

T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ ÖZ
BAKIM DAVRANIŞLARININ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞENUR KELEŞ

İstanbul-2022

**T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**KALP YETERSİZLİĞİ HASTALARININ ÖZ
BAKIM DAVRANIŞLARININ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞENUR KELEŞ

DANIŞMAN

PROF. DR. HEDİYE ARSLAN ÖZKAN

İstanbul-2022

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program : Hemşirelik Yüksek Lisans Programı
Tez Başlığı : Kalp Yetersizliği Hastalarının Öz Bakım Davranışlarının Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi
Tez Sahibi : Ayşenur Keleş
Sınav Tarihi : 23.06.2022

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)
Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar (Marmara Üniversitesi)
Tez danışmanı:	Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan (Yeditepe Üniversitesi)
Üye:	Dr.Öğr. Üyesi Sevim Şen (Yeditepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

23.06.2022

Ayşenur Keleş



TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince bana her konuda destek olan, bilgisi ve tecrübeleriyle yolumu aydınlatan, çalışmam boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana rehberlik eden tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince beni yetiştiren, emek veren tüm hocalarıma ve beraber çalıştığım Yeditepe Hemşirelik aileme ve sayın Prof. Dr. Hayati Çelik hocam'a,

Tez sürecinde her zaman yanımda olan ve tecrübelerini benimle paylaşan çalışma arkadaşlarım; Begüm Kırık, Ceren Zeren, Tuğçe Atak Meriç'e,

Araştırmamın veri toplama sürecinde hastalar ile bir araya gelmem için yardımlarını esirgemeyen başta Hem. Saniye Eryüz olmak üzere tüm kardiyoloji bölümü hemşireleri'ne,

Bu süreçte her zaman yanımda olan ve parçası olmaktan gurur duyduğum aileme ve ruhen hep yanımda olduğunu hissettiğim canım babama

sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU.....	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
ABSTRACT.....	ix
ÖZET.....	x
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.1.Giriş.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	2
1.3.Araştırmanın Soruları.....	2
2.GENELBİLGİLER.....	3
2.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı.....	3
2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi.....	4
2.4. Kalp Yetersizliği Patofizyolojisi.....	5
2.5. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları.....	6
2.6. Kalp Yetersizliği Tipleri ve Sınıflandırmaları.....	6
2.6.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği.....	6
2.6.1.1. Akut Kalp Yetersizliği.....	7
2.6.2. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği.....	7
2.6.2.1. Sistolik Kalp Yetersizliği.....	7
2.6.2.2. Diyastolik Kalp Yetersizliği.....	8
2.6.3. New York Kalp Cemiyeti (NYHA) Sınıflaması.....	8
2.6.4. Avrupa Kalp Cemiyeti (AHA/ACC) Sınıflaması.....	9
2.6.5. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Sınıflaması.....	10

2.7. Kalp Yetersizliği Tanı Yöntemleri.....	11
2.7.1. Tanı Testleri.....	11
2.7.1.1. Elektrokardiyografi (EKG).....	11
2.7.1.2. Ekokardiyografi (EKO).....	11
2.7.1.3. Göğüs Grafisi.....	11
2.7.1.4. Biyobelirteçler.....	11
2.7.1.5. 6 Dakika Yürüme Testi.....	12
2.7.1.6. Fizik Muayene Bulguları.....	13
2.7.2. Tanı Algoritmaları.....	13
2.7.2.1. Boston Kriterleri.....	14
2.7.2.2. Framingham Kriterleri.....	15
2.7.2.3. ESC Tanı Algoritması.....	15
2.8. Kalp Yetersizliği Tedavi Yöntemleri.....	16
2.8.1. Semptom Yönetimi.....	17
2.8.2. Kardiyak Rehabilitasyon.....	17
2.8.3. Farmakolojik Tedavi.....	18
2.8.3.1. ACE İnhibitörleri.....	18
2.8.3.2. Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri (ARBs).....	18
2.8.3.3. Betablokerler.....	19
2.8.3.4. Diüretikler.....	19
2.8.3.5. Dijital Grup İlaçlar.....	19
2.8.4. Cihaz Destekleri ve Cerrahi Tedavi.....	19
2.8.4.1. İmplant Kardiyoverter Defibrilatör (ICD).....	20
2.8.4.2. Sol Ventrikül Destek Cihazı (LVAD).....	20
2.8.5. Kalp Transplantasyonu (Kalp Nakli).....	20
2.9. Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Yaklaşımı.....	21
2.10. Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım.....	22
2.11. Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25

3.1.Araştırmanın Tipi.....	25
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer veZaman.....	25
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4.Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	25
3.5.Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	25
3.6.Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.6.1. Bağımlı Değişkenler.....	26
3.6.2. Bağımsız Değişkenler.....	26
3.7.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	26
3.7.1. Kalp Yetersizliği Hastası Tanılama Formu.....	26
3.7.2. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışları Ölçeği (EHFScBS).....	27
3.7.3. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLHFQ).....	27
3.8. Araştırma Süreci.....	28
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
4.BULGULAR.....	31
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Bilgileri.....	31
4.2. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLHFQ) Sonuçları.....	34
4.3. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları.....	34
4.4. Sosyodemografik Özellikler ile Öz bakım ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	56
5.1. Tartışma.....	56
5.1.1.Sosyodemografik Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	56
5.1.2. Hastaların Sağlık ile İlgili Özelliklerin Tartışılması.....	58
5.1.3. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Sonuçlarının Sosyodemografik Özellikler ile Tartışılması.....	60
5.1.4. Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşama Anketi (MLHFQ) Sonuçlarının Sosyodemografik Özellikler ile Tartışılması.....	64

5.1.5. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği ile Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşama Anketi Sonuçları Arasındaki İlişkinin Tartışılması...	67
5.2.1. Sonuç.....	69
5.2.2. Öneriler.....	71
6. KAYNAKLAR.....	72
7. EKLER.....	86
8. ÖZGEÇMİŞ.....	93



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 2.1. Diyastolik ve Sistolik Kalp Yetersizliğindeki Değişimler	8
Tablo 2.2. New York Kalp Cemiyeti Sınıflaması.....	9
Tablo 2.3. Avrupa Kalp Cemiyeti AHA/ACC Sınıflaması.....	10
Tablo 2.4. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Sınıflaması.....	10
Tablo 2.5. Boston Kriterleri.....	14
Tablo 2.6. Framingham Kriterleri.....	15
Tablo 2.7. Semptom Yönetimi	17
Tablo 2.8. Öz bakım ve Örnek Davranışlar.....	23
Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımları.....	32
Tablo 4.1.2. Hastaların Sağlık Durumları ile İlişkili Özelliklerinin Dağılımları.....	33
Tablo 4.2.1. Minnesota Kalp Yetersizliği ile BirlikteYaşama Anketi Puan Ortalamaları.....	34
Tablo 4.3.1. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Ölçüm Ortalamaları.....	34
Tablo 4.4.1. Cinsiyete Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.4.2. Yaş Gruplarına Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.4.3 Medeni Duruma Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.4.4 Evde Kaldığı Kişiye Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.4.5 Eğitim Duruma Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.4.6 Çalışma Durumuna Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.4.7 Yardım Alma Durumuna Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.4.8 Sigara Kullanımına Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.4.9 Alkol Kullanımına Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi	

(MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.4.10 Kalp Hastalığı Süresine Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.4.11 Hastaneye Yatış Durumuna Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.4.12 NYHA Sınıflamasına Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.4.13 Kullandığı İlaç Sayısına Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.4.14 Ailede Başka Kalp Hastası Olma Durumu ile Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.5.1. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşama Anketi ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği İlişkisi.....	54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. ESC Tanı Algoritması16

Şekil 2. Araştırmanın Akış Şeması.....28



SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KY	Kalp Yetersizliği
EF	Ejeksiyon Fraksiyonu
LVEF	Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu
NYHA	New York Kalp Cemiyeti
AHA/ACC	Avrupa Kalp Derneği
ESC	Avrupa Kardiyoloji Derneği
EKG	Elektrokardiyografi
BNP	B tipi natriüretikpeptit
ACE	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
RAAS	Renin-Anjiyotensin-Aldesteron Sistemi
ICD	İmplant Kardiyoverter Defibrilatör
MLHFQ	Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi
EHFScBS	Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği

ABSTRACT

Keles, A. (2022).Investigation of The Effect of Self Care Behaviors on Quality of Life in Patients with Heart Failure, Yeditepe University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Master's Thesis. Istanbul.

The increase in the number of patients diagnosed with heart failure in recent years; Proliferation of treatment options is associated with effective disease management and increased survival rate. It is seen that self-care behaviors are affected and quality of life changes in patients with heart failure. This study was carried out in a descriptive and cross-sectional design to determine the relationship between the adequacy of self-care (EHFScBS) behaviors and quality of life (MLHFQ) levels of heart failure patients. The sample of the study consisted of 120 patients who applied to the cardiology department of a private foundation university hospital between June 2021 and January 2022 and met the inclusion criteria. In the study, the mean of the MLHFQ scale total value was 45.84 ± 20.09 , and the mean of the EHFScBS total value was 32.76 ± 6.85 . There is a positive and weakly significant correlation between the MLHFQ scale score and the EHFScBS scale score ($r=.212$, $p<0.05$). It was found that NYHA Class II heart failure patient's self-care behaviors are the highest and the level of quality of life was determined as the lowest in NYHA Class IV heart failure patients ($p<0.05$). In nursing care, it should be taken into account that the self-care and quality of life of heart failure patients are significantly affected.

Keywords: heart failure; self-care; quality of life; nursing

ÖZET

Keleş, A. (2022). Kalp Yetersizliği Hastalarının Öz Bakım Davranışlarının Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.İstanbul.

Son yıllarda kalp yetersizliği tanısı alan hasta sayısındaki artış; tedavi seçeneklerinin çoğalması, etkin hastalık yönetiminin sağlanması ve sağkalım oranının artması ile ilişkilendirilmektedir. Kalp yetersizliği hastalarında öz bakım davranışlarının etkilendiği ve yaşam kalitesinin değiştiği görülmektedir. Bu çalışma, kalp yetersizliği hastalarının öz bakım (EHFScBS) davranışlarının yeterliliği ve yaşam kalitesi (MLHFQ) düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel desende gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemi, Haziran 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında özel bir vakıf üniversitesi hastanesi kardiyoloji bölümüne başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 120 hastadan oluşmuştur. Çalışmada MLHFQ ölçek toplam değeri ortalaması $45,84 \pm 20,09$, EHFScBS toplam değeri ortalaması ise $32,76 \pm 6,85$ bulunmuştur. MLHFQ ölçek puanı ile EHFScBS ölçek puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,212$, $p<0,05$). NYHA II. sınıf kalp yetersizliği hastalarında öz bakım davranışları en yüksek, NYHA IV. sınıf kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesi düzeyi en düşük olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). Hemşirelik bakımında, kalp yetersizliği hastalarının öz bakımları ve yaşam kalitelerinin önemli ölçüde etkilendiği dikkate alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: kalp yetersizliği; öz bakım; yaşam kalitesi; hemşirelik

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Giriş

Kalp yetersizliği prevalansı her geçen gün artan, ciddi mortalite ve morbidite oranına sahip bir dolaşım sistemi problemidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarına göre dünya genelinde ölüm nedenlerinin ilk sırasında %16'lık oranla kalp hastalıkları yer almaktadır. 2000 yılından 2019 yılına kadar geçen sürede kalp hastalarının sayısı neredeyse 9 milyona ulaşmıştır (1). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kardiyovasküler hastalıklar TÜİK ölüm nedeni verilerine göre ilk sırada kalp hastalıkları yer almaktadır. 2018 yılında 161920 kişi dolaşım sistemine bağlı hastalıklar yüzünden hayatını kaybetmiştir bu sayı tüm ölümlerin %38,4'üne karşılık gelmektedir (2). Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri (HAPPY) çalışmasında ülkemizde genç nüfus fazla olmasına rağmen kalp yetmezliği tanılı hasta sayısının yaklaşık 2,5 milyon olduğu belirtilmiştir (3). Kalp yetersizliği ventriküler dolum ya da kalbin yapısal ve fonksiyonel bozukluğundan kaynaklı yetersiz pompalama gücü ile ilişkili dokulara yeterli oksijenizasyonsağlanmamasına neden olan bir sendromdur (4). Kalp yetersizliği yorgunluk, dispne, periferik ödem başta olmak üzere aktivite intoleransı, kilo artışı, halsizlik, taşipne, taşikardi gibi semptomlar gösterir. Kalp yetersizliğinde ilaç tedavisinin yanı sıra semptom yönetimi de klinik seyrinde önemli rol oynar. Semptom yönetiminin sağlanmasında kişinin öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri etkilidir. Yapılan bir çok çalışmada kalp yetersizliği olan hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu görülmüştür. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu gelir durumu, kronik hastalıklar ve sosyal destek alabilme imkanı gibi özellikler kişinin öz bakım davranışlarını etkilidir (5). Öz bakım kişinin sağlığını koruma, sağlığı geliştirme ve hastalık durumunda iyileşme, hastalığı yönetmeyi sağlayan tüm aktiviteleri içerir. Kalp yetersizliğinde ortaya çıkan yorgunluk, dispne, eforla artan dispne gibi semptomlar, hastalık ciddiyetine bağlı olarak hastanın ev içinde yürüme, banyo yapma, eşya taşıma, yemek yapma gibi günlük yaşam aktivitelerini etkiler, öz bakım işlevlerinde olumsuzluklaraneden olur ve yaşam kalitesinde değişimlere yol açar (6).

1.2. Araştırmanın Amacı

Kalp yetersizliği hastaların günlük işlerini yerine getirmelerini zorlaştıran bir hastalıktır. Hastaların yürüme, eşya taşıma, temizlik gibi ev işlerini ve banyo yapma gibi öz bakım davranışlarını hastalığa bağlı semptomlar nedeniyle yerine getirememesi başkalarına bağımlı olma, yk olma ve hayattan zevk almama hislerine neden olmaktadır. Hastalık durumlarında özellikle hastaneye yatışlarda bireylerin öz bakımını üstlenen hemşirelerin bağımsız yetki ve sorumlulukları doğrultusunda uyguladıkları bakımlar ile hastaların öz bakım gereksinimlerini karşılanmaktadır. Gereksinimleri karşılanan bireylerin yaşam kalitesi de etkilenmektedir. Bu alışma, kalp yetersizliği tanısı almış bireylerin öz bakım davranışları ve yaşam kalitesi düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

SORU 1 (S1): Kalp yetersizliği tanısı almış bireylerin öz bakım davranışları ve yaşam kalitesi düzeyleri nedir?

