



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



MİNNESOTA KALP YETMEZLİĞİ İLE YAŞAM ANKETİNİN TÜRKÇE
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Zehra UZUNHASANOĞLU

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof.Dr.Feride AKSU TANIK

2013-ANKARA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MİNNESOTA KALP YETMEZLİĞİ İLE YAŞAM ANKETİNİN TÜRKÇE
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Zehra UZUNHASANOĞLU

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof.Dr.Feride AKSU TANIK

2013-ANKARA

KABUL VE ONAY SAYFASI

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans

Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16/05/2013



Prof. Dr. Recep AKDUR

Ankara Üniversitesi

Jüri Başkanı



Prof. Dr. Feride AKSU TANIK

Ankara Üniversitesi

Danışman



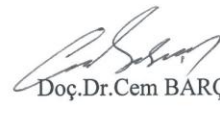
Prof. Dr. Meltem ÇÖL

Ankara Üniversitesi



Doç. Dr. Tuğrul ERBAYDAR

Ankara Üniversitesi



Doç. Dr. Cem BARÇIN

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	iv
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Çizelgeler	x
1.GİRİŞ	1
1.1.Kalp Yetmezliğinin Dünyada ve Türkiye’ de Görülme Sıklığı	5
1.2.Halk Sağlığı Sorunu Olarak Kalp Yetmezliği	6
1.3.Kalp Yetmezliği Nedir?	9
1.4.Amerikan Kalp Birliği (NYHA) Sınıflandırma	11
1.4.1.Kalp Yetmezliğinin Evreleri (ACC/AHA Sınıflandırma Sistemi)	11
1.5.Kalp Yetersizliği İlk Tanısı	12
1.6. Kalp Yetmezliğinin Tipleri	13
1.7.Kalp Yetmezliğinde Tedavi	14
1.7.1.Tedavinin amaçları	14
1.7.2. Semptomatik Tedavi	15
1.7.3. Farmakolojik Tedavi	15
1.7.4. Nonfarmakolojik Tedavi	16
1.8.Tedavide Genel Tavsiye ve Ölçümler	16
1.9.Tıbbi Araştırmalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik	17

1.10. Güvenilirlik ve Geçerlilik Kavramları	18
1.10.1. Güvenilirlik Analizi Yöntemleri	20
1.10.1.1.İç Tutarlılık Analizi	21
1.10.1.1.a.Cronbach alfa	22
1.10.1.1.b.Yarıya Bölme (Split Half)	22
1.10.1.1.c.Faktör analizi	23
1.10.1.2. Test/tekrar test (Test/retest)	23
1.10.1.3. Paralel Formlar	23
1.10.1.4.Gözlemciler Arası Güvenilirlik	24
1.10.1.4.a.Gözlemci İçi Güvenilirlik	24
1.10.2.Güvenilirlik Katsayılarının Büyüklüğü	25
1.11.Geçerlilik Analizi Yöntemleri	26
1.11.1.İçerik Geçerliliği	26
1.11.2. Tahmin Ettirici Geçerlilik	27
1.11.3. Yapı Geçerliliği	27
1.11.4. Eşzamanlı Geçerlilik	27
1.12. Likert Ölçekleri ve Güvenilirlik	29
1.13. Ölçek Uyarlamasında Uluslararası Kabul Gören Adımlar	29
2. GEREÇ ve YÖNTEM	31
2.1.Araştırmanın Tipi	31
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer	31
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem	32

2.4. Araştırmanın Hipotezleri	32
2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	33
2.6. Veri Toplama Araçları	34
2.6.1. SosyoDemografik Veri Formu	34
2.6.2. WHOQOL-Bref Genel Yaşam Kalitesi Anketi	34
2.6.3. SF-36 Genel Yaşam Kalitesi Anketi	35
2.6.4. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi (MKYYA)	36
2.7. Uygulama ve Analizler	36
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi	37
2.9. İzinler-Etik Konular	39
2.10. Araştırmanın Süresi	39
2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
3. BULGULAR	41
3.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	41
3.2. Genel Yaşam Kalitesi Anketlerine İlişkin Veriler	49
3.2.1. WHOQOL-BREF Genel Yaşam Kalitesi Anketine İlişkin Veriler	49
3.2.2. SHORT FORM Genel Yaşam Kalitesi Anketine İlişkin Veriler	59
3.3. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketinin (MKYYA) Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizi	70
3.3.1. MKYYA Güvenilirlik Analizi	74
3.3.1.1. MKYYA İç Tutarlılık Analizi (Cronbach alfa Değeri)	75
3.3.1.2. MKYYA Test Re-test Analizi	75

3.3.2. MKYYA Geçerlilik Analizi	76
3.3.2.1. Faktör Analizi	76
3.3.2.2. Birleşim-Ayrışım Analizi	81
3.3.2.3. Ölçüt Geçerliliği	84
4.TARTIŞMA	93
4.1. Sosyodemografik Özellikler ve Hastalıkla ilgili Özellikler	93
4.2. WHOQOL-Bref Genel Yaşam Kalitesi Anketinden alınan puanlar	95
4.3. SF-36 Genel Yaşam Kalitesi Anketinden alınan puanlar	96
4.4. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Puanları	97
5.SONUÇ ve ÖNERİLER	101
ÖZET	104
SUMMARY	106
KAYNAKLAR	108
EKLER	114
EK-1 ETİK KURUL ONAYI	
EK-2 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	
EK-3 WHOQOL-BREF GENEL YAŞAM KALİTESİ ANKETİ	
EK-4 SF-36 GENEL YAŞAM KALİTESİ ANKETİ	
EK-5 MİNNESOTA KALP YETMEZLİĞİ İLE YAŞAM ANKETİ	
ÖZGEÇMİŞ	130

ÖNSÖZ

Kalp yetmezliği çok görölmesi, görölme sıklığının her geçen yıl artması, yaşam kalitesini ileri derecede etkilemesi, çok yüksek morbidite ve mortalite hızlarına sahip olması nedeniyle çok önemli bir halk sağlığı problemidir.

Son yıllarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ‘sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal alanları; kişinin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algularından etkilenen farklı alanlar’ olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkla ilişki yaşam kalitesi kronik hastalıklarının etkisinin ölçölmesinde önemlidir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi kalp yetmezliğinde de klinik uygulamaların başarısının değerlendirilmesinde genel amaçlı ve kalp yetmezliğine özel ölçeklerin birlikte kullanılmaları önerilmektedir.

Ölkemizde de kalp yetmezliği ve yaşam kalitesine yönelik çok yönlü birçok araştırma mevcuttur. Kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitelerini değerlendirmede kullanılan Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi de bu bağlamda kullanılan en önemli yaşam kalitesi anketlerinden biridir. Birçok çalışmada kullanılmış fakat henüz dilimizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmamıştır. Bu tez çalışmamızda metodolojik bir çalışmayla bu anketin güvenilirlik ve geçerliliği çalışılmıştır.

Araştırmamın her aşamasında beni destekleyen, bilgilerini, zamanını ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Prof.Dr. Feride AKSU TANIK’a sonsuz teşekkürü bir borç bilirim. Yüksek lisans eğitimim boyunca deneyim ve bilgileriyle her zaman yol gösteren Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı A.D. değerli hocalarına, çalışmam sırasında gösterdikleri duyarlılıktan dolayı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kardiyoloji Kliniği hemşireleri ve sayın Doç.Dr. Cem BARÇIN’a, yaşamımda her koşulda beni destekleyen anneme ve sevgili eşim Erdem DUMAN’a, bu süreçte karnımda bana eşlik eden minik bebeğim Meriç Alp DUMAN’a en içten teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHA	: Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association)
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksinde
EKG	: Elektrokardiyografi
ESC	:Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti (European Society of Cardiology)
GSYK	: Genel Sağlık Yaşam Kalitesi
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
WHO	:World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin Analizi
KY	: Kalp Yetmezliği
Max.	: Maksimum
Min.	: Minimum
MI	: Miyokard Infarktüsü
MIDAS	: Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği
MKYA	: Minnesota Kalp yetmezliği ile Yaşam Anketi
NHP	: Nottingham Sağlık Profili
n	: Evren
p	: Önemlilik Belirleme Katsayısı

r	: Spearman Korelasyon Katsayısı
SAQ	: Seattle Anjina Anketi
SIC	: Hastalık Etki Profili
SBYK	: Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi
SF-36	: Kısa Form 36 Genel Yaşam Kalitesi Anketi
SD	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
TEKHARF	:Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
WHOQOL-Bref	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu
QLI	: Yaşam Kalitesi İndeksi

ÇİZELGELER

çizelge 1. Amerikan Kalp Birliği (Newyork Heart Association-NYHA) Sınıflandırması	11
çizelge 2. Güvenilir ve Geçerli Ölçüm Modelleri	20
çizelge 3. Kapsamına Alınan Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	41
çizelge 4. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı	42
çizelge 5. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	42
çizelge 6. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Medeni Duruma İlişkin Dağılımlar	43
çizelge 7. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Sosyal Güvenceye İlişkin Dağılımlar	43
çizelge 8. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Gelir Getirici İşin Olup Olmamasına İlişkin Dağılımları	43
çizelge 9. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Çalışmama Nedenine İlişkin Dağılımları	44
çizelge 10. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin İşyerindeki Konuma İlişkin Dağılımları	44
çizelge 11. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Evde Kiminle Yaşadığına İlişkin Dağılımları	45
çizelge 12. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Bakım İle İlgilenen Birinin Olup Olmadığına İlişkin Dağılımları	45
çizelge 13. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Sigara Kullanımına İlişkin Dağılımları	46
çizelge 14. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Sigara Kullananlara İlişkin Dağılımları	46

çizelge 15. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Sigarayı Bırakanlara İlişkin Dağılımları	46
çizelge 16. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Alkol Kullananlara İlişkin Dağılımları	47
çizelge 17. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Alkolü Bırakanlara İlişkin Dağılımları	47
çizelge 18. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Kalp Yetmezliği Tanısının Ne Zaman Konduğuna İlişkin Dağılımları	48
çizelge 19. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Kalp Yetmezliği Sınıfına İlişkin Dağılımları	48
çizelge 20. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Eşlik Eden Başka Hastalığa İlişkin Dağılımları	49
çizelge 21. Araştırma Kapsamına Alınanların WHOQOL-BREF İle Genel Yaşam Kalitesi Durumuna İlişkin Dağılımları	50
çizelge 22. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Sağlıktan Ne Kadar Hoşnut Olunduğuna İlişkin Dağılımlar	50
çizelge 23. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “ağrıların yaşama etkisi”, “günlük uğraşlar için tıbbi tedavi gereksinimi”, “yaşamaktan keyif alma”, “yaşamını anlamlı bulma” sorularının yanıtları	51
çizelge 24. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “dikkat toplama”, günlük yaşamda kendini güvende hissetme”, “fiziksel çevrenin sağlıklılığı” sorularının yanıtları	52
çizelge 25. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “günlük yaşamı sürdürme gücü”, “bedensel görünüşü kabullenme”, “gereksinimleri karşılama parasal gücü”, “günlük yaşamda gerekli bilgilere ulaşma”, “boş zamanları değerlendirme fırsatı” sorularının yanıtları	53
çizelge 26. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Hareketlilik Becerisine İlişkin Dağılımları	54
çizelge 27. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “uykudan hoşnutluk”, “günlük uğraşları yürütebilme becerisinden hoşnutluk”, “iş görme kapasitesinden hoşnutluk”, “kendisinden hoşnutluk”, “diğer kişilerle ilişkilerinden hoşnutluk”, “cinsel yaşamdan hoşnutluk”, “arkadaşların desteğinden hoşnutluk” sorularının yanıtları	55

çizelge 28. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “yaşanan evin koşullarından hoşnutluk”, “sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından hoşnutluk”, “ulaşım olanaklarından hoşnutluk” sorularının yanıtları	57
çizelge 29. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “olumsuz duygulara kapılma sıklığı”, “yakın kişilerle ilişkilerde baskı ve kontrole ilgili zorluklar” sorularının yanıtları	58
çizelge 30. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin WHOQOL-Bref Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyutlara Göre Skorları	58
çizelge 31. WHOQOL-Bref Alt Boyutları Güvenilirlik Değerleri	59
çizelge 32. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin SF 36 İle Genel Sağlık Durumuna Göre Dağılımları	59
çizelge 33. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Genel Sağlık Durumunun Bir Yıl Öncesi İle Karşılaştırılmasına İlişkin Dağılımları	60
çizelge 34. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Fiziksel Alan Alt Boyutunun Sorularının Yanıtları	61
çizelge 35. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılığı Sorularının Yanıtları	63
çizelge 36. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılığı Sorularının Yanıtları	64
çizelge 37. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Son 4 Haftada Sosyal İlişkinin Nasıl Etkilendiğine İlişkin Dağılımları	64
çizelge 38. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Son 4 Haftada Ne Kadar Ağrısı Olduğuna İlişkin Dağılımları	65
çizelge 39. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Son 4 Haftada Ağrısının Çalışmasını Ne Kadar Etkilediğine İlişkin Dağılımları	65
çizelge 40. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Genel Sağlık Alt Boyutu Sorularının Yanıtları	66
çizelge 41. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Emosyonel Durum Alt Boyut Dağılımlar	67

çizelge 42. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin SF-36 Genel Yaşam Kalitesi Anketinin Alt Boyut Skorları	69
çizelge 43. SF-36 Alt Boyutları Güvenilirlik Değerleri	70
çizelge 44. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin MKYYA Göre Dağılımlar	71
çizelge 45. MKYYA İç Tutarlılığı (Cronbach alfa Değeri)	75
çizelge 46. MKYYA Test Tekrar Test Skorları arasındaki İlişkinin İncelenmesi	75
çizelge 47. MKYYA Tanımlayıcı Özellikleri Toplam Skoru	76
çizelge 48. MKYYA Açıklayıcı Faktör Analizi Yük Değerleri	77
çizelge 49. KMO ve Bartlett Sonuçları	78
çizelge 50. Madde Toplam Korelasyonları	79
çizelge 51. Ölçeğe İlişkin Varyans Açıklama Tabloları	80
çizelge 52. Ölçüm Modeli	80
çizelge 53. Uyum İyiliği Değerleri	81
çizelge 54. MKYYA ve WHOQOL-Bref Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler	82
çizelge 55. MKYYA ve SF-36 Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler	82
çizelge 56. WHOQOL-Bref ve SF Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler	83
çizelge 57. Sosyodemografik Özellikler ile NYHA Kalp Yetmezliği Sınıflaması Karşılaştırılması	85
çizelge 58. WHOQOL-Bref Genel Yaşam Kalitesi Anketinin Alt Boyutları ile NYHA Kalp Yetmezliği Sınıflandırması Arasındaki İlişki	87
çizelge 59. SF 36 Genel Yaşam Kalitesi Anketinin Alt Boyutları ile NYHA Kalp Yetmezliği Sınıflandırması Arasındaki İlişki	89
çizelge 60. MKYYA ile NYHA Kalp Yetmezliği Sınıflandırması Arasındaki İlişki	92

1. GİRİŞ

Kalp yetmezliği, değişik neden ve hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan kalp fonksiyonlarında bozulma ve nöro-hormonal aktivitenin artışı ile karakterize, ilerleyici, kronik bir klinik sendromdur ve yaşam kalitesini bozmakta ve hayatta kalım süresini kısaltmaktadır (Süzen, 2010). Kalp yetersizliği kötü yaşam kalitesi, yüksek morbidite ve mortalite ile karakterize çok önemli bir sağlık sorunudur (Enar, 2010).

Yaşamın devamlılığı için vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek kadar kan akımının sağlanması gerekir. Bunun için, kalbin diyastolik- doluş, sistolik- atım fonksiyonları ve nöro-humoral mekanizmaların etkileşimli olmalıdır. Kalp, atım hızı ve hacminde yaptığı ayarlamalarla dokuların fizyolojik gereksinmelerine cevap verdiği sürece yeterli olarak değerlendirilmektedir (Tezel, 2000).

Kalp yetmezliği farklı yazarlarca farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Tezel ve Avrupa Kalp Birliği kalp yetmezliğini, kalbin doluş basıncı yeterli olsa bile, egzersiz sırasında ve dinlenme anında vücudun metabolik gereksinmelerini karşılamak için yeterli kanı pompalayamadığı patolojik bir durum olarak tanımlamaktadır (Tezel 2000, ESC 2008). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise “kalp yetmezliğini, normal diyastol sonu basıncında (5-12 mmHg) organların ihtiyacı olan kalp debisinin (dakikalık kalp atım hacminin) kalp tarafından sağlanamaması olarak tanımlamaktadır” (WHO, 2010). Türkiye Kardiyoloji Derneğinin tanımına göre kalp yetmezliği; kalbin dokulara metabolik ihtiyaçlarına uygun miktarda kanı pompalayamadığı ya da bunu ancak yüksek kardiyak doluş basınçları ile gerçekleştirebildiği patolojik bir durumdur (TKD, 2007).

Klinik olarak yüzyıllardır bilinmesine rağmen epidemiyolojisi, doğal seyri, fizyopatolojisi ve etkili tedavi yöntemleri hakkındaki bilgilerimiz son 20-25 yıla kadar kısıtlı kalmıştır. Son yıllarda patofizyolojisinin aydınlatılmasındaki gelişmelere paralel olarak önlenmesi ve tedavisinde çok önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (Enar, 2010).

Oldukça yaygın, önemli ve giderek artan bir sağlık sorunu olan bu hastalığın önemi ne yazık ki, iskemik kalp hastalığı ve hipertansiyonun temel kardiyovasküler problemler olarak görüldüğü bir dönemde, büyük ölçüde gözden kaçırılmıştır. Kalp yetmezliğinin başlıca etiyolojik faktörleri olan iskemik kalp hastalığı ve hipertansiyonun tedavilerindeki başarılı gelişmeler, paradoksal biçimde kalp yetmezliği insidansının artmasına da yol açmaktadır. Miyokard infarktüsündeki sağ kalım oranı artarken kardiyak fonksiyonların sınırlılığı nedeniyle kalp yetmezliği olan insanların sayısı çoğalmaktadır. İnfarktüstten kurtulan birçok kişi kronik kalp yetmezliği aşamasına ulaşmaktadır Toplumda beklenen yaşam süresi uzadıkça ve yaşlıların oranı arttıkça kalp yetmezliğinin sıklık ve yaygınlığı artmaktadır. (Yilsen, 2004).

Son 20 yıldır endüstrileşmiş ülkelerde kalp yetersizliğinin başlıca nedeni hipertansiyondan miyokard infarktüsüne doğru değişmiştir. Miyokardit, çeşitli kardiyomiyopatiler, kapaklara bağlı ve doğumsal patolojiler kalp yetersizliğine neden olabilir. Kalp yetersizliği kompanse durumda olan hastalar diyetlerine uymadıkları zaman dekompanse duruma girebilir, aşırı ısı veya nem, aşırı yorgunluk, anemi, gebelik, hipertiroidizm veya enfeksiyon vücudun metabolik gereksinimini artırarak kalp yetersizliğini şiddetlendirebilir. Kompense durumdaki bir hastada aniden başlayan bir ritim bozukluğu (atriyal fibrilasyon gibi) dekompanseasyona neden olabilir (TKD, 2007).

Kronik hastalıklar, uzun süre devam eden ve sadece kısmi iyileşmenin olduğu bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Kalp yetmezliği de kronik ve progresif bir hastalıktır. Altta yatan problem ortadan kaldırılmadıkça, bozulmuş yaşam kalitesi ve yüksek morbidite-mortalite hızı ile prognoz daima kötüdür. Çeşitli ilaçların kullanımının hastalığın klinik seyrini bir dereceye kadar düzeltmesine rağmen, ağır kalp yetmezliğinde mortalite hızı hala yüksektir. Kalp yetmezliği tanısı koyulan hastaların yaklaşık yarısı beş yıl içinde, ilerlemiş kalp yetmezliği bulunan hastaların % 60'ından fazlası ise bir yıl içinde ölmektedirler. Kalp yetmezliği tedavisi masraflı, iş göremezliğe neden olan ve sonuçta öldüren bir hastalıktır, hem hasta hem de toplum için ağır bir yük oluşturmaktadır. Hastalığı efektif olarak durduracak herhangi bir girişim bulunamamıştır, bu nedenle kalp yetmezliği riski yüksek olan

hastaların, Kronik Kalp Yetmezliği (KKY) belirgin hale gelmeden önce tedavi edilmesi gerektiğini açıkça göstermektedir (Yılsen, 2004).

Kalp yetmezliği, kronik bir hastalık olduğundan ve ilerleyen yaşlarda ortaya çıktığından, hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Jaarsma et al. 2000). Kalp yetersizliği ortaya çıkmış yakınmaları başlamış olan olgu grubunda, erken tanı, hastalığın ciddiyetinin ortaya konması ve buna göre oluşturulacak tedavi planının yakın takip altında uygulanması ölüm oranlarının azaltılması açısından önem arz eder. Tanıdan itibaren kalp yetmezliği sorunu olan hastaların yaşam kalitelerini artırmak önemli bir klinik öncelik olarak kabul edilmektedir (Yılmaz ve ark., 2010).

DSÖ yaşam kalitesini; ‘Bireyin gerek kültürel ortamın değer yargıları gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında hayatta kendi durumunu algılama biçimi’ olarak tanımlar (DSÖ, 2005). Hastalıkların yaşam üzerine olumsuz etkileri ve çeşitli tedavi seçeneklerinin insan sağlığının üzerine katkısının değerlendirilmesinde, sağlığa bağlı yaşam kalitesi (SBYK) son yıllarda önemli bir ölçü olarak sık kullanılmaktadır. Öznel bir kavram olarak Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi (SBYK) “sağlığın, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanları; kişinin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılarından etkilenen farklı alanlar” olarak tanımlanmaktadır (Avendoza et al. 2008). Bu kavramın ortaya konulmasında kullanılan ölçeklerin, sağlık çalışanlarına çeşitli uygulama ve tedavinin aynı hastalıktaki etkilerini veya çeşitli tedavilerin değişik klinik durumlardaki sonuçlarını değerlendirme fırsatı sunmaktadır. Bununla birlikte, SBYK ölçekleri hastalıklardan öte uygulanan tedavi yöntemleri ile birlikte sağlık hizmetlerini etkileyen başka değişkenlerin, bireylerin yaşamı üzerindeki etkilerini saptayabilmektedir. Bu ölçeklerin yardımıyla fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonları, iş yapabilme yeteneği, ağrı ve halsizlik gibi sağlık sorunları varlığında hastalar kendilerini değerlendirme olanağı bulmaktadır. SBYK hastaların sağlık durumları ve sağlık hizmetleri çıktılarını değerlendiren: biyolojik, fizyolojik göstergeler, semptomlar, iş yapabilme yeteneği, genel sağlık durumu ve iyilik hali veya yaşam kalitesi olarak tanımlanabilmektedir (Şekuri, 2006).

Dünya genelinde hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmedeki rolü giderek daha sık vurgulanmaktadır. Bu nedenle sağlığı koruma girişimlerinde daha doğru ve geçerli bilgiler elde edebilmek için, bireylerin sağlık davranışlarını kültürlerine uygun geçerli ve güvenilir araçlarla değerlendirilmesi gerekmektedir (Bahar ve ark., 2008).

Yaşam kalitesi hastalığın klinik tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Özellikle kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, laboratuvar ve teşhis amaçlı yapılan testlerle elde edilen bilgilere ilaveten son derece önemli medikal bilgi kaynağı oluşturmaktadır. Bu nedenle güvenilir ve geçerli bir biçimde ölçümü çok önemlidir. Yaşam kalitesi ölçümünde kullanılan ölçeklerin doğru seçimi ancak hastaların içinde bulunduğu sağlık sorunlarının göz önünde bulundurulmasıyla mümkün olur (Şekuri, 2006).

SBYK ölçekleri 'genel amaçlı (= jenerik ölçekler)' veya 'hastalığa özgü' ölçekler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Genel amaçlı ölçekler değişik hastalık ve hasta gruplarının yaşam kalitesini ortaya koyan genel ve çok amaçlı ölçeklerdir. Hastalığa özgü ölçekler ise genel sağlık kavramının ötesinde hastalığın özelliklerine göre tasarlanmış ve sağlık durumundaki değişimin ve tıbbi müdahalenin etkisinin ortaya konulmasında jenerik ölçeklere göre daha duyarlı ve daha yanıt verici ölçeklerdir. Bu ölçeklerin her birinin kendine özgü güçlü ve zayıf taraflarının olması ile birlikte, SBYK ölçümlerinde her iki tip ölçeklerin de kullanılması önerilmektedir. Çünkü birlikte kullanılan jenerik ölçekler de o hastalığın doğrudan yol açtığı sonuçlar yanında özel ölçeğin etkisini ölçemediği dolaylı sorunları da belirleme olanağı sunarlar. Klinik uygulamada bir ölçek seçilirken, bu ölçeğin bize doğru ve güvenilir bilgileri sağlayacağından emin olmamız gerekmektedir. Bu nedenle bir ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik durumunu gösteren psikometrik özellikleri gözden geçirilmelidir. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik durumları evrensel özellikler olmayıp bunların çeşitli toplumlara ve etnik gruplara uygulandığında tekrar değerlendirilip onaylanması gerekmektedir. Yani çeviri yapmak yetmez, başka dilde geliştirilen bir ölçek hedef dile kültürel açıdan uyarlanmadan kullanılmamalıdır (Şekuri, 2006). Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesinin ölçümü için çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketinin geçerlilik güvenilirlik çalışmasıyla Türkçe'ye ve Türkiye'ye uyarlanması ve tedavi

sürecinde kullanılması, bu hastalara sunulan hizmetin niteliğini de geliştirmeye katkı sunacaktır.

1.1.Kalp Yetmezliğinin Dünyada ve Türkiye’ de Görülme Sıklığı

Amerika Birleşik Devletleri’nde, kalp yetmezliğinin son yıllarda tahmin edilen yıllık yeni vaka sayısı 465 bin kişidir ve medikal tedavinin sağladığı avantajlara rağmen bu sayı her geçen gün artmaktadır. Amerika’da 2005 yılında her 8 ölümden birinin kalp yetersizliği nedeni ile olduğu bildirilmiştir (Yüksel, 2012). Kalp yetmezliği olan bireyin beş yıllık sağ kalım süresi yaklaşık % 50’dir. Miyokard enfaktüsü (MI) sonrasında sağ kalım oranının artması ve yaşam süresinin uzaması, kalp yetmezliği görülme oranında artışa neden olmuştur (Llyod, 2010).

Framingham çalışmasında, yaşları 65-94 yıl arasında olan bireylerde, kalp yetmezliği insidansının miyokard enfaktüsü insidansına eşit, inme (serebral enfaktüs) insidansından iki kat daha yüksek olduğunu bulmuştur. Framingham çalışmasında, kalp yetmezliği ile ilgili ilk verilerden sonra, altı yıllık mortalite oranı erkekler için % 82, kadınlar için % 67 olarak belirtilmiştir. Bu oranlar, genel popülasyondaki aynı yaş grubundaki bireylere göre dört ile sekiz kat daha yüksek bulunmuştur (Bristow, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2009’da her 1000 yaşlının 10’unda kalp yetersizliği bulunmaktadır. Ülkemiz için mutlak bir değer vermek mümkün olmamakla birlikte, kalp yetersizliğinin başta gelen nedenlerinden biri olan koroner kalp hastalığı TEKHARF 2007/08 verilerine göre 35 yaş üstü popülasyonda her 1000 kişinin 105’inde olduğu göz önüne alındığında, kalp yetersizliği prevalansının da nedeni yüksek olacağı tahmin edilebilir (Yüksel, 2012).

Kardiyovasküler hastalıklardan birçoğunun insidansı azalma eğilimi gösterirken, kalp yetmezliğinin insidansı özellikle son yıllarda belirgin olarak artmıştır. Altmış

beş yaşın üzerinde hastaneye yatış endikasyonu olarak konjestif kalp yetmezliği en sık konulan tanıdır (Yıldırım ve ark., 2012).

Türkiye Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verilerine göre, % 47,7 'lık bir oranla başlıca ölüm sebepleri içinde kalp hastalıkları birinci sırayı almaktadır. Türkiye genelinde, yetişkinlerde aterosklerotik kalp hastalığı görülme sıklığı % 3,8'dir (erkeklerde % 4,1, kadınlarda % 3,5). Aterosklerotik damar hastalığı risk faktörleri olarak; hastaların % 36'sında hipertansiyon, % 27'sinde sigara içimi, % 16'sında hiperkolesterolemi, % 16'sında obezite, % 7,5'inde diyabet saptanmıştır (TÜİK, 2004). TEKHARF çalışmasının sonuçlarına göre, aterosklerotik kalp hastalıklarında; hipertansiyon normalden 3,2 kat, yüksek kolesterol veya diyabet normalden 2 kat daha fazla sıklıktadır. Hipertansiyon, 50 yaş üstü erkeklerin % 7,8'inde, kadınların % 14'ünde görülmektedir. Her on yıllık yaşlanma, koroner kalp hastalığı riskini Türk erkeğinde 1,8 kat, Türk kadınında 1,9 kat artırmaktadır. Metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalık riskini ise 1,6-1,9 kat arttırmaktadır (Onat ve ark., 2009).

