süredir tedavi görmekte olan hastaların yaşam kalitelerinin en yüksek olduğu saptandı(Tablo 6-3.8).

Tedavi süreleri ile kalp yetersizliği sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamakla birlikte, en fazla tedavi süreleri 13-24 ay olan hastaların olumlu sağlık davranışı gösterdiği saptandı. Özer' in(2002) çalışmasında da araştırmamızla paralel olarak tedavi süreleri 13-24 ay arasında olan hastaların sağlık

davranışı puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır. Tedavi süreleri 13-24 ay olan hastaların sağlık davranışları düzeyinin daha yüksek çıkması, hastalığın ilk 6-12 ayları arasında hastalığa ve tedaviye uyum süreci olduğu, 24 ay ve daha uzun süredir tedavi görmekte olan hastaların hastalığa bağlı fiziksel problemleri ve kısıtlılıkları daha fazla olmasına bağlı olduğu düşünülebilir(Tablo 6-3.8).

Hastaların düzenli ilaç kullanımı ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı. Ancak fiziksel fonksiyon, mental sağlık, enerji, ağrı, genel sağlık alt boyutlarında ilaçlarını düzenli olarak kullananların, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları ile SF-36 toplam puanda ilaçlarını düzenli olarak kullanmayan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptandı. Özer' in(2002) çalışmasında düzeli ilaç kullanımının yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır(Tablo 6-3.9).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık davranışlarının düzenli ilaç kullanımı ile olan ilişkisine bakıldığında ise ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Buna göre olumlu sağlık davranışı gösteren hastaların düzenli ilaç kullanımına uyum sağladığı bulundu(Tablo 6-3.9).

Hastaların kardiyak diyetlerine uyma durumuları ile sağlık davranışları alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı. Ancak fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları ve SF-36 toplam puanda kardiyak diyetine uymayan hastaların, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, enerji, ağrı alt boyutlarında kardiyak diyetine uyan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptandı. Özer' in çalışmasında da diyetin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır(Tablo 6-3.10).

Hastaların kardiyak diyete uyma durumu ile sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Buna göre olumlu sağlık davranışları gösteren hastaların kardiyak diyetine uyum sağladığı saptandı(Tablo 6-3.10).

Çalışmada hastaların düzenli doktor kontrollerine gitme durumları ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı. Ancak emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, genel sağlık alt boyutları dışında tüm alt boyutlarda düzenli doktor kontrollerine gitmeyen hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptandı(Tablo 6-3.11).

Düzenli doktor kontrollerine gitme durumu ile sağlık davranışları arasında ise istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Olumlu sağlık davranışı gösteren hastaların düzenli doktor kontrollerine daha fazla oranda gittikleri saptandı(Tablo 6-3.11).

Hastaların New York Kalp Cemiyetinin (NYHA) yapmış olduğu işlevsel sınıflandırmaya göre; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları ile SF-36 toplam puanda istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0,01$ ). Genel sağlık alt boyutunda NYHA II olan hastaların yaşam kaliteleri en yüksekken, anlamlılık gözlenen diğer tüm alt boyutlarda NYHA I olan hastaların yaşam kalitelerinin en yüksek olduğu saptandı. Özer' in çalışmasında yaşam kalitesi puanları en yüksek NYHA I, en düşük NYHA IV olduğu saptanmış. NYHA I olanların yaşam kaliteleri en yüksekken, NYHA IV olanların en düşük olması, kalp yetersizliği işlevsel sınıfı arttıkça hastaların hastalığa bağlı fiziksel şikayetlerinin artmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Çalışma sonucu, NYHA işlevsel sınıflandırması arttıkça yaşam kalitesi düşer varsayımımızı destekler niteliktedir(Tablo 6-3.12).

NYHA işlevsel sınıflandırması ile kalp yetersizliği sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı. Fakat olumlu sağlık davranışı puanları NYHA IV olan hastaların en yüksek iken, NYHA işlevsel sınıflandırması II olan hastaların en düşük olduğu saptandı. Özer' in çalışmasında kalp yetersizliği işlevsel sınıflandırması ile sağlık davranışları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır(Tablo 6-3.12).

