

**T.C.**  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN  
SEMPTOM DÜZEYLERİNİN ÖZ BAKIM  
DAVRANIŞI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**FUNDA ESİM DUDAK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
Bilim Alan Kodu: 1032



**BALIKESİR**  
2023

**T.C.**  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN SEMPTOM**  
**DÜZEYLERİNİN ÖZ BAKIM DAVRANIŞI VE YAŞAM**  
**KALİTESİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**FUNDA ESİM DUDAK**

**TEZ DANIŞMANI**  
**DOÇ. DR. ÖZLEM TEKİR**

**ORTAK TEZ DANIŞMANI**  
**DOÇ. DR. SEDA PEHLİVAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**Bilim Alan Kodu: 1032**

**BALIKESİR**  
**2023**



T.C.  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**TEZ KABUL VE ONAY**

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde  
**Funda ESİM DUDAK** tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan  
**“Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Düzeylerinin Öz Bakım Davranışı ve Yaşam Kalitesine Etkisi”**

başlıklı tez çalışması,  
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
olarak kabul edilmiştir.

**Tez Savunma Tarihi:** 18/01/ 2023

**TEZ SINAV JÜRİSİ**

Doç. Dr. Sibel ERGÜN  
Balıkesir Üniversitesi  
**(Başkan)**

Doç. Dr. Özlem TEKİR  
İzmir Demokrasi Üniversitesi  
Üye **(Danışman)**

Doç. Dr. Seda PEHLİVAN  
Bursa Uludağ Üniversitesi  
Üye **(Ortak Danışman)**

Doç. Dr. Sevde AKSU  
Balıkesir Üniversitesi  
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÇINAR  
İzmir Bakırçay Üniversitesi  
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,  
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 06/ 02 /2023 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Osman İrfan İLHAK  
Enstitü Müdürü

## BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

06/02/ 2023

İmza

**Funda ESİM DUDAK**

## İTHAF

*Her koşulda yanımda olan annem Ayşe Esim ve ablam Fatma Sungur'a ve  
Yol arkadaşım eşim Ercan Dudak'a ithaf ediyorum...*

## TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca tüm bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana rehberlik eden, tezimin yürütülmesinde sabırla yol göstererek motive eden, desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Özlem TEKİR'e, tezimin yürütülmesindeki bilimsel katkılarından dolayı ortak tez danışmanım Doç. Dr. Seda PEHLİVAN'a, lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini paylaşarak yol gösterici olan Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA'ya, tezimin veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyen arkadaşım Büşra KİRİŐ'e, tez dönemim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan arkadaşım Sevil MASAT HARBALI'ya ve değerli katkılarından dolayı hocam Gözde ÖZSEZER'e, bu süreçte bana destek olan canım aileme, fedakârlığı ile her zaman yanımda olan sevgili eşim Ercan DUDAK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>i</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Soruları .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Kalp Yetersizliği .....	5
2.1.1. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi .....	5
2.1.2. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi.....	6
2.1.3. Kalp Yetersizliği Fiziopatolojisi .....	7
2.1.3.1. Frank Starling Mekanizması .....	8
2.1.3.2. Nörohormonal Sistem Aktivasyonu.....	8
2.1.3.3. Ventiküler Remodelling (Yeniden Şekillenme).....	9
2.1.4. Kalp Yetersizliği Sınıflaması .....	9
2.1.4.1. Fonksiyonel Kapasiteye Göre .....	9
2.1.4.2. Ejeksiyon Fraksiyonuna Göre .....	10
2.1.5. Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması .....	11
2.1.5.1. Düşük EF’lu (Sistolik) ve Korunmuş EF’lu (Diastolik) Kalp Yetersizliği.....	11
2.1.5.2. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği .....	11
2.1.5.3. Sol ve Sağ Kalp Yetersizliği .....	12
2.1.6. Kalp Yetersizliği Semptom ve Bulguları .....	12
2.1.7. Kalp Yetersizliğinde Tanı .....	14
2.1.8. Kalp Yetersizliğinde Tedavi .....	15
2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi .....	16
2.1.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi .....	17

2.1.8.3. Cerrahi ve Cerrahi Dışı Tedavi .....	20
2.2. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Düzeylerinin Özbakım ve Yaşam Kalitesine Etkisi.....	21
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>24</b>
3.1.Araştırmanın Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	26
3.6. Verilerin Toplanması .....	26
3.7.1. Anket Formu .....	26
3.7.2. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure-MSAS-HF).....	27
3.6.3. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği.....	28
3.6.4. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Livingwith Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) .....	29
3.7. Verilerin İstatiksel Analizi ve Değerlendirilmesi .....	29
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>31</b>
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	31
4.2.Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliğine Göre Deneyimlenen Semptomlara İlişkin Bulgular.....	35
4.3. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği, Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri ve için Cronbach's Alpha Değerleri .....	37
4.4. Sosyo-Demografik ve Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliğine Ait Bulgular.....	39
4.5. Sosyo-Demografik ve Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketine Ait Bulgular .....	45
4.6. Sosyo-Demografik ve Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği'ne Ait Bulgular .....	50
4.7. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği, Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği'ne Ait Korelasyon Bulguları.....	56



4.8.Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği Puanına Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi Bulguları .....	61
<b>5. TARTIşMA .....</b>	<b>67</b>
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Ait BulgularınTartışılması .....	67
5.2. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	73
5.3. Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	75
5.4. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	80
5.5. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği, Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketi ve Avrupa Kalp Yetmezliği Öz Bakım Davranışları Ölçeğine Ait Tüm Ölçek Puanları ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	84
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>86</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>889</b>
<b>ÖZGEÇMİş.....</b>	<b>1033</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>104</b>
<b>EK-1:</b> Etik Kurul Onay Formu .....	104
<b>EK-2:</b> Anketler Kurum İzni.....	106
<b>EK-3:</b> Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	108
<b>EK-4:</b> Anket Formu.....	110
<b>EK-5:</b> Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği Ölçeği ..	113
<b>EK-6:</b> Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeği.....	115
<b>EK-7:</b> Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketi.....	1166
<b>EK-8:</b> Ölçek Kullanım İzni .....	118

## ÖZET

### KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARIN SEMPTOM DÜZEYLERİNİN ÖZ BAKIM DAVRANIŞI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Bu çalışma kalp yetersizliği olan hastaların semptom düzeylerinin öz bakım davranışı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi ile Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatarak tedavi gören ve Kardiyoloji Polikliniğine başvuran kalp yetersizliği olan hastalar oluşturmuştur. Araştırma, 15.02.2021-25.12.2021 tarihleri arasında yapılmış olup, araştırmanın örneklemini araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 255 kalp yetersizliği tanısı alan birey oluşturmuştur. Veriler, literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu, Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği, Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk Testleri ile incelendi. İkili gruplarda normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örnekler t Testi, normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi, ölçek puanlarına etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesinde Lineer Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırma bulgularında; bireylerin en fazla yaşadıkları semptomlar %97.6 oranında halsizlik ve hastaların çoğunluğunun New York Heart Association sınıflamasına göre en çok sınıf 2 grubunda yer aldıkları tespit edilmiştir. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi ve Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği anketi toplam puanları arasında anlamlı, pozitif yönlü, çok yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ile Memorial Semptom Değerlendirme Skalası ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi toplam puan ile arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak, hasta bireylerde görülen semptom düzeyi artışı ile yaşam kalitesinin düştüğü ve semptom düzeyi ile öz bakım arasında zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

*Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, öz-bakım, semptom düzeyi, yaşam kalitesi.*

## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF SYMPTOM LEVELS OF PATIENTS SUFFERING FROM HEART FAILURE ON THEIR SELF CARE BEHAVIOR AND QUALITY OF LIFE**

This study was conducted to determine the effect of symptom levels of patients with heart failure on self-care behavior and quality of life.

The study consisted of patients with heart failure who were hospitalized in Balikesir University Health Practice and Research Hospital Cardiology Service and Coronary Intensive Care Unit and applied to Cardiology Outpatient Clinic. The study was conducted between February 15 and December 25, 2021, and the sample of the study consisted of 255 patients who suffered from heart failure, and who fit the criteria for inclusion in the study. The data were gathered with the questionnaire form created in line with the literature; Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure, European Heart Failure Self-care Behavior Scale and the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaires were administered through face-to-face interview technique. Compliance with the normal distribution was examined through Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk Tests. Independent Samples t Test was used to compare normally distributed data in binary groups, Mann Whitney U Test was used to compare non-normally distributed data, and Linear Regression Analysis was used to examine independent variables affecting scale scores.

Among the research findings are that the most common symptoms suffered by individuals were weakness at the rate of 97.6% and the majority of patients were found to be in the class 2 group according to the New York Heart Association classification. A significant, positive, very high level of correlation was found between the total scores received from the Minnesota Heart Failure Life Questionnaire and the Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure Questionnaire. A very weak positive non-significant relationship was found between the total scores of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale, the Memorial Symptom Assessment Scale and the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire. The total score of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale was found to have a weak, positive and significant relationship with those of

the Memorial Symptom Assessment Scale and the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.

In summary, it has been found that the quality of life decreases with the increase in the level of symptoms observed in sick individuals, and a weak relationship was found between the level of symptoms and self-care.

***Keywords:** Heart failure, self-care, symptom level, quality of life.*

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KY	: Kalp Yetersizliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHA	: American Heart Association ( Amerikan Kalp Derneği)
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
HT	: Hipertansiyon
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
HAPPY	: Heart Failure Prevalance and Predictors in Turkey (Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri)
NYHA	: New York Heart Association (New York Kalp Cemiyeti )
EF	: Ejeksiyon Fraksiyonu
SolV EF	: Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu
DEF-KY	: Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
SEF-KY	: Sınırdaki Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
KEF-KY	: Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği
NP	: Natriüretik Peptitler
CRP	: C-Reaktif Protein
EKO	: Ekokardiyografi
AF	: Atrial Fibrilasyon
EKG	: Elektrokardiyografi
ACEI	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
KABG	: Koroner Arter Bypass Grefti
CRT	: Kardiyak Resenkronizasyon Terapisi
ICD	: İmplant Edilebilen Kardiyoverter-Defibrilator
MSAS-HF	: Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği
MLHFQ	: Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketi
ESC	: European Society Of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)

## TABLULAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 2.1.</b> Kalp Yetersizliği Etiyolojisinde Rol Oynayan Hastalıklar.....	7
<b>Tablo 2.2.</b> New York Kalp Birliği Kalp Yetersizliği Sınıflaması.....	10
<b>Tablo 2.3.</b> Ejeksiyon Fraksiyonuna Göre Kalp Yetersizliği Sınıflaması.....	10
<b>Tablo 2.4.</b> Kalp Yetersizliği Semptom ve Bulgular.....	13
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı .....	322
<b>Tablo 4.3.</b> Nicel Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	34
<b>Tablo 4.4.</b> Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği'ne Göre deneyimlenen Semptomların Görülme Oranları, Sıklığı, Şiddeti, Verdiği Sıkıntı/Rahatsızlık Hissi Oranları.....	35
<b>Tablo 4.5.</b> Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF), Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) Alt Boyut Puanları İçin Cronbach's Alpha Değerleri.....	37
<b>Tablo 4.6.</b> Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF), Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	38
<b>Tablo 4.7.</b> Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	399
<b>Tablo 4.8.</b> Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 4.9.</b> Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 4.10.</b> Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	47

<b>Tablo 4.11.</b> Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması. ...	500
<b>Tablo 4.12.</b> Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	522
<b>Tablo 4.13.</b> Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF), Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) Puanları ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	56
<b>Tablo 4.14.</b> Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşam Anketi (MLHFQ) Ölçek Puanına Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi.....	61
<b>Tablo 4.15.</b> Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği Puanına Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi.....	64

## 1. GİRİŞ

Kalp Yetersizliği (KY), yüksek natriüretik peptid seviyesi, pulmoner ve sistemik tıkanıklığı gösteren kanıtlar, fonksiyonel ve yapısal anormalliklerin neden olduğu semptom ve belirtiler ile karakterize klinik bir sendromdur (Bozkurt vd., 2021; McDonagh vd., 2021). Kalp yetersizliği viral-bakteriyel miyokarditler, koroner arter hastalığı, diyabet, dilate kardiyomiyopati, sistemik hipertansiyon gibi birçok farklı hastalık grubunun myokardın işlevini bozması sonucu ortaya çıkan klinik bir tablodur (Akbiyık vd., 2016; Kaya ve Çıtlık Sarıtaş, 2016).

KY yüksek morbidite ve mortaliteye sahip, görülme oranı her yıl artarak devam eden önemli bir sağlık problemidir (Sezgin ve Mert, 2015). Bu hastalığın prevalansı yaşı nüfusun artması ile giderek artmaktadır (Go, 2014). Avrupa kıtasındaki ülkelerde on beş milyon kişide, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) altı milyon kişide kalp yetersizliği görülmüştür. Amerikan Kalp Birliği (AHA) 2012'den 2030 yılına kadar KY vakalarında %46'lık bir artış beklediğini bildirmiştir (Tokgözlüoğlu vd., 2015). ABD'nde Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin 2018 yılında çıkardığı raporda, KY tanısı almış bireylerin yarısının beş yıl içerisinde hayatlarını kaybettiklerini bildirmiştir (National Center for Health Statistics, 2018). Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından yapılan çalışmada iki milyon kalp yetersizliği tanısı almış bireyin olduğu düşünölmekte ve on yıl içinde 3-4 kat artacağı öngörülmektedir. Yaygınlığı ise 35 yaş üzerinde %2.9'un üzerinde ve ortalama kalp yetersizliği yaşı 60 olarak tespit edilmiştir (Tokgözlüoğlu vd., 2015; Değertekin vd., 2012). Kalp yetersizliğinin, yaş ile doğru orantılı artış gösterdiği tespit edilmiş ve KY insidansının 50-55 yaş grubunda %1, 65 yaş üzerinde %6-10, 80 yaş üzerinde %10-20 olduğu bildirilmiştir. Kalp yetersizliği olan 65 yaş üzerinde hastaneye yatışı yapılan bireylerin, yatış nedenlerinin en önemli etkeni kalp yetersizliği olduğu belirlenmiştir (Doğru ve Karadakovan, 2016; Zengin vd., 2012).



Kalp yetersizliği; Hipertansiyon (HT), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), kardiyomiyopati, romatizmal hastalıklar, miyokardit ve iskemik kalp hastalıkları gibi etiyolojik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Ziaieian ve Fonarow, 2016). Kalp yetmezliği gelişmesindeki birincil etken ise koroner arter hastalığıdır (KAH) (Badır, 2017). Ortaya çıkan yetmezlik tablosunun %60-75'i KAH sonucunda gelişmekte ve miyokard infarktüsü öyküsü sonucunda gelişebileceği gibi bu olmadan da ortaya çıkabilmektedir (Khatibzadeh vd., 2013). Dünya geneline bakıldığında ise, KY nedeni çok farklılık gösterebilmektedir. Batılı toplumların üçte ikisinde KY nedeni KAH iken, Afro-Amerikan toplumlarda ve Afrika'da HT olarak gösterilmiştir. (Gardner vd., 2014). Gelişmiş ölkelerde KY nedenleri arasında en çok kardiyomiyopati ve konjenital hastalıklar gelir iken gelişmekte olan ölkelerde alt solunum yolu enfeksiyonları ve anemi olduğu tespit edilmiştir (Laurence ve Burch, 2020).

Tanı alan bireylerin kalp yetersizliğini yönetebilmede en önemli faktör, semptomları saptamaktan geçmektedir. Kalp yetersizliğinde birçok fiziksel ve duygusal semptom gelişebilmektedir. Semptomlar, kalp yetersizliğinin başlama şekline, hastanın yaşına, mental durumuna, tedavilerin süresine ve ek hastalıkların varlığına bağlı olarak değişebilmektedir (Alkan ve Nural, 2017). En yaygın görölen semptomlar; dinlenme ve egzersiz esnasında görölen nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk, ayak bileklerinde şişme iken bunların yanı sıra konsantrasyonda bozulma, konfüzyon, serebral semptomlar, bulantı, assit, karın ağrısı gibi gastrointestinal sistem semptomları da görölebilmektedir. Bireyleri en çok rahatsız eden en belirgin KY semptomları; nefes darlığı, yorgunluk ve egzersiz intoleransıdır (Kaya ve Çıtlık Sarıtaş, 2016). Tanı aldıktan sonraki süreç içerisinde yaşadıkları bu semptomlar bireylerin günlük aktivitelerini yapmakta zorluk çekmelerine, aile, arkadaş ilişkilerinde ve iş hayatlarında sorunlarla karşı karşıya gelmelerine neden olmaktadır. Uzun bir bakım sürecinin gerektiği bu dönemde, hastalar kadar aileleri de fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi olarak etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir (Özer, 2010; Bayrak vd., 2019). Kalp yetersizliği tanısı almış hastaların semptomlarını kontrol altına almak için farmakolojik tedavi ve öz bakım davranışlarını kontrol ederek sağlamaktadır. Yetmezliği olan hastalarda öz bakım eksikliği, yaşam süresinde azalmaya ve tekrarlı hastane yatışlarını arttırmaya neden

olmaktadır. Bir araştırmada, öz bakım mortalite üzerine etkisi olan tek neden olmasa da, sağ kalımı %50 arttırdığı belirlenmiştir (Sebern ve Riegel, 2009).

KY olan bireyin yaşam kalitesini sürdürebilmesi için kendi öz bakımını yapabilmesi gerekmektedir. Öz bakımını karşılayabilen hasta birey, semptomlar ortaya çıktığında ne yapacağına karar verebilen, başkasına bağımlı olmadan kendi sağlığının sorumluluğunu alabilen bireydir (Bayrak vd., 2019). Kalp yetersizliği olan bireylerin, öz bakım uygulamaları ve farmakolojik tedavi ile semptomlar denetim altına alınabilmektedir. Kessing ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öz bakım ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğu saptanmıştır (Kessing vd., 2017). Wang ve arkadaşlarının çalışmasında, KY hastaları için düzenlenen öz bakım programlarının semptomları azalttığını, işlevsel durumu arttırdığını ve yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermiştir (Wang vd., 2011). Farklı hastalıklarla karşılaştırıldığında, kalp yetersizliği yaşam kalitesi üzerinde en fazla olumsuz etki bırakan hastalıktır. Kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesinin artırılması tedavi sürecinin en önemli aşamalarındandır (Doğru ve Karadakovan, 2016). Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, bu süreç içerisinde görülen hastane yatışları ve mortalite oranlarının en önemli belirleyicisi olarak görülmüştür (Zengin vd., 2012).

KY, hastaların öz bakım davranışlarını ve yaşam kalitelerini etkilemektedir. Hasta bireylerin öz bakım davranışlarını yerine getiremediği durumlarda hemşireler bakım verici rolü ile destek sağlamaktadırlar (Günbaş, 2021). Hemşireler hastaların ihtiyaçları doğrultusunda kişisel temizlik, beslenme, giyinme gibi öz bakımlarını yerine getirmelerinde destek sağlamaktadırlar. Bunların yanında hemşirelik girişimleri planlayarak yaşadıkları semptomların (yorgunluk, dispne gibi) etkilerini azaltmaya çalışmaktadırlar. Hemşirelerin temel sorumluluğu arasında KY tanısı almış bireylerin semptomlarını takip etmek, değişiklikleri gözlemek, semptom yönetimi için hastalara eğitim vererek uygun görüldüğünde öz bakım davranışlarına destek sağlayarak hastalıkla başetme yeteneğini ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Aşkar ve Ovayolu, 2021).

## **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı; kalp yetersizliği olan hastaların semptom düzeylerinin öz bakım davranışına ve yaşam kalitesine etkisi incelenmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Soruları**

Kalp yetersizliği olan hastaların semptom düzeylerini etkileyen sosyo-demografik değişkenler var mıdır?

Kalp yetersizliği olan hastaların öz bakım davranışlarını etkileyen sosyo-demografik değişkenler var mıdır?

Kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesini etkileyen sosyo-demografik değişkenler var mıdır?

Kalp yetersizliği olan hastaların semptom düzeyleri öz bakım davranışlarını etkiler mi?

Kalp yetersizliği olan hastaların semptom düzeyleri yaşam kalitesini etkiler mi?

Kalp yetersizliği olan hastaların semptom düzeyleri ile öz bakım davranışları ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kalp Yetersizliği**

Kalp yetersizliği, kalbin yapısı ve işlevinde gelişen bozukluk ve kalbin dokuların ihtiyaç duyduğu kanı pompalayamaması ile karakterize bir hastalıktır. Kalbin diyastol sonu basıncında (5-12 mmHg) organların ihtiyaç duyduğu yeterli kalp debisini sağlayamaması olarak ifade edilmiştir (Dickstein vd., 2008; Dassankaya ve Jones, 2015). Kalp yetersizliği, dinlenme veya hareket esnasında azalan kalp debisi ve artan intrakardiyak basınç sonucunda, yorgunluk, halsizlik, şişlik ve nefes darlığı gibi tipik semptomlar ile seyreden ve bunlara eşlik eden periferik ödem, pulmonerraller ve artan jugulervenöz basınç ile karakterize, yapısal ve/veya fonksiyonel bir kardiyak anormallik nedeni ile ortaya çıkan klinik bir sendromdur (Panikowski vd., 2016; McDonagh vd., 2021). Vakaların çoğunda, kalp yükünün artmasına neden olacak başka bir kardiyovasküler hastalığın varlığı ile bağ kurulmuştur (Kantz, 2013).

#### **2.1.1. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi**

Kalp yetersizliği, gelişimini ülkelerde nüfusun %1-2'sinde ve 70 yaş ve üzerindeki nüfusun %10'unda tespit edilmiştir (Mosterd ve Hoes , 2007). Bu hastalık yaş ile birlikte artış göstermektedir (Virani vd., 2020). Kalp yetersizliği prevalansının 2012'den 2030'a yaklaşık olarak %46 oranında artış göstereceğini AHA tespit etmiştir. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nde 8 milyondan fazla kişide 18 ve üzeri yaş gruplarında KY görüleceğini ifade edilmiştir (Tokgözlüoğlu vd., 2015).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2018 yılında bildirdiği ölüm nedeni verilerinde %38.4 ile dolaşım sistemi hastalıkları birinci sırada yer almaktadır. Bunlar içerisinde ise; %39.7 ile iskemik kalp hastalıkları, %22.4 ile serebro-vasküler

hastalıklar, diğer kalp hastalıkları ise %24.4 olarak tespit edilmiştir (TÜİK, 2018). Ülkemizde Değertekin ve arkadaşlarının yaptığı kalp yetersizliği prevalansını belirleyen ilk çalışma “Türkiye’deki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri: HAPPY (Heart Failure Prevalance and Predictors in Turkey)” çalışmasıdır. Bu çalışma sonuçlarına bakıldığında; KY prevalansı %6.9 olarak tespit edilmiş ve yaklaşık olarak 2 milyon 424 yetişkin bireyde KY bulunduğu kanıtlanmıştır (Değertekin vd., 2012).

### **2.1.2. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi**

KY’ne sebep olan patolojiler kalbin endokard, myokard ve perikard tabakaları ile kapakçıklar, damar sistemi ve elektrik potansiyelinde görülen herhangi bir anomaliden kaynaklanmaktadır (Malik vd., 2021). Yetmezliğin nedenleri arasında kardiyolojik birçok faktör yer alır iken, bunlar içerisinde en sık rastlanılan KAH ve HT' dur (Çaloğlu, 2012). Kan basıncının yüksek seyirli olması KY'nin sık görülen nedenleri arasında görülüyor iken, zaman geçtikçe kan basıncı yüksekliği tanı ve tedavi bakımından iyileşme göstermiştir. Fakat KAH’ında artma izlenmiştir. Sonuç olarak bu durum kalp yetersizliği etiyolojisinde birinci sırada KAH'ının gelmesine neden olmuştur (Özdemir, 2009).

KY'ne neden olabilecek farklı etkenler bulunmaktadır (Baba, 2018). Diyabet, obezite, kapak hastalıkları, akciğer hastalıkları, kalp ritim bozuklukları, doğumsal kalp hastalıkları, kronik böbrek yetmezliği, alkol ve/veya sigara kullanımı, fazla miktarda tuz kullanımı, düzensiz ilaçların kullanılması, ilaçların anide kesilmesi ya da ilaç kullanımının yanlış olması, nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı, kalsiyum antagonisti ilaç kullanımı gibi durumlar yetmezliğin kontrolünü güçleştirmektedirler. Etkenler kalp yetersizlik riskini artırmakla kalmayıp, morbidite ve mortalite oranını yükseltmektedir (Avcı, 2018).

KY’nin etiyolojisinde belli bir standart belirtilmemesi ile birlikte; etkilenen işlevsel basamak, volüm durumu ve hemodinamik duruma göre alt kategorilerde incelenmiştir (Tanai ve Frantz, 2016).

**Tablo 2.1.** Kalp yetersizliği etiolojisinde rol oynayan hastalıklar (Tanai ve Frantz, 2016).

<b>1.İntrinsik Miyokard Hastalıkları</b>	<b>2. Kalbin İş yükü Artışları</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardiyomiyopati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basınç yükü artışı</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miyokardit</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pulmoner hipertansiyon</li> <li>2. Sistemik hipertansiyon</li> <li>3. Aort koarktasyonu</li> <li>4. Aort veya pulmoner darlığı</li> <li>5. Hipertrofik kardiyomiyopati</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• İskemik kalp hastalığı</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• İnfiltratif hastalıklar (amiloidoz, sarkoidoz, hemokromatoz)</li> </ul>	
<b>3. Ventrikül Doluşunun Engellenmesi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapak akımının engellenmesi: Mitral darlığı, triküspit darlığı</li> <li>• Miyokard ve perikard kompliyansının azalması: Konstriktif perikardit, restriktif kardiyomiyopati, kardiyak tamponad, endomiyokardiyal fibroelastozis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volüm yükü artışı</li> <li>• Mitral veya aort yetmezliği</li> <li>• Triküspit yetmezliği</li> <li>• Soldan-sağa şantlıkonjenital kalp hastalığı (atriyal septal defekt, ventriküler septal defekt, patent duktusarteriyozus)</li> </ul>
<b>4.İyatronojik Miyokard Hasarının Engellenmesi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radyoterapi</li> <li>• İlaçlar: Adriamisin, disopiramid vb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yüksek debili kalp yetmezliği</li> <li>1. Paget Tirotoksikoz</li> <li>2. Paget hastalığı</li> <li>3. Beriberi</li> <li>4. Arteriyo venöz fistül</li> <li>5. Gebelik</li> <li>6. Ağır anemi</li> </ul>
<b>5. Aritmiler</b>	

### 2.1.3. Kalp Yetersizliği Fiziopatolojisi

KY teşhisinde kardiyak disfonksiyonun olması beklenmektedir. Genellikle ventriküllerde sistol ve diastol esnasında görülen disfonksiyona sebep olan anormallikler (miyokard enfarktüsü), kapakçıklardaki anormallikler (darlık, yetersizlik), kalp zarı, endokardiyum, kalp ritmi/iletiminde görülen anormallikler veya bu değişikliklerin bir kombinasyonu da kalp yetmezliğini başlatabilir (Schwinger, 2021). KY'de fizyolojik bozukluklar karmaşıktır ve kalbin pompa gücünün bozulması ile sonuçlanmaktadır. Miyokardın kasılma ve gevşeme işlevinde meydana gelen bozulma, ventriküler diastolünde ve boşalmasında ortaya çıkan

bozukluklar, kalbin bölümlerinin uyum içinde çalışmaması gibi nedenler ile kalp yetersizliği ortaya çıkmaktadır. Bu olayları takip eden miyokardiyal fonksiyonlarda mekanik değişimlere neden olan; biyokimyasal, elektrofizyolojik ve kontraktıl fonksiyon değişiklikleri izlenmekte ve kasılma hızı yavaşlayarak, pik gerilimi oluşturmak için geçen sürecin artması ile myokartda diastol başlar (Akay ve Durmaz Akyol, 2014).

Myokartda görülen hasar, kalbin atım hacmini ve/veya intrakardiyak basıncın artışı ile dokuların perfüzyonunun bozulmasına neden olmaktadır. Kalp; kardiyak output ve periferik perfüzyonun devamı için adaptasyon mekanizmasını aktif hale getirir. Bu adaptasyon mekanizmaları; Frank-Starling Mekanizması (artan ön yüke karşı kontraktılitenin artması), miyokardiyal hipertrofi, nörohormonal sistemlerin aktivasyonu, miyosit rejenerasyonu ve ölümünden meydana gelmektedir (Palazzuoli ve Nuti, 2010; Kemp ve Conte, 2012; İlerigelen, 2010; Enar, 2010).

#### **2.1.3.1. Frank Starling Mekanizması**

Bu mekanizma miyokard kasının gerginliği ve uzunluğu arasındaki ilişkiyi tanımlamaktadır. Sistolik kalp yetersizliğinde etkilidir. Bu mekanizma, kardiyak debideki düşüş meydana geldiğinde hayati organların perfüzyonunu korumak için kan basıncını korumaya yardımcı olmaktadır. Ventriküler diastolik hacimdeki artış miyokardiyal liflerdeki gerginliği arttırdığından, ventriküler vuruş hacminde artışa neden olmaktadır. Dolayısı ile Frank Starling Mekanizması, sempatik sinir sisteminin aracılığı ile nörohormonal sistem aktivasyonunu sağlayarak kalp atış hızını, kardiyak kasılmayı artırarak, azalmış olan kalp debisini desteklemektedir (Nair, 2020).

#### **2.1.3.2. Nörohormonal Sistem Aktivasyonu**

Kalp yetersizliğinde kalp yükünde meydana gelen artış, aşırı yüklenme sonucu kalpte mekanik ve nörohormonal sistemleri aktive ederek miyokard kasında kardiyomiyositlerin artmasına bağlı olarak kas hipertrofisine neden olur. Erken

süreçte gelişen adaptasyon kardiyak debiyi sürdürmek için oldukça etkilidir. Fakat ilerleyen süreçlerde ventrikül hipertrofisine neden olmaktadır (Nair, 2020).

Kalpdeki sempatik sistemin aktivasyonu, karotid ve aort arterlere yerleşen baroreseptörlerin yardımı ile olmaktadır. Baroreseptörlerin stimülasyonu stroke volüm azlığından kaynaklanan basınç azalması ile ortaya çıkmaktadır. Sempatik sistemin aktive edilmesi ile kalp hızı ve kontraktilitesi artırılmış olur (Dolar,2005; Korkmaz, 2003; Özer ve Argon, 2005).

### **2.1.3.3. Ventiküler Remodelling (Yeniden Şekillenme)**

Sempatik sistemin artmış aktivasyonu, renin-anjiyotensin ve aldosteron sisteminin aktivasyonu fibroblastlarda ve miyositlerde protein sentezini stimüle eden hücre içerisinde bulunan sinyalleri aktivasyonunu sağlayarak hücrel hipertrofi ve fibroza neden olur. Bunların sonucu olarak ventriküllerde yeniden şekillenme gelişmektedir (Azevedo vd., 2016).

### **2.1.4. Kalp Yetersizliği Sınıflaması**

#### **2.1.4.1. Fonksiyonel Kapasiteye Göre**

New York Kalp Birliği (New York Heart Association/NYHA) sınıflaması hastaların fonksiyonel durumlarına göre ilk 1928’de oluşturulmuş ve 1994’de revize edilmiştir (Zoghi, 2011). NYHA KY fonksiyonel kapasiteye etkilerini değerlendirmek ve bireyin günlük aktiviteler esnasında ne kadar zorlanıldığına bakılmak için geliştirilmiştir. Bu sınıflandırma sisteminde; hastalarda semptom oluşması için efor seviyelerine göre I’den IV’e kadar dört kategoriye ayrılmıştır. Bu sınıflandırma sisteminde bazı sınırlamalar olmasına rağmen efor düzeylerinin değerlendirilmesinde oldukça etkilidir (Kepez ve Kabakçı, 2004). Bu sınıflama hastalarda görülen fiziksel aktivite ve belirtiler göz önüne alınarak oluşturulmuş ve fiziksel aktivite intoleransını tanımlayıp, semptom şiddetini belirlemek amacı ile kullanılmaktadır (McMurray vd., 2012; Yancy vd., 2013; Panikowski vd., 2016).



**Tablo 2.2.** New York kalp birliği kalp yetersizliği sınıflaması (McMurray vd., 2012).

Sınıf	Tanım
I	Fiziksel aktivitede sınırlama yok. Olağan fiziksel aktivite nefes darlığı, yorgunluk, çarpıntıya neden olmaz.
II	Dinlenme esnasında belirti yok. Fiziksel aktivitede hafif kısıtlama. Olağan fiziksel aktivite sırasında nefes darlığı, yorgunluk ve arpıntı.
III	Dinlenme esnasında belirti yok. Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlama. Daha az olağan fiziksel aktivite sırasında nefes darlığı, yorgunluk ve arpıntı.
IV	Dinlenme esnasında belirti var. Herhangi bir rahatsızlık duymadan fiziksel aktivite sürdürülemez. Eğer fiziksel aktiviteye devam edilirse belirtiler artar.

