

T. C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETMEZLİĞİNDE SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE YAŞAM  
KALİTESİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

118 228

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan**

Ar. Gör. Serap ÖZER

118 228

**Danışman Öğretim Üyesi**

Prof. Dr. Gülümser ARGON

**TC YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**İZMİR 2002**

## ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesinde değerli katkıları olan danışman Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gülümser ARGON'a,

Bu süreçte desteklerini esirgemeyen İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Çiçek FADİLOĞLU'na ve tüm İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mustafa AKIN'a,

Araştırma konusu ile ilgili literatürlere ulaşmada yardımcı olan Kardiyoloji Kliniği Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Remzi ÖNDER ve Prof. Dr. Serdar PAYZIN'a,

Veri toplama aşamasında ve tıbbi konularda destek veren Kardiyoloji Kliniği Öğretim Üyelerinden Yard. Doç. Dr. Cemil GÜRGÜN'e,

Kalp Yetmezliği Poliklinik hemşiresi Gülizar ŞENTÜRK'e,

Kardiyoloji Kliniğinde çalışan tüm hemşire ve hekim arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılan tüm hastalara,

Bu yoğun çalışma döneminde her zaman desteği ile yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İZMİR-2002

Ar. Gör. Serap ÖZER

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
<b>ÖNSÖZ</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	viii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	xiii
<b>BÖLÜM I</b>	
<b>GİRİŞ</b>	1
1. 1. Araştırmanın Amacı	6
1. 2. Araştırma Konusu İle İlgili Genel Bilgiler	8
1. 2. 1. Sağlık Kavramı	8
1. 2. 1. 1. Sağlığı Etkileyen Faktörler	9
1. 2. 2. Sağlık Davranışları	9
1. 2. 3. Sağlığın Önemi ve Bunu Anlama	15
1. 2. 4. Yaşam Kalitesi	15
1. 2. 5. Kalp Yetmezliği Tanımı	21
1. 2. 6. Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi	22
1. 2. 7. Kalp Yetmezliği Etyolojisi	23
1. 2. 7. 1. Temeldeki Kardiyak Hastalıklar	24
1. 2. 7. 2. Kalp Yetmezliğini Presipite Eden Durumlar	24
1. 2. 8. Kalp Yetmezliği Tipleri	26
1. 2. 8. 1. İleriye veya Geriye Doğru Kalp Yetmezliği	26
1. 2. 8. 2. Sağ veya Sol Kalp Yetmezliği	27
1. 2. 8. 3. Akut veya Kronik Kalp Yetmezliği	27
1. 2. 8. 4. Düşük veya Yüksek Debili Kalp Yetmezliği	28
1. 2. 8. 5. Sistolik veya Diyastolik Kalp Yetmezliği	28
1. 2. 9. Kalp Yetmezliği Patogenezi	29
1. 2. 10. Kalp Yetmezliği Kliniği	33
1. 2. 11. Kalp Yetmezliği Tanısı	35

<b>1. 2. 11. 1. Anamnez</b>	<b>35</b>
<b>1. 2. 11. 2. Semptomlar</b>	<b>36</b>
<b>1. 2. 11. 3. Kalp Yetmezliği Fonksiyonel Sınıflaması</b>	<b>36</b>
<b>1. 2. 11. 4. Fizik Muayene Bulguları</b>	<b>37</b>
<b>1. 2. 11. 5. Kalp Yetmezliği Tanısında Laboratuvar</b>	<b>40</b>
<b>1. 2. 11. 5. 1. Temel Yöntemler</b>	<b>40</b>
<b>1. 2. 11. 5. 2. Ek Yöntemler</b>	<b>41</b>
<b>1. 2. 12. Kalp Yetmezliği Tedavisi</b>	<b>42</b>
<b>1. 2. 12. 1. Genel Öneriler</b>	<b>43</b>
<b>1. 2. 12. 2. Farmakolojik Tedavi</b>	<b>45</b>
<b>1. 2. 12. 2. 1. Diüretikler</b>	<b>45</b>
<b>1. 2. 12. 2. 2. Pozitif İnotropik İlaçlar</b>	<b>48</b>
<b>1. 2. 12. 2. 2. 1. Kardiyak Glikozidler</b>	<b>48</b>
<b>1. 2. 12. 2. 2. 2. Fosfodiesteraz İnhibitörleri</b>	<b>50</b>
<b>1. 2. 12. 2. 2. 3. Adrenoreseptör Agonistleri</b>	<b>50</b>
<b>1. 2. 12. 2. 3. Vazodilatörler</b>	<b>50</b>
<b>1. 2. 12. 2. 4. Kalsiyum Kanal Blokerleri</b>	<b>51</b>
<b>1. 2. 12. 2. 5. Beta Blokerler</b>	<b>52</b>
<b>1. 2. 12. 2. 6. Antiaritmik Ajanlar</b>	<b>52</b>
<b>1. 2. 12. 2. 7. Antikoagülanlar</b>	<b>53</b>
<b>1. 2. 12. 3. Cerrahi Tedavi</b>	<b>53</b>
<b>1. 2. 13. Komplikasyonlar</b>	<b>54</b>
<b>1. 2. 14. Prognoz</b>	<b>55</b>
<b>1. 3. Hipotezler</b>	<b>55</b>
<b>1. 4. Sınırlamalar</b>	<b>55</b>
<b>1. 5. Tanımlar</b>	<b>56</b>

## **BÖLÜM II**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

2. 1. Araştırmanın Tipi	57
2. 2. Araştırmanın Yeri	57
2. 2. 1. Araştırmanın Yeri Hakkında Bilgi	57
2. 3. Araştırmanın Evreni	57
2. 4. Araştırmanın Örnekleme	58
2. 5. Veri Toplama Tekniği	58
2. 5. 1. Soru Formu	58
2. 5. 2. Yaşam Kalitesi Ölçeği	59
2. 5. 2. 1. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Çalışmalar	59
2. 5. 2. 1. 1. Geçerlilik Çalışmaları	60
2. 5. 2. 1. 2. Güvenilirlik Çalışmaları	61
2. 5. 3. Sağlığın Önemi Ölçeği	69
2. 5. 4. Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği	70
2. 5. 5. Kalp Yetmezliği ile Yaşam Eğitim Kitapçığı	70
2. 6. Soru Formunun Uygulanması	71
2. 7. Verilerin Değerlendirilmesi	71
2. 8. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	72
2. 9. Süre ve Olanaklar	73
Araştırmanın Zamanlaması	74

## **BÖLÜM III**

### **BULGULAR**

3. 1. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	75
3. 2. Hastaların Hastalığa İlişkin Bulguları	79
3. 3. Yaşam Kalitesi İle İlgili Bulgular	91
3. 3. 1. Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması	94

<b>3. 3. 2. Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Özellikler İle Karşılaştırılması</b>	<b>98</b>
<b>3. 4. Sağlık Davranışları İle İlgili Bulgular</b>	<b>108</b>
<b>3. 4. 1. Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması</b>	<b>111</b>
<b>3. 4. 2. Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Özellikler İle Karşılaştırılması</b>	<b>115</b>
<b>3. 5. Sağlığa Verilen Önem İle İlgili Bulgular</b>	<b>125</b>
<b>3. 5. 1. Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması</b>	<b>125</b>
<b>3. 5. 2. Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Özelliklerle Karşılaştırılması</b>	<b>129</b>
<b>3. 6. Yaşam Kalitesi, Sağlık Davranışları ve Sağlığa Verilen Önem Arasındaki İlişki</b>	<b>139</b>

## **BÖLÜM IV**

### **TARTIŞMA VE SONUÇ**

<b>4. 1. TARTIŞMA</b>	<b>140</b>
<b>4. 1. 1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi</b>	<b>140</b>
<b>4. 1. 2. Hastalığa İlişkin Özelliklerin İncelenmesi</b>	<b>142</b>
<b>4. 1. 3. Yaşam Kalitesi İle İlgili Bulguların İncelenmesi</b>	<b>148</b>
<b>4. 1. 4. Sağlık Davranışları İle İlgili Bulguların İncelenmesi</b>	<b>154</b>
<b>4. 1. 5. Sağlığın Önemi İle İlgili Bulguların İncelenmesi</b>	<b>158</b>
<b>4. 1. 6. Yaşam Kalitesi, Sağlık Davranışları ve Sağlığa Verilen Önem Arasındaki İlişkinin İncelenmesi</b>	<b>160</b>
<b>4. 2. SONUÇLAR</b>	<b>162</b>
<b>4. 2. 1. ÖNERİLER</b>	<b>167</b>

<b>ÖZET</b>	<b>169</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>171</b>
<b>DİL VE İÇERİK GEÇERLİLİĞİNDE YARDIMCI OLAN UZMANLAR</b>	<b>173</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>174</b>
<b>EKLER</b>	
<b>EK I- Hasta Bilgi Formu</b>	<b>186</b>
<b>EK II- Yaşam Kalitesi Ölçeği (Sol Ventrikül Disfonksiyonu Anketi)</b>	<b>191</b>
<b>EK III- Sağlığın Önemi Ölçeği</b>	<b>193</b>
<b>EK IV- Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği</b>	<b>194</b>
<b>EK V- Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Orjinali</b>	<b>196</b>
(The Left Ventricular Dysfunction Questionnaire LVD-36)	
<b>EK VI- Kalp Yetmezliği İle Yaşam Eğitim Kitapçığı</b>	<b>198</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>199</b>

## TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 1:</b> Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi Üzerine Tıbbi Sonuçlar Çalışması	5
<b>Tablo 2:</b> Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri ve Boyutları	18
<b>Tablo 3:</b> Yaşam Kalitesi Kavramının Kullanım Alanları	19
<b>Tablo 4:</b> Kalp Yetmezliği Etyolojisinde Rol Oynayan Kardiyak Hastalıklar	24
<b>Tablo 5:</b> Fiziksel Aktiviteye Göre Kalp Yetmezliği Sınıflaması	37
<b>Tablo 6:</b> Diüretik İlaçlar	47
<b>Tablo 7:</b> Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Test-Tekrar Güvenilirlik Sonucu	62
<b>Tablo 8:</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği Birinci Uygulama İçin İki Yarım Test Güvenilirlik Analizi Sonuçları	63
<b>Tablo 9:</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği İkinci Uygulama İçin İki Yarım Test Güvenilirlik Analizi Sonuçları	63
<b>Tablo 10:</b> Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Birinci ve İkinci Uygulamalarındaki Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayıları	64
<b>Tablo 11:</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Uygulama İçin Madde-Toplam Korelasyonu Sonuçları	65
<b>Tablo 12:</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği İkinci Uygulama İçin Madde-Toplam Korelasyonu Sonuçları	67
<b>Tablo 13:</b> Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	75
<b>Tablo 14:</b> Hastaların Yaşam Şekli, Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı	77
<b>Tablo 15:</b> Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	79
<b>Tablo 16:</b> Hastaların Ailelerinde Kalp Hastası Bulunma Durumlarına ve Ailesinde Kalp Hastası Olan Hastaların Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı	80
<b>Tablo 17:</b> Hastaların En Fazla Rahatsızlık Duydukları Semptomlara Göre Dağılımı	81
<b>Tablo 18:</b> Hastaların Kalp Yetmezliği Nedeniyle Kısıtlanan Aktivitelerine Göre Dağılımı	82



**Tablo No**

<b>Tablo 19:</b> Hastaların Diyet Önerilme Durumlarına ve Önerilen Diyete Uyuma Durumlarına Göre Dağılımı	<b>83</b>
<b>Tablo 20:</b> Hastaların Egzersiz Önerilme Durumlarına Ve Yapılan Egzersizin Özelliklerine Göre Dağılımı	<b>84</b>
<b>Tablo 21:</b> Hastaların Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımı	<b>85</b>
<b>Tablo 22:</b> Hastaların Kullandıkları İlaçların Etkilerini Bilme ve İlaçları Reçeteye Göre Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	<b>86</b>
<b>Tablo 23:</b> Hastaların Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme ve Düzenli Kilo Kontrolü Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	<b>87</b>
<b>Tablo 24:</b> Hastaların Kalp Yetmezliği Sınıfı, Kalp Yetmezliği Nedeni, Ejeksiyon Fraksiyon Değeri ve Pulmoner Basınçlarına Göre Dağılımı	<b>88</b>
<b>Tablo 25:</b> Hastaların Aile, Arkadaş İlişkilerine ve Sağlık Durumunu Algılamalarına Göre Dağılımı	<b>90</b>
<b>Tablo 26:</b> Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı	<b>91</b>
<b>Tablo 27:</b> Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>94</b>
<b>Tablo 28:</b> Hastaların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>95</b>
<b>Tablo 29:</b> Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>96</b>
<b>Tablo 30:</b> Hastaların Beden Kitle İndekslerine Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>97</b>
<b>Tablo 31:</b> Hastaların Kalp Yetmezliği Tanısı Konma Zamanına Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>98</b>
<b>Tablo 32:</b> Hastaların Hastanede Yatma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>99</b>
<b>Tablo 33:</b> Hastaların Diyete Uyuma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>100</b>

**Tablo No**

<b>Tablo 34: Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi</b>	<b>101</b>
Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 35: Hastaların İlaçları Reçetede Belirtildiği Gibi Kullanma Durumuna</b>	<b>102</b>
Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 36: Hastaların Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumuna Göre</b>	<b>103</b>
Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 37: Hastaların Kalp Yetmezliği Sınıflarına Göre Yaşam Kalitesi</b>	<b>104</b>
Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 38: Hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu Değerlerine Göre Yaşam Kalitesi</b>	<b>105</b>
Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 39: Hastaların Pulmoner Basınçlarına Göre Yaşam Kalitesi Toplam</b>	<b>106</b>
Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 40: Hastaların Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Yaşam Kalitesi</b>	<b>107</b>
Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 41: Hastaların Sağlık Davranışları Ölçeğine Verdikleri Yanıtlara Göre</b>	<b>108</b>
Dağılımı	
<b>Tablo 42: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan</b>	<b>111</b>
Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 43: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan</b>	<b>112</b>
Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 44: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Sağlık Davranışları Toplam</b>	<b>113</b>
Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 45: Hastaların Beden Kitle İndekslerine Göre Sağlık Davranışları</b>	<b>114</b>
Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 46: Hastaların Kalp Yetmezliği Tanısı Konma Zamanına Göre Sağlık</b>	<b>115</b>
Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 47: Hastaların Hastanede Yatma Durumuna Göre Sağlık Davranışları</b>	<b>116</b>
Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	

**Tablo No**

<b>Tablo 48:</b> Hastaların Diyete Uyuma Durumuna Göre Sağlık Davranışları	<b>117</b>
Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 49:</b> Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Sağlık Davranışları	<b>118</b>
Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 50:</b> Hastaların İlaçları Reçetede Belirtildiği Gibi Kullanma Durumuna	<b>119</b>
Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 51:</b> Hastaların Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumuna Göre	<b>120</b>
Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 52:</b> Hastaların Kalp Yetmezliği Sınıflarına Göre Sağlık Davranışları	<b>121</b>
Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 53:</b> Hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu Değerlerine Göre Sağlık	<b>122</b>
Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 54:</b> Hastaların Pulmoner Basınçlarına Göre Sağlık Davranışları Toplam	<b>123</b>
Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 55:</b> Hastaların Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Sağlık	<b>124</b>
Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 56:</b> Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan	<b>125</b>
Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 57:</b> Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan	<b>126</b>
Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 58:</b> Hastaların Eğitim Durumuna Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan	<b>127</b>
Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 59:</b> Hastaların Beden Kitle İndekslerine Göre Sağlığın Önemi Toplam	<b>128</b>
Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 60:</b> Hastaların Kalp Yetmezliği Tanısı Konma Zamanına Göre	<b>129</b>
Sağlığın Önemi toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	
<b>Tablo 61:</b> Hastaların Hastanede Yatma Durumuna Göre Sağlığın Önemi	<b>130</b>
Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	

**Tablo No**

<b>Tablo 62:</b> Hastaların Diyete Uyuma Durumuna Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>131</b>
<b>Tablo 63:</b> Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>132</b>
<b>Tablo 64:</b> Hastaların İlaçları Belirtildiği Gibi Kullanma Durumuna Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>133</b>
<b>Tablo 65:</b> Hastaların Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumuna Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>134</b>
<b>Tablo 66:</b> Hastaların Kalp Yetmezliği Sınıflarına Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>135</b>
<b>Tablo 67:</b> Hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu Değerlerine Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>136</b>
<b>Tablo 68:</b> Hastaların Pulmoner Basınçlarına Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>137</b>
<b>Tablo 69:</b> Hastaların Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	<b>138</b>
<b>Tablo 70:</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sağlık Davranışları Ölçeği ve Sağlığın Önemi Ölçeği Arasındaki İlişki	<b>139</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: Sağlığı Etkileyen Faktörler	9
Şekil 2: Sağlık İnanç Modeli	11
Şekil 3: Sağlığı Geliştirme Modeli	13
Şekil 4: Hastalık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Kavramsal Modeli	17
Şekil 5: Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	17
Şekil 6: Ventrikül Performansını Sağlayan Faktörler	31
Şekil 7: Kalp Yetmezliğinde Fizyopatolojik Açıdan Kısır Döngü	32
Şekil 8: Kalp Yetmezliği Tanısında Algoritm	42



## BÖLÜM I

### GİRİŞ

İnsanların yaşamında sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “sadece hastalığın veya sakatlığın olmaması değil, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan tam bir iyilik hali içinde olması” şeklinde tanımlanmaktadır (2,20,114).

Sağlık davranışı ise bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık davranışları olumlu ve olumsuz sağlık davranışları olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak: spor yapmak, kolesterolden kaçınmak, yeterli ve dengeli beslenmek, en az yılda bir kez sağlık kontrolünden geçmek, emniyet kemeri takmak ve diğer kişilerle olumlu iletişim kurmak gösterilebilir. Olumsuz sağlık davranışları kapsamında ise sigara içme, alkol kullanma ve aşırı yemek yeme sayılabilir (139). Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını inceleyen çalışmalarda daha çok sigara içme, diyet davranışı, alkol kullanımı, egzersiz davranışları ve bunları etkileyen faktörler incelenmiştir (27,136).

Günümüzde teknolojik gelişmelere paralel olarak; tıbbi tanı, tedavi ve koruma yöntemlerindeki ilerlemeler, insanların sağlık bakım gereksinimlerindeki değişiklikler, kronik hastaların ve hastane bakımını gerektiren bireylerin sayısındaki artışlar, artan sağlık harcamalarının birey ve ülke ekonomisine getirdiği zorluklar, sağlık bakımının bireylerin yaşam kalitelerini artırma amaç ve bakış açısıyla sunulmasını zorunlu kılmıştır. Bu bağlamda yaşam kalitesi; doyum-memnuniyet verici bir yaşam için, bireylerin sağlık bilinçlerinin güçlendirilmesine, sağlık bakım yeteneklerinin artırılmasına, sağlık konusundaki yeteneklerini sonuna kadar kullanabilmelerine olanak verecek davranış ve becerilerin geliştirilmesini gerektirmektedir (111).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araştırmalarında hastaların fiziksel, psikososyal ve sosyal iyiliğinden etkilenen günlük yaşam aktiviteleri ve hastalık, semptomları kontrol ile ilgili doyumunu değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesinde olumlu, olumsuz duygular ve bilişsel etmenler önem taşımaktadır (41).

Bugün kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü ABD’de sağlık problemlerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (110). Amerikan Tıp Enstitüsü’nün son verileri 49 milyon Amerikalı’nın çeşitli türlerde yetersizlik durumlarıyla yaşadıklarını göstermektedir (Brandt&Pope, 1997). Bu yetersizliklerin çoğu (% 75) travma ve kazalardan değil, kalp hastalıkları ve diğer yaygın kronik hastalıklar sonucunda oluşmaktadır (129).

Kronik hastalığın insidans ve prevalansı 20.yy.’ın başlangıcından beri daha az kişinin akut hastalıklardan ölmesi nedeniyle artmaktadır (110).

Kronik hastalık değişken bir zaman periyodu içinde semptom ve belirtiler oluşturan, uzun süre devam eden ve sadece kısmi iyileşmenin olduğu bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Kronik Hastalık Komisyonu (Commission on Chronic Illness) 1949 yılında kronik hastalığı, aşağıdaki özelliklerden bir veya birkaçına sahip, normalden sapma veya bir bozukluk olarak tanımlamıştır (110).

1. Bu hastalık veya bozukluk kalıcı yetersizlikler bırakır.
2. Bu hastalık veya bozukluk sürekli dir.
3. Bu hastalık veya bozukluk geriye dönüşümü olmayan patolojik değişikliklerden kaynaklanır.
4. Bu hastalık veya bozukluk uzun dönemli izlem, gözlem veya bakım gerektirir.

Ulusal Sağlık Araştırması’nın (National Health Survey) 1990 verileri, 80 milyon insanın bir veya birden fazla kronik duruma sahip olduğunu göstermektedir (110).

Kalp hastalıkları, yetişkin çağın en önemli kronik hastalıklarından ve önde gelen ölüm nedenlerinden biri olmayı sürdürmektedir (46). Toplumda sık görülmesi, ölüme, iş ve güç kaybına yol açması nedeniyle de toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1990 verilerine göre, dünyada bir yılda görülen tüm ölümlerin (50 milyon) sıralamasına bakıldığında, ilk sırada kalp-damar hastalıklarının yer aldığı görülmektedir (53).

Kalp hastalıkları geniş ölçüde yaşa ve cinsiyete bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. İlerleyen her 10 yaş Türk halkında hastalığa yakalanma riskini erkekte iki kat, kadında ise iki ila iki buçuk kat arttırmaktadır.

Devlet İstatistik Enstitüsü’nün (DİE) başlıca nedenlere göre ölüm sınıflamasına bakıldığında; ölümlerin % 40.6’sının kalp hastalıklarından, % 6.8’inin serebrovasküler

hastalıklardan, % 11.6'sının da kanserden köken aldığı görülmektedir. Buna dayanarak ülkemizde kalp kaynaklı tüm ölümlerin 155 bin dolayında olacağı tahmin edilmektedir (103).

Geçen 25 yılda kardiyovasküler hastalık için ölüm oranları batı ülkelerinde azalmıştır. Bunun aksine **konjestif kalp yetmezliği** özellikle yaşlı hastalarda prevelansın arttığı yaygın kardiyovasküler bir durumdur (125). Aynı zamanda sosyal, medikal ve ekonomik boyutları olan önemli bir sağlık sorunudur. Genel popülasyonda ortalama yaşam süresinin uzaması ve Myokard İnfarktüsü (MI) sonrası sağ kalım oranının artması kalp yetmezliği prevelansında yükselmeye neden olmuştur (69).

Konjestif Kalp Yetmezliği ( KKY ) kalp hastalığının pek çok tipi, özellikle uzun süreli hipertansiyon ve koroner arter hastalığı ile ilgilidir (65). Hipertansiyon ve koroner hastalık kalp yetmezliği için predominant nedenler arasında yer almaktadır ve tüm klinik olayların % 80'inden sorumlu tutulmaktadır (74). Hipertansiyon ve kalp yetmezliği ilişkisini inceleyen bir çalışmada hipertansiyonun uzun dönemde ciddi sistolik sol ventrikül disfonksiyonuna neden olduğu belirtilmektedir (10).

ABD'de 2.300.000 ila 3.000.000 KKY hastası bulunmaktadır (22,65). Amerikan Kalp Derneği (American Heart Assosication) her yıl 400.000 ila 500.000 yeni KKY olgusunun ortaya çıktığını tahmin etmektedir (22,65,66,86,125,126). KKY insidansı yaş ile dramatik olarak – yaşamın her 10 yılında – iki kat artmaktadır (65,98,134). Framingham çalışmasında (McKee ve ark. 1971) 65-94 yaşları arasındaki kalp yetmezliği insidansının myokard infarktüsü insidansına eşit, serebral infarktüs (inme) insidansından ise iki kez daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kalp yetmezliğinin insidansındaki artış yaklaşık % 0,3'lük düzeye ulaşmıştır (97). KKY'li birçok hasta yaşlıdır ve KKY hastanede yatan yaşlılarda en yaygın tanıdır (124,134). Çalışmalar yaşlı hastalarda kalp yetmezliğinin gizli bir başlangıca sahip olabildiğini göstermektedir. Ayrıca yaşlı hastalarda semptomlar non-spesifik olabilmekte ve belirtiler eşlik eden hastalıkların varlığı ile gizlenebilmektedir (90). Kalp yetmezliği 80 yaş üzeri kişilerin % 10'unu veya daha çoğunu etkilemektedir. 80 yaş üzerindeki her 1000 kişide yıllık insidansın 20 ila 30 olduğu belirtilmektedir (123). Popülasyondaki yaşlı oranının artmasıyla koroner arter hastalığından ölüm oranları azalırken KKY prevelansının artması beklenmektedir (65).



ABD ve Kanada'da serebrovasküler olaylar ve kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranları azalmasına rağmen KKY morbidite ve mortalitenin majör nedeni olmaya devam etmektedir. Framingham çalışmasında; KKY'nin ilk epizotlarından sonra altı yıllık mortalite oranı erkekler için % 82 ve kadınlar için % 67 olarak gösterilmektedir. Bu oranlar aynı yaştaki genel popülasyonun oranından dört ila sekiz kat daha yüksektir. KKY'li bir hastada ani kardiyak ölüm oranı yaklaşık olarak genel popülasyon oranından beş kat daha fazladır (65,74).

KKY'den kaynaklanan mortalite son 20 yılda artmıştır. KKY'de ölüm oranları Afrika-Amerikalı ve yaşlı bireylerde -özellikle erkeklerde- daha yüksektir (65). Yapılan çalışmalarda erkeklerin kalp yetmezliğinden ölüm riskinin kadınlara oranla iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (120). New York Kalp Derneği (NYHA) sınıflamasına göre I ve II. gruba giren hastaların beş yıllık mortalitesinin yaklaşık % 50 olduğu belirtilmektedir (66,134).

İskandinavya ve İskoçya'da gerçekleştirilen çalışmalarda (Eriksson ve ark. 1988; Wheeldon ve ark. 1993), kalp yetmezliği hastalarının durumları nedeniyle pratisyen hekimlere yılda iki-üç kez başvurdukları gösterilmiştir (yani prevelansın % 1 düzeyinde olduğu varsayılırsa yılda 1.140.000-1.710.000 başvuru) (97).

Kalp yetmezliği için doktor vizitleri, ilaçlar ve hemşirelik bakımını içeren total tedavi maliyetlerinin, 1990 yılındaki verilere bakıldığında 10 milyar \$'dan fazla olduğu görülmektedir (66). ABD'de bu oranın 2000 yılı verilerine göre 22.5 milyar \$'a ulaştığı tahmin edilmektedir (26). Amerika'da ve son zamanlarda İsviçre'de yapılan çalışmalar KKY'nin total sağlık bakımı giderlerinin hemen hemen 2/3'ünün hastane yatışlarından kaynaklandığını ve hastalık ciddiyeti ile ilişkili olarak arttığını göstermektedir. New York Kalp Derneği sınıflamasına göre NYHA I. ve II. grupta yer alan hastaların yıllık maliyetinin Fransa'da 878 Euro, Almanya'da ise 1319 Euro olduğu, NYHA III. grupta yer alan hastaların yıllık maliyetinin Fransa'da 3373 Euro, Almanya'da 2264 Euro olduğu, NYHA IV. gruba giren hastaların ise yıllık maliyetinin Fransa'da 6554 Euro olduğu bildirilmiştir (17). Ayrıca bu durum için her yıl 1.000.000 hastaneye yatış olmaktadır (66). Petrie ve arkadaşlarının (109) yaptıkları çalışmada kadınların erkeklerden daha fazla oranda hastaneye yatış yaptıkları ve erkeklerden daha uzun süre hastanede kaldıkları saptanmıştır. Yatış süreleri acil tıbbi servislerde ortalama 11 gündür. Hastanedeki yatış süresi içerisindeki vaka ölüm oranı ise % 18-30 arasındadır.

Hastaneden çıkışı izleyen ilk yıl içerisinde hastaların % 14'lük bir kısmı ölmekte ve % 30-40 kadarı bu süre içerisinde tekrar yatış yapmaktadır (97).

Kardiyovasküler hastane dışı ayaktan vizitlerin ikinci en sık sebebi konjestif kalp yetmezliğidir (birinci en sık sebep hipertansiyondur). Bu hastaların % 43'üne dahiliyeciler, % 17'sine kardiyologlar bakmaktadır (79).

Kronik bir hastalığın ortaya çıkardığı sosyal, fiziksel, duygusal ve ekonomik zorluklar hasta ve ailesinin uyumunu güçleştirmekte ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır (135).

Diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında, KKY'nin yaşam kalitesi üzerinde en fazla olumsuz etkiye sahip bozukluk olduğu görülmektedir (Tablo-1).

**Tablo-1:Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi Üzerine Tıbbi Sonuçlar Çalışması**

DURUM	HASTA SAYISI	SAPMA*
Hipertansiyon	2595	+ 0.8
Diyabet	844	- 35.6
Artrit	2079	- 50.4
Kronik Akciğer Problemleri	731	- 55.8
Angina	532	- 60.6
KKY	297	- 80.9

\* Kronik sorunu olmayan hastalara kıyasla ortalama sapma değeri (birleşik skor)

Tablo-1'de Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi Üzerine Tıbbi Sonuçlar Çalışması görülmektedir. Total skorun negatif değeri ne kadar büyükse yaşam kalitesi de o denli azalmaktadır. Kalp yetmezliği yaşam kalitesinde en fazla azalmaya yol açan bozukluktur (97).

KKY'li bir hastada yaşam kalitesinde bozulma, fonksiyonel kapasitede sınırlanma ve çok sayıda semptom bulunmaktadır (51,65). Hastaların cinsel aktivitelerine varana kadar birçok aktivitesinin kısıtlandığı yapılan çalışmaların sonuçlarında gösterilmiştir (70,104). Bugün KKY zayıf bir prognoza sahip olduğu için majör bir klinik ve sağlık bakım problemi olarak düşünülmektedir (51,65).

Kalp yetmezliğinin başarılı bir şekilde yönetimi sıklıkla hastalar ve ailelerinin büyük ölçüde yaşam şekli değişikliklerine uyumunu gerektirmektedir. İlaçla tedavi hastaların günde iki veya daha fazla kez kullanmaları gereken ilaçları içerebilir. Diyet ve günlük yaşam aktiviteleri hastaların arzu ettikleri, gelenekleri ve kültürel yapıları ile çatışmalar yaratabilecek değişiklikler gerektirebilir. Kalp yetmezliği semptomları izlenmeli ve uygun tedavi sağlanmalı böylece hastaneye yatmayı gerektirecek ciddi ilerlemeler önlenmelidir. Hastalar yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalıdır. Bu önlem ve gerekliliklerden herhangi birini başarmada yetersizlik yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz hastane yatışlarına ve erken ölümlere yol açmaktadır. Bu yüzden önemli bir hedef olarak bu hastalarda yaşam kalitesini yükselten ve semptomları düzeltten non-farmakolojik girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (45).

## 1. 1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık ve iyilik bireyin sahip olduğu veya olmadığı bir şey değildir. Sağlık bir bütünlük içinde var olan genel bir kavramdır. Bireyin günlük yaşamındaki kişisel ihtiyaçlarını ve tutkularını da gerçekleştirmesine imkan tanıyan bir kaynaktır. Hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonellerinin amacı, bütünlüğün pozitif ucunda iyilik eğrisinin daha büyük insan gruplarına ulaşmasını sağlamaktır. Sağlık ve iyilik sabit fakat kalıcı durumlar değildir. Bundan dolayı, sağlık ve iyiliği arttıran koşullar tanımlanmalı ve birey bu koşulları sağlamaya teşvik edilmelidir (45).

İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan doyum bulmaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır (111).

Kronik hastalıklar arasında, prevelans ve insidans oranları açısından önemli bir yere sahip olan konjestif kalp yetmezliği, sık acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır. Neden olduğu fiziksel ve psikososyal sorunların özelliği ve yoğunluğundan dolayı, KKY'nin tedavisi karmaşık ve zor olmaktadır. Bu nedenle, kişinin hastalığı hakkında bilgilendirilmesini, bu bilgilendirme doğrultusunda hastalığa uyum sağlamasını ve yaşam şeklinde değişiklikler yapmasını, planlanan bakıma aktif

olarak katılımını ve işbirliğini gerektirmektedir. Hem hastalığın ortaya çıkardığı sorunların belirlenmesi ve izlenmesinde hem de karmaşık tedavi protokollerinin uygulanmasında hasta ve ailesinin aktif katılımı ve uyumu önem taşımaktadır (40).

Kalp yetmezlikli hastaların, sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri, sağlıklarına verdikleri önem, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanan **bu çalışmanın alt amaçları şunlardır:**

1. Kalp yetmezliği olan hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalıkla ilgili özelliklerini incelemek,
2. Kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitesini belirlemek,
3. Kalp yetmezliği olan hastaların sağlıklarına verdiği önemi belirlemek,
4. Hastaların sağlık davranışlarını saptamak,
5. Kalp yetmezlikli hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile yaşam kalitesi ilişkisini incelemek,
6. Kalp yetmezlikli hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile sağlıklarına verdikleri önemin ilişkisini incelemek,
7. Kalp yetmezlikli hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile sağlık davranışları ilişkisini incelemek,
8. Hastaların sağlıklarına verdikleri önem ve sağlık davranışları ile yaşam kalitesi ilişkisini incelemektir.

## 1. 2. ARAŞTIRMA KONUSU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

### 1. 2. 1. SAĞLIK KAVRAMI

Hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı “sağlık” üzerine odaklanmıştır. Bu nedenle son yıllarda hemşire kuramcılar ve araştırmacılar, sağlık davranışları ve insan sağlığını etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalara yönelmişlerdir. Bu çalışmaların amacı, bireyin yaşamı boyunca kendi yaşam davranışları ile sağlıklı kalmasını sağlamaktır (48).

Sağlığın tanımı gerçekten karmaşık olup farklı açılardan incelenebilir (2). Literatürde sağlığın kelime anlamını açıklayan yaklaşık bin tanım bulunabileceği bildirilmektedir (48). Smith, hastalık ve sağlık kuramlarının birbirleri ile ilgili olduğunu söylemektedir. Sağlık terimine bu yönden bakıldığında, sağlığın pozitif bir ifade olduğu, hastalığın ise bunun tam tersi olduğu ifade edilmiştir (2).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre; sağlık “tam olarak fiziksel, mental ve sosyal iyi olma halidir ve sadece hastalık veya sakatlığın bulunmaması değildir” şeklinde tanımlanmıştır (2,20,48,114).

Ayrıca bu tanımdaki “iyilik hali” tam olarak ne anlama gelmektedir ve iyilik halinin dereceleri var mıdır? sorularını akla getirmektedir. Sağlık kavramını subjektif ve objektif olarak ikiye ayırıp irdelemek, bu sorulara yanıt olabilir (21).

**Subjektif olarak sağlık;** bireyin kendisinin, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta, yada hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir. Bu nedenle hastanın subjektif olarak sağlık anlayışı bilinmelidir .

**Objektif olarak sağlık;** doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmaması durumudur.

Bu durumda kişiye sağlıklı diyebilmek için, hem bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir (21).

DSÖ’nün tanımı aynı zamanda sağlığı etkileyen pek çok faktörün tanımlanması gereğini de ortaya koymaktadır. Çünkü artık bilinmelidir ki; birey parçalardan çok bir bütündür, çevrenin sağlık üzerine etkisi vardır, bireyin yaşamında üretken ve yaratıcı olması sağlıklı olmada etkilidir. Günümüzde sağlık kavramı, üç temel çerçeve içinde tartışılmaktadır (48) :

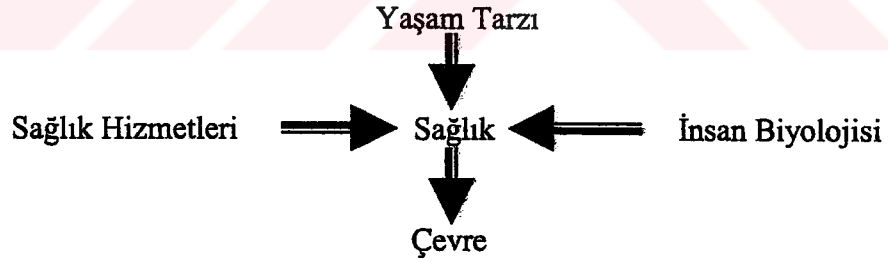
- ◆ Sağlığı koruma üzerine odaklanan sağlık tanımları
- ◆ Sağlığı geliştirme üzerine odaklanan sağlık tanımları
- ◆ Sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanan sağlık tanımları

Sağlık tanımlarını sağlığı koruma üzerine temellendiren kuramcı ve araştırmacılar sağlık durumunu; dengeli, ılımlı, normal, sürekli, durağan, adaptasyon, homeostazis kavramları ile açıklamaktadırlar. Sağlık tanımlarını sağlığı geliştirme üzerine temellendirenler ise değişim, büyüme, maturasyon, yaratıcı davranış, yüksek düzeyli iyilik, kendini gerçekleştirme kavramları ile açıklamaktadırlar. Sağlığı koruma ve geliştirme üzerine temellendiren kuramcılar ise sağlık ve hastalığı dört bölümde açıklamaktadırlar (48).

- ◆ Üst düzeyli sağlık
- ◆ Düşük düzeyli sağlık
- ◆ Hastalığa yakın durum veya yetmezlik
- ◆ Hastalığın ciddi dönemi veya ölüme yaklaşım

### 1. 2. 1. 1. SAĞLIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

İnsan sağlığını etkileyen faktörler dört ana başlık altında toplanabilir. Bunlar; insan biyolojisi, çevre, yaşam tarzı ve sağlık hizmetleridir (Şekil-1) (4).



Şekil – 1 : Sağlığı Etkileyen Faktörler

### 1. 2. 2. SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları bir şeyleri anlatmaktadır. Davranışın ilk amacı bireyin yada grupların ihtiyaçlarını karşılamaktır (2).

Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır (48).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede, kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (48).

Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (48).

Sağlık davranışları yalnızca doğrudan gözlenebilen açık davranışları değil, dolaylı olarak ölçülebilen mental olayları ve duygu durumlarını da içermektedir (2).

Bireylerin sağlık davranışlarını açıklamaya yönelik pek çok model geliştirilmiştir. Bu modeller arasında en çok kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış olanlar; Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model) ve Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model)'dir (48).

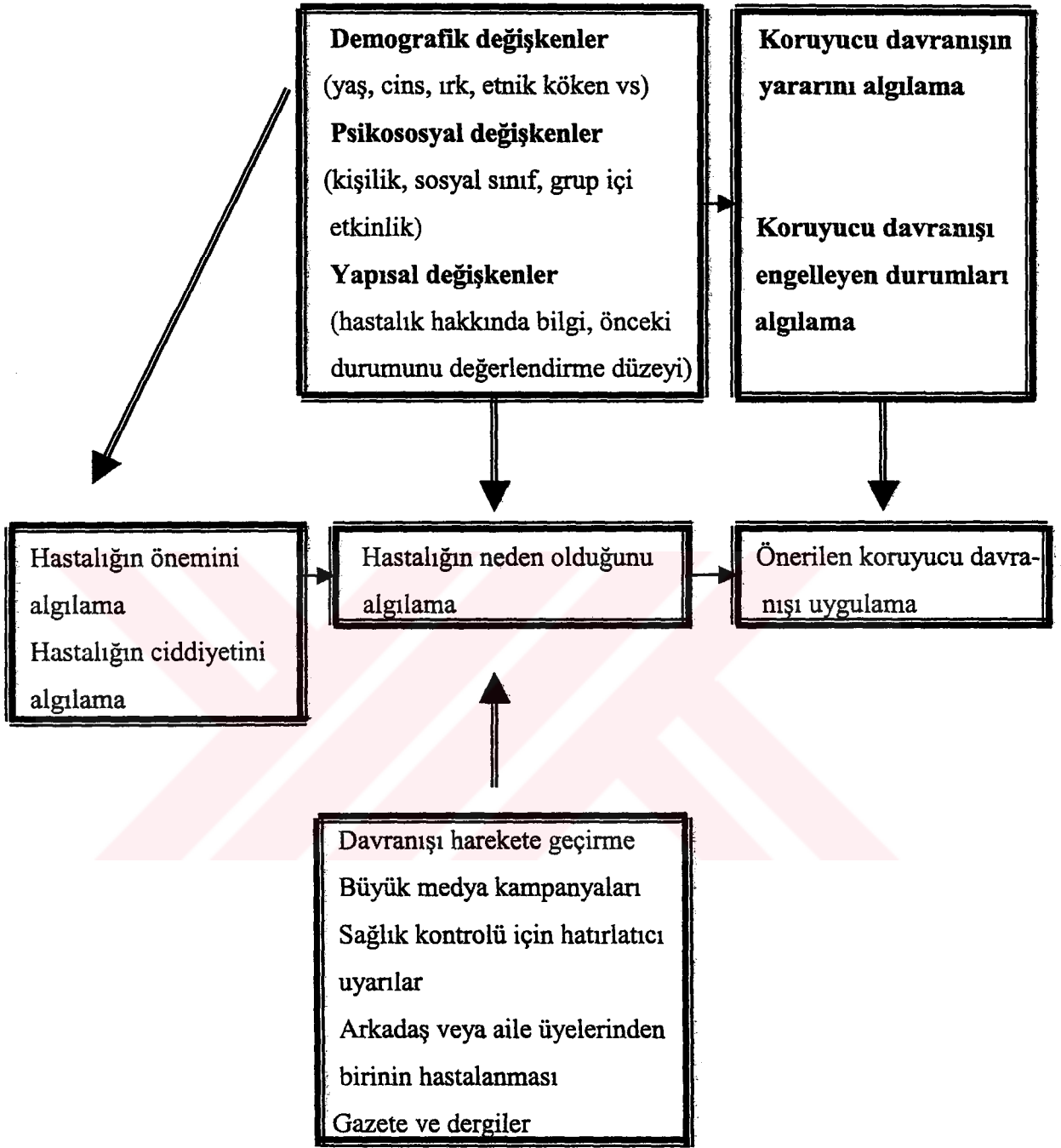
**Sağlık İnanç Modeli**, iyilik ve hastalık davranışlarını açıklamak için yaygın olarak kullanılan bir modeldir (45). Bu model, 1950 yılında Rosentock, Hochbaum ve Kegeles tarafından geliştirilmiştir (48). Sağlık İnanç Modeli kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya yönelik bir kavramdır (138). Kavramaya dayanan bireysel bir modeldir, insanların koruyucu davranışlara ne zaman bağlanacağını önceden belirleme çalışmalarında geliştirilmiştir. Kardiyovasküler perspektiften, model, bireylerin risk azaltıcı davranışlara bağlanmasının eğer; kardiyovasküler hastalığa karşı çok hassas olduklarına, hastalığın ciddi etkileri olacağına, hareketlerin ve davranışların şiddeti ve hassasiyeti azaltacağına, harekete geçmenin ve değişiklik yapmanın kazançlarının, hiçbir şey yapmanın dezavantajlarından veya maliyetlerinden daha ağır olmayacağına; inanılırsa; daha kolay olabileceğini teorize etmektedir (45).

Modelin kavramsal yapısı **Şekil-2'**de gösterilmiştir (48,114,138).

### Bireysel Algılama

### Değiştirilebilir Faktörler

### Beklenen Davranışlar



Şekil-2: Sağlık İnanç Modeli



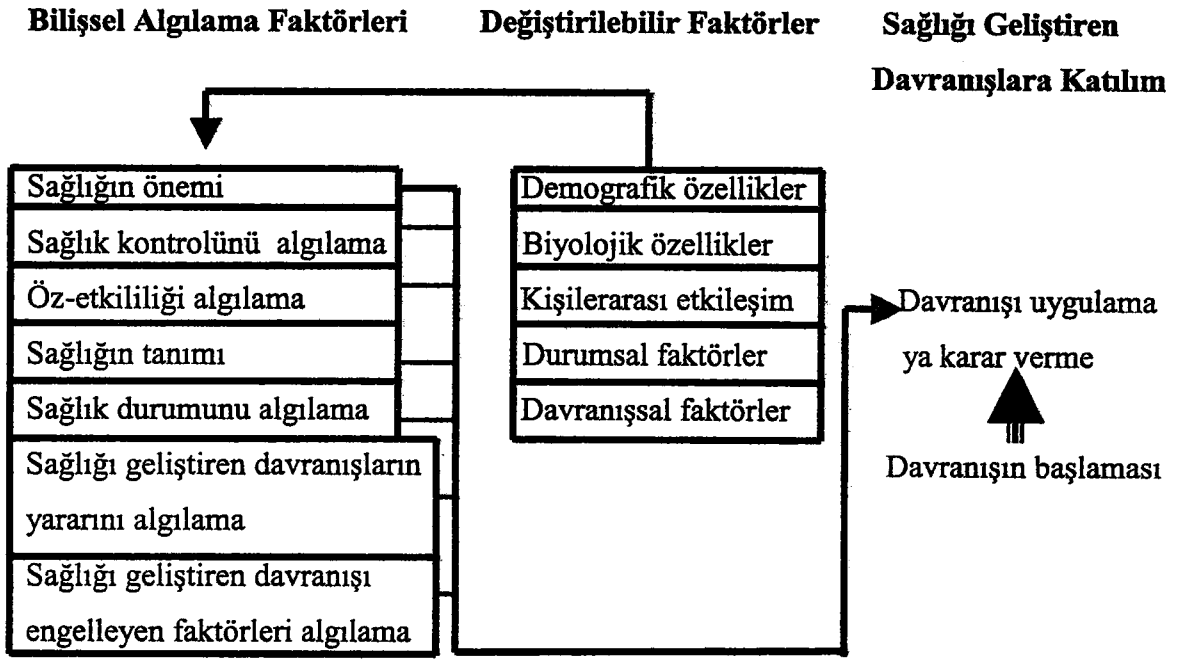
Bireyin bir hastalıktan korunmak için kendisine önerilen davranışı yapmasını etkileyen pek çok faktör vardır. Öncelikle bireyin hastalığı algılaması önemlidir (48). Bireyin sağlık durumu ve değerini algılama düzeyi koruyucu davranışları uygulamaya başlamasını geciktirebilir veya engelleyebilir (45).

Bu sağlık davranışları; demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken), psikososyal değişkenler (kişilik, sosyal sınıf, kendisine yakın hissettiği bireylerden gördüğü baskı, tıp profesyonellerine karşı özel bir tavır içinde olma hali) ve yapısal değişkenler (bireyin hastalıkla ilgili deneyimleri, hastalığa yönelik bilgilendirme durumu) aracılığıyla yada bireyin kendi memesindeki kitleyi farkedebilmesi gibi içsel etkilenimleri/medya kampanyası, önemli hissettiği diğer bireylerden aldığı öğütlere önem göstermesi gibi dışsal faktörler tarafından etkilenebilir, bütün bunlar sağlık davranışlarının motivasyonu için kanalize edilebilir (45).

**Sağlığı Geliştirme Modeli**, 1982, 1984 yılları arasında Pender tarafından geliştirilmiştir (48,139). Bu model Bandura'nın "sosyal öğrenme teorisi"ni ele almakta ve bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır (5). Yapısal olarak Sağlık İnanç Modeline benzemektedir.

Modelde sağlığı geliştiren davranışları etkileyen bileşenler; bilişsel algılama faktörleri, değiştirilebilir faktörler ve davranışın oluşmasını etkileyen değişkenler olarak açıklanmaktadır (48,139).

Modelin kavramsal yapısı Şekil-3'de gösterilmiştir (5,48,138).