SORU 2 (S2): Kalp yetersizliği tanısı almış bireylerin sosyodemografik özellikleri ile öz bakım davranışları ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında fark var mıdır?

SORU 3 (S3): Kalp yetersizliği tanısı almış bireylerin öz bakım davranışları ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Kalp yetersizliği, kalbin yapısal bozukluğu yada işlevsel yetersizliği nedeniyle ortaya çıkan kalbin içindeki kanın tam boşaltılamaması yada doku ve organlara yeterli kan dolaşımının sağlanamaması olarak tanımlanan patolojik bir durumdur (7,8). Kalp yetersizliği; yorgunluk, ekstremitelerde ödem, pulmoner ödem, dispne, abdomende şişlik, kilo artışı, uyku düzeninde bozulma gibi bulgularla kendini gösteren, akut dönemde tedavi edilmediğinde prognozu kronikleşen birden fazla sistemin etkilendiği kardiyak bir sorundur (9,10,11). Kalp yetersizliği kalbin işlev ve yapısal bozukluğu nedeniyle akut gelişebileceği gibi kalpte herhangi bir sorun olmaksızın ciddi anemi yada arterovenöz şant gibi nedenlerden de kaynaklanabilir. Tedavi edilmeyen bir çok kardiyak hastalığın kötüleşerek kalp yetersizliği tablosu oluşturması da mümkündür (7).

2.2. Kalp Yetersizliği Epidemiyolojisi

Kalp yetersizliğinin tanı sıklığı yaşla pozitif yönde ilerlemektedir. Avrupa ülkelerinde her yaş grubu incelendiğinde kalp yetersizliği görülme sıklığı yıllık 3/1000 iken, yetişkin grup incelendiğinde bu oran 5/1000'e yükseldiği ve tanı konulmuş kalp yetersizliği oranının arttığı görülmektedir. 55 yaş altı grupta prevalans %1 iken 70 yaş ve üzeri grupta bu oran %10'un üzerindedir (4). Tüm dünya genelinde kalp yetersizliği prevelansı gün geçtikçe artmaktadır, günümüzde dünya üzerinde 38 milyondan fazla kalp yetersizliği vakası olduğu bildirilmiştir. Kalp yetmezliği yüksek gelirli ülkelerde 65 yaş üzerinde en sık görülen kardiyak sorundur, yüksek gelirli ülkelere göre orta gelirli ülkelerde 2.6 ve düşük gelirli ülkelerde 3.7 kat daha fazla kalp yetersizliği görülmekte ve bu vakaların ölüm oranları daha yüksek seyretmektedir (12;13).

45-65 yaş arası kalp yetersizliği olgularının incelendiği The Atherosclerosis Risk in Community (ARIC) cohort çalışmasında kalp yetersizliği açısından Afriko-Amerikan topluluklar en yüksek riskli, Latin Amerikalı, İspanyol kökenli Amerikalı ve beyaz renkli

ırklar orta riskli, Çinli ırklar ise en düşük riskli bulunmuştur. Çalışmada beyaz kadınların en düşük insidansa (yıllık 3.4/1000 kişi) sahip olduğu onları sırasıyla beyaz erkekler (6.0/1000), siyahi kadınlar (8.1/1000) ve siyahi erkekler (9.1/1000) takip etmektedir (14). Cinsiyet olarak incelendiğinde kadınlarda kalp yetersizliği risk faktörleri daha az olmasına karşın, daha sık kalp yetersizliği görüldüğünü gösteren çalışmalar bulunmaktadır (12,13).

Türkiye'deki kalp yetersizliği prevelansı ve öngördürücüleri (HAPPY) çalışmasında ülkemizde kalp yetersizliği prevelansı %2,9 olarak bulunmuştur. Genç nüfus fazla olmasına karşın kalp yetmezliği tanılı hasta sayısının yaklaşık 2,5 milyon olduğu belirtilmiş, cinsiyet dağılımının benzer olduğu ifade edilmiştir (3).

2.3. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi

Kalp yetersizliği, kardiyak sorunların yanısıra kalp ve damarlarla ilişkili olmayan bir çok kronik eşlik eden hastalıklara bağlı olarak da gelişebilir. Aterosklerotik hastalıklar, koroner arter hastalığı, ritim bozuklukları özellikle atrialfibrilasyon, düşük sol ventrikülerejeksiyon fraksiyonu, yüksek kan basıncı, geçirilmiş miyokard enfarktüsü ve enfeksiyon yada kemoterapi/radyoterapi/ kimyasal toksinlere maruziyetin neden olduğu kardiyak hasarlar kardiyak ilişkili nedenler iken karın bölgesinde yağlanma, yüksek trigliserid miktarı, açlık kan şekerinin yüksek olması, iyi huylu kolesterol değerinin düşük olması, anemi gibi metabolik sendromlar/bozukluklar, kalp yetersizliğine neden olan diğer durumlar arasında yer almaktadır. Yaş, cinsiyet, obezite, sigara ve alkol kullanımı, diyabet ve hipertansiyon, böbrek hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) aynı zamanda hastalığın kötü prognozuna neden olan risk faktörleridir (4,7,15,16).

Kalp yetersizliği her ne kadar orta ve ileri yaş yetişkinler arasında yaygın görülse de çocukluk çağında da ortaya çıkabilir. Özellikle ventrikül septal defekt (VSD), atriyal septal defekt (ASD), kalp kapakçık hastalıkları, Fabry Hastalığı, Friedreich Ataksisi, Ebstein Anomalisi gibi doğumdan gelen yada genetik geçişli hastalıklar çocukluk çağında görülen kalp yetersizliklerinin başlıca nedenleridir (4,16). En sık görülen kalp yetersizliği nedenleri gelişmiş ülkelerde kardiyomiyopati ve konjenital hastalıklar iken gelişmekte olan ülkelerde

alt solunum yolu enfeksiyonları ve anemidir (17).

2.4. Kalp Yetersizliği Patofizyolojisi

Kalp yaşam boyu şeklini ve boyutunu geliştirme yeteneğine sahip bir organdır. Normal büyüme ve gelişme evrelerine uygun olarak doğumdan yetişkinliğe kadar kalp sürekli gelişme gösterir. Kalp hipertrofisi, kalbin miyosit hücrelerinin büyümesi düzenli ağır egzersizler, gebelik gibi doğal süreçler sonucunda fizyolojik olarak oluşabileceği gibi aort daralması, kalp krizi, miyokardiyal yaralanma, kronik arteriyel hipertansiyon, hemodinamik yüklenme gibi patolojik durumlara yanıt olarak da ortaya çıkabilir. Bu patolojik büyümeye sistolik ve diastolik ventriküler disfonksiyonda eşlik ettiğinde fizyolojik büyümenin tersine geri dönüşümü olmayan bir durum haline gelir. Patolojik hipertrofi kardiyak yeniden yapılanma (remodeling) sürecinin en önemli parçasıdır (9).

Hemodinamik yük arttığında kalp duvarındaki stresin azaltılması ve oksijen tüketiminin yeniden artırılması için patolojik hipertrofi normal yanıt olarak kabul edilirken kalp yetersizliği ve kardiyomiyopatinin ilerlediği durumlarda hipertrofi uyumsuz kabul edilir. İlerlemiş kalp yetersizliğinde; nörohumoral, immune ve proinflamatuvar sistem aktivasyonları, oksidatif stres yolları aktivasyonu, bozulmuş kardiyorespiratuvar refleks kontrolleri, bozulmuş periferik ve merkezi hemodinamik sistem kontrolleri kalbin yeterli oksijen sağlama ve pompalama işlevini devam ettirebilmesi için düzenleyici görevi görürler (7,9,18).

Ventrikülün tam boşalamaması nedeniyle kalbin atım hacmi azalır ve kalpte diyastol sırasında artmış basınca neden olur. Burada kasılma gücünün artırılarak sistol sırasında ventrikülün tam boşalmasının sağlanması gerekir. Frank-Starling mekanizması ventrikülün büyüyerek kasılma gücünü arttıran bir hemodinamik kompensatuvar mekanizmadır. Frank-Starling mekanizmasına benzer şekilde meydana gelen nörohumoral mekanizlardan biri de aorta yeterli basınçta kan pompalanmaması nedeniyle sempatetik sinir sisteminin aktivasyonundaki artışın Beta reseptörleri fazla uyarması sonucu ventrikülün kasılma gücünü artmasıdır. (19).

Kalp yetersizliğinin süreğen hale geldiği durumlarda nörohumoral mekanizma Renin-Angiotensin-Aldesteron, vasopressinler, natriüretikpeptik tepkimeleri kalp yetersizliğine bağlı gelişen komplikasyonları kompanse etmek için çalışır (17).

2.5. Kalp Yetersizliği Belirti ve Bulguları

Kalp yetersizliği sistemik ve karmaşık bir hastalıktır. Bu nedenle kalp yetersizliğinde etkilenen sistemlerin görevlerini yerine getirmek için aktive olan mekanizmalara göre farklı etiyolojilerden kaynaklanan çeşitli belirti ve bulgular görülebilir. Hastanın eşlik eden diğer kronik hastalıkları da belirti ve bulguların çeşitlenmesine neden olur bu hastalarda kalp yetersizliğine özgü belirti ve bulguları saptamak daha güçtür (20).

Kalp yetersizliği belirtilerinin başında sol ventriküldisfonksiyonuna bağlı gelişen pulmoner dolaşım yüklenmesine bağlı dispne, taşipne ve taşikardidir. Sistemik dolaşımda dokuların yeterli oksijenizasyonun sağlanamaması nedeniyle renal fonksiyon bozuklukları, sıvı tutulumuna bağlı ödem ve yorgunluk hissi gelişebilir. Hastaların fiziksel aktivitelerinin bozulmasına bağlı olarak anksiyete, depresyon gibi duygu durum değişiklikleri ve uyku bozukları gözlenmektedir. Bu belirtilere ek olarak hastalarda 3. ve 4. patolojik kalp seslerinin duyulması, juguler venöz basınç artışı, pulmoner ödem, akciğer seslerinde raller duyulması, aritmi gibi elektrokardiyografi değişiklikleri ve kan tetkiklerindeki biyobelirteç değişiklikleri en tipik bulgular arasında yer almaktadır (20,21,22).

2.6. Kalp Yetersizliği Tipleri ve Sınıflandırmaları

Kalp yetersizliği; semptomların başlama süresine, kalbin etkilenen mekanizmalarına ve ejeksiyon fraksiyon hızına göre farklı tiplerde görülebilir.

2.6.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği tanısı süresine göre akut ve kronik kalp yetersizliği olmak üzere iki başlık olarak açıklanmıştır.

2.6.1.1. Akut Kalp Yetersizliği: Natriüretikpeptik seviyelerinin kan plasmasındaki yükselişı ile ilişkili kalp yetersizliği belirti ve bulgularının ani ortaya çıktığı yada kötüleşmeye başladığı evredir. Akut Dekompanse Kalp Yetersizliği olarak da adlandırılan bu evre tedavi edilmediğinde hızla kronik kalp yetersizliği tablosuna dönüşür, bu kötüleşme süresi hastanın klinik durumuna göre günler, haftalar, aylar içerisinde gerçekleşebileceği gibi kalp yetersizliğini tetikleyen miyokard enfarktüsü, pulmoner ödem gibi komorbid durumların varlığına bağlı olarak saatler yada birkaç gün içinde de gerçekleşebilir (10).

2.6.1.2. Kronik Kalp Yetersizliği: Kalp yetersizliğinin karakteristik belirti ve bulgularının yanı sıra kardiyak fonksiyon bozukluklarının da eşlik ettiği patolojik bir tablodur. Kronik kalp yetersizliği ventrikülerdisfonksiyon ve nörohumoral değışikliklerdeki artış ile ilişkilidir. Kalp yetersizliği belirti ve bulgularında tedavi uygulamasına rağmen gerileme olmadığında ve dispne, yorgunluk, periferik ödem gibi tipik bulgular ortaya çıktığında kronik kalp yetersizliğinden söz etmek mümkündür. Kronik kalp yetersizliği tanısı koymak için bulguları kanıtlayacak EKG, natriüretikpeptik düzeylerinin incelenmesi, ekokardiyografik inceleme, radyolojik göğüs incelemesi (x-ray) gibi ek testler yapılmalıdır (4,23).

2.6.2. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği

Sistolik ve diyastolik kalp yetersizliğini birbirinden ayıran başlıca kriter ejeksiyon fraksiyonu yüzdesinin korunması yada azalmasıdır.

2.6.2.1. Sistolik Kalp Yetersizliği: Normal anatomik yapı olarak elips şeklindeki sol ventrikülsistolik kalp yetersizliğinde genişleyerek küre şeklini alır. Duvar kalınlığı korunabilir yada azalabilir. Bu şekil değışikliği nedeniyle papiller kaslar, kordlar ve mitral kapak yapraklarının hizalanmaları değışir, hem sistol sonu hem de diyastol sonu hacmi artar. Sol ventrikülün toplam atım hacmi ve diyastol sonu hacmi oranı değışerek ejeksiyon fraksiyonunu azaltır. Sistolik kalp yetersizliği azalmış EF ile karakterize edilebilir (24,25).

2.6.2.2. Diyastolik Kalp Yetersizliği: Kalp yetersizliği belirti ve bulgularının varlığı, korunmuş EF yüzdesi ve diyastolik disfonksiyonun görülmesidir. Diyastolik disfonksiyon ventriküllerin bozulmuş dolumu ile ilişkilidir, yetersiz dolum sonucu kardiyak output azalır ve pulmoner konjesyon meydana gelir bu nedenle eforlu ve eforsuz dispne diyastolik kalp yetersizliğinin en belirgin bulgusudur (24,26). Koroner arter hastalığı, kalp kapakçık hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, ritim bozuklukları ve kardiyomiopatiler diyastolik disfonksiyonun en yaygın görülen risk faktörleri arasında sayılabilir (27). Diyastolik ve sistolik kalp yetersizliğindeki değişimler Tablo2.1’de özetlenmiştir.