#### 2.1.4.2. Ejeksiyon Fraksiyonuna Göre

KY tanısı konulurken kullanılan en önemli ölçüm, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (SolV EF) ölçümüdür ve üç kategoride sınıflanmaktadır. SolV EF ölçümü %40 altında olan grup düşük EF KY (DEF-KY), SolV EF %40-49 arasında sınırdaki EF KY (SEF-KY) ve %50 üzerinde olan gruplar ise korunmuş EF KY (KEF-KY) olarak sınıflandırılmışlardır (Panikowski vd., 2016).

**Tablo 2.3.** Ejeksiyon fraksiyonuna göre kalp yetersizliği sınıflaması (Panikowski vd., 2016).

KY tipi	Kriterler
DEF-KY	1. SolV EF < % 40 2. Semptomlar + Bulgular
SEF- KY	1. SolV EF % 40-49 2. Semptomlar + Bulgular 3. Artmış NP düzeyi Ek kriterlerden en az biri: ➤ Altta yatan yapısal kalp hastalığı ➤ Diyastolik disfonksiyon
KEF-KY	1. SolV EF ≥ % 50 2. Semptomlar + Bulgular 3. Artmış NP düzeyi Ek kriterlerden en az biri: ➤ Altta yatan yapısal kalp hastalığı ➤ Diyastolik disfonksiyon

## **2.1.5. Kalp Yetersizliği Sınıflandırılması**

### **2.1.5.1. Düşük EF'lu (Sistolik) ve Korunmuş EF'lu (Diastolik) KY**

Ejeksiyon fraksiyonu: diastol sonunda oluşan volümden sistol sonu volümü çıkartıldığında ortaya çıkan stroke volüme denir. Sistolik fonksiyon bozuklukların şiddeti ne kadar fazla ise EF okadar azalır. EF hasta seyirleri için önemli olduğu kadar sınıflandırılmasında da önemli bir kriterdir. EF, elektrokardiyografi ya da radyolojik tetkikler ile hesaplanmaktadır. Bir hasta bireyde kalbe özgü belirti bulgular bulunuyor ve azalmış sol ventrikül EF değeri biliniyor ise düşük EF'li KY tanısı konulabilir (McMurray vd., 2012).

Korunmuş EF'li KY, ventrikül dolum volümünü yükselten ve kalp debisini azaltan patolojik bir durumdur (Kesme, 2019). Diastolik disfonksiyonu olan hastalarda sol ventrikül dolum basıncının yüksek olmasından kaynaklanan, sol atrial dilatasyonu olan ileri yaş hastalarda egzersiz intoleransı ve nefes darlığı gibi semptomlar ile diastolik kap yetersizliği görülebilir (Lam vd., 2011). Hastada kalp yetersizliğine ait belirti ve bulguların bulunması, yapısal kalp hastalığı (sol atriyal genişleme, ventrikül hipertrofisi) görülmesi, normal ya da hafif azalmış sol ventrikül EF'u (sol ventrikül dilatasyonu olmayan) ve diastolik disfonksiyonun olması durumunda korunmuş EF'lu KY tanısı konulabilir (McMurray vd., 2012). Korunmuş EF'lu KY genellikle kadın ve yaşlı bireylerde görülmektedir. Bu hastalarda EF %50 üzerinde, sol ventrikül hacmi normal ve sol ventrikül duvarında kalınlaşma, sertleşme saptanmıştır (Inamdar ve Inamdar, 2016).

### **2.1.5.2. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği**

Akut KY (AKY); komorbid kalp hastalığı ile hızlandırıcı faktörleri bulunan kalp fonksiyonlarında akut veya subakut bozulma meydana gelmesine denir (Panikowski vd., 2016). Kalp yetersizliğinin, yeni ortaya çıkmış veya kötüye giden semptomların aniden ortaya çıkması olarak da tanımlanabilir. AKY yaşamı tehdit eden, hastaneye yatmayı gerektiren akut bir olaydır. Bu durumda, acil tedavi

gerektirerek, hemodinamik bozulmayı önlemek ve aşırı sıvı yüklenmesi azaltmak amaçlanmalıdır. (Kurmani ve Squire, 2017).

Kronik KY (KKY) daha çok kendini pulmoner ödeminde bulunduğu pulmoner konjesyon belirtileri ile kendini gösterir. Kalp yetersizlikleri içerisinde en çok akut alevlenmeler ile görülen tablodur. KKY hastaneye başvuru sıklığını artırıp insanların yaşam kalitesini düşürerek sağlık harcamalarında artışa neden olarak hasta ve toplum için büyük bir yük ve sıkıntı ortaya çıkarmaktadır. (Karaca ve Mert, 2011).

### **2.1.5.3. Sol ve Sağ Kalp Yetersizliği**

Sağ KY; genellikle kan hacmindeki yüklenme ve basınca neden olan sol ventrikül yetmezliği sonucu ortaya çıkmaktadır. Sağ ventrikülde basınç artışına neden olan; pulmoner emboli, pnömoni, mekanik ventilasyon, akut solunum sıkıntısı sendromu ve kronik hastalıklar arasında pulmoner hipertansiyon, KOAH sağ kalp yetmezliğine neden olabilir. Diğer nedenler arasında da kalp kapak yetersizlikleri, atriya septal defekt, sağ ventriküler iskemi ya da infarkt, kardiyomiyopati sayılabilir (Di Cesare, ve diğerleri, 2021).

Vücuttaki hayati organlara yetersiz kan pompalanmasına neden olan sol ventriküldisfonksiyonu sonucunda sol kalp yetmezliği gelişmektedir (Chahine & Alvey, tarih yok). Sol kalp yetersizliğine en sık neden olan faktörler; koroner arter hastalığı ve hipertansiyondur. Diğer ikinci önemli olan etken ise sol ventrikül hipertrofisidir. Sol kalp yetersizliğine zemin hazırlayan diğer risk faktörleri arasında ise; diyabet, sigara, obezite, erkek cinsiyet ve hareketsiz yaşam tarzı da örnekler arasında sayılabilir (He vd., 2001; Dunlay vd., 2009; Chahine ve Alvey, 2022).

### **2.1.6. Kalp Yetersizliği Semptom ve Bulguları**

KY olan hastalarda altta yatan sebep ne olursa olsun yetersiz doku perfüzyonu belirtilerinin yanında intravasküler ve interstisyel volüm yüklenmesine

ait klinik belirti ve bulgular ortaya çıkmaktadır (Çil Akıncı vd., 2014). Kalp yetersizliğinde en fazla görülen semptomlar; dispne, ödem, karında şişkinlik hissi, kuru öksürük, yorgunluk, noktüri, serebral semptomlar, bilişsel ve fonksiyonel sınırlılıklar yer almaktadır (Grange, 2005; Demir ve Ünsar, 2008; Panikowski vd., 2016). Bunların içerisinde en yoğun yaşanan semptomlar yorgunluk ve dispnedir (Çıtlık Sarıtaş, 2010). Hastalığın seyri ilerledikçe dispne daha hissedilir hale gelerek egzersiz performansını negatif yönde etkiler (Sant'Anna vd., 2003). Dispne ve yorgunluk egzersiz performansını negatif yönde etkilemesinin yanında; sıvı birikimine bağlı pulmoner konjesyon ve periferik ödem gelişerek fonksiyonel kapasite azalır ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olur (Kahraman ve Ural, 2004; Efe ve Olgun, 2011).

Fiziksel aktivite ile ortaya çıkan dispne ve yorgunluk gibi erken semptomlar nonspesifiktir. Hastalar bazen bu belirtilerin kalp yetersizliğinin bir semptomu olduğunu tam anlamıyla anlamayabilir ve ileri yaştan kaynaklı olduğunu düşünebilirler (Jurgens vd., 2009).

Kalp yetersizliğinde semptomlar spesifik değildir. Erken evrede semptomları tanımlamak, diğer problemlerden ayırt etmek ve tanı koymak zor olabilmektedir. Kalp yetersizliği semptomları ve bulguları Tablo 2.3'de gösterilmiştir (Panikowski vd., 2016).

**Tablo 2.4.** Kalp yetersizliği semptom ve bulgular (Panikowski vd., 2016).

<b>Semptomlar</b>	<b>Bulgular</b>
<b>Tipik</b>	<b>Spesifik</b>
• Nefes darlığı	• Jüğülerven basıncında artış
• Ortopne	• Hepatojüğülerreflü
• Paroksismalnoktürnaldispne	• Üçüncü kalp sesi (gallop ritmi)
• Egzersiz toleransında azalma	• Kalp tepe vurusunun sola kayması
• Halsizlik, yorgunluk, egzersiz sonrası toparlanma süresinin uzaması	• Üfürüm duyulması
• Bacak/ayak/ayak bileği şişliği	

**Tablo 2.4.** Kalp yetersizliği semptom ve bulgular (devamı)(Panikowski vd., 2016).

<b>Daha az tipik</b>	<b>Daha az spesifik</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gece gelen öksürük</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Periferik ödem (ayak bileği, sakral, skrotal)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hışıltılı solunum</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Akciğerlerde krepitasyon</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kilo artışı (&gt;2kg/hafta)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Akciğerlerde havalanma azlığı ve akciğer bazallerinde perküsyondamatite alınması (plevraeffüzyon)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kilo kaybı (ileri kalp yetmezliğinde)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Taşikardi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• İştahsızlık</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hepatomegali</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Şişkinlik hissi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Düzensiz nabız / nabız basıncının daralması</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Konfüzyon ( özellikle yaşlılarda)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asit</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Depresyon</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kaşeksi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Çarpıntı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soğuk ekstremiteler</li></ul>

### 2.1.7. Kalp Yetersizliğinde Tanı

KY hastalığında; hastalığın seyrini yavaşlatmak, hastane yatış ve mortalite oranını azaltmak, ilerlemiş vakalarda kullanılan maliyeti yüksek tedavi seçeneklerini azaltabilmek için tanının zamanında konulması gerekmektedir. KY'ne ait belirtilerin birçoğu non-spesifik ve sınırlı tanısal değer taşıdığı için tanı koymak zorlaşmaktadır (McMurray vd., 2012). KY tanısı konulurken yapılacak ilk aşama fizik muayene ve tanı testlerinden geçmektir (Varughese, 2007; Çil Akıncı vd., 2014). Hastanın kardiyak hikâyesi, risk profili ve yeni tanı konulmamış ise önceki tedavileri sorgulanır (Angelidou, 2010). Risk faktörleri ve olası etiyolojilerinde değerlendirilmesiyle tüm bulguları normal olan hastalarda KY olasılığı çok düşüktür ve diğer teşhislerin dikkate alınması gerekir (Panikowski vd., 2016).

KY hastalarının belirlenmesinde acil servislere ve polikliniklerde yaygın olarak kullanılmaya başlayan natriüretik peptitler (NP'ler) ilk tanı testi olarak yol göstericidir. NP'in konsantrasyonları normal olan hastaların KY'ne sahip olma olasılığı düşük olup, kalp yetersizliği tanısının ekarte edilmesinde kullanılabilir (Mueller vd., 2019). NP; dolaşım sisteminin basınç regülasyonu, hacim ve ozmosu ile ilgili salgılanan bir hormon grubudur. NP'ler normal durumda kanda düşük seviyede bulunmaktadır. Fakat yaş ve kalp boşluklarındaki yük artışıyla

birlikte seviyesinde artma görülür. Hacim ya da basınçtaki artışa neden olan KY gibi nedenlere bağlı miyokardiyal duvar stresine yanıt olarak salgılanmaktadır (Kim ve Januzzi, 2011; McMurray vd., 2012; Januzzi, 2013; Panikowski vd., 2016). Kalp yetersizliğinin belirlenmesinde NP dışında istenen diğer laboratuvar testleri içerisinde yer alan kardiyak biyomarkerlar, hastalığın patofizyolojisi ve şiddeti hakkında önemli bilgiler vermektedir. Bu grup içerisinde olan kardiyak miyositler, troponin, serum LDL düzeyi, C-Reactive Protein (CRP), norepinefrin, homosistein, kreatinindir. Tanı için diğer kan testleri kapsamında ise tam kan sayımı, serum elektrolit düzeyi, kan üre azotu, lipit paneli, karaciğer fonksiyon testleri, açlık kan şekeri, tiroid hormon seviyeleri, tam idrar tahlili, yer almaktadır (Inamdar ve Inamdar, 2016).

Görüntüleme yöntemlerinden tanıya yardımcı olan, en sık kullanılan ekokardiyografi (EKO)'dir. EKO ile kalp kapakları, odacıkların yapısı, duvar kalınlıkları ventrikülsistolik ve diyastolik fonksiyonlar, EF, pulmoner hipertansiyon ile ilgili bilgiler elde edilerek, tanı ve uygun tedavi için yol gösterici olmaktadır (Yancy vd., 2013; Panikowski vd., 2016; Sarı vd., 2016). EKO görüntülemesi, iskemi ve miyokardın değerlendirilmesi, kapak kontrolü, aort stenozunun değerlendirilmesi için de kullanılmaktadır. Diğer görüntüleme yöntemi ise transözofajiyal ekokardiyografi (TEE)'dir. Bu yöntem KY rutin tanılmasında kullanılmayan ancak kalp kapak hastalığı, şüpheli aort disseksiyonu, endokardit, konjenital kalp hastalığı, kardiyoversiyon gerektiren atriyal fibrilasyon (AF) hastalarında kardiyak kavitelere trombus kontrolü için yapılır. Diğer tanı koymaya yardımcı olan testler ise, elektrokardiyografi (EKG), göğüs grafisi, bilgisayarlı tomografi ve dopplerdir (McMurray vd., 2012; Inamdar ve Inamdar, 2016; Panikowski vd., 2016).

### **2.1.8. Kalp Yetersizliğinde Tedavi**

KY tedavisindeki temel amaç; hastanın fonksiyonel kapasitesini artırmak, klinik tablosunu ve yaşam kalitesini yükseltmek, hastaneye yatışı ve ölüm oranını azaltmaktır (Panikowski vd., 2016). KY tedavisindeki temel prensip ise; düzeltilebilir KY etiolojisinin tedavisi ve kalp yetersizliğinin seyrini ağırlaştırıcı

nedenlerin ortadan kaldırılmasıdır (Baydemir vd., 2013). KY tedavisinde farmakolojik, nonfarmakolojik, cerrahi ve cerrahi dışı cihaz tedavisi yöntemleri kullanılmaktadır (McMurray vd., 2012).

### 2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi

KY kronik, ilerleyici bir hastalık olmasından dolayı hedeflenen farmakolojik yaklaşımlar; semptomlarını azaltmak, yaşam kalitesini en yüksek düzeye çıkarmak, morbidite ve mortalite oranını düşürmek olmalıdır (Demir, 2008; İlerigelen, 2010; Keleş, 2014). Bu amaçla; ilk olarak hastalarda miyokartda tespit edilen hasarın ilerlemesini önlemek, ard yükü azaltarak kalbin yükünü azaltmak ve kalp kasılabilirliğini arttırmak amacı ile beta blokerler, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEI) veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), diüretikler, aldosteron antagonistleri ve dijitaler kullanılmaktadır (Demir, 2008; İlerigelen, 2010; Keleş, 2014; Yeşilbursa, 2017).

**ACEI/ARB:** Renin-anjiyotensin aldosteron sistemine bloke etkisi ACE inhibitörleri ve ARB'lerin bulunmaktadır. Bunların vazokonstriksiyon, sodyum ve su retansiyonunu azaltıcı etkisi bulunmaktadır. Sonuç olarak kalbin yükü ve ödem azalır. Bunları kullanan hastalarda serum potasyumu, renal fonksiyonlar ve kan basıncı takibi önemlidir. Eğer hasta ACE inhibitörlerini tolere edemez ise ARB başlanır (Gardetto ve Carroll, 2007; Enç ve Öz Alkan, 2012).

**Beta Blokerler:** Beta blokerler B1 reseptörlerine bağlanarak kontraksiyon ve iletim hızını arttırır. Renin salınımını uyaran B1 reseptörleri kan basıncında artışa neden olmaktadır. Beta blokerler, aritmileri önlemede, kronik KY'de ventriküler hızı kontrol etmede ve düşük EF'li KY'de semptomatik tedavide kullanılır (Panikowski vd., 2016; Farzam ve Jan., 2021). Asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonu ve miyokard enfarktüsü olan hastalarda mortaliteyi azaltmak için önerilir (Panikowski vd., 2016).

Beta blokerleri kullanan hastalarda görülen kalp ile ilgili olan yan etkileri arasında, akut dekompanse kalp yetersizliği olan hastalarda semptomatik

hipotansiyon, kalp yetersizliğinin alevlenmesi ve yorgunluk yer alır. Kalp dışı yan etkiler arasında bradikardi, depresyon, baş dönmesi ve cinsel işlev bozukluğu görülmektedir (Safi vd., 2017).

**Aldosteron Antagonistleri:** Bu grup ilaçları; sodyum ve su retansiyonunu azaltarak ödemi azaltır. Renal fonksiyonlar sık kontrolü yapılmalı ve serum potasyum düzeyi kontrolü sağlanmalıdır. Tolerasyon sağlandıkça doz arttırımı yapılır (Gardetto ve Carroll, 2007).

**Diüretikler:** İntravasküler hacmi genişleterek ekstrasvasküler alanda sıvı birikmesi; KY'ne bağlı olarak ortaya çıkan sodyum ve suyun tutulması sonucu gelişmektedir. Renal yollardan su ve sodyum atılımını diüretikler sağlamaktadır. Buna bağlı olarak dispne ve ödemi hafifletirler (McMurray vd., 2012; Safi vd., 2017). Hiponatremi ve hipovolemi açısından doz takibi önemlidir. Semptomların azaltılmasında diüretikler düşük EF'li hastalarda oldukça etkilidir (Panikowski vd., 2016).

**Dijitaler:** Dijitaler, ileri evre kalp yetersizliği olan hastalarda görülen AF ve ventriküllerin çalışma hızının fazla olması beta bloker tedavi ile kontrol edilemediği durumlarda ventrikül hızını kontrol etmek amacıyla kullanılır (Keleş, 2014; Yeşilbursa, 2017; Gülbahar, 2020). Bu ilaç grubu içerisinde en fazla kullanılan digoksin'dir. Digoksin, renal klirensin azaldığı durumlarda intoksikasyon riski yüksek olan, terapötik indeksi dar olan ve renal yolla atılan bir ilaçtır (Demir, 2008; Keleş, 2014; Yeşilbursa, 2017; Gülbahar, 2020).

### 2.1.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi

Nonfarmakolojik tedaviler hastanın fonksiyonel kapasitesini, mortalitesini, yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirmek, tıbbi destek olarak ilaç komplikasyonlarını azaltarak hem psikososyal hem de fizyolojik destek sağlamak için kullanılan tedavi yöntemidir (Heart Failure Society of America., 2006; Kav vd., 2008; Karahancı vd., 2015). Yaşam süresinin uzaması ile kronik hastalık sıklığında artma, gelişen teknoloji ile artan sağlık bakım maliyeti, bakım ve tedavide yaşanan



zorluklar, güncel tedavi ve bakım girişimlerine güvensizlik, oluşabilecek yan etkilerden kaçınma gibi nedenler, hastaların nonfarmakolojik tedavileri seçmesine sevk etmektedir (Kutlutürkan ve Karataş, 2014; Aktepe, 2019). Buna bağlı olarak farmakolojik olmayan yaklaşımlar geliştirilmekte ve giderek daha fazla kullanılmaktadır (Plácido ve Mebazaa, 2015).

KY'nde zamanla fiziksel semptom yükü ağırlaşmakta, hastaların yaşam aktivitelerini önemli düzeyde sınırlandırmakta ve hasta bireyler yaşadıkları semptomları ile baş etmede farmakolojik olmayan tedavilere artan bir ilgi göstermektedir. KY hastalarının semptomlarının azaltılması, sağlık durumları iyileştirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması farmakolojik olmayan tedavilerin tek ya da farmakolojik tedavilerin birlikte uygulanması ile görülmektedir (Lindenfeld vd., 2010; Kwekkeboom ve Bratzke, 2016).

### ***Tuz Alımının Kısıtlanması***

KY hastalarının beslenmesinde, verilen önerilerin ortak noktası sodyum alımının sınırlandırılmasıdır. Sodyumun KY'nin ilk evrelerinde, bireylerdeki ödemin artmasına sebep olduğu için sodyum tüketim miktarının sınırlandırılması gerekmektedir. AHA semptomatik veya korunmuş EF'lu KY olan bireylerde sodyum alımını 3 gram, orta veya daha ağır olanlarda ise < 2 gram (Bozkurt vd., 2016); Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tüm semptomatik vakalarda ise < 2.4 gram olmasını önermektedir (Panikowski vd., 2016).

KY hastalarının tuz tüketiminin fazla olması susuzluk hissinde artışa ve daha fazla sıvı tutulmasına yol açacağı için KY hastalarına düşük tuzlu diyetin önerilmesi etkili olmaktadır. Bununla birlikte KY hastalarının tedavisinde diüretik kullanımından dolayı hiponatremi riski bulunmaktadır (Di Cesare vd., 2021). Doukky ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada, bireylerin sodyum tüketimlerini karşılaştırmış ve sodyum kısıtlılığının ölüm veya KY'den hastaneye yatırılma riski ile bağlantılı olduğunu sonucunu tespit edilmiştir.

### ***Sıvı Alımının Kısıtlanması***

Her hasta birey için farklı sıvı yönetimi ve diyet önerileri tavsiye edilmelidir. KY'nin özellikle ileri evrelerinde konjesyonu ve semptomları azaltmak için sıvı alımı günde yaklaşık 1.5-2 litre olmalıdır. Bu süreçte bireydeki değişen sıvı alımı ihtiyacının farkında olunmalı ve aşırı sıvı alımından kaçınılmalıdır. Yüksek ısı ve nem, bulantı/kusma dönemlerinde sıvı alımı arttırılmalı, hastalara günlük kilo takibini, ödem belirtilerini tanınması ve kontrolü öğretilmelidir (Brake ve Jones, 2017).

### ***Beslenme ve Vücut Ağırlığı***

KY hastalarının prognozunun iyiye gitmesi için, beslenme yetersizliğinin önlenmesi ya da düzeltilmesi ve genel beslenmesinin kontrol edilmesi büyük önem taşımaktadır (Son ve Song, 2013; Panikowski vd., 2016). Burada asıl amaç dengeli ve yeterli beslenme sağlanarak pompa gücünü azalmış kalbin yükünü hafifletmek, vücutta oluşan sıvı retansiyonunu önlemek, günlük olarak su ve tuz alımını kontrol altında tutmaktır. Yeterli seviyede meyve, sebze, protein, balık, az yağlı süt, kepekli tahılları ve baklagillerinde bulunduğu beslenme programı tavsiye edilmektedir. Hastalarda antiinflamatuvar yanıt oluşturmalarını sağlamak amacı ile beslenme programına balık yağı, sarımsak, fındık, ceviz, zeytin ve zeytinyağı da eklenmelidir (Eckel vd., 2014) (Meseri, 2014).

Kliniklerde beden kütle indeksi (BKİ); vücut ağırlığının kontrol edilmesinde basit ve pratik bir yöntem olması nedeni ile oldukça fazla kullanılmaktadır. Fakat KY hastalarında ödem, ağırlık kaybını görmemizi engelleyip, yanlış karar verilmesine neden olacağı için tek kullanılması önerilmemektedir (Sargento vd., 2014).

### ***Sigara ve Alkol***

KY hastalarında sigara kullanımı mortalite ve morbiditeyi arttırdığından dolayı uygun sigara bırakma hizmetlerine başvurması önerilmektedir (Brake ve Jones, 2017).

KY’inde kardiyomiyopatiyi önlemek için aşırı alkol alımından kaçınılması önerilir (Özer, 2016).

### ***İstirahat***

KY’inde fiziksel istirahat ve yatak istirahati dekompanse evrelerinde önerilmektedir. Fakat uzun istirahat süreçlerinde kaslarda meydana gelen atrofi, egzersiz kapasitesinde azalma ve semptomlarda artış olabileceğinden hastanın tolere edebileceği ölçüde aktivite arttırılmalı ve egzersizler bireye özgü planlanmalıdır (Kavradım ve Canlı Özer, 2013).

### ***Egzersiz***

Egzersiz; endotelial vazodilatasyona, inflamatuvar belirteçlerin düşmesine, kalbin çalışma hızının artmasına ve kas kemik dokusunda değişmelere sebep olmaktadır. Egzersiz ve aktif yaşam KY hastalarında ölüm oranını azalttığını göstermektedir (Piepoli vd., 2004). Ayrıca hastane yatış sıklığını da azaltmaktadır (Davies vd., 2010). KY hastalarında egzersizin hızı ve türü kişiye göre ayarlanmalıdır. Düzenli yapılan egzersizlerde hastalarda tespit edilen semptom iyileşmesi görülmesi ile birlikte hafta içerisinde beş gün, 30 dk fiziksel aktivite tavsiye edilmektedir (Bozkur vd., 2016).

#### **2.1.8.3. Cerrahi ve Cerrahi Dışı Tedavi**

Cerrahi tedavi KY’de altta yatta nedenin ortadan kaldırılması, fonksiyonel kapasitesinin korunması ve kapasite artışı sağlamak amacı ile yapılmaktadır. Cerrahi uygulamalar arasında, kalp kapak değişimi, ventrikül anevrizmasının çıkarılması, varsa eğer arteriyovenöz fistülün kapatılması, Koroner Arter Baypass Grefti (KABG) ve kalp transplantasyonu yer almaktadır. En sık kullanılan cerrahi girişim ise KABG’dir (Okutucu ve Kabakçı , 2011; McMurray vd., 2012; Yancy vd., 2013).

Kalp yetersizliğinin tedavisinde, medikal tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda mortaliteyi azaltmak için kardiyak resenkronizasyon terapisi (CRT),

implante edilebilen kardiyoverter-defibrilator (ICD) veya sol ventriküler destek cihazları gibi kalıcı kalp pili kullanılmaktadır (Abraham ve De Ferrari, 2014). CRT veya ICD uygulaması NYHA sınıflamasına göre III-IV olan ve SolV EF $\leq$  %35 olan hastalara uygulanması önerilmektedir. Bu cerrahi dışı cihaz uygulamaları semptomları, hastalarda görülen ani gelişen kardiyak ölümleri, hastaneye yatışlarını azaltmakta ve hastaların yaşam kalitesi düzeyini arttırmaktadır (Çavuşoğlu, 2012).

## **2.2. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Düzeylerinin Öz bakım Davranışı ve Yaşam Kalitesine Etkisi**

Kalp yetersizliği, yaş ile birlikte görülme sıklığının arttığı, birçok semptomun yer aldığı, yaşam kalitesinin düşük olduğu bir hastalıktır (Avcı, 2018). Ayrıca ödem, dispne, uykusuzluk, yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, çarpıntı, günlük aktivitelerini gerçekleştirilmede yetersizlik gibi semptomlarla birlikte bireyin cinsel, psikososyal ve ekonomik sorunlar ile karşı karşıya kalmasına neden olan, yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen progresif bir sendromdur (Kavradım ve Canlı Özer, 2013; Altıok , 2015).

KY'nde ki belirtilerin çoğu spesifik değildir ve erken dönemde tanı koymak zordur (Kelder vd., 2011; McMurray vd., 2012; Toprak ve Akıl, 2016; Sevinç, 2017). Özellikle semptom ve bulguların KOAH'lı, obez ve yaşlı bireylerde tanımlanması ve yorumlanması daha zordur (Panikowski vd., 2016). Hasta öyküsünde tanımlanan kalp hasarı (hipertansiyon, miyokard infarktüsü) olmadan KY gelişmesi nadir olarak görülen bir durumdur (Toprak ve Akıl, 2016). KY'inde neden ne olursa olsun hastalarda hipoperfüzyon belirtileri ile birlikte interstisyel ve intra vasküler volüm artışına bağlı ortaya çıkan belirti ve bulgularda görülmektedir (Akıncı vd., 2014). En sık ve en erken görülen belirti dispnedir. Hasta birey istirahat ya da fiziksel aktivite esnasında yorgunluk, halsizlik, ayak bileklerinde şişlik, nefes darlığı, ortopne, gece öksürüğü ve konfüzyon gibi semptomlar yaşamaktadır. Klinik olarak hastada görülen plevral efüzyon, jugulerven basıncında artış, taşikardi, taşipne, üfürüm, noktüri, oligüri, asit ve hepatomegali bize hastalığın bulgularını göstermektedir (Mosterd ve Hoes, 2007; İlerigelen, 2010). KY'nde görülen bu semptom ve bulgular hastaların fonksiyonel kapasitesini azaltarak yaşam kalitesini ve konfor düzeyini bozmaktadır.

Yaşam kalitesi ve konforu bozulan kalp yetersizliği olan hasta öz bakım gereksinimlerini yerine getirememektedir (Mosterd ve Hoes, 2007). Öz bakım eksikliği, hastalarda yaşam süresini azaltmakta ve tekrarlı hastaneye yatışları arttırmaktadır. İzlenen bir çalışmada öz bakımın mortalite üzerine etki eden tek neden olmasa da, hayatta kalma oranını %50 arttırdığı gözlemlenmiştir (Sebern ve Riegel, 2009).

Kalp yetersizliği hastalarında günlük yaşam aktivitelerinde ki kısıtlamalar, öz bakımda yetersizlik, beden imgesinde değişim, sürekli hasta bireyin kendisini yorgun hissetmesi ve tekrarlayan sık hastane yatışları ile gelecek kaygısı oluşturan bir hastalık tablosudur. Bu durum hastanın yaşam kalitesini ciddi derecede etkisi altına almaktadır (Dikici, 2018). Düşük yaşam kalitesi hastaları etkilemekte ve hastane yatış oranlarında özellikle mortalite oranında artışa sebep olmaktadır (Kınıcı, 2018).

Bireyler hayatlarının belli bir döneminde; özellikle sağlıklarının bozulduğu süreçlerde kendi bakımlarını gerçekleştirmede kısmen ya da tamamen yardıma ihtiyaç duymakta ve bu bireyler için öz bakım öncelikli bir sorun haline gelmektedir (Kara, 2001). Bu bireylerden öz bakımlarını kendileri gerçekleştirenler, kendi sağlığının sorumluluğunu yeterli ve uygun alabilecek ve başkalarına bağımlı yaşamadan kendi yaşamsal aktivitelerini yerine getirebileceklerdir (Bakoğlu ve Yetkin, 2000). Kişilerin kendi öz bakımlarını yapmaları yaşamsal doyum almalarını sağlamaktadır. Öz bakım günlük yaşam değerleri, insan, çevre ve kültür gibi birçok etmenle ilgili olmakla birlikte, hem hastaların tedavisine yönelik hem de uygulamaya yönelik bir yaklaşımı içeren pozitif bir eylemdir (Vavasour ve Major, 1990). Bütün kronik hastalıklarda görüldüğü üzere KY'nde de öz bakım, temel bileşeni oluşturmaktadır. Yeterli düzeyde sağlanan öz bakım ile iyi bir yaşam kalitesi, hastane yatış oranının da azalma ve sağ kalım oranı daha yüksek olmaktadır (Cocchieri vd., 2015). Öz bakım aktivitelerinde çoklu ilaç yönetimi, günlük kilo takibi, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum, egzersiz ve semptom takibi yapma gibi faktörlerde farkındalık oluşturulması için önemlidir (Riegel ve Dickson, 2008). Bununla ilgili bir çalışma incelendiğinde; hasta bireylerin kendi öz bakımlarına nasıl katılacaklarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Öz bakım davranışlarına nasıl katılacaklarını anlama katılımı geliştirecek, bakım verenlere destek sağlayacak ve öz bakım davranışlarının desteklenmesini geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Öz bakım becerileri zamanla

gelişebileceği bilinmeli ve bakım veren sağlık profesyonelleri öz bakımın nasıl yapılacağını belirten bireyselleştirilmiş eğitimlerle hastaları desteklemelidir (Harkness vd., 2015).

Klinik rehberler öncülüğünde hemşireler, kanıta dayalı uygulamalar ile KY semptom yönetimi ve hastalığın günlük yaşam üzerindeki etkisi kontrol altına alınması ile kardiyak fonksiyonları en iyi seviyeye getirmek amaçlamaktadır. Bu süreçte yaşam kalitesini kötü etkileyebilecek faktörleri azaltıp ortadan kaldırarak sağlıklı yaşam kalitesini yüksek tutmaya çalışılmaktadır (Kaya ve Çıtlık Sarıtaş, 2016). Hemşireler KY hastalarına verdikleri bakım ile semptom yönetimi sağlanması, sağlık durum eğitiminin verilmesi ve süreçle baş edebilmeleri gibi destekler sağlanarak yaşam kalitesi arttırılmaya çalışılmaktadır (Gordon ve Haskell, 1997; Bennett vd., 2000; Grange, 2005; Annema vd., 2009; Arjunan ve Trichur, 2020). Bu yüzden hastalardan geri dönüt aldığımız KY semptomları ve yaşam kalitesi gibi faktörlerin sıkı izlenmesi gerekmektedir (Kavalieratos vd., 2017).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, kalp yetersizliği olan hastaların semptom düzeylerinin öz bakım davranışına ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, 15.02.2021-25.12.2021 tarihleri arasında Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatarak tedavi gören ve Kardiyoloji Polikliniğine başvuran kalp yetersizliği olan hastalar ile yapılmıştır. Koroner Yoğun Bakım; 2. Basamak seviyesinde ve 7 yataklı bir yoğun bakımdır. Poliklinik bölümünde efor testi odası ve 4 hasta muayene odası bulunmaktadır. Kardiyoloji servisinde ise 22 yatak bulunmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi ile Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatarak tedavi gören ve Kardiyoloji Polikliniğine başvuran kalp yetersizliği olan hastalar oluşturmaktadır.