**Şekil-3: Sağlığı Geliştirme Modeli**

Bilişsel algılama faktörleri modelin en önemli bölümüdür ve her bir faktör sağlığı geliştiren davranışın yapılması üzerinde doğrudan etkilidir (5,48). Modelde belirtilen yedi bilişsel algılama faktörünün özellikle üç tanesi -sağlık kontrolünü algılama, öz-etkililiği algılama ve sağlık durumunu algılama- sağlığı geliştirici davranışların en güçlü beklirleyicisidirler (5).

- ◆ **Sağlığın Önemi:** Bireyin sağlığa verdiği önem davranışı doğrudan etkilemektedir. Sağlığa verilen önem ölçen çeşitli ölçekler geliştirilmesine karşın, en çok kullanılanı “Sağlığın Önemi Ölçeği”dir.
- ◆ **Sağlık Kontrolünü Algılama:** Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi yeni bir davranış kazandırmada önemlidir. Bireyin sağlık kontrolünü içsel ve dışsal etmenler şekillendirmektedir (48).
- ◆ **Öz Etkililiği Algılama:** Bandura (1982), öz-etkililiği, “bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı” olarak tanımlamıştır. Bireylerin öz-etkililik düzeyleri, eyleme geçme motivasyonunu arttırabilir yada azaltabilir. Güçlü öz-etkililik algısına sahip olan bireyler, daha zorlu işlere girişmeye eğilimlidirler ve kendileri için büyük amaçlar belirleyerek bunlara ulaşmaya çalışırlar (5).

- ◆ **Sağlığın Tanımı:** Bireyin kendi değerler sistemine göre sağlığa bakış açısı sağlık davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Eğer birey sağlığı, sadece hastalık durumunun olmaması olarak görüyorsa bireyin olumlu sağlık davranışı kazanması güçleşmektedir. Diğer yandan sağlığı, yüksek düzeyli iyilik olarak görüyorsa bireyin olumlu davranış kazanma düzeyi yüksektir.
- ◆ **Sağlık Durumunu Algılama:** Birey sağlık durumunu “çok iyi”, “iyi”, “kötü” ve “çok kötü” olarak algılayabilir. Çeşitli araştırmalarda sağlık durumunu “iyi” olarak algılayanların olumlu davranış kazanma düzeyinin, “çok iyi”, “kötü” ve “çok kötü” algılayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- ◆ **Sağlığı Geliştiren Davranışları Destekleyen ve Engelleyen Faktörleri Algılama:** Bireyin fiziksel ve psikolojik özellikleri, motivasyonu, kişisel ve davranışsal özellikleri, sağlık durumu, davranışın yararlarını algılama, değişimi farketme düzeyi, aile, arkadaş, sosyal kurumlar, kanunlar gibi destekleyici çevrelerin varlığı sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde etkilidir (48).

**Değiştirilebilir Faktörler** yaş, cins, ırk, etnik köken, eğitim gibi demografik özellikleri, vücut ağırlığı gibi biyolojik özellikleri, aile, arkadaş, sağlık görevlileri ile olumlu etkileşimi, çevre gibi yapısal faktörleri, bilişsel ve psikomotor beceri düzeyi gibi davranışsal faktörleri içermektedir (48).

**Davranışa karar verme aşamasında**, bireyin yeni bir davranışa hazır olma derecesi önemlidir. Birey ilk girişimi sonucunda yeni davranışını ortaya koyabilir, yeni davranışını destekleyen daha fazla bilgi arar veya önerilen yöntemleri dikkate alır (48).

**Davranışa başlama aşamasında** birey davranış değiştirmeye başlar. Bu değişimi sağlayan yöntemler bireyin kendi kendini değiştirmesi üzerine temellenmiştir. Davranışa başlama yöntemleri; (48)

- ◆ Bireyin kendi kendini değerlendirmesi
- ◆ Bireyin bilişsel kapasitesini güçlendirme
- ◆ Model alma
- ◆ Operant koşullama
- ◆ Ters koşullama
- ◆ Uyaran kontrolü ile açıklanmaktadır.

### 1. 2. 3. SAĞLIĞIN ÖNEMİ VE BUNU ANLAMA

Sağlığın önemi, diğer kişisel yaşam deneyimlerine göre sağlığa verilen değerleri yansıtır.

Sağlığı anlama ve sağlık yönetimi, hastanın sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlar. Sağlığı anlama ve sağlık yönetiminde amaç, hastanın sağlığını korumak için gösterdiği kararlılık düzeyini ve sağlığa verilen önemi saptamaktır (2).

### 1. 2. 4. YAŞAM KALİTESİ

Kronik hastalarda geleneksel bakım, istendik bir metabolik duruma ulaşmak ve sürdürmek amacıyla uygulanacak eğitim programlarına uyum gösterme üzerine temellenmiştir. Geleneksel tedavi ve bakımda kronik hastaların psikososyal yönden incelenmeleri ihmal edilmiştir. Ancak son yıllarda kronik hastaların bakımında, psikolojik faktörlerin rolü giderek kabul görmekte, bakımda odak nokta; metabolik esenlikten, hastaların psikososyal yönlerine ve yaşamlarının kalitesine doğru kaymaktadır. Farklı tedavi yaklaşımlarının, bakım girişimlerinin ve hastalığın hem fiziksel hem de psikososyal yönünün değerlendirilebilmesi için yaşam kalitesi ölçümlerinin sonuçları değerli olabilir.

Yaşam kalitesinin, hastaların subjektif deneyimlerini de kapsayacak şekilde değerlendirilmesi ve hastalık ile ilişkisinin iyi belirlenmesi, hastalara yeterli eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesinde önemli bir rehberdir.

Geniş kavram zenginliğini barındıran yaşam kalitesi araştırmalarının hemşirelik biliminde kullanımı 1980'li yıllardan sonra yaygınlaşmaya başlamıştır ve hemşirelikte yapılan yaşam kalitesi çalışmaları daha çok kanserli hastalara odaklanmıştır (112).

Yaşam kalitesi kavramı, ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine rağmen, oldukça geniş kapsamlıdır. Bu kavram, yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade etmektedir (111).

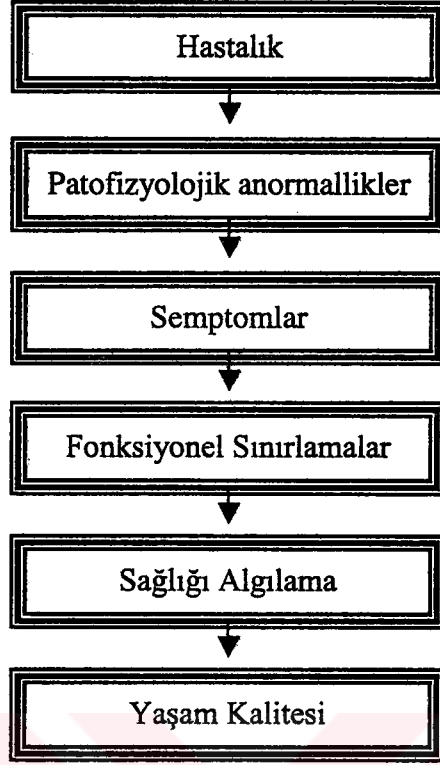
Yaşam kalitesi genellikle, mutluluk, doyum ve uyum olarak tanımlanmaktadır. Farklı araştırmacılar yaşam kalitesinin olumlu duygu, olumsuz duygu ve bilişsel etkiler olmak üzere üç temel öğesinin olduğunu, bilişsel etmenlerin kişisel kontrol ve öz güveni arttıran egemenlik duyularını kapsadığını belirtmektedir (41).

Bu kavram ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” şeklinde tanımlanmıştır. Burada temel olarak savunulan, “iyi bir sosyal çevre (bu daha çok ekonomik anlamdadır) bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğurur” fikridir (6).

Laborde ve Powers (1980) yaşam kalitesini geçmiş, şu an ve gelecek yaşam memnuniyeti bağlamında tanımlamıştır. Bunun aksine Young ve Longman (1983) şu anki yaşam durumunu kavrama ile memnuniyetin derecesi olarak tanımlamışlardır (121,122). Olderidge (1986) yaşam kalitesini bireylerin yaşam değerini oluşturan memnuniyetlerin toplamı veya bir bireyin hisleri ve günlük yaşamdaki fonksiyonları olarak tanımlamıştır (122).

Diğer tanımlar ek boyutları içermektedir. Wenger (1984) fonksiyonel kapasite, algılamalar ve semptomları içeren üç ilgili komponent kavramını tanımlamıştır. Bu komponentlerden birincisi *fonksiyonel kapasite*'dir. Fonksiyonel kapasite sosyal, entellektüel ve emosyonel durumu, aynı zamanda günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğini de içermektedir. İkinci komponent olan *algılamalar* bireylerin kişisel görüş ve fonksiyonel kapasite komponentlerinin değer yargılarını kapsamaktadır. Son komponent de *spesifik hastalık* semptomları ile ilgilidir (122). Burkhardt (1985) yaşam kalitesini memnuniyet, fiziksel ve mental iyilik, diğerleri ile ilişkiler, boş zaman aktiviteleri, kişisel gelişim, eğlence bileşiği olarak tanımlamıştır (121,122). Croog (1986) bu tanımları iyi olma duygusu ve yaşam memnuniyeti, fiziksel durum, emosyonel durum, entellektüel fonksiyon ve sosyal rollerdeki performanstan çıkan memnuniyet derecesi kadar iyilik olarak beş ölçüm üzerine temellendirmiştir. Testa tarafından (1993) onaylanan tanım ise yaşam kalitesinin mental ve emosyonel sağlık, genel sağlık algılayışı, iş/günlük rol iyiliği, seksüel fonksiyon ve fiziksel semptomlar gibi beş komponenti içerdiğini göstermektedir (122).

Yaşam kalitesi hasta bireylerdeki hastalık ciddiyeti, patofizyolojik anormallikler ve semptomlar ile ilişkilidir. Wilson ve Cleary primer hastalık sürecinin (örn: koroner stenoz) patofizyolojik anormalliklere (örn: myokardial iskemi) yol açtığını, semptomlara (örn: angina, sınırlı egzersiz kapasitesi) neden olduğunu belirten ve bunlar arasındaki ilişkiyi gösteren kavramsal bir model tanımlamışlardır (Şekil-4). Semptomlar hastanın fonksiyonel kapasitesini etkilemekte, sağlık algılayışını ve yaşam kalitesini değiştirmektedir (61).



**Bu ilişkiler:**

Kişilik

Motivasyon

Değerler

Sosyal destek

Psikolojik destek

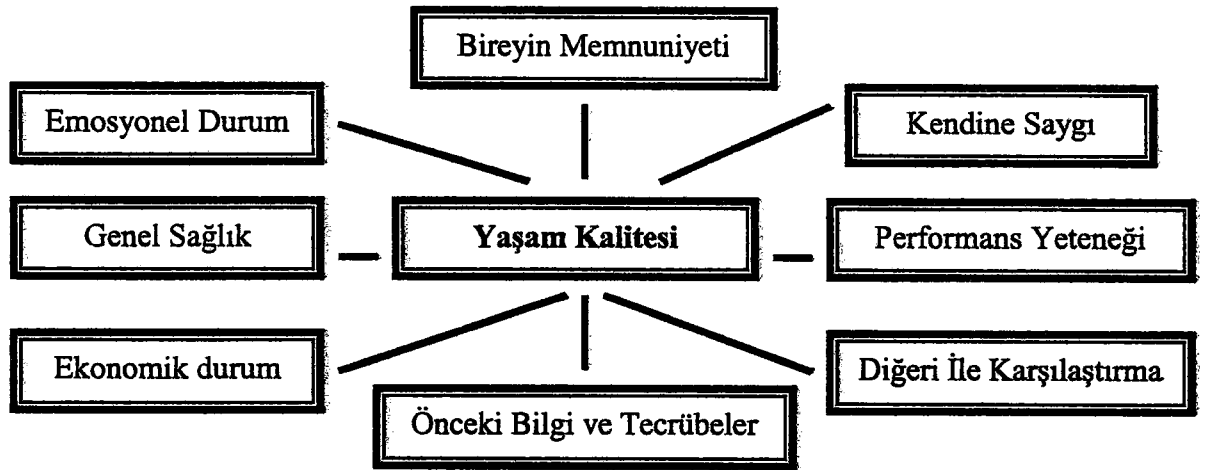
Ekonomik destek

Tıbbi olmayan faktörler

ile değişebilmektedir.

**Şekil-4: Hastalık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Kavramsal Modeli**

Petersonn (1975) yaşam kalitesinde: genel sağlık durumunu, yetenek durumunu, genel rahatlığı, ruhsal ve ekonomik durumu içeren tüm özelliklerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde etkili olduğunu bildirmiştir (Şekil-5) (6,52).



**Şekil-5: Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**

Yaşam kalitesinin farklı araştırmacılar tarafından belirtilen belirleyicileri ve boyutları bulunmaktadır. Bunlar **Tablo-2'**de görölmektedir (41).

**Tablo-2: Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri ve Boyutları**

<b>Yaşam Kalitesi Belirleyicileri</b>	<b>Yaşam Kalitesi Boyutları</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ <b>Klinik Durum:</b> Hastalıklar, hastalık şiddeti, semptomlar</li><li>◆ <b>Sağlık Bakımı:</b> İlaç tedavisi, tedaviler, tavsiyeler, bilgiler</li><li>◆ <b>Yaşam Şekli:</b> Egzersiz, sigara içme, alkol kullanma, diyet/beslenme, stresi yönetebilme</li><li>◆ <b>Yaşam durumu:</b> Sosyal destek, yaşam olayları</li><li>◆ <b>Demografik Özellikler:</b>Kazanç, eğitim, ırk</li><li>◆ <b>Kültür</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ <b>Fiziksel Fonksiyonlar:</b> Fiziksel yeterlilik</li><li>◆ <b>Bilişsel Fonksiyonlar:</b> Mental yeterlilik</li><li>◆ <b>Aktiviteler:</b> Öz bakım, rol, sosyal, eğlence</li><li>◆ <b>Vücut Sağlığı:</b> Fiziksel rahatlık, rahatsızlık, ağrı, yorgunluk</li><li>◆ <b>Duygusal Sağlık:</b> Depresyon, heyecan hali, olumlu duygu</li><li>◆ <b>Öz-Kavram:</b> Öz güven, kişisel kontrol</li><li>◆ <b>Genel Beklentiler:</b> Yaşamdan tatmin olma, sağlık beklentileri, genel anlamda yaşam kalitesi</li><li>◆ <b>Ruhsal Sağlık:</b> Güçlü inanç, umut, umutsuzluk, dini inanç</li><li>◆ <b>Beklenen Kontrol</b></li><li>◆ <b>Yaşamın Anlamı</b></li></ul>

Özetle toplumun sunduğu kaynak, hizmet ve kültürel olanaklarla, bireyin onlardan çıkardığı doyum, mutluluk, uyum ifadeleri ve kişisel ilişkilerin değerlendirimi yaşam kalitesi kavramını belirlemektedir. Başka bir deyişle yaşam kalitesi; bireyin deneyimlediği olaylara dayanan öznel doyum ifadeleridir (6)

Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Duruma bağlı olarak, yaşam kalitesi sağlık durumu, emniyet, yetersizlik, anksiyete, depresyon, ilaçlara bağımlılık, entellektüel fonksiyon, seksüel fonksiyon, semptomların hafiflemesi, günlük yaşam aktiviteleri, bireyin yaşamından doyum bulması ve sosyal destek gibi bir veya birden fazla gösterge içermekle birlikte sınırlı değildir (6).

Yaşam kalitesi, subjektif bir olgudur, gözlenemez, bu nedenle de en yakın göstergelerle ölçülebilmektedir. Bu göstergeler (111):

- ◆ Gözlenen veriler
- ◆ Kan tetkikleri gibi fizyolojik göstergeler
- ◆ Alkol alışkanlığı, suisid gibi davranışsal göstergeler ve
- ◆ Bireysel raporlardır.

Yaşam kalitesi kavramı bir çok alanda kullanılmaktadır. Bu alanlar **Tablo-3'**de görülmektedir (96).

**Tablo-3: Yaşam Kalitesi Kavramının Kullanım Alanları**

<b>Araştırma</b>	Klinik tedavi denemeleri: tıbbi, cerrahi, eğitim vs. Epidemiyoloji Sağlık hizmetleri araştırması
<b>Klinik</b>	Cerrahi, tıbbi bakım ve diğer tedavi seçenekleri Süreç ve sonuç izleme: hastalar ve aileleri Rehabilitasyon ve diğer ekstra yardım seçenekleri Sağlığı geliştirme Klinik denetleme
<b>Siyaset</b>	Kaynak ayırma Gereksinimleri değerlendirme

Tıp ve hemşirelik bilimlerinde, yaşam kalitesi kavramının kullanım amaçları sosyal bilimlerinden çok farklıdır. Tıp ve hemşirelik bilimlerinde genel yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanımı, özgül ve duyarlı olmadıkları için, yaşam kalitesini ölçmede tek başına yetersiz kalmaktadırlar ve bu nedenle de örneğin, bakımı geliştirmek için özel bir hasta grubuna gerekli olan girişim alanlarını belirlemede başarısız olmaktadır (111).

Yaşam kalitesi ölçekleri, mutlaka hastaların subjektif hislerini kapsayacak uygun sorular içermelidir. Naess, bireysel deneyimleri, bireyin kendisinden daha iyi hiç



kimsenin ifade edemeyeceğini belirtmiş ve bunu “ayakkabının neresinin sıkıldığını, giyen kişi bilir” diye örneklendirmiştir. Naess’e göre hisler, sahibinden başka hiç kimse tarafından gözlenemeyen duygulardır.

Yaşam kalitesi araştırmalarının sonuçları, deneysel bir olgu olarak, yaşam kalitesi deneyimini anlamamızı geliştirdiğinden ve bu yolla yaşam durumunun ve bireysel ilişkilerin iyileştirilmesini-geliştirilmesini sağladığı için değer taşımaktadır (111).

Sonuç olarak diyebiliriz ki, tıp ve hemşirelik bilimlerinde kullanılacak yaşam kalitesi ölçekleri, sağlıkla ilgili durumlara göre geliştirilmelidir (111). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesi büyük oranda kontrollü klinik çalışmalarla yapılmaktadır (58). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin göstergeleri sadece sağlık profesyonelleri ve hastaları için değil, aynı zamanda sağlık bakımını planlamada sağlık hizmeti verenler ve sağlık ekonomistleri için de önem taşımaktadır. Bugün tedavi ve girişim sonuçları üzerine yapılan birçok çalışma çeşitli yaşam kalitesi ölçümlerini içermektedir. Bu ölçümler ise daima semptomlar ve fiziksel fonksiyon değerlendirmesi, psikososyal iyiliğın ölçülmesi, yaşam memnuniyeti veya başetme mekanizmalarının değerlendirilmesini içermektedir. Psikososyal sağlık, fiziksel sağlık durumu ve fiziksel fonksiyon görme durumunu ölçen çok sayıdaki ölçek sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Bunlar genel ve hastalığa özgü ölçekler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (62). Genel ölçekler sağlık profilleri ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümlerini oluşturan ölçekleri içermektedir (58). Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile -NHP-), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile -SIP-), Esenlik Kalite Skalası (Quality of Well-Being Scale -QWB-), Mc Master Sağlık Göstergesi Anketi (Mc Master Health Index Questionnaire -MHIQ-) ve 36 soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (The MOS 36 Item Short Form Health Survey -SF 36-) bu ölçekler arasında sayılabilir (111).

Spesifik ölçekler ise; bireysel hastalık durumu, hasta grupları veya fonksiyon alanları ile ilgili problemler üzerine odaklanmaktadır (58).

Kalp yetmezlikli hastaların transplantasyon sonrası yaşam kalitesinin geliştiği rapor edilirken hastalar genellikle düşük bir yaşam kalitesi tanımlamaktadırlar (55). KKY’de yaşam kalitesinin bozulmasına yol ačan faktörler fiziksel semptomlar, psikososyal problemler, tedavi yan etkileri ve sosyal sınırlamadır (16). Yaşam

kalitesinin daha iyi tanımlanması ve yaşam kalitesini inceleme metodlarının gelişmesi hastalarda bu kompleks kavramın daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır (55).

Kalp yetmezliği için hastalığa özgü bir takım ölçümler geliştirilmiştir. Herbir ölçümün, geçerlilik ve güvenilirlik ölçümlerine ilişkin bazı kanıtlar bulunmaktadır. Kalp yetmezliğinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki bozulmayı gösteren hastalığa özgü bir ölçek bulunmaktadır. Bu ölçek Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire'dir. Bu çalışmada kullanılan Leary ve Jones (89) tarafından geliştirilen Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD-36) da kalp yetmezlikli hastalarda sol ventrikül disfonksiyonunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini inceleyen bir ölçektir. Hem genel hem de spesifik ölçümlerin kalp yetmezliğindeki klinik çalışmalarda kullanımı artmıştır (58) ve kalp yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler konusunda pek çok çalışma yapılmıştır (24,28,29,39,71,94,109,118,119).

Klinik alandaki yaşam kalitesi araştırmaları, temel olarak yaşam kalitesinin özgül yönlerinin değerlendirilmesinde odaklanmaktadır. Çünkü hem tedavi hem de bakımda hedef, sıkıntı veren durumu azaltmak ve esenliği arttırmaktır (111).

### 1. 2. 5. KALP YETMEZLİĞİ TANIMI

Vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek kadar kan akımının sağlanması insan hayatının temel gereksinimidir. Kalbin işi, vücudun uç noktalarına kadar bütün organ ve dokulara gerekli olan kanı yeterince gönderebilmektir. Bu temel ihtiyaç kalbin diyastolik-doluş, sistolik-atım fonksiyonları ve nöro-humoral mekanizmaların kompleks ve birbiriyle etkileşimli işleyişi ile sağlanmaktadır. Kalp, dakika ve atım hacminde yaptığı ayarlamalarla dokuların fizyolojik gereksinimlerine cevap verebildiği sürece "yeterli" anlamına gelmektedir (130).

Kalp yetmezliği, kalbin dolma basıncı yeterli olsa bile egzersiz sırasında ve dinlenme anında vücudun metabolik gereksinimlerini karşılamak için yeterli kanı pompalayamadığı fizyolojik bir durum olarak tanımlanabilir (22,81,97).

Dünya Sağlık Örgütü kalp yetmezliğini, "normal diyastol sonu basıncında (5-12 mmHg) organların ihtiyacı olan kalp debisinin (dakikalık kalp atım hacminin) kalp tarafından sağlanamaması" durumu olarak tanımlamaktadır (60).

Konjestif kalp yetmezliği kalp fonksiyonlarında bozulma ve nörohormonal aktivite artışı ile karakterize, ilerleyici, kronik bir sendromdur. Efora tahammülsüzlük

ve vücutta su birikimine yol açarak yaşam kalitesinin bozulmasına ve yaşamın kısalmasına neden olmaktadır (44).

Kalp yetmezliği kendi başına bir hastalık olmayıp (22,33), kalp kapakları ve myokardiyumun yetersiz pompalama gücü ile ilgili semptomlar grubunu göstermektedir (22).

## 1. 2. 6. KALP YETMEZLİĞİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Kalp yetmezliği yaygın bir hastalıktır ve mortalite ve morbiditenin majör nedenleri arasında yer almaktadır. İlerlemiş kalp yetmezlikli hastalar en kritik hastalar arasındadır ve sağlık bakım maliyetlerinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadırlar (23).

Gün geçtikçe birçok kardiyovasküler hastalığın insidansında azalma olmasına rağmen kalp yetmezliği insidansı giderek artmaktadır. Bu artışın nedenleri (44):

- ◆ Toplumun gittikçe yaşlanması
- ◆ Akut myokard infarktüsünün erken ve geç prognozundaki olumlu gelişmeler
- ◆ Hipertansiyon morbidite ve mortalitesinin azalması olarak sıralanmaktadır.

National Health and Examination Survey (NHANES)'e göre kurumsallaşmamış Amerika nüfusu yetişkinlerinin % 1-2'sinde kalp yetmezliği bulunmaktadır. Bu iki-üç milyon insan demektir (22,44,45,65,76,81). Ülkemiz için henüz sağlıklı bir veri bulunmamaktadır (81). Fakat yapılan bir çalışmada; ülkemizde KY hastalarının genel profilinden bir kesit alınmış ve tedavi yaklaşımları belirlenmiştir. Bu amaç için dokuz şehirdeki 12 merkeze iki ay boyunca 513 hastanın başvurduğu saptanmıştır (11). Yıllık yeni olguların sayısı 400.000 olarak tahmin edilmektedir (22,44,45,65,76,126).

Nüfus yaşlandıkça ve koroner kalp hastalığı olan kişilerin yaşam süresi uzadıkça hastalığın devam edeceği ve artacağı tahmin edilmektedir. Kalp yetmezliği ile ilgili mortalite ve morbidite istatistiklerinin sonuçları oldukça kötüdür. KY teşhis edildikten sonra geleceğini tahmin etmek zor olmaktadır (45). Bir yıllık mortalite oranının % 30-50 arasında olduğu gösterilmiştir. Framingham çalışmasında ise KY gelişen kadın hastaların % 42'sinin, erkeklerin ise % 62'sinin beş yıl içinde öldüğü belirtilmektedir (44). Toplam mortalite dokuz yıl sonunda % 75 olup, bu oran aynı yaş grubunda olan genel popülasyonun dört sekiz katıdır (44,65). Klinik KY oluştuktan sonra bu hastaların sağ kalım süresi kısa olmakta ve büyük bir bölümü beş yıl içerisinde kaybedilmektedir.

İleri evredeki hastaların (NYHA IV) mortalitesi diğerlerine göre daha kötü olmaktadır (44).

Konjestif kalp yetmezlikli hastalarda kardiyak ölümlerin tipik özelliği ani ölümdür. Framingham çalışmasında tüm konjestif kalp yetmezliği ölüm oranlarının % 40-50 kadarının ani olduğu belirtilmektedir. Yılda bir milyondan fazla kişi KY nedeniyle hastanelere gelmektedir. 65 yaş üzerindeki hastaların 1/3'ü üç ay içinde daha önceki bir KY nedeniyle hastaneye tekrar gelmekte ve hemen hemen yarısı altı ay içinde hastaneye giriş yapmaktadır (45,66). 2176 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada taburculuktan sonraki altı ay içerisinde tüm nedenli hastane yatışlarının % 49 oranında, KY nedeniyle hastane yatışlarının ise % 23 oranında olduğu saptanmıştır (86). İtalya'da 190.000 şüpheli veya bilinen KKY'li hasta her yıl kardiyoloji ünitesinde incelenmektedir. Bunların yaklaşık % 30'u da hastane yatışını gerektirmektedir (57).

KY için hastanede ortalama kalış süresi altı-sekiz gündür. Masraf olarak MI ve her tür kanser harcamalarından biraz daha masraflıdır. KY olan hastaların (hastane+poliklinik hastası) bakımı için gereken paranın 35 milyar \$'dan fazla olduğu belirtilmektedir. Bu rakamlar KY'ni en masraflı sağlık bakım sorunu haline getirmektedir (45,66). Bunun yanında, KY'li hastalara başka hastalıklarda yüksek oranda eşlik edebilmektedir. Örneğin, stroke, MI ve renal yetmezlik gibi kardiyovasküler olaylar en yaygın hastaneye yatış nedenleri arasında yer almaktadır ve KKY'li hastalarda maliyeti arttırmaktadır (17).

## 1. 2. 7. KALP YETMEZLİĞİ ETYOLOJİSİ

KKY kardiyak out-put'u düzenleyen mekanizmaların bozulmasından kaynaklanmaktadır. Kardiyak out-put ön yük, ard yük, myokardial kontraktilite, kalp hızı ve bireyin metabolik durumuna bağlıdır. Bu faktörlerdeki herhangi bir değişiklik ventriküler fonksiyonun azalmasına yol açmakta ve KKY bulgularının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. KKY'nin majör nedenleri; temeli oluşturan kardiyak hastalıklar ve presipite eden faktörler olmak üzere iki grupta toplanmaktadır (65).

### 1. 2. 7. 1. TEMELDEKİ KARDİYAK HASTALIKLAR

KKY'ne neden olan temeldeki kardiyak hastalıklar konjenital veya kazanılmış olabilir (65). Bu kardiyak hastalıklar ve yetmezlik oluşturma nedenleri **Tablo-4'**de gösterilmiştir (37,60).

**Tablo-4: Kalp Yetmezliği Etyolojisinde Rol Oynayan Kardiyak Hastalıklar**

ETYOLOJİ	PATOFİZYOLOJİ
<input type="checkbox"/> Dilate kardiyomyopati <input type="checkbox"/> Myokardit <input type="checkbox"/> İskemik kalp hastalığı <input type="checkbox"/> Kapak yetmezlikleri	* Kontraktilite bozukluğu (↓)
<input type="checkbox"/> ASD/VSD/PDA gibi konjenital şanlı kalp hastalığı <input type="checkbox"/> Aort stenozu <input type="checkbox"/> Hipertrofik kardiyomyopati <input type="checkbox"/> Hipertansiyon	* Volüm yüklenmesi = preload artması
<input type="checkbox"/> Pulmoner hipertansiyon	* Basınç yüklenmesi = afterload artması
<input type="checkbox"/> Mitral/triküspit stenozu <input type="checkbox"/> Perikardiyal tamponad <input type="checkbox"/> Konstriktif perikardit	* Valvüler akımın engellenmesi * Ventrikül dolumunun bozulmasına bağlı diastolik ventrikül fonksiyon bozukluğu
<input type="checkbox"/> Restriktif kardiyomyopati <input type="checkbox"/> Değişik nedenlere bağlı bradikardiler, taşikardiler, arrest, fibrilasyon, ileti boz.	* Kardiyak ritm bozukluğu

### 1. 2. 7. 2. KALP YETMEZLİĞİNİ PRESİPİTE EDEN DURUMLAR

Kalp yetmezliğini presipite eden faktörler denildiği zaman, kardiyovasküler sistem üzerine etkileriyle rezervi ileri derecede azaltan diğer hastalık süreçleri anlaşılmaktadır (134).

Fiziksel veya emosyonel stres, disritmi, enfeksiyon, anemi, metabolik ve endokrin hastalıklar, gebelik, Paget's hastalığı, beslenme bozuklukları, pulmoner hastalık ve hipervolemi kalp yetmezliğini presipite eden faktörler arasında yer almaktadır.

- ◆ **Fiziksel veya Emosyonel Stres** : Yorucu fiziksel egzersiz ve güçlü duygular (korku, anksiyete, heyecan) sempatik sinir tonüsünü ve katekolamin salınımını arttırmaktadır. Bu nedenle kalp hızı, myokardial kontraktilite ve kan basıncı artarak myokardial yük artmaktadır.
- ◆ **Disritmi** : Kardiyak disritmiler, özellikle taşikardi, KY'ni presipite eden en yaygın faktördür. Hızlı bir kalp atışı ventrikül doluş süresini kısaltmaktadır. Ek olarak, iş yükü ve myokardiyumun oksijen gereksinimi artmaktadır (22,65).
- ◆ **Enfeksiyon** : Herhangi bir sistemik enfeksiyon durumunda vücut dokularının oksijen talebi artmakta ve bu durumda kalp artmış oksijen gereksinimini karşılayabilmek için daha fazla çalışarak yetmezliğe girebilmektedir (19,22).
- ◆ **Anemi** : Kanın oksijen kapasitesindeki azalma vücudun oksijen gereksinimlerini karşılamak için artmış kardiyak out-put'u gerektirmektedir. Halbuki normal bir kalp artmış iş yükünü düzeltebilir ve yetmezlik sonradan gelişebilir (22).
- ◆ **Metabolik ve Endokrin Hastalıklar** : Miksödem, tirotoksikoz, akromegali, feokromasitoma yetmezliği presipite eden endokrin hastalıklar arasında yer almaktadır (60). Hipertiroidizm ile ilgili tirotoksikozis vücudun metabolik gereksinimlerini, kalbin iş yükünü ve kalp hızını arttırmaktadır. Eğer tirotoksikoz tedavi edilmez ise KY oluşabilir. Hipertiroidizm'de tiroid yeterli miktarda tiroksin üretmektedir. Bu dolaylı olarak koroner aterosklerozu predispoze ederek KY'ne yol açmaktadır (22).
- ◆ **Gebelik** : KY gebelik sırasında ölüm nedenleri arasında üst sırada yer almaktadır. Anemi ve hipertiroidizm gibi gebelik de vücudun metabolik gereksinimlerini arttırarak, kalbin iş yükünü arttırmaktadır. Romatolojik valvüler hastalığa sahip gebe bir kadın KY'ne özellikle eğilimlidir.
- ◆ **Paget's Hastalığı** : Bazı durumlarda Paget hastalığı myokardial iş yükünü arttırmaktadır. Bu hastalık kemiklerde vasküler proliferasyona neden olmaktadır. Hastalık iskeletin 1/3'den fazlasını kapsadığında kardiyak out-put artabilmekte ve kalp tehlikeye girebilmektedir (22).

- ◆ **Beslenme Bozuklukları** : Beriberi, Kwashiorkor, Pellegra gibi beslenme bozuklukları KY'ni presipite etmektedir (60). Tiamin (B1 vitamini) eksikliği beriberi hastalığına neden olmaktadır. Bu hastalık daha çok pirincin temel besin kaynağı olarak kullanıldığı kültürlerde görülmektedir. Alkolizm (özellikle Wernick Sendromu) aynı zamanda tiamin eksikliği ile ilgilidir. Tiamin eksikliği myokardial kontraktileteyi azaltarak ve taşikardi, ventriküler dilatasyona neden olarak kardiyak fonksiyonu tehlikeye sokmaktadır (22).
- ◆ **Pulmoner Hastalık** : KOAH nedeniyle artmış pulmoner sistem basıncı, şiddetli pulmoner embolizm veya pulmoner hipertansiyon sağ ventrikül boşalmasına büyük bir direnç oluşturabilmekte ve bu direnç sağ ventrikül hipertrofisi ve yetmezliğe yol açabilmektedir (22,65).
- ◆ **Hipervolemi** : Dolaşımdaki kan volümü, zayıf renal fonksiyon, kardiyak hastalık, steroid gibi ilaçlar veya aşırı sodyum alımından kaynaklanmaktadır. İatrojenik nedenler IV sıvıların fazla miktarda verilmesini içermektedir (22). Bunun yanında ilaçlar (Adriamisin, Disopyramid gibi), mediastinal tümör yada Hodkings hastalığı nedeniyle radyasyon tedavisi de myokarda zarar veren iatrojenik nedenlerdendir (3). Artmış dolaşım volümü venöz dönüşü ve ön yükü arttırmaktadır. Hastalanmış bir kalp artmış yükü pompalayamaz ve kardiyak dekompanzasyon meydana gelir (22).

## 1. 2. 8. KALP YETMEZLİĞİ TİPLERİ

İleriye veya geriye doğru , sağ veya sol, akut veya kronik, düşük veya yüksek debili, sistolik veya diyastolik kalp yetmezliği olmak üzere beş çeşit KY formu vardır (80).

### 1. 2. 8. 1. İLERİYE VEYA GERİYE DOĞRU KALP YETMEZLİĞİ

Geriye doğru kalp yetmezliği ilk kez 1832'de James Hope tarafından kan birikimi ve ventriküler, atrial ve venöz basınçlardaki artış nedeniyle ventrikülün pompalama gücünün azalması ile oluşan yetmezlik olarak tanımlanmıştır. Geriye doğru kalp yetmezliğinin primer etyolojisi mekanik kardiyak obstrüksiyondur (142).

İleriye doğru yetmezlik terimi 1913 yılında Mackenzie tarafından kullanılmıştır. Primer patoloji hayati organlardaki perfüzyonun azalmasına yol açan kardiyak out-

put'daki azalmadır. Hem geriye hem de ileriye doğru yetmezlik kronik kalp yetmezlikli hastaların çoğunda görülmektedir (142).

Katı bir ayırım faydalı bulunmamaktadır. Ama pür formları da vardır. Pulmoner embolizm pür ileri doğru kalp yetmezliğidir. Kardiyak debi azalmıştır. Kronik kor pulmonale ise pür geriye doğru kalp yetmezliğidir. Kalp debisi ve renal akım normaldir. Ağır MI kombine formudur (80).

### **1. 2. 8. 2. SAĞ VEYA SOL KALP YETMEZLİĞİ**

Kalbin sadece bir tarafının etkilenmesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır (80). Sol kalp yetmezliğinde, sağ kalbin normal gücü ile kan sürekli olarak akciğerlere pompalanır. Buna karşın akciğerlerden gelen kan yeterli bir şekilde sistemik dolaşıma pompalanmaz. Sonuçta büyük miktarda kan sistemik dolaşımdan pulmoner dolaşıma kaydığı için, ortalama pulmoner doluş basıncı yükselir (59).

Sağ kalp yetmezliği kanın sistemik dolaşıma geri gitmesi sonucunda oluşmaktadır. Sol ventrikül yetmezliği sağ ventrikül yetmezliğinin en yaygın nedenidir. Aynı zamanda pulmoner hipertansiyon sağ ventrikül yetmezliğine neden olmaktadır (142).

Sol kalp yetmezliğinde pulmoner konjesyonun semptom ve bulguları klinik tabloya hakimken, sağ ve sağ+sol kalp yetmezliğinde bunlara sistemik konjesyonunkiler de ilave olmaktadır (44).

### **1. 2. 8. 3. AKUT VEYA KRONİK KALP YETMEZLİĞİ**

Akut ve kronik kalp yetmezliğinin klinik bulguları KY sendromunun nasıl geliştiğine bağlıdır. Akut KY, kalp hastalığının ilk belirtisi olabilir veya kronik kalp hastalığını gösterebilir. Sol ventrikül fonksiyonundaki azalma akut myokard infarktüsü veya akut valvüler disfonksiyondan kaynaklanabilir. Bu olaylar öylesine hızlı gelişir ki sempatik sinir sistemi kompanzasyonu etkisiz kalır, pulmoner ödem ve kardiyojenik şokla sonlanır (142).

Kronik KY uzun sürede gelişir ve fizyolojik kompanzasyon mekanizmaları daima yetersiz kalır. Bu durum valvüler hastalık, yüksek kan basıncı veya kronik obstrüktif akciğer hastalığından kaynaklanabilir (142).



#### **1. 2. 8. 4. DÜŞÜK VEYA YÜKSEK DEBİLİ KALP YETMEZLİĞİ**

Yüksek debili kalp yetmezliğinde ekstremiteler sıcak ve kırmızıdır. Nabız basıncı normal veya yüksektir. Arterial mixed venöz oksijen farkı normal veya azalmıştır. Sebebi, kanın dokulara ulaşmadan önce şant yapmasıdır. Düşük debili KY'de arterial mixed venöz oksijen farkı yüksektir (80).

#### **1. 2. 8. 5. SİSTOLİK VEYA DİYASTOLİK KALP YETMEZLİĞİ**

Son yıllarda kalp yetmezliği, kalbin sistolik (kontraksiyon, kasılma yada pompa gücü) ve diyastolik fonksiyonlarının (genişleme, diyastolde dolamama) durumuna göre sınıflandırılmaktadır (44). KY semptomları ile karşımıza çıkan hastaların yaklaşık 1/3'de sol ventrikülün sistolik fonksiyonları normal bulunmakta ve diyastolik disfonksiyon tanısına varılmaktadır. Diyastolik KY sendromu, sol ventrikülün doluş direncini arttıran anatomik bozukluklara veya çok daha sık olarak myokardın relaksasyonu ve/veya kompliansını bozan fizyopatolojik durumlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. En sık iki nedeni hipertansiyon ve yaşlanmadır (82,92). Aynı zamanda çeşitli klinik rahatsızlıklarda özellikle taşikardi ve iskemide de oluşabilmektedir (92). Diyastolik KY'de sol ventrikülün enerjiye bağımlı aktif gevşemesinin bozulmasına veya sol ventrikül "katılığı"nın artmasına bağlı olarak pulmoner konjesyon ve/veya kalp debisinin azalmasına bağlı semptomlar oluşmaktadır (47). Sistolik kalp yetmezliğinin ise başlıca özellikleri şunlardır (44):

- ◆ Azalmış atım hacmi ve ejeksiyon fraksiyonu
- ◆ Yüksek diyastol sonu hacim
- ◆ Yüksek diyastol sonu basınç
- ◆ Yüksek sistol sonu hacim
- ◆ Basınç volüm eğrisinde sağa, yukarı kayma

Günümüzde sistolik ve diyastolik kalp yetmezliğine en sıklıkla iskemik kalp hastalığı neden olmaktadır (47).

## 1. 2. 9. KALP YETMEZLİĞİ PATOGENEZİ

Doku perfüzyonu için yeterli atım hacmini ve debiyi sağlamak için ventrikülün iş yapabilme gücü, ventrikül performansını belirlemektedir. Ventrikül performansını sağlayan önemli faktörler, Frank-Starling mekanizmasına göre preload-ön yük, afterload-ard yük, myokardın kontraktilite gücü ve kalp hızı olarak bilinmektedir (60,99,130).

- ◆ **PRELOAD-ÖN YÜK** : Ventrikül diyastol sonu volümü ve basıncından oluşmaktadır (99). Ön yük artınca stroke volüm artmaktadır. Ventrikül iyi genişleyemez veya tam dolamazsa atım hacmi azalmaktadır (87)

Ön yükten sorumlu faktörler aşağıdaki şekilde yedi başlık altında sınıflandırılmaktadır (130).

- ◆ Total kan volümü
- ◆ Vücut pozisyonu
- ◆ İntratorasik basınç
- ◆ İntraperikardiyal basınç
- ◆ Venöz tonüs
- ◆ Kas pompalama gücü
- ◆ Atrial katkı

Klinikte preload'un ölçüsü olarak sol atrial basınç veya pulmoner kapiller basınç (PCWP) alınmaktadır (99).

- ◆ **AFTERLOAD-ARD YÜK** : Maksimum sistolik ventrikül duvar gerilimi olup ventrikül kasılmasına karşı gelişen direnç olarak tarif edilmektedir (60). Yani kalbin önündeki engeli göstermektedir. Ard yük arttıkça debi azalmaktadır (87).
- ◆ **MYOKARD KONTRAKTİLİTESİ** : Kontraktilite kas liflerinin kasılma, kuvvet ve hızıdır. Maksimum basınç artış hızı ölçümleri (dp/dt) ile doğrudan değerlendirilebilmektedir.

Sağlıklı bir kalbin kontraktilitesinde üç etken mevcuttur (60).

(a) Frank–Starling Mekanizması: Güç-Gerilim İlişkisi

(b) Bowditch Etkisi: Güç-Frekans İlişkisi

(c) Sempatikoadrenerjik Aktivasyon: Adenilat Siklaz Enziminin Uyarılma Düzeyi

#### ◆ FRANK-STARLING MEKANİZMASI

Kalbin kontraksiyon gücünü kontrol eden en önemli faktörlerden biri olan bu mekanizma kalp atım gücünü yansıtan arter diyastol sonu basıncı yada hacminin neden olduğu artmış diyastolik kas lifi uzunluğuna yanıt olarak oluşan artmış vuru hacmi ve dolayısıyla kalp çıkımı olarak tanımlanmaktadır (25,33).

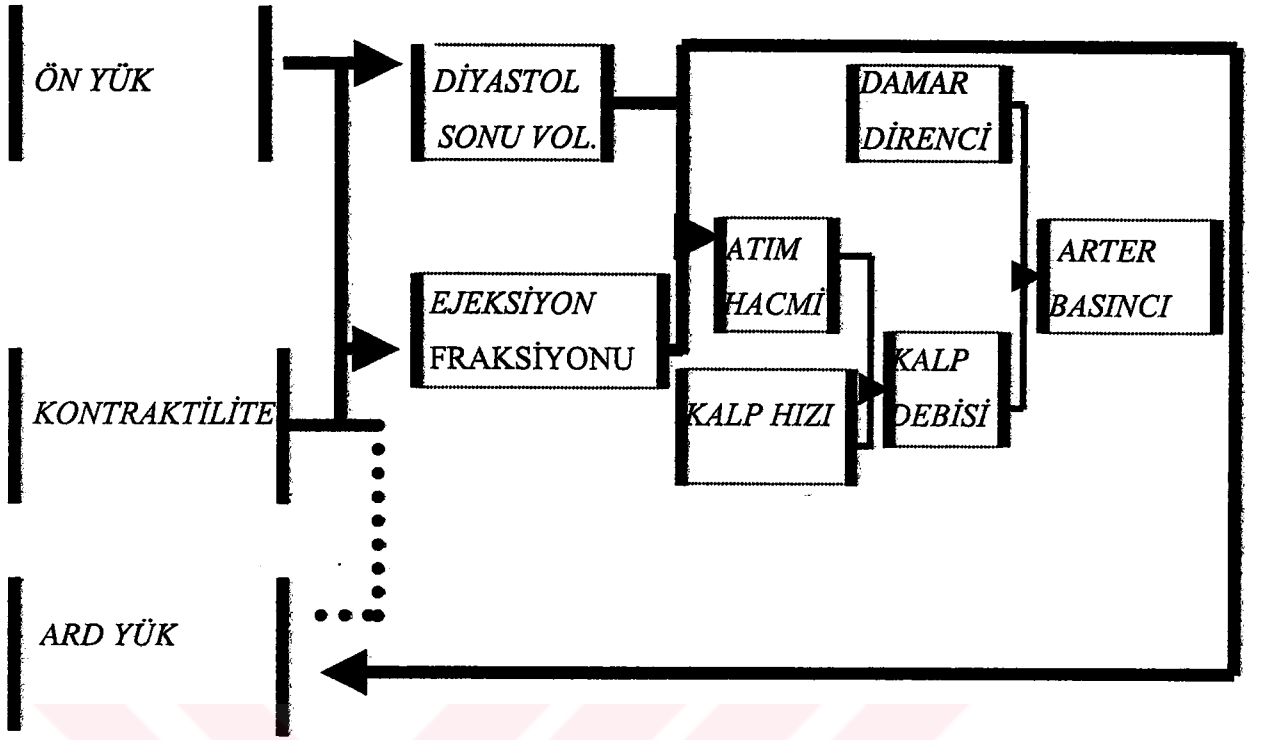
#### ◆ BOWDITCH ETKİSİ

Sağlıklı bir kalpte kalp hızı arttıkça kasılma hızı ve kuvvetinde artış olmaktadır. Ancak KY'de kalp hızı artınca kontraktilite artışı olmadığı gibi, çoğu zaman kontraktilitede azalma meydana gelmektedir (60).