Tablo2.1.Diyastolik ve Sistolik Kalp Yetersizliğindeki Değişimler

	Sistolik KY	Diyastolik KY
Diyastolik sonu hacim	Artar	Değişmez yada azalır
Sistolik sonu hacim	Artar	Değişmez yada azalır
LVEF	Azalır	Korunur
LV kütlesi	Artar	Artar
LV duvar kalınlığı	Değişmez	Artar
LV duvar stresi	Artar	Azalır

Kaynak: Chatterjee, 2022 (24)

2.6.3. New York Kalp Cemiyeti (NYHA) Sınıflaması

New York Kalp Cemiyeti sınıflaması bireylerin fiziksel aktiviteleri ve var olan semptomların ilişkisini dikkate alınarak belirlenen fonksiyonel bir kalp yetersizliği risk sınıflama yöntemidir (28,29). Hastaların sağlık durumlarını ölçmek, tedavi için uygun kılavuzların belirlenmesi ve klinik deneyler için uygun hastaların belirlenmesinde rehber olarak kullanılır. Bununla birlikte hastanın risk değerlendirmesini yapan hekimin bakış açısı nedeniyle farklı sınıflama kategorisi seçilmesi olasılığı sistemin kısıtlı yanıdır (29).

Tablo2.2. New York Kalp Cemiyeti Sınıflaması

Sınıf I	Fiziksel aktivite kısıtlanması yok. Olağan fiziksel etkinlik beklenenin üzerinde nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açmaz.
Sınıf II	Hafif fiziksel etkinlik kısıtlanması. Dinlenme sırasında rahattır, ancak olağan fiziksel aktivite beklenenin üzerinde nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açar.
Sınıf III	Belirgin fiziksel etkinlik kısıtlanması. Dinlenme sırasında rahattır, ancak olağan düzeyin altında fiziksel aktivite nefes darlığı, halsizlik ya da çarpıntıya yol açar.
Sınıf IV	Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinlik sürdürememe. Dinlenme sırasında belirtiler olabilir. Herhangi bir fiziksel aktivite yapılması durumunda rahatsızlık artar.

Kaynak: Grenee ve ark.,2021 (29)

2.6.4. Avrupa Kalp Cemiyeti (AHA/ACC) Sınıflaması

Avrupa Kalp Cemiyeti sınıflaması ilk kez 2001 yılında hastalık öncesi risk etmenleri ve hastalığın prognozu dikkate alınarak oluşturulmuştur. Sınıflama A'dan D'ye dört evreye ayrılmıştır. A evresi hastalık riski olduğu ancak hastalık teşhisinin olmadığı, D evresi ise en uygun ilaç tedavisine rağmen hastalığın dirençli bir şekilde devam ettiği ileri evreyi ifade etmektedir. AHA/ACC sınıflamasının C evresi NYHA sınıflama sistemini kapsamaktadır. Sınıflama sistemi aşağıdaki tabloda özetlenmiştir (30,31).

Tablo2.3. Avrupa Kalp Cemiyeti AHA/ACC Sınıflaması

EVRE A KY Riski	KY için risk mevcut ancak semptom, yapısal kardiyok bozukluk ya da kardiyak yaralanma ile ilgili biyobelirteçler yoktur. (hipertansiyon, diyabet, aterosklerotik kalp damar hastalığı, ailede kardiyomiyopati öyküsü olan hastalar)
EVRE B KY Öncesi	KY için semptom görülmez ancak aşağıdaki yapısal bozukluklardan biri oluşmuştur. • Azalmış sol veya sağ ventrikülsistolik fonksiyonu • Azalmış ejeksiyon fraksiyonu • Ventrikülerhipertrofi • Ventriküllerin genişlemesi • Kalp duvar hareketlerinde bozulma • Kalp kapak hastalıkları • Artmış dolum basıncı
EVRE C Semptomatik KY	Yapısal kalp bozuklukları ve KY semptomları mevcuttur.
EVRE D İleri KY	Kılavuza uygun medikal tedavi uygulanmasına rağmen günlük yaşam aktivitelerini engelleyen ve tekrarlı hastane yatışlarına neden olan KY semptomları mevcuttur.

Kaynak: Heidenreich ve ark., 2021 (30)

2.6.5. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Sınıflaması

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kalp yetersizliği sınıflamasında kalbin sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon oranını (LVEF) dikkate alarak üç grup oluşturmuştur. Gruplar ve hastada görülen özellikler Tablo2.4’de verilmiştir (4).

Tablo2.4. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Sınıflaması

Düşük EF	Hafif derecede azalmış EF	Korunmuş EF
LVEF ≤%40	LVEF %40-%49	LVEF ≥%50
-	-	Artmış natriüretikpeptit düzeyine ek olarak LV diyastolik disfonksiyonu ya da artmış LV dolum basınçlarının varlığı ile tutarlı kardiyak yapısal ve/veya fonksiyonel anormalliklerin nesnel kanıtlarından en az birinin olması

2.7. Kalp Yetersizliği Tanı Yöntemleri

Kalp yetersizliği, bir çok sistemden etkilenen karmaşık bir klinik tablo olduğu için tanılama sırasında karıştırıcı faktörlerin elenmesi gerekmektedir. Dispne, yorgunluk, periferik ödem gibi tipik belirtileri olsa da bu belirtilerin etiyolojisi kalp yetersizliği dışı da olabilir. Kalp yetersizliği için ayırt edici testler ve algoritmalar kullanılarak tanı koyulması gerekir (4).

2.7.1. Tanı Testleri

2.7.1.1. Elektrokardiyografi (EKG): Tek başına tanı kriteri olarak kullanılamasa da EKG’de görülen Atrial Fibrilasyon, Q dalgaları, QRS kompleksindeki genişleme gibi normal olmayan EKG bulguları diğer belirti ve bulgularla birlikte yorumlanarak tanı için destekleyici bulgular olarak kullanılır (4).

2.7.1.2. Ekokardiyografi (EKO): Kalbin yapısı ve işlevinin incelenmesini sağlayan kullanışlı ve invaziv girişim gerektirmeyen bir tanı testidir. EKO ile kalbin yapısı, duvar kalınlıkları, kalp kapaklarının yapısı ve işlevleri, ventriküllerin hacmi ve dolum kapasiteleri, ventriküler dolum basıncı ve pulmoner arter basıncı ölçümü yapılarak değerlendirilmesini sağlar. Ayrıca LVEF ölçümü yapılarak tanı için rehberlik eder (32).

2.7.1.3. Göğüs Grafisi: X-Ray görüntüleme ile kalbin büyüklüğü, kapakların görünümü ve pulmoner ödem değerlendirmesi yapılır. İnterstisyel pulmoner ödem ve pulmoner venöz basıncın artması ile interlobüler septalar kalınlaşarak grafide Kerley B çizgileri görünümü oluşturur bu durum kalp yetersizliği tanısında oldukça ayırt edicidir (33).

2.7.1.4. Biyobelirteçler: Kan tetkiklerinde bakılan biyobelirteçler kalp yetersizliği nedeniyle dekompanseasyon sistemlerin aktivasyonu, remodelling sistemler ya da kardiyak yapının bozulması ve hücre hasarı sonucu ortaya çıkan enzim ve hormon gibi biyokimyasal maddelerdir (34).

B tipi natriüretikpeptit (BNP) ventriküllerden salgılanan ve ventriküler basınç artışı ile salınımı artan bir nörohormondur. Bu nörohumoral sistemde öncelikle preproBNP salgılanır, preproBNP proBNP'ye dönüşür ve ardından proBNP inaktif N terminal proBNP (NT-proBNP) ve BNP'ye ayrışır. BNP; periferik damarlar, böbrek fonksiyonları, glomerüler filtrasyon hızı ve RAAS sistemi üzerinde etkilidir (20). Kalp yetersizliğinde yüksek kan basıncı kontrolünü sağlamak için kullanılan Neprilsin inhibitörleri (sakubitril/valsartan) içeren ilaçların etkisi nedeniyle BNP düzeyi azalır bu durumların varlığında BNP doğru değerlendirilemez ve NT-proBNP düzeyine bakılması gerekir (34).

Tedaviye yanıt ve hastalığın prognozu hakkında bilgi veren biyobelirteçler aşağıda sıralanmıştır.

- Troponin gurubu ve CK-MB testleri kalbin miyokard hasarı,
- Tam kan sayımında; hemoglobin ve hematokrit değeri anemi,
- Açlık kan şekerinin yüksekliği diyabet; ferritin ve demir düzeyi anemi; c reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı enfeksiyon,
- Serolojik testler; özellikle viral enfeksiyonlar (sitomegalovirüs, adenovirüs, herpes 9 virüsü vb.) sonucu oluşabilecek ototimmün kökenli kardiyomiyopati,
- Serum elektrolitleri (magnezyum, sodyum, potasyum); kalp kasılma gücü, böbrek fonksiyonları,
- Tiroid fonksiyon testleri (özellikle TSH); altta yatan hipo yada hipertiroidizm etiyoloji,
- Toksikoloji testler; toksik madde maruziyeti,
- İdrar tahlilleri; hastanın diyabet ve böbrek fonksiyonlarında bozulma,
- Karaciğer fonksiyon testleri; kalp yetersizliğinde konjesyon varlığı ve ciddiyeti,
- Renin ve anjiyotensin II düzeyleri (35,36).

2.7.1.5. 6 Dakika Yürüme Testi

Yürüme testi öncesinde hastanın kan basıncı, kalp atım hızı, oksijen saturasyonu ölçülür. Ardından hastanın yaklaşık 30 metre uzunluğundaki sakin bir koridorda 6 dakika boyunca

yürümesi istenir. Süre sonunda hastanın değerleri yeniden kontrol edilir ve yürüdüğü mesafe hesaplanır. Borg skalası ile hastanın dispnesi belirlenir. Hasta riskli grupta ise sağlık profesyoneli de hasta ile yakın mesafede arkasından yürüyerek gözetiminli bir şekilde test uygulanmalıdır. Sonuçlar hastanın yaş ve cinsiyetine değerlendirilir, 300 metre altında kalan hastaların kalp yetersizliği prognozu kötü olarak kabul edilir(22).

2.7.1.6. Fizik Muayene Bulguları

Baştan ayağa yapılacak ve tüm sistemleri kapsayacak şekilde gerçekleştirilen bir fizik muayene ile elde edilecek veriler kalp yetersizliği tanısı ve hastalık evresinin belirlenmesi için oldukça önemlidir. Ayrıca yapılan fizik muayene sonucunda hangi tanısal testlerin istenmesi gerektiği ile ilgili klinisyeni yönlendirir.

Kalp yetersizliğinde en sık görülen fizik muayene bulgularından bazıları aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir.

- Oksijenizasyonun bozulması ve kalp atım hacminin düşmesine cilt renginde koyulaşma ve özellikle tırnak diplerinde siyanoz,
- Konjesyon ve hipoperfüzyon ile ilişkili cildin kuru-yaş, sıcak-soğuk parametrelerine göre değerlendirilmesi
- Jugulervenlerin muayenesinde dolgunluk
- Hepatojuguler ya da abdominojuguler venöz reflü
- Periferik nabız bölgelerinde vuruların silik ve zayıf hissedilmesi
- Kalp seslerinde patolojik S3 ve S4 seslerinin duyulması yada ileri kalp yetersizliğinde normal kalp seslerinin derinden çok az duyulması
- Akciğerde raller duyulması
- Solunum sayısının artması
- Karın muayenesinde karaciğer büyümesi (hepatomegali), karın içinde asit bulgusu
- Alt ekstremitelerde gide bırakan periferik ödem (15,37).

2.7.2. Tanı Algoritmaları

Kalp yetersizliği tanısına karar verilmesinde en sık Boston Kriterleri, Framingham Kriterleri

ve ESC Kılavuzu Algoritması kullanılmaktadır.

2.7.2.1. Boston Kriterleri

Boston Kriterleri 3 kategoriden oluşan ve semptomların puanlamalarının hesaplanması ile kategorize edilen bir tanı yöntemidir. Boston Kriterleri Tablo 2.5’de belirtilmiştir

Her kategoriden en fazla 4 puan alınarak;

- 8-12 puan: mevcut kalp yetersizliği
- 5-7 puan: olası kalp yetersizliği
- ≤ 4 puan: kalp yetersizliği olasılığı düşük olarak değerlendirilir (38).

Tablo2.5. Boston Kriterleri

Kategori 1- HİKAYE	Puan
İstirahat halinde dispne	4
Ortopne	4
Paroksizmalnokturnal dispne	3
Yürürken dispne	2
Yokuş yürürken dispne	1
Kategori 2- FİZİKSEL İNCELEME	Puan
Dinlenme esnasında kalp atım hızı 91-110/dk	1
Dinlenme esnasında kalp atım hızı >110 /dk	2
Jugulervenöz basınç > 6 cm H ₂ O	2
Jugulervenöz basınç > 6 cm H ₂ O ve hepatomegali veya ödem	3
Akciğer orta ve üst zonlardaraller	2
Wheezing	3
S3 kalp sesi	3
Kategori 3- Göğüs Kardiyografi	Puan
Alveolarpulmoner ödem	3
İntersitisyelpulmoner ödem	3
Bilateralplevraeffüzyon	3
Kardiyotorasik oran $\geq 0,50$	3
Üst zonlardaredüstribüsyon	2

Kaynak: Roger, 2013 (38)

2.7.2.2. Framingham Kriterleri

Framingham kriterleri en yaygın kullanılan tanı koyma kriteridir. Hastaya tanı koyulabilmesi için 2 majör yada 1 majör 2 minör kriterin varolması gerekir. Kriterler Tablo 2.6’da yer almaktadır(39).