Bu sonuçlar, kalp yetmezliğinin sosyal, tıbbi ve ekonomik etkileri olan önemli bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Lloyd, 2010).

1.2.Halk Sağlığı Sorunu Olarak Kalp Yetmezliği

Kalp yetersizliği yaşam boyu devam eden kronik bir hastalıktır. Yaşam beklentisi pek çok kanser türünden daha kötüdür. 5 yıllık yaşam şansı % 50'dir.İngiltere'de genel pratisyenlere kayıtlı KY hastalarının 5 yıllık yaşam beklentisi % 58 iken KY olmayan benzer sosyodemografik özelliklere sahip hastalarda 5 yıllık yaşam beklentisi % 93 olarak hesaplanmıştır (Çifçili, 2011). Öte yandan modern tedavi yöntemleri ile bu değerler gelişmiş ülkelerden oldukça azalmaktadır. Nadiren veya düzeltilebilir bir nedene bağlı gelişmişse normale dönebilir. Ciddi nefes darlığı olan ve günlük aktivitesi belirgin kısıtlanmış olanlarda ise bir yıllık yaşam beklentisi % 50'dir. Kalp yetersizliği gelişimini engellemek, gelişmişse ilerlemesini yavaşlatmak ve ileri olgularda yaşam süresini uzatıp yaşam kalitesini yükseltmek toplumun kalp

yetersizliği konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlenmesiyle mümkündür (Heper, 2002).

Kalp Yetersizliği toplumda sıklığı yüksek olması nedeni ile gerek tanı gerekse tedavi süreçlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin katılımını gerektiren, öte yandan klinik tablonun çeşitliliği, tanı ya da tedavide ileri tıbbi uygulamaları gerektirmesi nedeni ile de sıklıkla kardiyoloji uzmanının görüşüne gereksinim duyulan bir klinik durumdur (Çifçili, 2011).

Kalp yetersizliğini halk sağlığı açısından önemli kılan asıl neden koroner arter hastalığı sıklığının azalmasına rağmen, özellikle populasyonun yaşlanması ve kalp hastalarının gelişen tıbbi bakım koşullarına paralel olarak daha uzun yaşaması nedeni ile sıklığı artan ve mortalitesi değişmeyen tek hastalık olmasıdır (Zor, 2005).

İlerlemiş KY'li hastaların kötü prognozdan dolayı bakım maliyetleri çok yüksek oranlardadır (Özer, 2010).

Kalp yetersizliği kendini başlıca nefes darlığı, ayaklarda şişme ve çabuk yorulma şeklinde gösteren klinik bir tablodur. Bunun yanında öksürük, iştahsızlık, vücut ağırlığında değişiklik, gece sık idrara çıkma, yorgunluk bitkinlik de görülebilen yakınmaları oluşturur. Çoğunlukla bu yakınmalar başka nedenlere yorumlanarak atlanmaktadır. Aslında bu yakınmalar ortaya çıkmadan uzun süre önce kalp yetersizliğine zemin hazırlayan faktörler nedeniyle kalp de yapısal değişiklikler başlamakta ve yıllar sonra kalp yetersizliği belirgin hale gelmektedir. Yakınmaları ortaya çıkmış olgular aslında buzdağının su üstünde kalan kısmı gibi düşünülebilir. Bu da kalp yetersizliğine adım atmaya hazır potansiyel büyük bir hasta grubunun olduğu anlamına gelir (Zoghi, 2011).

Hipertansiyon, şeker hastalığı, obesite, kalp damar hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, kalp kapak hastalığı, kalp ritim bozuklukları, kalp kası hastalığı veya doğumsal kalp hastalığı, kalp yetmezliğine zemin hazırlayan durumlardır. Dolayısıyla bu olgular kalp yetmezliği için risk altında olan, bir başka deyişle kalp yetmezliğine aday olgulardır. Bu hastalıkların zamanında tespiti ve

tedavisi kalp yetmezliğine gidişi önler veya yavaşlatır. Bu nedenle yakınmalar ortaya çıkmadan önceki dönemlerde yapılacak girişimler ile kalp yetersizliği önlenabilir bir hastalıktır (Heper, 2006).

Ülkemizde Kalp Yetmezliği toplumun yaşlanması, hipertansiyon (erişkin nüfusta görülme oranı; % 31,8, kadınlarda % 36,1, erkeklerde ise % 27,5) ve koroner kalp hastalıkları prevalansındaki (% 3,8) artış nedeniyle giderek artan bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Yılmaz ve ark. 2010). Yaş ilerledikçe kalp yetmezliği görülme oranı artış göstermektedir. 40 yaş sonrası yaşam boyu kalp yetmezliği gelişme riski % 20'dir. Toplumlarda kalp yetmezliği görülme oranı genel olarak % 2-3 iken, 70 yaş sonrası bu oran % 10'a, 80 yaş sonrası % 15-20'lere çıkmaktadır. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan HAPPY araştırması (Türkiye'de kalp yetersizliği sıklığı araştırması) sonuçları 65 yaş üzeri bireylerimizin % 10'unda kalp yetersizliği olduğunu göstermektedir (Değertekin, 2010).

Ülkemizde yaşam süresi son 15-20 yıl içinde yaklaşık 10 yıl uzamıştır. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 72 kadınlarda 76 ve toplum ortalaması 73,5 yaşına çıkmıştır. Yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Önümüzdeki 10 yıl içinde 2 kat daha artması beklenmektedir. 60 yaş üzeri nüfusumuz bugün 7,5 milyondur ancak 2023 yılında 14-15 milyon olacağı öngörülmektedir. Bugün için Avrupa ülkelerinde 28 milyon, Amerika Birleşik Devletlerinde 6 milyon, ülkemizde ise 1,5-2 milyon kalp yetmezliği hastasının olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayının önümüzdeki 10 yıl içinde 2-3 kat artacağı öngörülmektedir (Onat ve ark., 2009).

Kalp yetersizliğinin giderek artan oranlarda görülmesinin önemli nedenleri vardır. Günümüz modern tedavi yöntemleriyle kalp krizi, kalp damar hastalığı, kalp kapak hastalıkları, hipertansiyon, şeker hastalığına bağlı ölümler engellenebilmekte ve yaşam süresi uzamaktadır. Ancak bu hastaların büyük bölümünde zamanla kalp yetersizliği gelişmektedir (Hunt ve ark., 2012).

Önümüzdeki 15-20 yıl içinde toplum sağlığını tehdit eden boyutlara ulaşacağı öngörülmektedir. Hayat boyu tedavi gereksinimi, sık hastaneye yatma ihtiyacı, komplike ve pahalı cihaz tedavisi uygulamaları nedeniyle aynı zamanda sağlık

ekonomisi ve aile bütçeleri üzerine yüksek maliyetler getirmektedir (Hunt ve ark., 2012)

Kalp yetersizliği için doktor vizitleri, ilaçlar ve hemşirelik bakımını içeren total tedavi maliyetlerinin, Amerika'da 2010 yılı için 39.2 milyar dolara ulaştığı tahmin edilmektedir (Lloyd ve ark., 2010).

1.3.Kalp Yetmezliği Nedir?

Kalp yetmezliği hemodinamik anomaliler, bozulmuş egzersiz kapasitesi, nörohormonal aktivasyon ile hızlı progresyon gösteren ve kalbin, dokuların ihtiyacı olan sistemik perfüzyonu sağlayamayacak düzeyde mekanik yetersizliği sonucu yüksek mortaliteyle seyreden bir sendromdur. Kalp yetmezliği dünyada yaklaşık 15 milyon insanı etkileyen yaygın bir hastalıktır. Kalp yetmezliği sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. 50-60 yaş arası grupta sıklığı % 1-2 iken, 75 yaş üzerinde % 10'a ulaşmaktadır. Tüm kalp yetersizliklerinin ortalama % 80'i 65 yaş ve üzerindeki kişilerde görülmektedir. Framingham çalışmasına göre; 50-59 yaş arası her 1000 erkekte 3, 1000 kadında 2, 80-89 yaş arası her 1000 erkekte 27, 1000 kadında 22 hastada kalp yetmezliği saptanmıştır ve kadın/erkek oranı 1/3 olarak bulunmuştur. Kalp yetersizliği mortalite hızı yaşlılarda gençlere göre daha yüksektir (İlerigelen, 2010). Genel olarak popülasyonda ve kardiyovasküler hastalıklara sahip kişilerde sağkalım oranlarının artması nedeniyle kalp yetmezlikli hastaların sayısı gittikçe artmaktadır (Topol ve ark., 1998).

Tedavisindeki önemli ilerlemelere rağmen kalp yetmezliğinin prognozu hala kötüdür. Bununla birlikte kalp yetmezliği klinik bir sendromdur ve bu açıdan bakıldığında hekimlerin dikkati birincil olarak bu sendroma yol açan etiyolojilerin çok sayıda olmasına rağmen klinik görünüşleri çok az değişen hastaların bakımına yönelmektedir (Hunt ve ark., 2012).

Kalp yetmezliği, kalbin dokuların ihtiyaçı olan yeterli miktarda kanı pompalayamaması veya bunu sadece yüksek doluş basınçları ile gerçekleştirebildiği bir tablodur. Kalbin dokuların ihtiyaçı olan kanı pompalayamaması; yapısal anomaliler, yetersiz kardiyak doluş ve/veya kontraktıl yetersizliğe bağlı meydana gelebilir. Adaptasyon mekanizmaları kan volümünü, kardiyak doluş basınçlarını, kalp hızını ve kas kitlesini artırarak normal fizyolojiyi sağlamaya çalışır. Ancak bu adaptif mekanizmaların da katkısıyla kalbin kontraksiyon ve relaksasyon kapasitesi daha da bozulmakta ve kalp yetmezliği hızlı ilerleme göstermektedir (Bristow, 2000).

Çoğu hastada Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY) ve anormal dolaşım konjesyonu hem kalp yetmezliğinin kendisinin, hem de sonradan oluşın ve sempatik sinir sisteminin ve renin-anjiotensin sisteminin aktivasyonunun eşlik ettiği periferik dolaşım değişikliklerinin sonucu olarak gelişir. Mekanik veya miyokardiyal bozukluklara bağlı klinik KKY olan çoğu hastada, kalp (pompa) yetmezliğinden önce, kardiyak pompa fonksiyonunun ve kardiyak debinin miyokard hipertrofisi ve ventrikül dilatasyonundan oluşın kompansatuvar mekanizmalarla en azından istirahatte korunduğu önemli bir miyokardiyal disfonksiyon dönemi vardır. Bu sebepten dolayı erken dönemlerde hastanın hiçbir engeli veya semptomu olmayabilir veya bunlar çok az düzeyde olur (Kimyon, 2006).

Kalp yetersizliğinin fonksiyonel kapasiteye etkilerini değerlendirmek için “New York Heart Association (NYHA)” tarafından bir sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur. Buna göre hastalar semptom oluşması için gereken efor düzeyine göre 1’den 4’e kadar olan sınıflara ayrılır. Bu sınıflamanın bazı sınırlamaları olmakla birlikte, hastaların efor kapasitelerinin değerlendirilmesinde oldukça değerlidir (Kepez ve ark., 2004).

1.4.Amerikan Kalp Birliği (Newyork Heart Association-NYHA) Sınıflandırması

Çizelge 1. Amerikan Kalp Birliği (Newyork Heart Association-NYHA) Sınıflandırması

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

(Amerikan Kalp Birliği NYHA (Newyork Heart Association 2011).

1.4.1.Kalp Yetmezliğinin Evreleri (ACC/AHA Sınıflandırma Sistemi)

Son “American Collage of Cardiology (ACC)” kılavuzunda bu progresif süreci kliniğe yansıtmak için yeni bir sınıflama yayınlanmıştır (Kepez ve ark., 2004).

Evre A: Kalp yetmezliği(KY)’nin gelişimi ile kuvvetli olarak ilişkili komorbid durumların olmasından dolayı kalp yetmezliği riski olan hastalar. Böyle hastaların KY belirti ve bulguları yoktur ve KY’nin belirti ve bulgularını hiç göstermemişlerdir. Kapakların veya ventriküllerin yapısal veya fonksiyonel bozuklukları yoktur.

Örnekler: Sistemik hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus, kardiyotoksik ajan kullanımı, alkol kullanımı.

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

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

Evre D: Maksimum medikal tedaviye rağmen istirahatte belirgin kalp yetmezliği semptomları bulunan ve özel girişimlere ihtiyaç duyan hastalar. Örnekler: Hastaneden güvenle taburcu edilemeyen, tekrar tekrar hastaneye yatırılan, hastanede kalp transplantasyonu bekleyen, hastane benzeri ortamlarda bulunan, evde semptomların azalması için sürekli intravenöz destek alan, mekanik destek cihazı ile tedavi gören hastalar.

Bu yeni evreleme şeması büyük ölçüde kliniğe dayalıdır ve hekimlerin tedavilerini spesifik hasta alt gruplarına daha fazla odaklanmış biçimde yönlendirmesine izin vermektedir. Hastalar genellikle bu şemada ileriye doğru gelişme gösteriyor olsalar da bazen D'den C'ye geçebilirler (İlerigelen, 2000).

Bu sınıflama sistemine göre kalp yetersizliği gelişmesi bazı risk faktörleri ile ilişkilidir ve miyokardiyal hasarla başlar. Bu sınıflama tedavi için önemlidir, sol ventrikül disfonksiyonu bulguları saptanmadan dahi başlanan tedavi ile kalp yetersizliğine bağlı mortalite ve morbidite azaltılabilir (Kepez ve ark., 2004).

1.5.Kalp Yetmezliği İlk Tanısı

KY tanısı büyük oranda klinik bulgulara dayandığından nefes darlığı, yorgunluk, halsizlik, sıvı retansiyonu gibi tipik yakınmalarla gelen hastalarda ayrıntılı öykü almak ve fizik muayene yapmak son derece önemlidir. Bununla birlikte kalp yetersizliği klinik kuşkusunun daima kalp işlevini değerlendiren incelemelerle doğrulanması gerekliliği Avrupa Kardiyoloji Birliği (ESC) kılavuzunda vurgulanmaktadır. Benzer şekilde, Amerikan Kalp Birliği (AHA) kılavuzunun 2009 güncellemesinde de KY tanısı düşünülen tüm hastaların ekokardiyografi ile değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. NICE 2010 kılavuzunda ise ekokardiyografi ve uzman görüşü gerekliliği önerilmekle birlikte bu değerlendirmenin aciliyeti BNP değerlerine göre düzenlenmektedir. Bu öneri aşağıda belirtilmiştir:

- Önceden miyokard infarktüsü geçirilmiş olması ve çok yüksek serum natriüretik peptid değerleri kötü prognoza işaret etmektedir. Bu nedenle BNP değerinin 400 pg/ml veya NTproBNP değerlerinin 2000 pg/ml'nin üstünde olduğu durumlarda hastanın acil olarak (en geç iki hafta içinde) ekokardiyografi ve uzman değerlendirmesi yapılması için sevk edilmesi önerilir. (NICE Klavuzu, 2010)
- BNP düzeyleri 100 ila 400 pg/ml veya NTproBNP düzeyleri 400 ila 2000 pg/ml olan hastaların ise 6 hafta içinde ekokardiyografi ve uzman değerlendirmesi açısından sevk edilmesi gerektiği belirtilmektedir.(NICE Klavuzu, 2010)

1.6. Kalp Yetmezliğinin Tipleri

Atım Hacmine Göre

- Düşük debili kalp yetmezliği
- Yüksek debili kalp yetmezliği

Lokalizasyonlarına göre

- Sol kalp yetmezliği
- Sağ kalp yetmezliği
- Konjestif kalp yetmezliği

Sistolik ve diyastolik kalp yetmezliği

1.7.Kalp Yetmezliğinde Tedavi

Kalp yetmezliği olan hastada tedaviye başlamadan evvel ekokardiyografi ile sol ventrikül yapısını ve fonksiyonunu değerlendirmek önemlidir. Eğer semptomlar korunmuş sistolik fonksiyonlar eşliğindeki anormal diyastolik özelliklerden kaynaklanıyorsa sistolik disfonksiyonun tedavisinin verilmesi etkili olmayabilir ve hatta zararlı olabilir. Dolayısıyla tedavi planlarken ve prognozu belirlerken miyokardın yapısı, anatomisi ve fonksiyonu hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir (Yılsen, 2004).

1.7.1.Tedavinin amaçları

- a) Önleme
 - Kardiyak disfonksiyon ve kalp yetmezliğine neden olma hastalıklarının kontrolü ve/veya önlenmesi
 - Kardiyak disfonksiyon saptandıktan sonra kalp yetmezliğine progresyonu önlemek
- b) Morbidite
 - Yaşam kalitesini sürdürmek veya daha iyileştirmek
- c) Mortalite
 - Yaşam süresinde artış

Kalp yetersizliği tedavisinin kısa dönemdeki amaçları, semptomları kontrol altına alıp, yaşam kalitesini arttırmaktır. Uzun dönemde ise kalp yetersizliği sendromunun karakteristik özelliği olan progresif sol ventrikül disfonksiyonunu yavaşlatarak, durdurarak veya geriye döndürerek yaşam süresini arttırmak amaçlanır (Jessup ve ark., 2003).

1.7.2.Semptomatik Tedavi

Kalp yetersizliği hastalarında, kısa dönem semptomları kontrol altına almak için verilen tedavinin amaçları dolaşımsal konjesyonu azaltmak ve doku perfüzyonunu arttırmaktır. Hastaların tedaviye yanıtını değerlendirmek için hastanın yakınmalarındaki ve konjesyon bulgularındaki azalma değerlendirilmelidir (Jessup ve ark., 2003).

1.7.3.Farmakolojik Tedavi

Kalp yetersizliğinin semptomatik tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar diüretikler, vazodilatörler ve digoksindir.

- a) Diüretikler: Diüretikler dolaşımsal konjesyonu ve eşlik eden pulmoner ve periferik ödemi azaltır.
- b) Vazodilatörler: Hem arteryel hem de venöz düz kasları gevşeten ajanlar sol ventrikül ejeksiyonuna direnci azaltırlar ve venöz kapasitansı arttırlar.
- c) Digoksin: Kronik kalp yetersizliğinin uzun dönem tedavisinde digoksin; ACE inhibitörleri, beta-bloker ajanlar ve loop diüretikleri ile birlikte kullanılır. Yarar en fazla NYHA sınıf III ve IV olan hastalarda görülür. Bu durumlarda digital tedavisine dolaşımın yanıtı, venöz basınçlarda ve ventrikül doluş basınçlarında azalma ve kardiyak debide artma ile karakterizedir (Özcan, 2010).

1.7.4. Nonfarmakolojik Tedavi

Hastaların tuz alımı kısıtlanmalıdır. Tuz alımındaki kısıtlama (günlük tuz alımı 2-3 g.) hastanın diüretik ihtiyacını azaltacaktır (Jessup ve ark., 2003).

Kalp yetersizliği hastalarında fizik egzersizin kısıtlanması kondisyonu azaltır, düzenli fizik egzersiz ise efor kapasitesini artırır. Hastaların semptomlarının el verdiği derecede düzenli egzersize yönlendirilmesi veya rehabilitasyon programlarına sokulması, hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasına yardımcı olabilir. Bu yaklaşım geleneksel yatak istirahati yaklaşımına karşıdır, fakat her iki durumun da etkinliği ve emniyeti yeteri kadar incelenmemiştir (Jessup ve ark., 2003).

Sol ventrikül disfonksiyonunun alevasyonunun engellenmesi için günlük alkol alımı 2 oz (60 mL)'un altında tutulmalıdır. Alkolik kardiyomyopatiden şüphelenilen vakalarda alkolün tamamen bırakılması sağlanmalıdır (Hunt ve ark., 2012).

1.8.Genel Tavsiye ve Öneriler

- a) Hastanın ve ailesinin eğitimi: Kilo kontrolü (Hastalara düzenli aralıklarla kendilerini tartmaları, 3 günde 2 kilodan fazla kilo artması gibi beklenmedik kilo alımında konsülte edilmeli, diüretik dozu ayarlanmalıdır.
- b) Besinsel ölçümler-Sodyum: Na⁺ tuzu yerine başka şeyler kullanılmalı fakat bunların potasyum içerebileceği hakkında uyarılmalıdır.
- c) Sıvılar: İleri kalp yetmezliği olanlarda hiponatremi olsun ya da olmasın sıvı alımı kısıtlanmalıdır. Sıvı kısıtlanmasının tam miktarı halen net değildir. İleri evre kalp yetmezliğinde 1,5-2 lt sıvı kısıtlaması önerilir.
- d) Alkol: Orta düzeyde alkol alımına izin verilir. Alkolik kardiyomyopatiden şüphelenilen olgularda alkol tüketimi engellenmelidir.
- e) Obezite: Kronik kalp yetmezliğinin tedavisi aşırı kilolu ve obezlerde kilo vermeyi de kapsar (Yılsen, 2004).

- f) Cinsel Aktivite: Eğer uygunsu cinsel aktiviteden 6nce dilaltı nitratların kullanımını ve maj6r duygusallıktan kaçınılması tavsiye edilmelidir. NYHA sınıf 2 olan hastalar orta risk altındadır. Sınıf 3-4 cinsel aktivite ile tetiklenen kardiyak dekompanseasyon için y6ksek risklidir (Yılsen, 2004).
- g) İstirahat: Stabil kronik kalp yetmezliğinde istirahat mutlak değildir. Hastanın klinik durumu d6zeldike aktif mobilizasyon yapılabilir.
- h) Egzersiz: Zorlu izometrik egzersizler, yarışmacı, zor sporlarda uzak durulmalıdır. Eğer hasta çalışıyorsa değerlendirilmeli ve devamı hakkında tavsiye verilmelidir.

Egzersiz Eğitimi: Pekçok klinik ve mekanik çalışmalar bazı randomize araştırmalar d6zenli egzersizin fiziksel aktiviteyi % 15-25 artırabildiğini semptomları ve stabil sınıf 2 ve 3 kalp yetmezliği hastalarının yaşam kalitesi algılarını artırdığını g6stermiştir (Yılsen, 2004).

1.9.Tıbbi Araştırmalarda G6venilirlik ve Geçerlilik

Tıbbi araştırmalarda sıklıkla araştırma 6leklerine başvurulur. Sadece psikometrik 6l6mler için değil, her çeşit 6l6mde g6venilirlik ve geçerlilik kavramlarını g6ndeme getirebiliriz. Bir 6leğin/6l6m6n g6venilirliğini ve geçerliliğini bilimsel y6ntemlerle değerlendirmek m6mk6nd6r. Bir 6leğin g6venilirliğinden bahsedince akla stabilliliği (aynı 6rneklemde yapılan tekrarlayan 6l6mlerden aynı sonucun alınması), eşdeğerliliği ve homojenliği gelir. Homojenlik açısından g6venilirlik 6leğin i özelliğiyle (iç tutarlılık “internal consistency”) ilgilidir; aynı yapıyı 6len maddelerin ne kadar benzer sonuçlar verdiğinin 6l6lmesidir. Yani aynı özelliği 6lmede farklı maddelerin ne kadar tutarlı olduğunun incelenmesidir. Bu kavramlara g6re aşağıdaki g6venilirlik eşitleri ile 6lebiliriz: paralel formlar, test/tekrar test (test/retest), g6zlemciler arası g6venilirlik, yarıya b6lme (split half) ve Cronbach alfa. Geçerlilik açısından içerik geçerliliği (Content validity), tahmin ettirici geçerlilik (Predictive validity), yapı geçerliliği (Construct validity), eş zamanlı geçerlilik (Concurrent validity) ve G6r6n6m geçerliliğinden (Face validity)

bahsedilebilir. Bilim ölçüm demektir. Yanlış ölçümler yapmak kanıtlarımızın ve tedavilerimizin güvenilir olmasına yol açar. Bu nedenle ölçüm araçlarımızın geçerli ve güvenilir sonuçlar vermesine azami önem gösterilmelidir (Aktürk ve ark. 2012).

Ölçme, “Bir niteliğin gözlenip, gözlem sonucunun sayı ve sembollerle gösterilmesidir” İstatistikte güvenilirlik, ölçme aracının kendi içinde kararlılığı ve tutarlılığı olup, standart hatanın az olması demektir. Geçerlilik ise bir ölçme aracının ölçmek istediği değişkeni ölçüp ölçmediği, ölçüyorsa onu başka değişkenlerden ne derece ayırarak ölçtüğüdür (Ercan ve ark., 2004).

Üretilen bilgilerin bilimsel bir nitelik kazanması doğru olmasına ve bu bilgilerin her defasında yapılan gözlem ve deneylerle kanıtlanmasına bağlıdır. Belirli bir varsayımın test edildiği, değişkenler arasında nedensel bir ilişkisi kurulduğu araştırma verileri eğer güvenilirlik ve geçerlilik analizlerine dayanıyorsa güven verir. Güvenilirlik ve geçerlilik analizleri yapılmadan herhangi bir araştırmanın analiz sonuçlarını tablolaştırmak, bu araştırmayla ilgili yorum yapmak, bir hipotezi kabul veya ret etmek doğru değildir (Şencan, 2005).

Aslında sadece psikometrik ölçümler için değil, her çeşit ölçümde güvenilirlik ve geçerlilik kavramlarını gündeme getirebiliriz. Örneğin biyokimyasal analiz yapan cihazların da doğru ölçüp ölçmediklerinden ve her defasında aynı sonucu vermelerinden emin olmak gerekir (Aktürk ve ark., 2012).

1.10. Güvenilirlik ve Geçerlilik Kavramları

Ölçeğin taşınması gereken özelliklerden birisi olan güvenilirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir. Ölçümlerin kararlılığının yorumlanmasında, iki farklı yaklaşım vardır. Birinci yaklaşım, birbirini izleyen ölçmelerde, bireyin grup içindeki sırasının değişmezliği; ikinci yaklaşım ise birbirini izleyen ölçümlerde ölçme hatalarının

büyüklüğü, yani ölçeğin tekrarlı ölçümlerde aynı denekten yaklaşık olarak aynı ölçüm değerini elde etmesi ve dolayısıyla ölçmenin standart hatasının düşük olması ile ilgilidir. Güvenirlik sadece ölçme aracına ait bir özellik değildir, ölçme aracı ve aracın sonuçlarına ilişkin bir özelliktir. Güvenilir olmayan bir ölçek kullanışsızdır (Ercan ve ark., 2004).

Güvenilirlik, ölçümün tutarlı olmasının ölçütüdür. Ölçüm sonuçları farklı yerlerde uygulandığında benzer sonucu vermelidir. Yani bağımsız ölçümlerde benzer kararlı sonuç alınmalıdır. Güvenilirlik, bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne ölçüde doğru ölçtüğünü, ölçeğin üretkenliğini ve sürekliliğini gösterir. Güvenilirlik için testin tekrarlanabilir ve aktarılabilir olması gerekir. Güvenilirlik bir ölçme aracında bütün soruların birbirleriyle tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini, yeterliliğini ortaya koyan bir kavramdır (Şencan, 2005, Çakur, 2012). Kavramın değerlendirilmesinde güvenilirlik gereklidir ancak yeterli değildir (Ercan ve ark., 2004, Durademir, 1999).

Güvenilirlik analizlerinde iç tutarlılık Cronbach alfa değeri ile gösterilmiştir. Alfa değerinin 0,70'in üzerinde olması yeterli bir tutarlılık, 0,50-0,70 arasındaki değerler kabul edilebilir bir geçerliliği gösterir. Benzer şekilde bir alt boyut içinde yer alan maddelerin kendi alt boyut puanı ile diğer alt boyut puanlarıyla olduğundan daha yüksek bir korelasyon göstermesi beklenir.

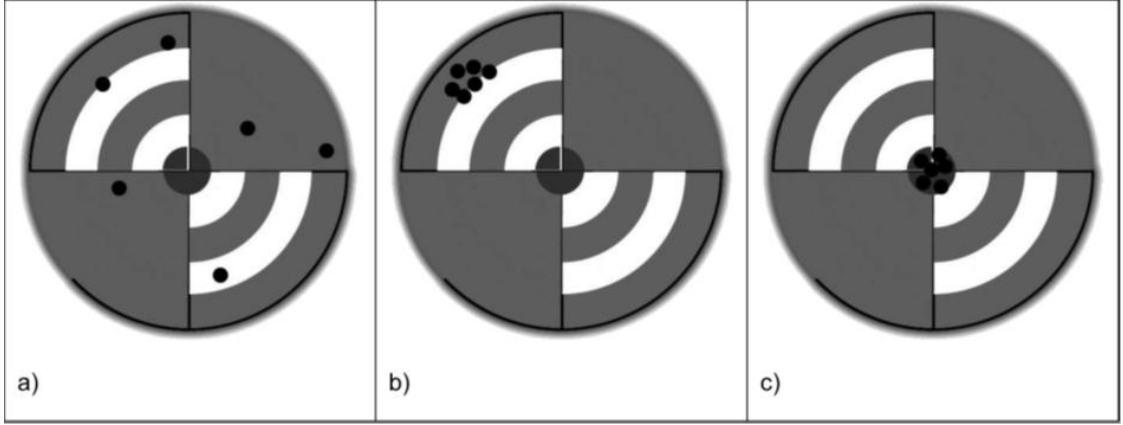
Özellikle sözlü sınavlarda şikâyet edilen bir durum vardır: eğitici iyi bir sınav yaptığını düşünür ama öğrenciler aynı görüşte olmayabilir. Sınavın eğitimin içeriğini ne kadar ölçtüğü sorgulanabileceği gibi, aynı sınava tekrar girilse geçme/kalma durumunun çok farklı olacağı da iddia edilebilir (Aktürk ve ark., 2012).