Hastaların Ejeksiyon fraksiyonlarına (EF) göre; fiziksel rol güçlüğü, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlılık( $p<0.05$ ), fiziksel fonksiyon, enerji, genel sağlık alt boyutları ve SF- 36 toplam puanda ise pozitif yönlü ileri derecede anlamlılık saptandı( $p<0.01$ ). Buna göre fiziksel rol güçlüğü, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik, fiziksel fonksiyon, enerji, genel sağlık alt boyutları ile SF-36 toplam puanda Ejeksiyon fraksiyonu(EF) azaldıkça yaşam kalitesi de azalmaktadır. Ejeksiyon fraksiyonu azaldıkça, kalp debisinin düşmesi, ödem, dispne gibi şikayetlerin artmasına bağlı olarak oluşan fiziksel kısıtlamalardan dolayı yaşam kalitesinin azaldığı düşünülebilir. Çalışmanın sonucu; EF azaldıkça yaşam kalitesi düşer varsayımımızı destekler nitelidir(Tablo 6-3.13).

Hastaların kalp yetersizliği sağlık davranışları ile ejeksiyon fraksiyonları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı. Ancak pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı. Buna göre hastaların ejeksiyon fraksiyonlarının yükselmesine bağlı olarak olumlu sağlık davranışları gösterme düzeylerinin arttığı saptandı(Tablo 6-3.13).

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada; sol ventrikül sistolik disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının sağlık davranışları ve yaşam kaliteleri değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Sol ventrikül sistolik disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının % 54' ü erkek olup; yaş ortalamaları  $54,43 \pm 14,68$  yaş aralığındadır.

Hastaların SF-36 yaşam kalitesi ve sağlık davranışları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Hastaların öğrenim durumuna göre; enerji, ağrı, genel sağlık alt boyutlarında anlamlılık ( $p < 0,05$ ), fiziksel fonksiyon alt boyutunda ve sağlık davranışlarında ileri derecede anlamlı farklılık saptandı ( $p < 0,01$ ).

Sağlık davranışları ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık saptandı ( $p < 0,01$ ). Olumlu sağlık davranışları düzeyi en yüksek olanların yüksek öğrenim mezunları, en düşük olanların ise okur-yazarlar olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların gelir durumlarında emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda ve SF-36 toplam puanında istatistiksel olarak anlamlılık ( $p < 0,05$ ), fiziksel rol güçlüğü, mental sağlık, ağrı, genel sağlık ve geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında ileri derecede anlamlı farklılık saptandı ( $p < 0,01$ ).

Sağlık davranışları ile gelir durumu arasında ise ileri derecede anlamlı farklılık saptandı ( $p < 0,01$ ). Buna göre gelir durumu iyi olanların olumlu sağlık davranışı düzeylerinin en yüksek, gelir durumu düşük olanların ise en düşük olduğu saptandı.

Hastaların NYHA işlevsel sınıflandırmasına göre; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, genel sağlık, geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutları ile SF-36 toplam puanında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılı farklılık saptandı( $p<0,01$ ).

Hastaların Ejeksiyon Fraksiyonlarına göre; sosyal fonksiyon ve geçen yıl sürecinde sağlıktaki değişiklik alt boyutlarında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlılık( $p<0,05$ ), fiziksel fonksiyon, enerji, genel sağlık alt boyutları ile SF-36 toplam puanda pozitif yönde ileri derecede anlamlı farklılık saptandı( $p<0,01$ ).

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Sol ventrikül sistolik disfonksiyonlu kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitelerinin belirli aralıklarla ve farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak değerlendirilmesi,
- Hastaların kendilerini daha yeterli, verimli ve huzurlu hissetmeleri, için psikolojik danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, sosyal destek gruplarının oluşturulması ve bu gruplara katılım konusunda hastaların cesaretlendirilmesi,
- Hastalara, hastalıkları ile ilgili hemşireler tarafından eğitim verilmesi,
- Hastalarda sağlık davranışlarının amacının yaşam kalitesini azaltmak değil, daha kaliteli bir şekilde yaşamakla ilgili olduğu konusunda tutum oluşturulması,
- Farklı uzmanlık alanlarındaki bilgilerin aktarımı için disiplinlerarası işbirliği ve ekip yaklaşımının sağlanması,

- Hemşirelerin, hastalara hastalıkla ilgili yaşam kalitesinin ne olduğu, yaşam kalitesini etkileyen faktörler ve sağlık davranışları hakkında bilgi vermesi önerilebilir.