Tablo 2.6.Framingham Kriterleri

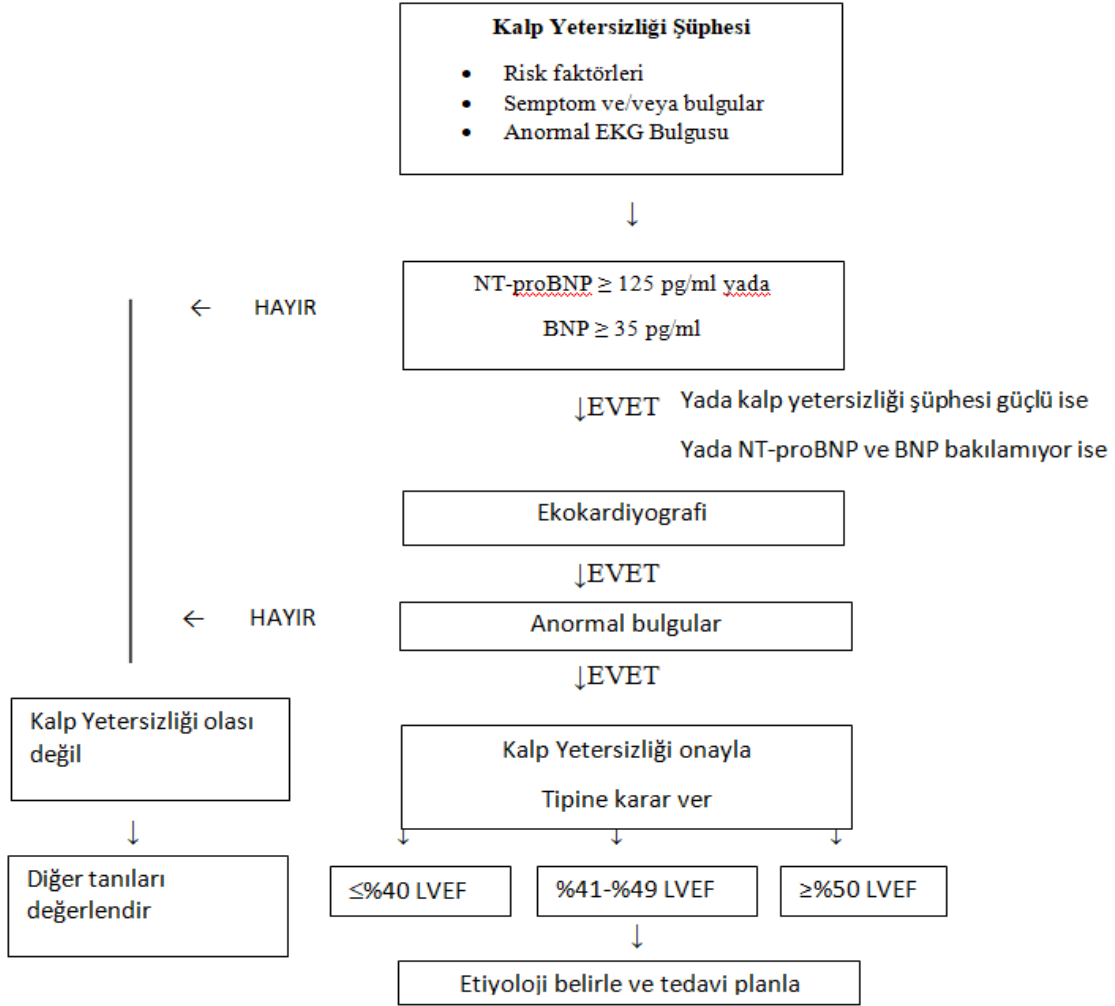
Major Kriterler	Minör Kriterler
Paroksizmalnokturnaldispne veya ortopne	Ayak bileği ödemi
Boyun venlerindedistansiyon	Gece öksürüğü
Raller	Efor dispnesi
Kardiyomegali	Hepatomegali
Akut akciğer ödemi	Plevralefüzyon
S3 gallop	Vital kapasitede azalma (maksimumdan 1/3 azalma)
Artmış jugulervenöz basınç >16mmHg	Taşikardi (kalp hızı > 120 atım/dakika)
Sirkülasyon zamanı > 25saniye	
Hepatojugulerreflü	
MajorveyaMinörKriter	
Tedaviye cevap 5 günde>4.5 kilo kaybı	

Kaynak: Şirin ve Borlu, 2019 (39)

2.7.2.3. ESC Tanı Algoritması

ESC tanı algoritması, hastanın belirti ve bulguları ile elektrokardiyografi, ekokardiyografi ve diğer biyobelirteçlerin değerlendirilmesini kapsar. Algoritma sonunda hastaya kalp yetersizliği şüphesi desteklendi ise tanı konur, etiyoloji ve tedavi planına karar verilir, kalp yetersizliğini destekleyen bulgular yetersiz ise tanı dışlanmış olur diğer hastalıklar açısından hastanın yeniden değerlendirilmesi önerilir.

ESC 2021 Kılavuzu’nda yer alan tanı algoritması Şekil.1’de özetlenmiştir. (Şekil.1)



*ESC 2021 Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavi Kılavuzu

Şekil.1. ESC Tanı Algoritması

2.8. Kalp Yetersizliği Tedavi Yöntemleri

Kalp yetersizliği erken dönemde uygun tedavi uygulanmadığında hızla ilerleyen kötü prognozlu ve diğer organların işlevini de etkileyen karmaşık bir klinik durumdur. Bu nedenle tedavi planının da multidipliner yaklaşımla gerçekleştirilmesi oldukça önemlidir. Farmakolojik tedavinin yanı sıra, semptom yönetimi için hayat tarzı değişiklikleri, kalp işlevini destekleyici cihaz tedavileri ve ileri kalp yetersizliği evrelerinde kalp transplantasyonu gibi cerrahi müdahaleler uygulanır (37).

2.8.1. Semptom Yönetimi

Hastalarda en sık görülen semptomlar ve yönetimi ile ilgili öneriler Tablo 2.7 de özetlenmiştir (15).

Tablo 2.7. Semptom Yönetimi

Semptom	Öneriler
Dispne	• Oksijen saturasyonu ve solunum özellikleri takip edilmelidir, • Saturasyon düzeyi $\leq$%90 olduğunda oksijen desteği başlanmalıdır. • Hasta dik oturtulmalı, yatarken birden fazla yastık kullanması sağlanmalıdır.
Ödem	• Hastanın sıvı ve tuz alımı değerlendirilmeli ve gerekli ise kısıtlama uygulanmalıdır. • Ödemli bölge eleve edilerek desteklenmelidir. • Günlük kilo takibi ve aldığı-çıkardığı sıvı takibi önerilir.
Kilo kaybı (kaşeksi)	• Hastaya beslenme uzmanı önerisiyle beslenme programı hazırlanmalı, klinik durumuna uygun beslenme eğitimi verilmelidir. • Kısıtlamalar ve daha çok tüketmesi gereken besin çeşitleri hakkında bilgi verilmelidir. • Hasta sindirimi kolay ve enerji miktarı yüksek besinleri tercih etmelidir.
Anksiyete	• İletişim kurma, kaygılarını tanımlama ve destek sağlanmalıdır.
Yorgunluk, halsizlik	• Hastanın fiziksel durumu gözönünde bulundurularak ROM egzersizleri, kısa yürüyüşleri içeren egzersiz eğitimi planlanmalıdır.

2.8.2. Kardiyak Rehabilitasyon

Kardiyak rehabilitasyon birçok kardiyovasküler hastalığın teşhisinden sonra hastaların semptomlarını azaltmak, altta yatan hastalık nedeninin etkilerini en aza indirmek, hastaların tüm sağlık boyutlarında daha iyi hissetmesini sağlamak, fiziksel kapasiteyi arttırmak ve hastanın bilgi düzeyini geliştirmek için uygulanan multidisipliner bir yaklaşımdır (40).

Kardiyak rehabilitasyon Faz I Akut Dönem, Faz II Erken İyileşme Dönemi, Faz III Geç İyileşme Dönemi ve Faz IV İdame Dönemi olmak üzere dört fazdan oluşmaktadır. İlk iki fazın hastanın yatışı devam ederken uygulanmaya başlanması önerilmektedir (41).

Kalp yetersizliğinde kardiyak rehabilitasyon kapsamında egzersiz programı uygulanması ile hastaların aktivite toleranslarında artma, tekrarlı hastane yatış oranlarında azalma, kas-iskelet sistemi ve damar yapısındaki iyileşmeler sonucunda noröhümorale mekanizmaları baskılayarak hastalığın ilerleyişinde yavaşlama görülmektedir. Aynı zamanda hasta eğitimi ile hastaların hastalık ve tedaviye uyumları arttırılmakta semptom yönetimi sağlanmaktadır (41). Kardiyak rehabilitasyon uygulaması ile hastaların hastanede kalış süresinin ve tekrarlayan yatışların azalması aynı zamanda ekonomik yükü de azaltmaktadır (42).

2022 AHA/ACC/HFSA Kalp Yetersizliği Yönetimi Kılavuzu'nda yatan ve ayaktan kalp yetersizliği hastaları için kardiyak rehabilitasyonu önermektedir (30).

2.8.3. Farmakolojik Tedavi

Kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde kullanılan en yaygın ilaç grupları başlıklar halinde açıklanmıştır.

2.8.3.1. ACE İnhibitörleri

Özellikle sol ventrikülerdisfonksiyonu sonucu düşük EF'li yetersizlik durumlarında önerilir(43). ACE inhibitörleri aldestron üretimini baskılayarak sodyum atılımını arttırır, damarların genişlemesini sağlayarak periferik direnci azaltır, kalp debisini arttırır ve kan basıncını düzenleyeci etkiye sahiptir (44)

2.8.3.2. Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri (ARBs)

ACE inhibitörleri ile benzer mekanizmaya sahip ilaç grubudur. RAAS ve sempatik sinir sistemi aktivasyonu üzerinde etkilidir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda ARBs grubunda yer alan valsartan ile neprilsyn kombinasyonun kullanımında kalp yetersizliği ilerlemesini durdurmada daha etkili olduğu bulunmuştur (45). Hastaların ACE inhibitörlerini

kullanamadığı durumlarda kullanımı önerilmektedir (4).

2.8.3.3. Betablokerler

Betablokerler uzun süreli kullanımda ACE inhibitörlerinin gösterdiği etkiyi göstermektedir. Düşük EF'li kalp yetersizliğinde ACE inhibitörleri ve diüretiklerle birlikte kullanıldığında mortalite ve morbiditede azalma görülmektedir. kalp yetersizliği yönetiminde Nebivolol kullanımı hem vazodilatör hem de betabloker etki göstererek sol ventrikülü güçlendirerek atım volümünü artırır (46).

2.8.3.4. Diüretikler

Diüretik kullanımı özellikle konjesyona bağlı semptomların tedavisinde kullanılmaktadır. Direüktkedeavi en düşük dozla sıvı dengesini sürdürmeyi amaçlamalıdır. Diüretik tedavinin başlanmasına karar verirken hastanın sıvı dengesi, böbrek fonksiyonları, elektrolit düzeyleri ve semptomların ciddiyeti dikkate alınmalıdır. Kullanılacak diüretik dozu hastanın günlük kilo ve aldığı çıkardığı takibi sonucuna göre yeniden düzenlenmelidir (4).

2.8.3.5. Dijital Grup İlaçlar

Kalp yetersizliğinde en yaygın kullanılan dijital Digoxin'dir. Digoxin, kalp yetersizliğine bağlı ventriküler kasılmayı düzenleyerek ventriküler atım kontrolü ve AF tedavisinde etkilidir. Digoxin plazma seviyesi oldukça dar bir aralıkta tedavi edici etki gösterir ve en önemli dezavantajı toksik etki gelişmesidir. Bu nedenle tedavi için doğru dozun belirlenmesi ve plazma seviyesinin takibi gereklidir. 2021 ESC kılavuzunda plazma düzeyinin 1.2 ng/ml altında olması tedavi edici sınır kabul edilmiştir, düzeyin 2ng/ml üzerinde olması toksik etki olarak kabul edilmektedir (47).

2.8.4. Cihaz Destekleri ve Cerrahi Tedavi

İleri evre kalp yetersizliğinde kalbin işlevini sağlamasını desteklemek için medikal destek cihazlar implante edilebilir yada uygun hastalara kalp nakli yapılabilir (48).

2.8.4.1. İmplant Kardiyoverter Defibrilatör (ICD)

ICD, Kalp yetersizliğinde görülen ileri derece sol ventriküldisfonksiyonundasağkalım oranını oldukça arttıran bir tedavi yöntemidir. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranında %20, miyokard enfarktüsü sonrası oluşan aritmilere bağlı ölüm oranında ise %50'ye varan bir azalma sağlamaktadır (48).

ICD uygulaması için gerekli endikasyonlar; İskemik kardiyomiyopati öyküsü, $LVEF \leq \%35$ olması, hastanın en az 3 aydır en uygun tedaviyi almasına rağmen semptomlarında gerileme olmaması ve NYHA II-IV kategorisinde devam etmesi, ventriküler aritmiler (ventriküler taşikardi ve/ veya ventriküler fibrilasyon) endikasyonlarında en az birinin varlığı hastanın ICD uygulaması için uygun olduğunu gösterir (49).

2.8.4.2. Sol Ventrikül Destek Cihazı (LVAD)

Sol ventrikül destek cihazı, ventrikülün sıkışmasını ve pompalama işlevini gerçekleştirmesini sağlayan plakaları içeren pompa, cihaza güç sağlayan bataryalar, pompa ve batarya arasında iletimi sağlayan hatlar ve kontrol panelinden oluşmaktadır (50,51). Cihazın pompa kısmı rektus kasi bağ dokusunun altına yerleştirilerek hastaya implante edilir (52).

Cihaz; özellikle ileri kalp yetersizliğinde hastanın yaşam kalitesini arttırma, yatağa bağımlılığı azaltma ve kalp nakline kadar hastanın sağkalımını sağlamak amacıyla bir köprü tedavisi olarak uygulanabilir (53). Ayrıca kalp nakli tedavisine uygun olmayan ileri evre kalp yetersizliği hastaları için son seçenek destinasyon (sonlanım) tedavisi olarak da kalıcı LVAD uygulaması yapılmakta ve hastaların yaşam kaliteleri arttırılmaktadır (52,54).

2.8.5. Kalp Transplantasyonu (Kalp Nakli)

Kalp nakli son dönem ileri kalp yetersizliği hastaları için cerrahi bir tedavi seçeneğidir. Ancak donör sayısındaki yetersizlik nedeniyle hastalar nakil için uzun süre beklemek zorunda kalmaktadır (55). Kalp nakli endikasyon, kontraendikasyonları, alıcı ve donör seçim

kriterleri kılavuzlarda kapsamlı şekilde yayınlanaktadır. ESC 2021 Kılavuzuna göre kalp nakli endikasyonları; ileri derecede kalp yetersizliği ve diğer tedavilere yanıt olmamasıdır (4).

Kalp nakli planlanan hastanın 65 yaş altı olması, LVEF≤%25 olması, optimal tedaviye rağmen NYHA III – IV olması, kalp yetersizliğinde diğer invaziv girişimlerin daha önce denenmiş yada yapılamıyor olması gerekmektedir (56).

2.9.Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Yaklaşımı

Kalp yetersizliği, hastaların öz bakım davranışları ve yaşam kalitelerini etkilemektedir. Hastaların öz bakım davranışlarını yerine getiremediği durumlarda hemşireler bakım verici rol üstlenmektedir. Öz bakım hemşireliğin temel kavramlarından biridir (57). Öz bakımı sağlamak için hemşireler kişisel temizlik, beslenme, giyinme gibi aktivitelerin yerine getirilmesinde hastalara ihtiyaçları doğrultusunda yeterli desteği sağlamaktadırlar. Bununla birlikte hastaların yorgunluk, dispne gibi semptomlarının etkilerinin azaltmaya yönelik hemşirelik girişimi planlamaktadırlar. Kalp yetersizliğinde hemşirelerin temel sorumlulukları hastaların semptomlarını takip etmek, değişiklikleri gözlemlemek, semptom yönetimi için hastalara eğitim vermek ve gerektiğinde öz bakım davranışlarına destek olarak yaşam kalitesi ve hastalıkla baş etme yeteneğini arttırmaktır (58).