Bu durumda alt ekstremitte kemiklerinin anlatıldığı anatomi dersinin sınavında birkaç çeşit eğiticiden bahsedebiliriz. Birinci eğitici tipi sınavda hem konuyla alakasız sorular sorar, hem de her öğrenciye farklı içerikte sorular sorar. Hedefi tutturmadan uzak olan ve hem de her ölçümde farklı sonuçlar veren bu ölçüme "Hem güvenilirmez hem de geçersiz" ölçüm denilebilir (Çizelge 1a).

İkinci eğitici tipi ise yine anlatılan içerikle ilgili sorular sormaz ama tüm öğrencilere örneğin üst ekstremite kemikleriyle ilgili sorular sorar. Bu eğiticinin ölçümü için “Güvenilir ama geçersiz” bir ölçüm diyebiliriz (Çizelge 1b).

Üçüncü eğitici tipi ise sorularını alt ekstremite kemikleri hakkında hazırlamıştır ve tüm öğrencilere de aynı içerikte sorular sormaktadır. Bu eğiticinin ölçümü için ise “Hem güvenilir, hem de ama geçerli” bir ölçüm diyebiliriz (Çizelge 1c).

Çizelge 2. Güvenilir ve Geçerli Ölçüm Modelleri



Cronbach, güvenilirlikle geçerlilik kelimelerini bütünleştirerek bu iki kavramı tek bir kelime olarak ‘genellenebilirlik’ kavramıyla ifade etmeye çalışmıştır.

1.10.1. Güvenilirlik Analizi Yöntemleri

Bir ölçeğin güvenilirliğinden bahsedince akla stabilliği (Aynı örneklemede yapılan tekrarlayan ölçümlerden aynı sonucun alınması halinde ölçeğin stabil olduğu söylenir.), eşdeğerliliği ve homojenliği gelir (Bannigan ve ark., 2009). Homojenlik açısından güvenilirlik ölçeğin iç özelliğiyle ilgilidir (iç tutarlılık da “internal

consistency” denir). Aynı yapıyı ölçen maddelerin ne kadar benzer sonuçlar verdiğinin ölçülmesidir. Yani aynı özelliği ölçmede farklı maddelerin ne kadar tutarlı olduğunun incelenmesidir (Cook ve ark., 2006).

1. İç tutarlılık güvenilirliği
2. Test-yeniden test güvenilirliği
3. Paralel formlar güvenilirliği
4. Gözlemciler arası güvenilirlik

1.10.1.1.İç Tutarlılık Analizi

İç tutarlılık güvenilirliğinde, tek bir ölçüm aracı kullanılarak ve tek bir seansta ölçüm yapılarak maddelerin belirli bir kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediği araştırılır. Bir test veya ölçüm için iç tutarlılık güvenilirliğini yapmak gereklidir, fakat yeterli değildir. Ölçüm çalışmasının niteliğine göre aynı zamanda diğer güvenilirlik analizleri de yapılmalıdır. Ölçeklerde çok sayıda madde olsa bile bu maddeler kavramsal alanı yeterli genişlikte kapsamadığı için güçsüz olabilir. Araştırmacı iç tutarlılık için değişik istatistiksel analiz yöntemlerinden yararlanabilir (Cook ve ark., 2006).

Maddeler arası korelasyon katsayılarının ortalaması: Bu analiz, test/ölçek maddelerinin ne ölçüde birbirleriyle ilişkili olduğu hakkında bilgi verir.

Madde toplam puan korelasyonu katsayılarının ortalaması: Tutum ölçeklerinde beş veya yedi dereceli ölçeğin; bilgi ve başarı testlerinde ise çift rakamlı değerlerden de oluşabilen ölçeğin/testin toplam puanlarıyla her bir maddeye ait puanların korelasyonunun alınmasıdır. Bu işlem madde güvenilirliği olarak adlandırılır (Şencan, 2005).

Madde toplam puan korelasyonu analizinin yapılabilmesi için 100 ile 200 arasında cevaplayıcının olması gerekir. Başka kaynaklarda ise madde sayısının en az 5-10 katı kadar cevaplayıcının bulunması öngörülmüştür (Eymen, 2007).

Maddelerin yanıtlanma oranı: Anketteki maddelerin % 85'ine tam olarak yanıt verilmişse eksik maddelere atama yöntemi uygulandıktan sonra alfa değeri hesaplatılmalıdır (Cook ve ark., 2006).

1.10.1.1.a.Cronbach alfa

Cronbach alfa yarıya bölmenin (matematiksel anlamda) eşdeğeridir. Güvenilirlik hesaplarında sıkça kullanılan bir katsayıdır. Maddeler arası korelasyon ortalamasını da dikkate alarak iç güvenilirliği hesaplar. Cronbach alfa hesaplamasında ölçek maddeleri rastgele ikiye ayrılarak karşılaştırılır. Bu rastgele ikiye ayırma işlemi tüm ihtimaller için tekrarlanır. Benzer bir ölçüm de Kuder-Richardson'dur. Özetleyecek olursak, güvenilirlik açısından paralel formlar ve uygulayıcılar arası güvenilirlik testin eşdeğerliliğini, yine uygulayıcılar arası güvenilirlik ve test/tekrar test testin stabilliğini, yarıya bölme, Kuder-Richardson ve Cronbach alfa gibi ölçümler ise homojenliğini belirler (Şencan, 2005).

Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (Ercan ve ark., 2004).

Alfa güvenilirlik değerinin büyüklüğü: Birçok yazara göre alfa değeri, 0,70'den büyük olmalıdır. Alfa değeri >0,9 olması mükemmel; 0,8-0,9 arasında olması iyi; 0,7-0,8 arasında olması kabul edilebilir; 0,6-0,7 arasında olması kuşkulu; 0,5-0,6 arasında olması zayıf ve 0,5'in altında olması ise kabul edilemez olarak değerlendirilir (Eymen, 2007).

1.10.1.1.b.Yarıya Bölme (Split Half)

Yarıya bölme, testin iç tutarlılığını ölçmekte yararlanılan bir diğer yöntemdir. Likert ölçeklerinde, psikometrik testlerde öğrencilerin bilgilerini ölçmeye yönelik olarak oluşturulan başarı testlerinde bu yönetime başvurulur. Bir özelliği ölçmek için kullanılan tüm maddeler rastgele ikiye ayrılır. Ölçek bir grup bireye uygulanır ve her iki yarımın puanları hesaplanır. Bu iki yarımın karşılaştırılmasıyla (Guttman Split-Half katsayısı) güvenilirliğin derecesi belirlenir (Şencan, 2005).

1.10.1.1.c.Faktör analizi

İç tutarlılık analizinin bir diğer şekli, keşfedici faktör analizi sonucunda hesaplanan faktör ağırlıklarından yararlanmaktır. Maddeler eğer tek bir faktörü ölçüyorsa söz konusu faktörü temsil etme ağırlığı 0,40 ila 0,80 arasında değişebilir.

1.10.1.2. Test/tekrar test (Test/retest)

Aynı araştırma tarafından araç, aynı deneklere benzer şartlar altında 2 veya daha fazla kez uygulanır. Burada iki ölçüm arasında fazla bir farklılık olmamalıdır. Tabii ki, ölçüm yapılan zaman aralığının ne kadar olduğu da önemlidir. Uygulama ne kadar erken tekrarlanırsa o kadar benzer sonuçlar elde edilir. Diğer taraftan çok geciktirilmesi ölçülen durumun değişmesine yol açabilir. 2-4 hafta gibi zaman aralıkları genel anlamda uygun kabul edilse de hafıza faktörü, bireyin konuya duyarlaşması ve zaman içerisinde oluşabilecek değişiklikler de dikkate alınarak tekrar test yapılmalıdır (Eymen, 2007).

1.10.1.3. Paralel Formlar

Benzerliği, eşit sonuçlara ulaşmayı veya eş değer kavramsal yapılara sahip olmayı gerektirir. Test veya ölçeklerin benzer sonuçlar verebilmesi için her ikisinin de aynı kavramsal yapıyı ölçmesi gerekir (şencan, 2005). Ölçekler aynı zamanda benzer alt boyutlara sahip olmalıdır. Paralel form güvenilirliğine bakmak için aynı kişilere iki farklı ölçek uygulanıp aralarındaki korelasyona bakılabilir. Korelasyon ne kadar yüksekse ölçeklerin o kadar eşdeğer olduğunu söyleriz. Ölçülen aynı şeydir. Sadece ifade tarzları ve/veya soruların tasarımı farklıdır.

Bunu yapmanın bir yolu, soruları hazırlamak ve rastgele ikiye ayırarak uygulamaktır. Paralel formlar uygulaması ölçeğin stabillliğini de ler.

1.10.1.4.Gözlemciler Arası Güvenilirlik

Gözlemciler arası güvenilirlik, farklı gözlemciler tarafından yapılan değerlendirmelerin puan ortalamalarındaki sapma derecesidir. Nesnellik, gözlemciler arasındaki değerlendirme güvenilirliğidir. Farklı değerlendiricilerin veya farklı gözlemcilerin aynı kişilerle ilgili olarak benzer puanları vermeleridir. Nesnellik, derecelendirme ölçeklerinde aranan önemli bir özelliktir. Değerlendiricilerin tarafsız, objektif olabilmeleri için test uygulama koşullarının standartlaştırılması ve puan verme talimatının bulunması gerekir (şencan, 2005). Uygulayıcılar arası (Interrater) güvenilirliği tek bir formun iki uygulayıcı tarafından uygulanması ve aralarındaki korelasyona bakılması ile ölçülür. Ölçek kategorik bir ölçüm yapıyorsa (evet/hayır gibi) iki araştırmacının uygulamasında ne kadar uyum olduğuna bakılır. Aralarındaki uyum (rn. % 82) rapor edilir. Ölçek nümerik bir ölçüm yapıyorsa iki araştırmacının uygulamasının ne kadar korelasyon (Intraclass Correlation Coefficient - ICC) gösterdiğine bakılır. Phi (basit korelasyon), Kappa (rastlantı açısından düzeltme yapılmış) ve Kendall's tau (sıralı veriler için) katsayıları hesaplanabilir.

1.10.1.4.a. Gözlemci İçi Güvenilirlik

Gözlemci içi (intra-rater) güvenilirlik aynı değerlendiricinin yaptığı birden fazla ölçümün arasındaki uyum derecesidir. Aynı gözlemcinin aynı ölçüm araç ve gereçlerini kullanarak yaptığı ölçümler birbirinden farklılık gösterebilir. Anlaşılacağı gibi bu kullanılan ölçüm araçlarına değil, araştırmacıya bağlı bir durumdur. Ölçümün numerik olduğu durumlarda sınıf içi korelasyona (intraclass correlation), kategorik olduğu durumda ise Cohen'in kappa katsayısına bakılarak değerlendirme yapılabilir.

1.10.2.Güvenilirlik Katsayılarının Büyüklüğü

Cronbach alfa veya diğer güvenilirlik katsayılarının ne olması gerektiği konusu bilim disiplinleri ve araştırma alanlarına göre farklılık gösterir.

Sağlık ölçümlerinde; Güvenilirlik rakamları insanları yaşamları hakkında karar vermek için kullanılıyorsa alfa katsayısı en alt düzeyi 0,90 olmalıdır.

Bilimsel araştırmalarda; Yüksek güvenilirlik katsayısı kuralı, sadece araştırma yapmak ve belli bir ölçeği geliştirmek için kullanıldığı zaman bir miktar esnetilebilir. Öte yandan sosyal bilimlerde en alt düzey 0,70 olarak kabul edilmiştir (Aktürk ve ark., 2012).

1.11. Geçerlilik Analizi Yöntemleri

Bir ölçeğin geçerliği, bir derece problemdir, yani ölçeğin geçerliliği vardır veya yoktur şeklinde düşünülemez. Bu nedenle ölçeğin geçerliğini özel bir amaç dışında yüksek, orta ve düşük olarak da nitelenmemek gerekir. Geçerlik, bir ölçme aracının kullanıldığı amaca hizmet etme derecesi olduğundan, ölçme araçlarından elde edilecek ölçümler hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliği de o amaca bağlı olarak değişecektir. Bir ölçeğin geçerliği sadece kendisiyle de belirlenemez. O

ölçeğin, kullanım amacına, uygulandığı gruba, uygulama ve puanlama biçimine de bağlıdır (Ercan ve ark., 2004).

Geçerliğin yüksek olması, büyük ölçüde, ölçülmek istenen değişkenin ifade edilebilmesine bağlıdır. Bu yönü ile doğrudan ölçmelerde geçerlik daha yüksek, dolaylı ölçmelerde ise değişkenin yeterince tanımlanamaması ve kriterlerinin yeterince duyarlı olmaması nedeniyle, geçerlik daha düşük olabilmektedir. Ölçeğin geçerlik düzeyi onun geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır ve $-1,00$ ile $+1,00$ arasında değerler alır. İlişki katsayısı ne kadar yüksekse ölçek amaca o kadar yüksek hizmet ediyor demektir (Ercan ve ark., 2004).

Geçerlik katsayısının düşük bulunması, sadece ölçekten elde edilen değerlerle kriter değerleri arasındaki ilişkinin zayıflığından kaynaklanmaz, aynı zamanda elde edilen değerlerin güvenilirliklerinin tam olmayışından da kaynaklanabilir. Bu nedenle geçerlik katsayıları güvenilirlik katsayılarıyla birlikte yorumlanır (Ercan ve ark., 2004).

Geçerlilik açısından içerik geçerliliği (Content validity), tahmin ettirici geçerlilik (Predictive validity), yapı geçerliliği (Construct validity), eş zamanlı geçerlilik (Concurrent validity) ve Görünüm geçerliliğinden (Face validity) bahsedilebilir (Şencan, 2005).

1.11.1.İçerik Geçerliliği

İçerik geçerliğinden anlaşılan ölçeğin içeriğinin gerçekten ölçülmesi hedeflenen durumla ilgili olup olmamasıdır. Depresyonu taramak için oluşturduğumuz bir ölçekte keyifsizlik, suçluluk hissi, intihar düşüncesi gibi maddeler bekleriz; gastrointestinal kanamayla ilgili soruların olması içerik açısından geçersiz olduğunu düşündürür. İçeriğin boyutlarının belirlenmesini belki ölçek geliştirmedeki en zor

kısımdır. Bu amaçla bir uzmanlar grubundan yararlanılabilir ve literatür desteği gerekir.

1.11.2. Tahmin Ettirici (ölçüt) Geçerlilik

Araştırma aracının gerçek yaşamda durumları ne kadar tahmin ettirici olduğuyla ilgilidir. Depresyon ölçeğinde intihar riski saptananların ne kadarı intihar ediyor? Ya da trafik sınavında yüksek puan alanlar trafikte ne kadar iyi araç kullanıyor?

1.11.3. Yapı Geçerliliği

Aracın ölçülmeye çalışılan teorik psikososyal yapı ile ne kadar korelasyon gösterdiği ile ilgilidir. “Bu ölçek ölçmeye çalıştığımız fenomeni ne kadar ölçüyor?” sorusuna cevap aranmasıdır. Altta yatan fenomenle ilgili farklı konseptleri ölçmeye çalışır. Bu amaçla madde analizi yapılabilir.

1.11.4. Eşzamanlı Geçerlilik

Eş zamanlı geçerliliği test etmek için ölçek aynı veya ilişkili bir yapıyı inceleyen ve daha önce geçerliliği ispat edilmiş başka bir ölçekle eşzamanlı olarak uygulanır. Bu da tahmin ettirici geçerlilik gibi bir ölçütü tahmin etmeye ne kadar yaradığını gösterir. Yeni geliştirilen depresyon ölçeğinin Beck depresyon ölçeği ile birlikte uygulanmasını örnek olarak verebiliriz.

Son yıllarda sağlıkla bağlı yaşam kalitesi (SBYK), tıbbi araştırmalarda kullanılmakta ve tıbbi tedavinin etkisinin değerlendirilmesinde tamamlayıcı olarak kabul edilmektedir (Yılmaz ve ark., 2011). Kalp yetmezliği ile ilgili tedaviler ve girişimler her geçen gün değişmekte ve gelişmekte, KY için geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçüm

araçları yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle, son yıllarda kalp yetmezliği hastalığı olan bireylerin SBYK'ni farklı boyutlarıyla değerlendirmek için genel (jenerik) ve hastalığa özgü ölçekler geliştirilmiştir.

Jenerik ölçekler hastalığın, kişinin yaşamındaki çeşitli boyutlar hakkında fikir verirken, hastalığa özgü ölçekler, incelenen hastalığın etkisine daha duyarlıdır. Kardiyovasküler hastalıklarda genel sağlığı ölçmek için geliştirilmiş ve yaygın olarak kullanılan jenerik ölçekler; Nothingam Sağlık Profili (NHP), Kısa Form 36 (SF-36), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF), Hastalık Etki Profili (SIC), EuroQol-5D (EQ-5D) Genel Yaşam Kalitesi Ölçeğidir.

Kardiyovasküler hastalıklara özgü ölçekler; Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşa Anketi (MLHFQ), Seattle Anjina Anketi (SAQ), Miyokart Enfarktüsü Sonrası Yaşam Kalitesi Anketi (QLMI), Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS), Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) Kardiyak versiyonu, Kardiyovasküler Sınırlılıklar ve Semptom Profili (CLASP), MacNew Kalp Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi, Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi İndeksi Kardiyak Versiyonu'dur. Türk toplumunda kardiyovasküler hastalıklar konusunda, sınırlı sayıda bu ölçekler ile yapılmış, göreceli az sayıda araştırma mevcuttur. Bugüne kadar kalp hastalıkları ile ilgili MKYYA'de dahil olmak üzere SBYK ölçeklerinin kullanıldığı öncü çalışmalar bulunmaktadır (Yılmaz ve ark., 2011).

Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşa Anketi (MLHFQ), KY'li hastalar için geliştirilmiş hastalığa özgü bir ölçektir (Rector, 1992). Bu çalışmada, Türk kalp yetmezlikli hastalarda SYK aracı olarak MKYYA'nin Türkçe sürümünün psikometrik özelliklerinin çözümlenmesi ve ölçeğin Türkçe sürümünün alt boyutlarıyla birlikte Türk hastalarda yapılan klinik değerlendirmelerde bu sürümün geçerli ve güvenilir olduğunu göstermek amaçlanmıştır.

Bu nedenle çalışmada MKYYA'yi 5'li Likert türünde bir ölçek olduğundan Likert türündeki ölçek yapılarının güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yolu izlenmiştir.

1.12. Likert Ölçekleri ve Güvenilirlik

Toplamalı tutum ölçeği grubunda değerlendirilen bu araç Rensist Likert tarafından geliştirilmiştir. Bir indeks olmasına karşın daha çok ölçek sözcüğü ile birlikte kullanılır. Kavramsal yapıyı hassas bir şekilde ölçme özelliğinden uzak, gelişigüzel bir Likert ölçeğinin kullanılması halinde Tip II hatası yapılabilir. Tip 2 hatası, karşılaştırılmalı ölçümlerde mevcut olmayan suni etkilerin/ilişkilerin sanki varmış gibi ortaya çıkarılması ve Ho hipotezinin reddedilmesidir. Özensiz olarak oluşturulan Likert ölçeklerinde yüksek veya düşük puanlar gerçek durumu yansıtmaz (Şencan, 2005).

Likert ölçeklerinin güvenilir sonuçlar verebilmesi için maddelerin kökünde sadece tek bir yargı bulunmalı ve bir ifadeye farklı iki düşünce sıkıştırılmamalıdır (Şencan, 2005).

Likert ölçeklerinin güvenilirliği cevaplayıcıların inançlarını, düşüncelerini, hislerini, tutumlarını veya davranışlarını dürüst ve samimi bir şekilde açıklamalarına bağlıdır. Bu konuda bilinçli bir gizleme söz konusu ise ölçeğin güvenilirliğinden söz edilemez (Şencan, 2005).

1.13. Ölçek Uyarlamasında Uluslararası Kabul Gören Adımlar

Aynı zamanda yüzey ve içerik (kapsam) geçerliliği demektir.

- Dile uyarlama izninin alınması
- İngilizce 'den Türkçe 'ye birbirinden bağımsız iki ileri çevirinin yapılması
- İki ileri çevirinin İngilizce 'ye hâkim alanında uzman en az iki hekim, bir psikometrisyen tarafından birleştirilmesi ve üzerinde uzlaşma sağlanarak tek araç haline getirilmesi
- İki dilli (bilingual-Türkçe ve İngilizce dillerini ana dil düzeyinde bilen) bir çevirmen tarafından birleştirilmiş ileri çevirinin ölçeğin orijinal dili olan İngilizce 'ye geri çevrilmesi

- Geri çevrilen ölçeğin İngilizce orijinali ile karşılaştırılması ve Türkçe sürüm üzerinde yürütülecek olan bilişsel-kavramsal sorgulamanın yapılabilmesi için gerekli olan hazırlığın çalışma grubu tarafından tartışılması
- Çalışma grubunun üzerinde uzlaştığı Türkçe sürümünün seçilmiş 10 hasta üzerinde bilişsel-kavramsal sorgulamasının (ön deneme) yapılması. Bu sorgulamada madde yazımı ile ilgili her bir önerinin değerlendirilerek maddelerin Türkçe yazımında gerekli değişikliklerin yapılması ve Türkçe alanda uygulama sürümlerinin oluşturulması
- Ölçeğin çalışma grubundaki hastalara uygulanması (Şencan, 2005. Eymen, 2007).

Bu araştırmanın amacı Türk KY'li hastalar için geçerli ve kullanıma hazır bir ölçeğin az sayıda bulunması nedeniyle, Türk KY'li hastalarda SYK aracı olarak MKYYA'nin kültürel uyarlamasının yapılması ve anketin Türkçe sürümünün güvenilir, geçerli ve uygulanabilir olup olmadığının araştırılmasıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Tipi

Metodolojik (geçerlilik ve güvenilirlik) tipte bir kültürel uyarlama çalışmasıdır.

Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketi'nin Türkçe' ye uyarlanması:

Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketi'nin Türkçe' ye uyarlanmasında uluslararası kabul gören yöntemlerde belirtilen adımlar izlenmiştir:

- Kalp yetmezliğine özgü yaşama kalitesini ölçen Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi kullanımı için; Thomas Rektor'ın geliştirdiği Minnesota Üniversitesinin telif hakkına sahip olduğu orijinal ölçeğin çevirisi için uyarlama izni alınmıştır.
- İngilizce' den Türkçe' ye birbirinden bağımsız iki uzman çeviri yapılmıştır.
- Bu iki çevirinin İngilizce' ye hâkim iki uzman hekim (bir uzman kardiyolog ve bir halk sağlığı uzmanı) ve şahsım tarafından birleştirilmiş ve üzerinde uzlaşma sağlanarak tek araç haline getirilmiştir.
- Daha sonra her iki dili ana dili düzeyinde bilen bir çevirmen tarafından birleştirilmiş olan metnin İngilizce' ye geri çevrilmiştir.
- Geri çevrilen ölçek İngilizce orijinali ile karşılaştırılmış ve Türkçe sürüm üzerinde yürütülecek bilişsel- kavramsal sorgulamanın yapılabilmesi için gerekli olan hazırlık ölçek geliştiricileri iki uzman kardiyolog, bir halk sağlığı uzmanı, bir uzman psikolog ve şahsım tarafından tartışılmıştır.
- Üzerinde uzlaşılan Türkçe sürüm, NYHA sınıflamasına göre Sınıf 1, 2 ve 3 olan 10 hasta üzerinde ön deneme ile sınanmış ve Türkçe yazımında gerekli değişiklikler yapılmıştır.

2.2.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Temmuz 2012- Eylül 2012 tarihleri arasında Ankara il merkezindeki GATA kardiyoloji polikliniğine ayaktan başvuran, kliniğinde ve/veya yoğun bakım ünitesinde yatan tüm kalp yetmezliği tanısı almış hastalar oluşturmuştur.

2.3.Araştırmanın Örneklemi

Temmuz 2012 ile Eylül 2012 tarihleri arasında GATA kardiyoloji polikliniğine ayaktan başvuran, yoğun bakım ve kliniğinde yatan NYHA sınıflandırmasına göre kalp yetmezliği sınıf 1, 2 ve 3 olan hastalardan çok değişkenli analizler için gerekli olan soru başına 10 katılımcı gerekliliği göz önüne alınarak 210 hasta seçilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul edenler; bilinçleri açık, soruların tamamını yanıtlayacak yeterlilikte, Türkçe iletişim kurabilen hastalardır.

NYHA kalp yetersizliği fonksiyonel sınıflaması 4 olan hastalar ise tıbbi ve etik nedenlerle, ağır semptomlar göstermeleri ve uzun süren bu anket uygulama süreci ile zorlanmak istememeleri nedeniyle bu çalışmaya dâhil edilmemişlerdir.

2.4. Araştırmanın Hipotezleri

- Sosyodemografik özellikler ile WHOQOL-Bref genel yaşam kalitesi anketinin alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- Sosyodemografik özellikler ile SF-36 genel yaşam kalitesi anketinin alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- Sosyodemografik özellikler ile MKYYA skor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

- Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi (MKYYA) ile WHOQOL-Bref genel yaşam kalitesi anketinin alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi (MKYYA) ile SF-36 alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- MKYYA iç tutarlılık puanı istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi Türkçe geçerli ve güvenilir bir kalp yetmezliğine özel yaşam kalitesi anketidir.

2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın amacına yönelik bağımsız ve bağımlı değişkenler aşağıda sunulmuştur.

a) Bağımsız Değişkenler:

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Sosyal güvence durumu
- Gelir getirici iş durumu
- Evde kiminle yaşadığı
- Bakımı ile ilgilenen birinin olma durumu
- Sigara içme durumu
- Alkol içme durumu
- Kalp yetmezliği sınıflaması durumu
- Kalp yetmezliği tanı konma süresi
- Eşlik eden kronik hastalık varlığı

b) Bağımlı Değişken:

- WHOQOL-Bref genel yaşam kalitesi düzeyi
- SF-36 genel yaşam kalitesi düzeyi
- MKYYA kalp yetmezliğine özgü yaşam kalitesi düzey

2.6.Araştırmada Kullanılacak Veri Toplama Formları

2.6.1.Sosyodemografik Veri Formu

Anket formunda, sosyodemografik özellikleri içeren yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, sosyal güvence varlığı, gelir getirici iş durumu, çalışmıyorsa çalışmama nedenleri, daha önceki işteki konumu, evde kiminle yaşadığı, bakımı ile ilgilenen birinin olup olmadığı, sigara içme durumu, alkol içme durumu, kalp yetmezliği tanısının ne zaman konduğu, kalp yetersizliği NYHA fonksiyonel sınıflaması ve eşlik eden süreğen hastalıklara ilişkin sorular yer almaktadır.

2.6.2.Dünya Sağlık Örgütü Genel Yaşam Kalitesi Anketi Kısa Formu (WHOQOL-Bref)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesi grubu tarafından genel yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye için geçerliliği Eser ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yayınlanmıştır. WHOQOL-Bref 27 soru ve 4 dört alt boyuttan (bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel) oluşmaktadır. Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan “Cronbach alfa” değerleri, bedensel alanda 0,83, ruhsal alanda 0,66, sosyal alanda 0,53, çevre alanında 0,73 ve ulusal çevre alanında 0,73 bulunmuştur. Soruların her biri için, test-tekrar test güvenilirliğini ölçmek için hesaplanan Pearson katsayılarının 0,57 ve 0,81 arasında değerler gösterdiği bildirilmiştir (Eser ve ark., 1999).

1. Fiziksel Sağlık Alanı (FSA): Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü.

2. Psikolojik Sağlık Alanı (PSA): Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplama.

3. Sosyal İlişkiler Alanı (SİA): Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam.

4. Çevre Alanı (ÇA): Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre ve ulaşım.

Alan puanları 0-20 puan üzerinden hesaplanmıştır. Puan yükseldikçe yaşam kalitesi yükselmektedir (Okyay ve ark. 2012).

2.6.3. Kısa Form-36 (Short Form-36=SF-36) Genel Yaşam Kalitesi Anketi

Genel amaçlı (Jenerik) yaşam kalitesi anketleri içinde Dünyada en sık kullanılan Türkiye’de Kısa Form 36 olarak da bilinen SF-36, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Bu yazıda ölçeğin İngilizce kısaltmasının yeğlenmesinin nedeni, bu kısaltmanın artık ölçeğin evrensel adı olarak tüm çalışmalarda yer alması ve bu biçimde bilinmesidir. Anket, Koçyiğit ve ark.(1999) tarafından Türkçe’ ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 en kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 en iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (Koçyiğit ve ark., 1999). Bu araştırmada MKYYA’nin birleşim-ayrışım geçerliliğini sınamak amacıyla SF-36 ölçeğinin tüm alt boyutları kullanılmıştır.