## 9. KAYNAKLAR

Acaray A. (2003) Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, ( Danışman: Doç. Dr. Rukiye Pınar).

Akçiçek F, Akyürek Ö, Büyüköztürk K, Canberk A, Çağlar N, Eryılmaz Y, Koylan N, Kozan Ö, Nalbantgil İ, Oto Ö, Tokgözoğlu L. (2003) Kalp Yetersizliği, 1. Baskı, Üniform Matbaacılık, İstanbul ,

Akdemir N, Birol L. (2003) Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Editör: Akdemir N, Birol L, 1. Baskı: 3-24.

Akdemir N. (2003) Kalp Yetmezliği ve Kalp Hastalıklarından Korunma. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Editör: Akdemir N, Birol L, 1. Baskı, Vehbi koç Vakfı Yayınları: 457-463.

Akın S. (2003) Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumunun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Danışman: Prof. Dr. Zehra DURNA)

Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2008 ESC KLAVUZU

Arat-Özkan, (2001) Türkay Araştırmacıları: Türkiye’de Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavi Yaklaşımları: Çok Merkezli Türkay (Türk Kalp Yetersizliği) çalışması, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, XVII. Ulusal Kardiyoloji Kongresi Bildiri Özetleri, İzmir.

Argon G.(2002) Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı, Kronik Hastalıklarda Bakım, İntertıp Tıbbi Yayıncılık, İstanbul, 67-88.

Austin J, William R, Ross L, Moseley L, Hutchison S. (2005) Randomised Controlled Trial Of Cardiac Rehabilitation In Elderly Patients With Heart Failure. Eur J Heart Fail ; 7: 411-417

Ayçiçek İ, Büyüköztürk K, Canberk A ve ark. (2003) Kalp Yetersizliği, Üniform Matbaacılık; 8-61

Bal E. (2005) Koroner Arter Bypass Uygulanılan Sol Ventrikül Disfonksiyonlu Hastalarda Beyin Natriüretik Peptidin Rolü, , Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi

Başal U. (2006) Ekokardiyografi Yöntemi ile Sol Ventrikül Diyastolik Disfonksiyon (Grade I) Saptanan Esansiyel HT' lu Hastaların Kanındaki: N-Terminal- Pro- BNP Düzeyi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Dr. Yavuz ERYILMAZ)

Başaran S, Güzel R, Sarpel T.(2005) Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, Romatizma, 20(1) , 55-63.

Beyaztaş A. (2007) Sol Ventrikül Disfonksiyonu Bulunan Olgularda Sistolik ve Diyastolik Fonksiyonlarda Düzelmeye Sağlayan Levosimendanın Radyonüklid Ventrikülografi Çalışmasıyla Dobutamin İle Karşılaştırılması, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, ( Danışman Doç. Dr. Yüksel Çavuşoğlu)

Bozkurt E, Açıkel M. (2002) Konjestif Kalp Yetersizliği Tedavisinde Beta Bloker Kullanımı, Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi; 34: 1-5

Braunwald E çeviren: Birand A. (2004) Kalp Yetersizliği, Harrison iç hastalıkları prensipleri, çeviri editörü: Prof Dr Yahya Sağlıker Nobel tıp Kitabevleri cilt 1; 1318-1329

Cankurtaran M, Arıoğul S. (2004) Yaşlıda Konjestif Kalp Yetersizliği Tedavisi, Klinik Gelişim, 17(2) ; 90-100.

Chriss P, Shepesh J, Carlson B, Riegel B. (2004) Predictors Of Successful Heart Failure Self-Care Maintenance In The First Three Months After Hospitalization, Heart & Lung,: 33(6); 345-353.

Çam F. (2007) Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda doku Doppler Ekokardiyografi İle Sistolik ve Diyastolik Dissenkroni Tayini, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Danışman: Yrd. Doç. Dr Nesligül Yıldırım

Çiftçi Ç. (2006) Kalp Yetersizliğinde Fonksiyonel Kapasite Tayini, Anadolu Kardiyoloji Dergisi; 6: 333-334.

Dede H, Sametoğlu F, İnal BB, Şahin M, Güvenen G(2010) Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Serum pro-BNP ve hs-CRP Düzeyinin Ekokardiyografi Bulguları İle Değerlendirilmesi, İstanbul Tıp Dergisi, 11(3), 97-103.

Demir M, (2008) Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Serap Ünsar).