Hemşirelerin hastalara vereceği eğitim; ilaç kullanımı, diyet kısıtlamaları, kilo kontrolü, semptomları anlama ve yönetmeye yönelik bilgiler, egzersiz, sigara ve alkol kullanımı gibi zararlı alışkanlardan korunma gibi başlıklarını içermelidir (59). Eğitim sonucunda kazanılan öz bakım davranışlarının hastalığın ilerlemesinde yavaşlama, semptomların şiddet ve sıklığında azalma, tekrarlayan hastane yatışlarını önleme ve yaşam kalitesinde iyileşmeye yardımcı olması beklenmektedir (57,58,59).

2.10. Kalp Yetersizliğinde Öz Bakım

Öz bakım, sağlıklı bireylerde sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesini, hasta bireylerde ise hastalıkla baş etme ve tedaviye uyumu sağlamaya ilişkin sorumluluklar alma, aktiviteler planlama ve uygulama olarak tanımlanabilir. Diğer bir ifadeyle öz bakım, bireyin eylemlerini etkileyen bir doğal karar verme sürecidir (60). Bireylerin bu konudaki istekliliği, çabası ve aktiviteleri yerine getirebilme düzeyleri ve güçleri ise öz bakım gücü olarak adlandırılmaktadır (61,62).

Öz bakım; hastalığın kabulü, tedaviye uyum, yaşam tarzı değişiklikleri, psikososyal ve emosyonel değişikliklerle baş etme gibi bir çok alt boyuttan oluşmaktadır (62). Öz bakım süreci; bireyin deneyim ve beceri durumu, alışkanlıkları, özgüveni, yardım alma durumu, inanç ve değer sistemi, fiziksel ve bilişsel durumundan etkilenir (61).

Öz bakım, hastaların günlük yaşantılarını büyük ölçüde olumsuz yönde etkileyen kalp yetersizliği, kanser, diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde oldukça önemli bir yere sahiptir. Öz bakım; semptom yönetiminin etkinliğinin artmasını, beklenen sağkalım süresinin uzamasını, hastaların daha iyi hissettiğini ifade etmelerini, bağımlılık düzeylerinin azalması sonucu yaşam kalitelerinin artmasını sağlamaktadır (63).

Kalp yetersizliğinde öz bakım süreci üç aşamaya ayrılarak incelenmiştir. İlk aşama hastanın fiziksel ve emosyonel stabilitesini sağlamak için uyguladığı davranışlardan oluşan öz bakım sürdürülmesi aşaması, ikinci aşama hastanın belirti ve bulgularının izlemine içeren öz bakım izlemi aşaması ve üçüncü aşama ise hastada ortaya çıkan belirti ve bulguların yönetimi için uyguladığı faaliyetleri içeren öz bakım yönetimi aşamasıdır. Öz bakım aşamaları ve örnek davranışlar tablo8 de özetlenmiştir (61,64,65).

Tablo2.8. Öz bakım ve Örnek Davranışlar

Öz Bakım Aşaması	Örnek Davranış
Öz Bakımın Sürdürülmesi (Self-careMaintenance)	Sıvı ve tuz kısıtlaması, bağışıklanma, sigra ve tütün kullanımından kaçınma vb.
Öz Bakım İzlemi (Self-careMonitoring)	Günlük kilo takibinde kilo artışı, periferik ödem, dispne, öksürük, yorgunluk vb.
Öz Bakım Yönetimi (Self-care Management)	Diyet düzenlemesi, diüretik dozunun yeniden düzenlenmesi, tedaviye uyum, aktiviteye uyum, yardım/destek alma vb.

Kaynak: Jaarsma ve ark, 2021 (61)

2.11. Kalp Yetersizliğinde Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi en geniş tabirle iyi olma hali, iyilik durumunun en üst seviyede olması yada hayattan ve iyilik halinden alınan doyum olarak ifade edilebilir (43). 1995 yılında DSÖ yaşam kalitesini ‘bireyin kültür ve değer sistemi ile hayatındaki amaçları, beklentileri, endişeleri ve hayat standartları bakımında kendisi ile ilgili algısı’ olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi bireyden bireye farklılık gösteren subjektif bir veri olarak değerlendirilir, bu özelliği nedeniyle literatürde ‘algılanan yaşam kalitesi’ olarak da karşımıza çıkmaktadır (66). Bireyin sadece sağlık durumu ile ilgili faktörlerin yaşamı üzerindeki etkisini içeren, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden yaşamının nasıl etkilendiği ile ilgili yaşam kalitesinin tanımlanması ise sağlık ilişkili yaşam kalitesi olarak adlandırılmaktadır (67).

Yaşam kalitesi; fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve etik alt boyutlardan oluşmaktadır. Kalp yetersizliğinde hastalık yükü, fiziksel kısıtlılıklar, uzun süreli yorgunluk, halsizlik, tekrarlayan hastane yatışları gibi hastanın psikolojini etkileyen durumların varlığı hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (68).

Yaşam kalitesinin geniş çaplı bir kavram olması ve kalp yetersizliğinin çok yönlü karmaşık bir klinik durum olması nedeniyle kalp yetersizliğine yönelik geliştirilen yaşam kalitesi ölçüm araçlarının kullanılması karıştırıcı faktörlerin azaltılabilesine ve doğrudan ilişkinin kurulmasına yardımcı olur (69).

Yaşam kalitesi değerlendirmesi için en yaygın kullanılan genel ölçüm araçlarına SF-36 Anketi, Kısaltılmış SF-36 Anketi (SF12), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği; kalp

yetersizliğiyle ilgili geliştirilen özellikli ölçüm araçlarına ise Minnesota Kalp Yetersizliği İle Yaşama Anketi, Kronik Kalp Yetersizliği Anketi, Nottingham Sağlık Profili, Kansas City Kardiyomiyopati Anketi örnek olarak verilebilir (69).

Kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastalığın yönetimi ve hastanın baş etme ve uyum durumu hakkında bilgi verir. Bu bağlamda hastaların öz bakım düzeyleri ile yaşam kalitesinin paralel ilişki göstermesi beklenmektedir (68).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma, kalp yetersizliği olan 18 yaşüstü New York Kalp Derneği (NYHA) sınıflaması II,III veya IV olan hastalara uygulanacak Kalp Yetersizliği Hastası Tanılama Formu, öz bakım davranışları ve yaşam kalitesi ile ilgili ölçeklerinin sonuçlarının karşılaştırılması ile gerçekleştirilecek tanımlayıcı tipte ve kesitsel desenedir.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer veZaman

Araştırma Haziran 2021 ve Ocak 2022 tarihleri arasında, İstanbul ilindeki özel bir vakıf üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

3.3.Araştırmanın Evreni veÖrnekleme

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran 18 yaş üstü kalp yetersizliği tanısı almış olan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmadan dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastalar örnekleme alınmıştır. Hastaneye son 6 ayda başvuran kalp yetersizliği hasta sayısı 132'dir, 6 aylık (Haziran 2021-Ocak 2022) veri toplama süresince 120 hastaya ulaşılmıştır.

3.4.Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak
- Kalp yetersizliği tanısı almış olmak
- NYHA sınıflamasının II, III veya IV olması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- İletişim engeli olmaması (Bilinç durumu açık, mental sağlığı yerinde olmak, dil ve anlama problemi olmaması)

3.5.Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya 18 yaş altı ve NYHA sınıflaması I olan hastalar dahil edilmeyecektir.

3.6.Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler: Öz bakım davranışları ve yaşam kalitesi düzeyleri.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik özellikler (Yaş, kilo, boy, cinsiyet, eğitim durumu, kullanılan mevcut ilaçlar, hastalık sınıflaması, hastalığın ciddiyeti vb.)

3.7.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Kalp Yetersizliği Hastası Tanılama Formu, Minnesota Kalp Yetersizliği İle Yaşama Anketi ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Kalp Yetersizliği Hastası Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda geliştirilen tanılama formu, hastaya ait bilgiler ve sağlık/hastalık ile ilgili bilgiler olmak üzere iki bölümden ve toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Hastaya ait bilgiler bölümünde 11 soru yer almakta ve yaş, cinsiyet, boy/kilo, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, evde yaşanan kişiler, bakım için destek alma durumlarını içermektedir. Sağlık/ hastalık ile ilgili bilgiler kısmında ise alkol ve sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, mevcut kalp yetersizliği hastalığı ile ilgili sorular ve hastanın mevcut kullandığı ilaçları kapsayan 7 soru sorulmaktadır. Hastaların NYHA sınıflaması araştırmacı tarafından hastane kayıtlarından elde edilmiştir.

3.7.2. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışları Ölçeği (EHFScBS)

Ölçek 2002 yılında Jaarsma ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Baydemir ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır (70). Ölçek 4 alt boyut ve 12 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar; tedaviye uyum, aktivitelere uyum, tavsiyelere bağlılık ve yardım almaktır. Maddelere sırasıyla “tamamen katılıyorum”, “katılıyorum”, “ne katılıyorum, ne katılmıyorum”, “katılmıyorum” ve “tamamen katılmıyorum” ifadelerine denk gelecek şekilde 5li likert tiptedir (70).

Ölçekten en az 12, en fazla 60 puan alınabilir. 12-36 puan arası alan bireylerin öz bakım davranışları yeterli, 37-60 puan arası alan bireyselerin ise öz bakım davranışları yetersiz ve eksik olarak değerlendirilir (70). Ölçek; anlaşılır, uygulaması kolay, uygulama için özel eğitim gerektirmeyen, hastaların da kendi başlarına kolaylıkla uygulayabileceği ve sonucun hızlıca yorumlanabileceği bir ölçüm aracıdır. Cronbach’s Alpha güvenirlik kat sayısı 0,69 olan ölçeğin (71), bu çalışmada toplam Cronbach’s Alpha değeri 0,68 olarak bulunmuştur.

3.7.3. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLHFQ)

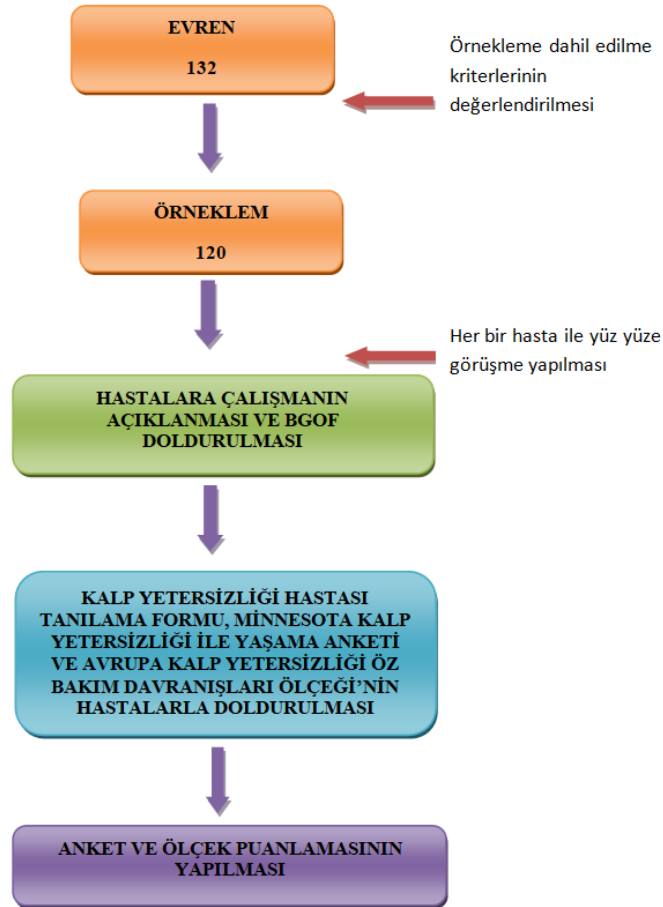
Thomas S. Rector ve arkadaşları (Rector, Kubo and Cohn) tarafından 1987 yılında, kalp yetersizliği tanılı hastaların yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek, Aşık Özdemir tarafından 2009 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır (72). Ölçek 2 alt boyut ve 21 maddeden oluşmaktadır. Alt boyut ve maddelerin dağılımı aşağıdaki gibidir:

- Fiziksel fonksiyon boyutu: 2,3,4,5,6,7,12 ve 13. madde
- Emosyonel fonksiyon boyutu: 17,18,19,20 ve 21. madde

Ölçek; 0 ‘hayır’ ve 5 ‘çok fazla’ olacak şekilde 5’li likert tipte hazırlanmıştır. Ölçek toplam puanı 0- 105 arasında değişmektedir. Düşük puan yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. Cronbach’s Alpha güvenirlik kat sayısı 0,85 olan ölçeğin (72), bu çalışmada toplam Cronbach’s Alpha değeri 0,95 olarak bulunmuştur.

3.8. Araştırma Süreci

Araştırmacı, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun hastalara kendini tanıttıktan sonra araştırmanın konusu ve amacı hakkında bilgi vermiştir. Hastalara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunda (BGOF) yer alan açıklamalar yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara BGOF izlatılmıştır. Her hasta ile bireysel yüzyüze görüşme ile Kalp Yetersizliği Hastası Tanılama Formu, Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışları Ölçeği ve Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi uygulanmıştır. Toplanan veriler özel bir bilgisayarda SPSS formatında kaydedilmiştir. Araştırma süreci akış şeması Şekil.2’ de sunulmuştur.