Çalışmanın gücünü hesaplamada Gpower 3.1.9.7 programı kullanılarak örnek çalışmalara bakılarak 0,3 etki büyüklüğünde 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güç ile örneklem büyüklüğü 111 kişi olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın örneklemini ise; araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve araştırmanın tarihleri arasında Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yatarak tedavi gören ve Kardiyoloji Polikliniğine başvuran kalp yetersizliği tanısı olan 255 bireye ulaşılmıştır.

#### *Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri*

- 1) Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek,
- 2) 20 yaş üzerinde olmak,
- 3) Herhangi bir iletişim problemi olmamak,
- 4) Mental durumu sağlıklı olmak,
- 5) Kalp yetersizliği tanısı konulmuş olmak.

#### *Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri*

- 1) Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı istememek,
- 2) 20 yaşın altında olmak,
- 3) Herhangi bir iletişim problemi olmak,
- 4) Mental durumu sağlıksız olmak.

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı değişkenler:** Bireylerin öz bakım davranışları ve yaşam kalitesi bağımlı değişkenlerdir.

**Bağımsız değişkenler:** Bireylerin semptom düzeyleri (Memorial Symptom Değerlendirme Skalası) ve anket formunda yer alan yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, eğitim durumu, toplam aylık gelir, aile tipi gibi sosyo-demografik özellikler ile kalp yetersizliği ile ilgili bölüm bağımsız değişken olarak alınmıştır.



### **3.5. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya başlamadan önce Balıkesir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (EK-1) ve Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden izin (EK-2) alınmıştır

Araştırma kapsamına alınan bireyler gürüşme öncesi araştırmanın amacı konusunda bilgilendirilerek sözel ve yazılı Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu onamları alınmıştır (EK-3).

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Veriler; araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu (EK-4), Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure- MSAS-HF) (EK-5), Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği (EK-6), Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Livingwith Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)) (EK-7) kullanılarak, yüz yüze gürüşme tekniği ile toplanmıştır. Ölçeklerin uygulanabilmesi için geçerlik ve güvenirliliğini yapan araştırmacıardan izin alınmıştır (Ek-8).

### **3.7. Veri Toplama Araçları**

#### **3.7.1. Anket Formu (EK-4)**

Anket formu, literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Aşık Özdemir, 2009; Leeming vd., 2014; Aktan, 2021; Durmaz B, 2022). Anket formu; sosyo-demografik özellikler formu (yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, eğitim durumu, toplam aylık gelir, aile tipi), kalp yetersizliği ile ilgili form, metabolik kontrol formu (HbA1c, Total kolesterol, Kan Basıncı, Boy, Kilo ve Beden Kitle İndeksi) olmak üzere üç bölümden oluşmakta ve toplam 21 soruyu

içermektedir. Hastaların laboratuvar bulgularına (HbA1c, Total kolesterol vb.) ait veriler hasta dosyasından elde edilmiştir.

### **3.7.2. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure-MSAS-HF) (EK-5)**

Portenoy tarafından, 1994 yılında kanserli hastalardaki semptomları değerlendirmek için geliştirilmiştir (Portenoy vd., 1994). Cheryl Zambroski ve arkadaşları Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)'ını KY olan hastalardaki semptomları değerlendirmek için yeniden düzenleyerek oluşturulmuştur. Çalışmaların cronbach alfa katsayıları ise 0.92 ve 0.83 olarak bulmuşlardır (Zambroski vd., 2004). Bu ölçek kalp yetersizliği olan hastaların bir önceki hafta boyunca deneyimledikleri 32 semptomun birçok boyutu hakkında bilgi elde etmek için geliştirilmiştir. Skala ile 32 semptomdan 24'ünün sıklığı, şiddeti ve verdiği sıkıntı ya da rahatsızlık hissinin değerlendirilmesi yapılırken; 8 semptomun ise bu süre içerisindeki şiddeti ve verdiği sıkıntı ya da rahatsızlık hissi değerlendirilir (Portenoy vd., 1994; Zambroski vd., 2005). Sıklık ve şiddet ölçümleri için değerler 1'den 4'e doğru sıralanmakta ve '1' sıklık boyutunda "nadiren", şiddet boyutunda "hafif"; '4' sıklık boyutunda "neredeyse sürekli", şiddet boyutunda ise "çok şiddetli" yi göstermektedir. Sıkıntı boyutundaki değerler hesaplamanın kolay olması için diğer boyutlara benzer şekilde puanlanır.

Hiç →0.8

Az →1.6

Biraz →2.4

Fazla →3.2

Çok fazla →4.0

Hesaplama yapılırken ilk olarak her bir semptomun puanı (semptom yükü) hesaplanır. Semptom görülmedi ise semptom puanı ya da yükü 0 olarak kabul edilir. Semptom görüldü ise üç boyutu olan semptom için puan; sıklık, şiddet ve sıkıntı ya da rahatsızlık hissi boyutlarındaki puanların ortalaması alınarak ve ya iki boyutu olan

semptom için puan; şiddet ve sıkıntı ya da rahatsızlık hissi boyutlarındaki puanların ortalaması alınarak hesaplanır (Portenoy et al 1994, Zambroski et al 2005).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirli çalışması Aşık Özdemir tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri 0.70, fiziksel alt boyut Cronbach alfa değeri 0.38, psikolojik alt boyut Cronbach alfa değeri 0.55 ve kalp yetmezliği alt boyutu için Cronbach alfa değeri 0.39 olarak bulunmuştur (Aşık Özdemir, 2009).

Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayı toplam değeri 0.89, fiziksel alt boyut Cronbach alfa katsayı değeri 0.74, psikolojik alt boyut Cronbach alfa katsayı değeri 0.79 ve kalp yetmezliği alt boyutu için Cronbach alfa değeri 0.59 bulunmuştur.

### **3.7.3. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği (EK-6)**

Jaarsma ve arkadaşları tarafından 2003 yılında kalp yetersizliği olan hastaların öz bakım davranışları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Jaarsma vd., 2003). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği, Baydemir ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmış ve cronbach alfa katsayısı ise 0.69 olarak bulunmuştur (Baydemir, vd., 2013). Kalp yetersizliği tanısı olan hastaların öz bakım davranışlarını ölçmek için kullanılan bu ölçek, kısa sürede sonuca ulaşılan, ayrı bir eğitim gerektirmeyen ve hastaların kendilerinin de uygulayabilecekleri bir ölçek olarak belirlenmiştir. Bu ölçek KY'nin meydana getirdiği solunum sıkıntısı, yorgunluk ve ödem gibi semptomları tanımlayarak bu doğrultuda sıvı ve tuz kısıtlaması, ilaçların kontrollü kullanılması, sağlık profesyonelleri ile iletişim, kilo takibi ve tedavi uygulama gibi öz bakım eylemlerini ölçen, likert tipte bir ölçektir. Ölçek puanlanırken, çalışmaya katılan hasta bireylerden her bir madde için tamamen katılıyorum (1), katılıyorum (2), kararsızım (3), katılmıyorum (4) ve tamamen katılmıyorum ifadelerinden birini seçmesi istenmektedir. Bu ölçekten alınabilecek toplam puan ise 12-60 arasında değişebilmektedir. Sonucunda ölçek puanının yüksek olması düşük öz-bakımı, düşük puan yüksek öz-bakımı ifade etmektedir (Asgar Pour vd., 2016). Ölçek 4 alt boyut ve 12 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; tedaviye uyum, aktivitelere uyum, tavsiyelere bağlılık ve yardım almaktır (Bayrak, vd., 2019).

Çalışmamızda ölçeğin tedaviye uygunluk alt boyutu Cronbach alfa değeri 0.67, faaliyetlere uyma alt boyut Cronbach alfa değeri 0.21, tavsiyelere bağlılık alt boyut Cronbach alfa değeri 0.34, yardım alma alt boyut Cronbach alfa değeri -0.64 ve toplam alt boyut Cronbach alfa değeri 0.60 olarak bulunmuştur.

#### **3.7.4. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Livingwith Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (EK-7)**

Rector vd. (1987) tarafından oluşturulan ve KY olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek “fiziksel fonksiyon” ve “emosyonel” olmak üzere 2 alt boyutu inceleyen 21 ifadeden oluşmaktadır. 21 maddeden oluşan ölçek, altılı likert (Hiç=0. Çok az=1, az=2, biraz=3, çok=4, çok fazla=5) tipindedir. Maddelerden 8’i (2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 ve 13) fiziksel fonksiyon boyutunu, 5’i (17, 18, 19, 20 ve 21) emosyonel boyutu oluşturmakta ve diğer 8 madde ise sadece toplam puanın hesaplanmasında kullanılmaktadır Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 105’tir. Alınan puanların düşük olması yüksek yaşam kalitesini göstermektedir (Rector vd., 1987; Uzunhasanoğlu, 2013).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Aşık Özdemir ve Uzunhasanoğlu tarafından yapılmıştır (Aşık Özdemir, 2009; Uzunhasanoğlu, 2013). Aşık Özdemir’in çalışmasında fiziksel fonksiyon alt boyutu Cronbach alfa değeri 0.89, emosyonel alt boyut Cronbach alfa değeri 0.76 ve toplam Cronbach alfa değeri 0.85 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda ölçeğin fiziksel fonksiyon alt boyutu Cronbach alfa değeri 0.95, emosyonel alt boyut Cronbach alfa değeri 0.83 ve toplam Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur.

#### **3.8. Verilerin İstatiksel Analizi ve Değerlendirilmesi**

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilerek normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov ve ShapiroWilk Testleri ile incelenmiştir. İkili gruplarda

normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örnekler t Testi, normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Tek Yönlü varyans analizi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Duncan ve Tamhane Testi ile yapılmıştır. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi ve çoklu karşılaştırmalar Dunn Testi ile yapılmıştır. Normal dağılmayan veriler arasındaki ilişki Spearman'ın rho Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir. Ölçek puanlarına etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesinde Lineer Regresyon Analizi kullanılmış ve sonuçlar kategorik değişkenler için frekans (yüzde) şeklinde nicel değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde sunulmuştur. Önem düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır

## 4. BULGULAR

Bu araştırmada elde edilen verilerin analiz sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

### 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve kalp yetersizliğine ait bilgilerin dağılımını Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımını (n=255).

		n	%
Cinsiyet	Kadın	120	47.1
	Erkek	135	52.9
Medeni durum	Evli	138	54.1
	Bekâr	117	45.9
Mesleğiniz	Ev hanımı	76	29.8
	İşçi	12	4.7
	Memur	16	6.3
	Emekli	131	51.4
	İşsiz	6	2.4
	Diğer	14	5.5
Sağlık güvencesi	SGK	255	100
Eğitim durumunuz	Okur-yazar değil	73	28.7
	İlköğretim	63	24.8
	Ortaöğretim*	83	32.7
	Üniversite	35	13.8
Toplam aylık gelir	Gelir giderden az	65	25.5
	Gelir gidere eşit	138	54.1
	Gelir giderden fazla	52	20.4
Kiminle yaşıyorsunuz	Yalnız	47	18.4
	Diğer aile bireyleri ile	208	81.6

\* Ortaöğretim(lise), n: Frekans, %: yüzde

**Tablo 4.2.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (devamı) (n=255).

		n	%
Aile tipiniz	Çekirdek aile	172	67.5
	Geniş aile	79	31
	Parçalanmış aile	4	1.6

n: Frekans, %: yüzde

Tablo 4.1 incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların %52.9'u erkek, %54.1'i bekâr, %51.4'ü emekli, %32.7 oranı ile en fazla ortaöğretim (lise) mezunu, %54.1 ile geliri giderine eşit, diğer aile bireyleri ile yaşayanların oranı %81.6 çekirdek aile olanların oranı %67.5'dir.

**Tablo 4.3.** Hastaların kalp yetersizliği ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=255).

		n	%
Kalp yetersizliği sınıflamasında kendinizi hangi sınıfta görüyorsunuz	Sınıf 1	31	12.2
	Sınıf 2	106	41.6
	Sınıf 3	92	36.1
	Sınıf 4	26	10.2
Daha önce bu tanı nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışınız oldu mu?	Evet	196	77.2
	Hayır	58	22.8
Hastalığınıza eşlik eden başka kronik bir rahatsızlığınız var mı?	Evet	230	90.2
	Hayır	25	9.8
Ailenizde kalp yetersizliği tanısı alan birey var mı?	Evet	103	40.6
	Hayır	151	59.4
Hastalığınız ile ilgili olarak sağlık kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz?	Evet	173	67.8
	Hayır	82	32.2
Şu anki sağlık durumunuzu nasıl yorumlarsınız?	Çok kötü	33	12.9
	Kötü	99	38.8
	İyi	88	34.5
	Çok iyi	35	13.7
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	27	10.6
	Hayır	228	89.4
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	20	7.8
	Hayır	235	92.2

n: Frekans, %: yüzde

**Tablo 4.2.** Hastaların kalp yetersizliği ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=255)  
(devamı)

		n	%
Kullanılan ilaçlar*	Diüretikler	167	65.5
	Beta Blokerler	160	62.7
	Anjiotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) İnhibitörleri	70	27.5
	Vazodilatörler (Nitratlar)	81	31.8
	Digoksin	22	8.6
	Kalsiyum Kanal Blokerleri	39	15.3
	Anjiotensin Reseptör Blokerleri	15	5.9
	Antiaritmikler	38	14.9
	Antikoagulan	238	93.3
	Kullanılan nonfarmakolojik yöntemler*	Tuz akımının kısıtlanması	95
Düzenli kilo kontrolü		29	16.6
Sigarayı bırakma		66	37.7
Egzersiz		63	36
Alkolü bırakma		15	8.6
Sıvı alımının kısıtlanması		65	37.1
İnfeksiyonlara karşı aşılama		34	19.4
Hastalığınıza eşlik eden başka kronik rahatsızlığınız/rahatsızlıklarınız var mı?*	Diyabet	104	50
	Hipertansiyon	116	55.8
	KOAH	19	9.1
	Böbrek yetmezliği	9	4.3
	Koroner arter hastalığı	77	37
	Kalp kapak hastalıkları	17	8.2

\*Çok yanıt, n: Frekans, %: yüzde

Tablo 4.2 incelendiğinde kalp yetersizliği sınıflamasında %41.6 ile en yüksek oran sınıf 2, hastaneye en çok tekrarlı yatış yapanların oranı %77.2, hastalığına eşlik eden başka kronik hastalığı olanların oranı %90.2, ailesinde kalp yetersizliği tanısı alan başka bireyler olanların oranı %40.6, düzenli sağlık kontrollerine gidenlerin oranı %67.8, şu anki sağlık durumunu kötü olarak yorumlayanların oranı %38.8, sigara kullananların oranı %10.6 ve alkol kullananların oranı %7.8 olarak görülmüştür.



Araştırmaya katılan hastaların kullandıkları ilaçların en fazla %93.3 ile antikoagulan, %65.5 ile diüretikler, %62.7 ile beta blokerlerdir. Kullanılan nonfarmakolojik yöntemler arasında %54.3 ile tuz kısıtlanması, %37.7 ile sigara bırakma ve %37.1 ile sıvı alımının kısıtlanması olarak tespit edilmiştir. KY'ine eşlik eden başka bir komorbid hastalığın varlığına bakıldığında %55.8 ile Hipertansiyon ve %50 ile Diyabet olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.4.** Nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri.

	X	Ss	Medyan	Min.	Max
Yaş (yıl)	68.73	10.92	70	30	91
HbA1c (%)	7.05	1.74	6.4	1.3	12.6
Total kolesterol (mg/dl)	194.16	587.23	148	70	8969
LDL (mg/dl)	88.97	33.06	85	26	177
HDL (mg/dl)	42.03	12.43	40	14	91
Trigliserid (mg/dl)	122.58	68.90	103	19	548
Sistolik Kan basıncı (mm/Hg)	121.38	28.34	120	70	240
Diastolik Kan Basıncı (mm/Hg)	64.88	21.10	60	30	120
BKI (kg/m <sup>2</sup> )	26.65	4.36	26.53	18.21	78
Hastalığınızın tanısı ne zaman konuldu? (yıl)	7.05	4.86	6	1	22

X: Ortalama, Ss: Standart sapma, Min. : Minimum, Max. : Maksimum, HbA1c: Hemoglobin A1c,

BKI: Beden Kütle İndeksi

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 68.73 yıl, ölçülen değerlerden ise; HbA1c ortalaması %7.05, total kolesterol ortalaması 194.16 mg/dl, LDL ortalaması 88.97 mg/dl, HDL ortalaması 42.03 mg/dl trigliserit ortalaması 122.58 mg/dl, sistolik kan basıncı ortalaması 121.38 mm/Hg ve diastolik kan basıncı ortalaması 64.88 mm/Hg olarak saptanmıştır. Katılımcıların boy ortalaması 165.76 cm, kilo ortalaması 72.99 kg, BKI ortalaması 26.65 kg/m<sup>2</sup> ve hastalığın tanısı ortalama 7.05 yıl önce konulduğu saptanmıştır.

## 4.2. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği'ne (MSAS-HF ) Göre Deneyimlenen Semptomlara İlişkin Bulgular

**Tablo 4.5.** Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği'ne (MSAS-HF ) göre deneyimlenen semptomların görülme oranları, sıklığı, şiddeti, verdiği sıkıntı/rahatsızlık hissi oranları.

	Görülme oranları		Sıklık (%)			Şiddet (%)				Verdiği sıkıntı/rahatsızlık (%)				
	n	%	nadiren	bazen	sıklıkla	hafif	orta	şiddetli	çok şiddetli	hiç	az	biraz	fazla	çok fazla
Konsantrasyonda güçlük	61	23.9	23.1	56.9	20	26.2	70.5	3.3	-	-	12.7	54	27	6.3
Göğüs ağrısı	129	50.6	46.3	47.2	6.5	40.8	48.8	10.4	-	-	11.1	50	27.8	11.1
Diğer ağrılar	61	23.9	4.9	47.5	45.9	6.6	73.8	19.7	-	-	3.3	27.9	50.8	18
Öksürük	68	26.7	54.4	36.8	8.8	42.2	51.6	6.3	-	-	23.9	50.7	23.9	1.5
Sinirlilik	38	14.9	13.2	50	34.2	17.9	71.8	10.3	-	-	13.5	32.4	40.5	13.5
Ağız kuruluğu	61	24	30.6	29	33.9	27.4	59.7	11.3	1.6		14.8	36.1	37.7	11.5
Mide bulantısı	23	9.1	41.7	41.7	16.7	29.2	70.8	-	-	-	4.2	37.5	37.5	20.8
Uyuşukluk sersemlik	53	20.9	44.4	46.3	9.3	55.6	40.7	3.7	-	-	18.5	63	16.7	1.9
El ayaklarda uyuşma karıncalanma	79	31.1	22.5	53.8	22.5	26.6	62	10.1	1.3		6.2	49.4	35.8	8.6
Uyku problemi	135	53.1	21.2	34.3	35.8	14.7	62.5	16.9	-	-	5.3	33.1	42.1	19.5
Şişkinlik hissi	56	22	32.1	42.9	21.4	19.6	58.9	19.6	1.8	-	3.6	54.5	34.5	7.3
İdrar yapmada güçlük	46	18	36	36	20	19.6	60.9	19.6	-	-	-	41.7	33.3	18.8
Çarpıntı	157	61.6	59.4	32.3	6.5	51.9	45.5	1.9	0.6	-	10.2	52.2	30.6	7
Halsizlik	248	97.6	12.9	45.6	38.3	11.6	65.9	21.7	0.8	-	2.4	28.6	35.9	33.1
Gece solunum güçlüğü ile uyanma	171	67.3	21.6	46.2	23.4	13.9	52.6	25.4	8.1	-	2.9	19.3	31.6	46.2
Kusma	8	3.1	31.3	62.5	6.3	40	60	-	-	-	-	9.1	54.5	36.4

n: Frekans, %: yüzde

**Tablo 4.4.** Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği'ne (MSAS-HF ) göre deneyimlenen semptomların görülme oranları, sıklığı, şiddeti, verdiği sıkıntı/rahatsızlık hissi oranları (devamı).

	Görülme oranları		Sıklık (%)			Şiddet (%)				Verdiği sıkıntı/rahatsızlık (%)				
	n	%	nadiren	bazen	sıklıkla	hafif	orta	şiddetli	Çok şiddetli	hiç	az	biraz	fazla	çok fazla
Solunum güçlüğü	232	91.3	31.3	44.9	20.3	25.7	61.3	9.6	3.5	-	3	39.1	37.4	20.4
İshal	5	2	50	33.3	16.7	50	33.3	16.7	-	-	-	20	40	20
Üzgün üzüntülü hissetme	105	41.3	4.8	46.7	36.2	4.8	77.9	16.3	1	-	5.8	26.9	42.3	25
Terleme	21	8.2	36.4	54.5	9.1	57.1	42.9	-	-	4.8	23.8	57.1	14.3	-
Endişelenme	68	26.8	16.2	51.5	29.4	11.6	79.7	7.2	1.4	-	8.7	39.1	36.2	15.9
Cinsel ilgiveya aktivite sorunları	31	12.7	34.5	37.9	27.6	21.4	67.9	10.7	-	-	10.7	50	28.6	10.7
Kaşıntı	22	8.6	68.2	31.8	-	60.9	39.1	-	-	-	39.1	39.1	21.7	-
İştahsızlık	72	28.3	20	46.7	25.3	13.3	72	12	2.7	-	5.5	41.1	31.5	21.9
Baş dönmesi	65	25.5	60.6	33.3	6.1	53	43.9	3	-	-	-	52.3	26.2	7.7
Sinirlilik	21	8.2	27.3	50	22.7	18.2	63.6	13.6	4.5	-	9.1	50	36.4	4.5
Tad duyusunda değişiklik	42	16.5	-	-	-	42.9	54.8	2.4	-	-	-	40.5	47.6	7.1
Kilo kaybı	38	14.9	-	-	-	51.3	43.6	5.1	-	-	-	23.7	7.9	10.5
Kabızlık	71	27.8	-	-	-	49.3	36.6	9.9	4.2	1.4	8.5	45.1	26.8	18.3
Kol veya bacaklarda şişme	102	40	-	-	-	42.2	44.1	13.7	-	-	11.8	40.2	27.5	20.6
Kilo alma	94	36.9	-	-	-	44.7	48.9	6.4	-	-	7.4	31.9	38.3	22.3
Düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü	236	92.5	-	-	-	26.1	48.1	19.9	5.8	-	4.6	22.9	36.3	36.3

n: Frekans, %: yüzde

Memorial Semptom Değerlendirme Skalası'na göre çalışmaya katılan hastaların en fazla yaşadıkları semptomlar; %97.6 (n=248) halsizlik, %92.5 (n=236) düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü, %91.3 (n=232) solunum güçlüğü, %67.3 (n=171) gece solunum güçlüğü ile uyanma, %50.6 (n=129) göğüs ağrısı olduğu saptanmıştır.

#### 4.3. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği'ne (MSAS-HF ), Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLHFQ) ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri ve Cronbach's Alpha Değerleri

**Tablo 4.6.** Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF), Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçekleri alt boyut puanları için Cronbach's Alpha değerleri

Ölçek	Alt boyut	Madde sayısı	Cronbach's Alpha
<b>MLHFQ</b>	Fiziksel Fonksiyon	8	0.955
	Emosyonel	5	0.832
	<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>0.944</b>
<b>Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği</b>	Tedaviye uyma	4	0.674
	Faaliyetlere uyma	3	0.215
	Tavsiyelere bağlılık	2	0.344
	Yardım alma	2	-0.647*
	<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>0.608</b>
<b>MSAS-HF</b>	Fiziksel	11	0.744
	Psikolojik	6	0.790
	Kalp yetmezliği	5	0.597
	<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>0.892</b>

\*Cronbac's Alpha katsayısının negatif çıkması istenen bir durum değildir. MSAS-HF: Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği, MLHFQ: Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi

Fiziksel fonksiyon puanı 8 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.95 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. Emosyonel puanı 5 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.83 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. MLHFQ toplam puanı 21 maddeden oluşmakta olup, Cronbach's Alpha değeri 0.94 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir.

Tedaviye uygunluk puanı 4 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.67 ile oldukça güvenilir elde edilmiştir. Faaliyetlere uyma puanı 3 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.21 ile güvenilir elde edilmemiştir. Tavsiyelere bağlılık puanı 2 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri -0.64 olarak bulunmuştur. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı toplam puanı 12 maddeden oluşmakta olup, Cronbach's Alpha değeri 0.60 ile oldukça güvenilir elde edilmiştir.

Fiziksel puanı 11 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.74 ile oldukça güvenilir elde edilmiştir. Psikolojik puanı 6 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.79 ile oldukça güvenilir elde edilmiştir. Kalp yetmezliği semptomu puanı 5 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.59 ile düşük güvenilirlikte elde edilmiştir. MSAS-HF toplam puanı 32 maddeden oluşmakta olup, Cronbach's Alpha değeri 0.89 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir.

**Tablo 4.7.** Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF), Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLHFQ) ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçekleri ve alt boyut puan ortalamaları

	<b>X</b>	<b>Ss</b>	<b>Medyan</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Psikolojik	0.68	0.74	0.40	0.00	3.11
Fiziksel	0.60	0.45	0.47	0.00	2.32
Kalp Yetmezliği	1.45	0.69	1.45	0.00	3.24
<b>MSAS-HF Toplam</b>	0.74	0.45	0.63	0.09	2.02
Fiziksel Fonk.	21.54	9.01	20.00	1.00	40.00
Emosyonel	3.87	4.72	2.00	0.00	22.00
<b>MLHFQ Toplam</b>	38.85	19.80	36.00	3.00	90.00
Tedaviye uygunluk	11.60	3.08	12.00	4.00	19.00
Faaliyetlere uyma	7.71	1.82	8.00	2.00	15.00
Tavsiyelere bağlılık	4.76	1.39	5.00	2.00	9.00
Yardım alma	4.64	1.76	5.00	2.00	10.00
<b>Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği Toplam</b>	32.76	6.10	33.00	16.00	49.00

X: Ortalama, Ss: Standart sapma, Min. : Minimum, Max. : Maksimum

MSAS-HF'nin psikolojik alt boyutu puanı ortalama değeri  $0.68 \pm 0.74$ , fiziksel alt boyut puanı ortalama değeri  $0.60 \pm 0.45$ , kalp yetmezliği semptomu ortalama puanı  $1.45 \pm 0.69$  ve MSAS-HF ölçek toplam puan ortalaması  $0.74 \pm 0.45$  olarak elde edilmiştir.

MLHFQ fiziksel fonksiyon alt boyutu puanı ortalama değeri  $21.54 \pm 9.01$ , emosyonel alt boyut puanı ortalama değeri  $3.87 \pm 4.72$  ve ölçek toplam puan ortalaması  $38.85 \pm 19.80$  olarak elde edilmiştir.

Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği tedaviye uygunluk alt boyutu puanı ortalama değeri  $11.60 \pm 3.08$ , faaliyetlere uyma alt boyut puanı ortalama değeri  $7.71 \pm 1.82$  tavsiyelere bağlılık alt boyutu ortalama puanı  $4.76 \pm 1.39$  yardım alma alt boyutu puanı ortalama değeri  $4.64 \pm 1.76$  ve ölçek genel puanı ortalaması  $32.76 \pm 6.10$  olarak elde edilmiştir.

#### 4.4. Sosyo-Demografik ve Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği'ne (MSAS-HF) Ait Bulgular

**Tablo 4.8.** Sosyo-demografik özelliklere göre Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF) ölçek puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği				
	Fiziksel (X ±Ss)	Psikolojik (X ±Ss)	Kalp Yetmezliği (X ±Ss)	Toplam (X ±Ss)
Cinsiyet				
Kadın	$0.63 \pm 0.47$	$0.61 \pm 0.67$	$1.42 \pm 0.65$	$0.73 \pm 0.43$
Erkek	$0.58 \pm 0.44$	$0.74 \pm 0.79$	$1.47 \pm 0.72$	$0.75 \pm 0.46$
Test İst.	$t=0.882$	$t=-1.431$	$t=-0.607$	$t=-0.27$
p	0.378	0.154	0.544	0.787
Medeni durum				
Evli	$0.53 \pm 0.42$	$0.65 \pm 0.71$	$1.37 \pm 0.71$	$0.68 \pm 0.42$
Bekâr	$0.69 \pm 0.48$	$0.71 \pm 0.77$	$1.54 \pm 0.66$	$0.81 \pm 0.47$
Test İst.	$t=-2.736$	$t=-0.644$	$t=-2.003$	$t=-2.255$
p	0.007	0.52	0.046	0.025

X :Ortalama, Ss : Standart sapma (ortalama ± standart sapma), t = Bağımsız Örnekler Student's t testi

**Tablo 4.9.** Sosyo-demografik özelliklere göre Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF) ölçek puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği				
	Fiziksel (X ±Ss)	Psikolojik (X ±Ss)	Kalp Yetmezliği (X ±Ss)	Toplam (X ±Ss)
Eğitim durumunuz				
Okur-yazar değil	0.65 ± 0.45 <sup>bc</sup>	0.55 ± 0.7	1.53 ± 0.61	0.76 ± 0.42 <sup>ab</sup>
İlköğretim	0.78 ± 0.48 <sup>b</sup>	0.81 ± 0.71	1.53 ± 0.67	0.87 ± 0.45 <sup>b</sup>
Ortaöğretim(lise)	0.47 ± 0.36 <sup>a</sup>	0.64 ± 0.73	1.36 ± 0.76	0.66 ± 0.46 <sup>a</sup>
Üniversite	0.45 ± 0.42 <sup>ac</sup>	0.74 ± 0.8	1.33 ± 0.67	0.64 ± 0.42 <sup>a</sup>
Test İst. p	F=7.614 <0.001	F=1.571 0.197	F=1.464 0.225	F=3.399 0.018
Toplam aylık geliriniz				
Gelir giderden az	0.61 ± 0.5	0.3 (0 - 2.8) <sup>b</sup>	1.44 ± 0.57	0.69 ± 0.39
Gelir gidere eşit	0.58 ± 0.45	0.4 (0 - 3.1) <sup>b</sup>	1.4 ± 0.65	0.71 ± 0.42
Gelir giderden fazla	0.65 ± 0.42	1 (0 - 3) <sup>a</sup>	1.59 ± 0.9	0.89 ± 0.55
Test İst P	F=0.547 0.58	$\chi^2=13.226$ 0.001	F=0.97 0.382	F=2.731 0.069
Kiminle yaşıyorsunuz				
Yalnız	0.71 ± 0.53	0.91 ± 0.81	1.62 ± 0.63	0.9 ± 0.49
Diğer aile bireyleri ile	0.58 ± 0.43	0.63 ± 0.71	1.41 ± 0.69	0.71 ± 0.43
Test İst. p	t=1.865 0.063	t=2.341 0.020	t=1.932 0.055	t=2.7 0.007

X :Ortalama, Ss : Standart sapma (ortalama ± standart sapma), t = Bağımsız Örnekler Student's t testi

F = Tek Yönlü Varyans Analizi,  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi, ortanca (minimum-maksimum), a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Tablo 4.7 incelendiğinde; medeni duruma göre fiziksel alt boyut puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (p=0.007). Evlilerde fiziksel alt boyut puanı ortalama değeri 0.53±0.42 iken bekârlarda bu değer 0.69±0.48 olarak bulunmuştur. Medeni duruma göre kalp yetmezliği semptomu alt boyut puanı ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır (p=0.046). Evlilerde kalp yetmezliği semptomu alt boyut puanı ortalama değeri 1.37±0.71 iken bekarlarda bu değer 1.54±0.66 olarak bulunmuştur. Medeni duruma göre MSAS-HF genel puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (p=0.025).

Evlilerde MSAS-HF genel puanı ortalama değeri  $0.68 \pm 0.42$  iken bekârlarda bu değer  $0.81 \pm 0.47$  olarak saptanmıştır.

Eğitim durumuna göre fiziksel alt boyut puanı ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $p < 0.001$ ). Eğitim durumuna göre MSAS-HF puanı ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $p = 0.018$ ). Burada en yüksek ortalama puan  $0.87 \pm 0.45$  ile ilköğretim mezunu olanlara tespit edilmiştir.