Demir M, Ünsar S. (2008) Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 3(8)

Demopoulos LA, Sonnenblick EH, (2001) Kalp Yetersizliğinin Tanı ve Tedavisi, Hurst Kalp Hastalıkları El kitabı ,Türkçesi: Dr Murat KONUK Nobel Tıp Kitabevleri 9. baskı, 1-15

Dolar E.(2005) İç Hastalıkları, Nobel Tıp kitabevi: 19-30

Durdu S, Akar R, Eren N ve ark.(2003) İleri Dönem Kalp Yetmezliğinde Alternatif Arayışlar, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 3: 252- 260

Enç N. (1998) Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,

Enç N, Yiğit Z, Altıok M.G, Özer S, Oğuz S. (2007) Kalp Yetersizliği. Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Klavuzu, 2. Baskı, Türk Kardiyoloji Derneği klavuz Yayınları: 11-38

Engin A, Eryol N, Ünsal Ş, Deliceo A ve ark.(2004) Epidemiological And Pharmacological Profile Of Congestive Heart Failure At Turkish Academic Hospitals, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 4: 32-38.

Francis GS, Tang WH. (2003) Pathophysiology Of Congestive Heart Failure, Rev Cardiovasc Med ; 4(2) s: 14-20

Franzen K, Blomqvist K, Saveman B. (2006) Impact Of Chronic Heart Failure On Elderly Person' Daily Life: A Validation Study, European Journal Of Cardiovascular Nursing ; 5 : 137-145.

Fuster V., Alexander RW.,O'Rourke RA. (2002) Hurst's The Heart; Çeviri Ed: Ali Metin ESEN, And Yayıncılık, İstanbul; 655-680.

Gonzalez B., Lupon J, Parajon T ve ark; (2006) Use Of The European Heart Failure Self-Care Behaviour Scala (EHFScBS) In A Heart Failure Unit In Spain, Rev Esp Cardiol, 59(2); 166-170.

Gök H. (2002) Kalp yetersizliği, Klinik kardioloji, Genişletilmiş 2. baskı, Nobel tıp kitabevleri, Ed: Prof Dr Çetin Erol: 399-425

Heper C. (2000) Kalp Yetmezliği, Kardiyoloji, ed: cem heper, Alfa yayınları 1. baskı :199-215.

İlerigelen B. (2010) Yaşlılarda Kalp Yetersizliği, Turkish Journal Of Geriatrics, 2010, 2: 21-32.

Julian G D, Cowan J C, Lenachan J M. (2003) Kalp Yetmezliği, Kardiyoloji, çeviri: Doç Dr Ahmet Temizhan Çeviri ed: Dr Gökhan Cin Nobel tıp kitabevleri, 7. edisyon: 152-176

Karpolat H, Durmaz B, Nalbantgil S, Durmaz D. (2006) Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Durum, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 6: 327- 332

Kepez A, Kabakcı G(2004) Kalp yetersizliği tedavisi Hacettepe tıp dergisi; 35 (2), :69-81

Kızıl C. (2006) Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Eğitim Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bu Konuda Düşünceleri, D.E.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Sevgi Kızılcı)

Klocek M, Kubinyi A, Baciór B, Kawecka-Jaszcz A. (2005) Effects of Physical On Quality Of Life And Oxygen Consumption İn Patients With Congestive Heart Failure, Int J Cardiol ; 103: 323-329

Kontsam MA, Udelson JE, Anand IS, Cohn JN. (2003) Ventricular Remodeling in Heart Failure; A Credible Surrogate Endpoint, J Card Fail, 9; 350-353.

Konuralp C. (2004) Kalp Yetmezliğinde Geometrik Tedavi. Kalp Damar Cerrahisi, Editörler: Mustafa P, Atif A, Serap A K, Suat B, Tayyar S, MN Medikal & Nobel, : 937-953.

Mann DL. (2008) Pathophysiology Of Heart Failure. In Braunwald E, ed. Braunwald's Heart Disease. A Textbook Of Cardiovascular Medicine. W.B. Saunders Company, : 541-61.

Maor Y., King M., Olmer L., Mozes B.(2001) A Comparison Of Three Measures: The Time Trade-Off Technigue, Global Health Related Quality Of Life and The SF-36' In Dialysis Patients. J Clin Epidemiol, 54 (6): 565-570.

Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S,(2001) Self-Assessed Physical and Mental Function Of Haemodialysis Patients. Nephrol Dial Transplant, 16: 1387-1395.