Şekil.2. Araştırmanın Akış Şeması

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra verilerin dağılımı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin üç ve üzeri grubun karşılaştırmasında Kruskal-Wallis testi; iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Nicel veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman's korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçekler skorları arasındaki ilişki SpearmanRank Korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğinin/iç tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach's Alpha değerleri sunulmuştur. İstatistik değerlendirmelerde $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

- Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı ve Koşuyolu Hastaneleri Başhekimlikleri'nden kurum izni alınmıştır.
- “Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi”nin araştırmada kullanımı için Vacide Aşık Özdemir'den e-posta yolu ile ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-2).
- “Avrupa Kalp Yetersizliği Öz-Bakım Davranışları Ölçeği”nin araştırmada kullanımı için Canan Baydemir'den e-posta yolu ile ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-3).
- Araştırmaya başlamadan önce Yeditepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır. (Başvuru numarası: 202104008 Tarih: 21.06.2021 Karar No:4) (Ek-4)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü hastalardan araştırmanın aşamaları açıklanarak “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur (Rıza) Formu” ile yazılı ve sözlü izinleri alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, COVID19 pandemisi döneminde gerçekleştirilmiş. Pandemi döneminde kronik hastalıklarda ilaç raporların uzatılması, hastaların sağlık kuruluşuna başvurusunun azalmasına neden olmuştur. Ayrıca hastalar, hastanelerin pandemi açısından riskli olması sebebiyle zorunlu olmadıkça hastanelere gitmediklerini ve rutin kontrolleri aksattıklarını belirtmiştir. Tüm bu nedenlerden dolayı örneklem seçiminde sınırlılıklar yaşanmıştır. Araştırmaya dahil edilenlerin büyük bir kısmı,önemli bir semptom varlığıyla tıbbi yardım almak üzere hastaneye başvuran hastalardan oluşmaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar İstanbul’da bulunan bir özel vakıf üniversitesi hastanesine başvuran hastalar ile sınırlıdır.

4.BULGULAR

Araştırma, özel bir hastanenin kardiyoloji polikliniğine ve acil servisine başvuran ve/veya kardiyoloji kliniğinde tedavi gören, araştırmaya katılmaya gönüllü olmayı kabul eden 120 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Bilgileri

Kalp Yetersizliği Hasta Tanılama Formu ile elde edilen veriler, sosyodemografik özellikler ve sağlık durumları ile ilgili özellikler başlıkları altında iki tablo halinde sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların %60'ı (n=72) erkek, %40'ı (n=48) ise kadınlardan oluşmaktadır. Hastaların yaş dağılımları incelendiğinde %2,5'i (n=3) 29 yaş altı, %22,5'i (n=27) 30-49 yaş, %45'i (n=54) 50-64 yaş ve %30'ı (n=36) 65 yaş ve üzeridir. Hastaların 79,2'si (n=95) evli, %15'i (n=18) bekar ve %5,8'i (n=7) boşanmış olduğu ve %6,7'si (n=8) tek, %4,2'si (n=5) anne-baba ve %89,1'i (n=107) eş-çocuklar ile birlikte yaşadığı bulunmuştur. Hastaların %10'u (n=12) okuryazar değil, %58,30'u (n=70) ilkokul-lise mezunu ve %31,70'i (n=38) lisans-lisansüstü mezunudur. Hastaların %73,3'ü (n=88) çalışmadığı, %26,7'si (n=32) ise çalıştığı saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanımlayıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	72	60,0
	Kadın	48	40,0
Yaş Grupları	29 Yaş Altı	3	2,5
	30-49 Yaş	27	22,5
	50-64 Yaş	54	45,0
	65 Yaş ve Üzeri	36	30,0
Medeni Durum	Evli	95	79,2
	Bekar	18	15,0
	Boşanmış	7	5,8
Evde Kaldığı Kişi	Tek	8	6,7
	Anne-baba	5	4,2
	Eş-Çocuklar	107	89,1
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	12	10,0
	İlkokul-Lise Mezunu	70	58,3
	Lisans-Lisansüstü	38	31,7
Çalışma Durumu	Hayır	88	73,3
	Evet	32	26,7

Hastaların %4,2'si (n=5) zayıf, %41,7'si (n=50) normal kilolu, %34,2'si (n=41) fazla kilolu, %16,7'si (n=20) 1. Sınıf obezite ve %3,3'ü (n=4) 2. Sınıf obezitedir. Hastaların %38,3'ü (n=46) hiç sigara içmemiş, %45'i (n=54) sigara içmeyi bırakmış ve %16,7'si (n=20) aktif sigara içiyordur. Alkol kullanım durumuları incelendiğinde, hastaların %60'ı (n=72) hiç alkol kullanmadığı, %22,5'i (n=27) alkol kullanmayı bırakmış ve %17,5'i (n=21) alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.1.2).

Hastaların %28,3'ü (n=34) 0-2 yıl, %40,8'i (n=49) 3-5 yıl, %24,2'si (n=29) 6-10 yıl ve %6,7'si (n=8) 11 yıl ve üzeri dönemdir kalp hastasıdır ve %35,8'i (n=43) kalp hastalığı nedeniyle daha önce hiç hastanede yatmamış iken, %64,2'si (n=77) ise tedavi ve takip amaçlı hastanede yatmıştır. NYHA sınıflamasına göre hastaların dağılımı incelendiğinde, %45,8'i (n=55) sınıf II, %33,3'ü (n=40) sınıf III ve %20,9'u (n=25) sınıf IV olarak belirlenmiştir. Hastaların %13'ünün (n=16) kalp hastalığı dışında eşlik eden hastalık öyküsü yoktur. Hastaların %86,7'si (n=104) ise başka hastalarının da olduğunu belirtmiştir. Bu hastalıkların dağılımı; %50'si (n=53) diyabet, %80,2'si (n=85) hipertansiyon, %21,7'si (n=23) solunum, %13,2'si (n=14) sindirim, %2,8'i (n=3) kan hastalıkları, %12,3'ü (n=13) psikiyatrik hastalık ve

%37,7'si (n=40) diğer hastalıklardan oluşmaktadır. Hastaların %65,8'i (n=79) günlük işlerini yaparken yardım almıyor iken, %34,2'si (n=41) ise yardım almaktadır. (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. Hastaların Sağlık Durumları İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımları

Tanımlayıcı Özellikler		n	%
Beden Kitle İndeksi	Zayıf	5	4,2
	Normal Kilolu	50	41,7
	Fazla Kilolu	41	34,2
	1. Sınıf Obezite	20	16,7
	2. Sınıf Obezite	4	3,3
Sigara Kullanımı	Hiç İçmemiş	46	38,3
	Bırakmış	54	45,0
	İçiyor	20	16,7
Alkol Kullanımı	Hiç İçmemiş	72	60,0
	Bırakmış	27	22,5
	İçiyor	21	17,5
Kalp Yetersizliği Tam Süresi	0-2 Yıl	34	28,3
	3-5 Yıl	49	40,8
	6-10 Yıl	29	24,2
	11 yıl ve üzeri	8	6,7
NYHA Sınıflaması	Sınıf II	55	45,8
	Sınıf III	40	33,3
	Sınıf IV	25	20,9
Hastaneye Yatış Durumu	Hayır	43	35,8
	Evet	77	64,2
Eşlik Eden Hastalık Olma Durumu	Hayır	16	13,3
	Evet	104	86,7
Eşlik Eden Hastalıklar	Dişabet	53	50,0
	Hipertansiyon	85	80,2
	Solunum	23	21,7
	Sindirim	14	13,2
	Kan Hastalıkları	3	2,8
	Psikiyatrik Hastalık	13	12,3
	Diğer	40	37,7
Yardım Alma Durumu	Hayır	79	65,8
	Evet	41	34,2

4.2. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi (MLHFQ) Sonuçları

Çalışmamızda Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi ölçek değeri 7 ile 92 arasında değişmekte olup ortalama $45,84 \pm 20,09$ bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon alt boyut değeri 4 ile 38 arasında değişmekte olup ortalama $21,11 \pm 8,79$ bulunmuştur. Emosyonel fonksiyon alt boyut değeri 0 ile 24 arasında değişmekte olup ortalama $7,61 \pm 6,5$ bulunmuştur (Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.1. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi Puan Ortalamaları

	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}[\text{min-maks}]$
Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu	$21,11 \pm 8,79$	21 [4-38]
Emosyonel Fonksiyon Alt Boyutu	$7,61 \pm 6,5$	6,5 [0-24]
MLHFQ Ölçek Toplamı	$45,84 \pm 20,09$	44 [7-92]

4.3. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları

Çalışmamızda Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam değeri 15 ile 45 arasında değişmekte olup ortalama $32,76 \pm 6,85$ bulunmuştur. Tedaviye uyum alt boyutu değeri 5 ile 20 arasında değişmekte olup ortalama $12,8 \pm 3,5$ bulunmuştur. Aktivitelere uyum alt boyutu değeri 3 ile 15 arasında değişmekte olup ortalama $9,02 \pm 2,73$ bulunmuştur. Tavsiyelere bağlılık alt boyutu değeri 2 ile 10 arasında değişmekte olup ortalama $3,48 \pm 2,18$ bulunmuştur. Yardım alma alt boyutu değeri 2 ile 10 arasında değişmekte olup ortalama $3,91 \pm 1,7$ bulunmuştur (Tablo 4.3.1)

Tablo 4.3.1. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği Ölçüm Ortalamaları

	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}[\text{min-maks}]$
Tedaviye Uyum	$12,8 \pm 3,5$	14 [5-20]
Aktivitelere Uyum	$9,02 \pm 2,73$	9 [3-15]
Tavsiyelere Bağlılık	$3,48 \pm 2,18$	2 [2-10]
Yardım Alma	$3,91 \pm 1,7$	3 [2-10]
EHFScS Ölçek Toplamı	$32,76 \pm 6,85$	34 [15-45]

4.4. Sosyodemografik Özellikler ile Öz bakım ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde araştırmanın değişkenleri ile hastaların ölçeklere verdiği yanıtlar karşılaştırılarak elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Erkek hastaların fiziksel fonksiyon değerinin ve emosyonel fonksiyon değerinin kadınlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Cinsiyete göre MLHFQ toplam ölçek değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Cinsiyete göre tedaviye uyum değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Erkek hastaların aktivitelere uyum değerinin, kadın hastalara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Erkek hastaların tavsiyelere bağlılık değerinin ve yardım alma değerinin, kadınlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Cinsiyete göre EHFSBS toplam ölçek değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.4.1. Cinsiyete Göre Öz bakım (EHFSBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min-maks]	<i>P</i>
Yaşam kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Erkek	72	19,69±8,46	17 [4-37]	0,042*
		Kadın	48	23,23±8,95	24 [7-38]	
	Emosyonel Fonksiyon	Erkek	72	6,61±6,4	4 [0-24]	0,018*
		Kadın	48	9,1±6,41	7 [0-23]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Erkek	72	42,96±20,43	37,5 [7-9]	0,064
		Kadın	48	50,17±18,96	49,5 [19-88]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Erkek	72	13,18±3,32	14 [7-20]	0,148
		Kadın	48	12,23±3,71	12 [5-20]	
	Aktivitelere Uyum	Erkek	72	9,57±2,56	10 [3-13]	0,005**
		Kadın	48	8,19±2,78	7,5 [3-15]	
	Tavsiyelere Bağlılık	Erkek	72	3,04±1,77	2 [2-10]	0,031*
		Kadın	48	4,13±2,56	3 [2-10]	
	Yardım Alma	Erkek	72	3,56±1,31	3 [2-8]	0,023*
		Kadın	48	4,44±2,05	4 [2-10]	
	EHFSBS Ölçek	Erkek	72	33,13±6,48	34 [16-45]	0,551
		Kadın	48	32,21±7,4	34 [15-44]	

Mann Whitney U Testi * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Yaş gruplarına göre fiziksel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). 30-49 yaş grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, 50-64 yaş olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 30-49 yaş grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, 65 yaş ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 50-64 yaş grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, 65 yaş ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Yaş gruplarına göre emosyonel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). 30-49 yaş grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, 50-64 yaş olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 30-49 yaş grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, 65 yaş ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 50-64 yaş grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, 65 yaş ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Yaş gruplarına göre minnesota ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). 30-49 yaş grubunun minnesota ölçek toplamı değerinin, 50-64 yaş olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 30-49 yaş grubunun MLHFQ ölçek toplamı değerinin, 65 yaş ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Yaş gruplarına göre tedaviye uyum değeri aktivitelere uyum değeri tavsiyelere bağlılık değeri göre yardım alma değeri ve EHFSBS ölçek toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.2. Yaş Gruplarına Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min-maks]	<i>P</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	29 Yaş Altı	3	17,33±3,51	17 [14-21]	0,001**
		30-49 Yaş	27	15,37±4,93	14 [8-26]	
		50-64 Yaş	54	21,19±8,57	22,5 [8-38]	
		65 Yaş ve Üzeri	36	25,61±9,25	27,5 [4-37]	
	Emosyonel Fonksiyon	29 Yaş Altı	3	6,33±5,69	8 [0-11]	0,001**
		30-49 Yaş	27	4,07±5,55	1 [0-20]	
		50-64 Yaş	54	7,33±5,89	6,5 [0-23]	
		65 Yaş ve Üzeri	36	10,78±6,78	11 [0-24]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	29 Yaş Altı	3	40,33±16,77	49 [21-51]	0,001**
		30-49 Yaş	27	33,37±13,84	29 [17-69]	
		50-64 Yaş	54	46,43±19,09	44,5 [18-88]	
		65 Yaş ve Üzeri	36	54,78±21,37	61 [7-92]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	29 Yaş Altı	3	12,67±4,73	11 [9-18]	0,595
		30-49 Yaş	27	11,96±3,63	13 [5-19]	
		50-64 Yaş	54	12,93±3,18	14 [5-20]	
		65 Yaş ve Üzeri	36	13,25±3,8	12,5 [7-20]	
	Aktivitelere Uyum	29 Yaş Altı	3	8±1	8 [7-9]	0,299
		30-49 Yaş	27	8,33±2,45	8 [3-13]	
		50-64 Yaş	54	9,07±2,8	9 [3-13]	
		65 Yaş ve Üzeri	36	9,53±2,85	10 [3-15]	
	Tavsiyelere Bağlılık	29 Yaş Altı	3	6,33±4,04	7 [2-10]	0,174
		30-49 Yaş	27	3,56±1,6	3 [2-7]	
		50-64 Yaş	54	3,3±2,09	2 [2-10]	
		65 Yaş ve Üzeri	36	3,44±2,43	2 [2-10]	
	Yardım Alma	29 Yaş Altı	3	5,33±2,08	6 [3-7]	0,201
		30-49 Yaş	27	3,37±1,24	3 [2-6]	
		50-64 Yaş	54	3,96±1,68	3 [2-10]	
		65 Yaş ve Üzeri	36	4,11±1,91	4 [2-10]	
	EHFScBS Ölçek Toplamı	29 Yaş Altı	3	35,33±9,5	35 [26-45]	0,099
		30-49 Yaş	27	30,11±6,57	32 [15-45]	
		50-64 Yaş	54	33,06±6,42	34 [15-44]	
		65 Yaş ve Üzeri	36	34,08±7,21	34,5 [16-45]	