Toplam aylık gelire göre MSAS-HF genel puanı ortalamaları arasında anlamlı farklılık mevcut ve geliri giderinden fazla olan puan ortalaması  $0.89 \pm 0.55$  en yüksektir. Kiminle yaşadığına göre MSAS-HF puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p = 0.007$ ). Yalnız yaşayanlarda puan ortalaması  $0.9 \pm 0.49$  iken diğer aile bireyleri ile yaşayanlarda puan ortalaması  $0.71 \pm 0.43$  olarak elde edilmiştir.

**Tablo 4.10.** Kalp yetersizliği ile ilgili özelliklere göre Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF) ölçek puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği				
	Fiziksel Ortanca (min.-max.)	Psikolojik Ortanca (min.-max.)	Kalp Yetmezliği Ortanca (mi.-max.)	Toplam Ortanca (min.- max.)
Kalp yetersizliği sınıflamasında kendinizi hangi sınıfta görüyorsunuz?				
Sınıf 1	0.9 (0.2 - 2.2) <sup>b</sup>	1.5 (0.3 - 3.1) <sup>b</sup>	0.89 ± 0.54 <sup>c</sup>	0.3 (0.1 - 1.3) <sup>c</sup>
Sınıf 2	0.7 (0.2 - 2.3) <sup>b</sup>	0.8 (0 - 2.9) <sup>b</sup>	1.06 ± 0.47 <sup>c</sup>	0.4 (0.1 - 1.5) <sup>c</sup>
Sınıf 3	0.4 (0.1 - 1.9) <sup>a</sup>	0.2 (0 - 2.3) <sup>a</sup>	1.83 ± 0.51 <sup>b</sup>	0.9 (0.3 - 1.8) <sup>b</sup>
Sınıf 4	0.2 (0 - 0.7) <sup>a</sup>	0 (0 - 1) <sup>a</sup>	2.34 ± 0.47 <sup>a</sup>	1.3 (0.9 - 2) <sup>a</sup>
Test İst. p	$\chi^2=85.821$ <b>&lt;0.001</b>	$\chi^2=93.121$ <b>&lt;0.001</b>	F=83.16 <b>&lt;0.001</b>	$\chi^2=136.598$ <b>&lt;0.001</b>
Daha önce bu tanı nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışınız oldu mu?				
Evet	0.5 (0.1 - 2.3)	0.76 ± 0.74	1.57 ± 0.68	0.82 ± 0.45
Hayır	0.2 (0 - 1.2)	0.42 ± 0.66	1.07 ± 0.55	0.48 ± 0.33
Test İst. p	U=2889.5 <b>&lt;0.001</b>	t=3.134 <b>0.002</b>	t=5.099 <b>&lt;0.001</b>	t=6.347 <b>&lt;0.001</b>

ortanca (minimum-maksimum), t:Bağımsız Örnekler t Testi; U:Mann Whitney U Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi



**Tablo 4.8.** Kalp yetersizliği ile ilgili özelliklere göre Memorial Symptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF) ölçek puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

<b>Memorial Symptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği</b>				
	<b>Fiziksel (X ±Ss)</b>	<b>Psikolojik (X ±Ss)</b>	<b>Kalp Yetmezliği (X ±Ss)</b>	<b>Toplam (X ±Ss)</b>
Hastalığınıza eşlik eden başka kronik bir rahatsızlığınız var mı?				
Evet	0.63 ± 0.47	0.71 ± 0.75	1.51 ± 0.67	0.77 ± 0.45
Hayır	0.36 ± 0.2	0.36 ± 0.49	0.89 ± 0.61	0.45 ± 0.3
Test İst.	t=5.238	t=3.207	t=4.399	t=4.759
p	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.003</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Ailenizde kalp yetersizliği tanısı alan birey var mı?				
Evet	0.71 ± 0.49	0.95 ± 0.83	1.62 ± 0.65	0.9 ± 0.45
Hayır	0.53 ± 0.42	0.5 ± 0.61	1.34 ± 0.69	0.64 ± 0.42
Test İst.	t=3.262	t=4.638	t=3.183	t=4.719
p	<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.002</b>	<b>&lt;0.001</b>
Hastalığınız ile ilgili olarak sağlık kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz?				
Evet	0.57 ± 0.42	0.7 ± 0.75	1.41 ± 0.72	0.73 ± 0.46
Hayır	0.67 ± 0.51	0.64 ± 0.72	1.53 ± 0.62	0.78 ± 0.43
Test İst.	t=-1.661	t=0.607	t=-1.324	t=-0.819
p	0.098	0.544	0.187	0.414
Şu anki sağlık durumunuzu nasıl yorumlarsınız?				
Çok kötü	0.9 (0.2 - 2.2)c	1.5 (0.3 - 3.1)c	2.19 ± 0.48c	1.2 (0.5 - 2)d
Kötü	0.7 (0.2 - 2.3)c	0.8 (0 - 2.9)b	1.76 ± 0.56b	0.8 (0.3 - 1.8)c
İyi	0.4 (0.1 - 1.9)b	0.2 (0 - 2.3)a	1.07 ± 0.49a	0.4 (0.1 - 1.4)b
Çok iyi	0.2 (0 - 0.7)a	0 (0 - 1)a	0.83 ± 0.46a	0.3 (0.1 - 0.8)a
Test İst.	$\chi^2=94.855$	$\chi^2=94.089$	F=74.768	$\chi^2=136.74$
p	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Sigara kullanıyor musunuz?				
Evet	0.33 ± 0.22	0.51 ± 0.65	1.21 ± 0.74	0.5 ± 0.32
Hayır	0.63 ± 0.46	0.7 ± 0.75	1.48 ± 0.68	0.77 ± 0.45
Test İst.	t=-5.846	t=-1.272	t=-1.954	t=-4.02
p	<b>&lt;0.001</b>	0.205	0.052	<b>&lt;0.001</b>
Alkol kullanıyor musunuz?				
Evet	0.2 (0.1 - 1.3)	0.59 ± 0.73	1.12 ± 0.55	0.51 ± 0.31
Hayır	0.5 (0 - 2.3)	0.69 ± 0.74	1.48 ± 0.69	0.76 ± 0.45
Test İst.	U=3415.5	t=-0.597	t=-2.246	t=-3.413
p	<b>0.001</b>	0.551	<b>0.026</b>	<b>0.002</b>

X : Ortalama, Ss : Standart sapma (ortalama  $\pm$  standart sapma), t:Bağımsız Örnekler t Testi; U:Mann Whitney U Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi, ortanca (minimum-maksimum), a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Kalp yetersizliği sınıflamasına göre fiziksel alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Burada farklılık sınıf 1 ve 2 ile sınıf 3 ve 4 ortanca puanları arasında bulunmuştur. En yüksek fiziksel puanı ortanca değeri 0.9 (0.2-2.2) ile sınıf 1 de ve 0.7 (0.2-2.3) ile sınıf 2 de saptanmıştır. KY sınıflamasına göre psikolojik alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Burada farklılık sınıf 1 ve 2 ile sınıf 3 ve 4 ortanca puanları arasında bulunmuştur. En yüksek psikolojik puanı ortanca değeri 1.5 (0.3-3.1) ile sınıf 1 de ve 0.8 (0 - 2.9) ile sınıf 2 de elde edilmiştir. Kalp yetersizliği sınıflamasına göre kalp yetmezliği alt boyutu puanı ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). En yüksek kalp yetmezliği semptomu puanı ortalama değeri  $2.34\pm 0.47$  ile sınıf 4'de elde edilmiştir. Kalp yetersizliği sınıflamasına göre MSAS-HF genel puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). En yüksek genel puanın ortanca değeri 1.3 (0.9 - 2) ile sınıf 4 de elde edilmiştir.

Daha önce aynı tanıyla hastaneye tekrarlı yatışa göre fiziksel alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Tekrarlı yatış yapanlarda fiziksel puanı ortanca değeri 0.5 (0.1-2.3) iken yatış yapmayanlarda bu değer 0.2 (0-1.2) olarak tespit edilmiştir. Daha önce aynı tanıyla hastaneye tekrarlı yatışa göre psikolojik alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.002$ ). Tekrarlı yatış yapanlarda psikolojik puanı ortalama değeri  $0.76\pm 0.74$  iken yatış yapmayanlarda bu değer  $0.42\pm 0.66$  olarak bulunmuştur. Daha önce aynı tanıyla hastaneye tekrarlı yatışa göre kalp yetmezliği alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Tekrarlı yatış yapanlarda kalp yetersizliği puanı ortalama değeri  $1.57\pm 0.68$  iken yatış yapmayanlarda bu değer  $1.07\pm 0.55$  olarak tespit edilmiş ve daha önce aynı tanıyla hastaneye tekrarlı yatışa göre MSAS-HF puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Tekrarlı yatış yapanlarda MSAS-HF puanı ortalama değeri  $0.82\pm 0.45$  iken yatış yapmayanlarda bu değer  $0.48\pm 0.33$  olarak tespit edilmiştir.

Hastalığına eşlik eden başka kronik hastalık varlığına göre fiziksel, psikolojik ve kalp yetersizliği alt boyut puanı ortalama değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ) ( $p=0.003$ ) ( $p<0.001$ ). Kronik hastalığı olanlarda puan ortalaması  $0.63\pm 0.47$  iken olmayanlarda  $0.36\pm 0.2$  olarak elde edilmiştir. Kronik hastalığı olanlarda psikolojik alt boyut puan ortalaması  $0.71\pm 0.75$  iken olmayanlarda  $0.36 \pm 0.49$  olarak elde edilmiştir. Kronik hastalığı olanlarda kalp yetersizliği alt boyut toplam puan ortalaması  $1.51\pm 0.67$  iken olmayanlarda  $0.89\pm 0.61$  olarak bulunmuştur. Hastalığına eşlik eden başka kronik hastalık varlığına göre MSAS-HF genel puanı ortalama değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ). Kronik hastalığı olanlarda puan ortalaması  $0.77\pm 0.45$  iken olmayanlarda  $0.45\pm 0.3$  olarak elde edilmiştir.

Ailede kalp yetersizliği olma durumuna göre MSAS-HF genel puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.001$ ). Ailede kalp yetersizliği tanısı olanlarda MSAS-HF toplam puanı ortalama değeri  $0.9\pm 0.45$  iken olmayanlarda bu değer  $0.64\pm 0.42$ 'dir. Şu anki sağlık durumuna göre fiziksel alt boyut puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.001$ ). Şu anki sağlık durumuna göre MSAS-HF genel puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.001$ ). En yüksek MSAS-HF puan ortanca değeri 1.2 (0.5 - 2) ile sağlık durumuna çok kötü diyenlere aittir.

Sigara kullanımına göre fiziksel alt boyut puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.001$ ). Sigara kullananlarda fiziksel puanının ortalama değeri  $0.33\pm 0.22$  kullanmayanlarda bu değer  $0.63\pm 0.46$ 'dir. Sigara kullanımına göre MSAS-HF genel toplam puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.001$ ). Sigara kullananlarda MSAS-HF puanının toplam ortalama değeri  $0.5 \pm 0.32$  kullanmayanlarda bu değer  $0.77\pm 0.45$  olarak elde edilmiştir. Alkol kullanımına göre MSAS-HF genel puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0.002$ ). Alkol kullananlarda MSAS-HF puanının ortalama değeri  $0.51\pm 0.31$  kullanmayanlarda bu değer  $0.76\pm 0.45$  olarak elde edilmiştir.

#### 4.5. Sosyo-Demografik ve Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketine (MLFHQ) Ait Bulgular

**Tablo 4.9.** Sosyo-demografik özelliklere göre Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

	Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi		
	Fiziksel Fonksiyon (X ±Ss)	Emosyonel (X ±Ss)	Toplam (X ±Ss)
Cinsiyet			
Kadın	21.63 ± 8	3.25 ± 4.19	38.04 ± 17.62
Erkek	21.46 ± 9.84	4.42 ± 5.09	39.58 ± 21.6
Test İst.	t=0.148	t=-2.015	t=-0.625
p	0.882	0.045	0.533
Medeni durum			
Evlü	20.28 ± 8.95	3.67 ± 4.62	36.96 ± 19.81
Bekar	23.03 ± 8.89	4.1 ± 4.84	41.09 ± 19.65
Test İst.	t=-2.453	t=-0.723	t=-1.662
p	0.015	0.471	0.098
Eğitim durumunuz			
Okur-yazar değil	23.86 ± 8.13 <sup>b</sup>	3.64 ± 4.75	41.58 ± 18.12 <sup>bc</sup>
İlköğretim	23.06 ± 8.83 <sup>b</sup>	4.83 ± 5.23	43.02 ± 20.68 <sup>c</sup>
Ortaöğretim(lise)	19.71 ± 8.88 <sup>a</sup>	3.12 ± 4.02	35.02 ± 18.86 <sup>ab</sup>
Üniversite	17.89 ± 9.55 <sup>a</sup>	4.09 ± 4.76	33.74 ± 21.17 <sup>a</sup>
Test İst.	F=5.59	F=1.678	F=3.313
p	0.001	0.172	0.021
Toplam aylık geliriniz			
Gelir giderden az	21.11 ± 7.93	2.91 ± 4.13 <sup>a</sup>	36.71 ± 16.62
Gelir gidere eşit	21.07 ± 8.93	3.72 ± 4.74 <sup>a</sup>	38.1 ± 19.79
Gelir giderden fazla	23.31 ± 10.35	5.46 ± 5.02 <sup>b</sup>	43.54 ± 22.9
Test İst.	F=1.014	F=4.501	F=1.652
p	0.366	0.012	0.196

X : Ortalama, Ss : Standart sapma (ortalama ± standart sapma), t:Bağımsız Örnekler t Testi; U:Mann Whitney U Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi, ortanca (minimum-maksimum), a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

**Tablo 4.9.** Sosyo-demografik özelliklere göre Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (devamı)

	Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi		
	Fiziksel Fonksiyon (X ±Ss)	Emosyonel (X ±Ss)	Toplam (X ±Ss)
Kiminle yaşıyorsunuz			
Yalnız	23.43 ± 8.35	4.7 ± 4.98	42.96 ± 19.39
Diğer aile bireyleri ile	21.11 ± 9.12	3.68 ± 4.65	37.93 ± 19.82
Test İst.	t=1.596	t=1.341	t=1.577
p	0.112	0.181	0.116

X : Ortalama, Ss : Standart sapma (ortalama ± standart sapma), t:Bağımsız Örnekler t Testi

Cinsiyete göre emosyonel alt boyut puanı ortalama değerleri arasında anlamlı farklılık vardır (p=0.045). Kadınlarda emosyonel alt boyutu puanı ortalama değeri 3.25±4.19 iken erkeklerde 4.42±5.09 olarak elde edilmiştir. Medeni duruma göre fiziksel fonksiyon alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.015). Evli olanlarda fiziksel fonksiyon alt boyutu puanı ortalama değeri 20.28±8.95 iken bekâr olanlarda bu değer 23.03±8.89 olarak elde edilmiştir.

Eğitim duruma göre fiziksel fonksiyon alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.001). Burada farklılık okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunları ile ortaöğretim(lise) ve üniversite mezunları arasında görülmüştür. En yüksek puan ortalaması 23.86±8.13 ile okuryazar olmayanlara ve 23.06±8.83 ile ilköğretim mezunu olanlarda saptanmıştır. Eğitim duruma göre MLHFQ genel puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.021). En yüksek puan ortalaması 43.02±20.68 ile ilköğretim mezunu olanlardadır.

Toplam aylık gelire göre emosyonel alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0.012). Burada farklılık geliri giderinden fazla olanlar ile diğer gelir düzeyleri arasında görülmüştür. En yüksek puan ortalama değeri 5.46 ± 5.02 ile geliri giderinden fazla olanlara aittir.

**Tablo 4.10.** Kalp yetersizliği ile ilgili özelliklere göre Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) ölçek puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi		
	Fiziksel Fonksiyon (X ±Ss)	Emosyonel (X ±Ss)	Toplam (X ±Ss)
Kalp yetersizliği sınıflamasında kendinizi hangi sınıfta görüyorsunuz			
Sınıf 1	11.29 ± 5.15 <sup>c</sup>	0.97 ± 1.38 <sup>c</sup>	17 (3 - 50) <sup>d</sup>
Sınıf 2	16.55 ± 4.72 <sup>c</sup>	1.74 ± 2.65 <sup>c</sup>	26.5 (6 - 65) <sup>c</sup>
Sınıf 3	26.64 ± 6.3 <sup>b</sup>	5.43 ± 4.89 <sup>b</sup>	48 (13 - 90) <sup>b</sup>
Sınıf 4	36.04 ± 2.09 <sup>a</sup>	10.5 ± 4.76 <sup>a</sup>	70.5 (54 - 85) <sup>a</sup>
Test İst.	F=420.805	F=48.114	$\chi^2=169.212$
p	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Daha önce bu tanı nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışınız oldu mu?			
Evet	23.18 ± 8.78	4.37 ± 4.82	42.83 ± 19.13
Hayır	16.14 ± 7.59	2.24 ± 3.98	25.78 ± 16.12
Test İst.	t=5.981	t=3.406	t=6.769
p	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Hastalığınıza eşlik eden başka kronik bir rahatsızlığınız var mı?			
Evet	22.03 ± 8.99	4.05 ± 4.86	40.09 ± 19.87
Hayır	17 ± 8.04	2.2 ± 2.58	27.52 ± 15.37
Test İst.	t=2.684	t=3.047	t=3.762
p	<b>0.008</b>	<b>0.004</b>	<b>0.001</b>
Ailenizde kalp yetersizliği tanısı alan birey var mı?			
Evet	23.26 ± 8.58	4 (0 - 17)	43.81 ± 18.61
Hayır	20.41 ± 9.15	1 (0 - 22)	35.62 ± 19.95
Test İst.	t=2.501	U=5648	t=3.297
p	<b>0.013</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.001</b>
Hastalığınız ile ilgili olarak sağlık kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz?			
Evet	20.9 ± 9.25	3.91 ± 4.71	38.01 ± 20.47
Hayır	22.88 ± 8.36	3.78 ± 4.76	40.65 ± 18.31
Test İst.	t=-1.642	t=0.21	t=-0.994
p	0.102	0.834	0.321

X : Ortalama, Ss : Standart sapma (ortalama ± standart sapma), t:Bağımsız Örnekler t Testi; U:Mann Whitney U Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi, ortanca (minimum-maksimum), a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

**Tablo 4.10.** Kalp yetersizliği ile ilgili özelliklere göre Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) ölçek puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (devamı)

	Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi		
	Fiziksel Fonksiyon (X ±Ss)	Emosyonel (X ±Ss)	Toplam (X ±Ss)
Şu anki sağlık durumunuzu nasıl yorumlarsınız?			
Çok kötü	36 (15 - 40) <sup>d</sup>	10.15 ± 5.3 <sup>c</sup>	68 (29 - 90) <sup>d</sup>
Kötü	25 (8 - 38) <sup>c</sup>	4.93 ± 4.42 <sup>b</sup>	44 (13 - 88) <sup>c</sup>
İyi	17 (5 - 34) <sup>b</sup>	1.74 ± 2.53 <sup>a</sup>	27 (10 - 65) <sup>b</sup>
Çok iyi	12 (1 - 27) <sup>a</sup>	0.31 ± 0.9 <sup>a</sup>	16 (3 - 48) <sup>a</sup>
Test İst. p	$\chi^2=135.826$ <0.001	F=55.612 <0.001	$\chi^2=151.949$ <0.001
Sigara kullanıyor musunuz?			
Evet	15.52 ± 7.39	2.7 ± 3.72	27.7 ± 15.99
Hayır	22.25 ± 8.93	4.01 ± 4.81	40.18 ± 19.83
Test İst. P	t=-3.765 <0.001	t=-1.362 0.174	t=-3.148 0.002
Alkol kullanıyor musunuz?			
Evet	14.8 ± 6.53	3 ± 4.13	26 ± 15.01
Hayır	22.11 ± 8.97	3.94 ± 4.76	39.95 ± 19.8
Test İst. p	t=-4.645 <0.001	t=-0.86 0.391	t=-3.074 0.002

X : Ortalama, Ss : Standart sapma (ortalama ± standart sapma), t:Bağımsız Örnekler t Testi; U:Mann Whitney U Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi, ortanca (minimum-maksimum), a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Kalp yetersizliği sınıfına göre fiziksel fonksiyon puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001). En yüksek puan ortalaması 36.04±2.09 ile sınıf 4 de olanlara aittir. Kalp yetersizliği sınıfına göre emosyonel alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001). En yüksek puan ortalaması 10.5±4.76 ile sınıf 4 de ve KY sınıfına göre MLHFQ genel puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001). Tüm sınıflarda genel puanın ortanca değerleri birbirinden farklılık göstermektedir. En yüksek puan ortanca değeri 70.5 (54 - 85) ile sınıf 4 de tespit edilmiştir.

Daha önce aynı tanı ile hastaneye tekrarlı yatış yapma durumuna göre MLHFQ genel puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Hastaneye yatanlarda MLHFQ genel puanı ortalama değeri  $42.83\pm 19.13$  iken yatmayanlar da bu değer  $25.78\pm 16.12$  olarak bulunmuştur.

Ailede kalp yetersizliği tanısı olma durumuna göre MLHFQ genel puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Kalp yetersizliği tanısı olanlarda MLHFQ genel puanı ortalama değeri  $43.81\pm 18.61$  iken olmayanlarda bu değer  $35.62\pm 19.95$  olarak elde edilmiştir.

Şu anki sağlık durumuna göre fiziksel fonksiyon puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0.001$ ). En yüksek puan ortancası 36(15–40) ile sağlık durumu çok kötü olanlar ve şu anki sağlık durumuna göre emosyonel alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0.001$ ). En yüksek puan ortalaması  $10.15\pm 5.3$  ile sağlık durumu çok kötü olanlar ve şu anki sağlık durumuna göre MLHFQ genel puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0.001$ ). Tüm sağlık durumlarında puan ortancaları farklılık göstermiştir. En yüksek puan ortancası 68(29-90) ile sağlık durumu çok kötü olanlara aittir.

Sigara kullanımına göre MLHFQ genel puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.002$ ). Sigara kullananlar da MLHFQ genel puanı ortalama değeri  $27.7\pm 15.99$  iken kullanmayanlar da bu değer  $40.18\pm 19.83$  olarak elde edilmiştir. Alkol kullanımına göre MLHFQ genel puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.002$ ). Alkol kullananlar da MLHFQ genel puanı ortalama değeri  $26\pm 15.01$  iken kullanmayanlarda bu değer  $39.95\pm 19.8$  olarak tespit edilmiştir.



#### 4.6. Sosyo-Demografik ve Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği'ne Ait Bulgular

**Tablo 4.11.** Sosyo-demografik özelliklere göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği					
	TU (X ±Ss)	FU (X ±Ss)	TB (X ±Ss)	YA (X ±Ss)	Toplam (X ±Ss)
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	11.5 ± 3.33	7.72 ± 1.96	4.9 ± 1.37	4.75 ± 1.87	32.98 ± 6.75
Erkek	11.7 ± 2.85	7.7 ± 1.68	4.63 ± 1.4	4.53 ± 1.65	32.57 ± 5.48
Test İst.	t=-0.507	t=0.089	t=1.551	t=0.982	t=0.532
p	0.613	0.929	0.122	0.327	0.595
<b>Medeni durum</b>					
Evlü	11.19 ± 3.22	7.48 ± 1.9	4.51 ± 1.36	4.39 ± 1.67	31.37 ± 6.14
Bekar	12.09 ± 2.85	7.97 ± 1.67	5.05 ± 1.38	4.92 ± 1.82	34.41 ± 5.65
Test İst.	t=-2.359	t=-2.191	t=-3.162	t=-2.43	t=-4.089
p	<b>0.019</b>	<b>0.029</b>	<b>0.002</b>	<b>0.016</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Eğitim durumunuz</b>					
Okur-yazar değil	12.78 ± 2.68 <sup>b</sup>	8.27 ± 1.64 <sup>c</sup>	5 (2 - 8) <sup>c</sup>	5.14 ± 1.63 <sup>b</sup>	36.15 ± 4.25 <sup>c</sup>
İlköğretim	12.3 ± 2.97 <sup>b</sup>	7.92 ± 1.89 <sup>bc</sup>	5 (2 - 8) <sup>bc</sup>	4.84 ± 2.02 <sup>b</sup>	34.17 ± 6.17 <sup>c</sup>
Ortaöğretim (lise)	10.7 ± 3.13 <sup>a</sup>	7.34 ± 1.68 <sup>ab</sup>	5 (2 - 9) <sup>b</sup>	4.2 ± 1.56 <sup>a</sup>	30.55 ± 5.72 <sup>b</sup>
Üniversite	10.14 ± 2.75 <sup>a</sup>	6.94 ± 1.94 <sup>a</sup>	4 (2 - 9) <sup>a</sup>	4.2 ± 1.69 <sup>a</sup>	28.34 ± 5.56 <sup>a</sup>
Test İst.	F=10.76	F=6.258	$\chi^2=29.222$	F=4.847	F=23.144
p	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.003</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Toplam aylık geliriniz</b>					
Gelir giderden az	12.29 ± 2.82	8.26 ± 1.74 <sup>b</sup>	5.2 ± 1.29 <sup>b</sup>	4.85 ± 1.7	35.06 ± 5.3 <sup>b</sup>
Gelir gidere eşit	11.34 ± 3.17	7.52 ± 1.84 <sup>a</sup>	4.63 ± 1.36 <sup>a</sup>	4.62 ± 1.8	32.05 ± 6.18 <sup>a</sup>
Gelir giderden fazla	11.44 ± 3.1	7.5 ± 1.73 <sup>a</sup>	4.54 ± 1.5 <sup>a</sup>	4.42 ± 1.72	31.79 ± 6.18 <sup>a</sup>
Test İst.	F=2.217	F=4.193	F=4.624	F=0.854	F=6.492
p	0.111	<b>0.016</b>	<b>0.011</b>	0.427	<b>0.002</b>
<b>Kiminle yaşıyorsunuz</b>					
Yalnız	11.72 ± 3.19	7.7 ± 1.63	4.85 ± 1.52	4.47 ± 1.83	32.81 ± 6.23
Diğer aile bireyleri ile	11.58 ± 3.07	7.71 ± 1.86	4.74 ± 1.37	4.67 ± 1.74	32.75 ± 6.08
Test İst.	t=0.294	t=-0.016	t=0.513	t=-0.721	t=0.054
p	0.769	0.988	0.609	0.471	0.957

X : Ortalama, Ss : Standart sapma (ortalama ± standart sapma), t:Bağımsız Örnekler t Testi; U:Mann Whitney U Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi, ortanca (minimum-maksimum), a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.TU: Tedaviye uyum, FU:Faliyetlere uyum,TB: Tavsiyelere bağlılık, YA: Yardım alma

Medeni duruma göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği genel puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Evli olanlarda puan ortalaması  $31.37\pm 6.14$  iken bekâr olanlarda  $34.41\pm 5.65$  olarak bulunmuştur.

Eğitim durumuna göre tedaviye uygunluk, faaliyetlere uyma, tavsiyelere uyma ve yardım alma alt boyutları puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Eğitim durumuna göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği genel puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). En yüksek puan ortalaması  $36.15\pm 4.25$  ile okuryazar olmayanlar ve  $34.17\pm 6.17$  ile ilköğretim mezunu olanlar olarak tespit edilmiştir.

Toplam aylık gelire göre faaliyetlere uyma puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.016$ ). Burada farklılık geliri giderinden az olanlar ile diğer gelir durumları arasında görölmüştür. En yüksek puan ortalaması  $8.26\pm 1.74$  ile geliri giderinden az olanlardır. Toplam aylık gelire göre tavsiyelere bağlılık puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.011$ ). Burada farklılık geliri giderinden az olanlar ile diğer gelir durumları arasında görölmüştür. En yüksek puan ortalaması  $5.2\pm 1.29$  ile geliri giderinden az olanlar olarak tespit edilmiştir. Toplam aylık gelire göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.002$ ). Burada farklılık geliri giderinden az olanlar ile diğer gelir durumları arasında görölmüştür. En yüksek puan ortalaması  $35.06 \pm 5.3$  ile geliri giderinden az olanlara aittir.

**Tablo 4.12.** Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği				
	TU (X ±Ss)	FU (X ±Ss)	TB (X ±Ss)	YA (X ±Ss)	Toplam (X ±Ss)
Kalp yetersizliği sınıflamasında kendinizi hangi sınıfta görüyorsunuz					
Sınıf 1	11.94 ± 2.69	7 (3 - 10)	4.81 ± 1.51 <sup>ab</sup>	4.48 ± 1.5	31.87 ± 5.33
Sınıf 2	11.83 ± 3.08	8 (3 - 11)	5.08 ± 1.38 <sup>b</sup>	4.8 ± 1.66	33.26 ± 5.9
Sınıf 3	11.22 ± 3.13	8 (2 - 12)	4.3 ± 1.32 <sup>a</sup>	4.37 ± 1.87	32.01 ± 6.34
Sınıf 4	11.65 ± 3.39	8 (2 - 15)	5 ± 1.17 <sup>b</sup>	5.08 ± 1.94	34.46 ± 6.63
Test İst.	F=0.793	$\chi^2=1.878$	F=5.656	F=1.654	F=1.61
P	0.499	0.598	<b>0.001</b>	0.177	0.188
Daha önce bu tam nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışınız oldu mu?					
Evet	11.72 ± 3.14	7.66 ± 1.86	4.73 ± 1.4	4.62 ± 1.8	32.87 ± 6.17
Hayır	11.14 ± 2.86	7.84 ± 1.65	4.81 ± 1.39	4.66 ± 1.63	32.26 ± 5.8
Test İst.	t=1.275	t=-0.687	t=-0.363	t=-0.144	t=0.669
P	0.203	0.493	0.717	0.886	0.504
Hastalığınıza eşlik eden başka kronik bir rahatsızlığınız var mı?					
Evet	11.53 ± 3.07	7.67 ± 1.83	4.71 ± 1.41	4.53 ± 1.75	32.53 ± 6.11
Hayır	12.28 ± 3.22	8 ± 1.63	5.16 ± 1.14	5.64 ± 1.58	34.96 ± 5.62
Test İst.	t=-1.156	t=-0.853	t=-1.528	t=-3.058	t=-1.905
P	0.249	0.395	0.128	<b>0.002</b>	0.058
Ailenizde kalp yetersizliği tanısı alan birey var mı?					
Evet	11.13 ± 3.13	7.7 ± 1.94	4.53 ± 1.43	4.05 ± 1.74	31.52 ± 5.94
Hayır	11.95 ± 3.01	7.72 ± 1.73	4.91 ± 1.36	5.03 ± 1.67	33.66 ± 6.07
Test İst.	t=-2.117	t=-0.07	t=-2.146	t=-4.54	t=-2.772
P	<b>0.035</b>	0.945	<b>0.033</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.006</b>
Hastalığınız ile ilgili olarak sağlık kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz?					
Evet	10.79 ± 2.97	7.43 ± 1.85	4.57 ± 1.43	4.31 ± 1.72	30.86 ± 5.74
Hayır	13.33 ± 2.56	8.29 ± 1.61	5.16 ± 1.23	5.33 ± 1.64	36.78 ± 4.75
Test İst.	t=-6.658	t=-3.824	t=-3.228	t=-4.501	t=-8.671
P	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Şu anki sağlık durumunuzu nasıl yorumlarsınız?					
Çok kötü	11.3 ± 3.56 <sup>ab</sup>	7.73 ± 1.89	4.97 ± 1.29 <sup>b</sup>	4.7 ± 1.85	33.52 ± 6.36
Kötü	11.29 ± 3.07 <sup>ab</sup>	7.76 ± 1.98	4.36 ± 1.31 <sup>a</sup>	4.32 ± 1.83	31.96 ± 6.36
İyi	12.36 ± 2.96 <sup>b</sup>	7.72 ± 1.66	4.93 ± 1.28 <sup>b</sup>	4.77 ± 1.75	33.7 ± 5.77
Çok iyi	10.86 ± 2.64 <sup>a</sup>	7.51 ± 1.69	5.23 ± 1.73 <sup>b</sup>	5.11 ± 1.37	31.97 ± 5.69
Test İst.	F=2.976	F=0.158	F=4.902	F=2.482	F=1.648
P	<b>0.032</b>	0.925	<b>0.002</b>	0.066	0.179

X : Ortalama, Ss : Standart sapma (ortalama ± standart sapma), t:Bağımsız Örnekler t Testi; U:Mann Whitney U Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi, ortanca (minimum-maksimum), a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.TU: Tedaviye uyum, FU:Faliyetlere uyum,TB: Tavsiyelere bağlılık, YA: Yardım alma

**Tablo 4.12.** Kalp Yetersizliği İle İlgili Özelliklere Göre Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği ölçek puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (devamı)

	Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği				
	TU (X ±Ss)	FU (X ±Ss)	TB (X ±Ss)	YA (X ±Ss)	Toplam (X ±Ss)
Sigara kullanıyor musunuz?					
Evet	11.67 ± 2.54	7.19 ± 1.66	4.48 ± 1.42	5.11 ± 1.15	31.93 ± 4.57
Hayır	11.6 ± 3.14	7.77 ± 1.83	4.79 ± 1.39	4.58 ± 1.81	32.86 ± 6.26
Test İst.	t=0.112	t=-1.581	t=-1.087	t=2.108	t=-0.966
P	0.911	0.115	0.278	<b>0.041</b>	0.34
Alkol kullanıyor musunuz?					
Evet	11.2 ± 2.69	7.95 ± 1.7	4.75 ± 1.68	4.75 ± 1.25	31.8 ± 4.74
Hayır	11.64 ± 3.12	7.69 ± 1.83	4.76 ± 1.37	4.63 ± 1.8	32.85 ± 6.2
Test İst.	t=-0.61	t=0.626	t=-0.023	t=0.41	t=-0.736
P	0.543	0.532	0.982	0.685	0.462
Hastalığımız ile ilgili olarak sağlık kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz?					
Evet	10.79 ± 2.97	7.43 ± 1.85	4.57 ± 1.43	4.31 ± 1.72	30.86 ± 5.74
Hayır	13.33 ± 2.56	8.29 ± 1.61	5.16 ± 1.23	5.33 ± 1.64	36.78 ± 4.75
Test İst.	t=-6.658	t=-3.824	t=-3.228	t=-4.501	t=-8.671
P	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Şu anki sağlık durumunuzu nasıl yorumlarsınız?					
Çok kötü	11.3 ± 3.56ab	7.73 ± 1.89	4.97 ± 1.29b	4.7 ± 1.85	33.52 ± 6.36
Kötü	11.29 ± 3.07ab	7.76 ± 1.98	4.36 ± 1.31a	4.32 ± 1.83	31.96 ± 6.36
İyi	12.36 ± 2.96b	7.72 ± 1.66	4.93 ± 1.28b	4.77 ± 1.75	33.7 ± 5.77
Çok iyi	10.86 ± 2.64a	7.51 ± 1.69	5.23 ± 1.73b	5.11 ± 1.37	31.97 ± 5.69
Test İst.	F=2.976	F=0.158	F=4.902	F=2.482	F=1.648
P	<b>0.032</b>	0.925	<b>0.002</b>	0.066	0.179
Sigara kullanıyor musunuz?					
Evet	11.67 ± 2.54	7.19 ± 1.66	4.48 ± 1.42	5.11 ± 1.15	31.93 ± 4.57
Hayır	11.6 ± 3.14	7.77 ± 1.83	4.79 ± 1.39	4.58 ± 1.81	32.86 ± 6.26
Test İst.	t=0.112	t=-1.581	t=-1.087	t=2.108	t=-0.966
P	0.911	0.115	0.278	<b>0.041</b>	0.34
Alkol kullanıyor musunuz?					
Evet	11.2 ± 2.69	7.95 ± 1.7	4.75 ± 1.68	4.75 ± 1.25	31.8 ± 4.74
Hayır	11.64 ± 3.12	7.69 ± 1.83	4.76 ± 1.37	4.63 ± 1.8	32.85 ± 6.2
Test İst.	t=-0.61	t=0.626	t=-0.023	t=0.41	t=-0.736
P	0.543	0.532	0.982	0.685	0.462

X : Ortalama, Ss : Standart sapma (ortalama ± standart sapma), t:Bağımsız Örnekler t Testi; U:Mann Whitney U Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi, ortanca (minimum-maksimum), a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.TU: Tedaviye uyum, FU:Faliyetlere uyum,TB: Tavsiyelere bağlılık, YA: Yardım alma

Kalp yetersizliği sınıflamasına göre tavsiyelere bağlılık alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0.001$ ). En yüksek puan ortalama değerleri  $5.08\pm 1.38$  ile sınıf 2 de olanlara aittir.