#### ◆ SEMPATİKOADRENERJİK AKTİVASYON

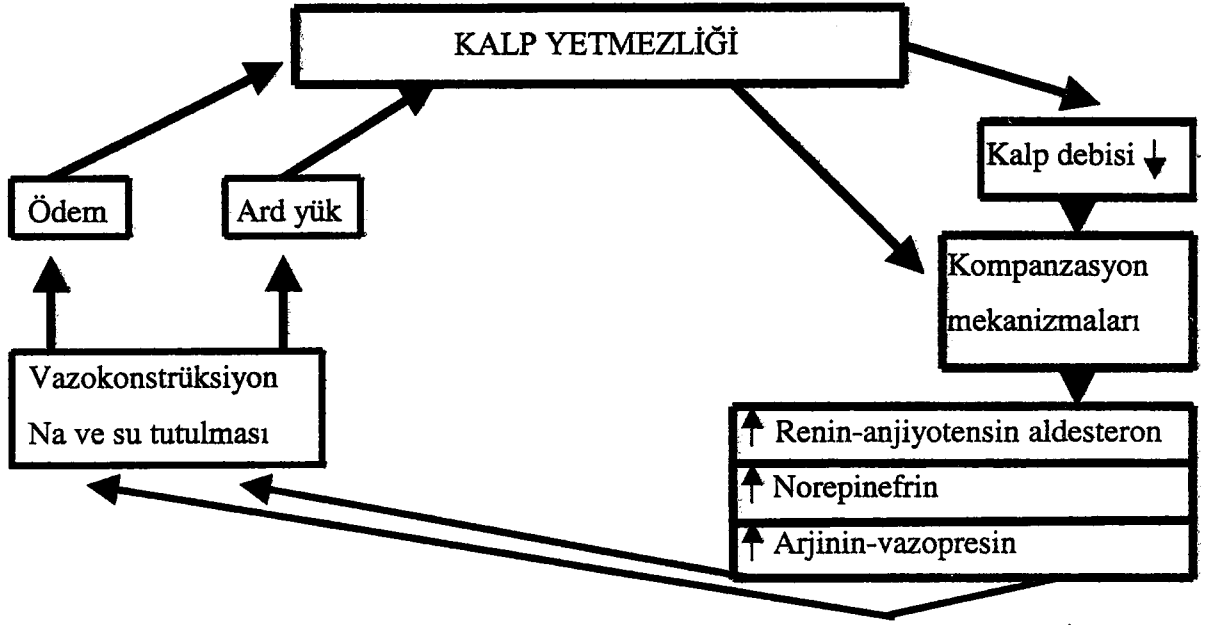
Dolaşımdaki noradrenalin kontraktilite artışını sağlayan kalpteki beta-adrenoreseptör-adenilsiklaz aktivasyonuna yol açtığı için son derece önemlidir. KY'de downregülasyon nedeniyle beta reseptör sayısında azalma meydana gelmesi bu etkiyi azaltmaktadır (60).

Ventrikül performansını sağlayan temel parametreler (ön yük, kontraktilite ve ard yük) aralarında da etkileşerek diyastol sonu volümünü ve ejeksiyon fraksiyonunu (EF) belirlemektedirler. Ard yük artışı EF üzerine olumsuz etki yapmaktadır. Arter basıncı, damar direnci ve kalp debisinin; kalp debisi, kalp hızı ve atım hacminin; atım hacmi, diyastol sonu volüm ve EF'nunun çarpımına eşittir. Çeşitli nedenlerle çarpanlardan birinin azalması, genellikle kompanzasyon mekanizmalarının diğerinin artırılmasıyla dengelenmeye çalışılmaktadır (Şekil-6) (137)



Şekil –6: Ventrikül Performansını Sağlayan Faktörler

Kalp hastalığı sonucu, kalp debisi düşünce organ ve doku perfüzyonunu istenilen düzeyde sağlayabilmek ve kan basıncını optimal bir seviyede tutmak amacıyla bazı **kompanzatuvar mekanizmalar** tabloya girmektedir (Şekil 7). Bunların başında **adrenerjik aktivite artışı** gelmektedir, gerçekten adrenerjik aktivite artışı ile myokarda pozitif inotropik ve kronotropik etki oluşmakta, atım sayısı ve atım volümü artırılarak debi arttırılmaya çalışılmaktadır (32). Damar tonüsü artmakta ve sağ kalbe gelen kan da çoğalmaktadır (87).



**Şekil -7: Kalp Yetmezliğinde Fiziopatolojik Açıdan Kısır Döngü**

Diğer bir kompanzatuvar mekanizma **Renin-Anjiyotensin-Aldesteron (RAAS) Sisteminin** aktive olması ve bu nörohumoral aktivasyon sonucu kanda renin, anjiyotensin II ve aldesteron düzeylerinin artmasıdır. Anjiyotensin II kuvvetli bir vazokonstrüktör madde olarak ard yükün artmasına ve kan basıncının sabit tutulmasına yardım etmekte, buna karşın aldesteron ise böbreklerden su ve tuzun tutulmasını sağlayarak ön yükün artırılarak kalbe dönen kanın fazlaşmasına (Frank-Starling prensibi) yardımcı olmakta ve aynı zamanda ödem gelişmesine yol açmaktadır (32,76).

Bu mekanizmaların yanısıra **glomerüler filtrasyon hızının azalması** ve **natriüretik hormon inhibisyonu** ile su ve tuz tutulması da artmaktadır (32). Atrial natriüretik peptid afterload'u azaltmaktadır (60).

Ayrıca **arjinin ve vazopresin artışı** da RAAS sistemine göre daha az da olsa vazokonstrüksiyona yol açmakta (32) ve preload ve afterload'u arttırmaktadır (60).

Kompanzasyon mekanizmalarından bir diğeri de **sol ventrikülün kasılma özelliğine sahip olan hücrelerinin sayı ve büyüklüklerinin artırılmasıdır**. Genellikle ard yük artışı ile beraber görülen bu durum daha fazla kanı perifere pompalamak amacını taşımaktadır. Başlangıçta hastanın lehine çalışan bu kompanzasyon mekanizmaları belli bir sınırdan sonra bazı semptomların oluşmasına

neden olmakta ve mevcut kalp hastalığının daha da ağırlaşmasına yol açabilmektedir. Örnekeleyecek olursak Frank-Starling prensibiyle artan ön yük 20 mmHg'ı aşarsa akciğer konjesyonu ve dispneye neden olmaktadır. Aynı şekilde ard yükün artışı da kalp debisinin düşmesine yol açmaktadır. Buna benzer şekilde artmış serum norepinefrin düzeyi, kısa sürede kasılma gücünü artırırken, uzun sürede myokarda toksik etki gösterebilmektedir. Yine hipertrofik myokard yapı değişikliğine uğramıştır. Bu şekildeki bir kalp anginal sendrom ve ventriküler aritmi riski taşımaktadır (32).

**Kompanzatuvar mekanizmaların olumlu yada olumsuz etkileri şunlardır (44):**

**A. Kompanzatuvar mekanizmaların olumlu etkileri**

- ◆ Kontraktilitede artma
- ◆ Kalp debisinde artma
- ◆ Vital organlara kan akımında artma

**B. Kompanzatuvar mekanizmaların olumsuz sonuçları**

- ◆ Sıvı ve tuz birikimi
- ◆ Taşikardi, ön ve ard yükte artma
- ◆ Myokardial hipertrofi ve dilatasyon
- ◆ Myokard enerji tüketiminde artma
- ◆ Myokardial hücre ölümünde artma
- ◆ Aritmiler ve ani ölüm sıklığında artma
- ◆ Azalmış lusitropi (kalbin genişleyememesi)
- ◆ Kalp yetmezliğinin progresyonu

**1. 2. 10. KALP YETMEZLİĞİ KLİNİĞİ**

Kalp yetmezliği semptomları ilgili spesifik ventriküle bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (22). Sol ventrikül yetmezliğinde pulmoner konjesyona bağlı belirti ve bulgular ön planda iken, sağ ventrikül yetmezliğinde sistemik konjesyon belirti ve bulguları tabloya hakimdir (44).

► **SOL KALP YETMEZLİĞİ** : Sol KY yakınma ve bulguları akciğer stazına bağlı yakınma ve bulgular ve düşük atım hacmine bağlı yakınma ve bulgular olmak üzere iki grupta incelenebilir.

**A) Geriye doğru yetmezlik ve akciğer stazına bağlı olan yakınma ve bulgular**

- ◆ Efor dispnesi
- ◆ Ortopne
- ◆ Öksürük
- ◆ Proksimal nokturnal dispne
- ◆ Cheyn-Stokes solunumu
- ◆ Kardiyak astım (Gece artan öksürük, yatmakla artan dispne, hemosiderin içeren alveolar makrofajlar nedeniyle pas rengi balgam çıkarma)
- ◆ Akut akciğer ödemi (Ortopne, akciğerlerde yaygın raller, bazen pembe köpüklü balgam)
- ◆ Siyanoz
- ◆ Uykusuzluk

**B) İleri doğru yetmezliğe (düşük atım hacmine) bağlı olan yakınma ve bulgular**

- ◆ Efor kısıtlanması
- ◆ Güçsüzlük, halsizlik
- ◆ Serebral fonksiyon bozukluğu (özellikle yaşlı hastalarda)
- ◆ El ve ayaklarda üşüme, soğukluk
- ◆ Periferik siyanoz

Ayrıca taşikardi, prematüre atrial kontraksiyonlar, S3, S4 gallop, S3'te azalma, pulsus alternans, PaO<sub>2</sub> ↓, PaCO<sub>2</sub> hafif ↑, PAWP ↑, birinci sesin hafiflemesi sol KY'nin bulguları arasında yer almaktadır (15,22,54,60,65,102).

► **SAĞ KALP YETMEZLİĞİ** : Sağ KY yakınma ve bulguları da aşağıdaki şekilde sıralanabilir: (3,22,54,60,65)

- ◆ Venöz dolgunluk (Dil kökü, juguler vs.)
- ◆ Ödem ve kilo alma (Başlangıçta ayak sırtı daha sonra pretibial, yatan hastalarda presakral, önceleri pozisyonla değişirken -ayak ödemi ayak kaldırılınca gerilerken veya presakral ödem sabah kalkınca gerilerken- daha sonra gün boyu kalıcı hale gelebilir, daha da ileri olgularda anazarka tarzı ödem olabilir).
- ◆ Staz karaciğeri : Büyük ve genellikle hassas karaciğer (özellikle akut kalp yetmezliğinde) palpe edilmektedir. Bu sağ üst kadranda karın ağrısına neden

olur. Nadiren de olsa ikter, bilirubin ve transaminaz yükselmesi olabilmektedir. Hepatik venler ve vena-cava inferior genişler. Assit olabilir. Kronik sağ kalp yetmezliğinde kardiyak siroz gelişmesine bağlı karaciğer değişikliklerinin yanısıra siroz tablosuyla birlikte assit de görülmektedir.

- ◆ Staz Gastriti : İştah kaybı, dispepsi, meteorizm, nadiren malabsorbsiyon ve kardiyak kaşeksiye yol açmaktadır.
- ◆ Staz Böbreği : Proteinüri oluşmaktadır.

Ayrıca sağ ventrikül yükselmesi, üfürümler, CVP'de artış vardır (22,65).

## 1. 2. 11. KALP YETMEZLİĞİ TANISI

Günlük pratikte kalp yetmezliği tanısında önemli sorunlarla karşılaşmaktadır. Erken dönemde tanı güç olmaktadır; oysa kalp yetmezliğinin bu aşamada saptanması tedavi ve prognoz açısından çok önemlidir. İlerlemiş dönemde tanı daha kolaydır; ancak bu gruptaki hastaların çoğu tedaviye refrakterdirler (68).

Kalp yetmezliği tanısı çoğu kez dikkatli bir anamnez ve fizik muayene ile konmaktadır. KY tanısı konduktan sonra süratle, buna neden olan faktörler ve onu presipite eden nedenler araştırılmalıdır (44).

### 1. 2. 11. 1. ANAMNEZ

KY riski yüksek ve düşük olan hasta gruplarının belirlenmesi oldukça önemlidir. Daha önce MI geçirmiş olan ve/veya angina pektoris tanımlayan yaşlı hastalar yüksek riskli grupta yer almaktadırlar. Bu hastaların dikkatle değerlendirilmesi KY tanısını kolaylaştırabilir. Öte yandan iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, kapak hastalığı, aşırı alkol kullanımı öyküsü olmayan hastalarda KY olasılığı düşüktür (68).

Anamnez alırken hastaya daha önce KY tanısı konup konmadığı, KY nedeniyle hastanede yatıp yatmadığı (epikriz), KY için ilaç kullanıp kullanmadığı (dijital, diüretik, ACE-I vb), hangi laboratuvar tetkiklerinin yapıldığı (EKG, tele, ekokardiyografi) mutlaka sorulmalıdır (44).

Ayrırcı tanıda sıkça sözü edilen KOAH, anemi, böbrek yetmezliği gibi durumların belirlenmesinde de anamnez önem taşıyabilir.

Sonuç olarak, KY tanısında anamnez önemli ipuçları verebilmektedir (68).



### 1. 2. 11. 2. SEMPTOMLAR

Temel yakınma nefes darlığı ve yorgunluktur. Hastalar efor kapasitelerinin kısıtlandığından ve eskiye oranla daha az efor sarfedebildiklerinden yakınır (39). Efor dispnesi genel popülasyonda ve özellikle obezlerde sık görülmektedir (68).

Efor dispnesinde sağ kalbe çok kan gelir, sol kalp bunu atamaz (87). Dispne başlangıçta efor ile birlikte, zamanla istirahatte de ortaya çıkmaktadır. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte geceleri uykudan uyandıran dispne ve bronkospazm atakları (paroksizmal nokturnal dispne) KY'nin şiddeti arttıkça yatar pozisyonda dispne (ortopne) gelişmektedir (81). Ortopne ve proksizmal nokturnal dispne efor dispnesine kıyasla genel popülasyonda daha seyrek görülen semptomlardır (68). Ortopne spesifik bir semptomdur, fakat duyarlılığı düşüktür (128). KY tanısındaki özgüllüğü % 100 kadar yüksek bulunurken duyarlılığı ile ilgili olarak % 21 ile % 91 arasında değişen değerler verilmektedir (68,128).

Hastalarda iskelet kaslarının düşük perfüzyonu nedeniyle çabuk yorulma ve güçsüzlük ortaya çıkmaktadır (87). İleri dönemlerde konfüzyon, bilinç değişiklikleri, göğüs ağrısı ve bayılma olabilmektedir (81,87).

Ayak bileği ödemi çoğu kez KY dışındaki nedenlerle oluşmaktadır (özellikle kadınlarda ve obezlerde) (68). Bütün bu semptomlar KKY'li hastalarda yaşam kalitesinin azalmasına, morbidite ve mortalitenin artmasına katkıda bulunmaktadır (14).

Sonuç olarak KY tanısında söz konusu olan semptomların çoğuna diğer birçok durumda da rastlanabilir. Özellikle obezlerde ve kadınlarda yalnızca bu semptomlara dayanarak kalp yetmezliği tanısına varmak önemli yanlışlara yol açabilir (68).

### 1. 2. 11. 3. KALP YETMEZLİĞİ FONKSİYONEL SINIFLAMASI

New-York Kalp Derneği fiziksel aktiviteye göre kalp yetmezliğini asemptomatik ventrikül disfonksiyonu, hafif KY, orta dereceli KY ve ağır KY olmak üzere dört sınıfta toplamıştır. Bu sınıflama Tablo – 5 'de görülmektedir (35,44,54,60,87)

**Tablo -5 : Fiziksel Aktiviteye Göre Kalp Yetmezliği Sınıflaması**

<b>SINIF</b>	<b>TANIM</b>	<b>TERMINOLOJİ</b>
I	* Kardiyak hastalığı olan ancak fiziksel aktivitesi kısıtlanmayan hastalar	* Asemptomatik ventrikül disfonksiyonu
II	* Kardiyak hastalığı olan ve fiziksel aktivitede hafif kısıtlama olan hastalar	* Hafif kalp yetmezliği
III	* Kardiyak hastalığı olan ve fiziksel aktivitede belirgin kısıtlama olan hastalar	*Orta dereceli kalp yetmezliği
IV	* Kardiyak hastalığın fiziksel aktiviteyi tamamen engellediği hastalar	* Ağır kalp yetmezliği

#### **1. 2. 11. 4. FİZİK MUAYENE BULGULARI**

KKY tanısında fizik bakı altın değerindedir. Yetmezlik şüphesi olan her hastada aşağıdaki bulgular araştırılmalıdır (32,44,80,81,128).

- ◆ İstirahatte taşikardi
- ◆ Apeks vurusunun sola dışa doğru kayması ve kardiyomegalinin saptanması
- ◆ Protodiyastolik gallop (S3) sesinin duyulması
- ◆ Presistolik gallop (S4) sesinin duyulması
- ◆ Boyun venlerinde genişleme ve venöz basınç artması
- ◆ Hepatojuguler reflü
- ◆ Pretibial ödem
- ◆ Karında şişlik, serbest assit, skrotal ödem
- ◆ Pulsus alternans
- ◆ Pulmoner yaş raller
- ◆ Plevral efüzyon
- ◆ Cheyn-Stokes solunumu
- ◆ Ateş

Kalp yetmezliği tanısında çeşitli standart kriterler kullanılmaktadır. Bunlardan en sık başvuru olanlar Framingham ve Modifiye Boston Puanlama Sistemleridir.

**Framingham sistemi** majör ve minör kriterlerden oluşmaktadır. Bu kriterlerden iki majör veya bir majör + iki minör kriterin birlikte bulunması tanı için yeterli olarak kabul edilmektedir (44,60).

## **FRAMİNGHAM SİSTEMİ**

### **MAJÖR KRİTERLER**

- ◆ Paroksizmal nokturnal dispne
- ◆ Boyun ven distansiyonu
- ◆ Raller
- ◆ Radyografik kardiyomegali
- ◆ Akut pulmoner ödem
- ◆ S3 gallop
- ◆ Santral venöz basınç 16 cmH<sub>2</sub>O'dan yüksek
- ◆ Hepatojuguler reflü
- ◆ Dolaşım zamanı 25 sn'den fazla

### **MİNÖR KRİTERLER**

- ◆ Bilateral bilek ödemi
- ◆ Nokturnal öksürük
- ◆ Efor dispnesi
- ◆ Plevral efüzyon
- ◆ Kalp hızı 120 atım/dak.'dan fazla
- ◆ Vital kapasitenin maksimum değerinin 1/3 oranında azalması
- ◆ Hepatomegali

### **MAJÖR YADA MİNÖR KRİTER**

- ◆ Tedaviye yanıt olarak beş günde 4.5 kg'dan çok zayıflama

**Modifiye Boston Puanlama Sistemi** öykü, dinlenme koşullarında kalp atım hızı, venöz konjesyon, akciğer sesleri, göğüs röntgeni olmak üzere beş grup puanlamayı içermektedir. Bu puanlama aşağıdaki şekilde yapılmaktadır

### **MODİFİYE BOSTON PUANLAMA SİSTEMİ**

#### **ÖYKÜ**

Dinlenme koşullarında dispne	4 puan
Ortopne yada nokturnal dispne	3 puan
Belli bir düzeyde yürürken dispne	2 puan
Tırmanırken dispne	1 puan

#### **DİNLENME KOŞULLARINDA KALP ATIM HIZI**

> 110 atım/dak.	2 puan
91 – 110 atım/dak.	1 puan

#### **VENÖZ KONJESYON**

Artmış JVP 6 cmH <sub>2</sub> O'dan fazla olması ve hepatomegali yada ödem	2 puan
Artmış JVP 6 cmH <sub>2</sub> O'dan fazla olması	1 puan

#### **AKCİĞER SESLERİ**

Akciğer kaidesinden daha yukarıda çıtırtılar	2 puan
Akciğer kaidesinde çıtırtılar	1 puan

#### **GÖĞÜS RÖNTGENİ**

Alveolar, pulmoner ödem yada bilateral plöral efüzyonla beraber interstisyel ödem	3 puan
İnterstisyel pulmoner ödem	2 puan
Üst kısımda kanın yeniden dağılımı	1 puan

Her kategoride mümkün olan en yüksek puan alınmıştır. Sonuçta toplam puan 0-13 arasında değişebilmektedir; puan yükseldikçe kalp yetmezliğinin şiddeti artmaktadır (44).

## 1. 2. 11. 5. KALP YETMEZLİĞİ TANISINDA LABORATUVAR

Laboratuvar araştırmaları, klinik ön tanıyı doğrulamak, anamnez ve fizik muayene ile farkına varılamayabilen altta yatan hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edinebilmek amacıyla yapılmaktadır (134).

Kalp yetmezliği tanısında kullanılan laboratuvar yöntemleri kan-idrar tahlili, elektrokardiyografi, göğüs radyogramı ve ekokardiyografiyi içeren **temel yöntemler** ve **ek yöntemlerden** oluşmaktadır (44).

### 1. 2. 11. 5. 1. TEMEL YÖNTEMLER

1. **Kan – İdrar Tahlili** : Basit, kolay uygulanabilir ve ucuz olmaları başlıca avantajlarıdır. Ayırıcı tanıda, KY'ni presipite eden ve ağırlaştıran durumların ortaya konmasında önem taşımaktadır (44).

Bu tahlilleri şu şekilde sıralayabiliriz; Hemogram, sedimantasyon, glisemi, azotemi, ve kanda kreatinin, serumda T-kolesterol, HDL-LDL kolesterol, trigliserid, elektrolitler, tiroid fonksiyon testleri ve idrar tahlili (32,44,128).

Bu tetkiklerin amacı anemi, polisitemi, böbrek hastalığı, hipertiroidi, hipotiroidi olup olmadığını saptamaktır (44).

2. **Elektrokardiyografi** : Elektrokardiyografi (EKG) ile kalp yetmezliği tanısına varmak olanaksız ise de, bu yöntemin tanıda oldukça önemli bir yeri bulunmaktadır. KY'nin sebebinin anlaşılmasında ve komplikasyonlarının tanı ve takibinde yararlıdır (60,68).

Myokard infarktüsü KKY'nin önde gelen nedenlerinden biridir. EKG'de patolojik Q dalgalarının yada standart derivasyonlarda düşük R dalgası genliğinin olması geçirilmiş MI'ı düşündürmektedir.

Sol dal bloğunun varlığı geçirilmiş MI'ın indirekt bulgusu olabilir (44,132).

Akut KY'li bir hastanın elektrokardiyogramında MI komplikasyonu olarak anevrizma gelişmişse V<sub>2</sub> – V<sub>5</sub>'te değişiklikler olmaktadır (132).

3. **Göğüs Radyogramı** : KY tanısında ekokardiyografinin kullanım alanına girmesiyle birlikte göğüs radyogramının önemi azalmış gibi görünse de günlük pratikte yaygın bir şekilde başvuru alan, ucuz ve kolay uygulanabilen bu yöntemde göz ardı edilmemesi gerekmektedir (44,68).

\* **Kalp Silüetinin İncelenmesi**

- Kardiyomegali : Normal erişkinde kalp-göğüs oranının 0.50'nin üstünde bulunması kardiyomegali olarak değerlendirilmektedir. Bu büyüme sağ yada sol ventrikülün hipertrofisini yada dilatasyonunu, bazen de perikardiyal efüzyonu yansıtabilir. Kalp silüetine bakarak bunları birbirinden ayırdetmek genellikle mümkün değildir (31,44,60,68)

\* **Akciğer Alanlarının ve Pulmoner Damar Yapısının İncelenmesi**

- Pulmoner ven basıncının artmasına bağlı olarak; vasküler diskrepensi, kerley-B çizgileri, alveolar ödem ve kelebek tarzında perihiler konsolidasyon, plevral efüzyon oluşabilmektedir (31,37,60).

4. ***Ekokardiyografi:*** Kalp yetmezliğinden şüphelenen hekim mutlaka EKOKARDİYOĞRAFİ istemelidir (60).

Ekokardiyografi; kolay uygulanabilir, tekrarı mümkün, zararsız, teşhis ve takipte sonuca götüren mükemmel bir araçtır. Sistolik fonksiyonun belirlenmesinde daha çok M mode/2D, diyastolik fonksiyonun ve diyastolik KY'nin belirlenmesinde ise PW Doppler kullanılmaktadır (131).

Ekokardiyografi kalp boşluklarının boyutları, kalbin sistolik ve diyastolik fonksiyonları ve myokard kalınlığının değerlendirilmesini sağlamaktadır. Kapak veya perikard hastalığı ve koroner kalp hastalığı gibi düzeltilebilir sebeplerin tespiti, yani KY'nin etyolojisinin ve tedavisinin belirlenmesinde yardımcı olmaktadır. Kalp debisinin tayini ve pulmoner hipertansiyonun tanı ve takibinde kullanılmaktadır. Aynı zamanda yapılan tedavilerin takip ve etkinlik değerlendirmesinde son derece önemli bir yeri olup, tartışılmaz derecede önemlidir (60).

**1. 2. 11. 5. 2. EK YÖNTEMLER**

KY tanısında kullanılan ek yöntemler üç başlık altında toplanabilir (32,44,60,68):

- ◆ Radyonüklid ventrikülografi
- ◆ Myokard perfüzyonunu/iskemiye değerlendirmeye yönelik yöntemler
  - \* Egzersiz testi
  - \* Myokard perfüzyon sintigrafisi
  - \* Koroner anjiyografi
- ◆ Ambulatuvar EKG (Holter)

KY tanısı koyarken iyi bir anamnez ve fizik muayene ile hastada yetmezlik bulguları değerlendirilmelidir. Bulgu olsun olmasın hastanın mutlaka EKG ve teleesi alınmalıdır. Sonucun normal veya patolojik olmasına göre daha ileri tetkikler yaptırılarak kesin tanıya gidilmelidir. Şekil-8’te KY tanısında kullanılan algoritim görülmektedir (44).



**Şekil –8: Kalp Yetmezliği Tanısında Algoritim**

### 1. 2. 12. KALP YETMEZLİĞİ TEDAVİSİ

Kalp yetmezliğinde temel terapötik amaçlar, ölümün geciktirilmesi ve yaşam kalitesinin geliştirilmesidir. Geçtiğimiz 10 yıldaki KY araştırmalarında ortaya çıkan önemli sonuçlardan biri, güncel tedavi yöntemlerinden çoğunun bu iki amaç üzerinde, birbirinden ayrılan etkilere sahip oldukları ve bu sebeple bazı durumlarda, hasta birey için yaşamın uzatılmasının mı, yoksa semptomların azaltılmasının mı daha önemli olduğuna karar verilmesidir. Bu karar ideal durumda, doktor ve hasta tarafından birlikte alınmalıdır ve hastanın fonksiyonel kapasitesine, eş zamanlı hastalıkların varlığına ve kalp transplantasyonu şeklinde, gelecekteki bir “küratif” tedavi ihtimaline bağlıdır (34).

Konjestif kalp yetmezliğinde tedavinin amacı, yetmezlik nedeninin ortadan kaldırılmasıdır. Daha sonra aneminin tedavi edilmesi gibi kompanze KY'ni arttıran etkenlerin düzeltilmesine çalışılır. Son olarak da konjestif kalp yetmezliğinin tedavisine yönelerek kalbin pompa gücünün artırılmasına, iş yükünün azaltılmasına ve fazla tutulan su ve tuzun atılmasına çalışılır (9).

Konjestif kalp yetmezliği tedavisi genel öneriler, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedaviyi içermektedir (32,44).

### 1. 2. 12. 1. GENEL ÖNERİLER

- ◆ **Diyet** : Düşük kalorili bir diyetle kalp işinin azaldığı gösterilmiştir. Bu nedenle verilecek günlük kalori hastadan hastaya değişkenlik gösterebilir. Besinlerin sindirimi kolay ve sulu yiyecekler ve vitaminden zengin olanları tercih edilmelidir (32). Yemeklerin az ve sık yenmesi önerilmelidir (99). Hasta özellikle egzersiz sırasında kalbe olan yükü arttırdığı için şişmanlık konusunda uyarılmalıdır (45). Obezitenin kardiyovasküler sistem üzerine olumsuz etkileri olduğu ve KY'li hastalarda prognozu etkilediği birçok çalışmada gösterilmiştir (18,63,116). Normal günlük diyet (Amerikan) 10 gr. tuz içermektedir. KY olan hastalarda genellikle katı tuz kısıtlamasına gerek olmadığı için, tuzlu yiyeceklerden kaçınılması ve yemeklerin üstüne tuz serpilmemesi ile günlük 4 gr tuz diyeti elde edilebilir. Daha ağır KY olan hastalar için, gıdaların tuzsuz hazırlanıp pişirilmeleri ile 2 gr'lık diyet önerilebilir (9). 2 gr'lık tuz diyeti çoğu hasta için tat alma duyusunu bozmamaktadır (67). Tedaviye direnç gösteren hastalarda 0.5-1 gr tuz diyetleri önerilebilir, ama bu diyetler ancak uyumlu hastalarca kullanılabildiği için katı tuz kısıtlamaları yerine, diüretik tedaviden yararlanılması gerekmektedir. Sodyum klorür yerine potasyum klorür içeren tuz birleşimleri alınabilir. Dilüsyonel hiponatremi gelişmiş ağır kalp yetmezlikleri dışında su kısıtlamasını gerektiren durum azdır. KKY'ni kontrolden çıkaran etkenler arasında en sık görülenlerden biri hastane çıkışından sonra tuzdan fakir diyete uyulmamasıdır (9). Yapılan çalışmalar KY'li hastalarda diyete uyum davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir (50).
- ◆ **Sigara** : Sigara içimi kalp yetmezliği hastalarında vazokonstrüksiyona yol açmaktadır (97). Johnson ve arkadaşları (72) yaptıkları çalışmada kronik kalp yetmezlikli sigara içicilerde sigara içmeyenlerle kıyaslandığında ekspiratuvar



akımın azaldığını ve sigara içme nedeniyle restriktif akciğer değişikliklerinin meydana geldiğini belirtmişlerdir. Bu ve başka nedenlerden dolayı sigara içiminden kaçınılmalıdır (97).

- ◆ **Alkol Tüketimi:** Alkol bilinen kardiyak hastalığı olan hastalarda myokardial kontraktiletiyi deprese etmektedir (56,67). Ethanol eğer alkol tüketimi 90 ila 100 g/d'yi aşarsa kalbe zarar verebilmektedir. Ağır ethanol tüketimi ani kardiyak ölüm ve kardiyak aritmi riskini arttırmaktadır (127). Bu KY'li hastalarda klinik açıdan önemli olabilmektedir. Fakat orta derecede alkol tüketimi ile KY riski arasında ilişki olup olmadığı tam olarak bilinmemektedir (1). Alkolden uzak durma alkol kökenli kardiyomyopati hastalar için can alıcı olmaktadır. Alkolizm hikayesi olmayan hastalar için fonksiyonel durum ve mortalitede bir fark olup olmadığı açık değildir. Hastalara alkol yasaklanmalıdır. Eğer hasta içmeye devam etmek istiyorsa günde bir kadehten daha fazla içmeyeceği konusunda uyarılmalıdır (56,67).
- ◆ **Sıvı Alımı:** Kalp yetmezliği olan hastalar genellikle yoğun bir su içme isteği duyarlar; bu da aşırı sıvı alımına neden olabilir. Hastaların çoğunda günlük sıvı alımı iki litre ile sınırlandırılmalıdır. Çok fazla alınan sulandırılmış içecekler (örn: portakal suyu) hiponatremiye yol açabilir. Özellikle sıcak havalarda yada hasta ateşliyken sıvı alımı arttırılabilir yada diüretik dozu azaltılabilir. Aynı şey ishal ve kusma için de geçerlidir (97).
- ◆ **Eş zamanlı İlaç Kullanımı:** Başka ilaçların eş zamanlı kullanımı çok önemli bir konudur. Mümkünse aşağıda belirtilen ilaçların kullanımından kaçınılmalıdır:
  - \* Non-steroidler
  - \* Kalsiyum kanal blokerleri (muhtemelen amlodipin dışında)
  - \* Beta-adrenoreseptör antagonistleri
  - \* Steroid hormonlar
  - \* Antidepresanlar
  - \* Karbenoksolon
  - \* Antiaritmikler (amiodaron dışında)
  - \* Alfa-adrenoreseptör antagonistleri
- ◆ **Hasta Uyumsuzluğu:** Diüretik kullanımı genellikle hasta açısından elverişli olmayan durumlar yaratabilir ve uyumsuzluğa neden olabilir. Diüretik tedavisinin

ardında yatan mantığın ve doz zamanlaması konusundaki esnekliğin hastaya açıklanması, uyumsuzluğun engellenmesine yardımcı olabilir.

- ◆ **Bağışıklama:** Kalp yetmezliğinden yakınan hastaların pek çoğunda aynı zamanda solunum yolları/akciğer hastalıkları da bulunmakta ve KY pulmoner enfeksiyonlara yatkınlığı arttırabilmektedir. Solunum yolu enfeksiyonları KY hastalarındaki hospitalizasyon sebepleri arasında nispeten sık karşılaşılanlardan biridir. Bu nedenle influenza ve pnömokok aşılıarı önerilmektedir.
- ◆ **Egzersiz:** Akut KY'nin yada dekompanze KY'nin tedavisinde yatak istirahatinin hala önemli bir yeri bulunmaktadır (97). Çünkü dinlenme üriner akımı ve diüretik ilaçların etkinliğini arttırmaktadır (30). Fakat bunun dışındaki durumlarda KY hastaları egzersize teşvik edilmelidir, çünkü egzersizin önemli semptomatik (ve diğer) yararları olduğu gösterilmiştir (97) ve bu yararlar pek çok çalışmanın sonuçlarında gösterilmiştir (7,30,36,64,78,91,101,115,117,141). Kronik kalp yetmezliğinde egzersizden kaçınmanın egzersiz toleransını bozabildiği, periferel dolaşımda ve iskelet kaslarında değişikliklere yol açabildiği belirtilmektedir (30).

## 1. 2. 12. 2. FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Kalp yetmezliğinde semptomların giderilmesine yönelik olduğu kadar, etyolojiye yönelik de tedavi yapılmalıdır. Farmakolojik tedavi bilindiği gibi sıvı retansiyonuna, azalmış kardiyak out-put'a ve artmış preload'a karşı yapılmaktadır (8).

İlaç tedavileri, aşırı kompanzasyon mekanizmalarını dengelemeye yöneliktir. Birçok hastada kombinasyon tedavisi gereklidir; sıklıkla, kombinasyon tedavisinde bir diüretik, bir dijital preparatı ve bir vazodilatör yer almaktadır (134).

Kalp yetmezliği tedavisinde kullanılan ilaç grupları şunlardır:

### 1. 2. 12. 2. 1. DİÜRETİKLER

Diüretikler, uzun yıllardır KY ve hipertansiyon tedavisinde kullanılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde diüretik kullanımı ile, kalp yetmezliği insidansının ve mortalitenin azaldığı gösterilmiştir. Buna karşılık, eskiden diüretik tedavi ile kalp yetmezliğinde sadece semptomatik faydalar sağlandığı düşünülmekte idi. Ancak son zamanlarda yayınlanan RALES çalışması, spironolakton ile mortalitede azalma sağlandığını ortaya koymuştur (84).

Uzun zamandır KY tedavisinin köşe taşlarından biri konumunda olan, sıvı retansiyonu olan hastalarda semptomatik tedavi için kullanılan diüretikler, KY'nin önlenmesinde etkili bulunmamıştır (8).

Diüretik ilaçlar nefronların belirli segmentlerinde sodyum ve su reabsorbsiyonunu inhibe ederek böbreklerden su ve tuz kaybını arttıran ilaçlardır (76).

Diüretik tedavi kapiller wedge basıncını azaltmakta ve hem akut hem de kronik kalp yetmezliğinde New York Kalp Derneği fonksiyonel sınıflamasını geliştirmektedir (85).

Diüretikler semptomatik iyileşme sağlarlar, periferik ödemi ortadan kaldırırlar ve vazodilatörlere yanıtı güçlendirirler (97). İlerlemiş semptomatik kalp yetmezliğinde loop diüretikleri genellikle konjesyon semptomları geliştiği için gerekli olabilmektedir (85).

Diüretik tedavi sırasında karşılaşılan en önemli sorunlardan biri “diüretik rezistansı” olarak bilinen, zamanla tedaviye karşı direnç gelişimidir (84). Diüretik rezistansının majör nedenleri fonksiyonel renal yetmezlik (prerenal azotemi), hiponatremi, değişen diüretik farmakokinetikleri ve sodyum retansiyonudur (85).

Diüretik ilaçlar **Tablo- 6**'de görülmektedir (99,133).

**Tablo-6: Diüretik İlaçlar**

<b>İLAÇ</b>	<b>GÜNLÜK DOZ</b>	<b>ETKİ</b>	<b>YAN ETKİ</b>	<b>ENDİKASYON</b>
<b>Tiazidler</b> <i>Hidroklorotiazid</i>	25-75 mg	Distal tüplerde sodyum reabsorbsiyonunu azaltır	Potasyum tüketimi Ürat retansiyonu Glukoz intoleransı	Hafif KY'de tuz ve su retansiyonunu düzeltmek için kullanılır
<i>Metolazon</i>	50 mg	-	Diğer tiazidlerde olduğu gibi	Resistant ödemde Loop diüretikleri ile birlikte
<b>Loop Diüretikler</b> <i>Furosemid</i>	20-50 mg	Henle kulbunun çıkan kısmında su ve sodyum reabsorbsiyonunu azaltır	Tiazidlerde olduğu gibi	Ciddi KY'de su ve tuz retansiyonunu düzeltmede kullanılır.
<b>Potasyum Tutucu Diüretikler</b> <i>Amilorid</i>	5-10 mg	-	Renal bozukluğu olanlarda hiperkalemi	Potasyum tüketimi önlemek için loop diüretikleri ile kombine kullanılır.
<i>Spirolakton</i>	50-100 mg	Aldesteron antagonisti	Spirolakton jinekomasti ve gastrointestinal rahatsızlığa neden olabilir.	Amiloridde olduğu gibi

**Hastalara ve hastalarla ilgilenenlere öneriler;** Tüm diüretikler hasta açısından elverişsiz durumlar yaratmaktadır. Hastalar genellikle günlük aktivitelerini en yoğun diürez saatleri civarında organize etmek zorundadırlar. Etkileri dozdan dört saat sonra azaldığı için loop diüretikleri sıkça tercih edilmektedir. Hastalar diüretiklerin alınması için belirlenmiş bir saat olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir. Diüretikler bireyin koşullarına göre sabah, öğleden sonra yada akşam alınabilir (fakat çok geç saatlerde alınmaları uykuyu böler). Ayrıca hastalar gereken diüretik dozu konusunda da esnek olabilirler. Hastalara ağırlıklarını günlük olarak kaydetmeleri (yataktan kalktığına, tuvalete gittikten sonra, kahvaltıdan önce) söylenmelidir. Eğer 0.5 kg'dan fazla kalıcı bir kilo artışı varsa (birbirini izleyen en az üç gün boyunca) kendilerine başlangıçtaki ağırlığa düşene kadar diüretik dozunu arttırmaları önerilmektedir. Örneğin 40 mg furosemid kullanan ve beklenmedik şekilde kilo alan bir hastaya (kendisini nefessiz hisseden, ayak bileklerinde şişme olan) bir hafta boyunca fazladan bir furosemid tableti alması önerilmektedir (yani doz 40 mg'dan 80 mg'a çıkarılıyor). Eğer bir hafta içinde yanıt alınamazsa, kilo artışı devam ettiyse yada semptomlar kötüleştiyse hastaya hekimine başvurması söylenmelidir (97).

## **1. 2. 12. 2. 2. POZİTİF İNOTROPİK İLAÇLAR**

Pozitif inotropik ajanlar başlığı altındaki ilaçlar kardiyak glikozidler, fosfodiesteraz inhibitörleri ve adreno reseptör agonistleridir. Bunları inceleyecek olursak;

### **1. 2. 12. 2. 2. 1. Kardiyak Glikozidler**

Kardiyak glikozidler (dijitalis glikozidleri) kalp yetmezliği tedavisinde kullanılan en eski ilaçlardır (8). 1785 yılından beri yüksük otu (dijitalis) bitkisinden elde edilen ilaçlar değişik grup botanik kökenlere sahiptirler, fakat benzer yapıdadırlar (38). “Dijital” veya “kardiyak glikozid” terimleri kalp üzerinde pozitif inotropik ve elektrofizyolojik etkiler gösteren steroid veya steroid glikozidleri şeklindeki bileşiklerin tümü için kullanılmaktadır (100). Bütün kardiyak glikozidler başlıca üç farmakolojik özelliğe sahiptirler (38):

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

Tedavide kullanılan başlıca kardiyak glikozidler, digoxin, digitoxin, lanatosid-C ve acil durumlarda sadece intravenöz yoldan uygulanan uvabain'dir (38).

**Digoxin**, renin salınımını, sempatik sinir sisteminin aktivasyonunu azaltarak ve kardiyak kontraktiletiyi artırarak KKY'de etkili olmaktadır (88). Kan düzeylerinin ölçülebilmesi, kullanım yollarının kolay olması ve etki süresinin ne çok uzun ne de çok kısa olması nedeniyle, bu bileşikler içinde en çok kullanılan digoxindir (100). Digoxin ağız yolundan önce 0.5 mg/gün ve daha sonra 0,25 mg/gün (bir tablet) dozunda verilmektedir. Digoxin dozu yaşlı hastalarda duruma göre azaltılmaktadır (38).

Dijitalis glikozidlerinin sinüs ritimli hastalardaki etkinliği hala tartışmalıdır. Bundan başka KY'ni önleyici etkilerinin olup olmadığı kesin değildir. Dijitalis glikozidleri atrial fibrilasyonu olan KY'li hastalarda ve muhtemelen de sinüs ritminde olmasına rağmen diüretiklere ve anjiyotensin konverting enzim inhibitörlerine (ACE inhibitörleri) cevap vermemiş, oldukça ciddi KY olan hastalarda kullanılmalıdır (8).

Kardiyak glikozidler oldukça toksik ilaçlardır. Bu nedenle tedavi sırasında hastalarda ilaç, kan düzeyi ve EKG bulguları yakından izlenmelidir (38).

Digoxin toksisitesi, gastrointestinal sistemi (iştahsızlık, bulantı, kusma), sinir sistemini (yorgunluk, konfüzyon, ksantopsi) ve kardiyovasküler sistemi (kardiyak aritmiler) etkilemektedir. Digoxinin özellikle yaşlı hastalarda bazı istenmeyen yan etkilere yol açtığı şeklinde bir ünü bulunmaktadır. Ancak poliklinik hastalarında digoxin toksisitesi insidansı düşüktür. Son dönemlerde KY tedavisinde digoxin kullanımına yönelik olarak gerçekleştirilen büyük ölçekli çalışmalarda bu bulguları destekleyecek sonuçlar elde edilmiş ve istenmeyen etkilerin sayısının plasebodakinden daha yüksek olmadığı görülmüştür. Üstelik yeni tedavilerin geliştirilmesiyle digoxin toksisitesindeki mortalite % 1'e hatta bu oranın da altına inmiştir. Tüm bu sonuçlar dikkatli bir klinik takip ve ilaç düzeyine yönelik biyokimyasal monitörizasyon eşliğinde yeterli dozda digoxin kullanımının aşırı toksisite ile bağlantılı olmadığını düşündürmektedir (97).

### 1. 2. 12. 2. 2. 2. Fosfodiesteraz İnhibitörleri

Bunlar fosfodiesterazı inhibe ederek cAMP seviyesini arttırmaktadırlar. Böylece hücre içine kalsiyum girişini ve kontraktiliteyi arttırarak etkili olmaktadır. Bu grup ilaçların periferik vazodilatör etkileri de bulunmaktadır. Milrinon en bilinen örneğidir. Amrinon, enoksimon gibi örnekleri de vardır. Sıkça kullanılmamaktadır (99).

### 1. 2. 12. 2. 2. 3. Adrenoreseptör Agonistleri

Bu gruptan en çok kullanılanlar dopamin ve dobutamindir.

**Dopamin:** Norepinefrin sentezinde erken bir öncüdür. Hem myokarddaki beta-1 reseptörlere direkt etkisi ile, hem de sempatik sinir uçlarından salgılandığı norepinefrin ile dolaylı olarak myokarddaki beta-1 reseptörleri uyararak myokardın kasılma gücünü arttırmaktadır. Küçük dozlarda dopaminerjik reseptörleri uyarmasıyla da böbrek, barsak, koroner ve serebral damar yataklarında vazodilatör etki göstermektedir. Böbreklere olan bu etki ile diürezi arttırmakta ve diüretiklerinde etkisini çoğaltmaktadır. Yüksek dozlarda arter ve venlerde vazokonstrüksiyona yol açmaktadır (99).

**Dobutamin:** Sempatik kardiyooktif bir sempatomimetiktir (99). Akut kalp yetmezliğinde yararlı bir hemodinamik etki gösterebilir; ancak bu özelliği kronik kalp yetmezliğinin tedavisine de yansıtılma çabaları, ventriküler aritmi insidansının yükselmesi sebebiyle başarısız olmuştur (34). En çok beta-1 üzerine etkili olmakla birlikte, beta-2 ve alfa etkisi de bulunmaktadır. Beta-1 etkisi dopamine eşittir. Alfa etkisi ise dopaminden daha azdır. İlacın selektif inotropik etkisi daha öndedir. Bu nedenle kalp hızını ve kan basıncını hafifçe arttırmaktan başka, yan etki yapmadan belirli bir şekilde dakika hacmini arttırmaktadır (99).

### 1. 2. 12. 2. 3. VAZODİLATÖRLER

Bu grup ilaçlar arteriol veya venleri veya ikisini birden genişleterek kalbin yükünü azaltmaktadırlar ve performansını arttırmaktadırlar. **Bu ilaçlar;**

**Nitroprussid:** Hem arterial, hem venöz dilatasyon yaparak sistemik damar direncini azaltmaktadır. Venöz dilatasyon yaparak da PCWP basıncını azaltmaktadır. Akut yetmezliklerde tercih edilmelidir (99).

**Prazosin:** Alfa-1 reseptör blokeridir. Hem arterial hem de venöz dilatasyon ile kalp debisini arttırmaktadır.

**Hidralazin:** Arterial dilatasyon ile sistemik vasküler rezistansı (SVR) azaltmakta ve kalp debisini arttırmaktadır (99).

**Nitratlar:** Venadilatördür. Venöz kapasitansı arttırarak ve santral venöz kan hacmini azaltarak, ön yükün düşmesini sağlamaktadırlar. Etkileri en fazla, yüksek dolum basınçlı hastalarda ve arterial vazodilatör ilaçlarla kombine kullanıldıklarında ortaya çıkmaktadır. Nitratsız geçen dönem sağlanmazsa, çok kısa zamanda tolerans gelişebilir (134). Oral, sublingual, transdermal, intravenöz kullanılmaktadır. Periferik venlerde dilatasyon sonucu kalbe dönen venöz akım azalmaktadır (99).

**ACE İnhibitörleri:** ACE inhibitörleri ile tedavi yüksek kan basıncını azaltmak, KKY'li hastalarda mortaliteyi azaltmak, asemptomatik ventrikül disfonksiyonlu hastalarda KKY'nin gelişimini önlemek, ölümü ve AMI'nün başlangıcından sonra erken başlayan KKY'yi önlemek için kullanılmaktadır (113). Hem afterload'u azaltması hem de refleks nöroendokrin uyarıları bloke etmesi açısından diğer vazodilatörlere kıyasla daha ideal antihipertansif ilaçlardır. Bilindiği KY'ni, çok erken dönemlerde kompanzatuvar olarak gelişen nöroendokrin aktivite (SSS, RAS) artması hazırlamaktadır (42). Kalp yetmezliği tedavisine renin anjyotensin sistem inhibitörlerinin eklenmesi sonucu yararlı sonuçlar alındığını belirleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (43). VhoFT-II ve SOLVD çalışmaları (170), NYHA II-IV'üncü derecedeki KKY'de ACE inhibitörlerinin sol ventrikül fonksiyonlarını belirgin olarak düzelttiğini, KY'nin gelişimini engellediğini kanıtlamıştır. ACE inhibitörleri artan afterload ve preload'u azaltarak hemodinamik olarak yararlı etkiler göstermektedir (42). Losartanın insanda ve deneysel olarak geliştirilmiş kalp yetmezliğinde ACE inhibitörleri ile benzer şekilde hemodinamik yarar sağladığı gösterilmiştir (43).