KruskalWallisTesti **p*<0,05 ***p*<0,01

Medeni durumuna göre fiziksel fonksiyon değeri, emosyonel fonksiyon değeri ve MLHFQ ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05). Medeni durumuna göre tedaviye uyum değeri,aktivitelere uyum değeri, tavsiyelere bağlılık değeri, yardım alma değeri ve EHFScBS ölçek toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05) (Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.3 Medeni Duruma Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Evli	95	20,95±8,65	20 [7-38]	0,211
		Bekar	18	19,72±8,96	19 [4-37]	
		Boşanmış	7	26,86±9,46	28 [12-37]	
	Emosyonel Fonksiyon	Evli	95	7,27±5,97	6 [0-23]	0,395
		Bekar	18	8,11±8,51	4,5 [0-24]	
		Boşanmış	7	10,86±7,69	13 [1-19]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Evli	95	45,52±18,93	44 [18-88]	0,328
		Bekar	18	44±25,58	36 [7-92]	
		Boşanmış	7	55±20,63	61 [29-76]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Evli	95	12,84±3,47	14 [5-20]	0,553
		Bekar	18	13,06±3,83	14 [7-19]	
		Boşanmış	7	11,57±3,21	11 [7-17]	
	Aktivitelere Uyum	Evli	95	9,04±2,76	9 [3-15]	0,859
		Bekar	18	9,17±2,33	9 [5-13]	
		Boşanmış	7	8,29±3,45	8 [3-13]	
	Tavsiyelere Bağlılık	Evli	95	3,53±2,19	3 [2-10]	0,143
		Bekar	18	3,72±2,4	2,5 [2-10]	
		Boşanmış	7	2,14±0,38	2 [2-3]	
	Yardım Alma	Evli	95	4,02±1,73	4 [2-10]	0,260
		Bekar	18	3,61±1,65	3 [2-8]	
		Boşanmış	7	3,14±1,07	3 [2-5]	
	EHFScBS Ölçek	Evli	95	33,02±6,67	34 [15-45]	0,345
		Bekar	18	33±6,83	33 [21-45]	
		Boşanmış	7	28,57±8,94	28 [16-42]	

KruskalWallisTesti *** $p < 0,05$** **** $p < 0,01$**

Evde kaldığı kişiye göre fiziksel fonksiyon değeri, emosyonel fonksiyon değeri ve MLHFQ ölçek toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Evde kaldığı kişiye göre tedaviye uyum değeri, aktivitelere uyum değeri, tavsiyelere bağlılık değeri, yardım alma değeri ve EHFScBS ölçek toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 4.4.4).

Tablo 4.4.4 Evde Kaldığı Kişiyeye Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>N</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Tek	8	16,63±11,38	12,5 [4-35]	0,305
		Anne-baba	5	19,6±4,04	21 [14-24]	
		Eş-Çocuklar	107	21,51±8,71	22 [7-38]	
	Emosyonel Fonksiyon	Tek	8	4,75±7,69	1 [0-19]	0,182
		Anne-baba	5	7,4±7,8	7 [0-20]	
		Eş-Çocuklar	107	7,83±6,37	7 [0-24]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Tek	8	33,25±25,62	24,5 [7-75]	0,145
		Anne-baba	5	42,6±18,23	38 [21-69]	
		Eş-Çocuklar	107	46,93±19,58	45 [18-92]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Tek	8	13±2,88	13 [10-17]	0,842
		Anne-baba	5	12±6	9 [7-19]	
		Eş-Çocuklar	107	12,82±3,43	14 [5-20]	
	Aktivitelere Uyum	Tek	8	8,13±2,9	7,5 [5-12]	0,609
		Anne-baba	5	9,2±2,17	8 [8-13]	
		Eş-Çocuklar	107	9,07±2,75	9 [3-15]	
	Tavsiyelere Bağlılık	Tek	8	3,38±2,07	2,5 [2-8]	0,998
		Anne-baba	5	4±3,46	2 [2-10]	
		Eş-Çocuklar	107	3,46±2,14	2 [2-10]	
	Yardım Alma	Tek	8	3,13±0,99	3 [2-5]	0,294
		Anne-baba	5	3,4±1,67	3 [2-6]	
		Eş-Çocuklar	107	3,99±1,73	4 [2-10]	
	EHFScBSÖlçek Toplamı	Tek	8	31±6,19	30,5 [20-41]	0,572
		Anne-baba	5	31,6±12,4	26 [21-45]	
		Eş-Çocuklar	107	32,94±6,63	34 [15-45]	

KruskalWallisTesti **p*<0,05 ***p*<0,01

Eğitim durumuna göre fiziksel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (*p*=0,001; *p*<0,05). Okuryazar olmayan hastaların fiziksel fonksiyon değerinin, ilkökul-lise mezunu olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Okuryazar olmayan hastaların fiziksel fonksiyon değerinin, lisans-lisansüstü olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). İlkokul-lise mezunu hastaların fiziksel fonksiyon değerinin, lisans-lisansüstü olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Eğitim durumuna göre emosyonel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (*p*=0,001; *p*<0,05). Okuryazar olmayan hastaların emosyonel fonksiyon değerinin, ilkökul-lise mezunu olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Okuryazar olmayan hastaların emosyonel fonksiyon değerinin, lisans-lisansüstü olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). İlkokul-lise mezunu hastaların emosyonel fonksiyon değerinin, lisans-lisansüstü olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Eğitim durumuna göre MLHFQ ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). Okuryazar olmayan hastaların MLHFQ ölçek toplamı değerinin, ilkokul-lise mezunu olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Okuryazar olmayan hastaların MLHFQ ölçek toplamı değerinin, lisans-lisansüstü olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). İlkokul-lise mezunu hastaların MLHFQ ölçek toplamı değerinin, lisans-lisansüstü olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Eğitim durumuna göre tedaviye uyum değeri, aktivitelere uyum değeri, tavsiyelere bağlılık değeri, yardım alma değeri ve EHFSBS ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.4.5).

Tablo 4.4.5 Eğitim Duruma Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Okuryazar Değil	12	30,33±4,36	30,5 [24-37]	0,001**
		İlkokul-Lise Mezunu	70	22,19±8,9	23 [4-38]	
		Lisans-Lisansüstü	38	16,21±6,39	14 [7-33]	
	Emosyonel Fonksiyon	Okuryazar Değil	12	14,92±3,26	16 [9-19]	0,001**
		İlkokul-Lise Mezunu	70	7,9±6,28	7 [0-24]	
		Lisans-Lisansüstü	38	4,76±5,77	2 [0-20]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Okuryazar Değil	12	68,5±8,35	68 [58-79]	0,001**
		İlkokul-Lise Mezunu	70	47,79±20,02	45,5 [7-92]	
		Lisans-Lisansüstü	38	35,11±15,43	29,5 [17-72]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Okuryazar Değil	12	13,08±2,61	12 [10-17]	0,522
		İlkokul-Lise Mezunu	70	13±3,52	14 [5-20]	
		Lisans-Lisansüstü	38	12,34±3,73	12 [7-20]	
	Aktivitelere Uyum	Okuryazar Değil	12	8,83±3,61	8 [5-15]	0,380
		İlkokul-Lise Mezunu	70	9,27±2,65	9 [3-13]	
		Lisans-Lisansüstü	38	8,61±2,56	8 [4-13]	
	Tavsiyelere Bağlılık	Okuryazar Değil	12	3,67±1,83	3,5 [2-7]	0,715
		İlkokul-Lise Mezunu	70	3,47±2,26	2 [2-10]	
		Lisans-Lisansüstü	38	3,42±2,16	2,5 [2-10]	
	Yardım Alma	Okuryazar Değil	12	3,67±1,72	3,5 [2-6]	0,195
		İlkokul-Lise Mezunu	70	4,14±1,8	4 [2-10]	
		Lisans-Lisansüstü	38	3,55±1,45	3[2-7]	
	EHFScBSÖ lçek Toplamı	Okuryazar Değil	12	32,83±6,9	33 [20-43]	0,117
		İlkokul-Lise Mezunu	70	33,66±6,36	34 [15-44]	
		Lisans-Lisansüstü	38	31,08±7,54	30 [19-45]	

KruskallWallisTesti

p*<0,05 *p*<0,01

Çalışmayan hastaların fiziksel fonksiyon değerinin, çalışanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Çalışmayan hastaların emosyonel fonksiyon değerinin, çalışanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Çalışmayan hastaların MLHFQ ölçek toplamı değerinin, çalışanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Çalışma durumuna göre tedaviye uyum değeri,aktivitelere uyum değeri, tavsiyelere bağlılık değeri, yardım alma değeri ve EHFScBS ölçek toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05) (Tablo 4.4.6).

Tablo 4.4.6 Çalışma Durumuna Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>N</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Hayır	88	23,1±8,86	24 [4-38]	0,001**
		Evet	32	15,63±5,84	14 [7-29]	
	Emosyonel Fonksiyon	Hayır	88	8,86±6,58	7 [0-24]	0,001**
		Evet	32	4,16±4,89	2 [0-17]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Hayır	88	50,01±20,09	52 [7-92]	0,001**
		Evet	32	34,38±15,21	27,5 [17-68]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Hayır	88	12,95±3,56	13,5 [5-20]	0,462
		Evet	32	12,38±3,34	14 [7-18]	
	Aktivitelere Uyum	Hayır	88	9,3±2,71	9 [3-15]	0,053
		Evet	32	8,25±2,65	7,5 [4-13]	
	Tavsiyelere Bağlılık	Hayır	88	3,35±2,22	2 [2-10]	0,052
		Evet	32	3,81±2,04	3 [2-10]	
	Yardım Alma	Hayır	88	4,01±1,75	4 [2-10]	0,262
		Evet	32	3,63±1,52	3 [2-6]	
	EHFScBS Ölçek Toplam	Hayır	88	33,47±6,79	34 [15-45]	0,058
		Evet	32	30,81±6,74	32 [19-45]	

Mann Whitney U Testi * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Yardım almayan hastaların fiziksel fonksiyon değerinin, emosyonel fonksiyon değeri ve MLHFQ ölçek toplamı değerinin yardım alanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Yardım alma durumuna göre tedaviye uyum değeri, aktivitelere uyum değeri, tavsiyelere bağlılık değeri, yardım alma değeri ve EHFScBS ölçek toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.4.7).

Tablo 4.4.7 Yardım Alma Durumuna Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Hayır	79	17,56±7,4	16 [4-38]	0,001**
		Evet	41	27,95±7,1	29 [10-37]	
	Emosyonel Fonksiyon	Hayır	79	5,2±5,22	3 [0-23]	0,001**
		Evet	41	12,24±6,25	14 [0-24]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Hayır	79	37,59±16,39	32 [7-88]	0,001**
		Evet	41	61,73±16,83	64 [22-92]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Hayır	79	12,54±3,53	12 [5-20]	0,219
		Evet	41	13,29±3,42	14 [7-20]	
	Aktivitelere Uyum	Hayır	79	8,73±2,59	9 [3-15]	0,084
		Evet	41	9,56±2,93	10 [3-13]	
	Tavsiyelere Bağlılık	Hayır	79	3,59±2,1	3 [2-10]	0,054
		Evet	41	3,24±2,32	2 [2-10]	
	Yardım Alma	Hayır	79	4±1,75	4 [2-10]	0,435
		Evet	41	3,73±1,58	3 [2-8]	
	EHFScBS Ölçek Toplamı	Hayır	79	32,25±6,9	33 [15-45]	0,202
		Evet	41	33,73±6,73	35 [16-45]	

Mann Whitney U Testi * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Sigara kullanım durumuna göre fiziksel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,015$; $p<0,05$). Hiç içmemiş hastaların fiziksel fonksiyon değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Bırakmış hastaların fiziksel fonksiyon değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sigara kullanım durumuna göre emosyonel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,04$; $p<0,05$). Hiç içmemiş hastaların emosyonel fonksiyon değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Bırakmış hastaların emosyonel fonksiyon değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sigara kullanım durumuna göre MLHFQ ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Sigara kullanım durumuna göre tedaviye uyum değeri, aktivitelere uyum değeri, tavsiyelere bağlılık değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Sigara kullanım durumuna göre yardım alma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,047$; $p<0,05$). Bırakmış hastaların yardım alma değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sigara kullanım durumuna göre EHFScBS ölçek toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,047$; $p<0,05$). Hiç içmemiş hastaların EHFScBS ölçek toplam değerinin,

içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Bırakmış hastalarınEHFScBS ölçek toplam değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.4.8).

Tablo 4.4.8 Sigara Kullanımına Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Hiç içmemiş	46	23,37±8,93	24 [8-38]	0,015*
		Bırakmış	54	20,94±8,38	20 [8-37]	
		İçiyor	20	16,35±7,96	14 [4-33]	
	Emosyonel Fonksiyon	Hiç içmemiş	46	8,78±6,93	7 [0-23]	0,040*
		Bırakmış	54	7,61±5,93	8 [0-24]	
		İçiyor	20	4,9±6,45	2,5 [0-20]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Hiç içmemiş	46	49,15±21,1	49,5 [19-88]	0,069
		Bırakmış	54	46,7±18,54	46,5 [18-92]	
		İçiyor	20	35,9±19,53	29 [7-72]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Hiç içmemiş	46	13,09±3,63	12 [5-20]	0,282
		Bırakmış	54	12,96±3,19	14 [5-20]	
		İçiyor	20	11,7±3,94	10 [7-20]	
	Aktivitelere Uyum	Hiç içmemiş	46	9,33±2,82	9,5 [3-15]	0,326
		Bırakmış	54	9,02±2,75	9 [3-13]	
		İçiyor	20	8,3±2,41	8 [5-12]	
	Tavsiyelere Bağlılık	Hiç içmemiş	46	3,67±2,25	3 [2-10]	0,543
		Bırakmış	54	3,52±2,36	2 [2-10]	
		İçiyor	20	2,9±1,29	2,5 [2-7]	
	Yardım Alma	Hiç içmemiş	46	3,85±1,48	4 [2-8]	0,047*
		Bırakmış	54	4,24±1,93	4 [2-10]	
		İçiyor	20	3,15±1,23	3 [2-6]	
	EHFScBS Ölçek Toplamı	Hiç içmemiş	46	33,76±6,91	34 [15-45]	0,047*
		Bırakmış	54	33,09±6,57	34 [15-45]	
		İçiyor	20	29,55±6,83	29 [20-44]	

Kruskal Wallis Testi * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Alkol kullanım durumuna göre fiziksel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,036$; $p<0,05$). Hiç içmemiş hastaların fiziksel fonksiyon değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Alkol kullanım durumuna göre emosyonel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,008$; $p<0,05$). Hiç içmemiş hastaların emosyonel fonksiyon değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Bırakmış hastaların emosyonel fonksiyon değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$).