Hastalığına eşlik eden başka bir kronik hastalık varlığına göre yardım alma alt boyutu ortalama değerleri arasında anlamlı farklılık vardır ( $p=0.002$ ). Kronik hastalığı olanlarda puan ortalaması  $4.53\pm 1.75$  iken olmayanlarda  $5.64\pm 1.58$  olarak bulunmuştur.

Ailede kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin varlığına göre Avrupa Kalp Yetersizliği z Bakım Davranışı leği genel puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p=0.006$ ). Ailede kalp yetersizliği tanısı alanlarda puan ortalaması  $31.52\pm 5.94$  iken tanı almayanlarda  $33.66\pm 6.07$  olarak tespit edilmiştir.

Hastalığı ile ilgili düzenli sağlık kontrolüne gitme durumuna göre tedaviye uygunluk, faaliyetlere uyma ve yardım alma alt boyutları puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.001$ ). Tedaviye uyma alt boyutunda düzenli kontrole gidenlerin puan ortalaması  $10.79\pm 2.97$  iken gitmeyenler için bu değer  $13.33\pm 2.56$  olarak tespit edilmiştir. Faaliyet alt boyutunda düzenli kontrole gidenlerin puan ortalaması  $7.43\pm 1.85$  iken gitmeyenler için bu değer  $8.29\pm 1.61$  olarak bulunmuştur. Hastalığı ile ilgili düzenli sağlık kontrolüne gitme durumuna göre tavsiyelere bağlılık alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p=0.001$ ). Düzenli kontrole gidenlerin puan ortalaması  $4.57\pm 1.43$  iken gitmeyenler için bu değer  $5.16\pm 1.23$  olarak tespit edilmiştir. Hastalığı ile ilgili düzenli sağlık kontrolüne gitme durumuna göre Avrupa Kalp Yetersizliği z Bakım Davranışı leği genel puanı ortalama değerleri; düzenli kontrole gidenlerin puan ortalaması  $30.86\pm 5.74$  iken gitmeyenler için bu değer  $36.78\pm 4.75$  olarak bulunmuştur.

şu anki sağlık durumuna göre tedaviye uygunluk alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.032$ ). En yüksek puan ortalaması  $12.36\pm 2.96$  ile sağlık durumu iyi olanlara aittir. şu anki

sağlık durumuna gore tavsiyelere bağlılık alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.002$ ). Burada farklılık sağlık durumu kotu olanlarla diğer sağlık durumları arasında gorulmuştur. En yuksek puan ortalaması  $5.23\pm 1.73$  ile sağlık durumu ok iyi olanlardır.

Sigara kullanımına gore yardım alma alt boyutu puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p=0.041$ ). Sigara kullananlarda puan ortalaması  $5.11\pm 1.15$  iken kullanmayanlarda bu değer  $4.58\pm 1.81$  olarak bulunmuştur.

**4.7. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF), Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketine (MLFHQ) Ait Korelasyon Bulguları**

**Tablo 4.11.** Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF), Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) puanları ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Psikolojik	Fiziksel	Kalp Yetmezliği	MSAS-HF Toplam	Fiziksel Fonksiyon	Emosyonel	MLHFQ Toplam	Tedavite Uygunluk	Faaliyetlere Uyma	Tavsiyelere Bağlılık	Yardım Alma
Fiziksel	r	0.647										
	p	<0.001										
Kalp Yetmezliği	r	0.558	0.587									
	p	<0.001	<0.001									
MSAS-HF Toplam	r	0.848	0.869	0.803								
	p	<0.001	<0.001	<0.001								
Fiziksel Fonksiyon	r	0.687	0.725	0.778	0.86							
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001							
Emosyonel	r	0.855	0.636	0.5	0.779	0.654						
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001						
MLHFQ Toplam	r	0.774	0.764	0.775	0.912	0.965	0.768					
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001					
Tedaviye Uygunluk	r	-0.053	0.067	-0.002	0.002	0.015	-0.04	-0.024				
	p	0.403	0.284	0.98	0.974	0.81	0.522	0.698				

r: Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı

**Tablo 4.12.** Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği (MSAS-HF), Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) puanları ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (devamı).

		Psikolojik	Fiziksel	Kalp Yetmezliği	MSAS-HF Toplam	Fiziksel Fonksiyon	Emosyonel	MLHFQ Toplam	Tedaviye Uygunluk	Faaliyetlere Uyma	Tavsiyelere Bağlılık	Yardım Alma
Faaliyetlere Uyma	r	-0.041	0.042	0.041	0.024	0.045	-0.014	0.039	0.29			
	p	0.513	0.503	0.511	0.705	0.475	0.822	0.535	<0.001			
Tavsiyelere Bağlılık	r	-0.109	-0.03	-0.209	-0.109	-0.088	-0.029	-0.098	0.283	0.253		
	p	0.082	0.636	<b>0.001</b>	0.083	0.163	0.644	0.12	<0.001	<0.001		
Yardım alma	r	-0.253	-0.05	-0.059	-0.144	-0.075	-0.161	-0.136	0.265	0.193	0.3	
	p	<0.001	0.424	0.346	<b>0.022</b>	0.235	<b>0.01</b>	<b>0.031</b>	<0.001	<b>0.002</b>	<0.001	
AKHÖBDÖ Toplam	r	-0.097	0.083	0.007	0.006	0.059	-0.034	0.008	0.792	0.623	0.549	0.574
	p	0.123	0.186	0.916	0.923	0.346	0.589	0.903	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

r: Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı



Tablo 4.13 incelendiğinde; fiziksel ile psikolojik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.647$ ;  $p<0.001$ ). Kalp yetmezliği ile psikolojik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ( $r=0.558$ ;  $p<0.001$ ). Kalp yetersizliği ile fiziksel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ( $r=0.587$ ;  $p<0.001$ ). MSAS-HF toplam ile psikolojik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.848$ ;  $p<0.001$ ). MSAS-HF toplam ile fiziksel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.869$ ;  $p<0.001$ ). MSAS-HF toplam ile kalp yetmezliği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.803$ ;  $p<0.001$ ).

Fiziksel fonksiyon ile psikolojik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.687$ ;  $p<0.001$ ). Fiziksel fonksiyon ile fiziksel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.725$ ;  $p<0.001$ ). Fiziksel fonksiyon ile kalp yetersizliği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.778$ ;  $p<0.001$ ). Emosyonel ile psikolojik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.855$ ;  $p<0.001$ ). Emosyonel ile fiziksel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.636$ ;  $p<0.001$ ). Emosyonel ile kalp yetersizliği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ( $r=0.5$ ;  $p<0.001$ ). MLHFQ toplam ile fiziksel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.764$ ;  $p<0.001$ ). MLHFQ toplam ile psikolojik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.774$ ;  $p<0.001$ ). MLHFQ toplam ile kalp yetmezliği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.775$ ;  $p<0.001$ ). MLHFQ toplam ile MSAS-HF toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.912$ ;  $p<0.001$ ).

Fiziksel fonksiyon ile MSAS-HF toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.86$ ;  $p<0.001$ ). Emosyonel ile MSAS-HF toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.779$ ;  $p<0.001$ ).

Emosyonel ile fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.654$ ;  $p<0.001$ ). MLHFQ toplam ile fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.965$ ;  $p<0.001$ ). MLHFQ toplam ile emosyonel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.768$ ;  $p<0.001$ ).

Yardım alma ile psikolojik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=-0.253$ ;  $p<0.001$ ). Yardım alma ile MSAS-HF toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ( $r=-0.144$ ;  $p=0.022$ ). Yardım alma ile emosyonel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ( $r=-0.161$ ;  $p=0.01$ ). Yardım alma ile MLHFQ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ( $r=-0.136$ ;  $p=0.031$ ). Yardım alma ile tedaviye uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=0.265$ ;  $p<0.001$ ). Yardım alma ile faaliyetlere uyma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ( $r=0.193$ ;  $p=0.002$ ). Yardım alma ile tavsiyelere bağlılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=0.3$ ;  $p<0.001$ ).

Tavsiyelere bağlılık ile kalp yetersizliği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=-0.209$ ;  $p=0.001$ ). Tavsiyelere bağlılık ile tedaviye uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=0.283$ ;  $p<0.001$ ). Tavsiyelere bağlılık ile faaliyetlere uyma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=0.253$ ;  $p<0.001$ ).

Faaliyetlere uyma ile tedaviye uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=0.29$ ;  $p<0.001$ ). Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği toplam ile tedaviye uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ( $r=0.792$ ;  $p<0.001$ ).

Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği toplam ile faaliyetlere uyma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki

vardır ( $r=0.623$ ;  $p<0.001$ ). Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği toplam ile tavsiyelere bağlılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ( $r=0.549$ ;  $p<0.001$ ). Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği toplam ile yardım alma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ( $r=0.574$ ;  $p<0.001$ ).

**4.8. Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketine (MLFHQ) ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği Puanına Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi Bulguları**

**Tablo 4.14.** Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) puanına etki eden bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi.

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
Sabit	40.105 (22.914 - 57.295)	8.725		4.597	<b>&lt;0.001</b>			
Yaş	-0.038 (-0.233 - 0.157)	0.099	-0.021	-0.386	0.7	0.233	-0.025	2.666
Cinsiyet (Kadın)			Referans					
Erkek	-2.072 (-5.083 - 0.939)	1.528	-0.053	-1.356	0.177	0.032	-0.089	1.319
Medeni durum (Evli)			Referans					
Bekar	-1.287 (-5.162 - 2.588)	1.967	-0.033	-0.655	0.513	0.098	-0.043	2.174
Eğitim durumunuz (Okuryazar değil)			Referans					
İlköğretim	-1.578 (-5.746 - 2.591)	2.116	-0.035	-0.746	0.457	0.121	-0.049	1.902
Ortaöğretim(lise)	-4.068 (-9.441 - 1.305)	2.727	-0.097	-1.492	0.137	-0.137	-0.098	3.722
Üniversite	-5.071 (-11.821 - 1.679)	3.426	-0.088	-1.48	0.14	-0.093	-0.097	3.104
Toplam aylık geliriniz (Gelir giderden az)			Referans					
Gelir gidere eşit	4.753 (1.166 - 8.34)	1.821	0.12	2.611	<b>0.010</b>	-0.035	0.17	1.863
Gelir giderden fazla	7.568 (3.083 - 12.054)	2.277	0.156	3.324	<b>0.001</b>	0.121	0.214	1.923
Kiminle yaşıyorsunuz (Yalnız)			Referans					
Diğer aile bireyleri ile	-4.699 (-8.934 - -0.464)	2.149	-0.092	-2.186	<b>0.030</b>	-0.081	-0.143	1.562

F=30.753. p<0.001. R<sup>2</sup>=%73.7. Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%71.3  $\beta^0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta^1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r<sup>1</sup>: Zero-order korelasyon, r<sup>2</sup>: Partial korelasyon

**Tablo 4.14.** Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) puanına etki eden bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi (devamı)

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
Kalp yetersizliği sınıflamasında kendinizi hangi sınıfta görüyorsunuz (Sınıf 1)								
Sınıf 2	4.534 (-0.334 - 9.402)	2.471	0.114	1.835	0.068	-0.487	0.12	3.353
Sınıf 3	19.382 (13.582 - 25.182)	2.944	0.475	6.584	<0.001	0.441	0.398	4.551
Sınıf 4	33.142 (24.841 - 41.443)	4.213	0.504	7.867	<0.001	0.534	0.46	3.594
Daha önce bu tanı nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışınız oldu mu? (Hayır)								
Evet	0.843 (-2.734 - 4.42)	1.815	0.018	0.464	0.643	0.356	0.031	1.307
Hastalığınıza eşlik eden başka kronik bir rahatsızlığınız var mı? (Hayır)								
Evet	2.923 (-1.713 - 7.558)	2.353	0.044	1.242	0.215	0.18	0.082	1.081
Ailenizde kalp yetersizliği tanısı alan birey var mı? (Hayır)								
Evet	2.423 (-0.426 - 5.272)	1.446	0.06	1.676	0.095	0.194	0.11	1.141
Hastalığınız ile ilgili olarak sağlık kont. düzenli olarak gidiyor musunuz? (Evet)								
Hayır	1.727 (-1.527 - 4.982)	1.652	0.041	1.046	0.297	0.072	0.069	1.348

F=30.753. p<0.001. R<sup>2</sup>=%73.7. Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%71.3  $\beta^0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta^1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r<sup>1</sup>: Zero-order korelasyon, r<sup>2</sup>: Partial korelasyon

**Tablo 4.14.** Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLFHQ) puanına etki eden bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi (devamı)

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
Sağlık durumu (Çok kötü)	Referans							
Kötü	-8.461 (-14.274 - -2.648)	2.95	-0.21	-2.868	<b>0.005</b>	0.319	-0.186	4.704
İyi	-15.334 (-22.09 - -8.579)	3.429	-0.371	-4.473	<b>&lt;0.001</b>	-0.395	-0.283	6.021
Çok iyi	-22.352 (-30.022 - -14.682)	3.893	-0.388	-5.742	<b>&lt;0.001</b>	-0.434	-0.354	4.008
Sigara kullanıyor musunuz? (Hayır)	Referans							
Evet	-0.22 (-5.591 - 5.151)	2.726	-0.003	-0.081	0.936	-0.197	-0.005	1.611
Alkol kullanıyor musunuz? (Hayır)	Referans							
Evet	-2.714 (-8.796 - 3.367)	3.086	-0.037	-0.879	0.38	-0.192	-0.058	1.577

F=30.753. p<0.001. R<sup>2</sup>=%73.7. Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%71.3  $\beta^0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta^1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

MLHFQ ölçek puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=30.753; p<0.001). Oluşturulan regresyon modelinde yöntem olarak enter metodu kullanılmış ve bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %71.3'lük kısmı açıklanmıştır.

**Tablo 4.15.** Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği puanına etki eden bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
Sabit	40.509 (32.32 - 48.698)	4.156		9.747	<0.001			
Yaş	-0.101 (-0.194 - -0.008)	0.047	-0.183	-2.149	0.033	0.293	-0.14	2.666
Cinsiyet (Kadın)								
Erkek	0.981 (-0.453 - 2.415)	0.728	0.081	1.347	0.179	-0.046	0.088	1.319
Medeni durum (Evlü)								
Bekar	0.843 (-1.003 - 2.689)	0.937	0.069	0.9	0.369	0.24	0.059	2.174
Eğitim durumunuz (Okuryazar değil)								
İlköğretim	-1.931 (-3.917 - 0.055)	1.008	-0.138	-1.916	0.057	0.136	-0.125	1.902
Ortaöğretim(lise)	-5.897 (-8.456 - -3.338)	1.299	-0.456	-4.54	<0.001	-0.253	-0.287	3.722
Üniversite	-8.24 (-11.455 - -5.024)	1.632	-0.463	-5.049	<0.001	-0.282	-0.316	3.104
Toplam aylık gelirinüz (Gelir giderden az)								
Gelir gidere eşit	0.188 (-1.521 - 1.896)	0.867	0.015	0.216	0.829	-0.117	0.014	1.863
Gelir giderden fazla	0.808 (-1.329 - 2.945)	1.084	0.054	0.745	0.457	-0.08	0.049	1.923
Kiminle yaşıyorsunuz (Yalnız)								
Diğer aile bireyleri ile	0.808 (-1.209 - 2.826)	1.024	0.051	0.79	0.431	-0.001	0.052	1.562
Kalp yetersizliği sınıflamasında kendinizi hangi sınıfta görüyorsunuz (Sınıf 1)								
Sınıf 2	0.051 (-2.268 - 2.37)	1.177	0.004	0.043	0.966	0.07	0.003	3.353
Sınıf 3	0.047 (-2.715 - 2.81)	1.402	0.004	0.034	0.973	-0.092	0.002	4.551
Sınıf 4	1.902 (-2.052 - 5.856)	2.007	0.094	0.948	0.344	0.092	0.062	3.594

F=6.615. p<0.001. R<sup>2</sup>=%37.7. Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%32.  $\beta^0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta^1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

**Tablo 4.15.** Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeğipuanına etki eden bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi (Devamı).

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
Daha önce bu tanı nedeni ile hastaneye tekrarlı yatışınız oldu mu? (Hayır)								
Evet	1.176 (-0.528 - 2.88)	0.865	0.081	1.36	0.175	0.034	0.089	1.307
Hastalığınıza eşlik eden başka kronik bir rahatsızlığınız var mı? (Hayır)								
Evet	-2.68 (-4.888 - -0.472)	1.121	-0.129	-2.392	<b>0.018</b>	-0.138	-0.156	1.081
Ailenizde kalp yetersizliği tanısı alan birey var mı? (Hayır)								
Evet	-0.663 (-2.02 - 0.694)	0.689	-0.054	-0.962	0.337	-0.17	-0.063	1.141
Hastalığınız ile ilgili olarak sağlık kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz? (Evet)								
Hayır	4.485 (2.935 - 6.035)	0.787	0.345	5.7	<b>&lt;0.001</b>	0.45	0.352	1.348
Sağlık durumu (Çok kötü)								
Kötü	0.273 (-2.497 - 3.042)	1.405	0.022	0.194	0.846	-0.104	0.013	4.704
İyi	1.549 (-1.669 - 4.767)	1.633	0.121	0.948	0.344	0.103	0.062	6.021
Çok iyi	2.383 (-1.271 - 6.037)	1.854	0.134	1.285	0.2	-0.039	0.084	4.008
Sigara kullanıyor musunuz? (Hayır)								
Evet	-0.794 (-3.352 - 1.765)	1.299	-0.04	-0.611	0.542	-0.047	-0.04	1.611
Alkol kullanıyor musunuz? (Hayır)								
Evet	1.79 (-1.107 - 4.687)	1.47	0.08	1.218	0.225	-0.046	0.08	1.577

F=6.615. p<0.001. R<sup>2</sup>=%37.7. Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%32.  $\beta^0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta^1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon



Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeğipuanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=6.615$ ;  $p<0.001$ ). Oluşturulan regresyon modelinde yöntem olarak enter metodu kullanılmış ve bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %32'lik kısmı açıklanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Kalp yetersizliği olan hastaların semptom düzeylerinin öz bakım ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı bu çalışmaya ait bulgular literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

### 5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması

Kalp yetersizliğinin dünyanın önemli sorunlarından biri olmasının nedeni insidans ve prevelansında artışların yaşanmasıdır (Gardner vd., 2014; Benjamin vd., 2017). KY, yaşla doğru orantılı şekilde artmakta ve erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (Değertekin vd., 2012; Gardner McDonagh ve Walker, 2014; Gerber vd., 2015; Ponikowski vd., 2014; Benjamin vd., 2017). KY riski ESC (Avrupa Kardiyoloji Birliği-European Society of Cardiology) kılavuzunda erkeklerde %33 iken, kadınlarda %28 olarak belirtilmiştir (Değertekin vd., 2012; Yancy vd., 2013; Panikowski vd., 2016). 2018-2019 yılları arasında, Bayrak vd. (2019) yaptığı çalışmada katılan bireylerin %55.3'ü erkek olarak tespit edilmiştir. Yine başka bir çalışmada, bireylerin %65'i erkektir (Tekin ve Polat, 2018). Ağca'nın yaptığı çalışmada, bireylerin %20.1'i (n=51) kadın, %79.9'u (n=203) erkektir (Ağca, 2021). Bu bulgulara bakıldığında; bulgularımız (%47.1'i kadın, %52.9'u erkek) ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Yaş ortalamalarına bakıldığında ise; 2012 yapılan HAPPY çalışmasında artan yaş KY nedenlerinden biri olarak belirtilmiştir (Değertekin vd., 2012). 2016 yılında ESC kalp yetersizliği kılavuzunda yer alan bilgide, 55 yaş ve üzeri risk altında olduğu bildirilmiştir (Panikowski vd., 2016). 2019 yılında Bayrak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaş ortalaması  $66.53 \pm 9.07$  olduğu saptanmıştır (Bayrak vd., 2019). Tekin ve Polat (2018) çalışmasında ise; %49'unun 60 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Ağca(2021)'nin yaptığı çalışmada belirlenen yaş ortalaması  $58.40 \pm 14.38$ 'dir. Duruk'un (2021) yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $63.74 \pm 17.44$

olarak tespit edilmiştir. Heo vd. (2008) yılında yaptıkları çalışmada yaş ortalaması  $60.3 \pm 12.0$  iken, Piotrowicz vd. (2015) yılında yaptıkları çalışmada ortalama  $56.4 \pm 10.9$ 'dur. Mevcut çalışmada araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $68.73 \pm 10.97$  olarak bulundu. Bu çalışmanın yaş ortalaması literatür verileri ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada; araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 255 hasta bireyden en yüksek puan ile medeni durumun %54.1 evli olduğu tespit edilmiştir. Gök Metin ve Gülbahar'ın (2019) yürüttükleri çalışmada; toplam katılımcının %49 evli olduğu ifade edilmiştir. Bağcivan vd. (2018) araştırmasında, katılan bireylerin %77.3'ü evlidir. Boğan vd. (2020) çalışmasına katılan bireylerin %90'ı evlidir. Akbıyık vd. (2016'ın Aralık 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında gerçekleştirdikleri araştırmada; medeni durumlarına bakıldığında %68 ile evli olduğu belirtilmiştir. Demir'in (2008) yılında "Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmasında, %34.7'si bekâr, %65.3'ü evli bulunmuştur. Özdemir'in (2009) "Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" çalışmasında da hastaların %75.9'unun evli, %4.1'inin bekâr olarak tespit etmişlerdir. Duruk'un (2021) 2019- 2020 yılları arasında yürüttüğü çalışmada hastaların %63.4'ü (n=97) evli, %36.6'sı (n=56) bekâr olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçları incelendiğinde, literatürde yer alan çalışma sonuçları çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda toplam aylık gelirinde en yüksek oran %54.1 ile geliri giderine eşit olduğu tespit edilmiştir. Duruk'un 2019- 2020 yılları arasında yürüttüğü çalışmada hastaların ekonomik durumunun %65.4'ünün gelir gidere denk olduğu tespit edilmiştir (Duruk, 2021). Salık'ın (2019) çalışmasında %64.3 ile gelir gidere denk olarak tespit edilmiştir. Bayrak vd., (2019) çalışmasında katılan bireylerin %55.3'ü gelir gidere eşit, %28'i gelir giderden az, %16.7'si gelir giderden çok şeklinde ifade etmiştir. Chu vd. (2014)'in yaptıkları "Factors affecting quality of life in Korean patients with hronic heart failure" isimli çalışmasında ekonomik durumun yaşam kalitesini etkilediği tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları ile literatürde yer alan veriler benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada; katılan hastalardan %32.7 oranı ile en fazla ortaöğretim (lise) mezunu olduğu tespit edilmiştir. Duruk'un (2021)'in 2019- 2020 yılları arasında

yürüttüğü çalışmada hastaların %24.2'sinin (n=37) lise mezunu olarak 2. sırada yer aldığı tespit edilmiştir. Karabulut ve Gün (2019)'un çalışmalarında katılan bireylerin %74.5'i ilköğretim/ortaöğretim mezunu iken, %11.5'i yüksekokul ve üstü mezundur. Boğan ve Korkmaz (2020) yaptıkları çalışmada, %51'inin okuryazar, ilk ve ortaokul mezunu olduğu, %9'unun üniversite ve üstü mezunu olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada ise; %87.2'si okuryazar/ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Doğu Kökcü ve Tiryaki , 2020). Chung vd. (2017) çalışmalarında ise; hasta bireylerin %55.4'ünün okuryazar olmadığı, %41.3'nün ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Tekin'in (2018) çalışmasında, bireylerdeki öğrenim düzeyindeki artışın, hastalığın daha iyi algılanmasına, değişme, gelişme ve öz-bakım düzeylerinin artmasına neden olduğu ifade edilmiştir.

Bu çalışmada KY sınıflamasında sınıf 1 de olanların oranı %12.2. sınıf 2'de olanların oranı %41.6. sınıf 3'de olanların oranı %36.1 ve sınıf 4'de olanların oranı %10.2 olarak elde edilmiştir. Zengin vd. (2012) yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan hastaların %38.3'ünün NYHA II. sınıfta yer aldığı belirtilmiştir. Özer'in (2002) yaptığı çalışmada hastaların %84.3'ünün ve Demir'in (2008) çalışmasında hastaların %86.6'sının, NYHA II. ve III. grupta yer aldığı görülmüştür. Akın ve Durna'nın (2006) yaptığı araştırmada, 50 hastanın %52'si NYHA III. sınıf, %38'i II. sınıfta bulunmakta ve toplam NYHA II ve III. Sınıfında %90 kişi yer almaktadır. Franzen vd. (2006) 1999-2001 yılları arasında yürüttükleri çalışmada ise hastaların %34.7'sinin NYHA II. sınıf, %47.6'sının NYHA III. sınıf, %11.8'inin NYHA IV. sınıfta olduğu belirtilmiştir. NYHA II. ve III. grupta yer alan hasta sayısı %82.3'tür. Bizim çalışmamızda NYHA sınıflamasında birinci sırayı sınıf 2. ikinci sırayı sınıf 3 almaktadır. Literatür verilerine bakıldığında sınıf 3 ilk sırada, sınıf 2 ikici sırada yer almaktadır. Bizim çalışmamız ile literatür verileri tam anlamı ile aynı olmasada, sınıf 2 ve 3 ilk iki sırada yer almaktadır.

Bu çalışmada kalp yetersizliği tanısı süresi ortalama 7.05 (min:1 ve max:22) yıl bulunmuştur. Literatüre bakıldığında yapılan bir çalışmada KY hastalarının hastalık süresilerinin %41'i 72 ay ve üstü, %12'si 1-24 ay, %16'sı 25-48 ay, %11'i ise 49-72 ay olarak bildirmiştir (Tekin ve Polat, 2018). Başka bir çalışmada ise, bireylerin %71.5'i 25 ay ve üstü, %16.5'i 13-24 ay, %12'si 6-12 ay olarak ifade etmiştir (Akbiyık vd., 2016). Ağca'nın (2021) çalışmasındaki verilerde hastaların

%14.2'si 6 aydır hasta iken, %6.7'si 1 yıldır, %3.9'u 2 yıldır, %75.2'si ise 2 yıldan daha uzun süredir hasta olduğunu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda tanı konulma süresi literatüre göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Fakat ortalama tanı konulma süresi ile literatür arasında çok fazla fark yoktur.

Bu çalışmada, KY tanısı ile hastaneye tekrarlı yatış yapanların oranı %77.2 olarak elde edilmiştir. Literatüre bakıldığında Duruk'un (2021) çalışmasında; hastaların %62.7'sinin (n=96) kalp yetersizliği nedeni ile hastanede yatma öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Uslu'nun (2011) yapmış olduğu çalışmada hastaların %63.3'ünün bir yıl içinde tekrar hastaneye yattığı belirlenmiştir. 2016 yılında yapılan başka bir çalışmada; hastaneye tekrarlı yatışlar %67 olarak belirlenmiş, yılda üç ve üzeri hastane yatışı bulunmuştur (Doğru ve Karadakovan, 2016). Ertuğrul'un (2021) çalışmasında; %97.2'sinin hastaneye yattığı, yarıya yakınının %39.2 son 1 yılda bir kez hastaneye yattığı tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde hastaların büyük bir bölümünün hastaneye KY hastalığından dolayı tekrarlı yatış yaptığı tespit edilmiştir.

Hastalığına eşlik eden başka kronik hastalığı olanların oranı ise; %90.2, ailesinde kalp yetersizliği tanısı alan başka bireyler olma oranı %40.6 olarak tespit edilmiştir. Hastalığına eşlik eden başka kronik hastalığı olanların %55.8 (n:116) ile HT, %50 (n:104) diyabet, %37 (n:77) KAH, %9.1 (n:19) KOAH, %8.2 (n:17) Kalp Kapak Hastalıkları, %4.3 (n:9) Böbrek Yetmezliği olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, Şentürk'ün (2021) KY üzerine yaptığı tez çalışmasında müdahale grubundaki kronik hastalık varlığı; KAH %85, %45 DM, %45 HT ve kontrol grubunda; %80 KAH, %40 DM, %50 HT olduğu tespit edilmiştir. Bayrak vd. (2019) çalışmasında, katılan bireylerin (n:210) %70'i kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olanların %57.6'sı hipertansiyon, %39'u diyabet, %6.2'si kronik böbrek yetersizliği, %4.8'i astım, %3.3'ü KOAH, %1.9'u anemi olduğu saptanmıştır. Bu yapılan araştırmada; kronik hastalığın hastalarda var olması öz-bakım davranışların da yetersizliğine, çoklu ilaç kullanımına ve hastaların tedaviye uyum göstermemesine neden olmaktadır. 2016-2017 yılları arasında yapılan bir çalışmada da KY tanısına ek olarak %60.8'inde KAH, %56.6'sında hipertansiyon ve %39.9'unda diyabet rahatsızlığı bulunmaktadır (Kınıcı, 2018). Ausili ve arkadaşlarının "Clinical and socio-demographic Determinants of Self-Care Behaviours in Patients with Heart Failure and Diabetes Mellitus: A Multicentre

Cross-sectional Study” isimli çalışmasında 1192 kalp yetmezliği hastasının 379’unda (%31.8) DM tespit edilmiştir. Bu çalışma da diyabet olan kalp yetersizliği hastalarında öz bakımın yetersiz olduğu saptanmıştır (Ausili vd., 2016). Buck vd. (2015) 2011-2012 yılları arasında yürüttükleri çalışmada; öz bakım davranışlarına ve hastaların hastane yatışları ile yaşam kalitelerine etkileri incelenmiş ve KY ne eşlik eden kronik hastalıkların yetersiz öz bakıma neden olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında, bizim çalışmamız ile birebir benzerlik göstermemektedir. Fakat literatür taramalarından anlaşılacağı gibi kalp yetersizliği olan hastaların en çok KAH, HT, DM gibi kronik hastalıkların varlığı tespit edilmiştir.