2.6.4. Minnesota Kalp Yetmezliği İle Yaşam Anketi (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire – MKYYA)

Kalp Yetmezliği hastalarına özel 21 soru ve iki boyuttan (fiziksel ve emosyonel alt boyutlar) oluşan yaşam kalitesi anketidir. Kalp yetmezliği ve kalp yetmezliği tedavisi için bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçmek için Thomas Rector tarafından 1984 yılında tasarlanmıştır. Günümüze kadar 33 dilde çevirisi, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Anketin amacı, kalp yetmezliğini, klinik çalışmalarda ya da uygulama sırasında yönetmek için çok uzun zaman almadan yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Anket Likert tipinde hazırlanmıştır. Anket nefes darlığı, yorgunluk, periferik dem, anksiyete ve depresyon belirtileri, sık görülen fiziksel belirtilerin etkisini değerlendirmektedir. Buna ek olarak, fiziksel ve sosyal işlevselliğin kalp yetmezliğindeki etkilerini ölçmeyi de hedeflemektedir. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi'nin Türkçe 'ye ve Türkiye'ye kültürel uyarlaması daha önce yapılmamıştır. Bu araştırmada MKYYA'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılarak ve Kalp Yetmezliği ile yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi için kullanılabilir bir ölçek dilimize kazandırılmaya çalışılmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 105'tir.

2.7.Uygulama ve Analizler

Araştırmanın veri toplama paketi, araştırmayı katılmayı kabul eden, 18 yaşın üzerinde, bilinci açık, Türkçe bilen 210 poliklinik (ayaktan başvuran), klinik ve yoğun bakım bölümlerinde yatan hastaya uygulanmıştır. Hastalar rastgele yöntemle seçilmiştir.

Bir test ya da ölçeğin tutarlılığı faklı zamanlarda yapılan ölçüm sonuçlarının benzerliği ile belli olur. Bu durum test-tekrar test yöntemi ile belirlenir. Her tür ölçekte kullanılması zordur. Daha çok standardizasyonu yapılmak istenilen test ve ölçeklerde kullanılır (ksz ve ark., 2005).

MKYA tutarlı ve güçlü bir ölçek olduğunu göstermek amacıyla ilk 40 hastaya; Test tekrar test uygulamalarında ölçek soruları unutulmayacak kadar ne çok uzak bir zaman diliminde ne de aynı cevapların verilmemesi için çok yakın bir süre olmaması nedeniyle 15 gün sonra MKYA' i ikinci kez uygulanmıştır.

Paketin uygulama süresi ortalama 20 dakika olarak saptanmıştır. Ayrıca ve çalışmaya dâhil edilen hastalardan bilgilendirilmiş onam formları alınmış, bilgilerin gizli kalacağı açıklanmıştır. Hastanın tıbbi durumu ile ilgili veriler hasta dosyasından ve hastayı muayene eden (poliklinik hastaları için) doktorundan elde edilmiştir.

2.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada SPSS 17,0 (SPSS Inc., Chicago, II, USA) ve doğrulayıcı faktör analizi için Lisrel 8,05 (Scientific Software International, 2003) istatistik paket programları kullanılmıştır.

Analizler, tanımlayıcı gösterimler, güvenilirlik ve geçerlilik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik analizi için, iç tutarlılık analizi (Cronbach alfa çözümlenmesi), toplam madde korelasyonu ve test-tekrar test güvenilirlik ölçümlerinden yararlanıldı. Sosyodemografik değişkenler ve eşlik eden risk faktörlerinin dağılımları, sürekli değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları, minimum ve maksimum değişkenleri hesaplanmıştır. Olguların tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler sayı ve yüzdeler ile gösterildi. Ayrıca kullanılan bütün yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyut skorları ve total skorları hesaplanmıştır.

Güvenilirlik analizlerinde iç tutarlılık Cronbach alfa değeri ile gösterilmiştir. Alfa değerinin 0,70'in üzerinde olması yeterli bir tutarlılık, 0,50-0,70 arasındaki değerler kabul edilebilir bir geçerliliği gösterir. Benzer şekilde bir alt boyut içinde yer alan maddelerin kendi alt boyut puanı ile diğer alt boyut puanlarıyla olduğundan daha yüksek bir korelasyon göstermesi beklenir. Bir ölçekte yer alan maddelerin sorunlu maddeler olup olmadığı iki temel yaklaşım ile değerlendirilmektedir. Birincisi yukarıda da ifade edildiği gibi maddenin kendi alt boyut puanı ile diğer alt boyut puanlarıyla olduğundan daha yüksek bir korelasyon göstermesi; ikincisi de her bir

madde için yapılan “madde çıkarıldığında alfa değerindeki farklılaşma” yaklaşımıdır. Madde çıkarıldığında elde edilen alfa değeri, madde çıkarılmadan elde edilen alfa değerinden yüksekse o madde “sorunlu madde” olarak değerlendirilir (Yılmaz, 2011)

Ölçeğin istatistik yöntemlerle gösterimi mümkün olmayan Yüzey ve İçerik (Kapsam Geçerliliği) geçerlilikleri uzman değerlendirmeleri ve literatür karşılaştırmaları ile kabul edilmiştir.

Geçerlilik analizlerinde iki temel istatistiksel yaklaşım uygulanmıştır:

1. Ölçüt geçerliliği
2. Yapı geçerliliği

1- Ölçüt geçerliliği iki temel yaklaşımla sınanmıştır.

- a) “NYHA Kalp Yetersizliği Sınıflaması” referans alınarak yapılan değerlendirme. NYHA sınıflamasına göre risk altındaki hastalarda KKYYA puanının anlamlı düzeyde daha düşük elde edilmesi beklenmiştir.
- b) İkinci ölçüt ise WHOQOL-Bref ve SF-36 genel yaşam kalitesi anketleri alt boyut puanıdır. Bununla MKYYA skorları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

2-Yapı geçerliliği de iki temel yaklaşımla gösterilmiştir.

Bu yaklaşımlar, (a) Faktör analizleri ve (b) Birleşim-Ayrışım geçerliliğidir.

- a) Faktör analizlerinde açıklayıcı ve doğrulayıcı çözümlenmeleri yapılmıştır. Her iki yaklaşımda da Türkçe surumun faktör yapısının orijinal ölçeğin faktör yapısı ile ne ölçüde örtüştüğünü göstermek hedeflenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi LISREL 8,05 Paket programı kullanılarak yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde ‘Karşılaştırmalı Uyum İndeksi’ (KUI) kullanılmıştır. Bu indeksin 0,95’in üzerinde olması, ölçeğin orijinal hipotetik yapısı ile kabul edilebilir bir uyum vermemektedir. Açıklayıcı faktör analizi uygulandığında MKYYA’nin tek bir boyut altında açıklandığı görülmektedir. Bu da

MKYA'nin Türkçe sürümünün tek bir boyutta değerlendirilebileceğini göstermektedir.

- b) Birleşim-Ayrışım geçerliliği, hedef ölçekler birlikte paralel olarak uygulanan diğer ölçeklerin (WHOQOL-Bref ve SF-36) alt boyutlarının aralarında beklenen ilişkilerin gösterimi temeline dayanır. Bu çalışmada bedensel alanı sorgulayan MKYA skorlarıyla aynı alanı sorgulayan WHOQOL-Bref ve SF-36 boyutlarıyla daha yüksek korelasyon vermesi beklenmiştir. Birleşim-Ayrışım geçerliliği doğrusal regresyon modelleri ile gösterilmiştir.

2.9.İzinler-Etik Konular

MKYA Anketinin uyarlama, WHOQOL Bref, SF-36 Ölçeklerinin kullanım izinleri alınmıştır. Araştırmanın yürütüleceği Gülhane Askeri Tıp Akademisi Etik Kurulundan gerekli izinler alınmıştır (EK 1).

2.10. Araştırmanın Süresi

Araştırmanın planlanmasına Ekim 2011'de başlanmıştır. Aralık 2011 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Şubat 2012'de GATA etik kurul iznin ve Temmuz 2012-Eylül 2012 tarihleri arasında veriler toplanmış, sonra SPSS programına girilmiş ve analiz edilmiştir.

2.11.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular, araştırma kapsamındaki GATA kardiyoloji polikliniğine ayaktan başvuran, klinik ve yoğun bakım ünitesinde yatan kalp yetmezliği NHYA sınıflamasına göre 1, 2, 3 olan hastalarla sınırlıdır, sonuçlar bütün kalp yetmezliği hastalarına genellenemez. Ancak araştırma döneminde hızlı veri

toplama gerekliliği nedeniyle bu sayıya ulaşılmış olsa da diğer yandan anketlerin ayaktan başvuran hastalarda doldurulması için ideal koşulların sağlanamaması nedeniyle zaman zaman anketlerin bir an önce doldurulması için hastaların ilgilerini kaybetmiş olabilecekleri de bir sınırlılık olarak düşünülebilir.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulguları sunulmaktadır. Sosyodemografik değişkenler ve eşlik eden risk etmenlerinin dağılımları, sürekli değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları, minimum ve maksimum değerleri kullanılan tanımlayıcı gösterimlerdir. Ayrıca kullanılan bütün yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyut puanlarının tanımlayıcı verileri de incelenmiştir. Bulgular;

- Sosyodemografik özellikler,
- Sağlığa bağlı genel yaşam kalitesi ölçeklerinin (WHOQOL-Bref ve SF-36) özellikleri,
- MKYYA'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması olmak üzere üç ayrı grupta verilmektedir.

3.1.Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Çizelge 3.Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	Kişi Sayısı	Yüzde
50-54 Yaş	1	0,5
55-59 Yaş	21	10,0
60-64 Yaş	26	12,4
65-69 Yaş	47	22,4
70-74 Yaş	57	27,1
75-79 Yaş	43	20,5
80-84 Yaş	15	7,1
Toplam	210	100

Katılımcıların % 0,5'i 50-54 yaşında, % 10'u 55-59 yaşında, % 12,4'ü 60-64 yaşında, % 22,4'ü 65-69 yaşında, % 27,1'i 70-74 yaşında, % 20,5'i 75-79 yaşında ve % 7,1'i ise 80-84 yaşındadır.

Çizelge 4. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Kişi Sayısı	Yüzde
Erkek	118	56,2
Kadın	92	43,8
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 56,2'si erkek iken % 43,8'i ise kadındır.

Çizelge 5. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Kişi Sayısı	Yüzde
Okuryazar Değil	1	0,5
Okuryazar	14	6,7
İlkokul Mezunu	70	33,3
Ortaokul Mezunu	19	9,0
Lise Mezunu	61	29,0
Üniversite Mezunu	45	21,4
Toplam	210	100,0

Araştırmaya katılanların % 0,5'i okuryazar değil iken % 6,7'si okuryazar, % 33,3'ü ilkokul mezunu, % 9,0'u ortaokul mezunu, % 29,0'u lise mezunu ve % 21,4'ü ise üniversite mezunudur.

Çizelge 6. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Medeni Duruma İlişkin Dağılımlar

Medeni Durum	Kişi Sayısı	Yüzde
Evli	150	71,4
Dul	51	24,3
Boşanmış	9	4,3
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 71,4'ü evli iken % 24,3'ü dul ve % 4,3'ü ise boşanmıştır.

Çizelge 7. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Sosyal Güvenceye İlişkin Dağılımlar

Sosyal Güvence	Kişi Sayısı	Yüzde
SSK	65	31,0
Emekli Sandığı	100	47,6
Bağ Kur	39	18,6
Yok	6	2,8
Toplam	210	100,0

Araştırmaya katılanların % 31,0'inin sosyal güvencesi SSK iken % 47,6'sı emekli, % 18,6'sının sosyal güvencesi Bağ Kur ve % 2,8'inin ise hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Çizelge 8. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Gelir Getirici İşin Olup Olmamasına İlişkin Dağılımları

Gelir Getirici İş	Kişi Sayısı	Yüzde
Hayır	65	31,0
Evet	9	4,3
Emekli	136	64,8
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 31,0'i gelir getirici bir işi yok iken % 4,3'ünün var ve % 64,8'i ise emeklidir.

Çizelge 9. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Çalışmama Nedenine İlişkin Dağılımları

Çalışmama Nedeni	Kişi Sayısı	Yüzde
İşsizim	11	5,5
Emekliyim	136	67,7
Diğer	54	26,9
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 5,5'i çalışmama nedenini işsizlik olarak belirtir iken % 67,7'i emekli olduğunu ve % 26,9'u ise diğer sebepler (serbest meslek yapanlar, hasta oldukları için çalışmayanlar) olarak belirtmiştir.

Çizelge 10. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin İşyerindeki Konuma İlişkin Dağılımları

İşteki Konum	Kişi Sayısı	Yüzde
Ücretli Çalışan	87	41,4
Kendi İşine Sahip	21	10,0
Ev Hanımı	69	32,9
Diğer	33	15,7
Toplam	210	100,0

Araştırmaya katılanların % 41,4'ü işyerinde ücretli çalışan iken % 10,0'u kendi işine sahip, % 32,9'u ev hanımı ve % 15,7'si ise diğer (çiftçi, serbest meslek, esnaf vb.) konuma sahiptir.

Çizelge 11. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Evde Kiminle Yaşadığına İlişkin Dağılımları

Evde Kiminle Yaşadığı	Kişi Sayısı	Yüzde
Yalnız	25	11,9
Eşi İle	108	51,4
Eşi ve Çocukları İle	42	20,0
Çocukları İle	30	14,3
Diğer	5	2,4
Toplam	210	100,0

Araştırmaya katılanların % 11,9'u yalnız yaşamakta iken % 51,4'ü eşi ile beraber, % 20,0'si eşi ve çocukları ile beraber, % 14,3'ü çocukları ile ve % 2,4'ü ise diğer (bakıcı, torun) ile yaşamaktadır.

Çizelge 12. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Bakım İle İlgilenen Birinin Olup Olmadığına İlişkin Dağılımları

Bakım İle İlgilenme	Kişi Sayısı	Yüzde
Evet	199	94,8
Hayır	11	5,2
Toplam	210	100,0
Eşi Bakanlar*	147	70,0
Çocukları Bakanlar*	121	57,6
Anne Babası Bakanlar*	4	1,9
Bakıcı Bakanlar*	16	7,6
Torunları bakanlar*	2	1,0

*birden fazla kaynaktan bakım hizmeti alabildikleri için toplamı % 100'den fazladır.

Katılımcıların % 94,8'inin bakımı ile ilgilenen biri var iken % 5,2'sinin ise bakımı ile ilgilenen biri yoktur. Eşinden bakım yardımı alanlar % 70,0 iken çocuklarından

bakım yardımı alanlar % 57,6, anne babasından bakım yardımı alanlar % 1,9, bakıcı bakanların oranı % 7,6 ve torunundan bakım yardımı alanlar ise % 1,0'dir.

Çizelge 13. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Sigara Kullanımına İlişkin Dağılımları

Sigara Kullanımı	Kişi Sayısı	Yüzde
Evet	10	4,8
Hayır	108	51,4
Bıraktım	92	43,8
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 4,8'i sigara kullanmakta iken % 51,4'ü sigara kullanmamakta ve % 43,8'i ise sigarayı bırakmıştır.

Çizelge 14. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Sigara Kullananlara İlişkin Dağılımları

Sigara Kullananlar	Minimum	Maksimum	Ortalama
Ne Kadar Zamandır Kullandığı	20 Yıl	35 Yıl	27,60 Yıl
Ne Kadar Kullandığı	Günde 1 Paket	Günde 2 Paket	1,20 Paket

Sigara kullananlar arasında en az 20 yıl ve en fazla 35 yıl olmak üzere sigara içilme süresi ortalaması 27,60 yıl ve en az günde 1 paket en fazla ise günde 2 paket olmak üzere sigara içilme ortalaması ise 1,20 pakettir.

Çizelge 15. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Sigarayı Bırakanlara İlişkin Dağılımları

Sigarayı Bırakanlar	Minimum	Maksimum	Ortalama
Ne Kadar Zamandır Kullandığı	9 Yıl	54 Yıl	26,66 Yıl
Ne Kadar Kullandığı	3 Günde 1 Paket	Günde 3 Paket	1,24 Paket

Sigarayı bırakanlar arasında en az 9 yıl ve en fazla 54 yıl olmak üzere sigara içilme süresi ortalaması 26,66 yıl ve en az 3 günde 1 paket en fazla ise günde 3 paket olmak üzere sigara içilme ortalaması ise 1,24 pakettir.

Çizelge 16. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Alkol Kullananlara İlişkin Dağılımları

Sigara Kullanımı	Kişi Sayısı	Yüzde
Evet	1	0,5
Hayır	177	84,3
Bıraktım	32	15,2
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 0,5'i alkol kullanmakta iken % 84,3'ü alkol kullanmamakta ve % 15,2'si ise alkölü bırakmıştır.

Çizelge 17. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Alkölü Bırakanlara İlişkin Dağılımları

Alkölü Bırakanlar	Minimum	Maksimum	Ortalama
Ne Kadar Zamandır Kullandığı	10 Yıl	30 Yıl	16,69 Yıl
Ne Kadar Kullandığı	Ayda 1 Kadeh	Ayda 7 Kadeh	1,73 Kadeh

Alkölü bırakanlar arasında en az 10 yıl ve en fazla 30 yıl olmak üzere alkol içilme süresi ortalaması 16,69 yıl ve en az ayda 1 kadeh en fazla ise ayda 7 kadeh olmak üzere alkol içilme ortalaması ise 1,73 kadehtir.

Çizelge 18. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Kalp Yetmezliği Tanısının Ne Zaman Konduğuna İlişkin Dağılımları

Zaman	Kişi Sayısı	Yüzde
5 Aydan Az	9	4,3
6-12 Ay	30	14,3
13-24 Ay	65	31,0
25 Aydan Fazla	106	50,5
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 4,3'ünün kalp yetmezliği tanısı 5 aydan önce konulmuş iken % 14,3'ünün kalp yetmezliği tanısı 6-12 ay, % 31,0'inin kalp yetmezliği tanısı 13-24 ay ve % 50,5'inin kalp yetmezliği tanısı ise 25 aydan fazla sürede konulmuştur.

Çizelge 19. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Kalp Yetmezliği Sınıfına İlişkin Dağılımları

Kalp Yetmezliği Sınıfı	Kişi Sayısı	Yüzde
NYHA 1	48	22,9
NYHA 2	113	53,8
NYHA 3	49	23,3
Toplam	210	100,0

Araştırmaya katılanların % 22,9'unda kalp yetmezliği sınıfı NYHA 1 iken % 53,8'inde NYHA 2 ve % 23,3'ünde ise kalp yetmezliği sınıfı NYHA 3'tür.

Çizelge 20. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Eşlik Eden Başka Hastalığa İlişkin Dağılımları

Başka Hastalık	Kişi Sayısı	Yüzde
Evet	207	98,6
Hayır	3	1,4
Toplam	210	100,0
Diyabet	105	50,7
Hipertansiyon	164	79,2
Solunum	70	33,8
Romatizmal hastalıklar	47	22,7
Kalp Krizi	43	20,7
Tiroit Hastalığı	9	4,3
Diğer	9	4,3

Katılımcıların % 98,6'sında başka bir hastalık var iken % 1,4'ünde ise başka bir hastalık yoktur. Başka bir hastalığı olan katılımcılardan diyabet hastalığı olanların oranı % 50,7 iken hiper tansiyon hastalığı olanların oranı % 79,2, solunum hastalığı olanların oranı % 33,3, romatizmal hastalık olanların oranı % 22,4, tiroit hastalığı olanların oranı % 4,3 ve diğer (dermatolojik hastalık, üriner hastalık, ortopedik hastalık, göz hastalıkları) hastalıklara sahip olanların oranı ise % 4,3'tür.

3.2. Genel Yaşam Kalitesi Anketlerine İlişkin Veriler

3.2.1. WHOQOL-BREF Genel Yaşam Kalitesi Anketine İlişkin Veriler

WHOQOL-BREF Genel Yaşam Kalitesi anketinin tanımlayıcı verileri anket formunda soruların sınıflandırıldığı biçimiyle çizelgelerde ayrı ayrı sunulmuştur. Ayrıca tüm tanımlayıcı verilerin sonunda WHOQOL-BREF alt alan puanları ayrı bir çizelgede sunulmuştur.

Çizelge 21. Araştırma Kapsamına Alınanların WHOQOL-BREF İle Genel Yaşam Kalitesi Durumuna İlişkin Dağılımları

Yaşam Kalitesi	Kişi Sayısı	Yüzde
Çok Kötü	21	10,0
Biraz Kötü	54	25,7
Ne İyi Ne Kötü	83	39,5
Oldukça İyi	45	21,4
Çok İyi	7	3,3
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 10,0'u yaşam kalitesini çok kötü olarak tanımlar iken % 25,7'si biraz kötü, % 39,5'i ne iyi ne kötü, % 21,4'ü oldukça iyi ve % 3,3'ü ise yaşam kalitesini çok iyi olarak tanımlamıştır.

Çizelge 22. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Sağlıktan Ne Kadar Hoşnut Olunduğuna İlişkin Dağılımlar

Sağlık Hoşnutluğu	Kişi Sayısı	Yüzde
Hiç Hoşnut Değil	33	15,7
Çok Az Hoşnut	56	26,7
Ne Hoşnut Ne Değil	98	46,7
Epeyce Hoşnut	22	10,5
Çok Hoşnut	1	0,5
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 15,7'si sağlığından hiç hoşnut değil iken % 26,7'si çok az hoşnut, % 46,7'si ne hoşnut ne değil, % 10,5'i epeyce hoşnut ve % 0,5'i ise sağlığından çok hoşnuttur.

Çizelge 23. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “ağrılarının yaşama etkisi”, “günlük uğraşlar için tıbbi tedavi gereksinimi”, “yaşamaktan keyif alma”, “yaşamını anlamlı bulma” sorularının yanıtları

	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	N 17	84	69	33	7
	% 8,1	40,0	32,9	15,7	3,3
Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ihtiyaç duyuyor musunuz?	N 27	87	71	20	5
	% 12,9	41,4	33,8	9,5	2,4
Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	N 16	65	86	35	8
	% 7,6	31,0	41,0	16,7	3,8
Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	N 11	34	88	61	16
	% 5,2	16,2	41,9	29,0	7,6

"Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?" sorusuna katılımcıların % 8,1'i hiç cevabını vermiş iken % 40,0'ı çok az, % 32,9'u orta derecede, % 15,7'si çokça ve % 3,3'ü ise aşırı derecede cevabını vermiştir.

"Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ihtiyaç duyuyor musunuz?" sorusuna katılımcıların % 12,9'u hiç cevabını vermiş iken % 41,4'ü çok az, % 33,8'i orta derecede, % 9,5'i çokça ve % 2,4'ü ise aşırı derecede cevabını vermiştir.

"Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?" sorusuna katılımcıların % 7,6'sı hiç cevabını vermiş iken % 31,0'i çok az, % 41,0'i orta derecede, % 16,7'si çokça ve % 3,8'i ise aşırı derecede cevabını vermiştir.

"Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?" sorusuna katılımcıların % 5,2'si hiç cevabını vermiş iken % 16,2'si çok az, % 41,9'u orta derecede, % 29,0'u çokça ve % 7,6'sı ise aşırı derecede cevabını vermiştir.

Çizelge 24. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “dikkat toplama”, günlük yaşamda kendini güvende hissetme”, “fiziksel çevrenin sağlıklılığı” sorularının yanıtları

		Hiç	Çok Az	Orta Dereced e	Çokça	Son Derece
Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	N	15	67	58	57	13
	%	7,1	31,9	27,6	27,1	6,2
Günlük yaşamanızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	N	21	52	76	55	6
	%	10,0	24,8	36,2	26,2	2,9
Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıldır?	N	23	52	85	45	5
	%	11,0	24,8	40,5	21,4	2,4

"Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?" sorusuna katılımcıların % 7,1'i hiç cevabını vermiş iken % 31,9'u çok az, % 27,6'sı orta derecede, % 27,1'i çokça ve % 6,2'si ise son derecede cevabını vermiştir.

"Günlük yaşamanızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?" sorusuna katılımcıların % 10,0'u hiç cevabını vermiş iken % 24,8'i çok az, % 36,2'si orta derecede, % 26,2'si çokça ve % 2,9'u ise son derecede cevabını vermiştir.

"Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıldır?" sorusuna katılımcıların % 11,0'i hiç cevabını vermiş iken % 24,8'i çok az, % 40,5'i orta derecede, % 21,4'ü çokça ve % 2,4'ü ise son derecede cevabını vermiştir.

Çizelge 25. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “günlük yaşamı sürdürme gücü”, “bedensel görünüşü kabullenme”, “gereksinimleri karşılama parasal gücü”, “günlük yaşamda gerekli bilgilere ulaşma”, “boş zamanları değerlendirme fırsatı” sorularının yanıtları

		Hiç	Çok Az	Orta Derece	Çokça	Tamame n
Günlük yaşamınızı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	N	16	64	80	46	4
	%	7,6	30,5	38,1	21,9	1,9
Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	N	15	43	50	79	23
	%	7,1	20,5	23,8	37,6	11,0
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	N	7	43	76	68	16
	%	3,3	20,5	36,2	32,4	7,6
Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	N	35	50	80	41	4
	%	16,7	23,8	38,1	19,5	1,9
Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	N	40	63	66	34	7
	%	19,0	30,0	31,4	16,2	3,3

"Günlük yaşamınızı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?" sorusuna katılımcıların % 7,6'sı hiç cevabını vermiş iken % 30,5'i çok az, % 38,1'i orta derecede, % 21,9'u çokça ve % 1,9'u ise tamamen cevabını vermiştir.

"Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?" sorusuna katılımcıların % 7,1'i hiç cevabını vermiş iken % 20,5'i çok az, % 23,8'i orta derecede, % 37,6'sı çokça ve % 11,0'i ise tamamen cevabını vermiştir.

"Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?" sorusuna katılımcıların % 3,3'ü hiç cevabını vermiş iken % 20,5'i çok az, % 36,2'si orta derecede, % 32,4'ü çokça ve % 7,6'sı ise tamamen cevabını vermiştir.

"Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?" sorusuna katılımcıların % 16,7'si hiç cevabını vermiş iken % 23,8'i çok az, % 38,1'i orta derecede, % 19,5'i çokça ve % 1,9'u ise tamamen cevabını vermiştir.

"Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?" sorusuna katılımcıların % 19,0'u hiç cevabını vermiş iken % 30,0'u çok az, % 31,4'ü orta derecede, % 16,2'si çokça ve % 3,3'ü ise tamamen cevabını vermiştir.

Çizelge 26. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Hareketlilik Becerisine İlişkin Dağılımları

Hareket Becerisi	Kişi Sayısı	Yüzde
Çok Kötü	35	16,7
Biraz Kötü	46	21,9
Ne İyi Ne Kötü	76	36,2
Oldukça İyi	50	23,8
Çok İyi	3	1,4
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 16,7'si hareket becerilerini çok kötü olarak tanımlarken % 21,9'u biraz kötü, % 36,2'si ne iyi ne kötü, % 23,8'i oldukça iyi ve % 1,4'ü hareket becerilerini çok iyi olarak tanımlamıştır.

Çizelge 27. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “uykudan hoşnutluk”, “günlük uğraşları yürütebilme becerisinden hoşnutluk”, “iş görme kapasitesinden hoşnutluk”, “kendisinden hoşnutluk”, “diğer kişilerle ilişkilerinden hoşnutluk”, “cinsel yaşamdan hoşnutluk”, “arkadaşların desteğinden hoşnutluk” sorularının yanıtları

		Hiç Hoşnut Değil	Çok Az Hoşnut	Ne Hoşnut Ne Değil	Epeyce Hoşnut	Çok Hoşnut
Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	N	48	50	61	47	4
	%	22,9	23,8	29,0	22,4	1,9
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsuzunuz?	N	55	49	70	34	2
	%	26,2	23,3	33,3	16,2	1,0
İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	N	94	39	48	28	1
	%	44,8	18,6	22,9	13,3	0,5
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	N	35	32	73	62	8
	%	16,7	15,2	34,8	29,5	3,8
Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	N	47	34	61	60	8
	%	22,4	16,2	29,0	28,6	3,8
Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	N	98	40	51	17	4
	%	46,7	19,0	24,3	8,1	1,9
Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	N	51	32	71	50	6
	%	24,3	15,2	33,8	23,8	2,9

"Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna katılımcıların % 22,9'u hiç hoşnut değil cevabını vermiş iken % 23,8'i çok az hoşnut, % 29,0'u ne hoşnut ne değil, % 22,4'ü epeyce hoşnut ve % 1,9'u ise çok hoşnut cevabını vermiştir.

"Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsuzunuz?" sorusuna katılımcıların % 26,2'si hiç hoşnut değil cevabını vermiş iken % 23,3'ü çok az

hoşnut, % 33,3'ü ne hoşnut ne değil, % 16,2'si epeyce hoşnut ve % 1,0'i ise çok hoşnut cevabını vermiştir.

"İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna katılımcıların % 44,8'i hiç hoşnut değil cevabını vermiş iken % 18,6'sı çok az hoşnut, % 22,9'u ne hoşnut ne değil, % 13,3'ü epeyce hoşnut ve % 0,5'i ise çok hoşnut cevabını vermiştir.

"Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna katılımcıların % 16,7'si hiç hoşnut değil cevabını vermiş iken % 15,2'si çok az hoşnut, % 34,8'i ne hoşnut ne değil, % 29,5'i epeyce hoşnut ve % 3,8'i ise çok hoşnut cevabını vermiştir.

"Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna katılımcıların % 22,4'ü hiç hoşnut değil cevabını vermiş iken % 16,2'si çok az hoşnut, % 29,0'u ne hoşnut ne değil, % 28,6'sı epeyce hoşnut ve % 3,8'i ise çok hoşnut cevabını vermiştir.

"Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna katılımcıların % 46,7'si hiç hoşnut değil cevabını vermiş iken % 19,0'u çok az hoşnut, % 24,3'ü ne hoşnut ne değil, % 8,1'i epeyce hoşnut ve % 1,9'u ise çok hoşnut cevabını vermiştir.

"Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna katılımcıların % 24,3'ü hiç hoşnut değil cevabını vermiş iken % 15,2'si çok az hoşnut, % 33,8'i ne hoşnut ne değil, % 23,8'i epeyce hoşnut ve % 2,9'u ise çok hoşnut cevabını vermiştir.

Çizelge 28. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “yaşanan evin koşullarından hoşnutluk”, “sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından hoşnutluk”, “ulaşım olanaklarından hoşnutluk” sorularının yanıtları

		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Son Derece
Yaşadığın evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	N	6	16	84	82	22
	%	2,9	7,6	40,0	39,0	10,5
Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	N	38	61	76	32	3
	%	18,1	29,0	36,2	15,2	1,4%
Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?	N	53	68	71	15	3
	%	25,2	32,4	33,8	7,1	1,4

"Yaşadığın evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna katılımcıların % 2,9'u hiç cevabını vermiş iken % 7,6'sı çok az, % 40,0'ı orta derecede, % 39,0'u çokça ve % 10,5'i ise son derece cevabını vermiştir.

"Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna katılımcıların % 18,1'i hiç cevabını vermiş iken % 29,0'u çok az, % 36,2'si orta derecede, % 15,2'si çokça ve % 1,4'ü ise son derece cevabını vermiştir.

"Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna katılımcıların % 25,2'si hiç cevabını vermiş iken % 32,4'ü çok az, % 33,8'i orta derecede, % 7,1'i çokça ve % 1,4'ü ise son derece cevabını vermiştir.

Çizelge 29. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin “olumsuz duygulara kapılma sıklığı”, “yakın kişilerle ilişkilerde baskı ve kontrolle ilgili zorluklar” sorularının yanıtları

		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Son Derece
Ne sıklıkta olumsuz duygulara kapılırsınız?	N	6	47	99	50	8
	%	2,9	22,4	47,1	23,8	3,8
Yaşamındaki yakın kişilerle ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	N	9	45	106	43	7
	%	4,3	21,4	50,5	20,5	3,3

"Ne sıklıkta olumsuz duygulara kapılırsınız?" sorusuna katılımcıların % 2,9'u hiç cevabını vermiş iken % 22,4'ü çok az, % 47,1'i orta derecede, % 23,8'i çokça ve % 3,8'i ise son derece cevabını vermiştir.

"Yaşamındaki yakın kişilerle ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?" sorusuna katılımcıların % 4,3'ü hiç cevabını vermiş iken % 21,4'ü çok az, % 50,5'i orta derecede, % 20,5'i çokça ve % 3,3'ü ise son derece cevabını vermiştir.

Çizelge 30. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin WHOQOL-Bref Genel Yaşam Kalitesi Alt Boyutlara Göre Skorları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Bedensel Alan	210	1	4	2,53	0,861
Ruhsal Alan	210	2	4	3,01	0,474
Sosyal Alan	210	1	4	2,47	1,015
Çevresel Alan	210	1	5	2,79	0,746

WHOQOL-Bref genel yaşam kalitesi anketinin alt boyutlarına göre minimum ve maksimum değerleri; bedensel alana ait minimum değeri 1, maksimum değeri 4 ve ortalama değer 2,53'tür. Ruhsal alana ait minimum değeri 2, maksimum değeri 4,

ortalama değer 3,01'dir. Sosyal alana ait minimum değer 1, maksimum değer 4, ortalama değer 2,47'dir. Çevresel alana ait minimum değer 1, maksimum değer 5 ve ortalama değer ise 2,79 bulunmuştur.

Çizelge 31. WHOQOL-Bref Alt Boyutları Güvenilirlik Değerleri

	Madde Sayısı	Cronbach's Alfa	Güvenirlik
Bedensel Alan	7	0,929	Yüksek Derecede Güvenilir
Ruhsal Alan	6	0,881	Yüksek Derecede Güvenilir
Sosyal Alan	3	0,850	Yüksek Derecede Güvenilir
Çevresel Alan	8	0,891	Yüksek Derecede Güvenilir

WHOQOL-BREF alt boyutlarına ait cronbach alfa değerleri; bedensel alan alt boyutunda 0,92'dir. Ruhsal alan alt boyutunda 0,88'dir. Sosyal alan alt boyutu 0,85 ve Çevresel alan alt boyutunda 0,89 olarak bulunmuştur. Bu değerler WHOQOL-Bref Genel Yaşam Kalitesi anketinin alt boyutlarına ait güvenilirlik katsayılarının yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.2.2.SHORT FORM (SF-36) Genel Yaşam Kalitesi Anketine İlişkin Veriler

SF-36 Genel Yaşam Kalitesi anketinin tanımlayıcı verileri anket formunda soruların sınıflandırıldığı biçimiyle çizelgelerde ayrı ayrı sunulmuştur. Ayrıca tüm tanımlayıcı verilerin sonunda SF-36 alt alan puanları ayrı bir çizelgede sunulmuştur.

Çizelge 32. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin SF 36 İle Genel Sağlık Durumuna Göre Dağılımları

Sağlık Durumu	Kişi Sayısı	Yüzde
Kötü	72	34,3
Orta	83	39,5
İyi	51	24,3
Çok İyi	4	1,9
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 34,3'ü genel sağlık durumlarını kötü olarak tanımlar iken % 39,5'i orta, % 24,3'ü iyi ve % 1,9'u ise genel sağlık durumlarını çok iyi olarak tanımlamıştır.

Çizelge 33. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Genel Sağlık Durumunun Bir Yıl Öncesi İle Karşılaştırılmasına İlişkin Dağılımları

Sağlık Durumu	Kişi Sayısı	Yüzde
Çok Daha Kötü	42	20,0
Biraz Daha Kötü	76	36,2
Hemen Hemen Aynı	73	34,8
Biraz İyi	19	9,0
Toplam	210	100,0

Araştırmaya katılanların % 20,0'si genel sağlık durumlarını bir yıl öncesi ile karşılaştırdıklarında çok daha kötü olarak nitelendirir iken % 36,2'si biraz daha kötü, % 34,8'i hemen hemen aynı ve % 9,0'u ise genel sağlık durumlarını bir yıl öncesi ile karşılaştırdıklarında biraz iyi olarak nitelendirmiştir.

Çizelge 34. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Fiziksel Alan Alt Boyutunun Sorularının Yanıtları

		Hiç	Çok Az	Orta Derecede
Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	N	175	25	10
	%	83,3	11,9	4,8
Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	N	162	32	16
	%	77,1	15,2	7,6
Ağır kaldırma ve yük taşıma	N	165	32	13
	%	78,6	15,2	6,2
Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	N	147	42	21
	%	70,0	20,0	10,0
Tek bir merdiven basamağını çıkma	N	52	35	123
	%	24,8	16,7	58,6
Öne eğime, çömelme veya diz çökme	N	86	65	59
	%	41,0	31,0	28,1
İki kilometreden çok yürüme	N	74	87	49
	%	35,2	41,4	23,3
Bir kilometre yürüme	N	55	72	83
	%	26,2	34,3	39,5
100 metre yürüme	N	35	62	113
	%	16,7	29,5	53,8
Kendi başına banyo yapma ve giyinme	N	44	44	122
	%	21,0	21,0	58,1

"Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb" cümlesine katılımcıların % 83,3'ü hiç cevabını vermiş iken % 11,9'u çok az ve % 4,8'i ise orta derecede cevabını vermiştir.

"Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb" cümlesine katılımcıların % 77,1'i hiç cevabını vermiş iken % 15,2'si çok az ve % 7,6'sı ise orta derecede cevabını vermiştir.

"Ağır kaldırma ve yük taşıma" cümlesine katılımcıların % 78,6'sı hiç cevabını vermiş iken % 15,2'siok az ve % 6,2'si ise orta derecede cevabını vermiştir.

"ok sayıda merdiven basamağınııkma" cümlesine katılımcıların % 70,0'i hiç cevabını vermiş iken % 20,0'siok az ve % 10,0'u ise orta derecede cevabını vermiştir.

"Tek bir merdiven basamağınııkma" cümlesine katılımcıların % 24,8'i hiç cevabını vermiş iken % 16,7'siok az ve % 58,6'sı ise orta derecede cevabını vermiştir.

"ne eğime,çömelme veya dizkme" cümlesine katılımcıların %41,0'i hiç cevabını vermiş iken %31,0'iok az ve %28,1'i ise orta derecede cevabını vermiştir.

"İki kilometredenok yürüme" cümlesine katılımcıların % 35,2'si hiç cevabını vermiş iken % 41,4'ok az ve % 23,3' ise orta derecede cevabını vermiştir.

"Bir kilometre yürüme" cümlesine katılımcıların % 26,2'si hiç cevabını vermiş iken % 34,3'ok az ve % 39,5'i ise orta derecede cevabını vermiştir.

"100 metre yürüme" cümlesine katılımcıların % 16,7'si hiç cevabını vermiş iken % 29,5'iok az ve % 53,8'i ise orta derecede cevabını vermiştir.

"Kendi başına banyo yapma ve giyinme" cümlesine katılımcıların % 21,0'i hiç cevabını vermiş iken % 21,0'iok az ve % 58,1'i ise orta derecede cevabını vermiştir.

Çizelge 35. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılığı Sorularının Yanıtları

		Evet	Hayır
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	N	181	29
	%	86,2	13,8
Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	N	183	27
	%	87,1	12,9
Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	N	182	28
	%	86,7	13,3
Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	N	180	30
	%	85,7	14,3

"Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?" sorusuna katılımcıların % 86,2'si evet cevabını vermiş iken % 13,8'i ise hayır cevabını vermiştir.

"Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?" sorusuna katılımcıların % 87,1'i evet cevabını vermiş iken % 12,9'u ise hayır cevabını vermiştir.

"Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?" sorusuna katılımcıların % 86,7'si evet cevabını vermiş iken % 13,3'ü ise hayır cevabını vermiştir.

"Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)" sorusuna katılımcıların % 85,7'si evet cevabını vermiş iken % 14,3'ü ise hayır cevabını vermiştir.

Çizelge 36. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılığı Sorularının Yanıtları

	Evet	Hayır
Çalışma yaşamınızda veya diğer N	179	31
aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı %	85,2	14,8
kısalttınız mı?		
Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız? N	179	31
%	85,2	14,8
Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her N	44	166
zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi? %	21,0	79,0

"Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?" sorusuna katılımcıların % 85,2'si evet cevabını vermiş iken % 14,8'i ise hayır cevabını vermiştir.

"Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?" sorusuna katılımcıların % 85,2'si evet cevabını vermiş iken % 14,8'i ise hayır cevabını vermiştir.

"Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?" sorusuna katılımcıların % 21,0'i evet cevabını vermiş iken % 79,0'u ise hayır cevabını vermiştir.

Çizelge 37. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Son 4 Haftada Sosyal İlişkinin Nasıl Etkilendiğine İlişkin Dağılımları

Sosyal İlişki	Kişi Sayısı	Yüzde
Hiç Etkilenmedi	10	4,8
Çok Az Etkilenmedi	51	24,3
Orta Derecede Etkilenmedi	55	26,2
Epeyce Etkilenmedi	58	27,6
Çok Fazla Etkilenmedi	36	17,1
Toplam	210	100,0

Araştırmaya katılanların % 4,8'i son 4 haftada sosyal ilişkilerinin hiç etkilenmediğini belirtmiş iken % 24,3'ü çok az etkilendiğini, % 26,2'si orta derecede etkilendiğini, %

27,6'sı epeyce etkilendiğini ve % 17,1'i ise son 4 haftada sosyal ilişkilerinin çok fazla etkilendiğini belirtmiştir.

Çizelge 38. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Son 4 Haftada Ne Kadar Ağrısı Olduğuna İlişkin Dağılımları

Ağrı	Kişi Sayısı	Yüzde
Hiç Olmadı	12	5,7
Çok Az Oldu	26	12,4
Az	26	12,4
Orta Derecede	51	24,3
Çok	55	26,2
Pek Çok	40	19,0
Toplam	210	100,0

Katılımcıların % 5,7'si son 4 haftada hiç ağrısı olmadığını belirtmiş iken % 12,4'ü çok az ağrısı olduğunu, % 12,4'ü az ağrısı olduğunu, % 24,3'ü orta derecede ağrısı olduğunu, % 26,2'si çok ağrısı olduğunu ve % 19,0'u ise son 4 haftada pek çok ağrısı olduğunu belirtmiştir.

Çizelge 39. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Son 4 Haftada Ağrısının Çalışmasını Ne Kadar Etkilediğine İlişkin Dağılımları

Ağrının Çalışmaya Etkisi	Kişi Sayısı	Yüzde
Hiç Etkilemedi	13	6,2
Biraz Etkiledi	54	25,7
Orta Derecede Etkiledi	46	21,9
Epey Etkiledi	59	28,1
Çok Etkiledi	38	18,1
Toplam	210	100,0

Araştırmaya katılanların % 6,2'si son 4 haftada ağrısının çalışmasına hiç etkisi olmadığını belirtmiş iken % 25,7'si biraz etkilediğini, % 21,9'u orta derecede etkilediğini, % 28,1'i epey etkilediğini ve % 18,1'i ise son 4 haftada ağrısının çalışmasını çok etkilediğini belirtmiştir.

Çizelge 40. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Genel Sağlık Alt Boyutu Sorularının Yanıtları

		Kesinlik le Doğru	Çoğunluk la Doğru	Emin Değilim	Çoğunluk la Yanlış	Kesinli kle Yanlış
Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	N 80	50	48	23	9	
	% 38,1	23,8	22,9	11,0	4,3	
Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	N 2	16	73	59	60	
	% 1,0	7,6	34,8	28,1	28,6	
Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	N 82	58	50	16	4	
	% 39,0	27,6	23,8	7,6	1,9	
Sağlığım mükemmel	N 1	1	34	83	91	
	% 0,5	0,5	16,2	39,5	43,3	

"Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum" cümlesine katılımcıların % 38,1'i kesinlikle doğru cevabını vermiş iken % 23,8'i çoğunlukla doğru, % 22,9'u emin değilim, % 11,0'i çoğunlukla yanlış ve % 4,3'ü ise kesinlikle yanlış cevabını vermiştir.

"Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım" cümlesine katılımcıların % 1,0'i kesinlikle doğru cevabını vermiş iken % 7,6'sı çoğunlukla doğru, % 34,8'i emin değilim, % 28,1'i çoğunlukla yanlış ve % 28,6'sı ise kesinlikle yanlış cevabını vermiştir.

"Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum" cümlesine katılımcıların % 39,0'u kesinlikle doğru cevabını vermiş iken % 27,6'sı çoğunlukla doğru, % 23,8'i emin değilim, % 7,6'sı çoğunlukla yanlış ve % 1,9'u ise kesinlikle yanlış cevabını vermiştir.

"Sağlığım mükemmel" cümlesine katılımcıların % 0,5'i kesinlikle doğru cevabını vermiş iken % 0,5'i çoğunlukla doğru, % 16,2'si emin değilim, % 39,5'i çoğunlukla yanlış ve % 43,3'ü ise kesinlikle yanlış cevabını vermiştir.

Çizelge 41. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin Emosyonel Durum Alt Boyut Dağılımlar

		Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Bazen	Epey	Çoğu Zaman	Sürekli
Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	N 46	34	55	28	33	14	
	% 21,9	16,2	26,2	13,3	15,7	6,7	
Çok sinirli biri mi oldunuz?	N 10	69	88	25	16	2	
	% 4,8	32,9	41,9	11,9	7,6	1,0	
Kendinizi çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltmeyeceğini düşündüğünüz mü?	N 41	67	67	24	8	3	
	% 19,5	31,9	31,9	11,4	3,8	1,4	
Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?	N 4	57	87	29	29	4	
	% 1,9	27,1	41,4	13,8	13,8	1,9	
Çok enerjik oldunuz mu?	N 33	55	65	24	28	5	
	% 15,7	26,2	31,0	11,4	13,3	2,4	
Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	N 7	37	63	27	39	37	
	% 3,3	17,6	30,0	12,9	18,6	17,6	
Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	N 3	28	63	33	30	53	
	% 1,4	13,3	30,0	15,7	14,3	25,2	
Mutlu bir insan oldunuz mu?	N 5	54	74	30	39	8	
	% 2,4	25,7	35,2	14,3	18,6	3,8	
Yorgunluk hissettiniz mi?	N 1	13	37	36	38	85	
	% 0,5	6,2	17,6	17,1	18,1	40,5	

Sağlığınız sosyal N 3	21	51	35	38	62	
aktivitelerinizi sınırladı mı?						
(arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	% 1,4	10,0	24,3	16,7	18,1	29,5

"Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?" sorusuna katılımcıların % 21,9'u hiçbir zaman cevabını vermiş iken % 16,2'si ara sıra, % 26,2'si bazen, % 13,3'ü epey, % 15,7'si çoğu zaman ve % 6,7'si ise sürekli cevabını vermiştir.

"Çok sinirli biri mi oldunuz?" sorusuna katılımcıların % 4,8'i hiçbir zaman cevabını vermiş iken % 32,9'u ara sıra, % 41,9'u bazen, % 11,9'u epey, % 7,6'sı çoğu zaman ve % 1,0'i ise sürekli cevabını vermiştir.

"Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltmeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?" sorusuna katılımcıların % 19,5'i hiçbir zaman cevabını vermiş iken % 31,9'u ara sıra, % 31,9'u bazen, % 11,4'ü epey, % 3,8'i çoğu zaman ve % 1,4'ü ise sürekli cevabını vermiştir.

"Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?" sorusuna katılımcıların % 1,9'u hiçbir zaman cevabını vermiş iken % 27,1'si ara sıra, % 41,4'ü bazen, % 13,8'i epey, % 13,8'i çoğu zaman ve % 1,9'u ise sürekli cevabını vermiştir.

"Çok enerjik oldunuz mu?" sorusuna katılımcıların % 15,7'si hiçbir zaman cevabını vermiş iken % 26,2'si ara sıra, % 31,0'i bazen, % 11,4'ü epey, % 13,3'ü çoğu zaman ve % 2,4'ü ise sürekli cevabını vermiştir.

"Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?" sorusuna katılımcıların % 3,3'ü hiçbir zaman cevabını vermiş iken % 17,6'sı ara sıra, % 30,0'u bazen, % 12,9'u epey, % 18,6'sı çoğu zaman ve % 17,6'sı ise sürekli cevabını vermiştir.

"Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?" sorusuna katılımcıların % 1,4'ü hiçbir zaman cevabını vermiş iken % 13,3'ü ara sıra, % 30,0'u bazen, % 15,7'si epey, % 14,3'ü çoğu zaman ve % 25,2'si ise sürekli cevabını vermiştir.

"Mutlu bir insan oldunuz mu?" sorusuna katılımcıların % 2,4'ü hiçbir zaman cevabını vermiş iken % 25,7'si ara sıra, % 35,2'si bazen, % 14,3'ü epey, % 18,6'sı çoğu zaman ve % 3,8'i ise sürekli cevabını vermiştir.

"Yorgunluk hissettiniz mi?" sorusuna katılımcıların % 0,5'i hiçbir zaman cevabını vermiş iken % 6,2'si ara sıra, % 17,6'sı bazen, % 17,1'i epey, % 18,1'i çoğu zaman ve % 40,5'i ise sürekli cevabını vermiştir.

"Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)" sorusuna katılımcıların % 1,4'ü hiçbir zaman cevabını vermiş iken % 10,0'u ara sıra, % 24,3'ü bazen, % 16,7'si epey, % 18,1'i çoğu zaman ve % 29,5'i ise sürekli cevabını vermiştir.

Çizelge 42. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin SF-36 Genel Yaşam Kalitesi Anketinin Alt Boyut Skorları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Fiziksel Fonksiyonlar	210	1	3	1,82	0,551
Rol Fiziksel	210	1	2	1,14	0,328
Vücut Ağrısı	210	1	6	3,68	1,304
Genel Sağlık	210	1	5	2,12	0,734
Canlılık	210	1	6	3,83	0,995
Ruh Sağlığı	210	1	6	3,01	0,778
Sosyal Fonksiyon	210	2	5	3,50	0,691
Rol Emosyonel	210	1	2	1,36	0,261

SF-36 Genel yaşam kalitesi anketinin alt boyutlarına ilişkin minimum, maksimum ve ortalama değerleri bulunmuştur. Fiziksel fonksiyonlar alt alanı minimum değeri 1, maksimum değeri 3, ortalama değer ise 1,82'dir. Rol fiziksel alt alan minimum değeri 1, maksimum değeri 2, ortalama değer 1,14'tür. Vücut ağrısı alt alan minimum değeri 1, maksimum değeri 6, ortalama değer 3,68'dir. Genel sağlık alt alan minimum değeri 1, maksimum değeri 5, ortalama değer 2,12'dir. Canlılık alt alan minimum değeri 1, maksimum değeri 6, ortalama değer 3,83'tür. Ruhsal sağlığı alt alan minimum değeri 1, maksimum değeri 6, ortalama değer 3,01'dir. Sosyal fonksiyon alt alan minimum değeri 21, maksimum değeri 5, ortalama değer 3,50'dir.

Rol emosyonel alt alan minimum değeri 1, maksimum değeri 2, ortalama değer 1,36 olarak bulunmuştur.

Çizelge 43. SF-36 Alt Boyutları Güvenilirlik Değerleri

	Madde Sayısı	Cronbach's Alfa	Güvenirlilik
Fiziksel Fonksiyon	10	0,920	Yüksek Derecede Güvenilir
Rol-Fiziksel	4	0,969	Yüksek Derecede Güvenilir
Vücut Ağrısı	2	0,939	Yüksek Derecede Güvenilir
Genel Sağlık Durumu	5	0,803	Yüksek Derecede Güvenilir
Canlılık	4	0,729	Oldukça Güvenilir
Sosyal Fonksiyon	2	0,607	Oldukça Güvenilir
Rol-Emosyonel	3	0,590	Güvenilir
Ruh Sağlığı	5	0,662	Oldukça Güvenilir

SF-36 Genel Yaşam Kalitesi anketinin iç tutarlılık Cronbach alfa değerleri; Fiziksel fonksiyon alt boyutunda yüksek derecede güvenilir 0,92 olarak bulunmuştur. Rol fiziksel alt boyut güvenilirlik değeri yüksek derecede güvenilir olarak 0,96 olarak saptanmıştır. Vücut ağrısı alt boyutu yüksek derecede güvenilir 0,93 bulunmuştur. Genel sağlık alt boyutu güvenilirlik değeri 0,80 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Canlılık alt alan güvenilirlik değeri 0,72 olarak oldukça güvenilir bulunmuştur. Sosyal fonksiyon alt alan puanı 0,60 olarak oldukça güvenilir saptanmıştır. Rol-emosyonel alt alan puanı 0,59 olarak güvenilir bulunmuştur. Ruh sağlığı alt alan puanı ise 0,66 olarak oldukça güvenilir bulunmuştur.

3.3. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketinin (MKYYA) Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizi

Araştırmada MKYYA tanımlayıcı özellikleri çizelge 44'de sunulmuştur.

Çizelge 44. Araştırma Kapsamına Alınan Kişilerin MKYYA Göre Dağılımları

	Hiç	Çok Az	Biraz	Ne Az Ne Çok	Epeyce	Çok Fazla
Ayak bileklerinize ya da bacaklarınızda şişme	N 44 % 21,0	39 18,6	28 13,3	37 17,6	10 4,8	52 24,8
Gün içinde dinlenmek için oturma ya da uzanma	N 18 % 8,6	38 18,1	19 9,0	47 22,4	21 10,0	67 31,9
Yürümekte veya merdiven çıkmakta güçlük çekme	N 14 % 6,7	34 16,2	25 11,9	51 24,3	14 6,7	72 34,3
Evde bahçede iş yapmada zorlanma	N 10 % 4,8	37 17,6	18 8,6	52 24,8	17 8,1	76 36,2
Evinizden uzak yerlere gitmede zorlanma	N 16 % 7,6	36 17,1	23 11,0	47 22,4	15 7,1	73 34,8
Geceleri uyuyamama	N 22 % 10,5	28 13,3	21 10,0	48 22,9	21 10,0	70 33,3
Arkadaşlarınızla yada ailenizle ilişki kurmanızı güçleştirme	N 32 % 15,2	48 22,9	23 11,0	45 21,4	13 6,2	49 23,3
Geçiminizi sağlamak amacıyla yaptığınız işte zorlanma	N 31 % 14,8	62 29,5	22 10,5	29 13,8	10 4,8	56 26,7
Spor hobi yapmada zorlanma	N 29 % 13,8	59 28,1	19 9,0	33 15,7	12 5,7	58 27,6
Cinsel hayatınızda zorlanma	N 23 % 11,0	48 22,9	16 7,6	34 16,2	19 9,0	70 33,3
Sevdiğiniz yemekleri daha az yeme	N 17 % 8,1	15 7,1	6 2,9	30 14,3	24 11,4	118 56,2
Nefes darlığına yol açma	N 20 % 9,5	31 14,8	25 11,9	52 24,8	17 8,1	65 31,0
Kendinizi yorgun bitkin hissetme	N 12 % 5,7	41 19,5	20 9,5	40 19,0	19 9,0	78 37,1
Hastaneye yatmanıza	N 34	48	22	36	16	54

yol açma	% 16,2	22,9	10,5	17,1	7,6	25,7
İlaç tıbbi bakım için	N 11	18	8	27	43	103
para harcama	% 5,2	8,6	3,8	12,9	20,5	49,0
Aldığınız tedavilerin	N 23	58	15	43	18	53
yan etkilere yol açması	% 11,0	27,6	7,1	20,5	8,6	25,2
Ailenize yük olduğunuz	N 32	50	17	41	12	58
duygusuna yol açma	% 15,2	23,8	8,1	19,5	5,7	27,6
Yaşamınızı kontrol	N 33	42	18	44	21	52
edemediğiniz	% 15,7	20,0	8,6	21,0	10,0	24,8
duygusuna yol açma	N 26	43	10	50	18	63
Endişelenmenize yol	% 12,4	20,5	4,8	23,8	8,6	30,0
açma	N 36	43	11	45	16	59
Dikkat toplamada	% 17,1	20,5	5,2	21,4	7,6	28,1
güçlük	N 26	37	11	51	16	69
Depresyon hissine yol	% 12,4	17,6	5,2	24,3	7,6	32,9
açma						

"Ayak bileklerinize ya da bacaklarınızda şişme" cümlesine katılımcıların % 21,0'i hiç cevabını vermiş iken % 18,6'sı çok az, % 13,3'ü biraz, % 17,6'sı ne az ne çok, % 4,8'i epeyce ve % 24,8'i ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Gün içinde dinlenmek için oturma ya da uzanma" cümlesine katılımcıların % 8,6'sı hiç cevabını vermiş iken % 18,1'i çok az, % 9,0'u biraz, % 22,4'ü ne az ne çok, % 10,0'u epeyce ve % 31,9'u ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Yürümekte veya merdiven çıkmakta güçlük çekme" cümlesine katılımcıların % 6,7'si hiç cevabını vermiş iken % 16,2'si çok az, % 11,9'u biraz, % 24,3'ü ne az ne çok, % 6,7'si epeyce ve % 34,3'ü ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Evde bahçede iş yapmada zorlanma" cümlesine katılımcıların % 4,8'i hiç cevabını vermiş iken % 17,6'sı çok az, % 8,6'sı biraz, % 24,8'i ne az ne çok, % 8,1'i epeyce ve % 36,2'si ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Evinizden uzak yerlere gitmede zorlanma" cümlesine katılımcıların % 7,6'sı hiç cevabını vermiş iken % 17,1'i çok az, % 11,0'i biraz, % 22,4'ü ne az ne çok, % 7,1'i epeyce ve % 34,8'i ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Geceleri iyi uyuyamama" cümlesine katılımcıların % 10,5'i hiç cevabını vermiş iken % 13,3'ü çok az, % 10,0'u biraz, % 22,9'u ne az ne çok, % 10,0'u epeyce ve % 33,3'ü ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Arkadaşlarınızla ya da ailenizle ilişki kurmanızı güçleştirme" cümlesine katılımcıların % 15,2'si hiç cevabını vermiş iken % 22,9'u çok az, % 11,0'i biraz, % 21,4'ü ne az ne çok, % 6,2'si epeyce ve % 23,3'ü ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Geçiminizi sağlamak amacıyla yaptığınız işte zorlanma" cümlesine katılımcıların % 14,8'i hiç cevabını vermiş iken % 29,5'i çok az, % 10,5'i biraz, % 13,8'i ne az ne çok, % 4,8'i epeyce ve % 26,7'si ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Spor hobi yapmada zorlanma" cümlesine katılımcıların % 13,8'i hiç cevabını vermiş iken % 28,1'i çok az, % 9,0'u biraz, % 15,7'si ne az ne çok, % 5,7'si epeyce ve % 27,6'sı ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Cinsel hayatınızda zorlanma" cümlesine katılımcıların % 11,0'i hiç cevabını vermiş iken % 22,9'u çok az, % 7,6'sı biraz, % 16,2'si ne az ne çok, % 9,0'u epeyce ve % 33,3'ü ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Sevdiğiniz yemekleri daha az yeme" cümlesine katılımcıların % 8,1'i hiç cevabını vermiş iken % 7,1'i çok az, % 2,9'u biraz, % 14,3'ü ne az ne çok, % 11,4'ü epeyce ve % 56,2'si ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Nefes darlığına yol açma" cümlesine katılımcıların % 9,5'i hiç cevabını vermiş iken % 14,8'i çok az, % 11,9'u biraz, % 24,8'i ne az ne çok, % 8,1'i epeyce ve % 31,0'i ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Kendinizi yorgun bitkin hissetme" cümlesine katılımcıların % 5,7'si hiç cevabını vermiş iken % 19,5'i çok az, % 9,5'i biraz, % 19,0'u ne az ne çok, % 9,0'u epeyce ve % 37,1'i ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Hastaneye yatmanıza yol açma" cümlesine katılımcıların % 16,2'si hiç cevabını vermiş iken % 22,9'u çok az, % 10,5'i biraz, % 17,1'i ne az ne çok, % 7,6'sı epeyce ve % 25,7'si ise çok fazla cevabını vermiştir.