#### 1. 2. 12. 2. 4. KALSİYUM KANAL BLOKERLERİ

Kronik KY olan hastalara kalsiyum kanal blokeri vermenin mantığı, bu ilaçların vazodilatör ve antiiskemik etkileri ve sol ventrikül diyastolik disfonksiyonunu azaltma yanında kardiyomyopati hayvanlarda myokard işlev bozukluğunun ilerlemesini önleme kapasitesine dayanmaktadır (95). Bu etkilerine rağmen KKY'de yararlı etkileri hakkında çok az kanıt bulunmaktadır. Kısa etkili, kalp fonksiyonları üzerine zararlı



etkileri olabilen nifedipin, verapamil ve diltiazem gibi ilk jenerasyon bileşiklerle yapılan çalışmalarda kalsiyum kanal blokerlerinin KKY'de kullanımları önerilmemektedir. Amlodipin ile yapılan PRAISE I çalışmasında ağır KKY hastalarında mortalite ve morbidite de bir artış görülmemiştir (106). Ancak non-iskemik kardiyomyopati bir hasta alt grubunda amlodipin, hem ani ölümleri hem de pompa yetersizliğine bağlı ölümleri anlamlı biçimde azaltmıştır (34).

#### 1. 2. 12. 2. 5. BETA BLOKERLER

Beta blokerler, önceleri, pratik tedavide KKY'de kontrendike diye sunulmuştur. Bununla beraber son 20 yılda bazı gözlemler KKY bulunan hastalarda beta blokajın yararlı olabileceği düşüncesine yol açmıştır. Beta reseptörlerin blokajı, birçok klinik çalışmada gösterildiği gibi, diüretikler ve ACE inhibitörleri ile kombine olarak mortalite ve morbidite de belirgin düşme sağlamaktadır (106). Beta blokerlerin akut myokard infarktüsünden sonra hastaların mortalitesini azalttığı gösterilmiştir. Bu etki özellikle MI sonrası KY'li hastalarda dikkat edilmesi gereken bir etkidir. Birçok çalışmanın sonuçları beta blokerler ile uzun dönem tedavinin semptomları ve kalp yetmezliği için hastaneye yatış sıklığını azalttığını göstermektedir. Son zamanlarda carvedilol'ün iskemik veya non-iskemik kardiyomyopati hastalarda % 65 oranı ile tüm nedenli mortalite riskini azalttığı gösterilmiştir (108).

#### 1. 2. 12. 2. 6. ANTIARİTMİK AJANLAR

KY'li hastalarda ani ölüm insidansının yüksek oluşu, bu hastaların spesifik antiaritmik tedaviden yarar görebileceklerini düşündürmektedir. Bu hastalarda birçok aritmojenik faktör bulunabilir; re-entrant aritmiler için bir substrat oluşturabilecek myokard fibrozu, diüretik tedavisinin sebep olduğu sempatik sinir sistemi aktivasyonu ve elektrolit bozuklukları ve RAAS'de aktivite artışı bunlar arasında yer almaktadır. KY'de en çok ümit verici gibi görünen antiaritmik ajan amiodarone'dur (34). Bir "sınıf III" antiaritmik olan amiodarone'nun KKY'de olumlu etkilerine dair veriler çoktur (106). GESICA çalışmasında primer son nokta olarak mortalite kullanılmıştır ve ortalama 13 ay süresince amiodarone ile tedavi edilen ileri KY'li hastalarda % 28 düzeyinde bir risk azalması ortaya konmuştur (34,77).

### 1. 2. 12. 2. 7. ANTİKOAGÜLANLAR

Tromboembolizm KY'nin önemli komplikasyonlarından birisidir. Kalp yetmezliğinde çok sayıda neden ile tromboemboli gelişebilmektedir. İnme ve tromboemboli erişkin yaş grubunun belli başlı ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Tromboemboli nedeni olarak kalp hastalıkları arasında en sık atrial fibrilasyon ve KY ile karşılaşılmaktadır (73). Ventrikül disfonksiyonu ve atrial fibrilasyon bulunan hastalara warfarin, eğer kontrendikasyon yok ise, yüksek inme insidansını düşürmek için rutin olarak reçete edilmelidir. Bu türlü hastalarda antikoagülasyonun yararlarının, risklerine karşı hayli ağır hastalığı ve warfarinin inmelerden korunmada, aspirin ile tedaviden açıkça üstün olduğu, yakın dönemlerdeki bazı çalışmalarda ortaya konulmuştur (34).

### 1. 2. 12. 3. CERRAHİ TEDAVİ

Kalp transplantasyonu kalp yetmezliği tedavisindeki son seçenektir. Kalp transplantasyonu artık son evrede kalp hastalığının tedavisinde yerleşmiş bir yöntemdir. Dünyada her yıl yaklaşık 3.500 kişiye kardiyomyopati gibi çeşitli myokard hastalıkları, koroner arter hastalığı, kapak hastalığı ve doğumsal kalp hastalığı nedeniyle kalp transplantasyonu uygulanmaktadır. Birinci kalp transplantasyonunun ardından toplam bir yıllık yaşam süresi % 80'e yaklaşmakta, sonraki 11 yıl boyunca yıllık mortalite hızı yaklaşık % 4 olmaktadır. Transplantasyondan sonraki erken dönemde (0-30 gün) ölümler genellikle özgül olmayan greft yetersizliği yada akut red yanıtına bağlıdır. İlk bir yıl içindeki ölümler ise sıklıkla akut red ve enfeksiyona bağlı gelişmektedir (12). 1999 yılında yapılan bazı yayınlarda dilate sol ventrikülün cerrahi olarak küçültülmesinin de duvar gerilimini azaltarak sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunu ve dk'lık atım hacmini arttırdığı bildirilmiştir (60). Kalp transplantasyonu ile ilgili en önemli kısıtlayıcı faktör ise donör sayısıdır (105).

#### **Kalp Transplantasyonu Alıcı Endikasyonları**

- ◆ Son dönem KY'de olmalı ve başka tedavi yöntemi olmamalı
- ◆ Optimal tedaviye rağmen NYHA sınıf III ve IV olmalı
- ◆ Beklenen bir yıllık yaşam oranı % 75'in altında olmalı

### **Alıcı Uygunluğu**

- ◆ Yaş 55-65 sınırlarının altında olmalı (merkezlere göre değişiklik gösterebilir)
- ◆ Kalp dışı hastalığı olmamalı
- ◆ Tıbbi tedaviye uyumluluk göstermeli
- ◆ Psikososyal yapısı sağlam olmalı, destekleyici aile veya sosyal grubu olmalı

### **Kalp Transplantasyonu Mutlak Kontrendikasyonları**

- ◆ Ağır ve irreversible pulmoner hipertansiyon
- ◆ Akut sistemik enfeksiyon
- ◆ Irreversible hepatik veya renal disfonksiyon

### **Kalp Transplantasyonu Relatif Kontrendikasyonları**

- ◆ Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- ◆ Periferel vasküler hastalık, serebrovasküler hastalık
- ◆ Peptik ülser
- ◆ İnsüline bağımlı diabetes mellitusla birlikte son organ hasarı
- ◆ Malignansi
- ◆ Yeni pulmoner infarkt
- ◆ Aktif divertikülit
- ◆ Yaşam veya rehabilitasyonu kısıtlayan sistemik hastalık
- ◆ Kaşeksi
- ◆ Aktif alkol veya uyuşturucu kullanımı
- ◆ Psikolojik hastalık öyküsü, tedavi ile uyum sorunu
- ◆ Psikososyal destek olmaması

## **1. 2. 13. KOMPLİKASYONLAR**

Kalp yetmezliğinin semptomları ilgili spesifik ventriküle, yetmezliği presipite eden nedenlere, bozukluğun derecesine, progresyonun oranına, yetmezliğin süresine ve hastanın durumuna bağılıdır. Pulmoner konjesyonun semptomları ve ödem sol ventrikül yetmezliğinin klinik tablosunda dominanttır. Sağ ventrikül yetmezliği abdominal organ ve periferel ödemin belirtileri ile ilgilidir (22).

## 1. 2. 14. PROGNOZ

KKY'nin prognozu çok kötüdür. Hangi nedene bağlı gelişmiş olursa olsun bir yıllık mortalite, hafif-orta dereceli KKY'de % 20, şiddetli KY'de ise % 50'dir. Ölüm KY'nin ilerlemesine bağlı olabileceği gibi, aritmi sonucu ani de olabilmektedir (81).

## 1. 3. HİPOTEZLER

H<sub>1</sub> : Kalp yetmezliği olan hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

H<sub>2</sub> : Kalp yetmezliği olan hastaların sağlıklarına verdikleri önem ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

H<sub>3</sub> : Kalp yetmezliği olan hastaların sağlık davranışları ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

H<sub>4</sub>: Kalp yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesi, sağlık davranışları ve sağlığa verdikleri önem arasında ilişki vardır.

## 1. 4. SINIRLAMALAR

Araştırmanın yeri Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ile sınırlandırılmıştır. Araştırmanın bu hastanede yapılmış olmasının nedeni, hastanenin bir eğitim kuruluşu olması ve Kardiyoloji Kliniği bünyesinde kalp yetmezlikli hastalara özgü poliklinik hizmeti verilmesidir. Ayrıca, araştırmacının daha önce bu klinikte çalışmış ve kalp yetmezlikli hastalara bire bir bakım vermiş olması, araştırmanın yürütülmesinde kontrol gücünü arttırmış, hastalara ulaşma ve yaklaşım açısından kolaylık sağlamıştır.

Araştırma kapsamına, Kalp Yetmezliği Polikliniğine kontrol için gelen hastalar ile Kardiyoloji Servisi ve Yoğun Bakım Ünitesinde yatan, durumu stabil, kalp yetmezliği tanısı en az altı ay önce konmuş, önceki altı ay içinde çekilen ekokardiyogramda EF'si % 40 ve altında olan, önceki bir yıl içinde MI geçirmeyen ve iletişim kurmada güçlüğü olmayan hastalar alınmıştır.

## 1. 5. TANIMLAR

**Yaşam Kalitesi** :Bireyin tüm temel gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum bulması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziki durumun iyi olması, kişilerarası ilişkilerde iyi olma, benlik saygısı, önceki bilgi ve tecrübelerin tümünü kapsamaktadır (6). KKY gibi kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ölçümü günlük yaşam üzerine hastalığın etkisi ve tedavinin etkililiğinin değerlendirilmesinin önemli bir yoludur (89).

**Sağlık Davranışı** :Bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (49).

**Sağlığa Verilen Önem** :Bireyin yaşam amaçları içinde sağlığını gördüğü derecedir (45).



## BÖLÜM II

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2. 1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, kalp yetmezliği olan bireylerin yaşam kalitelerini, sağlığa verdikleri önemi, sağlık davranışlarını ve bunların birbirleriyle ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik bir çalışma olarak planlanmıştır.

#### 2. 2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde yürütülmüştür.

#### 2. 2. 1. ARAŞTIRMA YERİ HAKKINDA BİLGİ

Kardiyoloji Anabilim Dalı 1991 yılında kurulmuştur. Türkiye'de en fazla invaziv çalışması yapan klinikler arasındadır. Toplam 115 hasta yatağı mevcuttur. Klinik iki servis, iki yoğun bakım ünitesi (Koroner Yoğun Bakım ve Yetmezlik Yoğun Bakım) ve invaziv ünitelerinden oluşmaktadır. İnvaziv kısmının servisi, yoğun bakım ünitesi ve laboratuvarı bulunmaktadır. Kliniğin Hipertansiyon, Girişimsel Kardiyoloji, Kalp Yetmezliği ve Transplantasyon, Pacemaker Kontrol ve Lipid Polikliniği ile bir yıl içinde yaklaşık 11.500 poliklinik muayene yapılmaktadır. EKO ve EFOR laboratuvarlarında bir yıl içinde 9.000 ekokardiyografi, 6.000 efor testi gerçekleştirilmektedir.

Kalp Yetmezliği Polikliniği 2 Ocak 2001'de hizmet vermeye başlayan yeni bir poliklinikdir. Poliklinikte iki uzman doktor ve bir hemşire çalışmaktadır. Hastalar durumlarına göre 15 gün, bir ay veya daha uzun bir süre sonra kontrollere çağrılmaktadır. Polikliniğe gelen her hastanın kayıtları tutulmaktadır.

#### 2. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini Mayıs 2001-Kasım 2001 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Servisi ve

Yoğun Bakım Ünitesinde yatan ve Kalp Yetmezliği Polikliniğine kontrole gelen tüm yetmezlik hastaları oluşturmuştur.

#### 2. 4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, Mayıs 2001–Kasım 2001 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde izlenen, araştırma sınırlılıklarında belirtilen ölçütlere uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden olasılıksız rastgele örneklem tekniği kullanarak seçilen 102 kalp yetmezlikli hasta oluşturmuştur.

#### 2. 5. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak birey ve hastalığa ilişkin bilgileri içeren Soru Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sağlığın Önemi Ölçeği ve Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeği olmak üzere dört anket formundan yararlanılmıştır (EK I, EK II, EK III, EK IV). Ayrıca hastalara eğitim amaçlı bir el kitapçığı verilmiştir (EK VI).

##### 2. 5. 1. SORU FORMU

Kalp yetmezliği ile ilgili benzer çalışmalar göz önüne alınarak hazırlanan soru formu birey ve hastalığa ilişkin hastadan ve dosyadan alınacak tanımlayıcı bilgileri, kişiler arası etkileşimi ve sağlık durumunun algılanmasını gösteren bilgileri içermek üzere dört bölümden oluşmaktadır (EK I).

- A) *Bireye İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler* ; Kalp yetmezlikli hastanın cinsiyeti, yaşı, boyu, kilosu, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, yaşam şekli, alışkanlıkları gibi sorulardan oluşmaktadır.
- B) *Hastalıkla İlgili Özellikler* ; Kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı, kalp yetmezliği dışında başka bir hastalığa sahip olma durumu, ailede kalp hastası olma durumu, kalp yetmezliği nedeniyle hastanede yatma durumu, en çok rahatsız eden kalp yetmezliği semptomları, KY nedeniyle kısıtlanan aktiviteler, tanı belirlendikten sonra uyulması istenen öneriler ve bu önerilere uyma durumunu gösteren hastadan alınacak bilgileri içermektedir. Kalp yetmezliği fonksiyonel sınıflaması, kalp yetmezliği nedeni, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon değeri, pulmoner basınç gibi dosyadan ve hekimden alınacak bilgiler de soru formu içeriğinde yer almaktadır.

- C) *Ayrıca soru formunda* aile ve arkadaş ilişkileri gibi kişiler arası etkileşimi gösteren iki soru bulunmaktadır.
- D) *Bunun yanında soru formu içeriğinde* sağlık durumunun nasıl algılandığını gösteren bir soru yer almaktadır.

## 2. 5. 2. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Araştırmada kullanılan Sol Ventrikül Disfonksiyonu Anketi (The Left Ventricular Dysfunction Questionnaire LVD-36) kalp yetmezlikli hastalarda sol ventrikül disfonksiyonunun günlük yaşam ve iyilik hali üzerine etkisini ölçmek amacıyla C J O'Leary, P W Jones tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek aynı zamanda hastalığın etkisi ve tedavinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. LVD-36 sol ventrikül disfonksiyonlu hastalar için hazırlanmış 36 ifadeli bir soru listesidir. Sorular iki seçeneğe (Doğru/Yanlış) bir dizide hastalara sunulmuştur. Doğru cevaplar toplanıp, toplam yüzde olarak ifade edilmiştir. Ölçekten alınan 100 puan en kötü skor ve 0 da en iyi skor olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin puanı arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Ölçek C J O'Leary, P W Jones tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucu yüksek tekrarlanabilirlik düzeyi ve iç tutarlılık göstermiş ve ölçeğin güvenilirlik katsayısı  $r: 0.95$  olarak bulunmuştur (89) (EK II). Bu ölçeğin Türk hastalara uygulanabilirliğini belirlemek üzere geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

### 2. 5. 2. 1. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNE İLİŞKİN ÇALIŞMALAR

Araştırmada yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına yönelik olarak aşağıda maddeler halinde verilen yöntemler kullanılmıştır.

**Geçerlilik çalışmasına yönelik olarak;**

(a) Dil geçerliliği

(b) İçerik geçerliliği (Uzman Görüşü) (Kendall Uyuşum Katsayısı)

**Güvenilirlik çalışmasına yönelik olarak ise;**

(a) Zamana karşı değişmezlik (Stabilite, Test-Tekrar Test Güvenilirliği) için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı



(b) İki yarım test güvenilirliği

(c) Cronbach alfa katsayısı

(d) İç tutarlılık (Madde Toplam Puan Korelasyonları) için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır (13,75,107).

## 2. 5. 2. 1. 1. GEÇERLİLİK ÇALIŞMALARI

Ölçmede geçerlilik, ölçülmek istenen şeyin ölçülebilmiş olma derecesidir (75).

### (a) Dil Geçerliliği

Araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Öncelikle araştırmacı tarafından yapılan çeviri daha sonra iki dili bilen (Türkçe/İngilizce) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda görev yapmakta olan beş öğretim üyesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji ABD'da görevli olan üç öğretim üyesi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiş, en uygun ifadeler seçildikten sonra ölçeğin yeniden İngilizce'ye çevirisi anabilim dalı İngiliz dili olan bir dil uzmanına yaptırılmıştır. Geri çeviri orijinal ölçek ifadeleri ile karşılaştırılıp gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

### (b) İçerik Geçerliliği

İçerik geçerliliği, bir testin, bu testle ölçülmek istenen davranışları ne derece kapsadığıdır (13).

İçerik (kapsam) geçerliliğini sağlamak için yaygın şekilde iki yol izlenmektedir. Bunlardan birisi, "uzman kişiye danışmak" tır. Burada sözü edilen uzman kişi, testin hazırlandığı bilim alanını iyi bilen bir kişidir (107).

Yaşam kalitesi ölçeği Türkçe formu içerik geçerliliği açısından Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda görev yapan dört öğretim üyesine, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji ABD'da görevli üç öğretim üyesine ölçekteki herbir maddenin ölçme derecesini 100 puan üzerinden değerlendirmeleri için verilmiştir.

Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik geçerliliği gerçekleştirilmiştir. Ölçekteki 36 sorunun içerik geçerliliği için 7 uzmanın verdiği puanlara göre yapılan istatistiksel

analizde uzmanların soruların içeriği konusunda görüş birliğine vardıkları görülmüştür;  $W(35)=0,2356$ ,  $p<0.05$ . Ancak bazı maddelerin puanlarının düşük çıkması nedeniyle uzman görüşleri alınarak maddelerde gerekli düzeltmeler yapılmış ve ölçeğe son hali verilmiştir.

## **2. 5. 2. 1. 2. GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMALARI**

Güvenilirlik, aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır.

Güvenilirlik, şu yada bu şekilde hesaplanmış bir korelasyon katsayısı ( $r$ ) ile belirlenir ve sıfır ile bir arasında değişen değerler alır. Değer bir (1.00)'e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilir (75).

### **(a) Zamana Karşı Değişmezlik (Stabilite/Test-Tekrar Test Güvenilirliği)**

Zamana karşı değişmezlik ölçütü, herhangi bir şeyin benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümleri sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişkidir (75).

Testin tekrarı yönteminde iki farklı yol izlenir. 1) Test bir gruba aralıksız veya kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır. Buna "aralıksız yöntem" denir. 2) İki ila dört hafta gibi bir zaman aralığı ile iki kez uygulanır. Buna da "aralıklı yöntem" denir. Güvenilirliği bulmak için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlemle elde edilen korelasyon testin tekrar güvenilirlik katsayısını verir. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenilirliğin bulunmasında genelde "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Eşitliği" kullanılmaktadır (107).

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin güvenilirliğinin araştırıldığı bu çalışmada, test-tekrar test güvenilirliğini tespit etmek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır. Böylece ölçeğin ayrı ayrı olarak birinci ve ikinci uygulamalarının birbirleriyle tutarlılığı tespit edilmiş olmaktadır.

Bunun için ölçek araştırmanın evreni dışındaki bir hastanede (SSK İzmir Eğitim Hastanesi) poliklinik kontrollerine gelen 30 kalp yetmezlikli hastaya 15 gün ara ile iki kez uygulanmıştır.

**Tablo-7: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenilirlik Sonucu**

	<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. Uygulama</b>
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği 2. Uygulama</b>	,8759

Literatürde güvenilirliğin ,70-,80 olmasının ölçme aracının araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir (107).

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin birinci ve ikinci uygulamaları arasındaki test-tekrar test güvenilirlik katsayısı  $r = ,8759$  (Tablo-7) yeterli düzeyde yüksek elde edilmiştir.

Yeteri kadar yüksek bir korelasyon katsayısı, hem testten elde edilen ölçmelerin kararlılığını hem de ölçülen nitelikte, iki uygulama arasındaki zaman içinde fazla değişme olmadığını gösterir (13). Bu sonuçlara göre ölçeğin, zamansal süreçteki tutarlılığı yeterli düzeydedir. Yani yapılan test zaman içerisinde farklı sonuçlar vererek tutarsızlık göstermemektedir.

#### **(b) Ölçeğin İki-Yarım Test Güvenilirliği**

Test yarılama yönteminde test iki yarıya ayrılmaktadır. Testin bu iki yarısı ayrı ayrı puanlanmakta ve bireylerin iki yarıdan aldıkları puan arasındaki korelasyon bulunmaktadır. Testi yarılama yönteminde testi iki eşit parçaya bölmede “random”, “testin birinci yarısı ile ikinci yarısı” ya da “tek ve çift numaralı sorular” gibi üç yöntem kullanılmaktadır (107).

Araştırmada ölçeğin iki yarım test güvenilirlik katsayısını elde etmek için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ölçeğin ilk yarısı ve son iki yarısı, Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı ölçeğin tek ve çift numaraları şeklinde ayrılarak ve her iki yarı için ayrı ayrı olarak Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır (13,75).

**Tablo-8: Yaşam Kalitesi Ölçeği Birinci Uygulama İçin İki Yarım Test Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

İki yarı arasındaki korelasyon	,7827
Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı	,8539
Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı	,8781
18 maddelik 1. Yarı Alpha değeri	,7700
18 maddelik 2. Yarı Alpha değeri	,8600

**Tablo-9: Yaşam Kalitesi Ölçeği İkinci Uygulama İçin İki Yarım Test Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

İki yarı arasındaki korelasyon	,5487
Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı	,6231
Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı	,7086
18 maddelik 1. Yarı Alpha değeri	,7808
18 maddelik 2. Yarı Alpha değeri	,6193

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin hem birinci hem de ikinci uygulamaları için yeterli düzeyde yüksek Guttman Split-half, Spearman-Brown ve cronbach alfa güvenilirlik katsayıları elde edilmiştir. Sonuçlara göre yaşam kalitesi ölçeğinin tek ve çift numaralı maddelerinden oluşan iki yarısı birbirleriyle tutarlıdır ve ayrı ayrı güvenilirlikleri yüksektir.

### (c) Ölçeğin Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayıları

Cronbach alpha katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin bir ölçüsüdür. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır. Güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (13,75).

**Tablo-10: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Birinci Ve İkinci Uygulamalarındaki Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayıları**

	N	Madde Sayısı	Alpha
Yaşam Kalitesi Ölçeği 1. Uygulama	30	36	,90
Yaşam Kalitesi Ölçeği 2. Uygulama	30	36	,75

Cronbach Alpha katsayıları **Tablo-10'**da özetlendiği gibi oldukça yüksektir.

### (d) İç Tutarlılık (Madde Toplam Puan Korelasyonları)

Araştırmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin maddeleri için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmış, bu şekilde tek tek bütün maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir. Sonuçlar **Tablo-11** ve **Tablo-12'**de gösterilmiştir.

**Tablo-11: Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Uygulama İçin Madde Toplam Korelasyonu Sonuçları**

Maddeler	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı
Madde 01	50,1724	60,1478	,4102	,8982
Madde 02	49,5862	62,3227	,1051	,9021
Madde 03	49,7586	59,7611	,4163	,8981
Madde 04	50,0690	60,0665	,3745	,8988
Madde 05	50,1724	60,2192	,3994	,8983
Madde 06	50,1379	59,0517	,5507	,8960
Madde 07	50,1724	59,2906	,5410	,8963
Madde 08	49,8621	60,5517	,2921	,9002
Madde 09	50,3793	62,3153	,2588	,9002
Madde 10	50,2759	60,9212	,3768	,8987
Madde 11	49,7931	58,8128	,5350	,8962
Madde 12	49,9310	59,8522	,3809	,8987
Madde 13	50,2414	61,6182	,2224	,9006
Madde 14	50,2414	60,2611	,4523	,8977
Madde 15	49,7241	61,6355	,1693	,9019
Madde 16	50,2759	62,1355	,1536	,9013
Madde 17	50,1034	58,8103	,5645	,8958
Madde 18	50,0000	59,5714	,4247	,8980
Madde 19	50,0000	61,5714	,1635	,9022
Madde 20	49,9655	59,9631	,3686	,8989
Madde 21	49,8966	57,8818	,6420	,8943
Madde 22	49,9310	59,9236	,3716	,8989
Madde 23	50,1724	61,7192	,1753	,9015
Madde 24	49,8621	60,2660	,3291	,8996
Madde 25	49,8276	59,9335	,3767	,8988

Maddeler	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı
Madde 26	49,8276	58,0764	,6258	,8946
Madde 27	49,9655	58,1773	,6055	,8949
Madde 28	49,9655	57,7488	,6635	,8939
Madde 29	49,8276	58,0764	,6258	,8946
Madde 30	49,9655	57,5345	,6926	,8934
Madde 31	49,9310	57,7808	,6556	,8940
Madde 32	49,8966	58,7389	,5274	,8962
Madde 33	49,9310	59,0665	,4840	,8970
Madde 34	49,6552	59,0911	,5717	,8958
Madde 35	49,8621	62,0517	,1004	,9033
Madde 36	50,1034	58,5961	,5953	,8953

**N: 30; Madde Sayısı: 36; Alpha: ,90**

**Tablo-12: Yaşam Kalitesi Ölçeği İkinci Uygulama İçin Madde Toplam Korelasyonu Sonuçları**

Maddeler	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı
Madde 01	49,7241	79,4926	,4783	,7469
Madde 02	49,2069	83,3128	,0650	,7585
Madde 03	49,4138	81,4655	,2465	,7537
Madde 04	49,8621	80,4803	,4329	,7495
Madde 05	49,8276	81,1478	,3205	,7521
Madde 06	49,8621	79,2660	,6016	,7452
Madde 07	49,8966	81,0961	,3767	,7514
Madde 08	49,5172	81,1158	,2721	,7528
Madde 09	50,0345	82,9631	,2527	,7562
Madde 10	49,9310	81,9951	,2728	,7541
Madde 11	49,4483	79,8990	,4202	,7484
Madde 12	49,5862	79,6798	,4311	,7479
Madde 13	49,6207	83,0296	,0614	,7592
Madde 14	49,8276	80,9335	,3483	,7513
Madde 15	49,3103	80,9360	,3480	,7514
Madde 16	49,9655	82,8202	,1659	,7565
Madde 17	49,7931	79,0985	,5620	,7451
Madde 18	49,8621	82,6946	,1317	,7570
Madde 19	49,6207	80,9581	,2896	,7523
Madde 20	49,6207	80,7438	,3136	,7515
Madde 21	49,5517	78,5419	,5604	,7438
Madde 22	49,6552	77,8054	,6554	,7410
Madde 23	49,9655	81,1059	,4747	,7507
Madde 24	49,6552	82,8768	,0793	,7586
Madde 25	49,9655	83,6773	,0139	,7593



<b>Maddeler</b>	<b>Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması</b>	<b>Madde Çıktığında Ölçek Varyansı</b>	<b>Madde-Toplam Korelasyonu</b>	<b>Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı</b>
Madde 26	49,5172	78,1872	,6043	,7425
Madde 27	49,6207	78,1724	,6060	,7424
Madde 28	48,9310	51,4951	,3169	,8852
Madde 29	49,5862	77,8941	,6349	,7414
Madde 30	49,6897	78,7931	,5493	,7445
Madde 31	49,6207	77,9581	,6308	,7416
Madde 32	49,5517	79,3276	,4709	,7466
Madde 33	49,5862	80,3941	,3508	,7504
Madde 34	49,3103	79,9360	,4786	,7479
Madde 35	49,5172	83,4015	,0210	,7604
Madde 36	49,7586	80,3325	,3908	,7497

**N: 30; Madde Sayısı: 36; Alpha: ,75**

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin birinci ve ikinci uygulama sonuçlarında ifadelerin madde toplam puan korelasyon katsayıları **Tablo-11** ve **Tablo-12**'de gösterildiği gibi bulunmuştur. Madde toplam korelasyon katsayısı yükseldikçe (r) sorunun etkililik düzeyi artar, düştükçe düşer. r değerinin 0.20 olması hali minimum etkililik derecesi olarak kabul edilmektedir (107). Yaşam Kalitesi Ölçeğinin bazı maddelerinin toplam madde korelasyonu 0,20'nin altında saptanmıştır. Ancak ölçeğin bütününden elde edilen cronbach alpha güvenilirlik katsayısı yeterli derecede yüksek olduğu için (Birinci uygulama için 0,90 ve ikinci uygulama için 0,75) bu maddeler ölçekten çıkarılmadan gerçek örneklem grubuna (n: 102) uygulanmıştır.

### 2. 5. 3. SAĞLIĞIN ÖNEMİ ÖLÇEĞİ

Ölçek, Wallston ve arkadaşları tarafından Rokeach'ın 1973 yılında geliştirdiği 18 maddelik bireyin değer haritası (Value Survey) ölçeğinin dokuz maddesi alınarak, sağlık maddesinin eklenmesi ile 10 madde halinde 1976 yılında geliştirilmiştir. 1997 yılında M.Nihal (Özabacı) Esin tarafından İngilizce'den Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Esin çalışmasında ölçeği dört hafta arayla 50 sağlıklı bireye uygulamış ve test-retest korelasyonlarını değerlendirmiştir. Esin iki uygulama arasında yüksek korelasyon değerleri bulmuştur. Bu ölçek 1998 yılında da Nuray Enç tarafından kalp yetmezlikli hastalara uygulanmıştır. Enç çalışmasında tekrar geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapmamıştır.

Ölçek bireyin sağlığı ile ilgili iki değeri tanımlamayı sağlar. Biri mutluluk, özgürlük, rahat bir yaşam, başarı duygusu ile yaşamak gibi yaşam hedefleri içinde sağlığını hangi derecede gördüğünü belirler. Diğeri, bireyin yaşam hedeflerinin önem sırasını belirleyerek danışmanlık yapılmasını sağlar (45).

Sağlığın Önemi Ölçeği'nde 10 madde bulunmaktadır. Bireyden 10 maddeyi önem derecesine göre; her bir maddenin sol başına 1'den 10'a doğru sıralandırması istenmiştir. Sağlık maddesinin başına yazılan sayı 11'den çıkarılmıştır. Bulunan sayı ölçeğin puanını göstermektedir. En düşük puan 1, en yüksek puan 10 olarak değerlendirilmiştir. Yüksek puan yüksek sağlık değerine sahip şeklinde yorumlanmıştır (EK III).

## **2. 5. 4. KALP YETERSİZLİĞİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ**

1998 yılında Nuray Enç tarafından konu ile ilgili literatür taramaları yapılarak hazırlanmıştır. Bu ölçek kalp yetmezliği olan bireylerin sağlık davranışlarını saptamaya yönelik olarak 24 madde içermektedir .Enç ölçeğin kapsam geçerliliği için dört uzmanın görüşünü almıştır. Ölçeğin güvenilirliğini iç tutarlılık yöntemi ile sınımış ve güvenilirlik katsayısını 0.80 olarak bulmuştur (45).

Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4 Likert-tipli ölçek üzerinde yapılmaktadır. Puanlama 1'den 4'e kadardır. "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilerek sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Böylece ölçekten en düşük 24, en yüksek 96 puan alınmıştır. Değerlendirmede "düşük puanlar" da kalp yetmezliği sağlık davranışlarının yetersiz olduğu, "yüksek puanlar" da ise kalp yetmezliği sağlık davranışlarının yeterli olduğu şeklinde yorum yapılmıştır (EK IV).

Bu çalışmada Esin tarafından Türkçeleştirilen ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Sağlık Önemi Ölçeğinin ve Enç tarafından geçerlilik ve güvenilirliği saptanan Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeğinin tekrar geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmamıştır.

## **2. 5. 5. KALP YETMEZLİĞİ İLE YAŞAM EĞİTİM KİTAPÇIĞI**

Hasta ve aile eğitiminin, kalp yetmezliğinin yönetiminde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli olduğu düşüncesinden yola çıkılarak, araştırmaya katılan kalp yetmezlikli hastalar için araştırmacı tarafından ilgili literatürler incelenerek bir el kitapçığı hazırlanmıştır (EK VI).

Kitapçık; kalbin yapısı ve işlevlerini, kalp yetmezliğinin tanımını, nedenlerini, risk faktörlerini, belirtilerini, tedavisini ve uyulması gereken kuralları içermektedir.

Araştırma kapsamında verilen eğitim kitapçığının etkisi değerlendirilmemiştir. Ancak hastalardan alınan geri bildirimler; eğitim kitapçığının içeriğinde yer alan bilgilerin yaşamları üzerinde olumlu etki yaptığı şeklinde olmuştur.

## 2. 6. SORU FORMUNUN UYGULANMASI

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği'nden ve Kardiyoloji Anabilim Dalı'dan izin alınmıştır. Ayrıca sınırlamalara uyan hastalara araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında açıklamalarda bulunulmuş ve katılım için onayları alınmıştır. Araştırmanın örnekleme girebilmesi için gerekli özelliklere sahip olduğu belirlenen hastalara soru formu soru cevap yöntemi ile uygulanmış ve hastanın verdiği yanıtlar kendisinin yanında, araştırmacı tarafından yazılmıştır. Her hastaya soruları yanıtlaması için 30-40 dakika arasında süre tanınmıştır. Hasta ile ilgili bazı bilgiler hasta dosyasından ve hekiminden alınmıştır. Soruları yanıtladıktan sonra hastalara hazırlanan eğitim kitapçıkları verilmiştir. Okuma yazması olmayan hastaların eğitim kitapçıkları ise hasta ile ilgilenen aile üyesine verilmiştir.

## 2. 7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Soru formu; araştırmacı tarafından değerlendirilerek bilgisayar ortamında kodlandıktan sonra hata kontrolleri yapıp veriler istatistiksel analizler için hazır hale getirilmiştir.

Deneklerle ilgili tanıtıcı bilgilerin ve kullanılan ölçeklerin her bir maddesinin sayısı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Hasta Bilgi Formu'nda yer alan boy ve kiloyu gösteren 3. ve 4. sorular Beden Kitle İndeksi'ne göre değerlendirilmiştir.

Beden Kitle İndeksi (BMI) şöyle hesaplanmıştır (83):

Erişkin kişide BMI: Ağırlık (kg) / Boy (m.m)

<u>Sınıflama</u>	<u>BMI</u>
Zayıf	< 18.5
Normal	18.5-24.9
Fazla kilolu	> 25

Hasta bilgi formunda yer alan 16. soruda “günde kaç tane sigara içiyor sunuz?” sorusu, 18. soruda “ne sıklıkta ve ne kadar alkol alıyor sunuz?” sorusu, 24. soruda “kaç kez hastanede yattınız?” sorusu, 28.soruda “nasıl bir diyet önerildi?” sorusu, 30. soruda “önerilen diyete neden uymuyor sunuz?” sorusu, 32. soruda “nasıl bir egzersiz önerildi?” sorusu, 34. soruda “önerilen egzersizi yapmama nedeniniz nedir?” sorusu, 35. soruda “egzersiz yapma sıklığınız nedir?” sorusu, 36. soruda “egzersiz türünüz nedir?”

sorusu, 37. soruda “egzersiz süreniz ne kadardır?” sorusu, 38. soruda “hangi ilaçları kullanıyor sunuz?” sorusu, 43. soruda “ne sıklıkta kilo kontrolü yapıyor sunuz?” sorusu hastalara açık uçlu olarak yöneltilmiştir. Bu sorulardan elde edilen veriler hastalardan gelen yanıtlar doğrultusunda sınıflandırılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca 47. ve 48. sorularda yer alan bilgiler hastanın hekimine danışılarak yada dosyası ve raporları incelenerek elde edilmiş ve yine sonuçlar doğrultusunda gruplandırma yapılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı versiyon 10.0 kullanılmıştır.

Soru formunda yer alan sosyo-demografik değişkenler ve hastalığa ilişkin değişkenlerin, Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ve Sağlık Davranışları Ölçeğinin maddelerinin sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

Daha sonra da Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sağlık Davranışları Ölçeği ve Sağlığın Önemi Ölçeği'nin toplam puan ortalamaları hesaplanmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sağlık Davranışları Ölçeği ve Sağlığın Önemi Ölçeği'nin toplam puan ortalamaları ile sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak için “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” istatistiksel analiz yöntemi kullanılmıştır. Yaşam kalitesi ve sağlık davranışları puan ortalamalarının sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikler ile karşılaştırılması sonucu elde edilen farklılıkların kaynağının hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için “Tukey-HSD Post Hoc” testi kullanılmıştır.

## **2. 8. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER**

Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesi, sağlıklarına verdikleri önem ve sağlık davranışları bağımlı değişkenlerdir. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinden; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, beden kitle indeksi, hastalığa ilişkin özelliklerden; kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı, kalp yetmezliği nedeniyle hastanede yatma durumu, diyetle uyuma durumu, egzersiz yapma durumu, ilaçları reçeteye göre kullanma durumu, düzenli doktor kontrollerine gitme durumu, KY'nin fonksiyonel sınıflaması, sol ventrikül EF değeri, pulmoner basınç, sağlığı algılama durumu gibi değişkenler de bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

## **2. 9. SÜRE VE OLANAKLAR**

Eylül 2000-Şubat 2001 döneminde araştırma planı yapılmış, ilgili literatürler taranmış ve ölçeklerin geçerliliği test edilmiştir. Araştırma 28 Mart 2001 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için Nisan-Mayıs 2001 tarihleri arasında araştırmanın ön uygulaması yapılmıştır. Veriler Mayıs 2001-Kasım 2001 tarihleri arasında altı aylık bir dönemde toplanmıştır. Aralık 2001-Mayıs 2002 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanan verilerin değerlendirme çalışmaları yürütülerek, araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur



## FAALİYETLER

Literatür Tarama



Danışman İle Toplantı  
(Tez Konusunu Belirleme)



Soru Formunu Hazırlama ve Ölçeklerin  
Geçerliliğini Test etme



Tez Önerisi Sunumu



Veri Toplama



Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi



Rapor Yazımı

Tez Sunumu

Araştırmanın Zamanlaması

## BÖLÜM III

### BULGULAR

#### 3. 1. KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Tablo-13: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b><u>Cinsiyet</u></b>		
Kadın	27	26,5
Erkek	75	73,5
<b><u>Yaş Grubu</u></b>		
60 yaş ve altı	38	37,3
61-70 yaş	30	29,4
71 yaş ve üstü	34	33,3
<b><u>Medeni Durum</u></b>		
Evli	85	83,3
Dul	17	16,7
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>		
Okur-yazar değil	8	7,8
Okur-yazar	7	6,9
İlkokul mezunu	32	31,4
Ortaokul mezunu	15	14,7
Lise mezunu	27	26,5
Fakülte/Yüksekokul mezunu	13	12,7
<b><u>Çalışma Durumu</u></b>		
Çalışan	8	7,8
Çalışmayan	94	92,2
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>



Özellikler	Sayı	%
<b><u>Sağlık Güvencesi</u></b>		
Yok	6	5,9
Emekli sandığı	71	69,6
Yeşil kart	2	2,0
SSK	12	11,8
Bağkur	11	10,8
<b><u>Gelir Durumu</u></b>		
Gelir giderden az	31	30,4
Gelir gidere denk	65	63,7
Gelir giderden fazla	6	5,9
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

Tablo-13’de araştırma kapsamına alınan hastalara ilişkin bazı tanıtıcı özellikler verilmiştir. Hastaların % 73,5’i erkek, % 26,5’i ise kadınlardan oluşmaktadır. Hastaların % 37,3’ü 60 yaş ve altı, % 29,4’ü 61-70 yaş arası, %33,3’ü 71 yaş ve üstü yaş grubunu oluşturmaktadır. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında; % 83,3’ünün evli, % 16,7’sinin ise dul olduğu görülmektedir. Tablo-13’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan hastaların % 31,4’ü ilkokul mezunu, % 26,5’i lise mezunu ve % 92,2’si çalışmamaktadır. Sosyal güvence açısından dağılımlar incelendiğinde; % 69,6’sının emekli sandığı, % 11,8’inin de SSK’dan yararlandığı saptanmıştır. Hastalara “geliriniz giderinize göre ne durumdadır?” sorusu yöneltildiğinde; % 30,4’ü gelirinin giderden az, % 63,7’si gelirinin gidere denk ve % 5,9’u da gelirinin giderden fazla olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo-14: Hastaların Yaşam Şekli, Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b><u>Yaşam Şekli</u></b>		
Yalnız	9	8,8
Eşle birlikte	49	48,0
Eş ve çocuklar	35	34,3
Diğer	9	8,8
<b><u>Bakımla İlgilenen Biri</u></b>		
Var	97	95,1
Yok	5	4,9
<b><u>Sigara Alışkanlığı</u></b>		
Evet	6	5,9
Hayır	33	32,4
Bıraktım	63	61,8
<b><u>Alkol Alışkanlığı</u></b>		
Evet	6	5,9
Hayır	64	62,7
Bıraktım	32	31,4
<b><u>Beden Kitle İndeksi</u></b>		
Zayıf	6	5,9
Normal	44	43,1
Fazla kilolu	52	51,0
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam şekilleri incelendiğinde; % 48,0'inin eşi ile birlikte, % 34,3'ünün eş ve çocuklar ile birlikte yaşadığı görülmektedir. "Bakımınızla ilgilenen biri var mı?" sorusuna hastaların % 95,1'i evet yanıtını verirken, % 4,9'u hayır yanıtını vermiştir. Hastaların % 5,9'unun sigara alışkanlığının olduğu, %32,4'ünün hiç sigara içmediği, % 61,8'inin ise daha önce sigara içtiği fakat bıraktığı

saptanmıştır. Alkol alışkanlığı açısından dağılımlara bakıldığında; hastaların % 62,7'sinin hiç alkol alışkanlığı olmadığı, % 31,4'ünün ise daha önceden alkol kullandığı ama bıraktığı görülmektedir (Tablo-14). Ayrıca Tablo-14'de hastaların beden yapılarına göre dağılımları gösterilmiştir. Hastaların % 5,9'unun zayıf, % 43,1'inin normal, % 51,0'inin ise fazla kilolu olduğu saptanmıştır.



### 3. 2. HASTALARIN HASTALIĞA İLİŞKİN BULGULARI

**Tablo-15: Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b><u>Kalp Yetmezliği Tanısının Belirlenme Zamanı</u></b>		
6-12 ay	29	28,4
13-24 ay	14	13,7
25 ay ve üstü	59	57,8
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Kalp Yetmezliği Dışındaki Hastalık</u></b>		
Hipertansiyon	39	30,5
Diabetes Mellitus	33	25,8
Solunum Sistemi Hastalıkları	11	8,6
Gastrointestinal Sistem Problemleri	5	3,9
Başka Bir Hastalığı Yok	36	28,1
Diğer	4	3,1
<b>Toplam</b>	<b>128 *</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Hastanede Yatma Durumu</u></b>		
Yatan	72	70,6
Yatmayan	30	29,4
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Hastanede Yatma Sayısı</u></b>		
Bir kez	21	29,2
İki kez	20	27,8
Üç kez	6	8,3
Dört kez ve üstü	25	34,7
<b>Toplam</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>

\* Soruya birden fazla yanıt verildiği için n sayısı değişmiştir

Hastaların hastalık süreleri incelendiğinde; % 28,4'ünün 6-12 aydır, % 13,7'sinin 13-24 aydır, % 57,8'inin ise 25 aydan fazla süredir kalp yetmezliği tanısı ile yaşadıkları saptanmıştır. “Kalp yetmezliği dışında herhangi bir hastalığınız var mı?” sorusuna hastaların % 30,5'i Hipertansiyon, % 25,8'i Diabetes Mellitus, % 8,6'sı Solunum Sistemi Hastalıkları, % 3,9'u Gastrointestinal Sistem Problemleri yanıtını verirken, % 28,1'i kalp yetmezliği dışında başka bir hastalığının olmadığını belirtmiştir. Hastanede yatma durumları incelendiğinde; hastaların % 70,6'sının kalp yetmezliği nedeniyle daha önceden hastanede yattığı ve % 34,7'sinin dört kezden fazla, % 29,2'sinin bir kez, % 27,8'inin iki kez, % 8,3'ünün ise üç kez hastanede yattığı saptanmıştır (Tablo-15).

**Tablo-16: Hastaların Ailelerinde Kalp Hastası Bulunma Durumlarına ve Ailesinde Kalp Hastası Olan Hastaların Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b><u>Ailede Kalp Hastası</u></b>		
Var	51	50,0
Yok	51	50,0
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Hastanın Yakınlık Derecesi</u></b>		
1. derece yakın	48	94,1
2. derece yakın	3	5,9
<b>Toplam</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Tablo-16'da görüldüğü gibi hastaların 51'i (% 50,0) ailesinde kalp hastalığı olduğunu belirtirken, 51'i (% 50,0) ailesinde kalp hastalığının olmadığını belirtmiştir. Ailesinde kalp hastalığı olduğunu belirten hastaların % 94,1'inin birinci dereceden yakınının kalp hastası olduğu saptanmıştır.

**Tablo-17: Hastaların En Fazla Rahatsızlık Duydukları Semptomlara Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b><u>Rahatsız Eden Semptomlar</u></b>		
Diüretikle ilgili semptomlar	2	1,4
Solunum sıkıntısı	72	50,7
Ödem	13	9,2
Denge kaybı/düşme	1	0,7
Göğüs ağrısı	8	5,6
Yorgunluk/güçsüzlük	14	9,9
Sıkıntılı uyku	10	7,0
Fiziksel aktivitelerde zorluk	20	14,0
Kilo kaybı	2	1,4
<b>Toplam</b>	<b>142 *</b>	<b>100,0</b>

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

Araştırma kapsamına alınan 102 hastanın rahatsızlık duyduğu semptomlar incelendiğinde; % 50,7'sinin solunum sıkıntısından, % 14,0'ünün fiziksel aktivitelerdeki zorluktan, % 9,9'unun yorgunluk/güçsüzlükten, % 7,0'ının sıkıntılı uykudan, % 9,2'sinin ödemden, % 5,6'sının ise göğüs ağrısından rahatsızlık duyduğu görülmektedir (Tablo-17).

**Tablo-18: Hastaların Kalp Yetmezliği Nedeniyle Kısıtlanan Aktivitelerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b><u>Kısıtlanan Aktiviteler</u></b>		
Motorlu taşıt/otomobil kullanmak	3	1,9
Ev işi yapmak	20	12,3
Çabuk ve acele davranabilme yeteneği	31	19,1
Egzersiz yapmak	11	6,8
Cinsel yaşantı	3	1,9
Yokuş yukarı veya merdiven çıkma	75	46,3
Güç ve enerji isteyen aletleri kullanma	15	9,2
Kişisel bakım	4	2,5
<b>Toplam</b>	<b>162 *</b>	<b>100,0</b>

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

Tablo-18'de araştırma kapsamına alınan hastaların kısıtlanan aktivitelerine göre dağılımı gösterilmiştir. Hastaların % 46,3'ünün yokuş yukarı veya merdiven çıkmada, % 19,1'inin çabuk ve acele davranabilme yeteneğinde, % 12,3'ünün ev işi yapmada, % 9,2'sinin güç ve enerji isteyen aletleri kullanmada, % 6,8'inin egzersiz yapmada, % 1,9'unun cinsel yaşantıda kısıtlandıkları saptanmıştır.