Hastalığı ile ilgili düzenli sağlık kontrollerine gidenlerin oranı bu çalışmada %67.8 olarak elde edilmiştir. 2016 yılında, Köseoğlu ve Enç (2016)’ın yaptığı araştırma sonucunda hastaların %79.4’ünün düzenli kontrole gittiği saptanmıştır. Akbıyık vd. (2016) yaptıkları çalışmada bireylerin %56.5’i kontrole düzenli gittiğini, %43.5’i düzensiz gittiğini ifade etmiştir. Boğan ve Korkmaz (2020) yılında yaptığı başka bir çalışmada ise sonuçlar; bireylerin %46’sı her zaman, %28’i çoğu zaman, %13’ü bazen, %4’ü hiçbir zaman rutin kontrole gitmediğini tespit edilmiştir. Literatür ile karşılaştırma yapıldığında hastaların yarısından fazlasının düzenli kontrollere gittiği sonucu çıkartılabilir.

Sigara kullananların oranı %10.6, alkol kullananların oranı %7.8 olarak elde edilmiştir. Literatürde; Şentürk’ün tez çalışmasında müdahale grubunda sigara kullananların oranı %15, alkol kullanma oranı %20 olarak ifade edilmiştir. Kontrol grubunda sigara kullanma oranı %15, alkol kullanma oranı %5 olarak tespit edilmiştir (Şentürk, 2021). Ağca’nın (2021) çalışmasında %6.3’ünün sigara, %2.4’ünün ise alkol kullandığı ifade edilmiştir. Gök Metin ve Gülbahar’ın (2020) yapmış olduğu çalışmada, %32.9’u sigara kullanmamakta, %8.6’si kullanmaya devam etmekte ve %58.5’i sigarayı bırakmış olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kullanılan ilaçlara bakıldığında en yüksek oran %93.3 ile Antikoagulan daha sonra ikinci sırada %65.5 ile diüretikler ve %62.7 ile beta bloker ilaçlar kullanıldığı tespit edilmiştir. Şentürk’ün çalışmasında, müdahale grubunda bireylerin tamamı antihipertansif ve diüretik kullanmakta ve %95’i antitrombotik/antikoagulan; kontrol grubunda ise; bireylerin tamamı

antitrombotik/antikoagulan, %95'i antihipertansif, %90'ı diüretik kullanmakta olduğu belirtilmiştir (Şentürk, 2021). Bayrak vd. (2019) çalışmasında ilk sırada %84.8'i antitrombolitik, %54.8'i diüretik, %54.3'ü antiaritmik kullandığı tespit edilmiştir. Duruk'un (2021) çalışmasına göre; %79.1'inin (n=121) diüretik, %45.8'i beta bloker, %39.9'u antikuagulan kullanmaktadır. Ertuğrul'un (2021) çalışmasında, en çok kullanılan ilaçların %74.2 diüretikler, %74.2 dijitaler, beta blokerler %63.6 ve antikoagulanlar %47.0 olduğu tespit edilmiştir. Literatürde kalp yetersizliği olan hastaları tarafından çok antikuagulan/ antitrombolitik, diüretikler, beta blokerlerin kullanıldığı bulunmuştur.

Çalışmamızda bireylerin ilaç tedavisi dışında hastaların nonfarmakolojik yöntemlere başvurduklarını görmekteyiz. En çok başvuru alan nonfarmakolojik yöntemler; %54.3 tuz alımının kısıtlanması, %37.7 sigarayı bırakma, %37.1 sıvı alımının kısıtlanması, %36.0 egzersiz, %19.4 enfeksiyonlara karşı aşılama, %16.6 düzenli kilo kontrolü, %8.6 alkolü bırakma gibi yöntemlere başvurdukları görülmüştür. Çalışmamızda en çok tuz kısıtlaması, sigarayı bırakma ve egzersiz gibi yöntemlere başvurulmuştur. Bu bulgularla ilgili literatüre bakıldığında Boğan ve Korkmaz'ın çalışmasında en çok başvuru alan yöntemler; %50.0 tuz kısıtlaması, %20.0 sıvı kısıtlaması, %17.0 sigarayı bırakma olmuştur (Boğan ve Korkmaz, 2020). Bu iki çalışma karşılaştırılırken örneklem sayıları göz önüne alınmalı ve kendi çalışmamızda örneklem sayımız 255 bireyi oluştururken Boğan ve Korkmaz'ın çalışmasında örneklem sayısı 100 olarak belirtilmiştir. Bu farklılığın örneklem sayısındaki farklılıktan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Duruk'un (2021) tez çalışmasında 153 örneklem sayısında %96.1'inin ilaç dışı yöntem kullandığı ve bunlardan %76.5'inin alkol kullanmadığı, %66.7'sinin sigara kullanmadığı, %54.2'sinin tuz alımını kısıtladığı ortaya konulmuştur.

Çalışma katılan bireylerin Beden Kütle İndeksi (BKİ) ortalaması 26.65 kg/m<sup>2</sup> olarak elde edilmiştir. Boğan ve Korkmaz'ın çalışmasında BKİ %24.2 normal kiloda, %30.3 şişman, %45.5 obez olarak tespit edilmiştir (Boğan ve Korkmaz, 2020). Kınıcı'nın (2018) tez çalışmasında %21.7'si normal kilolu, %43.3'ü fazla kilolu, %23.8'i 1. Derece obez, %11.2'si 2. Derece obez olarak tespit edilmiştir. Durmaz'ın (2022) çalışmasında BKİ ortalama 26.83 olarak bulunmuştur. Kasım 2019 Nisan 2020 arasında yürütülen bir çalışmada BKİ 27.32 olarak bulunmuştur Literatüre

bakıldığında KY ile yatan hastaların BKİ ortalamaları benzerlik göstermektedir (Ertuğrul, 2021).

## **5.2. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması**

Kalp yetersizliği hastalarında görülen şiddetli ve fazla sayıdaki semptomlar, hastaların ve bakım verenlerin semptomları tanımlayıp yönetmelerinde güçlük yaşamalarına ve ortaya çıkan semptomların fonksiyonel durumu ve öz-bakım davranışlarını geliştirmelerini geciktirmektedir (Howlett vd., 2016). Ortaya çıkan semptomları yönetme ve hastalığın tedavi sürecinin devam ettirme, ortaya çıkacak sorunların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Kalp yetersizliğinde bir çok semptom görülmekte ve bu semptomlar aynı zamanda birbirini tetikleyebilmektedir (Moser vd., 2011; Gallagher vd., 2012). KY hastalarındaki semptomların yükü fazla ve yönetilmesi zordur. Hastalarda en sık görülen fiziksel semptomlar; ortopne, dispne, yorgunluk, göğüs ağrısı, ödem, uyku sorunları ve baş dönmesidir. Bu semptomlar; hastalarda günlük aktivitelerini yaparken zorluk çekme, fonksiyonel kapasitelerinde azalma, tekrarlı hastane yatışları, başkasına bağımlı yaşama, anksiyete, depresyon ve sonuç olarak yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (Demir, 2008; Yancy vd., 2013; Panikowski vd., 2016). Alaloul vd. (2017) KY'nin getirdiği belirti bulguları daha şiddetli yaşadıklarını ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerinde düşme meydana geldiği ifade edilmiştir. Bu yüzden hastalarda semptomlar değerlendirilirken şiddet, sıklık ve rahatsızlık derecesi değerlendirilmeli ve semptomları yönetmede holistik hemşirelik bakımı kullanılmalıdır. Literatüre bakıldığında; hastalara diyet ve beslenme programının hazırlanması, dinlenme, günlük kilo takibi, fiziksel aktivite ve uygun egzersiz programı, stres yönetimi, özbakım ve hastaların yaşam tarzı değişikliği yaptırılarak ve psikososyal boyutu destekleyen yoğa gibi farmakolojik tedavi dışında farklı tamamlayıcı ve integratif yaklaşımların uygulandığı görülmektedir (Doris vd., 2007, Demir, 2008; Pullen vd., 2010).

Çalışmamızda MSAS-HF'nın Cronbach's Alpha değerlerine bakıldığında; fiziksel puanı 11 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.74 ile



oldukça güvenilir, psikolojik puanı 6 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.79 ile oldukça güvenilir ve kalp yetmezliği semptomu puanı 5 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.59 ile düşük güvenilirlikte elde edilmiştir. MSAS-HF Toplam puanı 32 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.89 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. Aşık Özdemir'in (2009) çalışmasında ölçeğin total Cronbach alfa değeri 0.70, fiziksel 0.38, psikolojik 0.55 ve KY semptomları alt boyutları için Cronbach alfa değeri 0.39 olduğu tespit edilmiştir. Akdeniz'in (2013) çalışmasında MSAS HF'nin fiziksel, psikolojik ve kalp yetersizliği semptomları alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0.53, 0.63, 0.55 olarak bulunmuştur.

MSAS-HF'nin psikolojik alt boyutu puanı ortalama değeri 0.68. fiziksel alt boyut puanı ortalama değeri 0.60, kalp yetmezliği semptomu ortalama puanı 1.45 ve MSAS-HF ölçek genel puanı ortalaması 0.74 olarak elde edilmiştir. Aşık Özdemir'in (2009) geçerlilik güvenilirliğini yaptığı çalışmada, iç tutarlılık katsayıları fiziksel alt boyut için 0.38, psikolojik alt boyut için 0.55, kalp yetmezliği semptomları alt boyutu için 0.39, ölçeğin tümü için 0.70 bulunmuştur. Zambaroski vd. (2004) yılında yaptıkları çalışmada, ölçeğin totali ile fiziksel, psikolojik ve kalp yetmezliği semptomları alt boyutları için iç tutarlılık katsayıları 0.92, 0.83, 0.87, 0.73 olarak tespit edilmiştir. Bu iki çalışmadaki sonuçlar mevcut çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında Aşık Özdemir'in (2009) sonuçlarından yüksek ve Zamboroski ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışma sonuçlarından düşük olduğu tespit edilmiştir.

Literatüre bakıldığında KY hastalarında görülen en önemli semptom dispnedir (Chen vd., 2013). KY olan hastalarda psikolojik, fiziksel ve sosyal fonksiyonu azaltan, sayıları ve yoğunluğu fazla olan farklı semptomlar görülmektedir (Bennett vd., 2000; Jaarsma vd., 2000; Zamboroski vd., 2005). Bizim çalışmamızda semptomların prevalanslarına bakıldığında en çok görülenler; %97.6 halsizlik, %92.5 düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü, %91.3 solunum güçlüğü, %67.3 gece solunum güçlüğü, %61.6 çarpıntı, %53.1 uyku problemleri, %50.6 göğüs ağrısı, %40 kol ve bacaklarda şişme, görülmüştür. Literatüre bakıldığında 2005 yılında Zambroski vd. (2005) yaptıkları çalışmada prevalansı yüksek olan semptomlar; solunum güçlüğü (%85.2), halsizlik (%84.9), ağız kuruluğu (%74.1), uyusukluk/sersemlik (%67.9) ve uyumada güçlük (%64.2) olduğu belirlenmiş ve

semptomlardan göğüs ağrısının da diğer ağrıdan daha az deneyimlendiği tespit edilmiştir. Kalp yetersizliği olan hastalarda semptom prevalansı ve semptom yükünün yaşam kalitesi üzerine büyük etkisinin olduğunu tespit etmişlerdir. Aşık Özdemir'in (2009) çalışmasında prevalansı yüksek olan semptomlar; solunum güçlüğü (%97.3), halsizlik (%97.3), uyku problemleri (%95.0), kol/bacaklarda şişme (%93.2) ve şişkinlik hissi (% 92.3) idi. Literatüre bakıldığında dispne, ayak bileklerinde günde bırakan ödem, yorgunluk, iştah problemleri ve konstipasyonun en fazla görülen semptomlar olduğu ifade edilmiştir (Gallagher vd., 2012).

### **5.3. Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketine İlişkin Bulguların Tartışılması**

KY, hastalarda dispne, yorgunluk semptomlarına neden olarak fonksiyonel kapasitelerinin düşmesine sebep olmaktadır (Nordgren ve Sörensen , 2003; Grange, 2005; Lee vd., 2017; Papasavvas vd., 2017). Semptomlarda görülen şiddet ve sıklığındaki artış, KY prognozu ve kliniğini etkilemekte, yaşam kalitesini olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Zamboroski vd., 2005; Oudejans vd., 2011; Öz Alkan ve Enç, 2015; Dikici, 2018; Del Buono vd., 2019; Polikandrioti vd., 2019). Semptom sayısının ve şiddetinin artması, bireyin yaşam kalitesinin azalması ile fonksiyonel sınıfın arttığının göstergesidir. Kalp yetersizliği olan bireylerdeki bilgi eksikliği, hastaların semptomlarını yönetebilmedeki yetersiz kalmalarına, yaşam kalitesinin düşmesine ve konfor düzeyinin azalmasına neden olduğu bilinen bir bulgudur. Bakım hedefi ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada; hasta ve hemşirenin birlikte hareket ederek bakım hedeflerini belirleme ve hedeflerin doğrultusunda girişimleri planlanmasını yaparak aradaki bağın güçlenmesine ve semptomları hafifleterek yaşam kalitesinin yükseltildiği saptanmıştır (Doorenbos vd., 2016).

Yaşam kalitesi etkilenen bireylerin, otonomisini ve yaşam kontrolünü kaybetmelerine neden olmaktadır. Bununla birlikte KY prognozunun kötüleşmesi, hastalardaki morbidite, mortalite ve hasta yatış sıklığının artışına neden olmaktadır (Moser, 2002; Bennett vd., 2000; Rodríguez-Artalejo vd., 2005; Solomon vd., 2005; Johansson vd., 2006).

KY hastalarında görülen birçok semptom (solunum güçlükleri, yorgunluk) yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Mevcut çalışmada KY olan bireylerin yaşam kaliteleri değerlendirmek amacı ile Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketi kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 105'tir (Uzunhasanoğlu, 2013). Puanın düşük olması bize hastalarda, fonksiyon bozukluklarının düşük yani iyi yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Mevcut çalışmada MLHFQ'nun fiziksel fonksiyon puanı 8 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.95 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. Emosyonel puanı 5 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.83 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. MLHFQ Toplam puanı 21 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.94 ile yüksek güvenilirlikte elde edilmiştir. Fiziksel fonksiyon alt boyutu puanı ortalama değeri 21.54, emosyonel alt boyut puanı ortalama değeri 3.87 ve MLHFQ ölçek genel puanı ortalaması 38.85 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Aşık Özdemir'in çalışmasında MLHFQ'nun Cronbach alpha değerleri 0.85. emosyonel alt boyut için 0.76, fiziksel fonksiyon 0.89 olarak bulunmuştur (Aşık Özdemir, 2009). Rector ve arkadaşlarının 83 sol ventrikül disfonksiyonu bulunan hastada yaptıkları çalışmada, ölçeğin tümü için iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (Rector vd., 1987). Rector ve Cohn'nun (1992) NYHA'ya göre fonksiyonel sınıfı 3 olan 198 KY hastada yaptıkları çalışmada MLHFQ'nun tümü, fiziksel fonksiyon ve emosyonel alt boyut için cronbach alpha değerleri sırasıyla 0.94, 0.94 ve 0.90 olarak bulunmuştur. Heo ve arkadaşlarının Amerika'da 638 hastada tespit edilen total Cronbach's alfa değeri 0.91, Franzen vd. (2006) yılında İsveç'te yaptıkları çalışmada 0.94, Zambroski vd. (2005) yılında yaptıkları çalışmada 0.89 olarak tespit edilmiştir.

Mevcut çalışmada MLHFQ'nun toplam puan ve alt boyut puanları; fiziksel fonksiyon alt boyut ortama değeri 21.54 emosyonel alt boyut ortalama değeri 3.87 ve MLHFQ toplam ortalama değeri 38.85 olarak bulunmuştur. Literatürdeki alt boyut ortalama puanlarına bakıldığında; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 27.40 (%9.05) iken, emosyonel alt boyut puanı 12.40 (%7.28), toplam puan ise 57.85 (%22.69)

olarak tespit edilmiştir (Bilbao vd., 2016). Dural'ın (2016) çalışmasında fiziksel fonksiyon alt boyut  $30.18 \pm 5.85$ , emosyonel alt boyut puanı  $9.19 \pm 6.35$  toplam puan ise  $58.05 \pm 15.62$  olarak tespit edilmiştir. Ağca'nın (2021) çalışmasında fiziksel fonksiyon alt boyut ortalama puanı  $19.33 \pm 9.88$  emosyonel alt boyut ortalama puanı  $6.45 \pm 5.36$  toplam puanın ise  $41.16 \pm 21.54$  olarak tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmüştür (Bosworth vd., 2004; Conceição vd., 2015; Oksel vd., 2016). Literatür ile bizim çalışmalarımız MLHFQ toplam puan ve alt boyut puanlarına göre karşılaştırıldığında; literatür puanı bizim toplam puanlarımıza göre daha yüksektir. Bu bulgular ile incelenen çalışmaların bizim çalışmamıza kıyas ile yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu sonucuna ulaşılmaktadır.

Mevcut çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre MLHFQ ortalama puanları karşılaştırıldığında; erkeklerde kadınlara göre yaşam kalitesi daha düşük olduğu, fakat aralarında çok fazla fark olmadığı tespit edilmiştir. Bizim çalışma bulgusundan farklı olarak, Kınıcı'nın çalışmasında cinsiyetlere göre MLHFQ ortalama puanları karşılaştırıldığında kadın hastalarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Kınıcı, 2018). Son ve arkadaşları (Son vd., 2012), Alaloul vd. (2017), Loo vd. (2016), yaptıkları çalışmalarda KY olan kadın hastaların yaşam kalitelerinin, erkek hastalardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Literatürde kadınlarda erkeklere oranla daha düşük yaşam kalitesi tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda kadın ve erkek arasında çok fazla fark yoktur.

Çalışmamızda bekâr olan KY olan bireylerin fiziksel fonksiyon alt boyut ve genel ortalama puanının evli olanlara kıyas ile daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bekâr olanların yaşam kalitelerinin evli olanlara göre daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Salık'ın çalışmasında MLHFQ fiziksel alt boyut ve toplam da evli olanların bekârlardan daha fazla puana sahip olmaları ve evlilerin yaşam kalitelerinin düşük olması ile çalışmamızdan farklı bir sonuç elde etmişlerdir (Salık, 2019). Başka çalışmalarda ise çalışmamız ile uyumlu sonuçlar vermekte ve evlilerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bekâr olanların ise yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Durmaz vd., 2009; Küçükberber vd., 2011).

Mevcut çalışmada KY olan hastaların eğitim durumlarına baktığımızda ilköğretim mezunu olan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, ikinci sırada ise okuryazar olmayan bireylerde yaşam kalitesinin düşük olduğu ve en yüksek yaşam kalitesi üniversite eğitimi almış bireylerde olduğu tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada MLHFQ alt boyutu olan fiziksel fonksiyonlarda görülen bozulma okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan bireylerde aynı oranda görülmektedir. Literatürü incelediğimizde ise; 2012 yılında Zengin ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim durumu iyi olan bireylerin fiziksel fonksiyon puanlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (Zengin vd., 2012). Ahmeti ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi düşük bireylerin puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ve bizim sonuçlarımızdan farklı bir sonuç elde etmişlerdir (Ahmeti vd., 2017). Salık'ın (2019) çalışmasında ise çalışmamıza benzer sonuç elde ederek eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinin iyileştiği tespit edilmiştir.

Kalp yetersizliğinde semptom sayısının ve şiddetinin artması, bireyin yaşam kalitesinin azalması fonksiyonel sınıfın arttığının göstergesidir. Kalp yetersizliği olan bireylerdeki bilgi eksikliği, hastaların semptomlarını yönetebilmedeki yetersiz kalmalarına, yaşam kalitesinin düşmesine ve konfor düzeyinin azalmasına neden olduğu bilinen bir bulgudur. Bakım hedefi ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada; hasta ve hemşirenin birlikte hareket ederek bakım hedeflerini belirleme ve hedeflerin doğrultusunda girişimleri planlanmasını yaparak, aradaki bağın güçlenmesine ve semptomları hafifleterek yaşam kalitesinin yükseltildiği saptanmıştır (Doorenbos vd., 2016).

KY tanısı almış bireylerin yaşam kalitesi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme durumuna bağlıdır. Hastaların KY tanısına ait özellikleri de hastanın yaşam aktivitelerini etkilemektedir (Heo vd., 2009; Loo vd., 2016). KY ait hastalığın şiddetinin bir göstergesi olarak kullanılan NYHA sınıflaması hastaların yaşam kalitesini gösteren kriterlerden biridir (Heo vd., 2009; Iqbal vd., 2010; Son vd., 2012; Loo vd., 2016). Mevcut çalışmada fiziksel, emosyonel ve toplam MLHFQ puanına bakıldığında Sınıf 4'de puanın en yüksek olduğu ve yaşam kalitesinin en düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunun ile ilgili yapılan literatür incelemesinde; Chen vd. (2010) ile Son vd. (2012), çalışmalarında NHYA sınıflaması arttıkça, yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir. Loo vd. (2016) çalışmasında ise düşük NHYA

sınıflamasında yaşam kalitesinin yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür çalışmamız ile benzerlik göstermiş ve NHYA sınıflamasında sınıf kötüleştikçe yaşam kalitesinde düşme olduğu saptanmıştır. Kaya'nın çalışmasında NYHA sınıflaması arttıkça yaşam kalitesi kötüleşmektedir (Kaya, 2016). Salık'ın çalışmasında da bizim çalışmamız gibi sonuç çıkmış ve NYHA sınıflaması arttıkça yaşam kalitesi kötüleştiği sonucu çıkmıştır. NYHA sınıflamasının artması ile hastanın fonksiyonel kapasitesinin azalması, hastanın yaşadığı semptomların ağırlaşması veyetersiz öz bakım ve yaşam kalitesi azalacağı ifade edilmiştir (Salık, 2019). Liu ve arkadaşlarının yaptığı kalp yetmezliği ile ilgili bir çalışmada, NYHA'ya göre fonksiyonel sınıfın artması ve hastalığa dair bilgisinin az oluşunun yaşam kalitesini azalttığı saptanmıştır (Liu, Wang vd., 2014). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Özer ve Argon'nun (2005) çalışmasında, NYHA sınıflaması yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiğini tespit edilmiştir.

Çalışmamızdaki hastaneye aynı tanı ile tekrarlı yatışlara baktığımızda “evet” yani tekrarlı yatış yapıldığını ifade edenlerin toplam MLHFQ'nun puanı “hayır” diyenlere göre daha yüksektir. Buna bağlı olarak “evet” diyenlerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu, sık hastane yatışları hasta bireylerin yaşam kalitesini düşüren etken olduğu anlaşılmaktadır. Buna bağlı olarak literatürdeki sonuçlara baktığımızda; Zengin ve arkadaşlarının çalışmalarında hasta yatış sıklığı arttıkça bireylerdeki yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur (Zengin vd., 2012). Yine başka bir çalışma olan Özdemir'in çalışmasında da hastane yatış sıklığı arttıkça yaşam kalitesi azaldığı sonucuna varılmıştır (Aşık Özdemir, 2009). Naveiro-Rilo ve Kim olmak üzere iki farklı yapılan çalışmada bizim çalışmamız gibi hastane yatış sıklığı arttıkça MLHFQ genel toplam ortalama puanı yüksek çıkmıştır. Budurum yaşam kalitesinin yatış sıklığı ile ters orantılı olduğunu bize göstermektedir (Naveiro-Riloa vd., 2010; Kim ve Han, 2013).

Çalışmamızda KY'ine ek olarak kronik hastalıkların olması hastalardaki yaşam kalitesini düşüren başka bir etken olarak tespit edilmiştir. Salık'ın (2019) çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiştir. KY dışında başka bir kronik hastalığın olması bireylerdeki semptomların artmasına ve yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olmaktadır. KY hastalarında görülen ve hastalığa eşlik eden kronik hastalıkların (diyabet, hipertansiyon vb.) artması yaşam kalitesini olumsuz şekilde

etkilemektedir (Asgar Pour vd., 2016). Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde; bizim çalışmamıza benzer sonuç elde edilmiş ve çalışmamızın literatür ile örtüştüğü sonucu ortaya çıkmaktadır (Stojanovic ve Stefanovic, 2007; Küçükberber vd., 2011). Lalonde vd. (2004) yaptıkları araştırma sonucunda, hipertansiyon ve dislipidemi olan koroner kalp hastalarında yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Özer ve Argon'un (2005) çalışmasında; kronik hastalıkların varlığı yaşam kalitesini düşüren etkenler arasındadır.

Mevcut çalışmada sigara, alkol kullanım durumuna bakıldığında, her ikisini de kullanan bireylerin MLHFQ toplam puanı kullanmayan bireylerin ölçek toplam puanından küçüktür. Ölçek toplam puanının kullanan bireylerde düşük olması düşük disfonksiyonu yani iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Literatürde Ağca'nın çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin sigara, alkol kullananların MLHFQ toplam ölçek puanı içmeyen bireylere oranla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Ağca, 2021). Dolayısı ile sigara ve alkol kullanımı ile ölçek toplam puanı karşılaştırıldığında puanı daha düşük olan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

#### **5.4. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

KY tanısı almış hastaların tedavi sürecinin başarılı devam etmesi için öz bakım faktörü önemli bir etkidir. Yaşamın sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için öz bakıma uyumun sağlanabilmesi gerekmektedir (Doğu Kökcü ve Tiryaki, 2020). Öz bakıma katılımın fazla olması hastaneye yatışları ve mortaliteyi azaltmakta ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktadır (Lee vd., 2017).

Baydemir vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada Avrupa Kalp Yetersizliği Öz bakım Davranışları Ölçek iç tutarlığı Cronbach alfa katsayısı 0.69 olarak tespit edilmiştir. Ölçek KY ile ilgili dispne, halsizlik, kilo artışı ve ödem gibi semptomları tanımlamayı ve bu semptomlar durumunda diyet, egzersiz düzeni, sıvı ve tuz kullanımı, ilaçların düzenli kullanılması, sağlık profesyonellerine (doktor, hemşire) başvurma, tedavi uygulama, ödem ve kilo takibi gibi öz bakım davranışlarını

belirlemeye yönelik olan bu ölçek 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçek toplam puanı 12-60 puan arasında değişmektedir. 12-36 puan hastalardaki öz bakım davranışlarının yeterli olduğunu ve 37-60 puan öz bakım davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir (Asgar Pour vd., 2016).

Mevcut çalışmamızda ölçek tedaviye uygunluk Cronbach Alpha değeri 0.67 ile oldukça güvenilir elde edilmiştir. Faaliyetlere uyma Cronbach Alpha değeri 0.21 ile güvenilir elde edilmemiştir. Tavsiyelere bağlılık Cronbach Alpha değeri -0.64 elde edilmiştir. Ölçek toplam Cronbach Alpha değeri 0.60 ile oldukça güvenilir elde edilmiştir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; Günbaş'ın çalışmasında toplam Cronbach alfa katsayısı 0.62 oldukça güvenilir olarak tespit edilmiştir (Günbaş, 2021). Bayrak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,66 olarak bulunmuştur (Bayrak vd., 2019). Durmaz'ın (2022) çalışmasında ölçeğin güvenilirliği, Cronbach alfa katsayısı 0.66 bulunmuştur.

Çalışmamızın toplam ölçek puanı ortalaması 32.76 bulunmuş ve alt boyut ortalama puanları ise; tedaviye uygunluk alt boyutu puanı ortalama değeri 11.60, faaliyetlere uyma alt boyut puanı ortalama değeri 7.71, tavsiyelere bağlılık alt boyutu ortalama puanı 4.76, yardım alma alt boyutu puanı ortalama değeri 4.64 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızdan çıkan sonuç bireylerin öz bakım davranışlarının yeterli düzeyde olduğunu bize göstermektedir. Günbaş'ın öz bakım davranışları puan ortalamaları  $33.79 \pm 4.41$  olarak tespit edilmiş ve öz bakım davranışının yeterli düzeyde olduğunu ifade edilmiştir (Günbaş, 2021). Baydemir ve arkadaşlarının ölçek puan ortalaması  $34.00 \pm 7.99$ , Peters vd. (2013) çalışmalarında ölçek puanı 24.7, Durmaz'ın (2022) çalışmasında ölçek toplam puan ortalaması ise 30.24 olarak tespit edilmiştir. Literatür sonuçlarına baktığımızda ölçek toplam puanı öz bakım davranışlarının yeterli düzeyde olduğunu gösteren Doğu Kökcü ve Tiryaki (2020), Gallagher vd., (2011) ve yetersiz olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Gündoğan Gelik , 2019; Cameron vd., 2010).

Mevcut çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre ölçek puanları değerlendirildiğinde toplam puan gruplar arasında bir fark saptanmadı. Hiçermez'in çalışmasında da cinsiyete göre toplam puan karşılaştırıldığında kadın ve erkekler arasında bir fark saptanmadığı tespit edilmiştir (Hiçerimez, 2019). Literatürde



cinsiyet ve öz bakım davranışları arasında ilişki saptanmayan birçok çalışma mevcuttur (Luttik vd., 2006; Dunbar vd., 2008; Macabasco-O'Connell, vd., 2008). Çalışmamız sonuçları ile literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan hasta bireylerin eğitim durumlarına göre ölçek puanları değerlendirildiğinde; toplam puanların grupları arasında fark olduğu saptanmıştır. Okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan bireylerin öz bakımının üniversite ve ortaöğretim mezunlarına kıyas ile daha düşük olduğu ve en yüksek öz bakımın üniversite mezunlarında olduğu tespit edilmiştir. Oksel ve arkadaşlarının çalışmasında, eğitim seviyesi arttıkça öz bakım davranışlarının arttığı bulunmuştur (Oksel vd., 2016). Chriss vd. (2004) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile öz bakım davranışları arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre eğitim seviyesinin artması ile öz bakım davranışlarının artacağı sonucuna varabiliriz.

Çalışmamızda KY olan bireylerin gelir durumlarına göre ölçek toplam puanlarına bakıldığında gruplar arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Geliri giderinden az olan bireylerin, geliri giderinden fazla olan bireyler karşılaştırıldığında öz bakım davranışının daha yetersiz olduğu bulunmuştur. 2008 yılında Macabasco ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada hastaların gelir düzeyinin öz bakım davranışlarını etkilediklerini tespit etmişlerdir. Hastalardaki sosyoekonomik düzeyin düşük olması ile birlikte öz bakım davranışının yetersiz olduğunu tespit edilmiştir (Macabasco-O'Connell vd., 2008). Literatürdeki bazı çalışmalarda ise gelir düzeyi ile öz bakım davranışları arasında bir fark saptanmamıştır (Ermiş vd., 2018; Bayrak vd., 2019).

Medeni duruma göre ölçek toplam puan ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Evli ve bekâr olanların puanlarının ortalaması öz bakım davranışı açısından yeterli olduğu fakat evli olanların bekârlara kıyas ile öz bakım davranışı açısından daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Luttik vd. (2006) yaptıkları çalışmada tek yaşayan kadınların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğunu saptanmıştır. Hiçerimez'in (2019) çalışmasında bekâr olan hastaların evli olanlara göre öz bakım davranışlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki sonuçlar farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda NYHA sınıflamasına bakıldığında tüm gruptaki hastalarda öz bakım davranışının yeterli olduğu fakat aralarında anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır. Fakat öz-bakım davranış puanının en iyi sınıf 1 kategorisinde olduğu tespit edilmiştir. Asgar Pour'un çalışmasında NYHA sınıflamalarına göre ise; 3. Sınıf öz bakım davranışları diğer sınıfların öz bakım davranışlarına göre yetersiz olduğu ve 4. Sınıf hastalarda diğer sınıflardaki hastalardan öz bakım davranışlarının en yeterli olduğu tespit edilmiş fakat gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Asgar Pour vd., 2016). Baydemir ve arkadaşlarının çalışmasında sınıf 3 ve 4'de öz bakım gücü oldukça düşük çıkmıştır (Baydemir vd., 2013). Riegel ve Dickson (2008) çalışmasında Avustralya'da araştırmaya katılan KY olan hastaların bir bölümü (%20) sınıf 3 ve 4 kategorisinde olup, öz bakımı devam ettirme puanı en yüksek olan gruptur.