Mondoa C. (2004) The Implications Of Physical Activity In Patients With Chronic Heart Failure, Nursing In Critical Care ; 9(1) :13-20

Mutlu N. (2006) Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarıyla İlgili Sorumluluk Algıları, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Doç. Dr. Ruhi Selçuk TABAK

Oğuz S. (2005) Kronik Kalp Yetersizliği olan Bireylerin Hastalık Yönetimine İlişkin İnanç ve Uyumları, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Danışman: Prof. Dr. Nuray Enç

Özenci M. (2004) Kalp Yetersizliği: Klinik ve Tedavi. Klinik Kardiyoloji, Editör: Erol Ç., MN Medikal & Nobel: 285-294.

Özer N, Aksöyek S. (2004) Kalp Yetersizliği Fizyopatolojisi. Klinik Kardiyoloji, Editör: Erol Ç., MN Medikal & Nobel: 275-283.

Özer S. (2002) Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof. Dr. Gülümser ARGON

Prendergast H, Bunney E.(2005) Management Of Chronic Heart Failure: An Old Disease With A New Face, Emergency Medicine Australasia; 17 s: 143-151.

Peker DS. (2007) Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma Tutumları ve Depresif Belirtilerin Ağrı Algısı İle İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Danışman: Prof. Dr. Okay BAŞAK.

Sadık A, Yousif M, Mcelnay J, Pharmaceutical Care Of Patients With Heart Failure, British Journal Of Clinical Pharmacology, 2005; 60(2): 183-193

Sarıtaş SÇ, Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Egzersizin Dispne ve Yorgunluk Üzerine etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010, Danışman: Doç. Dr. Mehtap TAN

Serdar O A. (2005) Konjestif Kalp Yetmezliği, İç Hastalıkları Nobel tıp kitabevleri , Ed: Prof Dr Enver Dolar :19-40

Smart N, Marwick TH. (2004) Exercise Training For Patients With Heart Failure: A Systematic Review Of Factors That Improve Mortality and Morbidity. Am J Med ; 116: 693-706.

Smart N, Haluksa B, Jeffriess L, Marwick TH. (2007) Exercise Training İn Systolic and Diastolic Dysfunction: Effects On Cardiac Function, Functional Capacity, and Quality Of Life. Am Heart J, 153(4): 530-536

Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B.(2006) Computer-Based Education For Patients With Chronic Heart Failure A Randomised, Controlled, Multicentre Trial Of The Effects On Knowledge, Compliance And Quality Of Life, Patient Education And Counseling ; 64: 128-135

Tarsuslu T. (2007) Genç Yetişkin ve Yetişkin Serebral Paralizili Bireylerde Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, Danışman: Prof. Dr. Ayşe LİVANELİOĞLU

Taşkın F. (2007) Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, ( Danışman: Prof. Dr. N. Olgun).

Tavlı T, Çetin N (2010) Kalp Yetersizliği Hastaları ve Eşlerinde Yaşam Kalitesi, Kalp Yetersizliği Bülteni, 2(4),

Uçar S. A.(2007) Konjestif Kalp Yetersizliğinde Aneminin Mortalite ve Hastanede Kalış Süresine Etkisi, Uzmanlık Tezi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Danışman: Dr. Osman MAVİŞ

Üstün E. M.(2003) Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması Ve Bilgilendirici Hemşireliğin Önemi, Celal Bayar Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Manisa, (Danışman: Yard. Doc. Dr. G. Karadeniz).

Ünalın D.(2005) Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi, Yaşam Kalitesinin Demografik-Sosyokültürel Özellikler ve Depresyonla ilişkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. O. Ceyhan).

Waters E., Davis, E., Mackinnon, A. ve Boyd, R. et.al.(2007) Psychometric properties of the quality of life questionnaire for children with CP. Dev Med Child Neurol, 49(1), 49-55, 2007.



Yavuz S.(2009) Sol Ventrikül Sistolik Disfonksiyonunda Koroner Sinüsün Anatomik Değişimi ve NHYA Fonksiyonel Durum İle İlişkisi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Danışman: Doç. Dr. Vedat DAVUTOĞLU

Yılmaz E.(2006) Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Doç. Dr. Şule Ecevit ALPAR

Zoghi M, Çavuşoğlu Y, Yılmaz M. B, Nalbantgil S, Eren M, Mebazaa A. (2009) Akut Kalp Yetersizliğine Algoritmalarla Pratik Yaklaşım, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 9: 436-446.