"İlaç tıbbi bakım için para harcama" cümlesine katılımcıların % 5,2'si hiç cevabını vermiş iken % 8,6'sı çok az, % 3,8'i biraz, % 12,9'u ne az ne çok, % 20,5'i epeyce ve % 49,0'u ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması" cümlesine katılımcıların % 11,0'i hiç cevabını vermiş iken % 27,6'sı çok az, % 7,1'i biraz, % 20,5'i ne az ne çok, % 8,6'sı epeyce ve % 25,2'si ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Ailenize yük olduğunuz duygusuna yol açma" cümlesine katılımcıların % 15,2'si hiç cevabını vermiş iken % 23,8'i çok az, % 8,1'i biraz, % 19,5'i ne az ne çok, % 5,7'si epeyce ve % 27,6'sı ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Yaşamınızı kontrol edemediğiniz duygusuna yol açma" cümlesine katılımcıların % 15,7'si hiç cevabını vermiş iken % 20,0'si çok az, % 8,6'sı biraz, % 21,0'i ne az ne çok, % 10,0'u epeyce ve % 24,8'i ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Endişelenmenize yol açma" cümlesine katılımcıların % 12,4'ü hiç cevabını vermiş iken % 20,5'i çok az, % 4,8'i biraz, % 23,8'i ne az ne çok, % 8,6'sı epeyce ve % 30,0'u ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Dikkat toplamada güçlük" cümlesine katılımcıların % 17,1'i hiç cevabını vermiş iken % 20,5'i çok az, % 5,2'si biraz, % 21,4'ü ne az ne çok, % 7,6'sı epeyce ve % 28,1'i ise çok fazla cevabını vermiştir.

"Depresyon hissine yol açma" cümlesine katılımcıların % 12,4'ü hiç cevabını vermiş iken % 17,6'sı çok az, % 5,2'si biraz, % 24,3'ü ne az ne çok, % 7,6'sı epeyce ve % 32,9'u ise çok fazla cevabını vermiştir.

3.3.1. MKYYA Güvenilirlik Analizi

MKYYA'nin güvenilirlik analizinde aşağıdaki analiz yöntemleri kullanılmıştır.

3.3.1.1. MKYYA İç Tutarlılık Analizi (Cronbach alfa Değeri)

21 Madde için Güvenilirlik analiz yapıldı. Sonuç olarak Cronbach alfa değeri 0,982 olarak bulundu. Bu ölçeğin iç tutarlığının Yüksek Derecede Güvenilir olduğunu göstermektedir. Alfa güvenilirlik değerinin büyüklüğü: Birçok yazara göre alfa değeri, 0,70'den büyük olmalıdır. Alfa değeri >0,9 olması mükemmel; 0,8-0,9 arasında olması iyi; 0,7-0,8 arasında olması kabul edilebilir; 0,6-0,7 arasında olması kuşku; 0,5-0,6 arasında olması zayıf ve 0,5'in altında olması ise kabul edilemez olarak değerlendirilir (Eymen, 2007).

Çizelge 45. MKYYA İç Tutarlılığı (Cronbach alfa Değeri)

Cronbach alfa	Madde sayısı
0,982	21

3.3.1.2. MKYYA Test Re-test Analizi

MKYYA'nin test re-test analiz skorları birbiriyle tutarlı sonuçlar vermiştir.

Çizelge 46. MKYYA Test Tekrar Test Skorları arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Test Skor	Re-Test Skor
Test Skor	r	0,995
	p	0,000**
	N	40
Re-Test Skor	r	0,995
	p	0,000**
	N	40

Pearson korelasyon analizi: **p<0.01

21 maddenin ortalaması alınarak hesaplanan Test ve Re-Test Skorları arasındaki pozitif yönlü güçlü ilişki (0,995), ölçeğin tekrar uygulandığında da benzer sonuçlar verdiğini, tutarlı ve güçlü bir ölçek olduğunu göstermektedir. Ayrıca yapılan test – retest güvenilirliği incelemesi sonucunda sınıf içi korelasyon değeri 0,995 olarak

tespit edilmiştir. Buna göre, test-retest sonuçlarının yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir

MKYA'nın Türkçe sürümünün tanımlayıcı özellikleri toplam skor dağılımı Çizelge 47'de izlenmektedir.

Çizelge 47. MKYA Tanımlayıcı Özellikleri Toplam Skoru

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
MKYA	210	1	6	3,91	1,521

MKYA skor dağılımı; minimum değeri 1, maksimum değeri 6, ortalama 3,91 ve standart sapması 1,521'dir.

3.3.2. MKYA Geçerlilik Analizi

3.3.2.1. Faktör Analizi

Faktör analizinde önce "açıklayıcı" daha sonra da "doğrulayıcı" faktör çözümlenmeleri yapılmıştır.

Çizelge 48. MKYYA Açıklayıcı Faktör Analizi Yük Değerleri

	1 Faktör
Ayak Bilekleriniz ya da Bacaklarınızda Şişme	0,873
Gün İçinde Dinlenmek İçin Oturma ya da Uzanma	0,913
Yürümekte veya Merdiven Çıkmakta Güçlük Çekme	0,929
Evde Bahçede İş Yapmada Zorlanma	0,925
Evinizden Uzak Yerlere Gitmede Zorlanma	0,914
Geceleri İyi Uyuyamama	0,905
Arkadaşlarınızla ya da Ailenizle İlişki Kurmanızı Güçleştirme	0,891
Geçiminizi Sağlamak Amacıyla Yaptığınız İşte Zorlanma	0,819
Spor Hobi Yapmada Zorlanma	0,869
Cinsel Hayatınızda Zorlanma	0,611
Sevdiğiniz Yemekleri Daha Az Yeme	0,614
Nefes Darlığına Yol Açma	0,905
Kendinizi Yorgun Bitkin Hissetme	0,905
Hastaneye Yatmanıza Yol Açma	0,859
İlaç Tıbbi Bakım İçin Para Harcama	0,705
Aldığınız Tedavilerin Yan Etkilere Yol Açması	0,894
Ailenize Yük Olduğunuz Duygusuna Yol Açma	0,895
Yaşamınızı Kontrol Edemediğiniz Duygusuna Yol Açma	0,915
Endişelenmenize Yol Açma	0,916
Dikkat Toplamada Güçlük	0,908
Depresyon Hissine Yol Açma	0,907

Çizelge 48’de izlendiği gibi açıklayıcı faktör çözümlemesi tek faktörlü bir çözüm önermiştir. Açıklayıcı faktör çözümlemelerinde hiçbir zaman tam bir uyum beklenmez. Orijinal ölçekte fiziksel ve emosyonel alt boyutlar mevcut iken, bizim sonuç skorlarımızda emosyonel alt boyut skorları fiziksel alt boyut skorları ile bütünlüştür. Katılımcıların cevapları doğrultusunda fiziksel alt boyut skorları tek boyutluluk için; toplam varyansın en az % 40’ının açıklandığı ve diğer faktörlerin ağırlığı giderek azalan bir seyre sahip olunması gerekmektedir (Şencan, 2005). Açıklayıcı faktör analizi yüklerine baktığımızda, 21 maddenin tamamının tek boyut

altında toplanabildiği ve bu yapıda tüm maddelere ait faktör yüklerinin 0,400 sınır değerinin üzerinde olduğu görülmektedir.

Bir ölçekte yer alan maddelerin sorunlu maddeler olup olmadığı iki temel yaklaşım ile değerlendirilmektedir. Birincisi bir maddenin kendi alt boyut puanı ile diğer alt boyut puanlarıyla olduğundan daha yüksek bir korelasyon göstermesi; ikincisi de her bir madde için yapılan “madde çıkarıldığında alfa değerindeki farklılaşma” yaklaşımıdır. Madde çıkarıldığında elde edilen alfa değeri, madde çıkarılmadan elde edilen alfa değerinden yüksekse o madde “sorunlu madde” olarak değerlendirilir (Yılmaz, 2011).

Çizelge 49. KMO ve Bartlett Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği ölçümü		0,964
Bartlett Testi	Ki-kare değeri	6320,370
	Serbestlik Derecesi	210
	Anlamlılık	0,000**

Pearson korelasyon analizi: **p<0.01

Yukarıdaki Çizelgeden, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (0,964) ve Bartlett (p=0,000) testleri sonucunda verilerimizin faktör analizi uygulanması için uygun olduğunu anlaşılmaktadır (X^2 :6320,370, sd:210 p<0,05).

Çizelge 50. Madde Toplam Korelasyonları

	Madde Toplam Korelasyon	Madde Çıkarılırsa Cronbach alfa
Ayak Bilekleriniz ya da Bacaklarınızda Şişme	0,859	0,982
Gün İçinde Dinlenmek İçin Oturma ya da Uzanma	0,899	0,981
Yürümekte veya Merdiven Çıkmakta Güçlük Çekme	0,916	0,981
Evde Bahçede İş Yapmada Zorlanma	0,913	0,981
Evinizden Uzak Yerlere Gitmede Zorlanma	0,899	0,981
Geceleri İyi Uyuyamama	0,891	0,981
Arkadaşlarınızla ya da Ailenizle İlişki Kurmanızı Güçleştirme	0,879	0,981
Geçiminizi Sağlamak Amacıyla Yaptığınız İste Zorlanma	0,803	0,982
Spor Hobi Yapmada Zorlanma	0,858	0,982
Cinsel Hayatınızda Zorlanma	0,590	0,984
Sevdiğiniz Yemekleri Daha Az Yeme	0,590	0,984
Nefes Darlığına Yol Açma	0,891	0,981
Kendinizi Yorgun Bitkin Hissetme	0,890	0,981
Hastaneye Yatmanıza Yol Açma	0,841	0,982
İlaç Tıbbi Bakım İçin Para Harcama	0,684	0,983
Aldığınız Tedavilerin Yan Etkilere Yol Açması	0,884	0,981
Ailenize Yük Olduğunuz Duygusuna Yol Açma	0,882	0,981
Yaşamınızı Kontrol Edemediğiniz Duygusuna Yol Açma	0,903	0,981
Endişelenmenize Yol Açma	0,904	0,981
Dikkat Toplamada Güçlük	0,896	0,981
Depresyon Hissine Yol Açma	0,893	0,981

Madde Toplam Korelasyon değerleri o maddenin diğer maddelerle ve toplam skorla olan ilişkisinin gücünü göstermektedir. Bu değer 0,250'nin altında olması maddenin ölçüğe yeterli katkı yapmadığını ve faktör analizi yapılırken kapsam dışı

bırakılması gerektiğini göstermektedir (Şencan, 2005). Çalışmadaki 21 madde için de "Madde Toplam Korelasyon" değerleri oldukça yüksek olduğundan yapılacak olan faktör analizi için hiç bir maddenin ölçekten çıkarılmasına gerek yoktur. Dolayısıyla açıklayıcı faktör analizi sonucu MKYYA'ı tek boyutlu bir ölçek olduğu görülmüştür.

Çizelge 51. Ölçeğe İlişkin Varyans Açıklama Tabloları

	Başlangıç Öz değerleri		
	Toplam	Açıklanan Varyans	Birikimli
1 Faktör	15,736	74,932	74,932

Ölçeğe ilişkin faktör yapısı incelendiğinde yapının tek boyut altında açıklanabildiği ve bu tek boyutun varyansının % 74,932'sini açıklayabildiği görülmektedir.

MKYYA'nın kuramsal değerlendirmeye göre kurulacak olan birinci düzey faktör yapısı aşağıdaki tabloda gösterildiği şekildedir.

Çizelge 52. Ölçüm Modeli

Gizil Değişkenler (Faktörler)	MKYYA'nın Maddeleri
Fiziksel (8 madde)	Madde 2
	Madde 3
	Madde 4
	Madde 5
	Madde 6
	Madde 7
	Madde 8
	Madde 9
Emosyonel (5 madde)	Madde 13
	Madde 14
	Madde 15
	Madde 16
	Madde 17

Yukarıdaki tabloda gösterilen şekilde tanımlanan ölçüm modeline (orijinal ölçekteki 8 maddeden oluşan fiziksel alt boyut ve 5 maddeden oluşan emosyonel alt boyut maddelerine) doğrulayıcı faktör analizi uygulanmış ve aşağıdaki tabloda verilen uyum iyiliği değerleri üretilmiştir.

Çizelge 53. Uyum İyiliği Değerleri

UYUM ÖLÇÜSÜ	İYİ UYUM	KABUL EDİLEBİLİR UYUM	DEĞERİ	UYUM DURUMU
χ^2/Sd	$0 < \chi^2/Sd < 2$	$2 < \chi^2/Sd < 3$	636,65 / 65=9,79	UYUM YOK
RMSEA	$0,00 < RMSEA < 0,05$	$0,05 < RMSEA < 0,08$	0,205	UYUM YOK
SRMR	$0,00 < RMR < 0,05$	$0,05 < RMR < 0,10$	1,673	UYUM YOK
TLI (NNFI)	$0,95 < TLI < 1,00$	$0,90 < TLI < 0,95$	0,842	UYUM YOK
CFI	$0,95 < CFI < 1,00$	$0,90 < CFI < 0,95$	0,868	UYUM YOK

Kline (2005), Hu ve Bentler (1999), Thompson (2000: 270-71)

Bu çalışmada yapı geçerliliği göstergesi olarak gerçekleştirilen “doğrulayıcı faktör analizinde” gerek ilk, gerekse ikinci uygulamalarda tatmin edici sonuçlara ulaşılamamıştır. “Karşılaştırmalı Uyum İndeksinde (CFI)” elde edilen değer (0,86) kabul edilebilir düzeyde değildir (Kabul edilebilir Uyum İndeksi Değeri; $0,90 < CFI < 0,95$). Dolayısıyla faktör alt boyutları analizi açıklayıcı faktör analizi ile yapılan tek boyutluluğu vermektedir. Uyum iyiliği değerleri incelendiğinde modelin yukarıdaki referanslara göre belirlenen kriterler dâhilinde yeterli uyuma sahip olmadığı, yani modelin verilere uyum sağlamadığı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılamayacağı söylenebilir.

3.3.2.2. Birleşim-Ayrışım Geçerliliği

Bu yaklaşım, ölçeğin belirli bir alanı ilgilendiren boyut puanının aynı kavramı sorguladığı iddia edilen diğer bir paralel ölçeğin aynı alanı sorguladığı iddia edilen boyutu ile ya da aynı şeyi gösteren diğer bazı parametrelerle yüksek korelasyon vermesi varsayımına dayanır. Buna ‘birleşim-ayrışım geçerliliği’ denir.

Çizelge 54. MKYYA ve WHOQOL-Bref Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

		Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan
	r	-0,829	-0,709	-0,759	-0,704
MKYA	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
	N	210	210	210	210

Pearson korelasyon analizi: **p<0.01

WHOQOL-Bref ölçeği alt boyutları ile MKYYA’nın toplam skoru arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Bedensel Alan ile negatif yönlü % 82,9 oranından, Ruhsal Alan ile negatif yönlü % 70,9 oranında, Sosyal Alan negatif yönlü % 75,9 oranından ve Çevresel Alan ile negatif yönlü % 70,4 oranından güçlü ($r>0,700$) ilişkiler bulunmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermiştir.

Çizelge 55. MKYYA ve SF-36 Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

		Fiziksel Fonksiyonlar	Rol Fiziksel	Vücut Ağrısı	Genel Sağlık	Canlılık	Ruh Sağlığı	Sosyal Fonksiyon Rol	Emosyonel
	r	-0,771	-0,424	0,818	-0,628	0,670	0,574	-0,060	-0,392
MKYA	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,388	0,000**
	N	210	210	210	210	210	210	210	210

Pearson korelasyon analizi: **p<0.01

Sosyal Fonksiyonlar alt boyutu ve MKYYA toplam skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakta iken, diğer SF-36 alt boyutları ile MKYYA arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Fiziksel fonksiyonlar ile negatif yönlü % 77,1 oranında, Vücut Ağrısı ile pozitif yönlü % 81,8 oranından güçlü ($r>0,700$) ilişkiler bulunmakta iken, Rol Fiziksel ile negatif yönlü % 42,4 oranında, Genel Sağlık ile negatif yönlü % 62,8 oranında, Canlılık ile % 67 oranında, Ruh Sağlığı ile pozitif yönlü % 57,4 oranında ve

Rol Emosyonel ile negatif yönlü % 39,2 oranında orta güçte ($0,300 < r < 0,699$) ilişkiler bulunmaktadır. Anlamlı ilişki değeri güçsüz ilişki ($r \leq 0,299$), orta güçte ilişki ($0,300 < r < 0,699$), çok güçlü ilişki ($r > 0,700$)'dür (Eymen, 2007).

Çizelge 56. WHOQOL-Bref ve SF-36 Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

		Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan
Fiziksel Fonksiyonlar	r	0,800	0,649	0,675	0,672
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
	N	210	210	210	210
Rol Fiziksel	r	0,437	0,290	0,326	0,329
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
	N	210	210	210	210
Vücut Ağrısı	r	-0,814	-0,671	-0,720	-0,732
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
	N	210	210	210	210
Genel Sağlık	r	0,670	0,500	0,625	0,624
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
	N	210	210	210	210
Canlılık	r	-0,681	-0,544	-0,592	-0,617
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
	N	210	210	210	210
Ruh Sağlığı	r	-0,586	-0,477	-0,511	-0,548
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
	N	210	210	210	210
Sosyal Fonksiyon	r	0,139	0,156	0,113	0,092
	p	0,044*	0,024*	0,102	0,184
	N	210	210	210	210
Rol Emosyonel	r	0,379	0,229	0,342	0,339
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
	N	210	210	210	210

Pearson korelasyon analizi: **p<0.01

WHOQOL-Bref ölçeği alt boyutları ile SF-36 alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. WHOQOL-Bref fiziksel fonksiyonlar alt boyutu ile SF-36 Bedensel

Alan alt boyutu arasında pozitif yönlü % 80,0 oranında güçlü ilişki saptanmıştır. WHOQOL-Bref canlılık alt boyutu ile SF-36 Bedensel Alan alt boyutu arasında negatif yönlü % 68,1 oranında orta derecede güçlü ilişki bulunmuştur. WHOQOL-Bref canlılık alt boyutu ile SF-36 çevresel alan alt boyutu arasında negatif yönlü % 61,7 oranında orta derecede güçlü ilişki saptanmıştır. WHOQOL-Bref vücut ağrısı alt boyutu ile SF-36 Bedensel Alan alt boyutu arasında negatif yönde % 81,4 oranında ilişki bulunmuştur. WHOQOL-Bref vücut ağrısı alt boyutu ile SF-36 sosyal alan alt boyutu arasında negatif yönde % 72,0 oranında ilişki saptanmıştır. WHOQOL-Bref vücut ağrısı alt boyutu ile SF-36 çevresel alan alt boyut arasında negatif yönde % 73,2 oranında ilişki saptanmıştır. WHOQOL-Bref canlılık alt boyutu ile SF-36 Bedensel Alan alt boyutu negatif yönlü % 68,1 oranında orta güçte ilişki bulunmuştur. WHOQOL-Bref canlılık alt boyutu ile SF-36 çevresel alan alt boyut arasında negatif yönde % 61,7 oranında orta derecede güçlü ilişki saptanmıştır. WHOQOL-Bref Sosyal Fonksiyon alt boyutu ile SF-36 alt boyutları arasında korelasyon bulunmamaktadır. Sosyal boyut her iki ölçekte de istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermemektedir.

3.3.2.3. Ölçüt Geçerliliği

MKYA ölçüt geçerliliği sonuçları Çizelge 58, 59 ve 60'da sunulmuştur. Ölçüt geçerliliği, incelenen sağlık sorunu konusunda önceden belirlenmiş olan nesnel referans ölçütlerinin bulunması halinde bu ölçütlerle ölçek puanları arasındaki ilişkiye dayanır. Bu çalışmada ölçüt geçerliliği için NYHA kalp yetersizliği fonksiyonel sınıflaması kullanılmıştır. Çizelgelerde gözlendiği gibi NYHA kalp yetersizliği fonksiyonel sınıflamasına göre ayrılan hastalar, MKYAA'nın skorları, gerek SF-36 alt boyutları gerekse WHOQOL-Bref alt boyut puanları açısından karşılaştırılmışlardır. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi'nin ölçüt geçerliliğinden söz etmek için bu üç grup hasta arasında anlamlı farklılıklar elde edilmesi beklenmiş ve ölçek puanları NYHA'nın her derecesinde anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

Çizelge 57. Sosyodemografik Özellikler ile NYHA Kalp Yetmezliği Sınıflaması Karşılaştırılması

Yaş	NYHA 1 (N=48)	NYHA 2 (N=113)	NYHA 3 (N=49)	Toplam (N=210)	P
50-54 Yaş	26 (54,2)	21 (43,8)	1 (2,1)	48	
65-74 Yaş	20 (19,3)	62 (59,7)	22 (21,2)	104	0,000**
75-84 Yaş	2 (3,5)	30 (51,8)	26 (44,9)	58	
Cinsiyet					
Erkek	35 (29,7)	56 (47,5)	27 (22,9)	118	
Kadın	13 (14,2)	57 (62,0)	22 (24,0)	92	0,024*
Eğitim Durumu					
İlkokul ve altı	6 (7,1)	49 (57,7)	30 (35,3)	85	
Ortaokul ve Lise Mezunu	24 (30,0)	40 (50,0)	16 (20,0)	45	0,000**
Üniversite Mezunu	18 (40)	24 (53,4)	3 (6,7)	45	
Medeni Durum					
Evli	37 (24,7)	85 (56,7)	28 (18,7)	150	
Dul/Boşanmış	11 (18,4)	28 (46,7)	21 (35,0)	60	0,040*
Gelir Getirici İş					
Hayır	13 (20)	40 (61,6)	12 (18,5)	65	
Evet-Emekli	35 (24,2)	73 (50,4)	37 (25,6)	145	0,311
Çalışmama Nedeni					
Emekliyim	26 (19,2)	73 (53,7)	37 (27,3)	136	
İşsiz-Diğer	13 (20)	40 (61,6)	12 (18,5)	65	0,390
Sigara Kullanımı					
Evet	7 (70,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	10	
Hayır	22 (20,4)	64 (59,3)	22 (20,4)	108	-
Bıraktım	19 (20,7)	47 (51,1)	26 (28,3)	92	
Alkol Kullanımı					
Evet	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1	
Hayır	39 (22,1)	97 (54,9)	41 (23,2)	177	-
Bıraktım	8 (25,0)	16 (50,0)	8 (25,0)	32	

Tüm sosyodemografik verilerle NYHA kalp yetmezliği sınıflandırması karşılaştırmasında; 50-64 yaş grubunda grubundaki hastalar % 54,2'i NYHA 1, % 43,8'i NYHA 2, % 2,1' NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflamasına girmektedirler. 65-74

“genç” yaşlı grubundakilerin % 19,3’ü NYHA 1, % 59,7’si NYHA 2, % 21,2’si NYHA 3 kalp yetmezliği sınıfındadırlar. 75-84 “orta” yaşlı grubundakilerin ise % 3,5’i NYHA 1, % 51,8’i NYHA 2 ve % 44,9’u NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflamasına girmektedir. Yaş ilerledikçe yetmezlik düzeyi de artmaktadır.

Erkeklerin % 29,7’sinin NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği, % 47,5’inin NYHA 2 sınıfı kalp yetmezliği ve % 22,9’unun NYHA 3 sınıfı kalp yetmezliği vardır. Kadınların % 14,1’inin NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği, % 62’sinin NYHA 2 sınıfı kalp yetmezliği ve % 23,9’unun NYHA 3 sınıfı kalp yetmezliği vardır. Uygulanan Ki-Kare analizi sonucunda (Ki- Kare=7,498), kalp yetmezliği sınıfları bakımından cinsiyetler arasında farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, kadınlarda NYHA 2 sınıfı kalp yetmezliği bulunma oranıtısı, erkeklerin oranıtısından anlamlı derecede daha yüksek iken, erkeklerin NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği bulunma oranıtısı, kadınları oranıtısından anlamlı derecede daha yüksektir.

Eğitim durumu ilkokul ve altı olanların % 7,1’i NYHA 1, % 57,7’si NYHA 2, % 35,3’ü NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflamasında, orta okul ve lise mezunu olanların % 30’u NYHA 1, % 50’si NYHA 2, % 20’si NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflamasında, üniversite mezunlarının % 40’ı NYHA 1, % 53,4’ü NYHA 2, % 6,7’si NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflamasına girmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça hastalığın ilerleme düzeyinin azaldığı istatistiksel olarak görülmektedir.

Evlilerin % 24,7’si NYHA 1, % 56,7’si NYHA 2, % 18,7’si NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflandırmasındadır. Dul/Boşanmışların % 18,4’ü NYHA 1, % 46,7’si NYHA 2, % 35,0’i NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflamasındadır. Bu da evlilerin daha iyi bakım olanaklarından dolayı hastalık derecelerinin dul/boşanmışlara göre daha iyi durumda olduğunu istatistiksel olarak düşündürmektedir.

Gelir getirici işi olmayanların % 20’si NYHA 1, % 61,6’sı NYHA 2, % 18,5’i NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflandırmasına sahipken, emekli ve gelir getirici bir işi olanların % 24,2’si NYHA 1, % 50,4’ü NYHA 2, % 25,6’sı NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflandırmasındadırlar.

Sigara kullananların % 70’i NYHA 1, % 20’si NYHA 2, % 10’u NYHA 3 sınıflandırmasında, sigara kullanmayanların % 20,4’ü NYHA1, % 59,3’ü NYHA 2,

% 20,4'ü NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflandırmasında, sigarayı bırakanların % 20,7'si NYHA 1, % 51,1'i NYHA 2, % 28,3'ü NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflandırmasındadır.

Alkol kullananların % 1'i NYHA 1 kalp yetmezliği sınıflandırmasında, alkoli bırakanların % 25'i NYHA 1, % 50'si NYHA 2, % 25'i NYHA 3 kalp yetmezliği sınıflandırmasındadır.

Çizelge 58. WHOQOL-Bref Genel Yaşam Kalitesi Anketinin Alt Boyutları ile NYHA Kalp Yetmezliği Sınıflandırması Arasındaki İlişki

Alt Boyutlar	Sınıf	Kişi Sayısı	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
Bedensel Alan	NYHA 1	48	3,38	0,638	74,275	0,000	1-2,3 2,3
	NYHA 2	113	2,50	0,686			
	NYHA 3	49	1,75	0,620			
Ruhsal Alan	NYHA 1	48	3,41	0,331	44,621	0,000	1-2,3 2,3
	NYHA 2	113	3,00	0,433			
	NYHA 3	49	2,64	0,373			
Sosyal Alan	NYHA 1	48	3,40	0,649	49,305	0,000	1-2,3 2,3
	NYHA 2	113	2,39	0,929			
	NYHA 3	49	1,73	0,781			
Çevresel Alan	NYHA 1	48	3,42	0,580	40,271	0,000	1-2,3 2,3
	NYHA 2	113	2,75	0,678			
	NYHA 3	49	2,27	0,583			

Bedensel Alan alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 3,38 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 2,5 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 1,75'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Bedensel Alan alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:74,275, p<0,05). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Bedensel Alan alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksek, NYHA 2 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksektir. Kalp yetmezliği ilerledikçe bedensel alan alt boyut puanı düşmektedir.