Kalp yetersizliği olan hastalara “hastalığınıza eşlik eden başka kronik bir rahatsızlığınız var mı?” diye sorulduğunda verilen cevaplara bakıldığında; “evet” ve “hayır” cevaplarının öz bakım davranış ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Öz bakım davranışlarının açısından ikisinin de yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur. Duruk'un çalışmasında KY dışında ek bir hastalığın olması öz bakım gücünü olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Duruk, 2021). Literatürdeki başka bir araştırmada HT ve DM'u olan bir hastanın öz bakım davranışlarının yeterli olmadığı belirtilmiştir (Hiçerimez, 2019). Buck ve ark (2015) çalışmasında eşlik eden hastalıkların fazla olmasının hastalarda öz bakımın yetersiz olmasına neden olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise; DM ve KY olan hastaların öz bakımın yetersiz olduğu saptanmıştır (Ausili vd., 2016). Bayrak vd. (2019) çalışmasında; kronik hastalıkların varlığı öz bakım davranışlarını olumsuz etkilediği sonucu tespit edilmiş ve ayrıca bu çalışmada HT ve anemi gibi kronik hastalığı bulunan hastaların olmayanlara göre öz bakım davranışları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı ve DM, KBY, KOAH, Astım'ı olan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu, aralarında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

## **5.5. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği, Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketive ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeğine Ait Tüm Ölçek Puanları ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Çalışmamızda MSAS-HF toplam ölçek puanı ile alt boyutlar olan psikolojik, fiziksel ve kalp yetersizliği arasında çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatürde 80 İsveçli hasta üzerinde geriye yönelik yapılan bir çalışmada nefes darlığı %88, ağrı %75, yorgunluk %69 en sık görülen semptomlar (Nordgren ve Sörensen , 2003) ve fiziksel aktivite kısıtlılık %49, anksiyete %49 diğer semptomlar görülmüştür (Tranmer vd., 2003). İlaslan'ın (2020) çalışmasında ilk ölçümlerinde, hastaların toplam semptom toplam ölçek puanı ve alt boyutlar psikolojik, fiziksel, kalp yetersizliği puanları arasında yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır. İki grupta yapılan ölçümlerin birbirine yakın olması grupların homojen dağıldıklarını ve iki grupta da benzer semptomlar izlendiği saptanmıştır. KY hem kronik hemde ilerleyici hastalık olmasından dolayı hastalığın beraberinde getirdiği fiziksel komplikasyonlar ve depresyon gibi psikolojik semptomlar ortaya çıkartmaktadır (Durmaz, 2022). Sonuç olarak alt boyutlarda görülen bir artış diğer alt boyutta da artış görülmesine neden olmakta ve bu sonuç bizim çalışmamız ile uyum göstermektedir.

Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ile Memorial Semptom Değerlendirme Skalası ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ile Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketi toplam puan arasında yok denecek kadar çok zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve anlamlı olmadığı saptanmıştır. Liu vd. (2014) çalışmasında da öz bakım ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Durmaz'ın (2022) çalışmasında Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği puanları ile Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği, Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketi ve Genel Konfor Ölçeğine alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Görüldüğü gibi literatürde bazı çalışmalar ile mevcut çalışmada çıkan bulgu benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi ve Memorial Symptom Değerlendirme Skalası- Kalp Yetmezliği anketi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü, çok yüksek düzeyde bir ilişki vardır. İlaslan'ın (2020) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer Yaşam Kalitesi ölçeği toplam puanı ile Symptom Değerlendirme ölçeği toplam puan ve alt boyutları puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde bir korelasyon bulunduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızın bulgusu ile benzer olarak Durmaz'ın çalışmasında, Kalp Yetersizliği Symptom Durumu Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi arasındaki korelasyon analizi sonucunda; pozitif yönlü, anlamlı, orta düzeyde ilişki tespit edilmiş ve semptom şiddeti yüksek olan hastaların yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Durmaz, 2022). Moshki vd. (2019) yapmış oldukları KY olan hastalarda yapılan bir çalışmada; yorgunluk, dispne, uyku sorunları, hafıza kaybı, kaygı, karar vermede güçlük yaşayan hastalarda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Başka bir çalışmada KY hastalarında görülen dispne, insomnia ve yorgunluk semptomlarını şiddetli düzeyde yaşadıkları ve bu semptomlar ile hastalarda yaşam kalitesinde düşme meydana geldiği tespit edilmiştir (Zamboroski vd., 2004). Görüldüğü gibi literatürdeki bazı çalışmalar ile mevcut çalışmada çıkan bulgu benzerlik göstermektedir. Hastalarda görülen semptom düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinde görülen düşme beklenen bir bulgudur.

KY'nin olduğu literatür çalışmalarında, yaşam kalitesinin ve semptom yükünün; tekrarlı hastane yatışları, kötü klinik seyir, artan semptom yükü, öz bakımda yetersizlik, düşük sosyoekonomik durum, bilgi eksikliği ve sosyal destekte yetersizlik gibi birçok neden ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Polikandrioti vd., 2015; Audi vd., 2017). Hastalarda görülen yüksek NYHA sınıfı, depresif belirtiler, gelir düzeyinin düşük ve uzun hastane yatışları yaşam kalitesini düşüren etkenler olduğu bildirilmiştir (Erceg vd., 2013).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalp yetersizliği olan hastaların semptom düzeylerinin öz bakım ve yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırıldığında;

- Hastaların yaş ortalamasının  $68.73 \pm 10.92$  yıl, çoğunluğu erkek, evli, emekli, lise eğitimine sahip, gelir giderine eşit olduğu belirlendi.

- Hastaların çoğunluğunun NYHA sınıflamasına göre en çok sınıf 2, aynı tanı ile sık hastane yatışlarının olduğu, KY'ne ek olarak başka bir kronik hastalığın olduğu ve hastalığın tanısının konulma süresi ortalama  $7.05 \pm 4.86$  yıl olarak belirlendi.

- Hastaların şu anki sağlık durumlarını %38.8'i "kötü" olarak yorumlandığı belirlendi.

- En çok kullandıkları ilaçlar; %93.3 Antikoagulan, %65.5 Diüretik, %62.7 Beta Blokerler kullandıkları belirlendi.

- En fazla kullandıkları nonfarmakolojik yöntemler; %54.3 tuz alımının kısıtlanması, %37.7 sigarayı bırakma, %37.1 sıvı alımının kısıtlanması olarak belirlendi.

- KY'ne ek başka bir kronik hastalık olarak; %55.8'inde HT, %50'sinde DM, %37'sinde KAH olduğu tespit edildi.

- Çalışmamıza katılan hastalarda MSAS-HF'ye göre en fazla yaşadıkları semptomlar; %97.6'sında halsizlik, %92.5'inde düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü, %91.3'ünde solunum güçlüğü, %67.3'ünde gece solunum güçlüğü, %61.6'sında çarpıntı, %53.1'inde uyku problemleri, %50.6'sında göğüs ağrısı, %40'ında kol ve bacaklarda şişme saptandı.

- MSAS-HF ölçek toplam puanı ve medeni durum, eğitim durumu, tekrarlı hastane yatışları, başka ek bir kronik hastalığın varlığı, ailesinde KY hastalığının varlığı, şu anki sağlık durumu ve sigara, alkol kullanım durumları arasında anlamlı farklılık saptandı.

- MLHFQ ölçek toplam puanı ve eğitim durumu, KY sınıflaması, tekrarlı hastane yatışları, başka ek bir kronik hastalığın varlığı, ailesinde KY hastalığının

varlığı, şu anki sağlık durumu ve sigara, alkol kullanım durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi.

- Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ile medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir durumu, başka ek bir kronik hastalığın varlığı, hastalığı ile ilgili düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu arasında anlamlı farklılık tespit edildi

- Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği toplam ölçek puanı ile alt boyutlar psikolojik, fiziksel, kalp yetersizliği arasında çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı.

- Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi ve Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği anketi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek düzeyde bir ilişki saptandı.

- Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ile Memorial Semptom Değerlendirme Skalası ve Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketi toplam puan arasında yok denecek kadar çok zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve anlamlı olmadığı saptandı.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- KY olan hastaların kendi semptomlarını ilk aşamada tanımlanması ve semptomların hangilerinin öz bakım ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğinin belirlenmesi,

- KY olan hastaların öz bakımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek ve bunları yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunulması,

- Öz bakım ve yaşam kalitesi değerlendirilirken hastalık ile ilgili faktörler göz önüne alınması,

- Çalışma bulgularından anlaşılacağı üzere düzenli sağlık kontrollerine gitmeyen hastaların gidenlere kıyasla öz bakım ve yaşam kalitelerinin daha yetersiz olduğu tespit edilmiş ve buradan yola çıkarak hastaların düzenli kontrollere gitmeleri sağlanması,

- Eğitim durumlarında çalışmaya katılan bireylerin okur-yazar olmayan grubun öz bakım ve yaşam kalitesinin düşük olduğu ve buna yönelik girişimlerin planlanması,

- Klinikte ve yoğun bakımlarda çalışan sağlık profesyonellerinin semptom düzeylerinin hasta üzerinde etkisi konusunda bilgi sahibi olmalı ve hastaların bu konuda eğitilmesi,

- Hasta bireylerin öz bakım ve yaşam kalitelerini arttırılması için sağlık profesyonellerinin hasta bireyler ile bir ekip çalışması halinde çalışması, bakıma hastanın katılımının sağlanması, öz bakım davranışları geliştirme yöntemleri hakkında hastaların bilgilendirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abraham , W. ve De Ferrari , G. (2014). Novel non-pharmacological approaches to heart failure. *J Cardiovasc Transl Res.*, 7(3), 263-5.
- Ağca, A. (2021). *Kalp yetersizliği hastalarının hastalık algısının öz-bakım ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. İstanbul: Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Ahmeti, A., Ibrahim, P., Bytyci, I., Haliti, E., Olloni, R. ve Elezi, S. (2017). Use of the “Minnesota living with heart failure questionnaire” quality of life questionnaire in Kosovo’s heart failure patients. *International Cardiovascular Forum Journal*, 9, 36-40.
- Akay, B. ve Durmaz Akyol, A. (2014). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda tele izlem yönteminin öz bakım gücüne olan etkisinin incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 75-88.
- Akbiyık, A., Koçak, G. ve Oksel, E. (2016). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-8.
- Akdeniz, Ş. (2013). *Kalp yetersizliği tanısı alan hastalarda planlı hasta eğitiminin semptom yönetimine etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akın, S. ve Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 1-8.
- Akıncı, Ç., Zengin , N. ve Buğu, Y. (2014). Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.*, 18(2), 52-61.
- Aktan, I. (2021). *Kalp yetersizliği olan hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aktepe, M. (2019). *Yaşlı hastaların kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Kıbrıs: Yakın Doğu Üniversitesi.
- Alaloul, F., AbuRuz, M., Moser, D., Hall, L. ve Al-Sadi, A. (2017). Factors associated with quality of life in Arab patients with heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 104-11.
- Alkan, S. ve Nural, N. (2017). Kalp yetersizliğinde tekrarlı yatışlar önlenir mi? *Journal Cardiovascular Nursing*, 8(16), 28-34.
- Altıok , M. (2015). Kalp yetersizliği yönetiminde telemonitörizasyon ve hemşirelik. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(9), 58-74.
- Angelidou, D. (2010). Caring for the heart failure patient: contemporary nursing interventions. *Hospital*, 5(1), 1-8.
- Annema, C., Luttik, M., Luttik, L. ve Jaarsma, T. (2009). Reasons for readmission in heart failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologist and heart failure nurses. *Heart & Lung*, 38, 427-434.
- Arjunan, P. ve Trichur, R. (2020). The impact of nurse-led cardiac rehabilitation on quality of life and biophysiological parameters in patients with heart failure: A randomized clinical trial. *J Nurs Res.*, 29(1), e130.
- Asgar Pour, H., Gökçe, S., Kunter, D. ve Yöner, H. (2016). Kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışlarının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(2), 66-71.



Aşkar S, Ovayolu Ö. (2021). An evidence-based approach in the management of fatigue due to heart failure: breathing exercises. *ProgHealSci*. 11(2), 145–150. DOI:10.5604/01.3001.0015.6434

Aşık Özdemir, V. (2009). *Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Audi, G., Korologou, A., Koutelekos, I., Vasilopoulos, G., Karakostas, K., Makrygianaki, K. ve Polikandrioti, M. (2017). Factors affecting health related quality of life in hospitalized patients with heart failure. *Cardiology research and practice*, 2017(2017). 4690458.

Ausili, D., Rebora, P., Di Mauro, S., Riegel, B., Valsecchi, M., Paturzo, M., Vellone, E. (2016). Clinical and socio-demographic determinants of self-care behaviours in patients with heart failure and diabetes mellitus: A multicentre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 63(1), 18-27.

Avcı, A. (2018). *Kalp yetersizliği olan yaşlılarda günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeyinin uyku kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Azevedo, P., Polegato, B., Minicucci, M., Paiva, S. ve Zornoff, L. (2016). Cardiac remodeling: concepts, clinical impact, pathophysiological mechanisms and pharmacologic treatment. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 106(1), 62-69.

Baba, E. (2018). *Kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumunun öz-bakım davranışları üzerine etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Badır, A. (2017). Kalp Hastalıklarına bağlı komplikasyonlar. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan, *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım içinde* (s. 499-512). Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Bagcivan, G., Tanrıver, E. ve Kılıç, B. (2018). Kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin hastalık algısının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 89-96.

Bakoğlu, E. ve Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O. Dergisi*, 4(1), 41-49.

Baydemir, C., Özdamar, K. ve Ünalır, A. (2013). Avrupa kalp yetersizliği öz-bakım davranış ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 13, 573-579.

Baydemir, C., Özdamar, K. ve Ünalır, A. (2013). Validity of the Turkish version of the european heart failure self-care behaviour scale. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 13(6), 573-579.

Bayrak, B., Oğuz, S., Karabulut, Z., Çelik, S. ve Kodak, C. (2019). Kalp yetersizliği hastalarında ölüm kaygısının belirlenmesi. *Türk J. Cardiovasc Nurs.*, 10(23), 97-104.

Bayrak, B., Yıldırım, G., Oğuz, S., Sağaltıcı, C., Doğanay, E., Özdemir, F. ve Enez, Ö. (2019). Kalp yetersizliği hastalarında öz-bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi. *Türk J Cardiovasc Nurs.*, 10(23), 114-121.

Benjamin, E., Blaha, M., Chiuve, S., Cushman, M., Das, S. ve Deo, R. (2017). Heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 135(10), 146-603.

Bennett, S., Cordes, D., Westmoreland, G., Castro, R. ve Donnelly, E. (2000). Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nurs Res.*, 49(3), 139-145.

Bilbao, A., Escobar, A., García-Perez, L., Navarro, G. ve Quirós, R. (2016). The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1-11.

- Boğan, F. ve Korkmaz, M. (2020). Kronik kalp yetersizliği olan hasta grubunda ilaç uyumu yaşam kalitesini etkiliyor mu? *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 191-198.
- Bosworth, H., Steinhäuser, K., Orr, M., Lindquist, J., Grambow, S. ve Oddone, E. (2004). Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors. *Aging & Mental Health*, 8(1), 83-91.
- Bozkur, B., Aguilar, D., Deswal, A., Dunbar, S., Francis, S. ve Horwich, T. (2016). Contributory risk and management of comorbidities of hypertension, obesity diabetes mellitus, hyperlipidemia, and metabolic syndrome in chronic heart failure: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 134(23), 535-578.
- Bozkurt, B., Coats, A.J.S., Tsutsui, H., Abdelhamid, M., Adamopoulos, S., Albert, N., Anker, S.D. (2021). Universal definition and classification of heart failure a report of the heart failure society of america, heart failure association of the european society of cardiology, japanese heart failure society and writing committee of the universal definition of heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 27(4), 387-413.
- Brake, R. ve Jones, I. (2017). Chronic heart failure part 2: Treatment and management. *Nursing Standard*, 31(20), 53-62.
- Buck, H., Dickson, V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R. ve Vellone, E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 1714-1722.
- Cameron, J., Worrall-Carter, L. ve Riegel, B. (2010). Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 12(5), 508-515.
- Chahine, J. ve Alvey, H. (2022). *Left Ventricular Failure*. 03 11. 2022 tarihinde StatPearls Yayıncılık: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537098/> adresinden alındı.
- Chen, W.L., Liu, G.J., Yeh, S.H., Chiang, M.C., Fu, M.Y. ve Hsieh, Y.K. (2013). Effect of back massage intervention on anxiety, comfort, and physiologic responses in patients with congestive heart failure. *J Altern Complement Med*, 19(5), 464-70.
- Chen, H., Clark, A., Tsai, L. ve Lin, C. (2010). Self-reported health-related quality of life and sleep disturbances in Taiwanese people with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(6), 503-13.
- Chriss, P., Shepsh, J., Carlson, B. ve Riegel, B. (2004). Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart & Lung*, 33(6), 345-353.
- Chu, S., Lee, W., Yoo, S., Kim, S., Ko, S., Oh, E., Kang, S. (2014). Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure. *Jpn J Nurs Sci*, 11(1), 54-64.
- Chung, M., Park, L., Frazier, S. ve Lennie, T. (2017). Long-term adherence to low sodium diet in patients with heart failure. *Western Journal Of Nursing Research*, 39(4), 553-567.
- Cocchieri, R., Riegel, B., D'Agostino, F. (2015). Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 126-36.
- Conceição, A., Santos, M., Santos, B. ve Cruz, D. (2015). Self-care in heart failure patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 578-586.
- Çaloğlu, A. (2012). *Tıp fakültesi kardiyoloji servisinde kalp yetmezliği nedeni ile yatan hastaların yaşam kalitesi ve evde bakım gereksinimleri*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çavuşoğlu , Y. (2012). *Güncel kalp yetersizliği (Kronik kalp yetersizliğinde tedavi)*. İstanbul: Akademi Uluslararası Yayıncılık.

Çıtlık Sarıtaş, S. (2010). *Kalp yetersizliği olan hastalarda egzersizin dispne ve yorgunluk üzerine etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

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

Davies, E., Moxham, T., Rees , K., Singh, S., Coats, A. ve Ebrahim, S. (2010). Exercise training for systolic heart failure: cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Heart Fail.*, 12(7), 706-15.

Dassanayaka, S., Jones, S.P. (2015). Recent Developments in Heart Failure. *Circulation Research*, 117(7), 58-63. DOI:10.1161/CIRCRESAHA.115.305765

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

Del Buono, M., Arena, R., Borlaug, B., Carbone, S., Canada, J., Kirkman, D., Abbate, A. (2019). Exercise intolerance in patients with heart failure: Jacc state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol*, 73(17), 2209-2225.

Demir, M. ve Ünsar, S. (2008). Kalp yetmezliği ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8), 119-130.

Demir, M. (2008). *Kalp yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi*. Edrine: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Di Cesare, E., Carerj, S., Palmisano, A., Carerj, M., Catapano, F., Vignale, D. ve Esposito, A. (2021). Multimodality imaging in chronic heart failure: Radiologia Medica. *Radiol Med*, 126(2), 231-242.

Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J.J., Ponikowski, P., Poole Wilson, P.A., Stromberg, A., Van Veldhuisen, D.J., Atar, D., Hoes, A.W., Keren, A., Mebazaa, A., Nieminen, M., Priori, S.G., Swedberg, K. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *European Heart Journal*, 10, 2388–2442. DOI:10.1093/eurheartj/ehn309

Dikici C.İ. (2018). *Kontestif kalp yetersizliği olan hastaların kısıtlılık durumları ve semptom düzeylerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi*. Gaziantep: Sanko Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Doğru, B. ve Karadakovan, A. (2016). Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda psikososyal uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13), 88-104.

Doğu Kökcü, Ö. ve Tiryaki, Ö. (2020). Kalp yetmezliği hastalarının öz-bakım davranışları ve bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsızlık durumlarının incelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 364-374.

Dolar, E. (2005). *İç hastalıkları*. İstanbul: Nobel Kitapevi.

- Doorenbos , A., Levy , W., Curtis , J. ve Dougherty, C. (2016). An intervention to enhance goals-of-care communication between heart failure patients and heart failure providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(3), 353-360.
- Doris, S., Lee, D. ve Woo, J. (2007). Effects of relaxation therapy on psychologic distress and symptom status in older Chinese patients with heart failure. *Journal of sychosomatic Research*, 62(4), 427-37.
- Doris, S., Lee, D., Woo , J. ve Hui, E. (2007). Non-pharmacological interventions in older people with heart failure: Effects of exercise training and relaxation therapy. *Gerontology*, 53(2), 74-81.
- Doukky, R., Avery , E., Mangla, A., Collado, F., İbrahim, Z., Poulin, M.F. ve Richardson, D. (2016). Impact of dietary sodium restriction on heart failure out comes. *JACC: Heart Fail*, 41, 24-35.
- Dunbar , S., Clark, P., Quinn, C., Gary, R. ve Kaslow , N. (2008). Family influences on heart failure self-care and outcomes. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 258.
- Dunlay, S., Weston, S., Jacobsen, S. ve Roger, V. (2009). Risk factors for heart failure: a population-based case-control study. *The American Journal of Medicine*, 122(11), 1023-8.
- Dural, G. (2016). *Kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyet uyumlarının hastaneye yeniden yatışa ve yaşam kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Durmaz, T., Özdemir, Ö., Akyunak Özdemir, B., Keleş, T., Akar Bayram, N. ve Bozkurt, E. (2009). Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease. *Turk J Med Sci*, 39, 1-8.
- Durmaz, B. (2022). *Kalp yetersizliği hastalarında konfor ile semptom şiddeti, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Duruk, H. (2021). *Kalp yetersizliği hastalarında öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: Okan Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Eckel, R., Jakicic , J., Ard , J., Jesus , J., Houston, M. ve Hubbard, V. (2014). American college of cardiology/american heart association task force on practice, G. 2013 aha/acc guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: Areportofthe americancollegeofcardiology/americanheartassociation task force on practice guidelines. *Circulation*, 129 (25-2), 76-99.
- Efe, F. ve Olgun, N. (2011). Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(1), 1-13.
- Enar, R. (2010). *Kanıt dayalı kalp yetersizliği el kitabı*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Enç, N. ve Öz Alkan, H. (2012). Kronik kalp yetersizliğinde ilaçların güvenli kullanımı. *Turk J Card Nur*, 3(4), 101-109.
- Erceg, P., Despotovic , N., Milosevic, D., Soldatovic, I., Zdravkovic, S. ve Tomic, S. (2013). Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure. *Clinical İnterventions in Aging*, 8, 1539-1546.
- Ermış, N., Kasar, S., Karaman, E. ve Yıldırım, Y. (2018). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım gücü ve yorgunluk. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 9(20), 105-112.
- Ertuğrul, E. (2021). *Kalp Yetersizliği olan hastalarda dispne ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Farzam, K. ve Jan., A. (2021). *Beta blockers*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532906>  
Erişim tarihi: 5.10.2022.
- Franzen , K., Blomqvist , K. ve Saveman, B. (2006). Impact of chronic heart failure on elderly person's daily life: A validation study. *European Journal of Carsiovascular Nursing*, 5(2), 137-145.
- Gallagher, R., Luttik, M. ve Jaarsma, T. (2011). Social support and self-care in heart failure,. *ournal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 439-445.
- Gallagher, R., Sullivan, A., Hales, S., Gillies, G., Burke , R. ve Tofler, G. (2012). Symptom patterns, duration and responses in newly diagnosed patients with heart failure. *Int J Nurs Pract.*, 18(2), 133-139.
- Gardetto, N. ve Carroll, K. (2007). Management strategies to meet the core heart failure measures for acute decompensated heart failure: A nursing perspective. *Crit Care Nurs Q.*, 30(4), 207-320.
- Gardner, R., McDonagh, T. ve Walker, N. (2014). *Oxford specialist handbooks in cardiology: Heart failure*. Oxford Universty Press.
- Gerber, Y., Weston, S., Redfield, M., Chamberlain, A., Manemann , S. ve Jiang , R. (2015). A contemporary appraisal of the heart failure epidemic in olmsted county, Minnesota, 2000-2010. *JAMA Intern Med.*, 175(6), 996-1004.
- Go, A. (2014). Heart disease and stroke statistic-2014 update. *Circulation*, 129(3), e28-e292.
- Gordon, N. ve Haskell, W. (1997). Comprehensive cardiovascular disease risk reduction in a cardiac rehabilitation setting. *Am J Cardiol*, 80(80), 69-73.
- Gök Metin, Z. ve Gülbahar, M. (2020). Kalp yetersizliği semptom durumu ölçeğinin türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(2), 95-103.
- Grange, J. (2005). The role of nurses in the management of heart failure. *Heart*, 91(2), 39-42.
- Gülbahar, M. (2020). *Kalp yetersizliği hastalarına uygulanan klasik masaj ve benson gevşeme egzersizinin semptom durumu ve yaşam kalitesine etkileri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Günbaş, M. (2021). *Kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü le öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. İzmir: Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Gündoğan Gelik, M. (2019). *Kalp yetersizliği olan hastaların umutsuzluk düzeyleri ve öz-bakım davranışları*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Harkness , K., Spaling , M., Currie , K. (2015). A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), 121-135.
- He, J., Ogden, L., Bazzano, L., Vupputuri, S., Loria, C. ve Whelton, P. (2001). Risk factors for congestive heart failure in US men and women: NHANES I epidemiologic follow-up study. *Arch Intern Med.*, 161(7), 996-1002.
- Heart Failure Society Of America (2006). Nonpharmacologic management and health care maintenance in patients with chronic heart failure. *J Card Fail.*, e29-e37.
- Heo, S., Lennie , T., Okoli , C. ve Moser, D. (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & Lung*, 38(2), 100-108.

- Heo, S., Moser, D., Lennie, T., Riegel, B. ve Chung, M. (2008). Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational, study of patients with heart failure. *Int J Nurs Stud.*, 45(12), 1807-1815.
- Heo, S., Moser, D., Riegel, B., Hall, L. ve Christman, N. (2005). Testing the psychometric of the minnesota living with heart failure questionnaire. *Nursing Research*, 54(4), 265-272.
- Hiçerimez, A. (2019). *Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Howlett, J., Chan, M., Ezekowitz, J., Harkness, K., Heckman, G. ve Kouz, S. (2016). The Canadian Cardiovascular Society heart failure companion: bridging guidelines to your practice. *Can J Cardiol*, 32, 296-310.
- Inamdar, A. ve Inamdar, A. (2016). Heart failure: Diagnosis, management and utilization. *Journal of Clinical Medicine*, 5(7), 62-72
- Iqbal, J., Francis, L., Reid, J., Murray, S. ve Denvir, M. (2010). Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: A 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *European Journal of Heart Failure*, 12(9), 1002-8.
- İlaslan, E. (2020). *WEB tabanlı eğitimin ve telefonla izlemin kalp yetersizliği olan hastaların semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- İlerigelen, B. (2010). Yaşlılarda kalp yetersizliği. *Turkish Journal of Geriatrics* (Özel Sayı: 2), 21-32.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H., Dracup, K. ve Diederiks, J. (2000). Self care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung.*, 29(5), 319-330.
- Jaarsma, T., Stromberg, A., Martensson, J. ve Dracup, K. (2003). Development and testing of the european heart failure self-care behaviour scale. *The European Journal of Heart Failure*, 5, 363-370.
- Januzzi, J. (2013). Natriuretic peptides as biomarkers in heart failure. *J Investig Med.*, 61(6), 950-955.
- Johansson, P., Dahlström, U. ve Broström, A. (2006). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs.*, 5(1), 5-15.
- Jurgens, C., Hoke, L., Byrnes, J. ve Riegel, B. (2009). Why do elders delay responding to heart failure symptoms? *Nursing Research*, 58(4), 274-282.
- Kahraman, G. ve Ural, D. (2004). *Kalp yetersizliği ve şok sendromu. klinik kardioloji*. Kocaeli: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kantz, S. (2013). *Heart failure*. New York: Oxford University Press.
- Kara, B. (2001). Öz bakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom Dergisi*, 13, 45-48.
- Karabulut, İ. ve Gün, M. (2019). Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisi. *Turk J Cardiovasc Nurs.*, 10(21), 8-16.
- Karaca, S. ve Mert, H. (2011). Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 1-7.

Karahancı, O., Öztoprak, Ü., Ersoy, M., Zeybek Ünsal, Ç., Hayırlıdağ, M. ve Örnek Büken, N. (2015). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2(2), 117-126.

Kav, S., Hanoğlu, Z. ve Algier, L. (2008). Türkiye'de kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 18(1), 32-38.

Kavalieratos, D., Gelfman, L., Tycon, L., Riegel, B., Bekelman, D.B. ve Ikejiani, D. (2017). Palliative care in heart failure: rationale, evidence, and future priorities. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(15), 1919-1930.

Kavradım, S. ve Canlı Özer, Z. (2013). Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerde semptom yönetimi. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(6), 1-14.

Kaya, G. (2016). *Kalp yetersizliği olan hastaların ilaç ve diyet uyumlarının hastaneye yatış ve yaşam kalitesine etkisi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

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

Kelder, J., Cramer, M., Wijngaarden, J., Van Tooren, R., Mosterd, A., Moons, K., Hoes, A. (2011). The diagnostic value of physical examination and additional testing in primary care patients with suspected heart failure. *Circulation*, 124, 2865-2873.

Keleş, İ. (2014). *Güncel kardioloji*. İstanbul: Akademi Uluslararası Yayıncılık.

Keleş, İ. (2014). *Kalp yetersizliğine güncel bakış*. İstanbul: Akademik Yayınevi.

Kemp, C. ve Conte, J. (2012). The pathophysiology of heart failure. *Cardiovasc Pathol.*, 21(5), 365-371.

Kepez, A. ve Kabakcı, G. (2004). Kalp yetersizliği tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 69-81.

Kesme, F. (2019). Novel paradigms in the therapeutic management of heart failure with preserved ejection fraction: Clinical perspectives. *Am J Cardiovasc Dis*, 9(5), 91-108.

Kessing, D., Denollet, J., Widdershoven, J. ve Kupper, N. (2017). Self-care and health-related quality of life in chronic heart failure: A longitudinal analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(7), 605-613.

Khatibzadeh, S., Farzadfar, F., Oliver, J., Ezzati, M. ve Moran, A. (2013). Worldwide risk factors for heart failure: A systematic review and pooled analysis. *International Journal of Cardiology*, 168, 1186-1194.

Kıncı, E. (2018). *Kalp yetersizliği hastalarının umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kim, H.N. ve Januzzi, J. (2011). Natriuretic peptide testing in heart failure. *Circulation*, 123(18), 2015-2019.

Kim, S. ve Han, H. (2013). Evidence-based strategies to reduce readmission in patients with heart failure. *J Nurse Pract*, 9(4), 224-32.

Korkmaz, M. (2003). Kalp yetmezliği tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Türkiye Tıp*, 10(1), 36-42.

- Köseoğlu, N. ve Enç, N. (2016). Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), 162-168.
- Kurmani, S. ve Squire, I. (2017). Acute heart failure: Definition, classification and epidemiology. *Curr Heart Fail Rep.*, 14(5), 385-392.
- Kutlutürkan, S. ve Karataş, T. (2014). Kemoterapiye bağlı kusmada tamamlayıcı tıp. *Bozok Tıp Dergisi*, 4(3), 63-65.
- Küçükberber, N., Özdilli, K. ve Yorulmaz, H. (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Dergisi*, 11, 619-26.
- Kwekkeboom, K.L. ve Bratzke, L. (2016). A systematic review of relaxation, meditation, and guided imagery strategies for symptom management in heart failure. *J Cardiovasc Nurs.*, 31(5), 457-463.
- Lalonde, L., O'connor, A., Joseph, L. ve Grover, S. (2004). Canadian Collaborative Cardiac Assessment Group. Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. *Qual Life Res.*, 13, 793-804.
- Lam, C., Donal, E., Kraigher-Krainer, E. ve Vasan, R. (2011). Epidemiology and clinical course of heart failure with preserved ejection fraction. *Eur J Heart Fail.*, 9(1), 18-28.
- Laurence C, Burch M. (2020). Understanding heart failure : pathophysiology and approach to therapy. in: Cardiovascular Medicine Understanding. C 31. Elsevier Ltd; 61-67. DOI:10.1016/j.paed.2020.11.001
- Lee, C., Bidwell, J. ve Paturzo, M. (2017). Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. *Heart Lung.*, 47(1), 40-46.
- Lee, H., Boo, S., Yu, J., Suh, S., Chun, K. ve Kim, J. (2017). Physical functioning, physical activity, exercise self-efficacy, and quality of life among individuals with chronic heart failure in Korea: A cross-sectional descriptive study. *J Nurs Res.*, 25(2), 131-139.
- Leeming, A., Murray, S. ve Kendall, M. (2014). The impact of advanced heart failure on social, psychological and existential aspects and personhood. *European Journal of Cardiovascular Nursing.*, 13(2), 162-167.
- Lindenfeld, J., Albert, N., Boehmer, J., Collins, S., Ezekowitz, J., Givertz, M. ve Katz, S. (2010). America HFSA. Executive summary: HFSA 2010 kapsamlı kalp yetmezliği uygulama kılavuzu. *J Cardiac Fail*, 16(6), 1-194.
- Liu, M., Wang, C., Huang, Y., Cherng, W. ve Wang, K. (2014). A correlational study of illness knowledge, self-care behaviors, and quality of life in elderly patients with heart failure. *Journal of Nursing Research.*, 22(2), 136-145.
- Loo, D., Jiang, Y., Koh, K., Lim, L. ve Wang, W. (2016). Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. *Applied Nursing Research*, 32, 148-55.
- Luttik, M., Jaarsma, T., Veeger, N. ve Van Veldhuisen, D. (2006). Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 35(1), 3-8.
- Macabasco-O'Connell, A., Crawford, M., Stotts, N., Stewart, A. ve Froelicher, E. (2008). Self-care behaviors in indigent patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 223-230.
- Malik, A., Brito, D. ve Chhabra, L. (2021). *Congestive heart failure (nursing)*. In: Statpearls [InteTreasure Island (FL)]. In: Statpearls [InteTreasure Island (FL)]; Stat Pearls Publishing.