## 10. EKLER

### ANKET FORMU

TARİH:...../...../.....

**Bu anket formu sistolik sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı kalp yetersizliği olan hastaların sağlık davranışları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Şıklardan size uygun olanı yuvarlak içine alarak yanıtlayınız. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.**

#### I- SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Hastanın Cinsiyeti:
  - a) Kadın
  - b) Erkek
2. Yaşınız: .....
3. Kilonuz: .....
4. Öğrenim Durumunuz:
  - a) Okur-Yazar
  - b) İlköğretim
  - c) Ortaöğretim
  - d) Yükseköğretim
5. Medeni Durumunuz:
  - a) Evli
  - b) Bekar
  - c) Dul
6. Mesleki Durumunuz:
  - a) Çalışıyor
  - b) Çalışmıyor
7. Çalışmıyorsanız:
  - a) Ev Hanımı
  - b) Hastalık nedeniyle çalışmıyorum
  - c) Emekli
8. Çalışıyorsanız Mesleğiniz:
  - a) Memur
  - b) İşçi
  - c) Serbest Meslek

EK I

9. Gelirin Gideri Karşılama Durumu:

- a) Çok İyi
- b) İyi
- c) Yeterli
- d) Yetersiz

10. Aile Tipiniz:

- a) Çekirdek Aile
- b) Geniş Aile
- c) Parçalanmış Aile

11. Yaşantınızın büyük çoğunluğunun geçtiği (2\3) yer neresidir?

- a) İl
- b) İlçe
- c) Köy
- d) Yurtdışı

12. Kalp yetmezliği tanısı ne zaman kondu?

- a) 6-12 ay
- b) 13-24 ay
- c) 25 ay ve ↑

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

14. İlaçlarınızı düzenli alıyorsunuz\ kullanıyorsunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

15. Kardiyak diyetinize (az tuzlu) uyuyormusunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

16. Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

17. Egzersiz türünüz nedir?

- a) Yürüyüş
- b) Merdiven çıkma
- c) Diğer

18. Düzenli doktor kontrollerine geliyorsunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

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

- a) Evet
- b) Hayır

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

- a) NYHA-I
- b) NYHA-II
- c) NYHA-III
- d) NYHA-IV

21. Sol ventrikül EF:.....

### SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

**Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacı ile hazırlanmıştır. Her soruyu, sizin için en uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.**

- Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
 

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5
- Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
 

Bir yıl öncesine göre çok daha iyi	1
Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi	2
Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5
- Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şuanda bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? ( Her satırda sizin için uygun rakamı işaretleyiniz.)

Aktiviteleriniz	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
Masa, elektrik süpürgesi vb. itme-çekme gibi orta/hafif aktivitelerde	1	2	3
Paket veya çanta taşırken	1	2	3
Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
Birkaç merdiven çıkarken	1	2	3
Eğilme veya diz çökme	1	2	3
Bir-iki kilometre yürürken	1	2	3
Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
Endi kendine banyo yaparken veya giyinirken	1	2	3

- Geçen 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biri ile karşılaştınız mı? ( Evet veya hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
İşlerinizde amaçladığınızdan daha az verimli oldunuz?	1	2
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	1	2
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?(örneğin: daha fazla çaba gerektirmesi)	1	2

EK II

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin sinirli veya stresli) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evvet	Hayır
İşiniz veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?	1	2

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız yada duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi	1
Çok az etkiledi	2
Orta derece etkiledi	3
Oldukça etkiledi	4
Aşırı etkiledi	5

7. Son 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Şiddetli	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi ( hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz. ) ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi	1
Biraz etkiledi	2
Orta derece etkiledi	3
Oldukça fazla etkiledi	4
Aşırı etkiledi	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğiniz ile ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak işaretleyiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

## EK II

Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a)Her zaman b)Çoğu zaman c)Bazen d)Nadiren e)Hiçbir zaman

11. Aşağıda her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	1	2	3	4	5
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

## EK III

## KALP YETMEZLİĞİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınız ile ilgili tutumunuz ve kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen size en doğru ve yakın olan ifadeyi işaretleyiniz.