**Tablo-19: Hastaların Diyet Önerilme Durumlarına ve Önerilen Diyete Uyma Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b><u>Diyet Önerilme</u></b>		
Önerilen	96	94,1
Önerilmeyen	6	5,9
<b><u>Diyete Uyma Durumu</u></b>		
Uyan	40	39,2
Kısmen uyan	38	37,3
Uymayan	24	23,5
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

Tablo-19’da görüldüğü gibi hastaların % 94,1’ine doktor tarafından diyet önerildiği ve diyet önerilen hastaların % 39,2’sinin bu diyete aynen uyduğu, % 37,3’ünün kısmen uyduğu ve % 23,5’inin önerilen diyete uymadığı saptanmıştır.



**Tablo-20: Hastaların Egzersiz Önerilme Durumlarına ve Yapılan Egzersizin Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b><u>Egzersiz Önerilme</u></b>		
Önerilen	51	50,0
Önerilmeyen	51	50,0
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Egzersiz Yapma Durumu</u></b>		
Yapan	47	46,1
Yapmayan	55	53,9
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Egzersiz Yapma Sıklığı</u></b>		
Her gün	40	85,1
İki günde bir	2	4,3
Haftada bir	5	10,6
<b>Toplam</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Yapılan Egzersiz türü</u></b>		
Yürüyüş	47	100,0
<b>Toplam</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Yapılan Egzersizin Süresi</u></b>		
15 dakikadan az	21	44,7
15-30 dakika	13	27,6
30 dakikadan fazla	13	27,6
<b>Toplam</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>

Tablo-20’de hastalara egzersiz önerilme durumunun, egzersiz yapma durumunun, egzersiz yapma sıklığının, yapılan egzersiz türünün ve süresinin dağılımları görülmektedir. Bu dağılımlar incelendiğinde; hastaların % 50,0’sine egzersiz önerildiği ve önerilen egzersizi % 46,1’inin yaptığı, % 53,9’unun ise yapmadığı görülmektedir. Egzersiz yapan 47 hastanın (% 46,1) % 85,1’i önerilen egzersizi her gün, % 10,6’sı ise

haftada bir yaptığını belirtmiştir. Yapılan egzersiz türünün % 100,0 oranında yürüyüş olduğu ve hastaların % 44,7'sinin 15 dakikadan az süreyle, % 27,6'sının ise 30 dakikadan fazla süreyle bu egzersizi yaptığı saptanmıştır.

**Tablo-21: Hastaların Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b><u>Kullanılan İlaçlar</u></b>		
Diüretik	86	16,5
Nitrat/Vazodilatör	71	13,7
Digoxin	72	13,8
ACE inhibitörü	49	9,4
Beta Bloker	6	1,2
Antiagregan/antikoagulan	95	18,3
IV İnotropik	21	4,0
Antiaritmik	9	1,7
Antihipertansif	35	6,7
Diğer	76	14,6
<b>Toplam</b>	<b>520 *</b>	<b>100,0</b>

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

Tablo-21'de görüldüğü gibi hastaların % 18,3'ü antiagregan/antikoagulan, % 16,5'i diüretik, % 13,8'i digoxin, % 13,7'si vazodilatör, % 9,4'ü ACE inhibitörü, % 6,7'si antihipertansif; % 4,0'ı IV inotropik, % 1,7'si antiaritmik, % 1,2'si beta bloker ve % 14,6'sı diğer ilaçları kullanmaktadır.

**Tablo-22: Hastaların Kullandıkları İlaçların Etkilerini Bilme ve İlaçları Reçeteye Göre Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b><u>İlaçların Etkilerini Bilme</u></b>		
Bilen	10	9,8
Bilmeyen	73	71,6
Kısmen Bilen	19	18,6
<b><u>İlaçları Reçeteye Göre Kullanma</u></b>		
Her zaman	42	41,2
Çoğunlukla	48	47,1
Bazen	12	11,8
Hiçbir zaman	1	1,0
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan hastaların % 71,6'sının kullandıkları ilaçların etkisini bilmedikleri, % 18,6'sının kısmen bildiği, % 9,8'inin ise bildiği Tablo-22'deki dağılımlarda görülmektedir. Hastaların ilaçları belirtildiği gibi kullanma durumları incelendiğinde; % 47,1'inin ilaçlarını çoğunlukla, % 41,2'sinin ise her zaman belirtildiği şekilde kullandıkları görülmektedir.

**Tablo-23: Hastaların Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme ve Düzenli Kilo Kontrolü Yapma Durumlarına Göre Dağılımı**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b><u>Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme</u></b>		
Giden	67	65,7
Gitmeyen	35	34,3
<b><u>Düzenli Kilo Kontrolü Yapma</u></b>		
Yapan	43	42,1
Yapmayan	59	57,8
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Kilo Kontrolü Yapma Sıklığı</u></b>		
Her gün	9	20,9
İki üç günde bir	7	16,3
Haftada bir	13	30,2
15 günde bir	8	18,6
Ayda bir	6	13,9
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

Hastalara “düzenli doktor kontrollerine gidiyor musunuz?” sorusu yöneltildiğinde, % 65,7’si bu soruya evet, % 34,3’ü ise hayır yanıtını vermiştir. Düzenli kilo kontrolü yapma durumu incelendiğinde ise hastaların % 57,8’i düzenli kilo kontrolü yapmadığını, % 42,1’i ise yaptığını belirtmiştir. Kilo kontrolü yapan hastaların % 30,2’si haftada bir, % 20,9’u her gün, % 18,6’sı 15 günde bir; % 16,3’ü iki-üç günde bir, % 13,9’u ise ayda bir kilo kontrolü yaptığını belirtmiştir (Tablo-23).

**Tablo-24: Hastaların Kalp Yetmezliği Sınıfı, Kalp Yetmezliği Nedeni, Ejeksiyon Fraksiyon Değeri ve Pulmoner Basınçlarına Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b><u>Kalp Yetmezliği Sınıfı</u></b>		
NYHA-I	2	2,0
NYHA-II	51	50,0
NYHA-III	35	34,3
NYHA-IV	14	13,7
<b><u>Kalp Yetmezliğinin Nedeni</u></b>		
İskemik kalp hastalığı	70	68,6
Kapak hastalığı	11	10,8
Hipertansiyon	7	6,9
Kardiyomyopati	12	11,8
Diğer (Myokardit,Perikardit,Konjenital vb)	2	2,0
<b><u>Ejeksiyon Fraksiyonu</u></b>		
% 19 ve altı	5	4,9
% 20-30	65	64,4
% 31-40	32	31,7
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Pulmoner Basıncı</u></b>		
Normal	44	52,4
HPHT	21	25,0
OPHT	18	21,4
CPHT	1	1,2
<b>Toplam</b>	<b>84 *</b>	<b>100,0</b>

Hastaların % 50,0'sinin New York Kalp Derneği sınıflamasına göre NYHA II. grupta, % 34,3'ünün NYHA III. grupta, % 13,7'sinin NYHA IV. grupta ve % 2,0'sinin ise NYHA I. grupta yer aldığı görülmektedir. Hastaların kalp yetmezliğinin nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; % 68,6'sında kalp yetmezliğinin iskemik kalp hastalığına bağlı, % 10,8'inde kapak hastalığına bağlı, % 11,8'inde kardiyomyopatiye bağlı, % 6,9'unda hipertansiyona bağlı, % 2,0'sinde ise diğer nedenlere bağlı geliştiği görülmektedir. Hastaların ejeksiyon fraksiyon değerleri incelendiğinde; % 4,9'unda ejeksiyon fraksiyonu (EF)'nun % 19 ve altında, % 64,4'ünde % 20-30 arasında, % 31,7'sinde ise % 31-40 arasında olduğu görülmektedir.

(\*): Araştırmaya alınan 102 hastadan ancak 84'ünün pulmoner basınç değerlerine ulaşılmıştır. Bu nedenle %'ler 84 hasta üzerinden alınmıştır.

Hastaların % 52,4'ünde ekokardiyografi raporunda pulmoner basınç normal olarak değerlendirilmiş, % 25,0'inde hafif pulmoner hipertansiyon ve % 21,4'ünde orta pulmoner hipertansiyon olduğu belirtilmiştir (Tablo-24).

**Tablo-25: Hastaların Aile, Arkadaş İlişkilerine ve Sağlık Durumunu Algulamalarına Göre Dağılımı**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b><u>Aile İlişkileri</u></b>		
Çok iyi	33	32,4
İyi	59	57,8
Kötü	9	8,8
Çok kötü	1	1,0
<b><u>Arkadaş İlişkileri</u></b>		
Çok iyi	32	31,4
İyi	65	63,7
Kötü	4	3,9
Çok kötü	1	1,0
<b><u>Sağlık Durumunu Algılama</u></b>		
Çok iyi	8	7,8
İyi	60	58,8
Kötü	26	25,5
Çok kötü	8	7,8
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

Hastalar aile ilişkileri açısından incelendiğinde; hastaların % 32,4'ü aile ilişkilerinin çok iyi, % 57,8'i iyi, % 8,8'i ise kötü olduğunu belirtmiştir. Hastaların % 31,4'ünün arkadaş ilişkileri çok iyi, % 63,7'sinin iyi, % 3,9'unun da kötü olarak değerlendirilmiştir. "Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyor sunuz?" sorusuna, hastaların % 7,8'i çok iyi, % 58,8'i iyi, % 25,5'i kötü, % 7,8'i ise çok kötü yanıtını vermiştir (Tablo-25).

### 3. 3. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğine verdikleri yanıtların sayı ve % dağılımları Tablo 26'da gösterilmiştir.

**Tablo-26: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı**

Maddeler	Doğru		Yanlış	
	N	%	N	%
Bacaklarımdaki yorgunluktan şikayetçiyim	75	73,5	27	26,5
Bulantıdan şikayetçiyim	31	30,4	71	69,6
Bacaklarımdaki şişliklerden şikayetçiyim	30	29,4	72	70,6
Dışarı çıkarsam nefes darlığı olacağından korkuyorum	51	50,0	51	50,0
Çok iş yaptığımda nefes darlığı olacağından korkuyorum	72	70,6	30	29,4
En küçük fizik egzersizde bile nefessiz kalıyorum	64	62,7	38	37,3
İş yaparken kendimi zorlamaktan korkuyorum	84	82,4	18	17,6
Giyinmem ve yıkanmam uzun zaman alıyor	55	53,9	47	46,1
Koşmada, örneğin otobüse yetişmede, zorlanıyorum	93	91,2	9	8,8
Yürüyüş ve egzersizde zorlanıyorum	84	82,4	18	17,6
Çocuklar yada torunlar ile oynarken zorlanıyorum	12	11,8	90	88,2
Bahçe işlerinde ve elektrik süpürgesi kullanırken zorlanıyorum	51	50,0	51	50,0
Kendimi bitkin hissediyorum	85	83,3	17	16,7
Enerjimin azaldığını hissediyorum	85	83,3	17	16,7
Uykulu veya uyuşuk hissediyorum	36	35,3	66	64,7
Daha çok dinlenmeye ihtiyacım var	75	73,5	27	26,5
Yaptığım her şey güç gerektiriyor	75	73,5	27	26,5
Kaslarımı güçsüz hissediyorum	70	68,6	32	31,4
Kolayca üşütüyorum	41	40,2	61	59,8
Gece boyunca sık sık uyanıyorum	74	72,5	28	27,5



Maddeler	Doğru		Yanış	
	N	%	N	%
İşe yaramaz hale geldim	61	59,8	41	40,2
Kendimi engellenmiş hissediyorum	74	72,5	28	27,5
Sinirli hissediyorum	80	78,4	22	21,6
Her an kötü bir şey olacakmış gibi geliyor	47	46,1	55	53,9
Kendimi rahat hissetmiyorum (Huzursuzum)	58	56,9	44	43,1
Yaşamımı kontrol edemiyorum	47	46,1	55	53,9
Yaşamdan zevk alamıyorum	60	58,8	42	41,2
Kendime olan güvenimi kaybettim	53	52,0	49	48,0
Düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmede zorlanıyorum	59	57,8	43	42,2
Gitmeyi istediğim yerler var, fakat gidemiyorum	78	76,5	24	23,5
Tatile çıkmamın kalp hastalığımı kötüleştirmesinden korkuyorum	72	70,6	30	29,4
Yaşam biçimimi değiştirmek zorunda kaldım	71	69,6	31	30,4
Ailevi görevlerimi yapmada sınırlamalarım var	48	47,1	54	52,9
Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum	34	33,3	68	66,7
Sürekli kalp ilacı almayı gerçekten sıkıcı buluyorum	41	40,2	61	59,8
Yapmak istediğim şeyleri yapamıyorum.	83	81,4	19	18,6

Hastalar “ kalp hastalığımız nedeniyle bacaklarınızda yorgunluk şikayeti oluyor mu?” sorusuna % 73,5 oranında evet yanıtını vermişlerdir. “Bulantı şikayetiniz oluyor mu?” sorusuna hastaların % 30,4’ü evet yanıtını verirken, % 69,6’sı hayır yanıtını vermiştir. “Bacaklarımızdaki şişliklerden şikayetçi misiniz?” sorusuna hastalar % 70,6 oranında hayır değilim yanıtını verirken, “dışarı çıktığımızda nefes darlığı olacak korkusu yaşıyor musunuz?” sorusuna % 50,0 oranında evet bu korkuyu yaşıyorum yanıtını vermişlerdir. “Çok iş yaptığınızda nefes darlığı olacak korkusu yaşıyor musunuz?” sorusunu hastaların % 70,6’sı evet yaşıyorum şeklinde yanıtlarken, “en küçük fizik egzersizde bile nefessiz kalıyor musunuz?” sorusunu da hastalar % 62,7 oranında evet şeklinde yanıtlamıştır. Hastaların % 82,4’ü “iş yaparken kendinizi zorlamaktan korkuyor musunuz?” sorusunu evet korkuyorum şeklinde, “giyinme ve yıkanmanız kalp hastalığınız nedeniyle uzun zaman alıyor mu?” sorusunu ise % 53,9’u

evet uzun zaman alıyor şeklinde yanıtlamışlardır. Hastaların % 91,2'si koşmada, % 82,4'ü yürüyüş ve egzersizde zorlandığını belirtirken, % 88,2'si çocuklar veya torunlar ile oynarken, % 50,0'si bahçe işlerinde ve elektrik süpürgesi kullanırken zorlanmadığını belirtmiştir. “Kendinizi kalp hastalığınız nedeniyle bitkin hissediyor musunuz?” sorusuna hastaların % 83,3'ü evet, “enerjinizin azaldığını hissediyor musunuz?” sorusuna ise yine % 83,3'ü evet yanıtını vermiştir. Hastaların % 64,7'si kendilerini kalp hastalıkları nedeniyle uykulu veya uyuşukluk hissetmediğini belirtirken, % 73,5'i daha çok dinlenme ihtiyacı duyduğunu, yine % 73,5'i yaptığı herşeyin güç gerektirdiğini, % 68,6'sı kaslarını güçsüz hissettiğini belirtmiştir. “Kalp hastalığınız nedeniyle kolayca üşütüp hasta oluyor musunuz?” sorusuna hastaların % 59,8'i hayır yanıtını vermiştir. “Gece boyunca sık sık uyanıyor musunuz?” sorusunu hastaların % 72,5'i evet, “hastalığınız nedeniyle işe yaramaz hale geldiğinizi düşünüyor musunuz?” sorusunu % 59,8'i evet, “kendinizi engellenmiş hissediyor musunuz?” sorusunu da % 72,5'i evet şeklinde yanıtlamıştır. Hastalar % 78,4 oranında kalp hastalığınız nedeniyle kendimi sinirli hissediyorum derken, % 53,9'u her an kötü bir şey olacakmış hissini taşımadıklarını, % 56,9'u kendilerini huzursuz hissettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların % 46,1'i yaşamlarını kontrol edemediklerini, % 58,8'i yaşamdan zevk alamadıklarını, % 52,0'si kendilerine olan güvenlerini kaybettiklerini, % 57,8'i düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmekte zorlandıklarını, % 76,5'i gitmeyi istedikleri yerler olduğunu fakat gidemediklerini, % 70,6'sı ise tatile çıkmanın kalp hastalıklarını kötüleştireceğinden korktuklarını belirtmiştir. “Kalp hastalığınız nedeniyle yaşam şeklinizi değiştirmek zorunda kaldınız mı?” sorusunu hastalar % 69,6 oranında evet şeklinde yanıtlamışlardır. Hastalar % 52,9 oranında ailevi görevlerini yerine getirmede sınırlılık yaşamadıklarını, % 66,7 oranında kendilerini başkalarına bağımlı hissetmediklerini, % 59,8 oranında ise sürekli kalp ilacı içmenin sıkıcı olmadığını belirtmişlerdir. Hastaların % 81,4'ü “kalp hastalığınız yapmak istediğiniz şeyleri yapamamanıza neden oluyor mu?” sorusunu ise evet şeklinde yanıtlamışlardır (Tablo 26).

### 3. 3. 1. YAŞAM KALİTESİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo-27: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Cinsiyet	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Kadın	27	46,2593	7,7737	10,148	002
Erkek	75	51,8133	7,7663		
Toplam	102	50,3431	8,1124		

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 50,3431 olarak saptanmıştır. Bu sonuç hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo-27’de hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Kadın hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 46,2593, erkek hastaların ise 51,8133 olarak saptanmıştır.

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizinde (ANOVA) hastaların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F: 10,148 ;  $p < 0,05$ ).

**Tablo-28: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Yaş Grubu	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
60 yaş ve altı	38	51,4474	10,3394	1,039	,358
61-70 yaş	30	48,6333	5,7565		
71 yaş ve üstü	34	50,6176	6,9501		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>50,3431</b>	<b>8,1124</b>		

Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo-28'de gösterilmiştir. 60 yaş ve altı grupta yer alan hastaların puan ortalaması 51,4474, 61-70 yaş arası grupta yer alan hastaların 48,6333 ve 71 yaş ve üstü grupta yer alan hastaların ise 50,6176 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde hastaların yaş grupları ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 1,039 ; p > 0,05).

**Tablo-29: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Eğitim Durumu	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Okur-yazar değil	8	42,8750	4,9117	3,853	,003
Okur-yazar	7	44,8571	5,9281		
İlkokul mezunu	32	50,3438	6,9264		
Ortaokul mezunu	15	49,0667	7,2157		
Lise mezunu	27	52,2593	8,9425		
Fakülte/Yüksekokul mezunu	13	55,3846	8,4709		
Toplam	102	50,3431	8,1124		

Tablo 29'da görüldüğü gibi okur yazar olmayan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 42,8750, okur yazar olanların 44,8571, ilkokul mezunu olanların 50,3438, ortaokul mezunu olanların 49,0667, lise mezunu olanların 52,2593, fakülte/yüksekokul mezunu olanların ise 55,3846 olarak saptanmıştır

Yapılan varyans analizinde hastaların eğitim durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F: 3,853 ; p < 0,05).

Tukey –HSD Post Hoc Testi sonucuna göre ise; yaşam kalitesi toplam puanları açısından okur yazar olmayanlarla lise mezunları arasında, okur yazar olmayanlarla fakülte mezunları arasında ve okur yazar olanlarla fakülte mezunları arasında farklılık bulunmaktadır.

**Tablo-30: Hastaların Beden Kitle İndekslerine Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Beden Kitle İndeksi	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Zayıf	6	45,3333	4,1312	1,429	,244
Normal	44	51,2273	8,4492		
Fazla kilolu	52	50,1731	8,0506		
Toplam	102	50,3431	8,1124		

Tablo-30'da görüldüğü gibi beden kitle indeksine göre zayıf olarak değerlendirilen hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 45,3333, normal olarak değerlendirilen hastaların 51,2273 ve fazla kilolu olarak değerlendirilen hastaların 50,1731 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde yaşam kalitesi puan ortalaması ile beden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 1,429 ; p > 0,05).

### 3. 3. 2. YAŞAM KALİTESİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo-31: Hastaların Kalp Yetmezliği Tanısının Belirlenme Zamanına Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Kalp Yetmezliği Tanısının Belirlenme Zamanı	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
6-12 ay	29	51,7586	9,5119	3,447	,036
13-24 ay	14	54,2857	9,1183		
25 ay ve üstü	59	48,7119	6,6955		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>50,3431</b>	<b>8,1124</b>		

Tablo-31’de kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. 6-12 aydır kalp yetmezliği olan hastaların puan ortalaması 51,7586, 13-24 aydır kalp yetmezliği olan hastaların puan ortalaması 54,2857 ve 25 ay ve daha uzun zamandır kalp yetmezliği olan hastaların puan ortalaması da 48,7119 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde hastaların kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F: 3,447 ;  $p > 0,05$ ).

**Tablo-32: Hastaların Hastanede Yatma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Hastanede Yatma Durumu	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Yatan	72	48,8472	7,8966	8,982	,003
Yatmayan	30	53,9333	7,5928		
Toplam	102	50,3431	8,1124		

Tablo 32’ de hastanede yatan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamasının 48,8472, hastanede yatmayan hastaların ise puan ortalamasının 53,9333 olduğu görülmektedir

Yapılan varyans analizinde hastaların hastanede yatma durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırılmış ve hastanede yatan ve yatmayan hastaların puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F: 8,982 ; p < 0,05).



**Tablo-33: Hastaların Diyete Uyma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Diyete Uyma Durumu	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Uyan	40	49,8750	8,6830	2,388	,097
Kısmen uyan	38	52,3684	7,7195		
Uymayan	24	47,9167	7,2106		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>50,3431</b>	<b>8,1124</b>		

Hastaların diyete uyma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı Tablo-33'de gösterilmiştir. Diyetine uyan hastaların puan ortalaması 49,8750 bulunurken, kısmen uyan hastaların 52,3684 ve uymayan hastaların 47,9167 olarak bulunmuştur.

Yapılan varyans analizinde diyetine uyan, kısmen uyan ve uymayan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F: 2,388 ;  $p > 0,05$ ).

**Tablo-34: Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Egzersiz Yapma Durumu	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Yapan	45	53,9556	7,6246	18,778	,000
Yapmayan	57	47,4912	7,3658		
Toplam	102	50,3431	8,1124		

Yaşam kalitesi ölçeğinden egzersiz yapan hastalar 53,9556 puan alırken, egzersiz yapmayan hastalar 47,4912 puan almıştır.

Hastaların egzersiz yapma durumu ile yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki varyans analizine göre değerlendirildiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F: 18,778 ;  $p < 0,05$ ) (Tablo-34).

**Tablo-35: Hastaların İlaçları Reçetede Belirtildiği Gibi Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

İlaçların Reçeteye Göre Kullanılma Durumu	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Her zaman	42	52,6667	8,6127	4,141	,008
Çoğunlukla	48	49,9167	7,4114		
Bazen	11	44,2727	5,2553		
Hiçbir zaman	1	40,0000	,		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>50,3431</b>	<b>8,1124</b>		

Tablo-35’de hastaların ilaçları reçeteye göre kullanma durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. İlaçlarını her zaman reçeteye göre kullanan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 52,6667, ilaçlarını çoğunlukla reçeteye göre kullanan hastaların puan ortalaması 49,9167 bulunurken, ilaçlarını bazen reçeteye göre kullanan hastaların puan ortalaması 44,2727 ve ilaçlarını hiçbir zaman reçeteye göre kullanmayan hastaların puan ortalaması 40,0000 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde ilaçlarını her zaman, çoğunlukla, bazen reçeteye göre kullanan ve hiçbir zaman reçeteye göre kullanmayan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (F: 4,141 ;  $p > 0,05$ ).

**Tablo-36: Hastaların Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Giden	67	51,1045	7,8221	1,732	,191
Gitmeyen	35	48,8857	8,5673		
Toplam	102	50,3431	8,1124		

Tablo-36' da görüldüğü gibi düzenli doktor kontrollerine giden hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 51,1045 ve gitmeyen hastaların puan ortalaması 48,8857 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde düzenli doktor kontrollerine gitme ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( F: 1,732 ;  $p > 0,05$ ).

**Tablo-37: Hastaların Kalp Yetmezliği Sınıflarına Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Kalp Yetmezliğinin Sınıfı (NYHA)	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
NYHA-I	2	66,5000	4,9497	15,799	,000
NYHA-II	51	53,8235	7,1350		
NYHA-III	35	47,0857	6,9298		
NYHA-IV	14	43,5000	4,6202		
Toplam	102	50,3431	8,1124		

New York Kalp Derneği sınıflamasına göre NYHA I. grupta yer alan hastalar yaşam kalitesi ölçeğinden 66,5000 puan, NYHA II. grupta yer alan hastalar 53,8235 puan, NYHA III. grupta yer alan hastalar 47,0857 puan ve NYHA IV. grupta yer alan hastalar 43,5000 almıştır.

Hastaların kalp yetmezliği sınıfı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (F:15,799 ; p < 0,05) (Tablo 37).

Tukey-HSD Post Hoc Testi sonucunda; yaşam kalitesi toplam puanları açısından NYHA IV. gruba giren hastalar ile NYHA II. gruba giren hastalar ve NYHA I. gruba giren hastalar arasında, NYHA III. gruba giren hastalar ile NYHA II. ve NYHA I. gruba giren hastalar arasında farklılık saptanmıştır.

**Tablo-38: Hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu Değerlerine Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Sol Ventrikül EF	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
% 19 ve altı	5	49,7500	10,2429	1,094	,339
% 20-30	65	51,0462	8,3281		
% 31-40	32	48,5000	6,9700		
Toplam	102	50,1881	7,9996		

Tablo-38'de görüldüğü gibi ejeksiyon fraksiyonu (EF) % 19 ve altında olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 49,7500, % 20-30 arasında EF değerine sahip hastaların 51,0462 ve % 31-40 arasında EF değerine sahip hastaların 48,5000 olarak saptanmıştır.

Hastaların ejeksiyon fraksiyonu değerleri ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 1,094 ;  $p > 0,05$ ).

**Tablo-39: Hastaların Pulmoner Basınçlarına Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Pulmoner Basınç	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Normal	44	51,1364	7,9755	,545	,653
HPHT	21	49,3333	9,0019		
OPHT	18	49,6111	8,1612		
CPHT	1	43,0000	,		
Toplam	102	50,2619	8,2142		

Tablo-39’da görüldüğü gibi pulmoner basınçları normal olan hastaların puan ortalaması 51,1364, hafif pulmoner hipertansiyonu (HPHT) olan hastaların 49,3333, orta pulmoner hipertansiyonu (OPHT) olan hastaların 49,6111 ve ciddi pulmoner hipertansiyonu (CPHT) olan hastaların 43,0000 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde hastaların pulmoner basınçları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: ,545 ;  $p > 0,05$ ).

**Tablo-40: Hastaların Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Sağlık Durumunu Algılama	YAŞAM KALİTESİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Çok iyi	8	55,6250	10,0703	5,278	,002
İyi	60	51,7833	8,0887		
Kötü	26	47,4615	6,0015		
Çok kötü	8	43,6250	5,9985		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>50,3431</b>	<b>8,1124</b>		

Tablo 40'da hastaların sağlık durumlarını algılamalarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Sağlık durumunu çok iyi olarak algılayan hastaların puan ortalaması 55,6250, iyi olarak algılayanların 51,7833 iken, kötü olarak algılayanların 47,4615 ve çok kötü olarak algılayanların ise 43,6250'dir.

Yapılan varyans analizinde hastaların sağlık durumlarını algılamaları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F: 5,278 ; p <0,05).

Bu farklılığın kaynağının hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ileri analiz yapılmış ve sağlık durumunu çok kötü algılayanlar ile iyi ve çok iyi algılayanlar arasında ve sağlık durumunu kötü algılayanlar ile çok iyi algılayanlar arasında yaşam kalitesi toplam puanları açısından farklılık saptanmıştır.



### 3. 4. SAĞLIK DAVRANIŞLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

Hastaların sağlık davranışlarını belirlemede kullanılan Kalp Yetersizliği Sağlık Davranışları Ölçeğinden elde edilen verilerin sayı ve % dağılımları **Tablo 41'** de gösterilmiştir.

**Tablo-41: Hastaların Sağlık Davranışları Ölçeğine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı**

Maddeler	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Hastahğim hakkında bilgim vardır.	53	52,0	34	33,3	12	11,8	3	2,9
2. Beslenmemde tuz kısıtlamasına dikkat ederim.	20	19,6	27	26,5	31	30,4	24	23,5
3. Yorgunluk veya solunum zorluğuna yol açan hareketlerden kaçınırım.	6	5,9	9	8,8	53	52,0	34	33,3
4. Hastahğuma bağlı hangi şikayetlerin olabileceğini bilirim.	57	55,9	27	26,5	16	15,7	2	2,0
5. İlaçlarının etkisini ve yan etkisini bilirim.	73	71,6	18	17,6	9	8,8	2	2,0
6. Bikarbonatlı, gazoz ve soda gibi içecekleri kullanmam	9	8,8	25	24,5	48	47,1	20	19,6
7. Nabzımı sayarım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	80	78,4	9	8,8	7	6,9	6	5,9
8. Acil durumlarda kullanılmak üzere bana ait adres, tlf. ve teşhisimi bildiren kartı yanımda taşıırım.	94	92,2	1	1,0	2	2,0	5	4,9
9. İlaçlar bana zarar verdiği zaman doktora giderim.	27	26,5	15	14,7	43	42,2	17	16,7
11. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum	48	47,1	18	17,6	28	27,5	8	7,8
12. Sıvı alımına dikkat ederim.	22	21,6	28	27,5	45	44,1	7	6,9
13. Düzenli olarak tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	29	28,4	31	30,4	14	13,7	28	27,5
14. Soğuk algınlığı ve gripten kendimi korurum	5	4,9	19	18,6	61	59,8	17	16,7
15. Sıvı yağ kullanılmış besinleri yerim.	-	-	2	2,0	5	4,9	95	93,1
16. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	51	50,0	27	26,5	12	11,8	12	11,8
17. Düzenli kilo kontrolümü yaparım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	53	52,0	18	17,6	17	16,7	14	13,7
18. Yemekleri az ve sık yerim.	21	20,6	15	14,7	48	47,1	18	17,6

Maddeler	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak	
	N	%	N	%	N	%	N	%
19. Doktor kontrollerine düzenli giderim.	23	22,5	10	9,8	20	19,6	49	48,0
20. Gece yatmadan önce ağır yemek yemem.	6	5,9	5	4,9	47	46,1	44	43,1
21. İlaçlarımı düzenli kullanırım.	1	1,0	12	11,8	46	45,1	43	42,2
22. Sebze ve meyve gibi besinleri yerim.	2	2,0	15	14,7	41	40,2	44	43,1
23. Hastalığımla ilgili sıkıntım olduğunda hastaneye giderim.	4	3,9	7	6,9	33	32,4	58	56,9
24. Grip ve zatürre aşularımı düzenli olarak yaptırım.	73	71,6	8	7,8	6	5,9	15	14,7

Hastaların Sağlık Davranışları Ölçeğinde yer alan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı şöyledir (**Tablo 41**): “Hastalığınız hakkında bilginiz var mı?” sorusuna hastaların % 52,0’si hastalığım hakkında hiçbir zaman bilginiz yok, “beslenmenizde tuz kısıtlamasına dikkat ediyor musunuz?” sorusuna % 30,4’ü evet sık sık dikkat ediyorum, “yorgunluk veya solunum zorluğuna yol açan hareketlerden kaçınıyor musunuz?” sorusuna % 52,0’si sık sık kaçınıyorum yanıtını vermişlerdir. Hastalar “hastalığıma bağlı hangi şikayetlerin olabileceğini biliyor musunuz?” sorusuna % 55,9 oranında hiçbir zaman bilmiyorum yanıtını verirken, “ilaçların etkisi ve yan etkisini biliyor musunuz?” sorusuna da % 71,6 oranında yine hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir. “Bikarbonatlı, gazoz ve soda gibi içecekleri içer misiniz?” sorusuna hastaların % 47,1’i sıklıkla bu içecekleri içmem yanıtını verirken, “nabzınızı sayar mısınız ve sonucun ne anlama geldiğini bilir misiniz?” sorusuna ise % 78,4’ü hayır hiçbir zaman nabzımı saymam yanıtını vermişlerdir. Hastaların % 92,2’si “yanınızda acil durumlarda kullanılmak üzere adres, telefon ve teşhisinizi bildiren bir kart taşıyor musunuz?” sorusuna hiçbir zaman taşımıyorum, “ilaçlar size zarar verdiği zaman doktora gider misiniz?” sorusuna % 42,2’si böyle bir şey olduğunda sık sık doktora giderim, “ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okur musunuz?” sorusuna ise % 47,1’i hiçbir zaman bunu yapmam yanıtını vermişlerdir. “Sıvı alımınıza dikkat eder misiniz?” sorusuna hastaların % 44,1’i sık sık dikkat ederim, “düzenli olarak tansiyonunuzu ölçtürür müsünüz ve sonucun ne anlama geldiğini bilir misiniz?”

sorusuna % 30,4'ü bazen, “soğuk algınlığı ve gripten kendinizi korur musunuz?” sorusuna % 59,8'i sıklıkla korurum yanıtını vermişlerdir. “Yemeklerinizde sıvı yağ mı kullanıyor sunuz?” sorusuna hastaların çoğunluğu (% 93,1) evet düzenli olarak kullanıyorum yanıtını verirken, “kan kolesterol düzeyini ölçtürür müsünüz ve sonucun ne anlama geldiğini bilir misiniz?” sorusuna % 50,0'si hiçbir zaman ölçtürmem yanıtını vermişlerdir. “Düzenli kilo kontrolü yapar mısınız?” sorusuna hastaların % 52,0'si yapmam, “yemeklerinizi az ve sık aralıklarla yemeye dikkat eder misiniz?” sorusuna % 47,1'i sık sık dikkat ederim, “düzenli doktor kontrollerine gider misiniz?” sorusuna % 48,0'i giderim, “gece yatmadan önce ağır yemekler yer misiniz?” sorusuna % 46,1'i sıklıkla yemem, “ilaçlarınızı düzenli olarak kullanır mısınız?” sorusuna % 45,1'i sıklıkla kullanırım, “sebze ve meyve yer misiniz?” sorusuna % 40,2'si sık sık yerim, “hastalığınız ile ilgili sıkıntınız olduğunda hastaneye gider misiniz?” sorusuna % 56,9'u düzenli olarak giderim, “grip ve zatürre aşılarını yaptırır mısınız?” sorusuna ise % 71,6'sı hiçbir zaman yaptırmam yanıtını vermişlerdir.

**3. 4. 1. SAĞLIK DAVRANIŞLARI TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ  
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

**Tablo-42: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Cinsiyet	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Kadın	27	53,5185	8,8203	11,394	,001
Erkek	75	61,3200	10,7693		
Toplam	102	59,2549	10,8150		

Hastaların Sağlık Davranışları Ölçeğinden aldıkları ortalama puan 59,2549 olup bu değer hastaların kalp yetmezliği ile ilgili sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 42’de görüldüğü gibi kadın hastaların sağlık davranışları puan ortalaması 53,5185, erkek hastaların ise 61,3200 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde cinsiyet ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F: 11,394 ; p < 0,05).

**Tablo-43: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Yaş Grubu	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
60 yaş ve altı	38	60,0526	10,8651	,197	,822
61-70 yaş	30	58,4000	9,8106		
71 yaş ve üstü	34	59,1176	11,8162		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>59,2549</b>	<b>10,8150</b>		

Tablo 43'de hastaların yaş gruplarına göre sağlık davranışları puan ortalamasının dağılımı görülmektedir. 60 yaş ve altı grupta yer alan hastaların sağlık davranışları puanı 60,0526, 61-70 yaş arası grupta yer alan hastaların puanı 58,4000, 71 yaş ve üstü grupta yer alan hastaların puanı ise 59,1176 olarak bulunmuştur.

Yapılan ANOVA analizinde hastaların yaş grupları ile sağlık davranışları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (F: ,197 ; p >0,05).

**Tablo-44: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Eğitim Durumu	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Okur-yazar değil	8	46,8750	6,4462	12,097	,000
Okur-yazar	7	51,2857	6,2640		
İlkokul mezunu	32	56,0313	8,3916		
Ortaokul mezunu	15	56,9333	8,7869		
Lise mezunu	27	64,5556	9,7323		
Fakülte/Yüksekokul mezunu	13	70,7692	9,1027		
Toplam	102	59,2549	10,8150		

Tablo 44’de görüldüğü gibi okur yazar olmayan hastaların sağlık davranışları puanı 46,8750, okur yazar olan hastaların puanı 51,2857, ilkokul mezunu olan hastaların puanı 56,0313, ortaokul mezunu olan hastaların puanı 56,9333, lise mezunu olan hastaların puanı 64,5556, fakülte/yüksekokul mezunu olan hastaların puanı ise 70,7692 olarak bulunmuştur.

Yapılan varyans analizinde eğitim durumu ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F: 12,097 ; p <0,05).

Tukey-HSD Post Hoc Testi sonucuna göre ise; sağlık davranışları toplam puanları açısından okur yazar olmayanlar ile lise ve fakülte mezunu olanlar arasında, okur yazar olanlar ile lise ve fakülte mezunları arasında, ilkokul mezunu olanlar ile yine lise ve fakülte mezunları arasında, ortaokul mezunu olanlar ile fakülte mezunları arasında farklılık bulunmaktadır.

**Tablo-45: Hastaların Beden Kitle İndekslerine Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Beden Kitle İndeksi	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Zayıf	6	47,8333	6,3061	4,050	,020
Normal	44	60,8409	11,0747		
Fazla kilolu	52	59,2308	10,3348		
Toplam	102	59,2549	10,8150		

Tablo 45’de görüldüğü gibi Sağlık Davranışları Ölçeğinden zayıf hastalar 47,8333 puan, normal kilolu hastalar 60,8409 puan, fazla kilolu hastalar ise 59,2308 puan almışlardır.

Yapılan varyans analizi sonucunda beden kitle indeksi ile ölçekten alınan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( F: 4,050 ; p >0,05).

### 3. 4. 2. SAĞLIK DAVRANIŞLARI TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo-46: Hastaların Kalp Yetmezliği Tanısının Belirlenme Zamanına Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Kalp Yetmezliği Tanısı Belirlenme Zamanı	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
6-12 ay	29	60,7586	11,5840	2,404	,096
13-24 ay	14	63,7857	12,0969		
25 ay ve üstü	59	57,4407	9,8318		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>59,2549</b>	<b>10,8150</b>		

Hastaların kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanına göre sağlık davranışları toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 46'da gösterilmiştir. 6-12 aydır kalp yetmezliği tanısı ile yaşayan hastaların puanı 60,7586 iken, 13-24 aydır kalp yetmezliği olan hastaların puanı 63,7857, 25 ay ve daha uzun süredir kalp yetmezliği olan hastaların puanı ise 57,4407'dir.

Kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile sağlık davranışları toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F: 2,404 ; p >0,05).



**Tablo-47: Hastaların Hastanede Yatma Durumuna Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Hastanede Yatma Durumu	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Yatan	72	58,4861	11,0083	1,240	,268
Yatmayan	30	61,1000	10,2800		
Toplam	102	59,2549	10,8150		

Tablo 47’de daha önceden kalp yetmezliği nedeniyle hastanede yatan hastaların Sağlık Davranışları Ölçeğinden 58,4861 puan, hastanede yatmayan hastaların ise 61,1000 puan aldıkları görülmektedir.

Bu puan ortalamaları arasındaki ilişkinin varyans analizi ile incelenmesi sonucunda hastanede yatma durumu ile Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( F: 1,240 ; p>0,05).

**Tablo-48: Hastaların Diyete Uyma Durumuna Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Diyete Uyma Durumu	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Uyan	40	61,8000	10,2362	7,686	,001
Kısmen uyan	38	61,0526	11,3398		
Uymayan	24	52,1667	7,7497		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>59,2549</b>	<b>10,8150</b>		

Hastaların diyete uyma durumuna göre sağlık davranışları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 48’de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi diyetine uyan hastaların puanı 61,8000, kısmen uyan hastaların puanı 61,0526 ve diyetine uymayan hastaların puanı 52,1667’dir.

Bu açıdan hastaların diyete uyma durumu ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( F: 7,686 ; p <0,05).

Yapılan ileri analizde; sağlık davranışları toplam puanı açısından diyetine uymayanlar ile diyetine uyanlar ve kısmen uyanlar arasında farklılık saptanmıştır.

**Tablo-49: Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Egzersiz Yapma Durumu	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Yapan	45	59,7556	11,0230	,171	,680
Yapmayan	57	58,8596	10,7295		
Toplam	102	59,2549	10,8150		

Tablo 49’da görüldüğü gibi egzersiz yapan hastaların sağlık davranışları puan ortalaması 59,7556 bulunurken, egzersiz yapmayan hastaların puan ortalaması 59,7556 olarak bulunmuştur.

Yapılan varyans analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,171 ; p >0,05).

**Tablo-50: Hastaların İlaçları Reçetede Belirtildiği Gibi Kullanma Durumuna Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

İlaçların Reçeteye Göre Kullanılma Durumu	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Her zaman	42	67,6905	9,7493	28,158	,000
Çoğunlukla	48	54,5417	6,5101		
Bazen	11	49,1818	6,7501		
Hiçbir zaman	1	42,0000	,		
Toplam	102	59,2549	10,8150		

Tablo 50’de görüldüğü gibi ilaçlarını her zaman reçeteye göre kullanan hastalar Sağlık Davranışları Ölçeğinden 67,6905 puan alırken, çoğunlukla reçeteye göre kullanan hastalar 54,5417 puan, bazen reçeteye göre kullanan hastalar 49,1818 puan, hiçbir zaman reçeteye göre kullanmayan hastalar ise 42,0000 puan almışlardır.

Yapılan varyans analizinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F: 28,158 ; p <0,05).

Tukey-HSD Post Hoc Testi ile gruplar arasındaki farklılığın kaynağı araştırılmış ve bu farklılığın ilaçlarını hiçbir zaman reçeteye göre kullanmayanlar ile ilaçlarını her zaman reçeteye göre kullananlar arasında, ilaçlarını bazen reçeteye göre kullananlar ile her zaman kullananlar arasında, ilaçlarını çoğunlukla reçeteye göre kullananlar ile her zaman kullananlar arasında olduğu saptanmıştır.

**Tablo-51: Hastaların Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumuna Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Giden	67	62,4179	10,3706	19,812	,000
Gitmeyen	35	53,2000	9,0124		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>59,2549</b>	<b>10,8150</b>		

Tablo 51’de hastaların düzenli doktor kontrollerine gitme durumuna göre sağlık davranışları toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Düzenli doktor kontrollerine giden hastaların puan ortalaması 62,4179, düzenli doktor kontrollerine gitmeyen hastaların puan ortalaması da 53,2000 olarak saptanmıştır.

Yapılan analizde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F: 19,812 ; p <0,05).

**Tablo-52: Hastaların Kalp Yetmezliği Sınıflarına Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Kalp Yetmezliği Sınıfı (NYHA)	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
NYHA-I	2	71,0000	,0000	1,781	,156
NYHA-II	51	60,6078	11,4282		
NYHA-III	35	56,6286	10,8359		
NYHA-IV	14	59,2143	7,2343		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>59,2549</b>	<b>10,8150</b>		

Tablo 52’de görüldüğü gibi NYHA I. grupta yer alan hastaların sağlık davranışları puanı 71,0000, NYHA II. grupta yer alan hastaların puanı 60,6078, NYHA III. grupta yer alan hastaların puanı 56,6286 ve NYHA IV. grupta yer alan hastaların puanı 59,2143 olarak saptanmıştır.

Kalp yetmezliği sınıfı ile sağlık davranışları toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır (F: 1,781 ; p >0,05).

**Tablo-53: Hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu Değerlerine Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Sol Ventrikül EF	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
% 19 ve altı	5	65,7500	11,6726	1,160	,318
% 20-30	65	58,2462	10,2348		
% 31-40	32	60,3437	11,9207		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>59,2079</b>	<b>10,8585</b>		

Tablo 53'de hastaların EF değerlerine göre sağlık davranışları toplam puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. EF'si % 19 ve altında olan hastaların puan ortalaması 65,7500 bulunurken, EF'si % 20-30 arasında olan hastaların puan ortalaması 58,2462 ve EF'si % 31-40 arasında olan hastaların puan ortalaması 60,3437 bulunmuştur.

Yapılan varyans analizinde EF ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: 1,160 ; p >0,05).

**Tablo-54: Hastaların Pulmoner Basınçlarına Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Pulmoner Basıncı	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Normal	44	58,8864	10,6295	1,083	,361
HPHT	21	61,9048	12,2634		
OPHT	18	56,3889	9,4753		
CPHT	1	50,0000	,		
Toplam	84	59,0000	10,8517		

Tablo 54’de görüldüğü gibi pulmoner basınçları normal olan hastaların sağlık davranışları puan ortalaması 58,8864, hafif pulmoner hipertansiyonu olan hastaların 61,9048, orta pulmoner hipertansiyonu olan hastaların 56,3889 ve ciddi pulmoner hipertansiyonu olan hastaların ise 50,0000 olarak saptanmıştır.

Yapılan analizde pulmoner basınç ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır (F: 1,083 ;  $p>0,05$ ).



**Tablo-55: Hastaların Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Sağlık Davranışları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Sağlık Durumunu Algılama	SAĞLIK DAVRANIŞLARI				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Çok iyi	8	55,6250	10,8620	,335	,800
İyi	60	59,4167	10,7566		
Kötü	26	59,6923	10,9207		
Çok kötü	8	60,2500	12,3027		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>59,2549</b>	<b>10,8150</b>		

Tablo 55’de görüldüğü gibi sağlık durumunu çok iyi olarak algılayan hastaların sağlık davranışları puan ortalaması 55,6250, iyi olarak algılayanların 59,4167, kötü olarak algılayanların 59,6923 ve çok kötü olarak algılayanların 60,2500 olarak saptanmıştır.

Yapılan analizde sağlık durumunu algılama ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (F: ,335 ; p >0,05).

### 3. 5. SAĞLIĞA VERİLEN ÖNEM İLE İLGİLİ BULGULAR

#### 3. 5. 1. SAĞLIĞIN ÖNEMİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo-56: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Cinsiyet	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Kadın	27	8,85	,46	,742	,391
Erkek	75	8,72	,75		
Toplam	102	8,75	,68		

Hastaların Sağlığın Önemi Ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları 8,75 olup bu değer ortalamanın üzerindedir ve hastaların yüksek sağlık değerine sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 56'da hastaların cinsiyetlerine göre sağlığın önemi toplam puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Kadın hastaların sağlığın önemi puan ortalaması 8,85, erkek hastaların ise 8,72'dir.

Hastaların cinsiyetleri ile sağlığa verdikleri önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,742 ; p >0,05).

**Tablo-57: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Yaş Grubu	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
60 yaş ve altı	38	8,61	,95	1,482	,232
61-70 yaş	30	8,83	,46		
71 yaş ve üstü	34	8,85	,44		
Toplam	102	8,75	,68		

Tablo 57'de hastaların yaşlarına göre sağlığın önemi toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. 60 yaş ve altı grupta yer alan hastaların puan ortalamasının 8,61, 61-70 yaş arası grupta yer alanların 8,83, 71 yaş ve üstü grupta yer alanların ise 8,85 olduğu görülmektedir.