McMurray, J., Adamopoulos, S., Anker, S., Auricchio, A., Böhm, M. ve Dickstein, K. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart. *European Journal of Heart Failure*, 33(14), 1787-1847.

McDonagh, T.A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R.S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H. (2021). 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726.

Meseri, R. (2014). Nutrition in heart failure. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(5), 438-443.

Moser, D. (2002). Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: Why clinicians do not seem to care. *Eur J of Cardiovascular Nursing*, 1(3), 183-188.

Moser, D., Frazier, S., Worrall-Carter, L., Biddle, M., Chung, M., Lee, K. ve Lennie, T. (2011). Symptom variability, not severity, predicts rehospitalization and mortality in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 124-129.

Moshki, M., Khajavi, A., Hashemizadeh, H., Vakilian, F., Minaee, S. ve Martin, S. (2019). Dark or bright half of the moon: a qualitative study exploring the experience of Iranian heart failure patients regarding their quality of life. *Open Access Maced J Med Sci.*, 7(5), 824-830.

Mosterd, A. ve Hoes, A. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Education In Heart.*, 93, 1137-1146.

Mueller, C., McDonald, K., de Boer, R., Maisel, A., Cleland, J., Kozhuharov, N., Mebazaa, A. (2019). Heart Failure Association of the European Society of Cardiology practical guidance on the use of natriuretic peptide concentrations. *Eur J Heart Fail.*, 21(6), 715-731.

Nair, N. (2020). Epidemiology and pathogenesis of heart failure with preserved ejection fraction. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 21(4), 531-540.

National Center for Health Statistics 2018. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db355.htm>

Naveiro-Riloa, J., Diez-Juárez, D., Blanco, A., Rebollo-Gutiérrez, F., Rodríguez-Martínez, A. ve Rodríguez-García, M. (2010). Validation of the Minnesota living with heart failure questionnaire in primary care. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*, 63(12), 1419-27.

Nordgren, L. ve Sörensen, S. (2003). Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2(3), 213-7.

Oksel, E., Akbıyık, A. ve Koçak, G. (2016). Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda özbakım davranışlarının incelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-8.

Okutucu, S. ve Kabakçı, G. (2011). Yaşlıda kalp yetersizliği ve tedavisi. *Akademik Geriatri Dergisi*, 3.

Oudejans, I., Mosterd, A., Bloemen, J., Valk, M., Van Velzen, E., Wielders, J., Hoes, A. (2011). Clinical evaluation of geriatric outpatients with suspected heart failure: Value of symptoms, signs, and additional tests. *Eur J Heart Fail*, 13(5), 518-27.

Ölüm Nedeni İstatistikleri (2018). *Türkiye istatistik kurumu haber bülteni*. İstanbul.

- Öz Alkan, H. ve Enç, N. (2015). Kalp yetersizliğinde evde bakım. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(9), 27-41.
- Özdemir, A. (2009). *Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özdemir, Ü. (2009). Kalp yetersizliği hasta ve aile eğitimi. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni*, 11, 1-5
- Özer, S. ve Argon, G. (2005). Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21, 63-77.
- Özer, S. (2002). *Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özer, S. (2010). Kalp yetersizliğinde aile/ bakım verici yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 3-7.
- Özer, S. (2016). Kalp Yetersizliğinde kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 17-25.
- Palazzuoli, A. ve Nuti, R. (2010). Heart failure: pathophysiology and clinical picture. *Contrib Nephrol*, 164, 1-10.
- Panikowski, P., Voors, A., Anker, S., Bueno, H., Cleland, J. ve Coats, A. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the heart failure association of the ESC. *European Journal of Heart Failure*, 37(27), 2129-2200.
- Papasavvas , T., Alhashemi, M. ve Micklewright, D. (2017). Association between depressive symptoms and exercise capacity in patients with heart disease: A meta-analysis. *J Cardiopulm Rehabil Prev.*, 37(4), 239-249.
- Peters-Klimm, F., Freund, T. ve Kunz, C. (2013). Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: A cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(2), 167-76.
- Piepoli, M., Davos, C., Francis, D. ve Coats, A. (2004 ). Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ*, 328(7433), 189-195.
- Piotrowicz, E., Stepnowska, M., Leszczynska-Iwanicka, K., Piotrowska, D., Kowalska, M., Tylka , J., Piotrowicz, R. (2015). Quality of life in heart failure patients undergoing home-based telerehabilitation versus outpatient rehabilitation-A randomized controlled study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3), 256-263.
- Plácido, R. ve Mebazaa, A. (2015). Nonpharmacological management of acute heart failure. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 68(9), 794-802.
- Polikandrioti, M., Goudevenos, J., Michalis, L., Koutelekos, J., Kyristi, H., Tzialas, D. ve Elisaf, M. (2015). Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. *Hellenic Journal of Cardiology*, 56(1), 26-35.
- Polikandrioti, M., Kalafatakis, F., Koutelekos, I. ve Kokoularis, D. (2019). Fatigue in heart failure outpatients: Levels, associated factors, and the impact on quality of life. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.*, 4, e103-e112.
- Ponikowski, P., Anker, S., AlHabib , K., Cowie , M., Force , T. ve Hu, S. (2014). Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure*, 1, 4-25.

- Portenoy , R., Thaler, E., Komblith, A., Lepore, J., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E. ve Sicher, H. (1994). The memorial symptom assessment scale:An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J.Cancer*, 30(9), 1326-1336.
- Pullen, P., Thompson, W., Benardot, D., Brandon, L., Mehta, P. ve Rifai , L. (2010). Benefits of yoga for African American heart failure patients. *Med Sci Sports Exerc.*, 42(4), 651-7.
- Rector, T. ve Cohn, J. (1992). Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure: Reliability and validity during a randomized, doubleblind, placebo-controlled trial of pimobendan. *American Heart Journal*, 124(4), 1017-1025.
- Rector, T., Francis, G. ve Cohn, J. (1987). Patients' self-assessment of their congestive heart failure. Part 1: Patient perceived dysfunction and its poor correlation with maximal exercise tests. *Heart Failure*,(3), 192-196.
- Riegel, B. ve Dickson, V. (2008). A situation-specific theory of heart failure selfcare. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196.
- Rodríguez-Artalejo, F., Guallar-Castillón , P., Pascual , C., Otero, C., Montes, A., García, A., Herrera, M. (2005). Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch Intern Med*, 165(11), 1274-9.
- Safi, S., Korang, S., Nielsen, E., Sethi, N. ve Feinberg, J. (2017). Beta-blockers for heart failure. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), 1-23.
- Salık, S. (2019). *Kalp yetersizlikli hastalarda yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Sant'Anna, C., Stelmach, R., Feltrin, M., Jacob Filho, W., Chiba, T. ve Cukier, A. (2003). Evaluation of health-related quality of life in low-income patients with COPD receiving long-term oxygen therapy. *Chest*, 123(1), 136-141.
- Sargento, L., Longo, S., Lousada, N. ve Dos Reis, R. (2014). The importance of assessing nutritional status in elderly patients with heart failure. *Curr Heart Fail Rep*, 11(2), 220-6.
- Sarı, İ., Çavuşoğlu, Y., Temizhan, A., Yılmaz, M. ve Eren, M. (2016). 2016 Avrupa ve Amerika Kalp Yetersizliği Kılavuz Güncellemeleri:Yenilikler, benzerlikler, farklılıklar ve netlik kazanmamış konular. *Türk Kardiyol Derneği Ars.*, 44(8), 625-636.
- Schwinger, R. (2021). Pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Diagnosis Therapy*, 11(1), 263-276.
- Sebern , M. ve Riegel , B. (2009). Contributions of supportive relationships to heart failure self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8. 97-104.
- Sevinç, S. (2017). Temel iç hastalıkları hemşireliği. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu, *Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi* içinde (ss.140-142.). Adana: Nobel Tıp Yayınları.
- Sezgin, D. ve Mert, H. (2015). Kalp yetersizliği olan bireylerin hemşirelik bakımında kanıta dayalı yaklaşımlar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 108-118.
- Solomon, S., Anavekar, N., Skali, H., McMurray, J., Swedberg , K., Yusuf, S., Pfeffer, M. (2005). Candesartan in Heart Failure Reduction in Mortality (CHARM) Investigators. Influence of ejection fraction on cardiovascular outcomes in a broad spectrum of heart failure patients. *Circulation*, 112(24), 3738-44.

- Son, Y., Song, Y., Nam, S., Shin, W., Lee, S. ve Jin, D. (2012). Factors associated with health-related quality of life in elderly Korean patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2012, 27(6), 528-38.
- Son, Y.J. ve Song, E. (2013). High nutritional risk is associated with worse health-related quality of life in patients with heart failure beyond sodium intake. *Eur J Cardiovasc Nurs.*, 12(2), 184-92.
- Stojanovic, M. ve Stefanovic, V. (2007). Assessment of health-related quality of life in patients treated with hemodialysis in Serbia: Influence of comorbidity, age and income. *Artif Organs*, 31, 53-60.
- Şentürk, A. (2021). Kalp yetersizliği olan bireylere uygulanan fiziksel aktivite programının yorgunluk, yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasite üzerine etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tanai, E. ve Frantz, S. (2016). Pathophysiology of heart failure. *Comprehensive Physiology*, 6(1), 187-214.
- Tekin, H. ve Polat, Ü. (2018). Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 28(1), 14-22.
- Tekin, Y. (2018). *Kalp yetersizliği hastalarının öz-bakım becerilerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İzmir: Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tokgözlüoğlu, L., Yılmaz, M., Abacı, A., Altay, H., & Atalar, E. (2015). Türkiye’de Kalp Yetersizliği Yol Haritası Kalp yetersizliğinin ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi amacıyla geliştirilebilecek politikalara ilişkin öneriler. *TKD*, 1-31.
- Toprak, N. ve Akıl, M. (2016). *Kalp yetersizliği*. Alan S, (ed). *Kardiyolojide pratik bilgiler*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Tranmer, J., Heyland, D. ve Dudgeon, D. (2003). Measuring the symptom experience of seriously ill cancer and noncancer hospitalized patients near the end of life with the memorial symptom assessment scale. *J Pain Symptom Manage*, 25, 420-429.
- Uslu, H. (2011). *Kalp yetersizliği olan hastaların ve bakımverenlerin anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Uzunhasanoğlu, Z. (2013). *Minnesota kalp yetmezliği ile yaşam anketinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Varughese, S. (2007). Management of acute decompensated heart failure. *Crit Care Nurs.*, 30(2), 94-103.
- Vavasour, B. ve Major, A. (1990). Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patient on dialysis. *Nephrology*, 55(1), 10-15.
- Virani, S., Alonso, A. ve Benjamin, E. (2020). Heart disease and stroke statistics-2020 Update. *A Report from the American Heart Association*, 141(9), 139-596.
- Wang, S., Lin, L., Lee, C. ve Wu, S. (2011). Effectiveness of a self care program in improving symptom distress and quality of life in congestive heart failure patients: A preliminary study. *Journal of Nursing Research*, 19(4), 257-266.
- Yancy, C., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey Jr, D., Drazner, M. ve Fonarow, G. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of

Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 62(16), e147-e239.

Yeşilbursa, D. (2017). Yaşlılarda kalp yetersizliğine yaklaşım. *Türk Kardiyol Dern Ars.*, 45(5), 42-46.

Zamboroski, C., Lennie, T., Chung, M., Heo, S., Smoot, T. ve Ziegler, C. (2004). Use of the memorial symptom assessment scale-heart failure in heart failure patients. *Circulation*, 110 (Supplement III (17)).

Zamboroski, C., Moser, D., Bhat, G. ve Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur HJ. of Cardiovascular Nursing*, 4(3), 198-206.

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

Ziaecian, B. ve Fonarow, G. (2016). Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol.*, 13, 368-378.

Zoghi, M. (2011). Kalp yetersizliği tanısı, evreleri ve sınıflandırılması. *Klinik Gelişim*, 24, 1-5.

## ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Funda ESİM DUDAK
Eğitim	
Lise	Yozgat Boğazlıyan Sağlık Meslek Lisesi (2011)
Lisans	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yüksek Okulu (2012-2016)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2018-2023)
Doktora	
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kuruluş Adı	

## EKLER

### EK-1: Etik Kurul Onay Formu

#### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Düzeylerinin Öz Bakım ve Yaşam Kalitesine Etkisi"
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Çağış Yerleşkesi Uşak Yolu Üzeri, 10145 BALIKESİR
	TELEFON	266 612 14 61-6707
	FAKS	
	E-POSTA	bauklinetik@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Özlem TEKİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat EREL  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Düzeylerinin Öz Bakım ve Yaşam Kalitesine Etkisi"
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	<b>Karar No:2020/236</b>	<b>Tarih: 23.12.2020</b>					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden izin alınması şartıyla gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oybirliği ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof.Dr.Fuat EREL	Göğüs Hastalıkları AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Gülten ERKEN	Fizyoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Akın USTA	Kadın Hastalıkları ve Doğum AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Eren ALTUN	Patoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Elif AKSÖZ	Tıbbi Farmakoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Uzm.Dr.Mehmet ÇALIŞKAN	Halk Sağlığı Bölümü	Balıkesir KEAS Organize Sanayi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Av.Erman ARDA	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Hüsnü KUNDAKÇI	Eczacı	Balıkesir Sağlık Uygulama ve Arş.Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Serhat ALDEMİR	Emekli		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Fuat EREL  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer alınacağı her sayfaya imza atmalıdır.



## EK-2: Anketler Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/02/2021-E.9458



T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-46720092-605.99-9458  
Konu : Araştırma İzni (Funda ESİM DUDAK)

### HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 21/01/2021 tarihli ve 16341095/605.99/4476 sayılı yazı.

Anabilim Dalınız ortak tezli yüksek lisans programı öğrencilerinden Funda ESİM DUDAK'ın "Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Düzeylerinin Öz Bakım ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili anket ve çalışmalarını, Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde yapabilmemesinin uygun görülmesi ile ilgili yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Osman İrfan İLHAK  
Enstitü Müdürü

Ek:Yazı (1 adet)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Belge Doğrulama Kodu :BELCSBV02 Pin Kodu :23012

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesir-universitesi-ebys>

Adres:Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir  
Telefon:2666121462-1203 Faks:2666121009  
e-Posta:sagbilen@balikesir.edu.tr Web:www.saglikbilimleri.balikesir.edu.tr  
Kep Adresi:balikesiruniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Fatma İşler  
Unvanı: Enstitü Sekreteri  
Tel No: 2666121462



Evrak Tarih ve Sayısı: 09/02/2021-E.9291



T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : E-93559075-605.99-9291  
Konu : Araştırma İzni (Funda ESİM DUDAK)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 22/01/2021 tarihli ve 46720092/605.99/4853 sayılı yazı.

İlgi yazınızda bahsi geçen çalışma ve anketleri Funda ESİM DUDAK'ın Hastanemiz kardiyoloji polikliniği, yoğun bakım ve servislerinde yapması uygun bulunmuştur.  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Alper ÇOBAN  
Hastaneler Başmüdürü V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BEKV5BTU5 Pin Kodu :06622

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesir-universitesi-ebys>

Adres:Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çağış Yerleşkesi  
Telefon:0 (266) 612 10 10 Faks:0 (266) 612 10 23 - 612 12 94  
e-Posta:hastane@balikesir.edu.tr Web:hastane.balikesir.edu.tr  
Kcp Adrcsi:balikesiruniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Kıvanç Küçükergin  
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni  
Tel No: 6121010-1700



### EK-3: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi BAUN Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik A.D.'de yürütülen **“Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Düzeylerinin Öz Bakım ve Yaşam Kalitesine Etkisi”** başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler edinildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Bu araştırmaya katıldığımız için maruz kalacağınız herhangi bir risk yoktur.

Bu çalışma için gerekli tüm masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Çalışma için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırma, kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir istenmeyen durum hakkında daha fazla bilgi temin edebilmeniz için araştırmacı Funda Esim ile günün 24 saatinde erişime geçebilirsiniz. (Telefon No:)

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Bu çalışmanın amacı **Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Semptom Düzeylerinin Öz Bakım ve Yaşam Kalitesine Etkisini** araştırmaktır. Çalışmada kullanılacak yöntem aşağıda açıklanmıştır.

Buna göre;

**Araştırmanın Tipi:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

**Araştırmanın Evren ve Örneklemi:** Araştırmanın evreninin, araştırmanın yapıldığı tarihlerde, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Kardiyoloji Kliniğinde, Koroner Yoğun Bakımda yatarak tedavi gören ve Kardiyoloji Polikliniğine başvuran kalp yetersizliği olan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kalp yetersizliği tanısı alan bireyler oluşturmaktadır.

**Veri Toplama Araçları:** Veri toplamada yüz yüze görüşme tekniği uygulanacaktır. Veri toplamada, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu, Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği, Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışı Ölçeği, Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi kullanılacaktır. Ölçeklerin uygulanabilmesi için geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılar tarafından izin alınmıştır.

#### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Siz bu araştırmanın **gönüllü grubu** içinde yer alacaksınız. Sizden elde edilecek bilgiler veya veriler, çalışmada oluşturulacak farklı gruplardan elde edilecek bilgi veya verilerle karşılaştırılarak bir sonuca ulaşılabilecektir.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]  
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum.Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.**Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): ..../..../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının (Doktorun)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../..../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../..../.....

**EK-4: Anket Formu**

**KALP YETERSİZLİĞİ İLE İLGİLİ ANKET FORMU**

**I) Sosyo-Demografik Özellikler**

**1- Yaş:**

**2- Cinsiyet:** 1) Kadın 2) Erkek

**3- Medeni Durum:** 1) Evli 2) Bekar

**4- Mesleğiniz:**

1) Ev hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Emekli 5) İşsiz 6) Diğer

**5- Sağlık Güvencesi:**

1) SGK (ssk-bağkur-ES) 2) Özel sağlık sigortası 3) Yok 4) Diğer.....

**6- Eğitim Durumunuz:**

1) Okur-yazar değil 2) İlköğretim 3) Ortaöğretim(lise) 4) Üniversite 5) Diğer

**7- Toplam aylık geliriniz:**

1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

**8- Kiminle yaşıyorsunuz:**

1) Yalnız 2) Diğer aile bireyleriyle : (.....) 3) Diğer

**9- Aile Tipiniz nedir?**

1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile 3) Parçalanmış Aile

**II) Kalp Yetersizliği ile İlgili Form**

**1-) Hastalığınızın tanısı ne zaman konuldu? .....**

**2-) Kalp yetersizliği sınıflamasında kendinizi hangi sınıfta görüyorsunuz?**

1) Sınıf 1 (Günlük fiziksel aktiviteleri yerine getirirken kısıtlanma yaşamıyorum)

2) Sınıf 2 (Günlük fiziksel aktiviteleri yerine getirirken HAFİF kısıtlanma yaşıyorum)

3) Sınıf 3 (Günlük fiziksel aktiviteleri yerine getirirken BELİRGİN kısıtlanma yaşıyorum)

4) Sınıf 4 (İstirahatte dahi nefes darlığı yaşıyorum)

**3-) Daha önce bu tanı nedeniyle hastaneye tekrarlı yatışınız oldu mu?**

1) Evet 2) Hayır

**4-) Hastalığınıza eşlik eden başka kronik bir rahatsızlığınız var mı?**

1) Evet 2) Hayır

**5-) Cevabınız evet ise hangi kronik rahatsızlığınız/rahatsızlıklarınız bulunmaktadır?**

1) Diyabet 2) Hipertansiyon 3) KOAH 4) Böbrek yetersizliği 5) Koroner arter hastalığı 6) Kalp kapak hastalıkları 7) Diğer.....

**6-) Ailenizde kalp yetersizliği tanısı alan bir birey var mı?**

1) Evet 2) Hayır

**7-) Hastalığınızla ilgili olarak sağlık kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz?**

1) Evet 2) Hayır

**8-) Şu anki sağlığını nasıl yorumlarsınız?**

1) Çok kötü 2) Kötü 3) İyi 4) Çok iyi

**9-)Kullanılan ilaçlar:**

1) Diüretikler 2) Beta blokerler 3) Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) İnhibitörleri  
4) Vazodilatörler(Nitratlar) 5) Digoksin 6) Kalsiyum Kanal Blokerleri  
7) Anjiyotensin reseptör blokerleri 8)Antiaritmikler 9) Antikoagulan

**10-) İlaç tedavisinin yanı sıra başvurulan Nonfarmakolojik yöntemler:**

( 1 ) Tuz alımının kısıtlanması ( 2 ) Düzenli kilo takibi ( 3 ) Sigarayı bırakma ( 4 )  
Egzersiz ( 5 ) Alkolü bırakma ( 6 ) Sıvı alımının kısıtlanması ( 7 )  
) İnfeksiyonlara karşı aşılama

**11-)Sigara kullanıyor musunuz?**

1) Evet 2) Hayır

**12-) Alkol kullanıyor musunuz?**

1) Evet 2) Hayır

### III) Metabolik Kontrol Formu

#### 1-)Metabolik Sonuç Kriterleri

HbA1c %.....

Total Kolesterol .....mg/dl

LDL .....mg/dl

HDL .....mg/dl

Trigliserid .....mg/dl

Kan Basıncı .....mm/Hg

Boyunuz ..... Kilonuz .....

Beden Kitle İndeksi .....kg/m<sup>2</sup>

## EK-5: Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği Ölçeği

MEMORIAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME SKALASI-KALP YETMEZLİĞİ
AD/SOYAD: _____ TARİH: _____
BÖLÜM 1:
AÇIKLAMALAR: Aşağıda 26 tane semptom listelenmiştir. Her birini dikkatlice okuyunuz. Eğer geçen hafta yaşadığınız semptom varsa, bu semptomu ne kadar sıklıkta ve genellikle ne kadar şiddetli yaşadığınızı ve bu durum sizi ne kadar rahatsız ettiğini, uygun numarayı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer semptom görülmedi ise "GÖRÜLMEDİ" kutusuna "X" işareti koyunuz.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA, Bu semptomlardan herhangi biri görüldü mü?	GÖRÜLMEDİ	CEVABINIZ EVET İSE, Ne kadar sıklıkta görüldü?	CEVABINIZ EVET İSE, Genellikle ne kadar şiddetliydi?	CEVABINIZ EVET İSE, Sizi ne kadar sıkıntılı veya rahatsız hissettirdi?																										
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Nadiren</th> <th>Bazen</th> <th>Sıklıkla</th> <th>Neredeyse sürekli</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse sürekli	1	2	3	4	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hafif</th> <th>Orta</th> <th>Şiddetli</th> <th>Çok şiddetli</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	1	2	3	4	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hiç</th> <th>Az</th> <th>Biraz</th> <th>Fazla</th> <th>Çok fazla</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla	0	1	2	3	4
Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse sürekli																											
1	2	3	4																											
Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli																											
1	2	3	4																											
Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla																										
0	1	2	3	4																										
Konsantrasyonda güçlük		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Göğüs ağrısı		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Diğer ağrılar		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
<i>Ağrının tipi/bölgesi:</i>																														
Öksürük		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Sinirliklik		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Ağız kuruluğu		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Mide bulantısı		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Uyuşukluk/sersemlik		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
El/ayaklarda uyuşma/karıncalanma		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Uyku problemleri		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Şişkinlik hissi		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										

GEÇEN HAFTA BOYUNCA, Bu semptomlardan herhangi biri görüldü mü?	GÖRÜLMEDİ	CEVABINIZ EVET İSE, Ne kadar sıklıkta görüldü?	CEVABINIZ EVET İSE, Genellikle ne kadar şiddetliydi?	CEVABINIZ EVET İSE, Sizi ne kadar sıkıntılı veya rahatsız hissettirdi?																										
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Nadiren</th> <th>Bazen</th> <th>Sıklıkla</th> <th>Neredeyse sürekli</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse sürekli	1	2	3	4	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hafif</th> <th>Orta</th> <th>Şiddetli</th> <th>Çok şiddetli</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	1	2	3	4	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hiç</th> <th>Az</th> <th>Biraz</th> <th>Fazla</th> <th>Çok fazla</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla	0	1	2	3	4
Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse sürekli																											
1	2	3	4																											
Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli																											
1	2	3	4																											
Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla																										
0	1	2	3	4																										
İdrar yapmada güçlük		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Çarpıntı		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Halsizlik		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Gece solunum güçlüğü ile uyanma		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Kusma		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Solunum güçlüğü		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
İshal		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Üzgün/üzüntülü hissetme		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Terleme		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Endişelenme		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Cinsel ilgi veya aktivite sorunları		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Kaşıntı		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
İştahsızlık		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Baş dönmesi		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										
Sinirliklik		1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4																										



**BÖLÜM 2:**

**AÇIKLAMALAR:** Aşağıda 6 tane semptom listelenmiştir. Her birini dikkatlice okuyunuz. Eğer geçen hafta yaşadığınız semptom varsa, bu semptomu genellikle ne kadar şiddetli yaşadığınızı ve bu durumun sizi ne kadar rahatsız ettiğini, uygun numarayı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer semptom görülmedi ise "GÖRÜLMEDİ" kutusuna "X" işareti koyunuz.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA, Bu semptomlardan herhangi biri görüldü mü?		GÖRÜLMEDİ	CEVABINIZ EVET İSE, Genellikle ne kadar şiddetliydi?				CEVABINIZ EVET İSE, Sizi ne kadar sıkıntılı veya rahatsız hissettirdi?				
			Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	HİÇ	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
Tad duyusunda değişiklik			1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kilo kaybı			1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kabızlık			1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kol veya bacaklarda şişme			1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kilo alma			1	2	3	4	0	1	2	3	4
Düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü			1	2	3	4	0	1	2	3	4
<b>*EĞER GEÇEN HAFTA BOYUNCA, BAŞKA HERHANGİ BİR SEMPTOM GÖRÜLDÜ İSE, LÜTFEN AŞAĞIYA LİSTELEYİNİZ VE BU SEMPTOMUN SİZİ NE KADAR SIKINTILI VEYA RAHATSIZ HİSSETTİRDİĞİNİ BELİRTİNİZ.</b>							0	1	2	3	4
Diğer:							0	1	2	3	4
Diğer:							0	1	2	3	4
Diğer:							0	1	2	3	4

**EK-6: Avrupa Kalp Yetersizliği Özbakım Davranışları Ölçeği**

		Tamamen katılıyorum			Tamamen katılmıyorum	
1	Hergün tartılırım	1	2	3	4	5
2	Eğer nefesim daralırsa sakinleşmeye çalışırım	1	2	3	4	5
3	Eğer nefes daralmam artarsa, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
4	Ayaklarım/Bacaklarım normalden fazla şişerse, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
5	Bir hafta içinde 2 kilo kaybedersem, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
6	Bir günde aldığım alkollü içeceklerimi kontrol altında tutarım (1.5–2 lt/day)	1	2	3	4	5
7	Gün içinde dinlenirim	1	2	3	4	5
8	Çok bitkinlik hissedersen, doktorum ya da hemşiremle görüşürüm	1	2	3	4	5
9	Az tuzlu yemek yerim	1	2	3	4	5
10	İlaçlarımı düzenli olarak alırım	1	2	3	4	5
11	Her yıl grip aşısı olurum	1	2	3	4	5
12	Düzenli spor yaparım	1	2	3	4	5

## EK-7: Minnesota Kalp Yetmezliği İle Birlikte Yaşama Anketi

Aşağıda, kalp yetmezliğinin son 1 ay (4 hafta) boyunca yaşamınızı ne kadar etkilediğini sorgulayan bazı ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeden sonra, yaşamınızın ne kadar etkilendiğini gstermek için 0, 1, 2, 3, 4, 5 numaralarından birini yuvarlak içine alınız. İfade sizin durumunuza uymuyorsa 0'ı işaretleyiniz.

<b>Son 1 aydır (4 haftadır) yaşamımı istediğim gibi srdremiyorum. nk kalp yetmezliğine bağlı;</b>	<b>ok</b>		<b>ok</b>			
	<b>Hayır</b>	<b>az</b>	<b>Az</b>	<b>Orta</b>	<b>Fazla</b>	<b>ok fazla</b>
1. Bacak ve ayak bileklerim şişiyor.	0	1	2	3	4	5
2. Gün içinde dinlenmek için oturmak ya da uzanmak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
3. Yürürken ya da merdiven çıkarken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
4. Ev ya da bahçe işleri yaparken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
5. Evden uzak yerlere gitmekte zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
6. Geceleri iyi uyuyamıyorum.	0	1	2	3	4	5
7. Arkadaş ya da aile ilişkilerimde ya da onlarla birlikte olmakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4	5
8. Hayatımı kazanmak için yaptığım işleri gerçekleştirmede zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
9. Eğlence, spor aktiviteleri ya da hobilerimi yapmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
10. Cinsel aktivitelerimi gerçekleştirirken zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
11. Sevdiğim yiyeceklerden daha az yemek zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
12. Nefes almakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
13. Yorgun, bitkin ya da enerjimin azaldığını hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
14. Hastaneye yatmak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5

<b>15.</b> Tedavi masrafları için para harcamak zorunda kalıyorum.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>16.</b> Tedaviye bağlı yan etkiler yaşıyorum.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>17.</b> Aileme ya da arkadaşlarıma yük olduğumu hissediyorum.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>18.</b> Hayatımın kontrolünü kaybetmiş gibi hissediyorum.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>19.</b> Endişeleniyorum.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>20.</b> Dikkatimi toplamada ya da hatırlamada güçlük çekiyorum.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>21.</b> Kendimi kederli, üzgün hissediyorum.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## EK-8: Ölçek Kullanım İzni

Kapat Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği

vacide asik  
Kime: Siz  
11.04.2020 Cmt 23:59

Sayın Esim,  
2009 yılı yüksek lisans tez çalışmamda, kültürel uyarlaması-dil eşdeğerliği ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım Memorial Semptom Değerlendirme Skalası (MSAS-HF)'ni çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ekte anketin türkçe versiyonu ile ankete ilişkin değerlendirme yer almaktadır. Kolaylıklar dilerim.

Öğr. Gör. Vacide AŞIK ÖZDEMİR  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Rize

funda esim  
Kime: Siz  
18.03.2020 Çar 12:18

Sayın Hocam,  
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.  
Tezimde; Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız "Memorial Semptom Değerlendirme Skalası-Kalp Yetmezliği"ni çalışmak için sizden izin alabilir miyim? Ölçeği ve ölçeğin değerlendirilmesi ile ilgili bilgiyi sizden edinebilir miyim?  
Yardımanız ve ilginiz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla.  
İyi çalışmalar.

Funda ESİM

Kapat Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeği

Bu iletiyi 7.07.2020 Sal 23:11 tarihinde ilettiniz

C  
Kime: Siz  
6.07.2020 Pzt 13:42

Avrupa Kalp Hastalıkları Öz-B...  
22 KB

Funda Hanım merhaba,  
Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ekli dosyadadır.  
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Çalışmanızda başarılar dilerim.  
Prof.Dr.Canan Baydemir  
Kocaeli Üniv. Tıp Fak.  
Biyostatistik ve Tıp Bilişimi A.D.

----- Yönlendirilmiş İleti -----  
Kimden: Funda ESİM  
Kime: Siz  
Gönder: 6 Temmuz 2020 13:08  
Konu: Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranış Ölçeği


Sayın Hocam,  
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.  
Tezimde; Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız " Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği "ni çalışmak için sizden izin alabilir miyim?  
Ölçeği ve ölçeğin değerlendirilmesi ile ilgili bilgiyi sizden edinebilir miyim?  
Yardımanız ve ilginiz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla.  
İyi çalışmalar.


Funda ESİM

**Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, MLHFQ)**

Kapat

Bu iletiyi 7.07.2020 Sal 23:11 tarihinde ilettiniz

 Kime: Siz; vacide asik 7.07.2020 Sal 10:12

 Minnesota Kalp Yetmezliği il...  
95 KB

Sayın ESİM,  
2009 yılı yüksek lisans tez çalışmamda, kültürel uyarlaması-dil eşdeğerliği ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, MLHFQ)'ni çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ekte anketin türkçe versiyonu ile ankete ilişkin değerlendirme yer almaktadır. Kolaylıklar dilerim.  
Dr. Öğr. Üyesi Vacide AŞIK ÖZDEMİR  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Rize

**Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ))**

Kapat

 funda esim 6.07.2020 Pzt 15:53

Kime: v

Sayın Hocam,  
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.  
Tezimde; Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız " Minnesota Kalp Yetmezliği ile Birlikte Yaşama Anketi "ni çalışmak için sizden izin alabilir miyim? Ölçeği ve ölçeğin değerlendirilmesi ile ilgili bilgiyi sizden edinebilir miyim?  
Yardımanız ve ilginiz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla.  
İyi çalışmalar.

Funda ESİM



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...