	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	DÜZENLİ OLARAK
Hastalığım hakkında bilgim vardır.				
Beslenmemde tuz kısıtlamasına dikkat ederim.				
Yorgunluk veya solunum zorluğuna yol açan hareketlerden kaçınırım.				
Hastalığıma bağlı hangi şikayetlerim olabileceğini bilirim.				
İlaçların etki ve yan etkilerini bilirim.				
Bikarbonatlı, gazoz ve soda gibi içecekleri kullanmam.				
Nabzımı sayarım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Acil durumlarda kullanılmak üzere bana ait adres, tlf. Ve teşhisimi bildiren kartı yanımda taşırım.				
İlaçlar bana zarar verdiği zaman doktora giderim.				
Hava aşırı nemli ve sıcaksa aşırı hareket etmekten kaçınırım.				
Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
Sıvı alımına dikkat ederim.				
Düzenli tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Soğuk algınlığı ve gripten kendimi korurum.				
Sıvı yağ kullanılmış besinleri yerim.				
Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Düzenli kilo kontrolümü yaparım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Yemekleri az ve sık yerim.				
Doktor kontrollerine düzenli giderim.				
Gece yatmadan önce ağır yemek yemem.				
İlaçlarımı düzenli kullanırım.				
Sebze ve meyve gibi besinleri yerim.				
Hastalığımla ilgili sıkıntım olduğunda hastaneye giderim.				
Grip ve zatürre aşılarını düzenli olarak yaptırım.				

## PROTOKOL

2011

### Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü /Kliniği arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:** Dr. Siyami Ersek Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Çalışmanın adı:** Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna Bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

**Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler** .... Burcu ÖZEN' dir.

### Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

### Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

### Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda .....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç**.../.../2010...../Bitiş.../.../2010.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

### İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

### Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

**Ek Bilgi:1 Haziran 2010 tarihinde çalışma sonuçları Sağlık Müdürlüğüne rapor şeklinde verilecektir.**

### Taraflar:

2010/02/2010

Adı-Soyadı

Burcu ÖZEN



OLUR

2010/02/2010

Sağlık Müdürü V

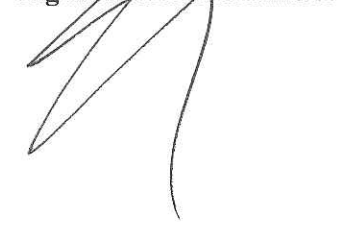
Dr. Şuayip BİRİNCİ



...../...../2010

Uz. Dr. İbrahim TOPÇU

Sağlık Müdür Yardımcısı







T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ



Sayı : B.30.2.İST.051 0000 652  
Konu :

İstanbul, 30.03.2010

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 02.02.2010 tarih 23 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Burcu ÖZEN'in Prof. Dr. Necmiye SABUNCU danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna Bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmasının anketlerini yapmasının uygun görüldüğü hakkında Enstitümüz Kardiyoloji Anabilim Dalından alınan 26.03.2010 tarih 141 sayılı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Erhan KANSIZ  
MÜDÜR

Ek:  
Kardiyoloji Anabilim Dalı Yazısı



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ



Sayı : B.30.2.İST.051 0000 - 141  
Konu :

İstanbul, 26.03.2010

**İ. Ü. KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,**

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Burcu ÖZEN'in, Prof. Dr. Necmiye SABUNCU danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna Bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmasının anketlerini uygulaması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Deniz GÜZELSOY

Kardiyoloji Anabilim Dalı

Başkan Vekili

İstanbul, 26.03.2010  
Geldiği Sayı 670

## 11. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

**Adı Soyadı:** Burcu ÖZEN

**Doğum Yeri ve Tarihi:** Bandırma / 02.05.1987

**Medeni Hali:** Bekar

**Yabancı Dil:** İngilizce

**E-posta Adresi:** burcuozen\_halic@hotmail.com

**Tel:** 0 544 839 99 73

### Eğitim ve Akademik Durumu

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lise:</b>	Kemal Pireci Lisesi (Bandırma)	2004
<b>Lisans:</b>	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2008

### İş Tecrübesi

	<b>Görev</b>	<b>Süre (ay-yıl)</b>
Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	Kardiyoloji Servis Hemşiresi	Ocak 2009-Temmuz 2010
Eyüp Devlet Hastanesi	Yoğun Bakım Hemşiresi	Temmuz 2010-Halen

### Mesleki Dernek/Kurum Üvelliği

Türk Hemşireler Derneği

### Bildiriler ve Yayınlar

Kronik Hemodiyaliz Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (Poster)

Diabetes Mellituslu Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (Poster)