Bu doğrultuda hastaların yaşı ile sağlıklarına verdikleri önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 1,482 ; p >0,05).

**Tablo-58: Hastaların Eğitim Durumuna Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Eğitim Durumu	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Okur-yazar değil	8	8,88	,35	,345	,885
Okur-yazar	7	9,00	,00		
İlkokul mezunu	32	8,78	,91		
Ortaokul mezunu	15	8,73	,59		
Lise mezunu	27	8,67	,55		
Fakülte/Yüksekokul mezunu	13	8,69	,75		
Toplam	102	8,75	,68		

Tablo 58'de hastaların eğitim durumuna göre sağlığın önemi puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Okur yazar olmayan hastaların puan ortalaması 8,88 bulunurken, okur yazar hastaların 9,00, ilkokul mezunu hastaların 8,78, ortaokul mezunu hastaların 8,73, lise mezunu hastaların 8,67 ve fakülte/yüksekokul mezunu olan hastaların 8,69 bulunmuştur.

Hastaların eğitim durumu ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,345 ; p >0,05).

**Tablo-59: Hastaların Beden Kitle İndekslerine Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Beden Kitle İndeksi	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Zayıf	6	9,00	,00	,952	,389
Normal	44	8,82	,45		
Fazla kilolu	52	8,67	,86		
Toplam	102	8,75	,68		

Beden kitle indeksine göre zayıf olarak değerlendirilen hastaların Sağlığın Önemi Ölçeğinden 9,00, normal olarak değerlendirilen hastaların 8,82, fazla kilolu olan hastaların ise 8,67 puan aldıkları **Tablo 59'**da görülmektedir.

Hastaların beden kitle indeksi ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır (F: ,952 ; p >0,05).

### 3. 5. 2. SAĞLIĞIN ÖNEMİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo-60: Hastaların Kalp Yetmezliği Tanısının Belirlenme Zamanına Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Kalp Yetmezliği Tanısı Belirlenme Zamanı	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
6-12 ay	29	8,76	,51	1,138	,324
13-24 ay	14	9,00	,00		
25 ay ve	59	8,69	,81		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>8,75</b>	<b>,68</b>		

6-12 aydır kalp yetmezliği ile yaşayan hastaların sağlığın önemi puan ortalaması 8,76 iken bu puan 13-24 aydır kalp yetmezliği ile yaşayan hastalarda 9,00, 25 ay ve daha uzun süredir kalp yetmezliği olan hastalarda 8,69 olarak bulunmuştur.

Buna göre; kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile sağlığın önemi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 1,138 ; p >0,05) (Tablo 60).

**Tablo-61: Hastaların Hastanede Yatma Durumuna Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Hastanede Yatma Durumu	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Yatan	72	8,79	,50	,711	,401
Yatmayan	30	8,67	,99		
Toplam	102	8,75	,68		

Tablo 61’de hastaların hastanede yatma durumuna göre sağlığın önemi puan ortalamalarının dağılımı incelenmiştir. Kalp yetmezliği nedeniyle hastanede yatan hastaların puan ortalaması 8,79 bulunurken, yatmayan hastaların puan ortalaması 8,67 bulunmuştur.

Yapılan varyans analizinde hastanede yatma durumu ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,711 ; p >0,05).

**Tablo-62: Hastaların Diyete Uyuma Durumuna Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Diyete Uyuma Durumu	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Uyan	40	8,80	,52	,568	,568
Kısmen Uyan	38	8,79	,84		
Uymayan	24	8,63	,65		
Toplam	102	8,75	,68		

Hastaların diyete uyuma durumuna göre sağlığın önemi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 62’de gösterilmiştir. Diyetine uyan hastaların puanı 8,80, kısmen uyanların 8,79 ve uymayanların 8,63 olarak bulunmuştur.

Buna göre diyete uyuma durumu ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: ,568 ; p >0,05).



**Tablo-63: Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Sağlık Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Egzersiz Yapma Durumu	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Yapan	45	8,84	,47	1,397	,240
Yapmayan	57	8,68	,81		
Toplam	102	8,75	,68		

Tablo 63'de görüldüğü gibi egzersiz yapan hastalar Sağlık Önemi Ölçeğinden 8,84, egzersiz yapmayan hastalar ise 8,68 puan almıştır.

Yapılan varyans analizinde hastaların egzersiz yapma durumu ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 1,397 ; p >0,05).

**Tablo-64: Hastaların İlaçları Belirtildiği Gibi Kullanma Durumuna Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

İlaçların Reçeteye Göre Kullanılma Durumu	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Her zaman	42	8,64	,93	,718	,544
Çoğunlukla	48	8,81	,45		
Bazen	11	8,91	,30		
Hiçbir zaman	1	9,00	,		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>8,75</b>	<b>,68</b>		

İlaçlarını reçeteye göre; her zaman kullanan hastaların sağlığın önemi puan ortalaması 8,64, çoğunlukla kullanan hastaların 8,81, bazen kullanan hastaların 8,91, hiçbir zaman kullanmayan hastaların ise 9,00 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde hastaların ilaçları reçeteye göre kullanma durumu ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F: ,718 ; p >0,05) (Tablo 64).

**Tablo-65: Hastaların Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme Durumuna Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Doktor Kontrollerine Gitme	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Giden	67	8,70	,80	1,203	,275
Gitmeyen	35	8,86	,36		
Toplam	102	8,75	,68		

Tablo 65’de hastaların düzenli doktor kontrollerine gitme durumuna göre sağlığın önemi puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Düzenli doktor kontrollerine giden hastaların puan ortalaması 8,70, düzenli doktor kontrollerine gitmeyen hastaların puan ortalaması 8,86 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 1,203 ; p >0,05).

**Tablo-66: Hastaların Kalp Yetmezliği Sınıflarına Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Kalp Yetmezliği Sınıfı (NYHA)	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
NYHA-I	2	9,00	,00	,720	,542
NYHA-II	51	8,67	,84		
NYHA-III	35	8,80	,53		
NYHA-IV	14	8,93	,27		
Toplam	102	8,75	,68		

Tablo 66'da hastaların kalp yetmezliği sınıflarına göre sağlığın önemi puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. New York Kalp Derneğinin sınıflamasına göre; NYHA I. gruba giren hastaların puanı 9,00, NYHA II. gruba giren hastaların 8,67, NYHA III. gruba giren hastaların 8,80, NYHA IV. gruba giren hastaların ise 8,93 olarak bulunmuştur.

Yapılan varyans analizinde kalp yetmezliği sınıfı ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: ,720 ; p >0,05).

**Tablo-67: Hastaların Ejeksiyon Fraksiyonu Değerlerine Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Sol Ventrikül EF	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
% 19 ve altı	5	8,50	,58	,288	,750
% 20-30	65	8,77	,75		
% 31-40	32	8,75	,57		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>8,75</b>	<b>,68</b>		

Hastaların EF değerlerine göre sağlığın önemi toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 67'de gösterilmiştir. Sol ventrikül EF değeri % 19 ve altında olan hastaların puanı 8,50, % 20-30 arasında olanların 8,77, % 31-40 arasında olan hastaların ise 8,75 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde EF değeri ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (F: ,288 ; p >0,05).

**TC. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**Tablo-68: Hastaların Pulmoner Basınçlarına Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Pulmoner Basınc	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Normal	44	8,84	,43	1,327	,271
HPHT	21	8,52	1,17		
OPHT	18	8,78	,55		
CPHT	1	8,00	,		
Toplam	84	8,74	,71		

Tablo 68’de hastaların pulmoner basınçlarına göre sağlığın önemi toplam puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Ekokardiyogramlarında pulmoner basınçları normal olarak değerlendirilen hastaların puan ortalaması 8,84, HPHT’u olan hastaların puan ortalaması 8,52, OPHT olan hastaların puan ortalaması 8,78 ve CPHT olan hastaların puan ortalaması 8,00 olarak saptanmıştır.

Yapılan varyans analizinde pulmoner basınç ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: 1,327 ; p >0,05).

**Tablo-69: Hastaların Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Sağlığın Önemi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Sağlık Durumunu Algılama	SAĞLIĞIN ÖNEMİ				
	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Çok iyi	8	8,88	,35	,193	,901
İyi	60	8,72	,78		
Kötü	26	8,81	,49		
Çok kötü	8	8,75	,71		
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>8,75</b>	<b>,68</b>		

Tablo 69’da hastaların sağlık durumunu algılamalarına göre sağlığın önemi toplam puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Sağlık durumunu çok iyi olarak algılayan hastaların puan ortalaması 8,88, iyi olarak algılayanların 8,72, kötü olarak algılayanların 8,81, çok kötü olarak algılayanların ise 8,75 olarak bulunmuştur.

Yapılan varyans analizinde sağlık durumunu algılama ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (F: ,193 ; p >0,05).

### 3. 6. YAŞAM KALİTESİ, SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE SAĞLIĞA VERİLEN ÖNEM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo-70: Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sağlık Davranışları Ölçeği ve Sağlığın Önemi Ölçeği Arasındaki İlişki

	Yaşam Kalitesi Ölçeği	Sağlık Davranışları Ölçeği
Sağlık Davranışları Ölçeği	0,310 *	-
Sağlığın Önemi Ölçeği	-0,028	-0,122

\* Pozitif ilişki

Sağlık Davranışları Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur ( $r= 0,31$ ,  $p< 0,05$ ). Sağlık Davranışları Ölçeğinden alınan puan arttıkça Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı da artmaktadır. Bu durum sağlık davranışları yeterli düzeyde olan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermektedir.

Sağlığın Önemi Ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $r= -0,028$ ,  $p> 0,05$ ). Sağlığa verilen önemin yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur.

Sağlığın Önemi Ölçeği ile Sağlık Davranışları Ölçeği arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r= -0,122$ ,  $p> 0,05$ ). Sağlığa verilen önem sağlık davranışlarını etkilememektedir (Tablo 70).



## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA VE SONUÇ

#### 4. 1. TARTIŞMA

##### 4. 1. 1. HASTALARA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına giren hastaların % 73,5'ini erkek hastalar, % 26,5'ini kadın hastalar oluşturmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 63,78 +/- 11,45 olup, % 37,3'ü 60 yaş ve altı, % 29,4'ü 61-70 yaş arası, % 33,3'ü 71 yaş ve üstü grupta yer almaktadır (Tablo 13).

Enç (45) "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmasında hastaların % 65,6'sının erkek, % 37,7'sinin 60-69 yaş grubunda olduğunu bildirmiştir.

Arat-Özkan ve TÜRKAY araştırmacıları (11) yaptıkları Çok Merkezli Türkay (Türk Kalp Yetersizliği) çalışmasında, hastaların % 63,9'unun erkek ve yaş ortalamasının da 61,6 +/- 13,5 olduğunu saptamışlardır.

Çalışma sonuçları cinsiyet açısından Arat-Özkan ve TÜRKAY araştırmacılarının ve Enç'in sonuçları ile paralellik gösterirken, yaş açısından benzerlik göstermemektedir.

KKY'nin ileri yaşlarda ve erkeklerde daha fazla görüldüğü literatür bilgileri arasında yer almaktadır (65,98,134). Bu çalışmanın sonuçları literatür bilgilerine de paralellik göstermektedir.

Hastalar medeni durumlarına göre incelendiğinde; % 83,3'ünün evli olduğu, % 16,7'sinin ise dul olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

Hastaların çoğunluğunun evli olması Türk toplum yapısına uygun bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Eğitim durumları incelendiğinde; hastaların % 31,4'ünün ilkokul mezunu, % 26,5'inin ise lise mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Bu çalışmanın sonuçlarına paralel olarak Durademir (40) de çalışmasında, hastaların çoğunluğunun (% 51,2) ilkokul mezunu olduğunu bildirmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 92,2'si herhangi bir işte çalışmadığını bildirmiştir (Tablo 13). Bu sonuç hastaların büyük çoğunluğunun emekli ve ev hanımı olması ile bağlantılı olarak açıklanabilir.

Sağlık güvenceleri açısından hastaların % 69,6'sının emekli sandığı, % 11,8'inin ise SSK'dan yararlandığı saptanmıştır (Tablo 13). Hastaların çoğunluğunun sağlık güvencesinin olması onların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına giren hastaların ekonomik durumları incelendiğinde; hastaların % 30,4'ü gelirin giderinden az, % 63,7'si gelirin gidere denk ve % 5,9'u da gelirin giderden fazla olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 13).

Enç'in (45) çalışmasında hastaların çoğunluğunun (% 44,3) ekonomik durumlarının orta derecede iyi olduğu bildirilmiştir. Hastaların ekonomik durumları açısından bu çalışmanın sonuçları Enç'in sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına giren hastaların % 48,0'i eşi ile birlikte, % 34,3'ü eş ve çocukları ile birlikte yaşadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 14).

Literatürde kronik hastalıklarda sosyal desteğin önemli olduğu belirtilmektedir (5). Hastaların eşlerinin kendileri ile ilgilenmemesi durumunda, sosyal olarak izolasyon duygusu yaşadıkları, çocuklar, arkadaşlar ve sağlık bakım profesyonellerinden yeterli destek alamadıklarını hissettikleri yine literatür bilgileri arasında yer almaktadır (93). Hastaların çoğunluğunun eş ve çocukları ile birlikte yaşıyor olmasının hastalıkla başetmede kolaylık oluşturabileceği düşünülmektedir.

Hastaların % 95,1'inin bakımıyla ilgilenen bir kişiye sahip olduğu, % 4,9'unun ise bakımıyla ilgilenen bir kişiye sahip olmadığı saptanmıştır (Tablo 14). Hastaların çoğunluğunun bakımıyla ilgilenen bir kişiye sahip olmasının kalp yetmezliğinin başarılı bir şekilde yönetimine yardımcı olabileceğini ve hastanın yaşam şekli değişikliklerine daha rahat uyum sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına giren hastaların % 5,9'unun sigara içtiği, % 32,4'ünün hiç sigara içmediği, % 61,8'inin de daha önce sigara içtiği fakat bıraktığı saptanmıştır (Tablo 14).

Sigara içmenin kronik kalp yetmezlikli hastalarda çeşitli akciğer değişikliklerine yol açtığı literatürde belirtilmektedir (72). Bu nedenle sigara içen hastaların zararlı etkilerinden dolayı sigarayı bırakmaları önerilebilir.

Hastaların alkol alışkanlığı açısından dağılımlarına bakıldığında; % 62,7'sinin hiç alkol alışkanlığı olmadığı, % 31,4'ünün ise daha önceden alkol aldığı ama bıraktığı belirlenmiştir (Tablo 14). Hastalıktan sonra hastaların çoğunluğunun alkol kullanmadığı görülmektedir.

Sigara ve alkol kısıtlamalarına uyumsuzluğun yetmezlikli hastalar arasında yeniden hastaneye yatış riskini dramatik olarak arttırdığı literatürde gösterilmiştir (127). Bu doğrultuda çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun kalp yetmezliği tanısı aldıktan sonra sigara ve alkol kullanmamaları iyi bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Hastaların beden kitle indekslerine göre dağılımı incelendiğinde; % 5,9'unun beden kitle indeksinin (BKI) < 18,5 olduğu ve zayıf grubuna girdiği, % 43,1'inin BKI'nin 18,5-24,9 arasında olduğu ve normal grubuna girdiği, % 51,0'inin ise BKI'nin > 25 olduğu ve fazla kilolu gruba girdiği belirlenmiştir (Tablo 14).

Horwich ve arkadaşlarının (63) KY'li hastaların prognozunda obezitenin rolünü değerlendirmek için yaptıkları çalışmada 1,203 hastadan 692'sinin BKI'nin 20,7 ila 27,7 arasında olduğu, 179 hastanın BKI'nin ise > 31 olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada hastaların çoğunluğunun BKI > 25 bulunurken Horwich ve arkadaşlarının çalışmasında çoğunluğun BKI'nin 20,7-27,7 arasında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla iki çalışmanın sonuçları benzerlik göstermemektedir.

#### 4. 1. 2. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Hastaların hastalık süreleri incelendiğinde; % 28,4'ünün 6-12 aydır, % 13,7'sinin 13-24 aydır, % 57,8'inin ise 25 aydan daha uzun süredir kalp yetmezliği tanısı ile yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 15).

Houghton ve arkadaşlarının (64) stabil semptomatik kalp yetmezlikli hastalarda egzersiz kapasitesi testleri, yaşam kalitesi ve hemodinamikleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; araştırma kapsamına alınan 36 hastanın ortalama kalp yetmezliği süresi 42 ay olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamına giren hastalarda KY dışında % 30,5 oranında hipertansiyon (HT), % 25,8 oranında diabetes mellitus (DM), % 8,6 oranında solunum sistemi hastalıkları, % 3,9 oranında gastrointestinal sistem problemleri saptanmıştır. Hastaların % 28,1'inde ise KY dışında başka bir hastalığın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 15).

Lien'in çalışmasında (90) 116 kalp yetmezlikli hastanın % 30'unda yetmezliğe ek olarak solunum sistemi hastalıkları, % 36'sında HT ve % 10'unda ise DM tanısı olduğu belirlenmiştir.

Arat-Özkan ve TÜRKEY araştırmacılarının (11) çalışmasında ise 513 hastanın % 32'sinde HT, % 18,9'unda ise DM olduğu belirtilmektedir.

Çalışma sonuçları belirtilen iki çalışmanın sonuçları ile benzerlikler göstermektedir.

Hastaların hastanede yatma durumları incelendiğinde; % 70,6'sının KY nedeniyle hastanede yattığı saptanmıştır (Tablo 15).

Hastaların çoğunluğunun hastaneye yatmış olmasına, kalp yetmezliği semptomlarının diğer bütün kronik hastalıkların semptomlarında olduğu gibi değişik zaman periyotları içerisinde tekrar ortaya çıkışı neden olarak gösterilebilir.

Hastaların % 34,7'sinin dört kezden fazla, % 29,2'sinin bir kez, % 27,8'inin iki kez, % 8,3'ünün ise üç kez hastanede yattığı saptanmıştır (Tablo 15).

Senni ve arkadaşlarının (125) çalışmasında EF'si % 50'inin altında olan hastaların % 41'inin bir kez hastaneye yattığı ve % 49'unun iki kezden fazla hastaneye yattığı, EF'si % 50'nin üzerinde olan hastaların % 51'inin bir kez ve % 25'inin iki kezden fazla hastaneye yattığı belirtilmiştir.

Bu çalışmanın kapsamına EF'si % 40 ve altında olan hastalar alındığı için hastaların çoğunun dört kezden fazla hastaneye yatmış olması yukarıdaki sonuçlara benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 51,0'i ailesinde kalp hastalığı olduğunu belirtirken, % 51,0'i de ailesinde kalp hastalığı olmadığını belirtmiştir. Ailesinde kalp hastası olanların yakınlık dereceleri incelendiğinde; % 94,1 oranında birinci dereceden yakınlarında kalp hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 16).

Araştırmaya katılan 102 hastanın % 50,7'si solunum sıkıntısı, % 14,0'ı fiziksel aktivitelerde zorluk, % 9,9'u yorgunluk/güçsüzlük, % 7,0'ı sıkıntılı uyku, % 9,2'si ödem, % 5,6'sı ise göğüs ağrısından rahatsızlık duyduğunu belirtmiştir (Tablo 17).

Hastaların kısıtlanan aktivitelerine göre dağılımları incelendiğinde; % 46,3'ünün yokuş yukarı veya merdiven çıkmada, % 19,1'inin çabuk ve acele davranabilme yeteneğinde, % 12,3'ünün ev işi yapmada, % 9,2'sinin güç ve enerji isteyen aletleri

kullanmada, % 6,8'inin egzersiz yapmada, % 1,9'unun ise cinsel yaşantıda kısıtlandıkları saptanmıştır (Tablo 18).

Bennet ve arkadaşlarının (14) altı odak grup kullanarak 23 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, solunum sıkıntısı, diüretik tedavinin etkileri ve ödem epizotlarının altı grupta da yer alan hastalar tarafından rahatsızlık verici semptomlar olarak belirtildiği gösterilmiştir.

Bu çalışmada hastaların en fazla rahatsızlık duyduğu semptomun Bennet ve arkadaşlarının sonuçlarına paralel olarak solunum sıkıntısı olduğu görölmektedir.

Göröldüğu gibi hastaların çoğunluğunun nefes darlığının olması en belirgin aktivitelerini önemli ölçülerde kısıtlamaktadır.

Kardiyovasküler hastalıkların cinsel yaşam üzerine olumsuz etkileri olduğu ve cinsel aktivitedeki en dramatik bozukluğun KKY hastalarında göröldüğu, hastaların yaklaşık % 70'inde cinsel aktivitede belirgin azalma veya tamamen bırakma olduğu literatürde belirtilmektedir (104).

Jaarsma ve arkadaşlarının (70) ilerlemiş kalp yetmezlikli hastalarda seksüel fonksiyonu belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların yaklaşık 3 / 4'ü hastalıkları nedeniyle seksüel ilişki sıklığında ve seksüel ilgide azalma olduğunu belirtirken, 1 / 4'ü de tüm seksüel aktivitelerinin bittiğini belirtmiştir. Hastaların yarısı KY geliştikten sonra seksten aldıkları zevk ve memnuniyette belirgin azalmalar deneyimlediklerini belirtmişlerdir.

Rector ve arkadaşlarının (117) alışmasında hastaların % 60'ının cinsel aktivitelerinin KY nedeniyle azaldığı saptanmıştır.

Ancak bu çalışmada hastaların sadece % 2,9'unun cinsel yaşantıda kısıtlama yaşadıklarını belirtmesi, hastaların bu sorunlarını "uygun bulmadıkları" veya cinselliğin Türk toplumunda bir tabu olarak görölmelerinden dolayı "utandıkları" için rahatlıkla anlatamadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların % 94,1'ine doktor tarafından bir diyet önerildiği saptanmıştır. Hastaların % 39,2'si önerilen diyete aynen uyduğunu, % 37,3'ü kısmen uyduğunu, % 23,5'i ise önerilen diyete uymadığını belirtmiştir (Tablo 19).

Evangelista ve arkadaşları (50) alışmalarında hastaların % 71'inin diyetine zayıf uyum gösterdiklerini belirlemişlerdir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre hastaların çoğunluğunun diyetine aynen uyması sevindirici bir sonuç olarak kabul edilebilir. Hastaların diyet rejimlerine uymamalarının KY'ni kontrolden çıkaran etkenler arasında yer aldığı literatürde belirtilmektedir (9).

Hastaların % 50,0'sine egzersiz önerildiği, % 46,1'inin bu egzersizi yaptığı, % 53,9'unun ise yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 20). Egzersiz yapan hastaların % 85,1'i önerilen egzersizi her gün, % 10,6'sı ise haftada bir gün yaptığını belirtmiştir. Egzersiz yapan hastaların tümü yürüyüş yaptığını ve % 44,7 oranında 15 dakikadan az süreyle yaptığını bildirmiştir.

Castelein ve Kerr'in (27) çalışmasında, egzersiz sıklığının haftada üç kez veya daha fazla, egzersiz tipinin aerobik ve süresinin minimum 20 dakika olması gerektiği belirtilmektedir. Ancak bu çalışmada hastaların çoğunluğu her gün fakat solunum sıkıntısı yaşamalarından dolayı ancak 15 dakikadan az bir süre ile egzersiz yapabildiklerini bildirmiştir.

Enç'in (45) çalışmasında da hastaların % 34,4 oranında aktivite durumları ile ilgili öneri aldıkları belirtilmektedir. Bu çalışmanın sonuçları Enç'in sonuçları ile aynı pareleledir.

Hastaların kullandıkları ilaçlara göre dağılımı incelendiğinde; % 18,3'ünün antiagregan/antikoagülan, % 16,5'inin diüretik, % 13,8'inin digoxin, % 13,7'sinin vazodilatör, % 9,4'ünün ACE inhibitörü, % 6,7'sinin antihipertansif, % 4,0'ının IV inotropik, % 1,7'sinin antiaritmik, % 1,2'sinin beta bloker ve % 14,6'sının da diğer ilaçları kullandığı belirlenmiştir (Tablo 21).

Lien'in (90) araştırmasında, yaşlı kalp yetmezlikli hastaların kullandıkları ilaçlara bakıldığında; % 91'inin loop diüretiklerini, % 41'inin aspirini, % 36'sının ACE inhibitörlerini, % 28'inin digoxini, % 22'sinin nitratları kullandığı saptanmıştır.

Arat-Özkan ve TÜRKAY araştırmacılarının (11) çalışmasında hastaların % 26,3'ünün yatarak tedavi gördüğü ve yatış döneminde en sık kullanılan ilaç gruplarının sırasıyla diüretik (% 65,7), ACE inhibitörü (% 61,2), digoxin (% 54,2), IV inotropik (% 36,1) ve IV vazodilatör (% 28,7) olduğu belirtilmektedir.

Araştırma kapsamına giren hastaların % 71,6'sının kullandıkları ilaçların etkisini bilmedikleri, % 18,6'sının kısmen bildiği, % 9,8'inin ise bildiği saptanmıştır. Hastaların ilaçları belirtildiği gibi kullanma durumları incelendiğinde; % 47,1'inin ilaçları

çoğunlukla, % 41,2'sinin ise her zaman belirtildiği şekilde kullandıkları görülmüştür (Tablo 22).

Hastaların kullandıkları ilaçların etkilerini bilmemeleri, hasta eğitimine yeterince zaman ayrılmadığını ve gereken önemin verilmediğini düşündürmektedir.

Enç'in (45) araştırma sonuçlarında hastaların ilaç tedavisine % 83,6 oranında uydukları belirtilmektedir. Bu doğrultuda Enç'in sonuçları ile bu çalışma sonuçları paralellik göstermektedir.

Grady ve arkadaşlarının (56) yaptıkları çalışmada, bir yıldır izlenen ve digoxin kullanan 7247 kalp yetmezlikli hasta arasında sadece % 10'unun reçete ile uyumlu olarak ilaçlarını kullandığı saptanmıştır.

Hastaların % 65,7'si düzenli doktor kontrollerine gittiğini, % 34,3'ü ise gitmediğini belirtmiştir. Düzenli kilo kontrolü yapma durumuna bakıldığında; hastaların % 57,8'i düzenli kilo kontrolü yapmadığını, % 42,1'i ise yaptığını belirtmiştir. Kilo kontrolü yapan hastaların da çoğunluğunun haftada bir sıklıkla kilo kontrolü yaptığı saptanmıştır (Tablo 23).

Enç'in (45) çalışmasında da hastaların % 67,2'sinin kontrollere düzenli olarak geldiği belirtilmektedir. Çalışma bulguları belirtilen araştırma sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

Hastaların kalp yetmezliği sınıfı, kalp yetmezliği nedeni, EF değeri ve pulmoner basınçlarına göre dağılımları incelendiğinde; hastaların New York Kalp Derneği sınıflamasına göre % 50,0'sinin NYHA II. grupta, % 34,3'ünün NYHA III. grupta, % 13,7'sinin NYHA IV. grupta ve % 2,0'sinin ise NYHA I. grupta yer aldığı saptanmıştır (Tablo 24). Hastaların büyük çoğunluğunun (% 84,3) NYHA II. ve III. grupta yer aldığı ve orta düzeyde kalp yetmezliğine sahip olduğu söylenebilir.

Bu sonuçlar Martensson ve arkadaşlarının (94) yaptığı araştırma sonuçları ile uygunluk içindedir.

Rector ve arkadaşları (118) çalışmalarında, araştırma kapsamına alınan 83 hastanın % 37'sinin NYHA I. gruba girdiğini, % 29'unun NYHA II. gruba girdiğini, % 34'ünün ise NYHA III. gruba girdiğini saptamışlardır.

Houghton ve arkadaşlarının (64) çalışma sonuçları bu çalışmadan elde edilen bulgulara benzerlik göstermektedir. Belirtilen çalışma sonuçlarına bakıldığında; 36

hastanın çoğunluğunun (% 78) NYHA II. sınıfta, % 22'sinin de NYHA III. sınıfta yer aldığı saptanmıştır.

Hastaların KY'nin nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; % 68,6'sında KY'nin iskemik kalp hastalığına bağlı, % 10,8'inde kapak hastalığına bağlı, % 11,8'inde kardiyomyopatiye bağlı, % 6,9'unda HT'a bağlı, % 2,0'sinde ise diğer nedenlere bağlı geliştiği saptanmıştır (**Tablo 24**).

Bu sonuçlar Martensson ve arkadaşlarının (94), Wilhelmsen ve arkadaşlarının (140), Houghton ve arkadaşlarının (64) çalışma sonuçları ile paralellik gösterirken Leary ve Jones'in (89) çalışma sonuçları ile paralellik göstermemektedir. Leary ve Jones'in (89) yaptıkları çalışmada hastaların çoğunda kardiyomyopati nedeniyle KY geliştiği belirtilmiştir.

Hastaların EF değerleri incelendiğinde; % 4,9'unda EF'nin % 19 ve altında, % 64,4'ünde % 20-30 arasında, % 31,7'sinde % 31-40 arasında olduğu belirlenmiştir (**Tablo 24**).

Dayi ve arkadaşlarının (36) çalışmasında 31 olgunun ortalama EF'leri 29,4 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunun 20-30 arasında EF değerine sahip olduğu bulunmuştur.

Hastaların % 52,4'ünün pulmoner basınçları normal olarak değerlendirilirken, % 25,0'inde hafif pulmoner HT ve % 21,4'ünde orta pulmoner HT olduğu saptanmıştır (**Tablo 24**).

Araştırmaya katılan hastaların % 32,4'ünün aile ilişkilerinin çok iyi, % 57,8'inin iyi, % 8,8'inin ise kötü olduğu saptanmıştır. Hastaların % 31,4'ü arkadaş ilişkilerinin çok iyi olduğunu belirtirken, % 63,7'si arkadaş ilişkilerini iyi, % 3,9'u ise kötü olarak değerlendirmiştir (**Tablo 25**).

Enç (45) çalışmasında, hastaların % 55,7'sinin aile içi ilişkilerinin iyi, % 37,7'sinin çok iyi ve % 63,9'unun da arkadaş ilişkilerinin iyi olduğunu saptamıştır. Çalışma bulguları Enç'in çalışma sonuçlarına paralellik göstermektedir.

Hastaların % 7,8'inin sağlık durumunu çok iyi algıladığı, % 58,8'inin iyi, % 25,5'inin kötü, % 7,8'inin ise çok kötü algıladığı belirlenmiştir (**Tablo 25**).

Çeşitli araştırmalarda, sağlık durumunu "iyi" olarak algılayanların olumlu davranış kazanma düzeyinin "çok iyi", "kötü" ve "çok kötü" algılayanlara göre daha yüksek bulunduğunu Esin (48) çalışmasında belirtmiştir.



Bu çalışmada hastaların çoğunluğunun (% 58,8) sağlık durumlarını iyi olarak algıladıklarını belirtmeleri sevindirici bir sonuçtur.

#### 4. 1. 3. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULARIN İNCELENMESİ

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; hastaların bacaklarında yorgunluktan şikayetçi olduğu (% 73,5), bulantıdan (% 69,6) ve ödemden (% 70,6) şikayetçi olmadığı, dışarı çıktıklarında (% 50,0) ve çok iş yaptıklarında (% 70,6) nefes darlığı olacak korkusunu yaşadıkları, en küçük fizik egzersizde bile nefessiz kaldıkları (62,7), iş yaparken kendilerini zorlamaktan korktukları (% 82,4), giyinme ve yıkanmada (% 53,9), koşma (% 91,2), yürüyüş ve egzersizde (% 82,4) zorlandıkları, çocuklar yada torunlarla oynarken (% 88,2) ve bahçe işlerinde, elektrik süpürgesi kullanmada (% 50,0) zorlanmadıkları, kendilerini bitkin (% 83,3) ve enerjilerinin azalmış olduğunu (% 83,3) hissettikleri, uykulu veya uyusuk hissetmedikleri (%64,7), daha çok dinlenmeye ihtiyaç duydukları (% 73,5), yaptıkları her şeyin güç gerektirdiğini düşündükleri (% 73,5), kaslarını güçsüz hissettikleri (% 68,6), kolayca üşütüp hasta olmadıkları (% 59,8), gece boyunca sık sık uyandıkları (% 72,5), kendilerinin işe yaramaz hale geldiklerini düşündükleri (% 59,8), kendilerini engellenmiş (% 72,5) ve sinirli hissettikleri (% 78,4), her an kötü bir şey olacakmış hissini taşımadıkları (% 53,9), kendilerini huzursuz hissettikleri (% 56,9), yaşamlarını kontrol etmede zorlanmadıkları (% 53,9), yaşamdan zevk alamadıkları (% 58,8), kendilerine olan güvenlerini kaybettikleri (% 52,0), düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmekte zorlandıkları (% 57,8), gitmeyi istediği yerlere gidemedikleri (% 76,5), tatile çıktıklarında kalp hastalıklarının kötüleşeceğinden korktukları (% 70,6), yaşam şekillerini değiştirmek zorunda kaldıkları (% 69,6), aile sorumluluklarını yerine getirmede sınırlılık yaşamadıkları (% 52,9), kendilerini başkalarına bağımlı hissetmedikleri (% 66,7), kalp ilacı içmeyi sıkıcı bulmadıkları (% 59,8) ve yapmak istediklerini yapamadıkları (% 81,4) saptanmıştır (Tablo 26).

Jaarsma ve arkadaşlarının (71) yaptıkları çalışmada, hastaların çoğunluğunun dispne, yorgunluk, uyku bozukluğu ve ödem tanımladıkları belirtilmiştir.

Bu çalışmada da hastaların çoğunluğunun nefes darlığı korkusu yaşadıkları, bacaklarında yorgunluk hissettikleri, gece boyunca sık sık uyandıkları saptanmıştır. Bu

doğrultuda bulgular Jaarsma ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların çoğunluğunun (% 53,9) kalp hastalığı nedeniyle giyinirken ve yıkanırken zorluk yaşadığını belirtmesi onların bu anlamda yardım gereksinimi duyacaklarını ve kendilerini başkalarına bağımlı hissedeceklerini düşündürmektedir. Öte yandan hastaların % 66,7'si kendilerini başkalarına bağımlı hissetmediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuç da hastaların kısıtlanan aktivitelerini yardımla da olsa yerine getirmelerinin onları psikolojik yönden etkilemediğini düşündürmektedir.

Broström ve arkadaşlarının (24) çalışma sonuçları hastaların uykusunun, günlük aktiviteleri, hastalıkları ve kardiyak semptomlar ile etkilendiğini göstermektedir. Uyku bozukluklarının yorgunluk, üzüntü, konsantrasyon kaybı ve huysuzluk gibi etkilere neden olduğu da aynı çalışma bulguları arasında gösterilmiştir.

Bu çalışmada hastaların çoğunluğunun (% 72,5) gece boyunca sık sık uyandığını belirtmesi literatür bilgisiyle paralellik göstermektedir.

Hastaların % 59,8'inin kolaylıkla üşütüp hasta olmaması, onların bu anlamda gereken dikkat ve özeni gösterdiklerini düşündürmektedir. KY'nin hastalarda özellikle pulmoner enfeksiyonlara yatkınlığı arttırabildiği, solunum yolu enfeksiyonlarının KY hastalarında hastaneye yatış nedenleri arasında sık karşılaşılan nedenlerden birisi olduğu literatürde belirtilmektedir (97).

Hastaların engellendiklerini ve işe yaramaz olduklarını hissetmeleri, kendilerini sosyal çevre ve aile ortamından uzaklaştırabileceklerini ve bu durumun olumsuz psikolojik etkilere yol açabileceğini düşündürmüştür.

Hastaların % 58,8'inin yaşamdan zevk alamadığını belirtmesi KY'nin hastanın yaşam kalitesini büyük oranda etkilediğini göstermektedir. Diğer kronik hastalıklarla kıyaslandığında KKY'nin yaşam kalitesi üzerinde en fazla olumsuz etkiye sahip olduğu (97) belirtilmiştir.

Rector ve arkadaşlarının (118) yaptıkları çalışmada; hastalar fiziksel sınırlamalarının, hastalıkları nedeniyle ortaya çıkan emosyonel veya ekonomik konulardan daha üst sırada yer aldığını belirtmiştir. Bununla beraber hastaların günlük aktivitelerinin çoğunun – gezme, eğlence, yemek yeme, ev veya bahçe işleri gibi – kısıtlanmasının psikolojik bozukluklara neden olabileceği de belirtilmektedir.

Yukarıda belirtilen çalışmada, bu araştırmanın sonuçlarına paralel olarak hastaların çoğunun nefes darlığı yaşadığı, ev ve bahçe işlerini yapmada zorlandığı, aile, arkadaş ilişkilerinin bozulduğu, eğlence aktivitelerinin azaldığı, yürümede zorlandıkları, gün boyunca dinlenmeyi istedikleri, uyumada güçlük çektikleri ve bir yerlere gitmede zorluk yaşadıkları saptanmıştır.

Rector ve arkadaşlarının (117) yaptıkları bir başka çalışmada ise hastaların % 49'u gün boyunca oturma ve sık olarak dinlenme gereksinimi duyduklarını belirtirken, % 44'ü uyku sorunu yaşadıklarını belirtmiştir. Birçok hasta yürüme mesafelerinin daha kısa olduğunu veya daha yavaş yürüdüklerini, dinlenmek için sık aralıklarla durduklarını ve KY nedeniyle sosyal aktivitelerinin de azaldığını ifade etmiştir.

Araştırmanın örneklemini oluşturan 102 kalp yetmezlikli hastanın ortalama yaşam kalitesi puanı 50,3431 olarak saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; erkek hastaların puan ortalamasının kadın hastaların puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (F: 10,148 ;  $p < 0,05$ ) (Tablo 27). Erkek hastaların kadın hastalara oranla yaşam kalitelerini daha düşük olarak algıladıkları söylenebilir.

Yapılan birçok çalışmada erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara oranla daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (28,29,109,117).

Leary ve Jones (89) yaptıkları çalışmada cinsiyet ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında ilişki bulamamışlardır

Hasta yaşlarının yaşam kalitesi toplam puanı üzerine etkisi incelendiğinde; hastaların yaşı ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: 1,039 ;  $p > 0,05$ ) (Tablo 28). Elde edilen bu sonuçta KY'nin ve semptomlarının tüm hastalarda aynı şekilde etki yaptığı yorumu getirilebilir. Hastanın yaşının yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir.

Alla ve arkadaşları (7), Leary ve Jones'in (89) yaptıkları çalışmalarda, yaşam kalitesi skorları ile yaş arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırmanın bulguları belirtilen iki araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Riedinger ve arkadaşlarının (119) yaptığı çalışmada, yaş arttıkça genel yaşam memnuniyetinde bir artma olduğu belirtilmektedir

Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumu ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılığın okur yazar olmayanlar ile lise ve fakülte mezunları arasında ve okur yazar olanlar ile fakülte mezunları arasında olduğu saptanmıştır (F:3,853;  $p < 0,05$ ) (Tablo 29). Bu sonuçlara göre eğitim durumu yükseldikçe hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı söylenebilir.

Pınar'ın (111) diyabetli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Durna (41) kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, ilkokul mezunu olanların duygusal iyilik puan ortalamasını yüksekokul mezunu olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur.

Hastaların beden yapısı ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında; beden yapısı ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (F:1,429 ;  $p > 0,05$ ) (Tablo 30). Beden yapısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmamasına karşın zayıf hastaların yaşam kalitelerini daha iyi düzeyde algıladıkları bulunmuştur.

Kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: 3,447;  $p > 0,05$ ) (Tablo 31).

Kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı olmamasına rağmen, 25 ay ve daha uzun süredir KY tanısına sahip olan hastaların (puan ortalaması 48,7119) yaşam kalitelerini daha iyi algıladıkları belirlenmiştir. Bu durum uzun süredir KY tanısı ile yaşayan hastaların hastalıklarına uyumlarının daha iyi olduğu ve hastalıkları ile daha iyi başedebildikleri şeklinde açıklanabilir.

Durademir (40) bu çalışma bulgularına benzer şekilde kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların hastanede yatma durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde hastanede yatan hastaların yaşam kalitelerinin yatmayanlara göre daha iyi olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan

anlamli olduğu saptanmıştır (F: 8,982; p< 0,05) (Tablo 32). Buna göre hastanede yatma deneyimi yaşayan kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitelerini (puan ortalaması 48,8472) daha iyi algıladıkları söylenbilir.

Alla ve arkadaşları (7) yaptıkları çalışmada, yaşam kalitesinin genel, fiziksel, mental ve sosyal boyutlarının KY hastane yatışları ile önemli oranda ilişkili olduğunu, global yaşam kalitesi skorlarının hastaneye yatış veya ölüm riskindeki % 31 ila % 36'lık bir artışla ilgili olduğunu saptamışlardır.

Diyete uyma durumu ile yaşam kalitesi toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; diyetine uyan, kısmen uyan ve uymayan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F: 2,388; p> 0,05) (Tablo 33). Bu sonuca göre diyetle uyma durumunun yaşam kalitesini etkilemediği söylenbilir.

Egzersiz yapma durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde; egzersiz yapan hastaların yaşam kalitesi puanının egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (F: 18,778; p< 0,05) (Tablo 34).

Quittan ve arkadaşları (115) yaptıkları çalışmada aerobik egzersizin ciddi kronik kalp yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesini geliştirdiğini belirlemişlerdir.

Ancak bu çalışmada egzersiz yapmayan hastaların yaşam kaliteleri (puan ortalaması 47,4912), yapanlara (puan ortalaması 53,9556) göre daha iyi düzeyde bulunmuştur. Bu sonucun egzersiz yapma sırasında hastaların daha fazla solunum sıkıntısı deneyimlemeleri ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir.

Oka ve arkadaşları (101) alışmalarında tek taraflı dayanma egzersizi ve kombine bir dayanıklılık yaklaşımı kullanmanın KY ile ilgili yorgunluk ve dispne semptomlarının azalmasında ve yaşam kalitesinin düzeltilmesinde etkili olduğunu saptamışlardır.

Houghton ve arkadaşları (64) ise yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ve treadmill egzersiz süresi arasında ilişki olmadığını ve normal yürüyüş zamanı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin de istatistiksel önemlilik seviyelerinin dışında olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların ilaçları reçeteye göre kullanma durumu ile yaşam kalitesi toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı

belirlenmiştir (F: 4,141;  $p < 0,05$ ) (Tablo 35). Bu sonuca göre ilaçları reçetede belirtildiği gibi kullanmanın yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmadığı söylenebilir.

Araştırma kapsamına giren hastaların düzenli doktor kontrollerine gitme durumuna göre yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; düzenli doktor kontrollerine gitme ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 1,732;  $p > 0,05$ ) (Tablo 36).

Bulgular Durademir'in (40) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların kalp yetmezliği sınıfı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; kalp yetmezliği sınıfı ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın NYHA VI. grup hastaları ile NYHA II. ve I. grup hastaları, NYHA III. grup hastaları ile NYHA II. ve I. grup hastaları arasında olduğu bulunmuştur (F: 15,799;  $p < 0,05$ ) (Tablo 37). Kalp yetmezliği ciddiyeti arttıkça hastaların yaşam kaliteleri de artmaktadır.

Görüldüğü gibi NYHA IV. grupta yer alan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olması beklenirken bunun tersi bir sonuç elde edilmiştir. Bu sonuçta ciddi KY'ne sahip hastaların hastalığa iyi uyum sağladıklarının bir göstergesi olarak düşünülebilir.

Rector ve arkadaşları (118), Riedinger, Dracup ve Brecht (119) çalışmalarında NYHA sınıfı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını saptamışlardır.

Araştırmaya katılan hastaların EF değerleri ile yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (F:1,094;  $p > 0,05$ ) (Tablo 38).

Bu çalışmanın sonuçlarına paralel olarak Dracup ve arkadaşları (39), Rector ve arkadaşları (118) yaptıkları çalışmalarda hastaların EF'si ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığını saptamışlardır.

Hastaların pulmoner basınçları ile yaşam kalitesi toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,545;  $p > 0,05$ ) (Tablo 39).

Hastaların sağlık durumlarını algılamaları ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F: 5,278;  $p < 0,05$ ) (Tablo 40). Sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak algılayan hastaların yaşam kalitesi ortalama puanının çok kötü algılayanlara göre, çok iyi olarak algılayanların da kötü algılayanlara göre daha yüksek olduğu ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı bulunmuştur.

#### 4. 1. 4. SAĞLIK DAVRANIŞLARI İLE İLGİLİ BULGULARIN İNCELENMESİ

Hastaların Sağlık Davranışları Ölçeği'ndeki sorulara verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmadığı (% 52,0), beslenmesinde sık sık tuz kısıtlamasına dikkat ettiği (% 30,4), sık sık yorgunluk ve solunum güçlüğüne yol açan hareketlerden kaçındığı (% 52,0), hastalığına bağlı hangi şikayetlerin olabileceğini bilmediği (% 55,9), ilaçların etkisi ve yan etkisini bilmediği (% 71,6), bikarbonatlı, gazoz ve soda gibi içecekleri sık sık kullanmadığı (% 47,1), nabzını saymadığı ve sonucun ne anlama geldiğini bilmediği (% 78,4), acil durumlarda kullanılmak üzere yanında kendisine ait adres, telefon ve teşhisini bildiren bir kart taşımadığı (% 92,2), ilaçlar kendisine zarar verdiği zaman sıklıkla doktora gittiği (% 42,2), ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okumadığı (% 47,1), sıvı alımına sıklıkla dikkat ettiği (% 44,1), tansiyonunu bazen ölçtüğü (% 30,4), kendisini sıklıkla grip ve soğuk algınlığından koruduğu (% 59,8), düzenli olarak sıvı yağ kullanılmış besinleri yediği (% 93,1), kolesterol düzeyini ölçtürmediği (% 50,0), düzenli kilo kontrolü yapmadığı (% 52,0), yemeklerini az ve sık aralıklarla yemeye dikkat ettiği (% 47,1), düzenli olarak doktor kontrollerine gittiği (% 48,0), gece yatmadan önce ağır yemek yemediği (% 46,1), ilaçlarını düzenli olarak kullandığı (% 45,1), düzenli olarak sebze ve meyve yediği (% 40,2), hastalığı ile ilgili bir sıkıntısı olduğunda hastaneye gittiği (% 56,9), grip ve zatürre aşılarını yaptırmadığı (% 71,6) saptanmıştır (Tablo 41).

Hastaların çoğunluğu hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmadıklarını, hastalıklarına bağlı hangi şikayetlerin olabileceğini bilmediklerini, ilaçların etkisi ve yan etkisini bilmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 41).

Hastaların hastalığı hakkında ve hastalığına bağlı oluşabilecek belirti ve bulgular konusunda bilgi sahibi olmaları hem onların korkularını giderecektir hem de sağlık bakımı için gecikmeden yardım aramalarını sağlayacaktır ve de gereksiz hastane yatışlarını önleyecektir. Bu bağlamda hastalara bu konularda eğitim yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Hastaların beslenmelerinde tuz kısıtlamasına büyük oranda dikkat etmeleri diyetle uyumlarının iyi olduğunun bir göstergesi olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların hastalıklarını belirten bir kimlik kartı taşımamalarının özellikle acil durumlarda gerekenlerin yapılmasını geciktireceği ve hastanın yaşamını olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Sağlık davranışlarını etkileyebileceği düşünülen sosyo-demografik özellikler ve hastalıkla ilgili özellikler ile sağlık davranışları ilişkisi aşağıda incelenmiştir.