Ruhsal Alan alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 3,41 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 3 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 2,64'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Ruhsal Alan alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:44,621, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Ruhsal Alan alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksek, NYHA 2 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksektir. Hastalık ilerledikçe Ruhsal alan alt boyut puanı azalmaktadır.

Sosyal Alan alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 3,4 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 2,39 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 1,73'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Sosyal Alan alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:49,305, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Sosyal Alan alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksek, NYHA 2 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksektir. Kalp yetmezliği ilerledikçe Sosyal alan alt puanı düşmektedir.

Çevresel Alan alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 3,42 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 2,75 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 2,27'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Çevresel Alan alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:40,271, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Çevresel Alan alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksek, NYHA 2 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksektir. Hastalık ilerledikçe çevresel alan puanı düşmektedir.

Çizelge 59. SF 36 Genel Yaşam Kalitesi Anketinin Alt Boyutları ile NYHA Kalp Yetmezliği Sınıflandırması Arasındaki İlişki

Alt Boyutlar	Sınıf	Kişi Sayısı	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
Fiziksel Fonksiyonlar	NYHA 1	48	2,33	0,425	64,925	0,000	1-2,3 2,3
	NYHA 2	113	1,81	0,417			
	NYHA 3	49	1,33	0,481			
Rol Fiziksel	NYHA 1	48	1,42	0,479	29,080	0,000	1-2,3
	NYHA 2	113	1,04	0,187			
	NYHA 3	49	1,07	0,245			
Vücut Ağrısı	NYHA 1	48	2,58	1,182	55,132	0,000	1-2,3 2,3
	NYHA 2	113	3,65	1,145			
	NYHA 3	49	4,84	0,632			
Genel Sağlık	NYHA 1	48	2,68	0,614	30,979	0,000	1-2,3 2,3
	NYHA 2	113	2,08	0,684			
	NYHA 3	49	1,65	0,584			
Canlılık	NYHA 1	48	3,08	0,838	41,082	0,000	1-2,3 2,3
	NYHA 2	113	3,81	0,848			
	NYHA 3	49	4,63	0,846			
Ruh Sağlığı	NYHA 1	48	2,47	0,721	33,749	0,000	1-2,3 2,3
	NYHA 2	113	2,98	0,625			
	NYHA 3	49	3,60	0,752			
Sosyal Fonksiyon	NYHA 1	48	3,58	0,679	0,608	0,546	-
	NYHA 2	113	3,50	0,720			
	NYHA 3	49	3,43	0,637			
Rol Emosyonel	NYHA 1	48	1,53	0,336	14,376	0,000	1-2,3
	NYHA 2	113	1,32	0,183			
	NYHA 3	49	1,29	0,269			

Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 2,33 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 1,81 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 1,33'dür. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:64,925, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Fiziksel Fonksiyonlar alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksek, NYHA

2 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksektir. Burada hastalık ilerledikçe fiziksel fonksiyon alt boyut puanının da düştüğü, bir başka deyişle yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyonun alt boyutunun negatif yönde etkilendiği görülmektedir.

Rol Fiziksel alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 1,42 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 1,04 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 1,07'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Rol Fiziksel alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:29,08, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Rol Fiziksel alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksektir. Hastanın NYHA sınıflamasındaki durumu ağırlaştıkça fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı alt boyut değeri de yükselmektedir. Beklenen biçimde kalp yetmezliğinin düzeyinin ilerlemesi fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığını arttırmaktadır.

Vücut Ağrısı alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 2,58 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 3,65 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 4,84'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Vücut Ağrısı alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:55,132, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Vücut Ağrısı alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha düşük, NYHA 2 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha düşüktür. Burada hastalık derecesi ilerledikçe vücut ağrısı alt boyut değeri artmaktadır. Yetmezliğin vücut ağrısını arttırdığı izlenmektedir.

Genel Sağlık alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 2,68 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 2,08 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 1,65'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Genel Sağlık alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:30,979, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Genel Sağlık alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksek, NYHA 2 sınıfı kalp

rahatsızlığı olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksektir. Buna göre kalp yetmezliği derecesi NYHA 1 olan hastaların genel sağlık algısı kalp yetmezliği derecesi NYHA 2 ve NYHA 3 olanlara göre daha iyi düzeydedir.

Canlılık alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 3,08 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 3,81 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 4,63'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Canlılık alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:41,082, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Canlılık alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha düşük, NYHA 2 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha düşüktür. Yetmezlik ilerledikçe canlılık alt boyut puanı artmakta, hastalar kendilerini daha cansız, halsiz hissetmektedir.

Ruh Sağlığı alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 2,47 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 2,98 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 3,6'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Ruh Sağlığı alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:33,749, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Ruh Sağlığı alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha düşük, NYHA 2 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha düşüktür. Kalp yetmezliği ilerledikçe Ruh Sağlığı alt boyut puanı da artmaktadır. Bu artış hastaların ruh sağlığı açısından kendilerini daha kötü hissetmeleri yönündedir.

Sosyal Fonksiyon alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 3,58 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 3,5 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 3,43'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Sosyal Fonksiyon alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır (F:0,608, $p>0,05$).

Duygusal sorunlara bağı rol kısıtlılığını değerlendiren, Rol Emosyonel alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 1,53 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 1,32 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 1,29'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Rol Emosyonel alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:14,376, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Rol Emosyonel alt boyut düzeyi, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksek, NYHA 2 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha yüksektir. Kalp yetmezliği ilerledikçe duygusal sorunlara bağı rol kısıtlılığı alt boyut puanı azalmakta, yani kısıtlılık artmaktadır.

Çizelge 60. MKYYA ile NYHA Kalp Yetmezliği Sınıflandırması Arasındaki İlişki

Alt Boyutlar	Sınıf	Kişi Sayısı	Ortalama	Std. Sapma	F	p	Fark
MKYYA	NYHA 1	48	2,27	1,017	114,126	0,000	1-2,3 2,3
	NYHA 2	113	3,91	1,197			
	NYHA 3	49	5,51	0,658			

MKYYA için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 2,27 iken, NYHA 2 olan hastaların düzeyi 3,91 ve NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 5,51'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında MKYYA bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır (F:114,126, $p<0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların MKYYA, NYHA 2 ve NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha düşük, NYHA 2 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyi de NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha düşüktür. Burada kalp yetmezliği ilerledikçe kalp yetmezliği hastalığına özgü yaşam kalitesini değerlendirmek için kullandığımız MKYYA ortalama puanı artmaktadır.

4. TARTIŞMA

Çalışma, Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketinin Türkçe dilinde ve Türkiye’de yaşayan hastalarda kullanılabilen geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermek üzere, GATA Kardiyoloji kliniğinde, yoğun bakım ünitesinde yatan ve kardiyoloji polikliniğine ayaktan başvuran kalp yetmezliği sınıflaması NYHA 1, 2 ve 3 olan 210 hasta üzerinde yapılmıştır.

Elde edilen bulgular aşağıdaki bölümlerle tartışılmıştır:

4.1. Sosyodemografik ve Hastalıkla ilgili Özellikler

4.2. WHOQOL-Bref Genel Yaşam Kalitesi Anketinden elde edilen puanlar

4.3. SF-36 Genel Yaşam Kalitesi Anketinden elde edilen puanlar

4.4. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketinden elde edilen puanlar ve Güvenilirlik Geçerlilik Puanları

4.1. Sosyodemografik Özellikler ve Hastalıkla ilgili Özellikler

Araştırma grubunu oluşturan GATA Kardiyoloji Polikliniğini, klinik ve yoğun bakım ünitelerinde daha önceden Kalp Yetmezliği tanısı almış NYHA 1, 2, 3 sınıflamasına giren 18 yaş üstü kişilerden, çalışmaya katılan 210 kişinin yaş ortalaması $69,70 \pm 7,022$ yıl (min:51, max:84) olup, % 56,2 ‘si (n=118) erkek, % 43,8‘i (n=92) kadındır.

Kalp yetmezliğinin toplumdaki prevalansı % 2-3’dür. Diğer 2001 yılında Kalp yetmezliği orantısının 65 yaşın üzerinde ani olarak artarak % 4-6’ya çıkmakta olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada da “genç” yaşlı grubu denilen 65-74 yaş grubu hastaların yetmezlik düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Oğuz ve ark.’nın 2010 yılında yürüttüğü ‘Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması’ çalışmasında yaş ortalaması $59,3 \pm 12,5$ (n=90)’dır.

Bu çalışmada Kalp Yetmezliğinin erkek bireylerde (% 56,2) kadınlardan (% 43,8) daha çok olması erkeklerin kadınlara göre daha fazla kardiyovasküler risk altında olması ile açıklanabilir (TKD, 2009). Oğuz ve ark.'nın 2010 yılında yürüttüğü 'Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması' çalışmasında ise olguların 47'si (% 58,8) erkek, 33'ü (% 41,3) kadındır.

Grubun % 71,4'ünü evliler, % 33,3'ünü ilkokul mezunları, % 47,6'sını emekliler oluşturmaktadır. Katılımcıların daha önceki yaptıkları iş sorgulandığında % 41,4'ünde bir iş yerinde ücretli olarak çalışmış olma saptanmıştır. % 51,4'ü eşi ile beraber yaşamaktadır, % 94,8'inin bakımı ile ilgilenen biri vardır. Katılımcıların % 15,5'i sigara kullanmış ve bırakmıştır. Türkiye'de sigara ile ilgili pek çok çalışma yürütülmüş ve sigara içme sıklığı genel olarak % 27,1'dir. Olasılıkla son yıllardaki sigara bıraktırma politikaları sayesinde bu oran % 35'lerden % 27'lere düşmüştür. Katılımcıların % 15,2'si alkol kullanmış ve bırakmıştır. DSÖ tarafından 2002 yılı itibarıyla Dünyada iki milyar kişinin alkollü bir içecek içtiği ve 76,3 milyon kişide de bu alışkanlığa bağlı sağlık sorunları olduğu vurgulanmaktadır. Alkol tüketimi ile 60'dan fazla hastalık ve yaralanmalar arasında nedensel ilişki bilinmektedir. Alkollü içecek içmenin sağlığı geliştiren davranışlar açısından riskli olduğu vurgulanmaktadır, ancak bu ilişkinin tüketim sıklığı, süresi, miktarı ile yakından ilişkili olduğu da unutulmamalıdır.

Katılımcıların % 50,5'inin kalp yetmezliği tanısı 25 aydan önce konulmuştur ve NYHA sınıflaması % 53,8'inde 2'dir. Katılımcıların % 98,6'sında başka bir eşlik eden hastalık vardır ve hipertansiyon hastalığı olanların oranı % 79,2'sini kapsamaktadır. Dilek ve ark.'nın 2008 yılında yürüttüğü "Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" çalışmasında ise grubun % 45'inin hipertansiyon hastası olduğu belirtilmiştir. TEKHARF 2009 verilerinde hipertansiyonun erişkin nüfusta görülme orantısı % 31,8'dir. TEKHARF 2009 yılı çalışması kapsamında kardiyovasküler hastalık ve mortalitesinin her iki cinste de en güçlü bağımsız değişkeninin sistolik kan basıncı yüksekliği olduğu belirlenmiştir. Bu da kalp hastalıklarının en önemli etkenlerinden biri olan hipertansiyonun bizim katılımcılarımızda da ilk sıradaki eşlik eden hastalık olma özelliğiyle paralellik göstermektedir.

4.2. WHOQOL-Bref Genel Yaşam Kalitesi Anketinden alınan puanlar

Dünyada WHOQOL-Bref ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalar devam etmektedir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar, kanser, şizofreni, lepra, diyabet, artrit, epilepsi ve yaşlı kişilere ilişkin çalışmalar literatürde yer almaktadır (Karabilgin, 2001).

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ölçeğinin, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan “Cronbach alfa” değerleri, bedensel alanda 0,83, ruhsal alanda 0,66, sosyal alanda 0,53, çevre alanında 0,73 ve ulusal çevre alanında 0,73 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bedensel alan alt boyutunda 0,92’dir. Ruhsal alan alt boyutunda 0,88’dir. Sosyal alan alt boyutu 0,85 ve Çevresel alan alt boyutunda 0,89 olarak bulunmuştur. WHOQOL-Bref ölçeği alt boyutları ile MKYYA’nın toplam skoru arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Bedensel Alan ile negatif yönlü % 82,9 oranında, Ruhsal Alan ile negatif yönlü % 70,9 oranında, Sosyal Alan negatif yönlü % 75,9 oranında ve Çevresel Alan ile negatif yönlü % 70,4 oranında güçlü ($r > 0,700$) ilişkiler bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermiştir. Alan puanları 0-20 puan üzerinden hesaplanmıştır. Puan yükseldikçe, yaşam kalitesi yükselmektedir. Bizim çalışmamızda özellikle bedensel alan puanı yüksek çıkmıştır bu da kalp yetmezliğinin hastayı en çok bedensel alan boyutunda etkilediğini ayrıca ruhsal, sosyal alan ve çevresel alanlar boyutunda da önemli derecede etkilediğini işaret etmektedir.

Çalışmada “genel olarak yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?” sorusuna katılımcıların % 39,5’i “ne iyi ne de kötü buluyorum”, % 10,0’u ise “çok kötü buluyorum” şeklinde cevap vermiştir, yaşam kalitesini “çok iyi” olarak niteleyenlerin oranıysa % 3,3’dür. Bu da kalp yetmezliğinin kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Aynı şekilde “sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?” sorusuna verilen yanıtlarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hastaların % 46,7’si “ne hoşnut ne değil” iken % 0,3 “çok hoşnut, % 15,7’si “hiç hoşnut değil” yanıtını vermiştir. Sağlığa bağlı yaşam kalitesini gösteren bu iki temel soru katılımcıların büyük çoğunluğunda benzer şekilde sonuçlar vermiştir. Benzer

şekilde Perim'in (2007) "Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi" çalışmasında "yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz sorusuna" katılımcıların % 65,7'si "ne iyi ne kötü yanıtı" % 4,2'si "çok kötü yanıtı" vermişler, "sağlığınızdans ne kadar hoşnutsunuz sorusuna" katılımcıların % 41,9'u "ne hoşnut ne değil yanıtını" % 3,0'ü "hiç hoşnut değilim yanıtını vermişlerdir.

4.3. SF-36 Genel Yaşam Kalitesi Anketinden alınan puanlar

SF-36 Genel Yaşam Kalitesi anketinin iç tutarlılık Cronbach alfa değerleri; Fiziksel fonksiyon alt boyutunda yüksek derecede güvenilir 0,92 olarak bulunmuştur. Rol fiziksel alt boyut güvenilirlik değeri yüksek derecede güvenilir olarak 0,96 olarak saptanmıştır. Vücut ağrısı alt boyutu yüksek derecede güvenilir 0,93 bulunmuştur. Genel sağlık alt boyutu güvenilirlik değeri 0,80 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Canlılık alt alan güvenilirlik değeri 0,72 olarak oldukça güvenilir bulunmuştur. Sosyal fonksiyon alt alan puanı 0,60 olarak oldukça güvenilir saptanmıştır. Rol-emosyonel alt alan puanı 0,59 olarak güvenilir bulunmuştur. Ruh sağlığı alt alan puanı ise 0,66 olarak oldukça güvenilir bulunmuştur.

Kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklar, hastalarda uzun vadede rahatsızlıklara ve sıkıntılara neden olmaktadır.

SF-36 alt boyutları ile MKYYA arasında anlamlı ilişkiler beklenmiştir. Yaptığımız çalışmada sosyal fonksiyonlar alt boyutu ve MKYYA topla skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakta iken, diğer SF-36 alt boyutları ile MKYYA arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Eymen (2007) anlamlı ilişki değerini ($r \leq 0,299$) güçsüz ilişki, ($0,300 < r < 0,699$) orta güçte ilişki ve ($r > 0,700$) çok güçlü ilişki olarak belirtmiştir. Fiziksel fonksiyonlar ile negatif yönlü % 77,1 oranında güçlü ilişki bulunmuştur. Vücut Ağrısı ile pozitif yönlü % 81,8 oranında oldukça güçlü ($r > 0,700$) ilişki saptanmıştır. Rol Fiziksel ile negatif yönlü % 42,4 oranında anlamlı ilişki bulunmuştur. Genel Sağlık ile negatif yönlü % 62,8 oranında orta güçte ilişki saptanmıştır. Canlılık ile % 67,0 oranında güçlü ilişki bulunmuştur. Ruh Sağlığı ile

pozitif yönlü % 57,4 orantısında anlamlı ilişki saptanmıştır. Rol Emosyonel ile negatif yönlü % 39,2 orantısında orta güçte ($0,300 < r < 0,699$) ilişki bulunmuştur.

Canlılık alt boyutu için NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların düzeyi 3,08 iken, NYHA 3 olan hastaların düzeyi ise 4,63'dir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda, farklı derecelerde kalp yetmezliği olan hastalar arasında Canlılık alt boyutu bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F:41,082$, $p < 0,05$). Buna göre, NYHA 1 sınıfı kalp yetmezliği olan hastaların Canlılık alt boyut düzeyi, NYHA 3 sınıfı kalp rahatsızlığı olan hastaların düzeyinden daha düşük, Yetmezlik ilerledikçe canlılık alt boyut puanı artmakta, hastalar kendilerini daha cansız, halsiz hissetmektedir. Ölçeğin Moon ve ark.'nın yaptığı MKYYA'nin Kore sürümü geçerlilik çalışmasında böyle bir farklılık görülmemiştir. Garin ve ark.'nın yaptığı MKYYA'nin İspanyol sürümü geçerlilik çalışmasında SF-36'nin tüm alt boyutları (Cronbach alfa: 0,817-0,915 arasında) ile anlamlı ilişki bulunmuştur. MKYYA'nin Çin sürümünde SF-36 genel yaşam kalitesi anketinin fiziksel, mental ve sosyal alt boyut alanları ile (Cronbach alfa $> 0,71$) anlamlı ilişki bulmuşlardır.

4.4. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Puanları

MKYYA'nin tanımlayıcı özelliklerinden biri, minimum ve maksimum değeri % 1,0 ve % 6,0 olarak saptanmıştır. Garin ve ark.'nın yaptığı MKYYA'nin İspanyol sürümünde bizim çalışmamıza benzer olarak minimum ve maksimum değeri % 2,0 ile % 6,0 olarak bulunmuştur. Minimum ve maksimum değeri, sayısal değişkenlerle ölçülen ölçek puanlarının bireylerin yüzde kaçında olası en alt ve en üst puana ulaşmış olmaları ile değerlendirilir. Bireylerin % 10'undan fazlası olası en düşük puana ulaşmışlarsa minimum etkiden, % 10'undan fazlası olası en yüksek puana ulaşmışlarsa maksimum etkiden söz edilir. Bunun anlamı ölçeğin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçmede yeterince başarılı olabileceği gibi yorumlanabilir. Ölçeğin Moon ve ark.'nın yaptığı MKYYA'nin Kore sürümü geçerlilik çalışmasında ve Ho ve ark.'nın (2007) yapmış olduğu ölçeğin Çin sürümünde minimum ve maksimum değerinin olmadığı gözlenmektedir.

Güvenilirlik analizlerinde gerek ilk uygulama gerekse ikinci uygulamada (test re-test analizi), her bir boyut için, her bir soru tek tek çıkarılarak ayrı ayrı iç tutarlılıklar Cronbach alfa kullanılarak gösterilmiştir. Boyutların alfa değerlerine ek olarak alfa değerlerinin ayrıca her bir soru tek tek çıkarılarak hesaplanmasındaki amaç, sorunlu olabilecek soruların saptanmasıdır. Orijinal ölçeğe göre bir boyutta yer alan tüm sorular analize alınarak elde edilen alfa değerinin bir soru çıkarıldığında hesaplanan alfa değerinden daha küçük olması veya en azından aynı olması beklenir. Bir soru çıkarıldığında alfa değeri başlangıçtaki alfa değerinden çok daha yüksek çıkarsa o sorunun yazılımında veya algılanışında bir sorun var demektir. Bu yaklaşıma göre ne ilk ne de ikinci uygulamada (test re-test analizinde) problemleri bir soruya rastlanmamıştır. Öte yandan tek boyutta açıklanan MKYYA'nın iç tutarlılıkları yüksek derecede yeterli olarak bulunmuş ve her uygulama için alfa değeri 0,98 çıkmıştır. Bu da ölçek iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğunu vermektedir. Orijinal ölçekte Rektör ve ark.'nın alfa değeri 0,91'dir. Moon ve ark.'nın yapmış olduğu MKYYA'nın Kore sürümünde alfa değeri 0,96 bulunmuştur. Garin ve ark.'nın yapmış olduğu MKYYA'nın İspanyol sürümünde de 0,91 bulunmuş orijinal ölçek ve her iki çalışma da bizim çalışmamızda olduğu gibi yüksek güvenilirlik değeri vermiştir. Test re-test analizi sonucu alfa değeri 0,95 bulunmuştur. Orijinal ölçekte Rektör ve ark.'ı cronbach alfa değerini 0,87 olarak bulmuşlar. Bizim çalışmamızın test re-test alfa sonucu orijinal ölçeğin test re-test alfa sonucundan daha yüksek sonuç vermiştir.

Gereç yöntem bölümünde belirtildiği gibi bu çalışmada geçerlilik analizleri “yapısal” ve “ölçüt geçerliliği” başlıkları altında yapılmıştır. Yapısal geçerlilik göstergelerinden birincisi olan doğrulayıcı faktör analizleri sonuçlarına göre yapısal geçerlilik analizi uygulanamamıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde ‘Karşılaştırmalı Uyum İndeksi’ (KUI) değeri 0,83 çıkmıştır. Bu değer ölçeğin özgün hipotetik yapısı ile kabul edilebilir bir uyum vermemektedir. Ölçeğin özgün geliştirilme sürecinde önerilen iki boyutlu yapı (fiziksel ve emosyonel alt boyutlar) bizim çalışmamızda doğrulayıcı faktör analizi yöntemi ile doğrulanamamıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde emosyonel alt boyut skorları fiziksel alt boyut skorlarının içine dağılmış

hatta iç içe geçmiştir. Alt boyutluluğu gösteren doğrulayıcı faktör analizinde tatmin edici sonuçlara ulaşılamamıştır. CFI değeri 0,90'nın üzerinde olması gerekirken bizim çalışmamızda CFI değeri 0,86 olarak bulunmuştur.

Açıklayıcı faktör analizi yöntemi uygulandığında MKYYA tek boyutlu bir yapı olarak açıklanabilmektedir. Bu da MKYYA'nin Türkçe versiyonunun tek bir boyutta değerlendirilebileceğini göstermektedir. Orijinal ölçekte ise doğrulayıcı faktör analizi sonucu iki alt boyut (fiziksel ve emosyonel alt boyutlar) vardır. Garin ve ark.'nın yapmış olduğu MKYYA'nin İspanyol sürümünde iki alt boyuta (fiziksel ve emosyonel) ve Moon ve ark.'nın yapmış olduğu MKYYA'nin Kore sürümünde ve Ho ve ark.'nın (2007) yapmış olduğu ölçeğin Çin sürümünde ise üç alt boyuta (fiziksel, emosyonel ve sosyal alt boyutlar) ulaşılmıştır.

Yapısal geçerliliğin ortaya konmasında kullanılan diğer bir yaklaşım olan birleşim-ayrışım geçerliliğini ortaya koymak üzere WHOQOL- Bref ve SF-36 ölçekleri kullanılmıştır. Birleşim geçerliliğinde benzer özelliklerin birbirleriyle daha çok ilişkili olmaları yani daha yüksek korelasyon katsayısı elde edilmesi beklenir. Buna göre MKYYA'nin toplam skoru ile WHOQOL-Bref tüm alt boyutları (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan alt boyutları) arasında tatmin edici korelasyon saptanmış ve SF-36 ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyutu dışında diğer alt boyutları (rol güçlüğü (emosyonel), mental sağlık, rol güçlüğü (fiziksel), vitalite (enerji), genel sağlık alt boyutu) arasında da tatmin edici korelasyon saptanmıştır. Moon ve ark.'nın yapmış olduğu MKYYA'nin Kore sürümünde benzer şekilde SF-36 ölçeği (fiziksel ve mental alt boyutlar) ile MKYYA arasında korelasyon olduğu bildirilmiştir. MKYYA'nin Ho ve ark.'nın yapmış olduğu Çin sürümü güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında birleşim ayrışım geçerliliği için herhangi bir paralel form kullanılmamıştır. Özgün ölçekte sadece faktör analizi yapılmış, birleşim ayrışım geçerlilik analizi yapılmamıştır.

Ölçüt geçerliliğinin ortaya konması amacıyla NYHA sınıflaması ölçüt olarak alınmıştır. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi'nin ölçüt geçerliliğinden söz etmek için bu üç grup hasta arasında anlamlı farklılıklar elde edilmesi beklenmiş

ve ölçek puanları NYHA'nın her derecesinde anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). Burada kalp yetmezliği ilerledikçe kalp yetmezliği hastalığına özgü yaşam kalitesini değerlendirmek için kullandığımız MKYYA ortalama puanının da önemli ölçüde arttığı görülmekte ve MKYYA baz aldığımız kalp yetmezliği sınıflamasında rahatlıkla kullanılabilir hassas bir ölçüm aracı olduğu görülmektedir. MKYYA'nın başka kültürlerde diğer güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarında da NYHA kalp yetersizliği sınıflaması ile MKYYA puanı arasında benzer korelasyonlar saptanmıştır. Bu da ölçeğin KY hastaları için bütüncül bir geçerliliği olduğunu göstermektedir. MKYYA'nın Ho ve ark.'nın yapmış olduğu Çin sürümü güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında ölçüt geçerliliği için NYHA sınıflaması kullanılmış ve anlamlı farklılıklar bulunmuştur. MKYYA'nın Kore sürümünde de NYHA sınıflaması ölçüt alınmış ve ölçek skorları ile NYHA sınıflamaları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada özet olarak aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Yaş ortalaması $69,70 \pm 7,022$ yıl olup, % 56,2 'si (n=118) erkek, % 43,8'i (n=92) kadındır.
- % 40,5'i ilkokul ve altı mezunudur.
- % 71,4'ü evlidir.
- % 47,6'sının sosyal güvencesi emekli sandığıdır.
- % 64,8'i emeklidir.
- % 94,8'nin bakımı ile ilgilenen biri vardır.
- % 43,8'i sigarayı, % 15,2'si alkolü bırakmıştır.
- % 53,8'i NYHA 2 kalp yetmezliği sınıflamasındadır. Her iki cinsiyette, tüm eğitim düzeylerinde yetmezlik seviyesi NYHA 2 seviyede kümelenmiştir.
- Tüm yaş gruplarında kalp yetmezliği seviyesi en çok NYHA 2 seviyesindedir.
- Dul ve boşanmış olanlarda kalp yetmezliği NYHA 3 seviyesi yüksek bulunmuştur.
- WHOQOL-Bref ölçeği Fiziksel alana ait yaşam kalitelerini çok kötü bulmaktadırlar.
- WHOQOL-Bref ölçeği Ruhsal alana ait yaşam kalitelerini kötü algılamaktadırlar.
- WHOQOL-Bref ölçeği Sosyal alana ait yaşam kalitelerini kötü algılamaktadırlar.
- WHOQOL-Bref ölçeği Çevresel alana ait yaşam kalitelerini kötü algılamaktadırlar.
- SF-36 ölçeği Fiziksel fonksiyon alt boyut skoru kalp yetmezliğinin yüksek düzeyde yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir.
- SF-36 ölçeği Sosyal fonksiyonlar alt boyutu kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitelerini etkilemediği bulunmuştur.

- MKYYA'nin güvenilirlik analizi sonucu iç tutarlılık sonucu (cronbach alfa=0,95) oldukça yüksek bulunmuştur.
- MKYYA'nin tutarlılığını ölçmek için yapılan test re-test analizi sonucu (cronbach alfa=0,95) oldukça yüksek bulunmuştur.
- MKYYA doğrulayıcı faktör analizi sonucu (CFI=0,86) Türkçe ve Türkiye kültüründe çok boyutlu bir ölçek olmadığı görülmüştür.
- MKYYA açıklayıcı faktör analizi sonucu ölçek tek boyut altında toplanmıştır.

Öneriler

- Kalp yetmezliği hastalarının genel yaşam kaliteleri düzenli bir biçimde değerlendirilmelidir.
- Dilimiz ve kültürümüz için güvenilir ve geçerli olduğu kanıtlanan MKYYA klinik koşullarda uygulanmalı ve hastaların hastalığa özgü yaşam kaliteleri yakından izlenmelidir.
- Kardiyak esenlendirme programları kapsamında KY tanısı alan hastaların sağlığa bağlı yaşam kalitelerini etkileyen bireysel ve hastalık ile ilgili özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi, ilave hastalık tanısı...) dikkate alınmalı ve hasta eğitim programları bu öğelere göre düzenlenmelidir.
- KY tanılı bireylere bakım veren hemşireler genel ve sağlığa bağlı yaşam kalitelerini etkileyen etmenler konusunda bilgilendirmeli ve bu bilgileri hemşirelik bakımına yansıtmaları için desteklenmelidir.
- Kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi tedavi ve bakım hizmetlerinin niteliğini değerlendirmede kullanılmalıdır.
- Kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklarda dil ve kültürel uyarlaması yapılmış ölçüm araçları kullanılmalıdır.