Araştırmaya katılan kalp yetmezlikli hastaların sağlık davranışları puan ortalaması 59,2549 olarak bulunmuştur. Bu değer hastaların kalp yetmezliği ile ilgili sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Cinsiyet ve sağlık davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık davranışları erkeklerde kadınlara oranla daha yeterli düzeyde bulunmuştur (F: 11,394;  $p < 0,05$ ) (**Tablo 42**).

Araştırma bulguları Enç'in (45) sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Akça'nın (2) sağlıklı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada cinsiyet ile sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Uitenbroek ve arkadaşlarının (136) yaptıkları çalışmada kadınların genellikle erkeklerden daha sağlıklı davrandıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları ile sağlık davranışları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş grupları ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (F: ,197;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 43**). Sonuç böyle olmasına rağmen 60 yaş ve altı grupta yer alan hastaların sağlık davranışlarının (puan ortalaması 60,0526) daha yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Akça'nın (2) öğretim elemanları üzerinde yaptığı çalışmasında, yaş arttıkça sağlığı geliştirici davranışların arttığı bulunmuştur.

Hastaların eğitim durumları ile sağlık davranışları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okur yazar ve ilkokul mezunu olan hastaların puan ortalamasının okur yazar olmayanlara göre, yüksekokul mezunu olanların ortaokul ve lise mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (F: 12,097;  $p < 0,05$ ). Gruplar arasındaki farkın kaynağı araştırılmış ve farkın okur yazar olmayanlar ile lise ve fakülte mezunları arasında, okur yazarlar ile lise ve fakülte mezunları arasında, ilkokul mezunları ile lise ve fakülte mezunları arasında ve ortaokul mezunları ile fakülte mezunları arasında olduğu bulunmuştur (**Tablo 44**). Bu sonuca göre eğitim düzeyi



hastaların sağlık davranışlarını etkilemekte ve eğitim düzeyi arttıkça sağlık davranışlarının yeterlilik düzeyide artmaktadır.

Enç çalışmasında (45) eğitim durumu ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Hastaların beden yapıları ile sağlık davranışları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 4,050;  $p > 0,05$ ) (Tablo 45). Hastaların beden yapılarının sağlık davranışları üzerinde etkisi bulunmadığı söylenebilir.

Hastaların kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile sağlık davranışları puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 2,404;  $p > 0,05$ ) (Tablo 46).

Çalışma sonuçları Enç'in (45) sonuçları ile aynı paraleldedir.

Kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen 13-24 aydır KY olan hastaların sağlık davranışlarının (puan ortalaması 63,7857), 6-12 aydır (puan ortalaması 60,7586) ve 25 ay ve daha uzun süredir KY olan hastalardan (puan ortalaması 57,4407) daha yeterli düzeyde olduğu bulgulanmıştır.

Oysaki hastaların % 57,8'i 25 ay ve daha uzun süredir kalp yetmezliği ile yaşadıklarını belirtmiştir (Tablo 15). Bu zaman içerisinde deneyimleri sonucu hastalıklarını ve hastalıklarının olası sorunlarını algılamış ve bu yönde olumlu sağlık davranışları geliştirmiş olmaları beklenirdi.

Hastaların hastanede yatma durumu ile sağlık davranışları puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında; hastanede yatan ve yatmayan hastaların ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (F: 1,240;  $p > 0,05$ ) (Tablo 47).

Bu çalışmada hastanede yatmayan hastaların sağlık davranışı puanı (61,1000) yatanlara (58,4861) göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel bir anlamlılık taşımamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların diyetle uyuma durumuna göre sağlık davranışları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; diyetle uyuma durumu ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (F: 7,686;  $p < 0,05$ ) (Tablo 48) ve bu farkın diyetine uymayan hastalar ile uyan ve kısmen uyanlar arasında olduğu saptanmıştır.

Bu sonuca göre diyeteye uyma durumunun sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Egzersiz yapma durumu ile sağlık davranışları puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,171;  $p > 0,05$ ) (Tablo 49). Egzersiz yapma durumunun sağlık davranışları üzerine etkisi bulunmadığı belirlenmiştir.

Hastaların ilaçları reçeteye göre kullanma durumu ile sağlık davranışları toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; ilaçlarını her zaman ve çoğunlukla reçeteye göre kullanan hastaların puan ortalamasının, ilaçlarını bazen reçeteye göre kullanan ve hiçbir zaman reçeteye göre kullanmayan hastaların puan ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (F: 28,158;  $p < 0,05$ ) (Tablo 50). Sağlık davranışları toplam puanı açısından ilaçlarını hiçbir zaman reçeteye göre kullanmayan hastalar, ilaçlarını bazen ve çoğunlukla reçeteye göre kullanan hastalar ile ilaçlarını her zaman reçeteye göre kullanan hastalar arasındaki fark anlamlılığın kaynağını oluşturmaktadır.

Düzenli doktor kontrollerine gitme durumu ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F: 19,812;  $p < 0,05$ ) (Tablo 51).

Durademir'in (40) çalışmasında, düzenli doktor kontrollerine gelen ve gelmeyen hastaların öz bakım davranışları puan ortalaması arasında bu çalışmanın bulgularına paralel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur Hastaların düzenli doktor kontrollerine gelmesi, onların ilaçlarını doğru ve düzenli olarak kullanmasının da bir nedeni olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların KY sınıfı ile sağlık davranışları toplam puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında; KY sınıfı ile sağlık davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: 1,781;  $p > 0,05$ ) (Tablo 52).

KY sınıfının sağlık davranışları üzerinde istatistiksel olarak etkili olmadığı sonucu elde edilmesine rağmen sağlık davranışları puan ortalamalarına bakıldığında NYHA I. grupta yer alan hastaların sağlık davranışlarının diğer gruplara oranla daha yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Hastaların EF değerleri ile sağlık davranışları toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; EF ile sağlık davranışları puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir

farklılık saptanamamıştır (F: 1,160;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 53**). Bu sonuca göre hastaların EF değerlerinin sağlık davranışlarını etkilemediği söylenebilir.

EF değeri düşük olan hastaların aktivitelerinin kısıtlanması yaşam kalitesinde düşmeye neden olacağından özellikle bu gruptaki hastaların olumlu sağlık davranışları geliştireceği düşünülmektedir. Nitekim bu çalışmada EF ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasına rağmen düşük EF'ye sahip hastaların sağlık davranışları daha yeterli düzeyde bulunmuştur.

Hastaların pulmoner basınçları ile sağlık davranışları toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; pulmoner basınç ile sağlık davranışları toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (F: 1,083;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 54**).

Hastaların sağlık durumlarını algılamaları ile sağlık davranışları toplam puanı karşılaştırıldığında; aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,335;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 55**).

Hastaların çoğunluğunun (n:60) sağlık durumlarını iyi olarak algılamasının olumlu sağlık davranışı kazanmada etkili olabileceği düşüncesini Esin'in çalışma (1997) sonuçları da (48) desteklemektedir.

#### 4. 1. 5. SAĞLIĞIN ÖNEMİ İLE İLGİLİ BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırmaya katılan hastaların Sağlığın Önemi Ölçeğinden elde edilen puan ortalaması 8,75 olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre hastaların yüksek sağlık değerine sahip olduğu söylenebilir.

Hastaların cinsiyetleri ile sağlıklarına verdikleri önem arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,742;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 56**). Bu sonuca göre cinsiyetin sağlığa verilen önemi etkilemediği belirlenmiştir.

Enç (45) çalışmasında, sağlığa verilen önemin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Hastaların yaşı ile sağlığa verilen önem arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (F: 1,482;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 57**). Hastaların yaşının sağlığa verilen önem üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir.

Hastaların sağlığa verdikleri önem ile eğitim durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında; hastaların eğitim durumunun sağlığa verilen önem üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır (F: ,345;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 58**).

Bulgular Enç'in (45) sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Hastaların beden yapıları ile sağlıklarına verdikleri önem arasındaki ilişki incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (F: ,952;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 59**).

Hastaların KY tanısının belirlenme zamanı ile sağlığa verilen önem arasındaki ilişki incelendiğinde; bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (F: 1,138;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 60**).

Enç de (45) çalışmasında KY tanısının belirlenme zamanı ile sağlığa verilen arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Araştırma bulguları Enç'in sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların hastanede yatma durumu ile sağlıklarına verdikleri önem arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,711;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 61**). Hastanede yatan hastaların puan ortalaması (8,79) ile hastanede yatmayanların puan ortalaması (8,67) arasında belirgin bir fark bulunmamıştır.

Sonuçlar böyle olmasına rağmen hastaneye yatma deneyimi yaşayan hastaların sağlıklarına daha fazla önem verecekleri düşünülebilir.

Hastaların diyete uyma durumu ile sağlıklarına verdikleri önem arasındaki ilişkiye bakıldığında; diyete uyma durumu ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,568;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 62**). Bu sonuca göre diyete uyma durumunun sağlığa verilen önemi etkilemediği söylenebilir.

Hastaların egzersiz yapma durumu ile sağlığa verilen önem arasındaki ilişki incelendiğinde; egzersiz yapan ve yapmayan hastaların sağlıklarına verdikleri önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (F: 1,397;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 63**).

Araştırmaya katılan hastaların ilaçları reçeteye göre kullanma durumu ile sağlıklarına verdikleri önem karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: ,718;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 64**).

Düzenli doktor kontrollerine gitme durumu ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (F: 1,203;  $p > 0,05$ ) (**Tablo 65**).

Oysaki hastaların düzenli doktor kontrollerine gitmeleri sağlıklarına önem verdiklerinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Hastaların KY sınıfı ile sağlıklarına verdikleri önem karşılaştırıldığında; KY sınıfı ile sağlığa verilen önem arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,720;  $p > 0,05$ ) (Tablo 66).

Hastaların kalp yetmezliklerinin ciddiyeti arttıkça sağlıklarına daha fazla önem verecekleri düşünülmektedir.

EF değeri ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: ,288;  $p > 0,05$ ) (Tablo 67). Bu sonuca göre hastaların EF değerlerinin sağlığa verilen önemi etkilemediği söylenebilir.

Hastaların pulmoner basınçlarının sağlığa verilen önem üzerine etkisi incelendiğinde; pulmoner basınç ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F: 1,327;  $p > 0,05$ ) (Tablo 68).

Hastaların sağlık durumlarını algılamaları ile sağlıklarına verdikleri önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (F: ,193;  $p > 0,05$ ) (Tablo 69). Hastaların sağlıklarını algılama durumlarının sağlıklarına verdikleri önem üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir.

#### 4. 1. 6. YAŞAM KALİTESİ, SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE SAĞLIĞA VERİLEN ÖNEM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu bölümde araştırmanın örneklemini oluşturan hastaların yaşam kalitesi, sağlık davranışları ve sağlıklarına verdikleri önem arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışmaya katılan tüm hastaların yaşam kalitesinin (puan ortalaması: 50,3431 +/- 8,1124) orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Leary ve Jones'un (89) çalışmasında yaşam kalitesi ortalama skoru 39.0 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma bulguları ile kıyaslandığında; bu araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan kalp yetmezlikli hastaların Sağlık Davranışları Ölçeği'nden elde edilen puan ortalaması 59,2549 +/- 10,8150 olup, bu puan hastaların kalp yetmezliği ile ilgili sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Enç'in çalışmasında (45) hastaların kalp yetmezliği ile ilgili sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları Enç'in sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,31$ ,  $p<0,05$ ). Sağlık davranışları puanı arttıkça yaşam kalitesi puanı da artmaktadır. Hastalığa ilişkin sağlık davranışlarının yeterlilik düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Bu beklendik bir sonuçtur. Bireylerin hastalıkları nedeniyle normalde belki de yapmadıkları beslenme ile ilgili önlemler, ilaç kullanma, tansiyon ve nabız kontrolü, laboratuvar tetkikleri gibi bazı sağlık davranışlarını düzenli olarak yapmak durumunda olmaları nedeniyle yaşam kalitesinde azalma olduğu söylenebilir. Yaşam kalitesi ve sağlık davranışları üzerine cinsiyet, eğitim düzeyi, egzersiz yapma, hastanede yatma durumu ve hastalık sınıfı benzer etkiye sahip değişkenler olarak saptanmıştır. Bu değişkenlerin benzer etkileri de bu ilişkiyi doğrulamaktadır.

Hastaların Sağlığın Önemi Ölçeği'nden elde edilen puan ortalamaları  $8,75 \pm 0,68$  olarak saptanmıştır. Bu değer ortalamanın üstündedir ve hastaların yüksek sağlık değerine sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada sağlığa verilen önem üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Sağlığa verilen önem ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $r= -0,028$ ,  $p>0,05$ ). Sağlığa verilen önem yaşam kalitesini etkilememektedir.

Sağlığa verilen önem ile sağlık davranışları arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r= -0,122$ ,  $p>0,05$ ). Sağlığa verilen önemin sağlık davranışları üzerine etkisi bulunmamaktadır (Tablo 70).

## 4. 2. SONUÇLAR

Kalp yetmezliği olan hastalarda sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanan çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

- ◆ Araştırma kapsamına alınan hastaların % 73,5'i erkek, % 26,5'i kadındır. Hastaların % 37,3'ü 60 yaş ve altı yaş grubunda olup, % 83,3'ü evlidir (Tablo 13).
- ◆ Hastaların % 31,4'ü ilkokul mezunu, % 26,5'i lise mezunu ve % 92,2'si çalışmamaktadır (Tablo 13).
- ◆ Hastaların % 69,6'sının emekli sandığına bağlı olduğu ve % 63,7'sinin gelir durumunun gidere denk olduğu saptanmıştır (Tablo 13).
- ◆ Çalışmaya katılan hastaların % 48,0'inin eşi ile birlikte yaşadığı, % 95,1'inin bakımı ile ilgilenen bir kişiye sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 14).
- ◆ Hastaların % 61,8'inin sigara içtiği fakat bıraktığı, % 62,7'sinin hiç alkol alışkanlığı olmadığı saptanmıştır (Tablo 14).
- ◆ Hastaların % 51,0'inin fazla kilolu grubuna girdiği bulunmuştur (Tablo 14).
- ◆ Araştırmaya katılan hastaların % 57,8'i 25 aydan daha uzun süredir kalp yetmezliği ile yaşamaktadır ve % 30,5'inin KY dışında HT'u bulunmaktadır (Tablo 15).
- ◆ Hastaların % 70,6'sı KY nedeniyle hastanede yatmış ve % 34,7'si hastanede dört kezden fazla yatmıştır (Tablo 15).
- ◆ Hastaların % 51,0'inin ailesinde kalp hastalığı olduğu ve ailesinde kalp hastalığı olanların % 94,1'inin birinci dereceden yakınının kalp hastası olduğu saptanmıştır (Tablo 16).
- ◆ Hastaları en çok rahatsız eden semptomlar % 50,7 oranında solunum sıkıntısı, % 14,0 oranında ise fiziksel aktivitelerde zorluktur (Tablo 17).
- ◆ Hastaların kısıtlanan aktiviteleri incelendiğinde; % 46,3'ü yokuş yukarı veya merdiven çıkmada, % 19,1'i de çabuk ve acele davranabilmede kısıtlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 18).
- ◆ Araştırma kapsamına giren hastaların % 94,1'ine diyetle ilgili öneri yapıldığı, % 39,2'sinin bu diyetle uyduğu saptanmıştır (Tablo 19).
- ◆ Çalışmaya katılan hastaların % 50,0'sine egzersizle ilgili öneri yapıldığı, % 53,9'unun önerilen egzersizi yapmadığı, egzersiz yapanların % 85,1'inin önerilen egzersizi her gün yaptığı, yapılan egzersiz türünün % 100 oranında yürüyüş olduğu

ve hastaların % 44,7'sinin egzersiz süresinin 15 dakikadan az olduğu saptanmıştır (Tablo 20).

- ◆ Hastaların % 18,3 oranında antiagregan/antikoagülan ilaçları kullandığı, % 71,6'sının ilaçların etkisini bilmediği, % 47,1'inin ilaçlarını çoğunlukla reçetede belirtildiği gibi kullandığı, % 65,7'sinin düzenli doktor kontrollerine gittiği saptanmıştır (Tablo 21,22,23).
- ◆ Hastaların % 57,8'inin düzenli kilo kontrolü yapmadığı, kilo kontrolü yapan hastaların ise % 30,2'sinin haftada bir kilo kontrolü yaptığı belirlenmiştir (Tablo 23).
- ◆ Hastaların % 50,0'si NYHA II. grupta yer almaktadır. Kalp yetmezliği gelişme nedeni % 68,6 oranında iskemik kalp hastalığıdır (Tablo 24).
- ◆ Hastaların % 64,4'ünün EF değerlerinin % 20-30 arasında, % 52,4'ünün pulmoner basınçlarının normal olduğu saptanmıştır (Tablo 24).
- ◆ Araştırmaya katılan yetmezlik hastalarının % 57,8'inin aile ilişkilerinin iyi olduğu, % 63,7'sinin arkadaş ilişkilerinin de iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 25).
- ◆ Hastaların % 58,8 oranında sağlıklarını iyi olarak algıladıkları bulunmuştur (Tablo 25).
- ◆ Araştırma kapsamına alınan 102 kalp yetmezlikli hastanın yaşam kalitesi orta düzeyde bulunmuştur.
- ◆ Erkek hastaların yaşam kalitesi kadın hastalara oranla daha düşük bulunmuştur (Tablo 27).
- ◆ Yaş gruplarının yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 28).
- ◆ Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 29).
- ◆ Hastaların beden yapıları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 30).
- ◆ KY tanısının belirlenme zamanı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 31).
- ◆ Hastanede yatan hastaların yaşam kalitesi yatmayanlara oranla daha iyi düzeyde bulunmuştur (Tablo 32).
- ◆ Diyete uyma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 33).



- ◆ Egzersiz yapmayan hastaların yaşam kalitesi egzersiz yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur (**Tablo 34**).
- ◆ İlaçları reçeteye göre kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 35**).
- ◆ Düzenli doktor kontrollerine gitme ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 36**).
- ◆ Hastaların KY sınıfı arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (**Tablo 37**).
- ◆ EF değerlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (**Tablo 38**).
- ◆ Hastaların pulmoner basınçları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 39**).
- ◆ Sağlık durumunu algılama düzeyi kötüleştikçe yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (**Tablo 40**).
- ◆ Çalışmaya katılan hastaların kalp yetmezliği ile ilgili sağlık davranışları orta düzeyde bulunmuştur.
- ◆ Erkek hastaların sağlık davranışlarının kadın hastalara göre daha yeterli olduğu saptanmıştır. (**Tablo 42**).
- ◆ Yaş grupları ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 43**).
- ◆ Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça sağlık davranışlarının yeterlilik düzeyinin de arttığı saptanmıştır (**Tablo 44**).
- ◆ Araştırmaya katılan hastaların beden yapıları ile sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 45**).
- ◆ Hastaların KY tanısının belirlenme zamanı ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 46**).
- ◆ Hastanede yatma durumu ile sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 47**).
- ◆ Diyetine uyan hastaların uymayanlara göre daha yeterli düzeyde sağlık davranışlarına sahip olduğu saptanmıştır (**Tablo 48**).
- ◆ Araştırma kapsamına giren hastaların egzersiz yapma durumu ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 49**).

- ◆ İlaçlarını her zaman ve çoğunlukla reçeteye göre kullanan hastaların sağlık davranışları ilaçlarını bazen reçeteye göre kullanan ve hiçbir zaman reçeteye göre kullanmayan hastalara oranla anlamlı derecede yeterli bulunmuştur (**Tablo 50**).
- ◆ Düzenli doktor kontrollerine giden hastaların sağlık davranışları gitmeyen hastalara göre anlamlı derecede daha yeterli düzeyde bulunmuştur (**Tablo 51**).
- ◆ Hastaların KY sınıfları ile sağlık davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 52**).
- ◆ EF değerleri ile sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 53**).
- ◆ Hastaların pulmoner basınçları ile sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 54**).
- ◆ Araştırmaya katılan hastaların sağlık durumlarını algılamaları ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 55**).
- ◆ Çalışmaya katılan tüm hastaların sağlıklarına büyük oranda önem verdikleri saptanmıştır.
- ◆ Kadın ve erkek hastaların sağlıklarına verdikleri önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 56**).
- ◆ Hastaların yaşı ile sağlıklarına verdikleri önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 57**).
- ◆ Eğitim durumunun sağlığa verilen önem üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır (**Tablo 58**).
- ◆ Araştırmaya katılan hastaların beden yapıları ile sağlıklarına verdikleri önem arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 59**).
- ◆ Kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile sağlığa verilen önem arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 60**).
- ◆ Hastanede yatan ve yatmayan hastaların sağlıklarına verdikleri önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (**Tablo 61**).
- ◆ Araştırma kapsamına giren hastaların diyeteye uyma durumları ile sağlıklarına verdikleri önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 62**).
- ◆ Egzersiz yapma durumu ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 63**).

- ◆ Hastaların ilaçları reçeteye göre kullanma durumu ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 64**).
- ◆ Düzenli doktor kontrollerine giden ve gitmeyen hastalar arasında sağlığa verilen önem açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (**Tablo 65**).
- ◆ Hastaların KY sınıfı ile sağlığa verilen önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 66**).
- ◆ EF değerleri ile sağlığa verilen önem arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 67**).
- ◆ Hastaların pulmoner basınçları ile sağlığa verdikleri önem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 68**).
- ◆ Sağlık durumunu algılama ile sağlığa verilen önem arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 69**).
- ◆ Sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (**Tablo 70**).
- ◆ Sağlığa verilen önem ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (**Tablo 70**).
- ◆ Sağlığa verilen önem ile sağlık davranışları arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo 70**).

#### 4. 2. 1. ÖNERİLER

Kalp yetmezliği olan hastalarda sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ◆ Hastaların çoğunluğunun nefes darlığı olacak korkusu yaşamaları sonucundan yola çıkılarak, hastaların bu tür korkularının giderilmesi yönünde girişimlerde bulunulması,
- ◆ Hastalar için uygun dinlenme ve aktivite programlarının düzenlenmesi,
- ◆ Hastaların kendilerini daha yeterli, verimli ve huzurlu hissetmeleri için psikolojik danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, sosyal destek gruplarının oluşturulması ve bu gruplara katılım konusunda hastaların cesaretlendirilmesi,
- ◆ Hastaların sosyal aktivitelere sınırlılıkları ölçüsünde katılımının sağlanması,
- ◆ Planlı egzersiz programlarının düzenlenmesi ve hastaların bu programlara uyumlarının değerlendirilmesi,
- ◆ Hastalara hastalık, hastalığa bağlı oluşabilecek şikayetler, ilaçların etki ve yan etkileri, düzenli aralıklarla nabız sayma, tansiyon, kan kolesterol düzeyini ölçtürme, düzenli kilo kontrolünün önemi ve aşılama gibi konularda eğitim yapılması,
- ◆ Eğitim programının bireye özgü olarak ve yaşam şekilleri dikkate alınarak hazırlanması,
- ◆ Hastalarda, sağlık davranışlarının amacının yaşam kalitesini azaltmak değil, daha kaliteli yaşam yılları katmakla ilgili olduğu konusunda inanç geliştirilmesi,
- ◆ Hasta eğitiminin hastanın hastaneye yatması ile birlikte başlatılması ve taburculuk eğitiminin planlanıp uygulanması,
- ◆ Yapılan eğitimin etkililiğinin değerlendirilmesi,
- ◆ Farklı uzmanlık alanlarındaki bilgilerin aktarımı için disiplinlerarası işbirliği ve ekip yaklaşımının sağlanması,
- ◆ Kalp yetmezlikli hastaların yaşam kalitesi ile ilgili hemşirelik araştırmalarının artırılması,
- ◆ Kalp yetmezlikli hastalara bakım veren hemşirelerin, yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler konusunda bilgilendirilmesi ve bu bilgileri hemşirelik uygulamalarına yansıtması için desteklenmesi,

- ◆ Hemşireler tarafından hastaların yaşam kalitelerinin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- ◆ Hastalık ve tedavi programlarına uyumda güçlük yaşayan hastaların yaşam kaliteleri azalabilir. Bu doğrultuda hemşirelerin uyum sürecinde hastalara destek vermesi ve yardımcı olması önerilebilir.



## ÖZET

Bu çalışma, kalp yetmezlikli hastalarda sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla analitik bir çalışma olarak planlanmıştır.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Servisine ve Kalp Yetmezliği Polikliniğine Mayıs 2001-Kasım 2001 tarihleri arasında başvuran ve kalp yetmezliği tanısı alan 102 hasta çalışma kapsamına alınmıştır.

Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından ilgili literatürler doğrultusunda hazırlanan hasta bilgi formu, Leary ve Jones tarafından geliştirilen ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılan Yaşam Kalitesi Ölçeği, Esin tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan ve Enç tarafından kalp yetmezlikli hastalara uygulanan Sağlık Önemi Ölçeği, Enç tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan Sağlık Davranışları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

İlk aşamada; Yaşam Kalitesi Ölçeği 30 kalp yetmezlikli hastada geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin geçerlilik çalışmalarında ilk olarak dil geçerliliği çalışmaları yapılmıştır. Daha sonra içerik geçerliliğini saptamak için uzman görüşleri alınmış ve Kendall İyi Uyuşum Katsayısı hesaplanmıştır ( $W(35)=0,2356, p<0,05$ ).

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin güvenilirlik çalışmaları sonucu ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı **,8759** bulunmuştur.

Birinci ve ikinci uygulamalar için cronbach alfa değerleri **,90** ve **,75** bulunmuştur.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, yüzdellik, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Pearson's Moment Product Correlation Analysis kullanılmıştır. Yaşam kalitesi ve sağlık davranışları ile sosyo-demografik ve hastalığa ait özellikler arasındaki farklılığın kaynağını saptamak için Tukey-HSD Post Hoc testi yapılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre; hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu (puan ortalaması 50,3431) ve yaşam kalitesinin cinsiyet, eğitim durumu, hastaneye yatma durumu, egzersiz yapma durumu, kalp yetmezliği sınıfı ve sağlık durumunun algılanmasından etkilendiği, yaş gruplarından, beden yapısından, kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanından, diyeteye uyma durumundan, ilaçları reçeteye göre

kullanma durumundan, düzenli doktor kontrollerine gitme durumundan, EF değerinden ve pulmoner basıncın etkilenmediği saptanmıştır.

Hastaların sağlık davranışlarının (ortalama puan 59,2549) orta düzeyde olduğu ve sağlık davranışlarının cinsiyet, eğitim durumu, diyet uyma durumu, ilaçları reçeteye göre kullanma durumu ve düzenli doktor kontrollerine gitme durumundan etkilendiği belirlenmiştir. Sağlık davranışları üzerine yaşın, beden yapısının, kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanının, hastanede yatma durumunun, egzersiz yapma durumunun, KY sınıfının, EF değerlerinin, pulmoner basıncın ve sağlık algılamasının etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Sağlığa verilen önem (puan ortalaması 8,75) ortalama değer üzerinde bulunmuştur ve sağlığa verilen önem ile sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikler arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Hastaların yaşam kalitesi ile sağlık davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu, hastaların yaşam kalitesi puanı arttıkça sağlık davranışları puanının da anlamlı olacak şekilde arttığı saptanmıştır.

Sağlığa verilen önem ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sağlığa verilen önem ile sağlık davranışları arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmanın bu sonuçları doğrultusunda çeşitli öneriler getirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kalp Yetmezliği, Sağlık Davranışları, Sağlığın Önemi, Yaşam Kalitesi

## SUMMARY

This study was planned to examine the relationship between health behaviours and importance given to health and quality of life in patients with heart failure, as an analytic study.

102 patients who referred to Cardiology Service and Heart Failure Polyclinic of Ege University Medical Faculty Research and Application Hospital between the dates of May 2001-November 2001 and had diagnosis of heart failure were enrolled in this study.

In the study, researcher collected the data by using following tools; **Patient Information Form** prepared in accordance with relevant literature; **Quality of Life Scale**, which was developed and its reliability and validity tested by Leary and Jones; **Importance of Health Scale**, which its reliability and validity tested by Esin and applied to the patients with heart failure by Enç; **Health Behaviours Scale**, which was developed and its reliability and validity tested by Enç.

In the first stage; Quality of Life Scale was adapted to Turkish people after testing reliability and validity.

In the studies of Quality of Life Scale, language validity works conducted for the first time. Subsequently, in order to determine the validity of content opinions of specialists were obtained and Kendall Coefficient of Concordance was computed ( $W(35): 0,2356, p < 0,05$ ).

As a result of reliability works of Quality of Life Scale test-retest reliability coefficient of scale was found as **,8759**.

Cronbach alpha values for first and second applications were found as **,90** and **,75**, respectively.

In the assessment of data obtained, One-Way Variance Analysis (ANOVA) and Pearson's Moment Product Correlation Analysis were used.

A Tukey-HSD Post Hoc Test was used in order to establish the source of difference in between quality of life and health behaviours and socio-demographic and features pertaining to disease.

According to the results of the study the followings were determined; quality of life of the patients was in intermediate level (mean score= 50,3431) and quality of life



was influenced by gender, educational status, status of admittance to hospital, exercising status, class of heart failure and perception of health status, whereas it was not influenced by age groups, construction of the body, the time heart failure diagnosed, status of dietary compliance, status of administration of medication in accordance with prescription, status of constantly going for doctor control, EF value or pulmonary pressure.

It was also determined that health behaviours of the patients were in intermediate level (mean score= 59,2549) and they were influenced by the following statuses; gender, educational, dietary compliance, administration of medication in accordance with prescription, constantly going for doctor control. It was established that the following statuses had no affect on health behaviour; age, construction of the body, the time heart failure diagnosed, admittance to hospital, exercising, class of heart failure, EF values, pulmonary pressure on perception of health status.

The importance given to health (mean score= 8,75) was found above the mean value and no significant difference was detected between importance given to health and socio-demographic and features pertaining to disease.

It was established that there was a positive relationship between quality of life and health behaviours of patients, as their quality of life scores increased, also the health behaviour scores significantly elevated.

No significant correlation was found between importance given to health and quality of life.

No significant correlation was found between importance given to health and health behaviours.

Various suggestions were made in direction of these results of the study.

**Key Words:** Heart Failure, Health Behaviours, Importance of Health, Quality of Life.

## **DİL GEÇERLİLİĞİNDE YARDIMCI OLAN UZMANLAR**

Prof. Dr. Gülümser ARGON ( İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi )

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU ( İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi )

Prof. Dr. Aynur ESEN ( İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi )

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN ( İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi )

Prof. Dr. Remzi ÖNDER (E.Ü.T.F. Kardiyoloji ABD Öğretim Üyesi )

Prof. Dr. Serdar PAYZIN (E.Ü.T.F. Kardiyoloji ABD Öğretim Üyesi )

Yard. Doç. Dr. Asiye AKYOL (İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi)

Yard. Doç. Dr. Cemil GÜRGÜN (E.Ü.T.F. Kardiyoloji ABD Öğretim Üyesi )

Erol GÜÇ (Akademik Yabancı Diller Okulu İngilizce Öğretim Görevlisi ve Müdürü)

## **İÇERİK GEÇERLİLİĞİNDE YARDIMCI OLAN UZMANLAR**

Prof. Dr. Gülümser ARGON ( İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi )

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU ( İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi )

Prof. Dr. Aynur ESEN ( İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi )

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN ( İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi )

Prof. Dr. Mustafa AKIN ( E.Ü.T.F. Kardiyoloji ABD Başkanı )

Prof. Dr. Azem AKILLI ( E.Ü.T.F. Kardiyoloji ABD Öğretim Üyesi )

Yard. Doç. Dr. Mehdi ZOGHİ ( E.Ü.T.F. Kardiyoloji ABD Öğretim Üyesi )

## KAYNAKLAR

- 1- Abramson J. L., Williams S. A., Krumholz H. M., Vaccarino V.: “Moderate Alcohol Consumption and Risk of Heart Failure Among Older Persons”, JAMA, 2001, Apr 18;285(15), ss: 2004-6
- 2- Akça A. Ş. : “Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1998
- 3- Akdemir N. : “Konjestif Kalp Yetmezliği”, İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:9, 1998, ss: 127-131
- 4- Aksayan, Bahar, Bayık ve ark. : “Sağlıklı Yaşam”, Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:14, İstanbul, 1998, ss:26
- 5- Aksayan S., Gözüm S.: “Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, 1998, ss:35-42
- 6- Akyol (Durmaz) A. : “Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1992
- 7- Alla F. and et all: “Self Rating of Quality of Life Provides Additional Prognostic Information in Heart Failure. Insights into the EPICAL Study”, The European Journal of Heart Failure 4 (2002), ss: 337-43
- 8- Alpman A. : “İlaç Tedavisinde Neler Değişti?”, “2000’li Yıllara Doğru Kalp Yetmezliği” Oturumu, I. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Clup Hotel Sirene, Belek, Antalya, 03 Kasım 1999
- 9- Andreoli, Bennet, Carpenter, Plum, Smith / Türkçe Çeviri: Çalangu ve ark. : “Dolaşım Yetersizliği”, Cecil Essentials of Medicine Türkçesi, Üçüncü Edisyon, 1993, ss: 34-43
- 10- Anguita M. and et all: “Heart Failure Caused by Severe Systolic Ventricular Dysfunction of Hypertensive Origin. Long-Term Clinical and Functional Course”, Rev-Esp-Cardiol., 2000 Jul; 53(7), ss: 927-31

- 11- Arat-Özkan ve Türkay Araştırmacıları: “Türkiye’de Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavi Yaklaşımları: Çok Merkezli Türkay (Türk Kalp Yetersizliği) Çalışması”, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, XVII. Ulusal Kardiyoloji Kongresi Bildiri Özetleri, 13-16 Ekim 2001, Efes Kongre Merkezi İzmir
- 12- Atkinson J. B.: “Kalp Naklinden Sonra Arteriosklerozda Hızlanma: Kalsiyum Kanal Blokerlerinin Olası Rolü”, International Journal of Cardiology 62 (Ek 2), 1997, ss:125-134
- 13- Baykul Y.: “Klasik Test Teorisi ve Uygulaması”, Eğitimde ve Psikolojide Ölçme, ÖSYM Yayınları, Ankara, 2000, ss:141-199/201-223
- 14- Bennet S. J., and et all: “Self-Care Strategies for Symptom Management in Patients with Chronic Heart Failure”, Nursing Research, May/June 2000, Vol 49, No 3, ss: 139-145
- 15- Berkalp B., Oral D. : “Konjestif Kalp Yetmezliği”, Fizyopatoloji, Cilt 1, 2. Baskı, Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1985, ss: 371-390
- 16- Berry C., McMurray J.: “A Review of Quality of Life Evaluations in Patients with Congestive Heart Failure”, Pharmacoeconomics, 1999, Sep; 16 (3), ss:247-271
- 17- Berry C., Murdoch D. R., McMurray J. J. V.: “Economics of Chronic Heart Failure”, European Journal of Heart Failure, 3 (2001), ss: 283-291
- 18- Betteridge J., Sowers J. R.: “Epidemiyolojik Kanıtlar: Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar”, Xenical/Orlistat, Roche Yayınları
- 19- Birol, Akdemir, Bedük : “Konjestif Kalp Yetmezliği”, İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No.6, Ankara, 1995, ss. 285-293
- 20- Birol, Akdemir, Bedük : “Temel Kavram ve Konular”, İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No.6, Ankara, 1995, ss. 1-7
- 21- Birol L. : “Hemşirelikle İlgili Kavramlar: Sağlık Kavramı”, Hemşirelik Süreci (Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım), İzmir, 2000, ss: 14-15
- 22- Black M. J., Jacobs M. E. : “Congestive Heart Failure”, Luckman and Sorensen’s, Medical Surgical Nursing A Psychophysiologic Approach, Fourth Edition, W.B. Saunders, 1993, ss: 1164-1177
- 23- Bristow M.R. : “Best Practices For Optimally Treated Advanced Heart Failure”, Clinical Cardiology, 23 (3), March 2000 ( Supplement III )

- 24- Broström A. and et all: "Patients with Congestive Heart Failure and Their Conceptions of Their Sleep Situation", *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 34 (4), ss: 520-29
- 25- Bullock J., Boyle J., Wang M.B. : "Cardiovascular Physiology", *The National Medical Series for Independent Study Second Edition Physiology*, 1991, ss: 105-106
- 26- Carson P. E.: "Rationale For The Use of Combination Angiotensin-Converting Enzyme İnhibitor/Angiotensin II Receptor Blocker Therapy in Heart Failure", *American Heart Journal*, September 2000, Vol 140, Number 3, ss:361-365
- 27- Castelein P., Kerr J. R.: "Satisfaction and Cardiac Lifestyle", *Journal of Advanced Nursing*, 1995, 21, ss: 498-505
- 28- Chin M. H., Goldman L.: "Gender Differences in 1-year Survival and Quality of Life Among Patients Admitted with Congestive Heart Failure", *Med. Care*, 1998, Jul; 36(7), ss: 1033-46
- 29- Cline C. M. and et all: "Health-Related Quality of Life in Elderly Patients with Heart Failure", *Scand., Cardiovasc. J.*, 1999, 33 (5), ss: 278-285
- 30- Coats A. J.: "Exercise Rehabilitation in Chronic Heart Failure", *Journal American Collage of Cardiology*, 1993, Oct; 22 (4 Suppl A), ss: 172A-177A
- 31- Cooper A., Heartgerty A.M. : "Diagnostic Techniques in Heart Failure" .*International Handbook of Heart Failure*, 1994, ss: 27-34
- 32- Çağatay G. : "Konjestif Kalp Yetmezliği", *Klinik Kardiyoloji*, Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, 1997, ss: 85-98
- 33- Çevikbaş U. : "Konjestif Kalp Yetmezliği", *Patoloji*, 2.Baskı, Saray Tıp Kitabevleri, İzmir, 1992, ss: 119-120
- 34- Davidson N. C., Struthers A. D. (Çeviri: Arda Çeviri & Danışmanlık): "Kalp Yetmezliği", *Kardiyolojide Güncel Konular, Tedavi ve İzleme Stratejileri*, 1998, ss:140-165
- 35- Davies M.K. : "Defining Heart Failure", *International Handbook of Heart Failure*, 1994, ss: 1-4

- 36-Dayi Ş. Ü. ve ark.: “Sol Ventrikül Sistolik Fonksiyon Bozukluğu Olan Olgulara Uygulanan LVD-36 Testinin Yanıtlarının Kardiyopulmoner Egzersiz Testi ile Karşılaştırılması”, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, XVII. Ulusal Kardiyoloji Kongresi Bildiri Özetleri, 13-16 Ekim 2001, Efes Kongre Merkezi, İzmir
- 37-Domaniç N. : “Kalp Yetersizliği”, Kardiyoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1999, ss: 1-5
- 38-Dökmeci İ. : “Kardiyovasküler Sistem İlaçları”, Farmakoloji Kısaltılmış Temel Bilgiler, Saray Tıp Kitabevleri, 1995, ss: 85-105
- 39-Dracup K. and et all.: “Quality of Life in Patients with Advanced Heart Failure”, Heart Lung Transplantation, 1992, Mar-Apr; 1 (2 pt 1), ss: 273-9
- 40-Durademir A. : “Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz Bakım Davranışları”, Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 3 (1), 1999, ss: 16-20
- 41-Durna Z.: “Kanserli Hastada Yaşam Kalitesinin ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanmasına İlişkin Bir Çalışma”, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Doçentlik Çalışması, İstanbul, 1994
- 42-Ekmekçi A. : “ACE İnhibitörleri ve Konjestif Kalp Yetmezliği”, Kalsiyum Yavaş Kanal Blokerleri mi? ACE İnhibitörleri mi?, Roche, İstanbul, 1995, ss: 58-59
- 43-Ekmekçi A., Canberk A., Berkman K.: “Angiotensin II ve Kardiyovasküler Hastalıklar-Kalp Yetmezliği”, Angiotensinler, 2000, ss:63
- 44-Enar R., İlerigen B., Okay T. : “Kalp Yetersizliği”, KAYET (Kalp Yetersizliği Grubu) El Kitabı, İstanbul, 1999
- 45-Enç N. : “Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi”, Doçentlik Çalışması, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, 1998
- 46-Erdoğan Ö. : “Myokard İnfarktüsü Tanısıyla Hastaneye Yatan Hastalara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin, Hastaların Bilgi Düzeylerine ve Tedaviye Uyum Durumlarına Olan Etkisinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1994
- 47-Eren N. : “Diyastolik Kalp Yetersizliği”, Türkiye Klinikleri Kardiyoloji, 13 (2), 2000, ss: 22-26

- 48- Esin M. N. Ö. : : “Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi”, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 1997
- 49- Esin M.N., Erdoğan S. : “Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi”, IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Özet Kitabı, Kıbrıs 10-12 Eylül 1997, ss: 342-347
- 50- Evangelista L. S., Berg J., Dracup K.: “Relationship Between Psychosocial Variables and Compliance in Patients with Heart Failure”, Heart Lung, 2001, Nov-Dec; 30(6), ss: 476-8
- 51- .....: “Exercise Benefits Heart Patients”, <http://news.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid-1723000/1723295.htm>
- 52- Fadıloğlu Ç.: “Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi”, E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu, Doçentlik Çalışması, İzmir, 1992
- 53- Gökdoğan F. : “İlk Kez Myokard Infarktüsü Geçiren Kişilerde Uyku Alışkanlıklarının Etkilenmesi ve Uyumayı Sağlamada Hemşirelik Bakımı”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1995
- 54- Göksay E., Gökdoğan Ö.C., Gökdoğan M.R. : “Kalp Yetmezliği”, Klinik Semptomlar Bakım Teknikleri Takip Tedavi Klavuzu, 1995, ss: 247-248
- 55- Grady K. L.: “Quality of Life in Patients with Chronic Heart Failure”, Critical Care Nursing Clinic North America, 1993, Dec; 5 (4), ss:661-70
- 56- Grady K. L. et all: “Team Management of Patients with Heart Failure”, Circulation, 2000, 102 (19), ss:24-43
- 57- Grigioni and et all: “Hospitalization for Congestive Heart Failure: Is It Still a Cardiology Business?”, European Journal of Heart Failure, 4 (2002), ss: 99-104
- 58- Guyatt G. H.: “Measurement of Health-Related Quality of Life in Heart Failure”, Journal American Collage of Cardiology, 1993, Oct; 22 (4 Suppl A), ss:185A-191A
- 59- Guyton & Hall : “Kalp Yetersizliği”, Textbook of Medical Physiology: Tıbbi Fizyoloji, Dokuzuncu Edisyon, 1996, ss: 265-273
- 60- Heper C. : “Kalp Yetmezliği ”, Kardiyoloji, İstanbul, 2000, ss: 199-21
- 61- Hlatky M.: “Should we Measure Health-Related Quality of Life?”, American Heart Journal, September 2000, Vol 140, No 3, ss:359-360

- 62- Holcik J., Koupilova I: "Defining and Assessing Health-Related Quality of Life", *Centr Eur J Public Health*, 1999, Nov; 7 (4), ss: 207-209
- 63- Horwich T. B. and et all: "The Relationship Between Obesity and Mortality in Patients with Heart Failure", *Journal American Collage of Cardiology*, 2001, Sep; 38 (3), ss: 789-95
- 64- Houghton A. R., Harrison M., Cowley A. J., Hampton J. R.: "Assessing Exercise Capacity, Quality of Life Haemodynamics in Heart Failure: Do The Tests Tell Us The Same Thing", *The European Journal of Heart Failure*, 4 (2002), ss: 289-295
- 65- House – Fancher M.A., Griego L. : "Congestive Heart Failure and Cardiac Surgery", *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*, Fourth Edition, 1996, ss: 932-948
- 66- [http : // text.nlm.nih.gov/tempfiles/is/temp.BrPg.34922.html?t=980449468](http://text.nlm.nih.gov/tempfiles/is/temp.BrPg.34922.html?t=980449468)
- 67- [http : // text.nlm.nih.gov/tempfiles/is/temp.BrPg.34922.html?t=980450500](http://text.nlm.nih.gov/tempfiles/is/temp.BrPg.34922.html?t=980450500)
- 68- İlerigen B. : "Kalp Yetersizliği Tanısında Güncel Yaklaşımlar", *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji*, 13 (2), 2000, ss: 12-19
- 69- İlerigen B. : "Önsöz", *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji*, 13 (2), 2000
- 70- Jaarsma T., Dracup K., Walden J., Stevenson L. W.: "Sexual Function in Patients with Advanced Heart Failure", *Heart Lung*, 1996, Jul-Aug; 25 (4), ss: 262-270
- 71- Jaarsma T. and et all: "Quality of Life in Older Patients with Systolic and Diastolic Heart Failure", *European Journal of Heart Failure*, 1999, Jun; 1 (2), ss: 151-60
- 72- Johnson B. D. and et all: "Pulmonary Function in Patients with Reduced Left Ventricular Function: İnfluence of Smoking and Cardiac Surgery", *Chest*, 2001, Dec; 120 (6), ss: 1869-76
- 73- Kabukçu M.: "Kalp Yetmezliğinde Antikoagülan Tedavi", *Türk Kardiyoloji Seminerleri*, Cilt 1, Sayı 2, Ağustos 2001, ss:48-52
- 74- Kannel W. B., Belanger A. J.: "Epidemiology of Heart Failure", *American Heart Journal*, 1991, Mar; 121 (3 pt 1), ss: 951-957
- 75- Karasar N.: "Ölçme ve Araçlarında Aranan Nitelikler", *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, 7. Basım, Ankara, 1995, ss:147-151
- 76- Kayaalp S.O. : "Kalp Glikozidleri ve Kalp Yetmezliğine Karşı Kullanılan Diğer İlaçlar", *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji*, Cilt 1, 8. Basım, Hacettepe-Taş, 1998, ss: 522-549



- 77- Kloner R. A., Birnbaum Y.: "Grupo de Estudio de la Sobrevida en la Insuficiencia Cardiaca en Argentina", Cardiovascular Trials Review, Third Edition, 1998, ss: 410-11
- 78- Kokkinoks P. and et all: "Chronic Heart Failure and Exercise", American Heart Journal, July 2000, Vol 140, Number 1, ss: 21-28
- 79- Komsuoğlu B.: "Kalp Yetmezliğinin Patofizyolojisi", Klinik Kardiyoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000, ss: 42-46
- 80- Komsuoğlu B.: "Kalp Yetmezliğinin Klinik Yönleri" , Klinik Kardiyoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000, ss: 47-54
- 81- Korkmaz M.E. : "Konjestif Kalp Yetmezliği", İç Hastalıkları El Kitabı, Ankara, 1998, ss: 81-84
- 82- Korkmaz M.E. : "Diyastolik Kalp Yetmezliği Nedir?", "2000'li Yıllara Doğru Kalp Yetmezliği" Oturumu, I. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Clup Hotel Sirene, Belek, Antalya, 03 Kasım 1999
- 83- Korugen Ü., Şanlı T., Özbey N., Özer E.: "Obezitenin Tanımı, Sınıflandırılması, Ölçüm Yöntemleri, Epidemiyolojisi.....", Klinik Obezite, Obezite Çalışma Grubu Yayınları, Roche, Mart 2000, 1. Baskı
- 84- Kozan Ö., Keskin V.: "Kalp Yetmezliğinde Diüretik Tedavi", Türk Kardiyoloji Seminerleri, Cilt 1, Sayı 2, Ağustos 2001, ss:16-22
- 85- Kramer B. K., Schweda F., Riegger G. A. J.: "Diuretic Treatment and Diuretic Resistance in Heart Failure", The American Journal of Medicine, Vol 106, Issue 1 (January 99), ss:90-96
- 86- Krumholz H. M. et all: "Predictors of Readmission Among Elderly Survivors of Admission with Heart Failure", American Heart Journal, 2000, January; 139 (1 pt 1), ss:72-77
- 87- ..... : "Kalp Yetmezliği", Hacettepe İç Hastalıkları Ders Notları, Ankara, 1993, ss: 26-38
- 88- ..... : "Kompleks Kalp Yetersizliğinde Etkili Tedavi", Sendrom, Aylık Aktüel Tıp Dergisi, Vol 12, No 5, Mayıs 2000, ss: 27-35
- 89- Leary C J O, Jones P W : "The Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD 36) : Reliability, Validity and Responsiveness", Heart, 83 (6), June 2000, ss: 634-639