- Kültürel uyarlama çalışmalarıyla daha çok hastalığa özel yaşam kalitesi ölçüm araçları dilimize ve kültürümüze uyarlanmalıdır.
- Kalp yetmezliği gibi kronik hastalığı olanlara yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma programları planlanmalıdır.
- Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar, yeni sağlık politikalarını oluşturmaya, hastalara yönelik hizmetlerin artırılmasına ve değerlendirmelerin hastalık düzeyi (morbidite) ve ölüm oranı (mortalite) dışındaki kavramlara yönelmesinde yararlı olabilir.

ÖZET

Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği

Kalp yetmezliği, kronik bir hastalıktır ve ilerleyen yaşlarda ortaya çıkmakta ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kalp yetmezliği ortaya çıkmış, yakınmaları başlamış olan hastalarda, erken tanı, hastalığın ciddiyetinin ortaya konması ve buna göre oluşturulacak tedavi planının yakın takip altında uygulanması ölümlerin azaltılması ve geciktirilmesi açısından önem taşır. Tanıdan itibaren kalp yetmezliği sorunu olan hastaların yaşam kalitelerini artırmak önemli bir klinik öncelik olarak kabul edilmektedir.

Metodolojik olarak yapılan bu araştırmanın amacı Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketinin Türkçe 'ye ve Türkiye'ye uyarlanması, kalp yetmezliği hastalığına özel olarak kullanılabilirlik sağlığına bağlı bir yaşam kalitesi ölçeğini dilimize kazandırılmasıdır. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi ile dilimizde daha önce de birçok çalışma yapılmıştır fakat güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmamıştır.

Veri toplama formu; sosyodemografik bilgiler, WHOQOL-Bref genel yaşam kalitesi anketi, SF-36 genel yaşam kalitesi anketi, Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi sorularından oluşmuştur. Veriler bilgisayarda SPSS 17,0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Yapısal geçerliliği için Lisrel 8,05 (Scientific Software International, 2003) istatistik paket programları kullanılmıştır.

Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik analizi için, iç tutarlılık analizi, toplam madde korelasyonu ve test-tekrar test güvenilirlik ölçümlerinden yararlanılmıştır. Sosyodemografik değişkenler ve eşlik eden risk faktörlerinin dağılımları, sürekli değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları, minimum ve maksimum değişkenleri hesaplanmıştır. Olguların tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler sayı ve yüzdeler ile gösterilmiştir. Ayrıca kullanılan bütün yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyut skorları ve total skorları hesaplanmıştır. $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $69,70 \pm 7,022$ yıl olup, % 56,2'si (n=118) erkek, % 3,8'i (n=92) kadındır, % 40,5'i ilkökul ve altı mezunu, % 71,4'ü evlidir. Araştırmaya katılanların % 47,6'sının sosyal güvencesi emekli sandığıdır. % 64,8'i emeklidir. % 94,8'nin bakımı ile ilgilenen biri vardır. % 43,8'i sigarayı bırakmış ve % 15,2'si alkolü bırakmıştır. % 53,8'inin NYHA 2 kalp yetmezliği sınıflamasında olduğu saptanmıştır.

Güvenilirlik analizlerinde test re-test analizi yapılmış, her bir boyut için, her bir soru tek tek çıkarılarak ayrı ayrı iç tutarlılıklar Cronbach alfa kullanılarak gösterilmiştir. MKYYA'nın iç tutarlılık alfa değeri 0,98 çıkmıştır.

Geçerlilik analizleri “yapısal” ve “ölçüt geçerliliği” başlıkları altında yapılmıştır. Yapısal geçerlilik göstergelerinden birincisi olan doğrulayıcı faktör analizleri sonuçlarına göre yapısal geçerlilik analizi uygulanamamıştır. Ölçeğin orijinal geliştirilme sürecinde önerilen iki boyutlu yapı (fiziksel ve emosyonel alt boyutlar) bizim çalışmamızda doğrulayıcı faktör analizi yöntemi ile doğrulanamamıştır. Alt boyutluluğu gösteren doğrulayıcı faktör analizinde CFI değeri 0,86 olarak bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizi yöntemi uygulandığında MKYYA tek boyutlu bir yapı olarak bulunmuştur. MKYYA'nın Türkçe sürümünün tek bir boyutta değerlendirilebileceğini göstermiştir. Yapısal geçerliliğin ortaya konmasında kullanılan diğer bir yaklaşım olan birleşim-ayrışım geçerliliğini ortaya koymak üzere WHOQOL- Bref ve SF-36 ölçeği kullanılmıştır.

Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi tek bir boyut altında Türkçe dilinde kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir hastalığa özel yaşam kalitesi anketidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, Kalp Yetmezliği, Minnesota, Güvenilirlik, Geçerlilik.

SUMMARY

Turkish Validity and Reliability of Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

Heart failure is a chronic disease which is mostly seen in elderly people and which decreases the quality of life. Early diagnosis of the heart failure and the determination of the etiology and the severity of the disease may reduce the rates of both the morbidity and the mortality with the implementation of the proper therapy. Furthermore, increasing the quality of life is very important clinical priority in patients with chronic heart failure.

The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) is used to evaluate the quality of life of the patients with heart failure in all over the world. Although it is also used in Turkish especially in research studies, the validity and reliability of the Turkish version of this survey has not been tested before. In this study we aimed to find out the validity and reliability of the Turkish Version of the MLHFQ.

The data form was consisted of sociodemographic information, WHOQOL-BREF quality of life questionnaire, SF-36 Health Survey and Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. The data were analyzed using SPSS 17.0 package. Lisrel 8,05 (Scientific Software International, 2003) program was used for structural validity.

Internal consistency analysis, item-total correlation and test-retest reliability measures were used for the validity and reliability analysis. The sociodemographic and other descriptive data were presented as mean, standard deviation as well as maximum and minimum values if they are continuous; and were presented as number and percentage if they are ordinal. In addition, the sub-dimension and total scores of all the used life quality measures were presented. A p value of < 0.05 was accepted as a level of statistical significance.

The study was performed in 210 heart failure patients of NYHA class 2 and 3. The mean age of the participants was $69,7 \pm 7,0$. Of all the participants 118 (56.2 %) were male. In terms of functional capacity 113 (53.8 %) participants were classified as NYHA class 2 whereas 97 (46.2 %) of them were accepted as NYHA class 3.

Test-retest measure was used in reliability analyses and internal consistency was obtained using Cronbach alfa for each dimension by throwing out each question one by one. The alfa value for the internal consistency of MLHFQ was 0.98.

In the factor analysis indicating the sub-dimension, the value of CFI was found as 0,86. When the explanatory factor analysis method was applied, MLHFQ was found as the single-dimension structure. This method demonstrated that Turkish drive of MLHFQ would be assessed in single-dimension. In order to show the synthesis-resolution validity which is another approach used for producing the structural validity, WHOQOL-Bref and SF-36 scale were used.

In conclusion, the Turkish version of MLHFQ is both a reliable and a valid test for the one-dimensional use in patients with heart failure.

Key Words: Quality of life, Heart Failure, Minnesota, Reliability, Validity.

KAYNAKLAR

- AKTÜRK Z. , ACEMOĞLU H. (2012), Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik, *Dicle Tıp Derg / Dicle Med J*, Cilt / **Vol 39**, No 2, 316-319
- ARAT Z. (2006). Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler (s. 19-21). Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- ARTİNİAN NT. , MANGAN M. , CRİSTIAN W. , LANGE MP. (2002) What do patient know about their heart failure? *Applied Nursing Research*, 2002;**15(4)**: 200-208.
- AZEVEDO A. , BETTENCOURT P. , ALVELOS M. , MARTİNS E. , ABREU-LİMA C. , HENSE H.W. (2008), Health-Related Quality Of Life And Stages of Heart Failure. *Int J Cardiol* 2008; **129**: 238-44.
- BAHAR Z. , BESER A. , GÖRDES N. , ERSİN F. , KISSAL A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. C.Ü.Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, **12(1)**.
- BANNİGAN K. , WATSON R. (2009). Reliability and Validity in a Nutshell.J Clin Nursing 2009;**18(23)**:3237-3.
- BAYKAL Y. (2012). Kalp Yetmezliği Ve Tedavisi Kitabı, www.TKD.org.tr, erişim:01.06.2012
- BRİSTOW MR. (2000). Best practices for optimally treated advanced heart failure. *Clinical Cardiology* 2000;**23(3)**:(Supplement III).
- COOK D.A. , BECKMAN T.J. (2006). Current Concepts in Validity and Reliability for Psychometric Instruments: Theory and Application. *Am J Med* 2006;**119(2)**:e7-6.
- ÇAKMUR H. (2012). Araştırmalarda Ölçme - Güvenirlilik – Geçerlilik, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012: **11(3)**.

ÇAVUŞOĞLU Y. (2012). Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu Kalp Yetersizliği Günü, 11-13 Mayıs 2012 basın açıklaması “Kalp Yetersizliği giderek artıyor; çünkü Türkiye giderek yaşıyor” <http://www.tkd.org.tr/CG/007/aritmi-calisma-grubu/haber/634/11-mayis-2012-avrupa-kalp-yetersizligi>. Erişim tarihi: (10 Temmuz 2012)

ÇİFÇİLİ S. (2011). Birinci Basamakta Kalp Yetersizliği Hastası: Ne Zaman / Ne Amaçla Refere edilmeli?” *Klinik Gelişim* 2011; **24**: 80-82

DEĞERTEKİN M. (2010). HAPPY Çalışması (Türkiye’de Kalp Yetersizliği İnsidans ve Prevelans Çalışması). <http://www.tkd.org.tr/sunu-merkezi> (erişim 15 Temmuz 2012).

DİKER E. (2001). Konjestif Kalp Yetersizliği ve Ventriküler Aritmiler, Türk Kardiyol Dern Arş - *Arch Turk Soc Cardiol* 2001; **29**:708-714.

DİLEK F. (2008). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi

DURADEMİR A. (1999). Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Bakım davranışları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 1999; **3**: 16–20.

ENAR R. (2010). Kanıtı Dayalı Kalp Yetersizliği Kitabı. Nobel Tıp Yayınevleri. ISBN: 978-975-420-758-3, S: 23-58, Ankara.

ERCAN İ. , KAN İ. , (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **30 (3)** 211-216, 2004

ESC KILAVUZU (2008) Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) 2008 Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisi Görev Grubu. *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehn309,(http://www.tkd-online.org7dergi/TKGA_36_70_95.pdf)

ESER S.Y. , FİDANER H. , FİDANER C. , ELBİ H. ve ark. (1999) Measure of quality of life WHOQOL-100 and WHOQOL-Bref. 3P Dergisi 1999;7(2 Suppl.):5-13.

EYMEN U.E. (2007). SPSS Kullanma Kılavuzu. İstatistik Merkezi Yayın No: 1

GARİN O. , SORİANO N. , RİBERA A. , FERRER M. , PONT A. , ALONSO J. , PERMANYER G. (2008). Validation of the Spanish Version of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire, *Rev Esp Cardiol.* 2008;**61(3)**:251-9.

HEPER C. (2002) Multidisipliner Kardiyoloji, Nobel-Güneş Yayınevi,2002

HUNT SA. , BAKER DW. , CHİN MH. ACC/AHA Guidelines For The Evaluation And Management Of Heart Failure İn The Adult; Full Text; A Report Of The American Collage Of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. <http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/> erişim 10 haziran 2012

HO C.C. , CLOCHESY J.M. , MADİGAN E. , LİU C.C. (2007). Psychometric evaluation of the Chinese version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Nurs Res.* 2007 Nov-Dec;56(6):441-8.

İLİRİGELEN B. (2010) Yaşlılarda Kalp Yetmezliği. TURKISH JOURNAL OF GERIATRICS Supplement 2010;**2(21-32)**.

İLİRİGELEN B. (2000) Kalp yetersizliği tanısında güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji* 2000;**13(2)**:12-19.

JAARSMA T. , HALFENS R. , TAN F. et al. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung*, **29(5)**: 319-30.

JESSUP M. , BOROZANA S. , (2003) Heart failure. *N Engl J Med* 2003; **348**:2007-18.

KARABİLGİN S.Ö. (2001). Balatçık Sağlık Ocağı bölgesinde 15 – 49 yaş kadınlarda depresyon prevalansı ve WHOQOL-BREF ölçeği ile yaşam

kalitesinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Programı, İzmir

KARACA S. , MERT H. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Tekrar Yatış Sıklığı Ve Nedenlerinin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; **14**: 3

KEPEZ A. , KABAĞCI G. (2004). Kalp Yetersizliği Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; **35**:69-81

KİMYON G. (2006). Kalp Yetmezliğinin Tanısı ve Tedavi Sonrası Takibinde Brain Natriüretik Peptid'in Önemi ve Karvedilol Tedavisinin Etkinliği, T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi.

KORKMAZ M.E. , MÜDERRİSOĞLU H. (2000). Klinik Diyastolik Kalp Yetersizliği Nedir? *Kardiyoloji*. **13**: 98-104.

LLOYD-JONES D. , ADAMS R. , CARNETHON M. , SIMONE G.D. , PERGUSON B. , FLEGAL K. (2010). Heart Disease and Stroke Statistics- 2010 Update: A Report From The AHA Statistics Committee and Stroke Satatistics Subcommittee. *Circulation* 2010; **121**(7): 46-215.

MCMURRAY J. , STEWART S. (2000). Epidemiology Aetiology and prognosis of heart Failure. *Heart*. **83**:596-602.

MOON R.J. , JUNG Y.Y. , JEON E.S. , CHOİ J. , HWANG J.M. , LEE S. (2012). Reliability and validity of the Korean version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, *Heart & Lung* **41**(2012)57-66.

NICE CLİNİCAL GUIDELİNE: Chronic heart failure: management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care www.nice.org.uk/guidance/CG108 erişim tarihi 25.07.2012

OĞUZ S. , ENÇ N. , YİĞİT Z. (2010). Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması, *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* 2010; **38**:480-485 PMID: [21206201](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21206201/)

OKYAY P. , ATASOYLU G. , ÖNDE M. , DEREBOY Ç. , BEŞER E. (2012). Kadınlarda Yaşam Kalitesi Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Varlığında Nasıl Etkileniyor? Kesitsel Bir Alan Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;**23(3)**:178-88

ONAT A. (2009). Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. TEKHARF çalışması. Erişim adresi: www.tekharf.org erişim tarihi 10 Haziran 2012

ONAT A. , UĞUR M. , TUNCER M. , AYHAN E. , KAYA Z. , KÜÇÜKDURMAZ Z. ve ark. (2009). TEKHARF taramasında ölüm yaşı: 56,700 kişi-yıllık izlemede dönemsel eğilim ve bölgesel dağılım. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2009;**37**:155-60.

ÖKSÜZ E. , MALHAN S. (2005). Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri, Başkent Üniversitesi Yayınları, Ankara

ÖZBAY A. (2010). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi.

ÖZCAN Ö. (2010). Konjestif Kalp Yetmezliği. İçinde: Erol Ç, Biberoglu K, Atalar E. Editörler. Kardiyoloji Tanı ve Tedavi. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri; 2010:203-220.

ÖZER S. , ARGON G. (2005). Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **21**: 63-77.

ÖZER S. (2010). Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. **Cilt - Vol. 1** Sayı - No. 1

PERİM A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi.

RECTOR T.S. , COHN JN. (1992). Assessment of Patient Outcome with the Minnesota Living with Heart failure Questionnaire: Reliability and validity

during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Am Heart J. 1992;**124**:1017-1025.

ROSS H. , HAYES C. , PHAM J. , SAPHIRA S. , FAM N. (2010). Textbook of Cardiology. MCCQE 2000 Review Notes and Lecture Serious

ŞEKURİ C. (2000). Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kardiyovasküler Hastalıklarda Kullanımı, *Sağlıkta Birikim Cilt:1* Sayı:2 (64-70)

SÜZEN B. (2010). Evre 2 Diyastolik Fonksiyon Bozukluğu Olan Medikal Tedavi Alan Hastalarda Diyet Tedavisinin Etkinliğinin Araştırılması. T.C Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Bölümü. Yüksek Lisans Tezi.

ŞENCAN H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Bilimlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Seçkin Yayıncılık.1. Baskı. Ankara.

THOMPSON B. (2004). Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications Washington DC: APA.

TEZEL T. (2000). Diyastolik fonksiyonların Belirlenmesinde Temel Prensipler. Kardiyoloji Derlemesi. **s.13-28**.

TOPOL E.J. , LİPPİNCOTT W. , WİLKİNS. (1998) Textbook of Cardiovascular Medicine Section VI Heart Failure and Transplantation Page **2179 2327**

TOPOL E.J. , LİPPİNCOTT W. , WİLKİNS. (2004) Manuel of Cardiovascular Medicine, second edition Heart Failure and Transplantation Page **101-175**

TÜRKİYE HASTALIK YÜKÜ ÇALIŞMASI. (2004). <http://tusak.saglik.gov.tr>
Erişim tarihi: 1 Haziran 2012

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ (TKD 2009).Ulusal kalp sağlığı politikası. www.tkd.org.tr. (erişim tarihi:10 Haziran 2012)

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ (TKD 2007). Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu, *Türk Kardiyoloji Derneği*, ISBN 9944-5914-0-8, Ocak 2007

YILDIRIM O. , ERDEM A. , ALÇELİK A. , CANAN F. , ÖZTÜRK S. , AYHAN S.S. , ÖZLÜ M.F. , YAZICI M. (2012). Kardiyoloji Servisinde Yatan Dekompanse Sistolik Kalp Yetmezlikli Hastalarda Depresyon Sıklığı ve Prognoza Etkisi. *Koşuyolu Kalp Dergisi* 2012;**15(1):22-27**.

YILMAZ E. , ESER E. , GÜRGÜN C. , KÜLTÜRSAY H. (2010). Kronik Kalp Yetersizliği Anketi'nin (KKYA) Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Kardiyol Derg* 2010 December 1; **10(6);** 526-38 doi:10.5152/akd.2010.162

YILMAZ E. , ESER E. , ŞEKÜRİ C. , KÜLTÜRSAY H. (2011). Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2011; **11:** 386-401.

YILSEN B. (2004). Konjestif Kalp Yetmezliğinde Karvedilol Kullanımının Güvenlik, Etkinlik ve Tolerabilitesinin İzlendiği Farmakoepidemiolojik Çalışma. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

YÜKSEL H. (2012). Yaşlıda Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisi. *Klinik Gelişim Dergisi.* 2012; **25:** 41-49

ZOGHİ M.(2011). Kalp Yetersizliğinin Tanısı, Evreleri ve Sınıflandırması, *Klinik Gelişim Dergisi.* 2011; **24:** 1-5

ZOR A. (2005). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sol Ventrikül içi Asenkroninin Fonksiyonel Mitral Yetersizliği Göstergeleri Üzerine Olan Etkileri. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi Kardiyoloji Kliniği. İstanbul 2005.

EK-1

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 186
OTURUM TARİHİ : 01 ŞUBAT 2012
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Dr.Hv.Kd. Alb. Orhan KOZAK

GATA Etik Kurulu'nun 01 ŞUBAT 2012 günü yapılan 186. oturumunda, GATA Kardiyoloji AD.dan Yük.Hem.Zehra UZUNHASANOĞLU'nun sorumlu araştırmacılığını **Minnesota kalp yetmezliği ile yaşam anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği** başlıklı araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

Toplantıya Katılmadı
Cem TAYFUN
Prof.Tbp.Tuğa.

ÜYE

Adnan ATAÇ
Prof.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE

Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı
Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Y. Meryem TUNCA
Prof.Dış.Tbp.Alb.

ÜYE

Ali ALBAY
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

F.Mehmet MUTLU
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Şenik GÜRAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Fuat TOSUN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı
Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı
Fatih ÖZDAĞ
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı
Aygül AKYÜZ
Doç.Dr.Sağ.Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı
Harun TUĞCU
Doç.Tbp.Yb.

EK-2**SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER****1. Yaşı:.....****2. Cinsiyeti:.....****3. Eğitim durumunuz:**

a) okur yazar değil b) okur yazar c) ilk okul d) orta okul

e) lise f) üniversite

4. Medeni durumunuz?

a) evli b) dul c) bekar

5. Sosyal güvenceniz:

a) SSK b) emekli Sandığı c) bağkur d) Yok

6. Şu anda gelir getirici herhangi bir işiniz var mı?

a) hayır b) evet(8.ci soruya git) c) emekliyim

7.Şu anda çalışmıyorsanız sayacaklarımdan hangisi durumunuzu en iyi tanımlamaktadır?

a) öğrenciyim

b) işsizim

c) emekliyim

d) diğer.....

8.İşinizdeki konumunuz nedir?

a) ücretli maaşlı (yaptığınız işi belirtiniz)

b) kendi işine sahip

c) diğer.....

9.Evde kiminle yaşıyorsunuz?

a) yalnız b) eşimle beraber c) eşim ve çocuklarımla beraber d) diğer...

10. Sizin bakımınızla ilgilenen biri var mı?

a) evet

b) hayır

11. Kimler ilgileniyor?

a) eş

b) çocuklar

c) anne-baba

d) bakıcı

e) diğer.....

12. Sigara kullanıyor musunuz / Kullandınız mı ?

a) evet

b) hayır

c) bıraktım

13. Kullanıyorsanız ne kadar (adet/ yıl)?.....**14. Alkol kullanıyor musunuz?**

a) evet

b) hayır

15. Kullanıyorsanız ne kadar (kadeh/ gün)?.....**16.Kalp yetmezliği tanısı ne zaman kondu?**

a) 6-12 ay

b)13-24 ay

c) 25 ay ve

17. Kalp yetmezliği sınıfı (NYHA)...

a) NYHA I

b) NYHA II

c) NYHA III

d) NYHA IV

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

a) evet

b) hayır

 Diyabetes Mellitus Hipertansiyon Solunum sistemi hastalıkları Romatizmal hastalıklar Diğer

EK-3**WHOQOL-BREF**

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız.

Yaşamınızın son 2 haftasını dikkate alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?					

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					

3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ihtiyaç duyuyor musunuz?					
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?					
6	Yaşamınızı ne ölçüde					

	anlamalı buluyorsunuz?					
--	------------------------	--	--	--	--	--

7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derece
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?					
10	Günlük yaşamınızı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?					
12	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?					
13	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?					
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?					

15		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
	Hareketlilik beceriniz nasıldır?					

16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsuzunuz?					
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?					
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
20	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?					

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
--	--	------------------	---------------	------------------	---------------	------------

23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?			değil		
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					
25	Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?					

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26	Ne sıklıkta olumsuz duygulara kapılırsınız?					
27	Yaşamındaki yakın kişilerle ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?					

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK-4**SF-36 (Short Form 36)**

Adınız Soyadınız: _____ Hasta # _____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta (fena değil)

Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi

Bir yıl öncesinden biraz iyi

Hemen hemen aynı

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü

Bir yıl öncesinden çok daha kötü

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb			
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma			
d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma			
e)Tek bir merdiven basamağını çıkma			
f)Öne eğime, çömelme veya diz çökme			
g)İki kilometreden çok yürüme			
h)Bir kilometre yürüme			
i)100 metre yürüme			
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme			

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız	Evet	Hayır
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?		
c)Çalışma veya diğer yaptığımız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?		

d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)		
---	--	--

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?		
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?		
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?		

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

- Hiç etkilemedi
- Çok az
- Orta derecede
- Epeyce
- Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç olmadı
- Çok az
- Az
- Orta derecede
- Çok
- Pek çok

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Epey etkiledi
- Çok etkiledi

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum					
b)Tanıdığım kişiler kadar					

sağlıklıyım					
c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum					
d)Sağlığım mükemmel					

DUYGULARINIZ

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?						
b)Çok sinirli biri mi oldunuz?						
c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltermeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?						
d)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?						
e)Çok enerjik oldunuz mu?						
f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?						

g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?						
h)Mutlu bir insan oldunuz mu?						
i)Yorgunluk hissettiniz mi?						
j)Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)						

EK- 5**MINNESOTA KALP YETERSİZLİĞİ İLE YAŞAM ANKETİ**

Aşağıdaki sorular, kalp yetersizliğinin (kalp rahatsızlığının) son bir ay (4 hafta) süresince yaşamınızı ne kadar etkilediğini sorgulamaktadır. Yaşamınızın ne kadar etkilendiğini göstermek üzere her sorunun yanındaki 0, 1, 2, 3, 4 ya da 5 rakamlarından birini daire içine alınız. Eğer soru sizin durumunuz için geçerli değilse 0'ı işaretleyiniz.

Kalp yetersizliğiniz, son bir ay (4 hafta) içinde, aşağıdaki nedenlerle yaşamınızı istediğiniz gibi sürdürmenizi engelledi mi?

	Hiç	Çok Az	Az	Biraz	Çok Fazla	
1. Ayak bilekleriniz ya da bacaklarınızda şişmeye yol açma	0	1	2	3	4	5
2. Gün içinde dinlenmek amacıyla oturma ya da uzanmanızı gerektirme	0	1	2	3	4	5
3. Yürümekte ya da merdiven Çıkmakta zorlanma	0	1	2	3	4	5
4. Evde ya da bahçede İş yapmada zorlanma	0	1	2	3	4	5
5. Evinizden uzak yerlere Güçlkle gitme	0	1	2	3	4	5
6. Geceleri iyi uyuyamama	0	1	2	3	4	5
7. Arkadaşlarınız ya da ailenizle ilişki kurmanızı ya da onlarla birlikte bir şeyler	0	1	2	3	4	5

yapmanızı güçleştirme

8.	Geçiminizi sağlamak amacıyla Yaptığınız işte zorlanma	0	1	2	3	4	5
9.	Spor, hobi ya da diğer Uğraşlarınızı yapmada zorlanma	0	1	2	3	4	5
10.	Cinsel hayatınızda zorlanma	0	1	2	3	4	5
11.	Sevdiğiniz yemekleri bile artık daha az yeme	0	1	2	3	4	5
12.	Nefes darlığına yol açma (nefes kesilmesi)	0	1	2	3	4	5
13.	Kendinizi yorgun, bitkin, halsiz hissetme	0	1	2	3	4	5
14.	Hastaneye yatmanıza yol açma	0	1	2	3	4	5
15.	İlaç ve tıbbi bakım için para harcama	0	1	2	3	4	5
16.	Aldığınız tedavilerin yan etkilere yol açması	0	1	2	3	4	5
17.	Aileniz ve arkadaşlarınıza yük olduğunuz duygusuna yol açma	0	1	2	3	4	5
18.	Yaşamınızı control edemediğiniz duygusuna yol açma	0	1	2	3	4	5
19.	Endişelenmenize yol açma	0	1	2	3	4	5

20. Dikkat toplamada ve Hatırlamada güçleştirme	0	1	2	3	4	5
21. Depresyon, bunalma hissine yol açma	0	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı : Zehra

Soyadı : UZUNHASANOĞLU

Doğum yeri ve tarihi : Düzce- 1981

Uyruğu : T.C. Vatandaşı

Medeni durumu : Evli

İletişim Adresi: GATA Kardiyoloji A.D.

E-mail adresi : zehrauzun1981@hotmail.com

II. Eğitim

- Yabancı Dili: İngilizce
- 2010- Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı(Yüksek Lisans)
- 1999-2003 GATA Hemşirelik Yüksekokulu (Lisans)
- 1994-1999 Düzce Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi

III.Mesleksel Deneyim

- 2003-2004 GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi stajyer hemşirelik
- 2004-2005 GATA Ankara Eğitim Hastanesi Göz Hastalıkları A.D.
- 2005-2010 GATA Ankara Eğitim Hastanesi Acil Tıp A.D.
Hemşireliği

- 2010- GATA Ankara Eğitim Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği

IV. Bilimsel Etkinlikleri ve Yayınlar

- **Uzunhasanoğlu Z.**, Özkan Ö., Mutlu B., Gül A., ‘Öğrenci Hemşirelerin Gözünden Hemşirelik Mesleği’, 1.Ulusal Öğrenci hemşireliği Kongresi sözel bildiri birinciliği, Ege Üniversitesi, 2000
- **Uzunhasanoğlu Z.**, Çoban F., ‘Bir Askeri Lojman Bölgesinde Yaşayan Kadınların Egzersiz Yapma Durumları’, Halk Sağlığı Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2003.
- **Uzunhasanoğlu Z.**, Akbulut B., Çalışkan D., Piyal B., Akdur R., ‘Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bina Sendromu Açısından Durumları’, Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bulgaristan, 2011.
- 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 18-22 Ekim 2010, İzmir.

V. Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

- Türk Hemşireler Derneği

VI. Diğer

- Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kursu
- Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kursu
- Acil Müdahale Eğitici Eğitimliği Kursu
- Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelikte Araştırma Kursu