- 90- Lien C. T. C., Gillespie N. D., Struthers A. D., McMurdo M. E. T.: "Heart Failure in Frail Elderly Patients: Diagnostic Difficulties, Co-Morbidities, Polypharmacy and Treatment Dilemmas", *European Journal of Heart Failure*, 4 (2002), ss: 91-98
- 91- Mancini D. M. and et all: "Benefit of Selective Respiratory Muscle Training on Exercise Capacity in Patients with Chronic Congestive Heart Failure", *Circulation*, 1995; 91, ss: 320-29
- 92- Mandinov L., Eberli F. R., Seiler C., Hess O. M.: "Diastolic Heart Failure", *Cardiovascular Research*, Volume 45, Issue 4 (March 2000), ss:813-825
- 93- Martensson J., Dracup K., Fridlund B.: "Decisive Situations Influencing Spouse's Support of Patients with Heart Failure: A Critical Incident Technique Analysis", *Heart Lung*, 2001, Sep-Oct; 30 (5), ss: 341-350
- 94- Martensson J., Karlsson J. E., Fridlund B.: "Male Patients with Congestive Heart Failure and Their Conception of The Life Situation", *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 25, ss: 579-586
- 95- Matsumori A.: "Kardiyovasküler Hasara Karşı Kalsiyum Kanal Blokerleriyle Sağlanan Korunma", *International Journal of Cardiology* 62 (Ek 2), 1997, ss:39-46
- 96- Mayou R., Bryant B.: "Quality of Life in Cardiovascular Disease", *British Heart Journal*, 1993; 69, ss:460-466
- 97- McMurray J., Dargie H. : "Kronik Kalp Yetmezliği", İstanbul, Bristol-Mayers Squibb, 1996
- 98- McMurray J., Stewart S. : "Epidemiology, Aetiology and Prognosis of Heart Failure", *Heart*, Vol 83, No 5, May 2000, ss: 596-602
- 99- Melek S. : "Konjestif Kalp Yetmezliği Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar", İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi, Cilt XXXI, Sayı 2, 1993, ss: 262-266
- 100- Nazlı C., Ergene O.: "Digitalis: Kalp Yetmezliğinde Kullanımı: Yeni Görüşler", *Türk Kardiyoloji Seminerleri*, Cilt 1, Sayı 2, Ağustos 2001, ss:5-13
- 101- Oka R. K. and et all: "Impact of a Home-Based Walking and Resistance Training Program on Quality of Life in Patients with Heart Failure", *The American Journal of Cardiology*, February 1, 2000, 85, ss: 365-69
- 102- Olgun N. : "Konjestif Kalp Yetmezliği", *Acil Bakım*, 1998, ss: 452-457
- 103- Onat A.: "Halkımızda Kardiyovasküler Mortalite", *Hiperlipidemi ve Ateroskleroz*, ss:9-18

- 104- Onat A.: “Kalp Damar Hastalıklarında Erektile Disfonksiyon ve Tedavisi Durum Raporu”, Türk Kardiyoloji Derneği Yayını
- 105- Oto Ö., Uğurlu B.: “Son Dönem Kalp Yetmezliği Tedavisinde Uygulanan Cerrahi Yöntemler”, Türk Kardiyoloji Seminerleri, Cilt 1, Sayı 2, Ağustos 2001, ss:87-94
- 106- Önder R.: “Kalp Yetersizliği Tedavisinde Kullanılan Yeni İlaçlar”, Avicena Dergisi, 2001, Cilt 1, Sayı 9, ss:18-26
- 107- Özgüven İ. E.: Psikolojik Testler, 2. Baskı, Ankara, PD Rem Yayınları, 1998, ss:83-120
- 108- Packer M.: “Beta Blockade in Heart Failure: Basic Concepts and Clinical Results”, American Journal of Hypertension, Volume 11, Issue 1, Part 2 (January 1998), ss:235-375
- 109- Petrie M. C. and et all: “Failure of Women’s Hearts”, Circulation, 1999; 99, ss: 2334-2341
- 110- Phipps W.J., Cassmeyer V.L., Sands J.K. : “Chronic Illness and Rehabilitation” , Medical Surgical Nursing Concepts and Clinical Practice, Fifth Edition, Mosby Company, 1995, ss: 187-191
- 111- Pınar R. : “Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1995
- 112- Pınar R. : “Hemşirelik Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi – Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Saptanması”, IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, 15-17 Kasım 1995, ss: 81-82
- 113- Pitt B. : “The Anti-Ischemic Potential of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibition: Insights From the Heart Outcomes Prevention Evaluation Trial”, Clinical Cardiology, Vol 23, No 7, July 2000 (Supplement IV)
- 114- Potter A. P., Perry G. A. : “Health and Illness”, Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice, 1985, ss: 37-51
- 115- Quittan M. and et all: “Quality of Life in Patients with Chronic Heart Failure: A Randomized Controlled Trial of Changes Induced by a Regular Exercise Program”, Scan. J. Rehabil. Med., 1999, Dec; 31 (4), ss: 223-28

- 
- 116- Rea T. D. and et all: "Body Mass Indeks and Risk of Recurrent Coronary Events Following Acute Myocardial Infarction", *American Journal of Cardiology*, 2001, Sep 1; 88 (5), ss: 467-472
- 117- Rector T. S., Francis G. S., Cohn J. N.: "Patients' Self-Assessment of Their Congestive Heart Failure: Part 1: Patient Perceived Dysfunction and Its Poor Corelation with Maximal Exercise Tests", *Heart Failure*, October/November 1987, ss: 192-195
- 118- Rector T. S., Kubo S. H., Cohn J. N.: "Patients' Self-Assessment of Their Congestive Heart Failure: Part 2: Content, Reliability and Validity of a New Measure The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, *Heart Failure*, October/November 1987, ss: 198-209
- 119- Riedinger M. S., Dracup K. A., Brecht M. L.: "Predictors of Quality of Life in Women with Heart Failure. SOLVD Investigators. Studies of Left Ventricular Dysfunction", *Heart Lung Transplantation*, 2000, Jun; 19 (6), ss: 598-608
- 120- Ruigomez A., Johansson S., Wallander M. A., Garcia Rodriguez L. A.: "Gender and Drug Treatment as Determinants of Mortality in a Cohort of Heart Failure Patients", *European Journal Epidemiology*, 2001; 17 (4), ss: 329-335
- 121- Rukholm E., Mcgirr M.: "A Quality of Life Index for Clients with Ischemic Heart Disease: Establishing Reliability and Validity", *Rehabilitation Nursing*, Vol 19, Number 1, Jan/Feb 1994, ss:12-16
- 122- Rukholm E., Mcgirr M., Potts J. : "Measuring Quality of Life in Cardiac Rehabilitation Clients", *Int. J. Nurs. Stud.* , 35, 1998, ss: 210-216
- 123- Schocken D.D. : "Epidemiology and Risk Factors for Heart Failure in The Elderly", *Clin. Geratr. Med.*, 16 (3), Aug 2000, ss: 407-418
- 124- Senni M., Redfield M.M. : "Congestive Heart Failure in Elderly Patients", *Mayo Clin. Proc.*, 72 (5), May 1997, ss: 453-460
- 125- Senni M. and Friends : "Congestive Heart Failure in Community ", *Circulation*, 98 (21), 1998, ss: 2282-2289
- 126- Shah B.N., Massie M.B. : "Epidemiology of Heart Failure: Evolving Trends", *American Heart Assosiation SM Fighting Heart Disease and Stroke Monograph Series, Exercise and Heart Failure*, New York, 1997, ss: 3-15

- 127- Spies C. D. and et all: "Effects of Alcohol on The Heart", *Curr Opin Crit Care*, 2001, Oct; 7 (5), ss: 337-343
- 128- Struthers A.D. : "The Diagnosis of Heart Failure", *Heart*, 84 (3), September 2000, ss: 334-338
- 129- Stuijbergen K. A., Seraphine A., Roberts G. : "The Explanatory Model of Health Promotion and Quality of Life in Chronic Disabling Conditions", *Nursing Research*, 49 (3), 2000, ss: 122-129
- 130- Tezel T. : "Diyastolik Fonksiyonların Belirlenmesinde Temel Prensipler", *Kardiyoloji Derlemeleri, İstanbul*, 2000, ss:13-28
- 131- Tezel T. : "Sol Ventrikül Diyastolik Fonksiyonlarının Belirlenmesinde Ekokardiyografi", *Kardiyoloji Derlemeleri, İstanbul*, 2000, ss:31-47
- 132- Timmis A.D., Davies S.W. : "Diagnosis and Assessment", *Heart Failure Educational Series, Book Two*, 1997
- 133- Timmis A.D., Davies S.W. : "Treatment and Prognosis", *Heart Failure Educational Series, Book Three*, 1997
- 134- Tighe D. A., Chung E. K. (Yayına Hazırlayan: Prof. Dr. Aytekin Oğuz): "Konjestif Kalp Yetmezliği", *Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı*, Blackwell Science, ss:119-147
- 135- Tokem Y. B.: "Myokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Eğitim Programının Bakım Sonuçlarına Etkisi", *Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir*, 1999
- 136- Uitenbroek D. G., Kerekovska A., Festchieva N.: "Health Lifestyle Behaviour and Socio-Demographic Characteristics. A Study of Varna, Glaskow and Edinburgh", *Social Science Medicine*, 1996, Vol 43, No 3, ss: 367-377
- 137- Umman S. : "Kalp Yetmezliğinin Patogenezi: Yeni Yaklaşımlar", *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji*, 13 (2), 2000, ss: 1-5
- 138- Usta Yeşilbalkan Ö.: "Tip II Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", *Yüksek Lisans Tezi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir*, 2001
- 139- Walker S. N., Sechrist K. R., Pender N. J. : "The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics", *Nursing Research*, Vol 36, No 2, March/April, 1987, ss: 76-80

- 140- Wilhelmsen L., Rosengren A., Eriksson H., Lappas G.: "Heart Failure in The General Population of Men-Morbidity, Risk Factors and Prognosis", *J. Intern. Med.*, 2001, Mar; 249 (3), ss: 253-261
- 141- Wilson J. R., Groves J., Rayos G.: "Circulatory Status and Response to Cardiac Rehabilitation in Patients with Heart Failure", *Circulation*, 1996; 94, ss: 1567-1572
- 142- Woods L. S., Froelicher E. S., Halpenny J. C., Motzer U. S. : "Heart Failure", *Cardiac Nursing*, Third Edition, 1995, ss: 555-570



## EKLER

### EK – I

#### HASTA BİLGİ FORMU

#### DENEK NO:

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

- 1) Cinsiyetiniz
  1. Kadın
  2. Erkek
- 2) Yaşınız .....
- 3) Boyunuz:
- 4) Kilonuz:
- 5) Medeni durumunuz
  1. Evli
  2. Bekar
  3. Dul
- 6) Eğitim durumunuz
  1. Okur-yazar değil
  2. Okur-yazar
  3. İlkokul mezunu
  4. Ortaokul mezunu
  5. Lise mezunu
  6. Fakülte/Yüksekokul mezunu
- 7) Çalışıyor musunuz?
  1. Evet
  2. Hayır
- 8) Cevabınız “evet” ise ne iş yapıyor sunuz?
  1. Serbest
  2. İşçi
  3. Memur
- 9) Cevabınız “hayır” ise çalışmama nedeniniz nedir?
  1. Şimdiki hastalık nedeniyle çalışmıyorum
  2. Başka nedenlerle çalışmıyorum
  3. Emekliyim

10) Sağlık güvenceniz ve türü

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| 1. Yok            | 4. SSK          |
| 2. Emekli sandığı | 5. Özel sigorta |
| 3. Yeşil kart     | 6. Bağkur       |

11) Gelir durumunuz gider durumunuza göre nasıl?

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

12) Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

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

13) Sizin bakımınızla ilgilenen biri var mı?

- |         |          |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

14) Kimler ilgileniyor?

- |       |             |              |           |          |
|-------|-------------|--------------|-----------|----------|
| 1. Eş | 2. Çocuklar | 3. Anne-baba | 4. Bakıcı | 5. Diğer |
|-------|-------------|--------------|-----------|----------|

15) Sigara alışkanlığınız var mı?

- |         |          |             |
|---------|----------|-------------|
| 1. Evet | 2. Hayır | 3. Bıraktım |
|---------|----------|-------------|

16) Cevabınız “evet” ise günde kaç tane içiyorsunuz?

.....

17) Alkol alışkanlığınız var mı?

- |         |          |             |
|---------|----------|-------------|
| 1. Evet | 2. Hayır | 3. Bıraktım |
|---------|----------|-------------|

18) Cevabınız “evet” ise ne sıklıkta ve ne kadar alkol alıyorsunuz?

.....

**B) Hastalık İle İlgili Özellikler**

**( Hastadan alınacak bilgiler )**

19) Kalp yetmezliği tanısı ne zaman kondu?

- |            |             |               |
|------------|-------------|---------------|
| 1. 6-12 ay | 2. 13-24 ay | 3. 25 ay ve ↑ |
|------------|-------------|---------------|

20) Kalp yetmezliği dışında başka hastalığınız var mı?

- |                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. Hipertansiyon                | 5. Hematolojik problemler  |
| 2. DM                           | 6. Nörolojik problemler    |
| 3. Solunum sistemi hastalıkları | 7. Başka bir hastalığı yok |
| 4. GİS problemleri              | 8. Diğer                   |

21) Ailenizde sizden başka kalp hastası var mı?

- |         |          |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|



22) 21. Sorunun cevabı “var” ise yakınlık derecesi nedir?

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

23) Kalp yetmezliği nedeniyle hastanede yattınız mı ?

1. Evet
2. Hayır

24) Cevabınız “evet” ise kaç kez yattınız?

.....

25) Aşağıdaki semptomlardan hangisi sizi daha çok rahatsız ediyor?

1. Diüretikle ilgili semptomlar
2. Solunum sıkıntısı
3. Ödem
4. Konsatrasyon azalması/hafıza kaybı
5. Denge kaybı/düşme
6. Göğüs ağrısı
7. Yorgunluk/güçsüzlük
8. Sıkıntılı uyku
9. Aktiviteleri gerçekleştirmede zorluk
10. Kilo kaybı

26) Kalp yetmezliği nedeniyle aşağıdaki aktivitelerinizden hangilerinde kısıtlama oldu?

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

27) Diyet önerildi mi?

1. Evet
2. Hayır

28) Nasıl bir diyet önerildi?

.....

29) Diyetinize uyuyor musunuz?

1. Evet                      2. Kısmen                      3. Hayır

30) Cevabınız “hayır” ise neden diyetinize uymuyorsunuz?

.....

31) Egzersiz önerildi mi?

1. Evet    2. Hayır

32) Cevabınız “evet” ise nasıl bir egzersiz önerildi?

.....

33) Egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet    2. Hayır

34) Cevabınız “hayır” ise neden egzersiz yapmıyor sunuz?

.....

35) Cevabınız “evet” ise egzersiz yapma sıklığınız nedir?

.....

36) Egzersiz türünüz nedir?

.....

37) Egzersiz süreniz ne kadardır?

.....

38) Hangi ilaçları kullanıyor sunuz?

.....

39) İlaçların etkilerini biliyor musunuz?

1. Evet                      2. Hayır                      3. Kısmen

40) İlaçlarınızı reçetede belirtildiği gibi kullanıyor musunuz?

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

41) Düzenli Dr. kontrollerine geliyor musunuz?

1. Evet    2. Hayır

42) Düzenli kilo kontrolü yapıyor musunuz?

1. Evet    2. Hayır

43) Cevabınız “evet” ise kilo kontrolünü ne kadar sıklıkta yapıyor sunuz?

.....

44) Bacaklarınızda ödem var mı

1. Evet    2. Hayır

**C) Hastalık İle İlgili Özellikler**  
**( Dosyadan alınacak bilgiler )**

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

1. NYHA-I                      2. NYHA-II                      3. NYHA-III                      4. NYHA-IV

46) Kalp yetmezliğinin nedeni nedir?

1. İskemik kalp hastalığı ( MI, Anjiyografi, PTCA, CABG)  
2. Kapak hastalığı ( MS, MY; AS, AY)  
3. Hipertansiyon, DM  
4. Kardiyomyopati ( Hipertrofik, Dilate, Restriktif, Alkolik )  
5. Diğer ( Myokardit, Perikardit, Konjenital vb.)

47) Sol ventrikül EF .....

48) Pulmoner basınç.....

**C) Kişilerarası İletişim Özellikleri**

49) Aileniz ile olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyor sunuz?

1. Çok iyi                      2. İyi                      3. Kötü                      4. Çok kötü

50) Arkadaşlarınız ile olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyor sunuz?

1. Çok iyi                      2. İyi                      3. Kötü                      4. Çok kötü

**D) Sağlık Durumunu Algılama**

51) Şu andaki sağlığınıza nasıl değerlendiriyor sunuz?

1. Çok iyi                      2. İyi                      3. Kötü                      4. Çok kötü

## EK - II

### SOL VENTRİKÜL DİSFONKSİYONU ANKETİ

Lütfen aşağıdaki sorulara **son günlerde** hissettiklerinize göre cevap veriniz. Her soru için doğru veya yanlış seçeneğinden birini işaretleyiniz.

#### Kalp hastalığım nedeniyle

- Bacaklarımdaki yorgunluktan şikayetçiyim  
Bulantıdan şikayetçiyim  
Bacaklarımdaki şişliklerden şikayetçiyim

**Doğru** **Yanlış**

- 

#### Kalp hastalığım nedeniyle

- Dışarı çıkarsam nefes darlığı olacağından korkuyorum  
Çok iş yaptığımda nefes darlığı olacağından korkuyorum  
En küçük fizik egzersizde bile nefessiz kalıyorum  
İş yaparken kendimi zorlamaktan korkuyorum  
Giyinmem ve yıkanmam uzun zaman alıyor

**Doğru** **Yanlış**

- 

*Aşağıdaki aktiviteleri kalp hastalığınız dışında bir nedenle yapamıyorsanız lütfen Yanlış'ı işaretleyin*

#### Kalp hastalığım nedeniyle

- Koşmada, örneğin otobüse yetişmede, zorlanıyorum  
Yürüyüş, egzersiz ve dansa zorlanıyorum  
Çocuklar yada torunlar ile oynarken zorlanıyorum  
Bahçe işlerinde ve elektrik süpürgesi kullanırken zorlanıyorum

**Doğru** **Yanlış**

- 

#### Kalp hastalığım nedeniyle

- Kendimi bitkin hissediyorum  
Enerjimin azaldığını hissediyorum  
Uykulu veya uyuşuk hissediyorum  
Daha çok dinlenmeye ihtiyacım var

**Doğru** **Yanlış**

-

Yaptığım her şey güç gerektiriyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaslarımı güçsüz hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolayca üşütüyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gece boyunca sık sık uyanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İşe yaramaz hale geldim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Kalp hastalığım nedeniyle</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>
Kendimi engellenmiş hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinirli hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her an kötü bir şey olacakmış gibi geliyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimi rahat hissetmiyorum (Huzursuzum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşamımı kontrol edemiyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşamdan zevk alamıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendime olan güvenimi kaybettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Kalp hastalığım nedeniyle</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>
Düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmede zorlanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gitmeyi istediğim yerler var, fakat gidemiyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatile çıkmamın kalp hastalığımı kötüleştirmesinden korkuyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşam biçimimi değiştirmek zorunda kaldım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ailevi görevlerimi yapmada sınırlamalarım var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli kalp ilacı almayı gerçekten sıkıcı buluyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yapmak istediğim şeyleri yapamıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SORULARIN TAMAMINI YANITLADIĞINIZI TEKRAR KONTROL EDİNİZ.  
ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.**

## EK – III

### SAĞLIĞIN ÖNEMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda hayata nasıl baktığınızı değerlendiren 10 ifade sıralanmıştır. Bu ifadeleri hayatınızdaki önemlilik derecesine göre 1'den 10'a kadar sıralayınız. Bu ifadeler arasından sizin yaşamınız için en önemli olanı seçin ve baş tarafındaki boşluğa 1 yazın, sonra ikinci derecede önemli olanın başına 2, üçüncü derecede önemli olanın başına 3, dördüncü derecede önemli olanın başına 4 yazın ve böylece tüm ifadeleri önemsize doğru 10'a kadar sıralayınız. Lütfen her bir ifade için tek bir sayı yazmaya özen gösteriniz. Yaşamınızda aşağıdakilerden hangileri sizce daha önemlidir?

- \_\_\_\_\_ RAHAT VE BAŞARILI BİR YAŞAM
- \_\_\_\_\_ HAREKETLİ VE HEYECANLI BİR YAŞAM
- \_\_\_\_\_ BAŞARI DUYGUSUYLA YAŞAMAK
- \_\_\_\_\_ ÖZGÜRLÜK
- \_\_\_\_\_ MUTLULUK
- \_\_\_\_\_ BEDENSEL VE RUHSAL YÖNDEN SAĞLIKLI OLMAK
- \_\_\_\_\_ İÇ RAHATLIĞI-İÇ HUZURU İÇİNDE OLMAK
- \_\_\_\_\_ HAYATTAN ZEVK ALMAK
- \_\_\_\_\_ KENDİNE DEĞER VERMEK
- \_\_\_\_\_ ÇEVREDEN KABUL GÖRMEK-BEĞENİLMEK

## EK – IV

### KALP YETERSİZLİĞİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınız ile ilgili tutumunuz ve kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen herbir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi yada kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.

Sağlığınız ile ilgili yaptıklarınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
Hastalığım hakkında bilgim vardır.				
Beslenmemde tuz kısıtlamasına dikkat ederim.				
Yorgunluk veya solunum zorluğuna yol açan hareketlerden kaçınırım.				
Hastalığıma bağlı hangi şikayetlerim olabileceğini bilirim.				
İlaçlarımın etkisini ve yan etkisini bilirim.				
Bikarbonatlı, gazoz ve soda gibi içecekleri kullanmam				
Nabzımı sayarım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Acil durumlarda kullanılmak üzere bana ait adres, tlf. ve teşhisimi bildiren kartı yanımda taşırım.				
İlaçlar bana zarar verdiği zaman doktora giderim				
Hava aşırı nemli ve sıcaksa aşırı hareket etmekten kaçınırım.				
Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
Sıvı almıma dikkat ederim				
Düzenli tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Soğuk algınlığı ve gripden kendimi korurum.				

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
Sıvı yağ kullanılmış besinleri yerim.				
Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Düzenli kilo kontrolümü yaparım ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
Yemekleri az ve sık yerim.				
Doktor kontrollerine düzenli giderim.				
Gece yatmadan önce ağır yemek yemem.				
İlaçlarımı düzenli kullanırım.				
Sebze ve meyve gibi besinleri yerim.				
Hastalığımla ilgili sıkıntım olduğunda hastaneye giderim.				
Grip ve zatürre aşılarını düzenli olarak yaptırım.				



EK - V

**THE LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION QUESTIONNAIRE**

**(LVD - 36)**

Please answer the following questions as you are feeling these days. Tick either true or false for each question

<b>Because of my heart condition:</b>	<b>True</b>	<b>False</b>
I suffer with tired legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I suffer with nausea ( feeling sick )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I suffer with swollen legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Because of my heart condition:</b>	<b>True</b>	<b>False</b>
I am afraid that if I go out I will be short of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am frightened to do too much in case I become short of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I get out of breath with the least physical exercise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am frightened to push myself too far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I take a long time to get washed or dressed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*If you do not do these activities for any reason other than your heart condition, then please tick false*

<b>Because of my heart condition:</b>	<b>True</b>	<b>False</b>
I have difficulty running, such as for a bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have difficulty either jogging, exercising or dancing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have difficulty playing with children/grandchildren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have difficulty either mowing the lawn or hoovering/vacuum clean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Because of my heart condition:</b>	<b>True</b>	<b>False</b>
I feel exhausted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel low in energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I feel sleepy or drowsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I need to rest more	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |                                       |                          |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I feel that everything is an effort   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| My muscles feel weak                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I get cold easily                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I wake up frequently during the night | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I have become frail or an invalid     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | <b>Because of my heart condition:</b>   | <b>True</b>              | <b>False</b>             |
|---|--------------------------|--------------------------|
| I feel frustrated                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I feel nervous                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I feel irritable                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I feel restless                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I feel out of control of my life        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I feel that I can not enjoy a full life | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I've lost confidence in myself          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | <b>Because of my heart condition:</b>                                   | <b>True</b>              | <b>False</b>             |
|---|--------------------------|--------------------------|
| I have difficulty having a regular social life                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| There are places I would like to go to but can't                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I worry that going on holiday could make my heart condition worse       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I have had to alter my lifestyle  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I am restricted in fulfilling my family duties                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I feel dependent on others  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I find it a real nuisance having to take tablets for my heart condition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| My heart condition stops me doing things that I would like to do        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PLEASE CHECK THAT YOU HAVE ANSWERED ALL THE QUESTIONS THANK YOU FOR YOUR TIME

**EK VI**

**KALP YETMEZLİĞİ İLE YAŞAM EĞİTİM KİTAPÇIĞI**  
**(Arka Kapaktır)**



## ÖZGEÇMİŞ

29 Mayıs 1977 yılında İzmir’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 1994–1995 öğretim yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda yüksek öğrenimine başladı ve 1998 yılında okul birincisi olarak mezun oldu. Aynı yıl Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde hemşire olarak çalışmaya başladı. 1998-1999 öğretim yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nün açmış olduğu yüksek lisans sınavlarında başarılı olup İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda lisansüstü eğitimine başladı. Mart 2000 tarihine kadar yüksek lisans çalışmaları ile hemşirelik görevini birarada yürüttü. Daha sonra Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalına Araştırma Görevlisi olarak atandı. Halen aynı kurumda çalışmakta ve lisansüstü eğitimine devam etmektedir.

# KALP YETMEZLİĞİ İLE YAŞAM

Hazırlayan  
Arş. Gör. Serap ÖZER

İzmir, 2001

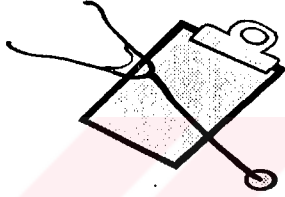
## İÇİNDEKİLER

## SAYFA

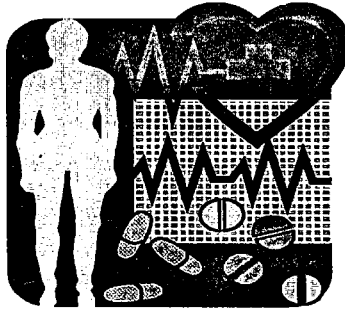
Giriş.....	1
Kalbin Yapısı ve İşlevleri.....	2-4
Kalp Yetmezliği Nedir?.....	4-5
Risk Faktörleri Nelerdir?.....	5-6
Kalp Yetmezliği Belirtileri Nelerdir?.....	6
Tedavisi Nasıl Yapılır?.....	7
Diyet .....	8-14
Sıvı Alımı.....	14
Alkol Tüketimi.....	15
Sigara.....	15
Egzersiz.....	16-18
Genel Öneriler.....	19-20
UNUTMAYINI!.....	20-22
Kaynaklar.....	23

# GİRİŞ

Doktorunuz size kalp yetmezliği teşhisi koydu.

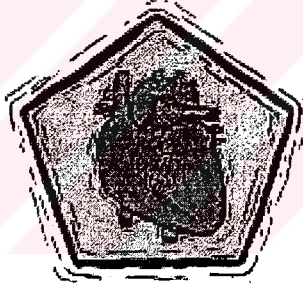


Bu kitapçıkta kalbin yapısı, kalp yetmezliğinin ne olduğu, risk faktörleri, belirtileri, tedavisinin nasıl yapıldığı ve uymanız gereken kurallar anlatılmaktadır. Bir başka deyişle bu kitapçık hastalığınız hakkında bilmek isteyebileceğiniz sorulara cevap vermektedir.



## KALBİN YAPISI VE İŞLEVLERİ

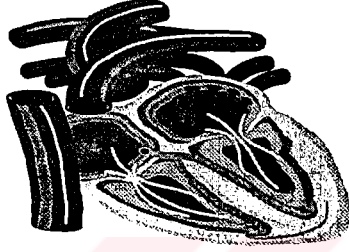
Kalp, vücutta kan dolaşımını sağlayarak, oksijenlenmiş kanı vücuda pompalayan, kas yapısında ve dört boşluktan oluşan bir organdır. Yaklaşık 300 gr. ağırlığında olan kalp, iki akciğerin ortasında ve daha çok sola doğru yerleşim gösterir. Önde göğüs kemiği ve kaburgalar, arkada omurga tarafından korunur.



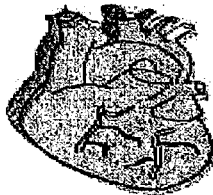
Kalbi oluşturan boşluklardan üstte bulunan iki boşluk kulakçık (atrium), altta bulunan iki boşluk karıncık (ventrikül) olarak adlandırılır. Kalp ortasından geçen bir duvarla sağ ve sol olmak üzere ikiye ayrılır. Her iki tarafta da bir kulakçık ve karıncık bulunur. Kalpte kanın tek yönde



ilerlemesini sağlayan ve geri d6nmesini engelleyen d6rt tane kapakçık da bulunmaktadır.

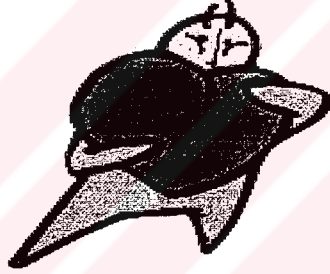


Kalp iki y6nl6 pompa sistemi g6revi g6r6r. Sağ taraf, t6m v6cudu dolaşarak, i7indeki oksijeni dokulara bırakıp, dokulardan karbondioksit almış olan kirli kanı, kirli kan damarları olarak adlandırılan toplardamarlar (venler) aracılığı ile akciğerlere pompalayarak yeniden oksijenlenmesini sağlar. Sol taraf ise akciğerlere pompalanarak oksijenlenmiş kanı temiz kan damarları olarak adlandırılan atardamarlar (arterler) aracılığı ile t6m v6cuda pompalar. Oksijenlenmiş kanın v6cuda pompalanması Aort adı verilen ana atardamar aracılığı ile sağlanır.



Kalp, endokard, myokard ve perikard olmak üzere üç tabakadan oluşmuştur. Endokard, kalbin iç yüzünü örten tabakadır. Myokard, kalp duvarını oluşturan özel kas dokusudur. Perikard ise kalbin kas tabakasını örten tabakadır.

## KALBİNİZDEKİ SORUN



## KALP YETMEZLİĞİ NEDİR?

- ❖ Kalbin kan pompalama gücünün yetersiz olduğu ciddi bir hastalıktır.
- ❖ Vücuda yeterli kan akımı olmaz, akım bozulduğu için kalbe dönemeyen kan damarlarda birikir.
- ❖ Pompalama yetersizliği, kalbin kendi damarlarına ait hastalıklar, kalp kası hastalıkları, kalp kapakçık hastalıkları,

doğumsal kalp hastalıkları, yüksek tansiyon (hipertansiyon), kalp tümörü ve alkole bağlı olarak ortaya çıkar.

- ❖ Yüksek ateşli enfeksiyonlar, kansızlık (anemi), düzensiz kalp atımları, tiroid bezinin çok çalışması (hipertiroidi) ve böbrek hastalıkları kalp yetmezliğinin oluşumunu kolaylaştırır.

## RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?

- \* Sigara içme



- \* Şişmanlık



- \* Aşırı alkol tüketimi



## ☛ Fazla yağlı diyet

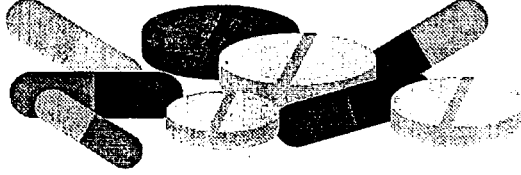


## KALP YETMEZLİĞİ BELİRTİLERİ NELERDİR?



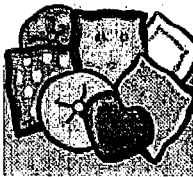
- Ayak bileklerinde şişme
- Kesik kesik nefes alma (Genellikle çaba ile ve sırtüstü yatınca)
- Göğüs ağrıları
- Halsizlik, iştah değişimleri
- Kilo değişiklikleri
- Nezle gibi hafif hastalıklara dirençsizlik

## TEDAVİSİ NASIL YAPILIR?



📖 En çok idrar söktürücü ilaçlar (diüretikler), kalbin pompalama gücünü arttıran ilaçlar (digoxin) ve atardamarları genişleterek kalbin iş yükünü azaltan ilaçlar kullanılır.

Sizler, "yoğun kalp akciğer rehabilitasyon" programlarını (egzersiz, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, düzenli ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliklerini) öğrenerek kalp yetmezliği ile savaşılabiliyorsunuz



## DIYET

Herhangibir kalp hastalığınız varsa, "Neler yiyeceğim? Neler yemeyeceğim?" diye fazla düşünmeyin. Çünkü, sağlıklı kişilerin diyetinde uyması gereken şeylere hastalığınızla ilgili bir iki ufak eklenti dışında sizi sıkıntıya düşürecek bir şey yoktur.

İnsanlar beslenirken, proteinler, karbonhidratlar ve yağlardan yararlanırlar. Sağlıklı beslenme kurallarında bunlardan fedakarlık edilmez. Ancak, bu ana grupların kendi arasında dengeli olmasına ve hangi protein, hangi karbonhidrat, hangi yağın seçileceğine dikkat edilmesi gerekir.

### Sağlıklı Beslenme Kuralları

- Kilonuza dikkat edin. Aşırı kilolu iseniz mutlaka ideal kilonuza inin. Kilonuz normal ise kilo almamaya özen gösterin. Aşırı kilo önemli bir risk faktörüdür.



- Kilo almada önemli etken yağlardır. Beslenmenizde yağ oranını azaltın. Normal kişiler günlük kalori ihtiyacının % 30'unu yağ olarak almalıdır. Günlük kalori ihtiyacının % 30'u 9'a bölünürse gr cinsinden yağ miktarı ortaya çıkar. İhtiyaç 1800 kalori ise, bunun 540 kalorisi yağlardan alınmalıdır. Yani günde en çok 60 gr yağ yeterlidir.
- Öğün atlamayın. Yemeklerde tabağınızı tam doldurmayın. Yavaş yiyin.



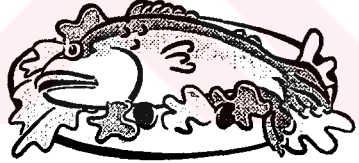
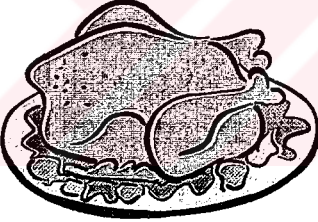
Öğün aralarında bir şey yemek ihtiyacı duyarsanız meyve iyi bir seçimdir.



Besinlerin sindirimi kolay, sulu yiyecekler ve vitaminden zengin olanlarını tercih edin. Tatlılardan kaçının.



- Bitkisel besinleri, haşlanmış, ızgara yemekleri tercih edin. Yemeklerinizi buharda ve yanmaz tavada pişirin. Hazır gıdalardan mümkün olduğunca uzak durun.



- Kanınızdaki kolesterolün ve tiplerinin seviyesini bilin. Kolesterol doğal olarak bünyeniz tarafından üretilen bir madde olmasına rağmen alınan besinlerle de ilgilidir. LDL olarak kısa ifade edilen tipi "kötü huylu kolesterol" diye tanımlanır. LDL damar sertliğine neden olur.

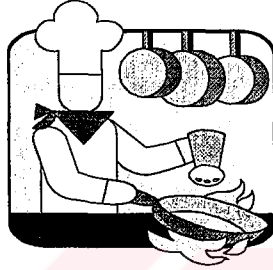


HDL ise "iyi huylu kolesterol" olarak tanımlanır ve atardamarların tıkanmasını önler. Kanda düşük LDL, yüksek HDL seviyesi iyi bir durumdur. Uygun beslenme ile birlikte egzersiz, HDL seviyesini yükseltir.



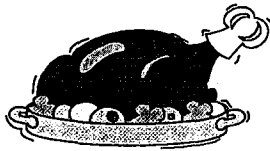
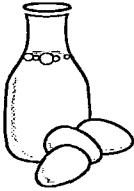
- Beslenme biçimi ve kalıtım, kan kolesterolünü yükselten ve tiplerinin oranlarını etkileyen faktörlerdir. Kalıtımı değiştirmek elinizde olmadığına göre beslenmenizi düzenleyerek sağlığınıza koruyabilirsiniz.
- Sodyum sağlık için gerekli bir mineraldir. Tüm yiyeceklerde, özellikle **tuzda** bulunur. Çoğu insan gereğinden fazlasını alır. Vücut fazla sodyumdan kurtulmazsa sıvı birikir. Fazla sıvı kalbin ve böbreklerin çalışmasını zorlar ve tansiyonu yükseltir. Daha az sodyum yiyerek bu kontrol altına alınır. Bunun için pişirdikten sonra yiyeceklerinize tuz ilave etmeyin ve tuzlu gıdalardan kaçınin.

Aşağıda tuz bakımından zengin ve fakir yiyeceklerin listesi bulunmaktadır:



### Sodyum Oranı Düşük Yiyecekler

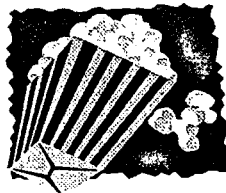
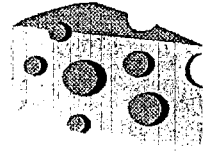
Kaymaksız süt, yumurta, süzme peynir, krem peynir, dondurma, hindi, tavuk eti, dana eti, kuzu eti, karaciğer, taze balık, taze sebze ve meyveler, dondurulmuş yiyecekler, sebze ve meyve suları, kahve, çay, bazı ekmek ve tahıllar, sarımsak, soğan, defne yaprağı, biber, dereotu, hindistan cevizi, adaçayı, kimyon, tarçın, badem, vanilya, sıvı yağlar, şerbet, meyve tatlıları, yağsız, tuzsuz cips, tuzsuz fındık ve ceviz.





### Sodyum Bakımından Zengin Yiyecekler

Katı peynir, yağlı süt, sosis, salam, konserve etler, salamura meyve ve sebzeler, zeytin, turşu, tuzlu krakerler, makarna, gevrek, pizza, domates suyu, et suyu, kereviz, soya sosu, ketçap, hardal, meyve tartları, gözleme, kek, puding, karbonat, kabartma tozu, tuzlu cips, fındık ve ceviz



Sodyum alımı günde 3 gr'ı aşmamalıdır. Eğer diyetinizde tuz alımı aşırı ise ilaç dozlarınız değişebilir ve potasyum atılımı artabilir. Konservelerden ve hazır gıdalardan uzak durun.

## SIVI ALIM

Kalp yetmezliği olan hastalarda genellikle yoğun bir su içme isteği vardır; bu da aşırı sıvı alımına neden olabilir. Günlük sıvı alımını iki litre ile sınırlandırın. Çok fazla alınan sulandırılmış içecekler (örneğin: portakal suyu) sodyum azlığına yol açabilir. Özellikle sıcak havalarda ya da ateşliyken sıvı alımını arttırabilirsiniz. Aynı şey ishal ve kusma içinde geçerlidir.



## ALKOL TÜKETİMİ

Aşırı alkol tüketimi kalp kasına zarar verebilir ve ritim bozukluğu oluşturabilir. Bu nedenle alkol kullanmayın. Eğer alkol alışkanlığınız var ve de bu alışkanlığı bırakamıyorsanız günde bir kadeh bira veya şarap içebilirsiniz. Ama bu doz kesinlikle günde bir kadehi geçmemelidir.



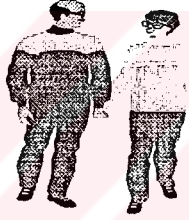
## SİGARA

Sigara içimi kalp yetmezliği olan hastalarda damarlarda daralmaya yol açar. Bu nedenle sigara içmeyin.



## EGZERSİZ

Günlük yaşamda, teknolojik gelişmelerin sağladığı olanaklardan (otomobil, asansör, yürüyen merdiven vs) yararlanmaktan neredeyse yürümeyi unutmuş gibiyiz. Halbuki kalp sağlığı için, düzenli yürüyüş programları vazgeçilmez bir uygulamadır.



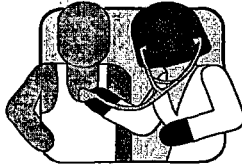
### Düzenli Egzersizin Yararları

- ◆ Kalp ve akciğer fonksiyonlarını arttırır. Alınan oksijen miktarını arttırarak kalbin daha verimli çalışmasını sağlar.
- ◆ "Hareketsiz Yaşam", kalp hastalığı oluşmasında bir risk faktörüdür. Kötü beslenmede buna eklenince bir başka risk faktörü olan "aşırı kilo" ortaya çıkar. Aşırı kilo almamak için öncelikle beslenmeye özen göstermeli ve düzenli yürüyüş programları uygulanmalıdır.

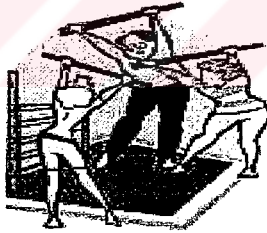
- ◆ Beslenmenin de düzenlenmesi ile birlikte total kolesterol ve LDL (zararlı kolesterol) seviyelerinin azalmasına; HDL (yararlı kolesterol) seviyesinin artmasına neden olur.
- ◆ Günlük yaşamın yarattığı gerilimi azaltarak risk faktörlerinden "stres"i de önler.
- ◆ İstirahat halindeki tansiyonu düşürür. Nabız sayısı azalır. Ancak kalbin atım hacmi arttığı için verimi de artar.
- ◆ Kalp hastalarının hastalıkları nedeniyle kısıtlanan efor kapasitesi düzelir, en azından daha geriye gitmesi önlenir. Egzersiz yapan hastaların hareketle yorulma ve nefes darlığı gibi sıkıntıları giderek azalır. Egzersiz ile, bacak kaslarındaki damarlarda genişleme olması ve kasların oksijen kullanımının artması, kişinin yaşam kalitesini arttırmaktadır. Egzersiz kalbin rahatlamasını, dolayısıyla kalp yetmezliğinin düzelmesini sağlar.

### Kurallar Nelerdir?

- Egzersiz uygulamasına başlamadan önce doktorunuza danışın.



- Egzersizde yaş önemli değildir. Her yaşta yapılabilir. Ancak çocukluk yaşlarından beri düzenli egzersiz yapanlar kalp sağlığı açısından daha sağlıklı kişilerdir.
- Egzersizi hafif bir yemeği takiben 1-2 saat sonra yapın. Açık havada egzersiz yapıyorsanız aşırı sıcak ve soğuk havalarda yapmayınız.
- Yarar sağlamak istiyorsanız egzersizi düzenli olarak yapın.
- Egzersiz programına başlamadan önce kendinizi fazla yormayın.
- Her egzersize beş dakika ısınma hareketleri ile başlayın. Egzersiz sonunda beş dakika süren gevşeme egzersizleri ile bitirin.



- Düz yolda veya imkanınız varsa yürüme bandında gücünüz elverdiği ölçüde yürüyün. Bir rahatsızlık hissettiğinizde yürümeyi kesin.
- Haftada en az beş gün ve günde 35-60 dakika süreyle egzersiz yapın.



## GENEL ÖNERİLER

- Vücut ağırlığınıza önem verin. Kilo almayın. Ani kilo almalar yönünden (örneğin:1-3 günde 2 kg'dan fazla ) uyanık olun.



- Sosyal aktivitelerde bulunun. Günlük işlerinize devam edin.



- Seyahate çıkma konusunda doktorunuza danışın. Uçak yolculuğu yapacaksanız, yüksek ısı ve rutubet varsa doktorunuzun önerilerine uyun. Kısa süreli uçak yolculuklarını tercih edin. Uzun



sürekli yolculuklardan kaçının.

- Solunum yolları/akciğer hastalığınız olabilir. Çünkü kalp yetmezliği akciğer enfeksiyonlarına yatkınlığı arttırabilir. Bu nedenle grip ve zatürre aşılarınızı yaptırın.



## UNUTMAYINI!

- ❶ İlaçlarınızı düzenli olarak belirtildiği şekilde kullanın.



- ❷ Diyetinize uyun.



③ Düzenli egzersiz yapın



④ Sigarayı bırakın



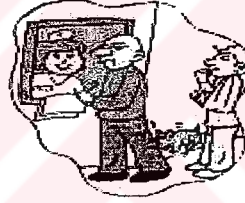
⑤ Alkol alımını kısıtlayın



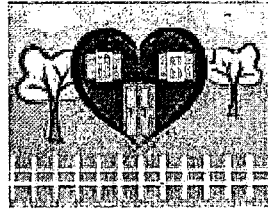
⑥ Doktor kontrollerinize düzenli olarak gidin



7 Nefes darlığının artması ve gece uykudan uyandıran nefes darlığının olması beklenmeyen belirtilerdir. Bunlar kalp yetmezliğinin kötüleştiğinin göstergesidir. Bunları unutmayın böyle bir durumla karşılaştığınızda doktorunuza ulaşabileceğiniz adres ve telefon numarasını yanınızda bulundurun yada en yakın hastaneye başvurun.



# SAĞLIKLI YAŞAMLAR



## KAYNAKLAR

1. Birol, Akdemir, Bedük: "Konjestif Kalp Yetmezliği", İç Hastalıkları Hemşireliği, 1995, ss: 285-293
2. Black M. J., Matassarini-Jacobs E.: "Congestive Heart Failure", Luckmann Sorensen's, Medical Surgical Nursing, A Psychophysiologic Approach, Fourth Edition, 1993, ss: 1164-1177
3. Çağatay G.: "Konjestif Kalp Yetmezliği", Klinik Kardiyoloji, 1997, ss: 85-98
4. <http://www.ato.org.tr/konuk/austun/KY/diyet.html>
5. <http://www.ato.org.tr/konuk/austun/KY/egzersiz.html>
6. Enç N. : "Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi", İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Doçentlik çalışması, 1998
7. Fadiloğlu Ç., Karadakovan A.: "Myokard İnfarktüsünden Sonraki Yaşam", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları, 1995
8. [http://health.yahoo.com/health/Diseases\\_and\\_Conditions/Disease\\_Feed\\_Data/Heart\\_Failure](http://health.yahoo.com/health/Diseases_and_Conditions/Disease_Feed_Data/Heart_Failure)
9. <http://www.ato.org.tr/konuk/austun/kalpyetmezligi.html>
10. Mc Murray J., Dargie H.: "Genel Öneriler", Kronik Kalp Yetmezliği, İstanbul: Bristol-Mayers Suquibb, 1996, ss: 53-56
11. <http://text.nlm.nih.gov/tempfiles/is/tempBrPg34922.html?t=980450500>