Alkol kullanım durumuna göre MLHFQ ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,016$; $p<0,05$). Hiç içmemiş hastaların MLHFQ ölçek toplamı değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Bırakmış hastaların MLHFQ ölçek toplamı değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Alkol kullanım durumuna göre tedaviye uyum değeri, aktivitelere uyum değeri ve tavsiyelere bağlılık değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Alkol kullanım durumuna göre yardım alma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,006$; $p<0,05$). Hiç içmemiş hastaların yardım alma değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Alkol kullanım durumuna göre EHFSBS ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,002$; $p<0,05$). Hiç içmemiş hastaların EHFSBS ölçek toplamı değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Bırakmış hastaların EHFSBS ölçek toplamı değerinin, içiyor olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.4.9).

Tablo 4.4.9 Alkol Kullanımına Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Hiç İcmemiş	72	22,38±8,84	23 [4-38]	0,036*
		Bırakmış	27	21,15±8,33	21 [8-35]	
		İçiyor	21	16,71±8,14	14 [7-33]	
	Emosyonel Fonksiyon	Hiç İcmemiş	72	8,28±6,28	7 [0-24]	0,008**
		Bırakmış	27	8,26±6,58	10 [0-19]	
		İçiyor	21	4,48±6,49	1 [0-20]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Hiç İcmemiş	72	47,96±19,7	48 [7-92]	0,016*
		Bırakmış	27	48,59±19,58	45 [18-77]	
		İçiyor	21	35,05±19,4	27 [17-72]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Hiç İcmemiş	72	13,15±3,48	14 [5-20]	0,061
		Bırakmış	27	13,11±3,23	14 [7-18]	
		İçiyor	21	11,19±3,6	10 [7-19]	
	Aktivitelere Uyum	Hiç İcmemiş	72	9,42±2,69	10 [3-15]	0,107
		Bırakmış	27	8,67±2,79	8 [3-13]	
		İçiyor	21	8,1±2,59	8 [4-13]	
	Tavsiyelere Bağlılık	Hiç İcmemiş	72	3,61±2,2	3 [2-10]	0,566
		Bırakmış	27	3,48±2,62	2 [2-10]	
		İçiyor	21	3±1,3	3 [2-7]	
	Yardım Alma	Hiç İcmemiş	72	4,17±1,68	4 [2-10]	0,006**
		Bırakmış	27	3,96±1,93	3 [2-10]	
		İçiyor	21	2,95±1,02	3 [2-6]	
	EHFScBS Ölçek Toplamı	Hiç İcmemiş	72	34,06±6,2	34 [15-45]	0,002**
		Bırakmış	27	32,67±7,47	34 [16-45]	
		İçiyor	21	28,43±6,66	28 [19-45]	

KruskalWallisTesti **p*<0,05 ***p*<0,01

Kalp hastalığı süresine göre fiziksel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (*p*=0,001; *p*<0,05). 0-2 yıl grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, 3-5 yıl olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). 0-2 yıl grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, 6-10 yıl olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). 0-2 yıl grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, 11 yıl ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). 3-5 yıl grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, 6-10 yıl olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). 3-5 yıl grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, 11 yıl ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Kalp hastalığı süresine göre emosyonel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (*p*=0,001; *p*<0,05). 0-2 yıl

grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, 3-5 yıl olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 0-2 yıl grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, 6-10 yıl olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 0-2 yıl grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, 11 yıl ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 3-5 yıl grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, 6-10 yıl olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 3-5 yıl grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, 11 yıl ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Kalp hastalığı süresine göre MLHFQ ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). 0-2 yıl grubunun MLHFQ ölçek toplamı değerinin, 3-5 yıl olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 0-2 yıl grubunun MLHFQ ölçek toplamı değerinin, 6-10 yıl olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 0-2 yıl grubunun MLHFQ ölçek toplamı değerinin, 11 yıl ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 3-5 yıl grubunun MLHFQ ölçek toplamı değerinin, 6-10 yıl olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 3-5 yıl grubunun MLHFQ ölçek toplamı değerinin, 11 yıl ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Kalp hastalığı süresine göre tedaviye uyum değeri, aktivitelere uyum değeri, tavsiyelere bağlılık değeri, yardım alma değeri ve EHFScBS ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.4.10).

Tablo 4.4.10 Kalp Hastalığı Süresine Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	0-2 Yıl	34	15,53±7,11	14 [4-38]	0,001**
		3-5 Yıl	49	20,76±7,88	20 [8-37]	
		6-10 Yıl	29	25,45±8,46	28 [7-36]	
		11 yıl ve üzeri	8	31,25±4,06	33 [23-35]	
	Emosyonel Fonksiyon	0-2 Yıl	34	4,41±5,67	2 [0-23]	0,001**
		3-5 Yıl	49	6,98±6,66	4 [0-24]	
		6-10 Yıl	29	10,76±5,01	13 [1-18]	
		11 yıl ve üzeri	8	13,63±5,15	12,5 [9-23]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	0-2 Yıl	34	34,21±17,13	27,5 [7-88]	0,001**
		3-5 Yıl	49	44,31±18,78	43 [18-92]	
		6-10 Yıl	29	55,72±18,02	60 [19-79]	
		11 yıl ve üzeri	8	68,88±8,63	65 [63-88]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	0-2 Yıl	34	11,65±3,22	11 [7-18]	0,117
		3-5 Yıl	49	13±3,79	14 [5-20]	
		6-10 Yıl	29	13,62±3,4	14 [7-20]	
		11 yıl ve üzeri	8	13,5±2,14	14 [10-17]	
	Aktivitelere Uyum	0-2 Yıl	34	8,38±2,41	9 [4-12]	0,403
		3-5 Yıl	49	9,18±2,6	9 [3-13]	
		6-10 Yıl	29	9,31±2,88	9 [3-13]	
		11 yıl ve üzeri	8	9,63±4,03	9,5 [5-15]	
	Tavsiyelere Bağlılık	0-2 Yıl	34	3,56±2,15	3 [2-10]	0,824
		3-5 Yıl	49	3,41±1,98	3 [2-10]	
		6-10 Yıl	29	3,24±2,17	2 [2-10]	
		11 yıl ve üzeri	8	4,38±3,46	2 [2-10]	
	Yardım Alma	0-2 Yıl	34	3,85±1,86	3 [2-10]	0,771
		3-5 Yıl	49	3,82±1,6	3 [2-8]	
		6-10 Yıl	29	3,93±1,31	4 [2-6]	
		11 yıl ve üzeri	8	4,63±2,72	4 [2-10]	
	EHFScBSÖlçek Toplamı	0-2 Yıl	34	30,59±6,58	32 [18-45]	0,073
		3-5 Yıl	49	33,06±6,96	34 [15-45]	
		6-10 Yıl	29	34,14±6,31	35 [16-45]	
		11 yıl ve üzeri	8	35,13±8,01	37,5 [20-43]	

Kruskall Wallis Testi **p*<0,05 ***p*<0,01

Hastanede yatmayan grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, yatanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Hastanede yatmayan grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, yatanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Hastanede yatmayan grubunun minnesota ölçek toplamı değerinin, yatanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Hastanede yatış durumuna göre tedaviye uyum değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05). Hastanede yatış durumuna göre aktivitelere uyum değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05). Hastanede yatış durumuna göre tavsiyelere bağlılık değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermemektedir ($p>0,05$). Hastanede yatmayan grubunun yardım alma değerinin, yatanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Hastanede yatmayan grubunun avrupa ölçek değerinin, yatanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.4.11).

Tablo 4.4.11 Hastaneye Yatış Durumuna Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Hayır	43	14,79±6,02	13 [4-33]	0,001**
		Evet	77	24,64±8,12	26 [7-38]	
	Emosyonel Fonksiyon	Hayır	43	2,77±3,68	2 [0-17]	0,001**
		Evet	77	10,31±6,16	11 [0-24]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Hayır	43	29,88±12,48	27 [7-68]	0,001**
		Evet	77	54,75±17,92	58 [19-92]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Hayır	43	12,26±3,71	12 [5-20]	0,193
		Evet	77	13,1±3,36	14 [7-20]	
	Aktivitelere Uyum	Hayır	43	8,77±2,68	9 [3-13]	0,547
		Evet	77	9,16±2,76	9 [3-15]	
	Tavsiyelere Bağlılık	Hayır	43	3,05±1,65	2 [2-9]	0,347
		Evet	77	3,71±2,4	2 [2-10]	
	Yardım Alma	Hayır	43	3,47±1,44	3 [2-10]	0,035*
		Evet	77	4,16±1,78	4 [2-10]	
	EHFScBS Ölçek Toplamı	Hayır	43	31,09±7	31 [15-45]	0,024*
		Evet	77	33,69±6,63	34 [16-45]	

Mann Whitney U Testi * $p<0,05$ ** $p<0,01$

NYHA sınıflanmasına göre fiziksel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). Sınıf II grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, sınıf III olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sınıf II grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, sınıf IV olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sınıf III grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, sınıf IV olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). NYHA sınıflanmasına göre emosyonel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). Sınıf II grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, sınıf III olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sınıf II grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, sınıf IV olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sınıf III grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, sınıf IV olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). NYHA sınıflanmasına göre MLHFQ ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$;

$p<0,05$). Sınıf II grubunun minnesota ölçek toplamı değerinin, sınıf III olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sınıf II grubunun MLHFQ ölçek toplamı değerinin, sınıf IV olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sınıf III grubunun MLHFQ ölçek toplamı değerinin, sınıf IV olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). NYHA sınıflanmasına göre tedaviye uyum değeri,aktivitelere uyum değeri ve tavsiyelere bağlılık değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). NYHA sınıflanmasına göre yardım alma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,009$; $p<0,05$). Sınıf II grubunun yardım alma değerinin, sınıf III olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Sınıf III grubunun yardım alma değerinin, sınıf IV olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). NYHA sınıflanmasına göre EHFScBS ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,014$; $p<0,05$). Sınıf II grubununEHFScBS ölçek toplamı değerinin, sınıf III olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.4.12).

Tablo 4.4.12 NYHA Sınıflamasına Göre Öz bakım (EHFScBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Sınıf II	55	14,82±5,65	14 [4-29]	0,001**
		Sınıf III	40	22,98±6,91	24 [10-37]	
		Sınıf IV	25	31,96±3,88	33 [24-38]	
	Emosyonel Fonksiyon	Sınıf II	55	2,95±3,36	2 [0-15]	0,001**
		Sınıf III	40	9,58±5,96	9 [0-24]	
		Sınıf IV	25	14,72±4,14	14 [6-23]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Sınıf II	55	30,58±11,95	27 [7-64]	0,001**
		Sınıf III	40	51,53±15,56	50,5 [21-92]	
		Sınıf IV	25	70,32±8,62	69 [56-88]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Sınıf II	55	12,24±3,4	12 [7-20]	0,121
		Sınıf III	40	13,58±3,71	14 [5-20]	
		Sınıf IV	25	12,8±3,25	12 [7-18]	
	Aktivitelere Uyum	Sınıf II	55	8,69±2,48	8 [4-13]	0,406
		Sınıf III	40	9,33±2,68	9,5 [3-13]	
		Sınıf IV	25	9,24±3,29	9 [3-15]	
	Tavsiyelere ÖBağlılık	Sınıf II	55	3,33±1,97	3 [2-10]	0,118
		Sınıf III	40	3,98±2,48	3 [2-10]	
		Sınıf IV	25	3±2,02	2 [2-10]	
	Yardım Alma	Sınıf II	55	3,6±1,56	3 [2-10]	0,009**
		Sınıf III	40	4,55±1,8	4 [2-10]	
		Sınıf IV	25	3,56±1,58	3 [2-8]	
	EHFScBS Ölçek Toplamı	Sınıf II	55	31,27±6,71	32 [18-45]	0,014*
		Sınıf III	40	34,83±6,61	35,5 [15-45]	
		Sınıf IV	25	32,72±6,94	34 [16-43]	

KruskalWallisTesti **p*<0,05 ***p*<0,01

Kullanılan ilaç sayısına göre fiziksel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (*p*=0,001; *p*<0,05). 0-3 adet grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, 8 ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). 4-7 adet grubunun fiziksel fonksiyon değerinin, 8 ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Kullanılan ilaç sayısına göre emosyonel fonksiyon değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (*p*=0,001; *p*<0,05). 0-3 adet grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, 8 ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). 4-7 adet grubunun emosyonel fonksiyon değerinin, 8 ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). Kullanılan ilaç sayısına göre MLHFQ ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (*p*=0,001; *p*<0,05). 0-3 adet grubunun MLHFQ ölçek toplamı değerinin, 8 ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,05). 4-7 adet grubunun MLHFQ ölçek toplamı değerinin, 8 ve üzeri olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($p=0,001$; $p<0,05$). Kullanılan ilaç sayısına göre tedaviye uyum değeri ve aktivitelere uyum değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kullanılan ilaç sayısına göre tavsiyelere bağlılık değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,006$; $p<0,05$). 0-3 adet grubunun tavsiyelere bağlılık değerinin, 4-7 adet olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). 0-3 adet grubunun tavsiyelere bağlılık değerinin, 8 ve üzeri olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Kullanılan ilaç sayısına göre yardım alma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,033$; $p<0,05$). 0-3 adet grubunun yardım alma değerinin, 8 ve üzeri olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Kullanılan ilaç sayısına göre EHFSBS ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.4.13).

Tablo 4.4.13 Kullandığı İlaç Sayısına Göre Öz bakım (EHFSBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	0-3 Adet	30	17,97±7,94	17 [4-38]	0,001**
		4-7 Adet	60	19,18±8,16	16 [8-37]	
		8 ve üzeri	30	28,1±7,09	30 [12-37]	
	Emosyonel Fonksiyon	0-3 Adet	30	6,43±6,52	4,5 [0-23]	0,001**
		4-7 Adet	60	5,9±6,06	3 [0-24]	
		8 ve üzeri	30	12,2±5,18	13,5 [1-23]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	0-3 Adet	30	38,87±20,08	30,5 [7-88]	0,001**
		4-7 Adet	60	41,12±17,92	38 [18-92]	
		8 ve üzeri	30	62,27±14,95	66,5 [29-88]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	0-3 Adet	30	13,33±3,43	14 [7-20]	0,400
		4-7 Adet	60	12,85±3,77	14 [5-20]	
		8 ve üzeri	30	12,17±2,97	12 [7-18]	
	Aktivitelere Uyum	0-3 Adet	30	8,73±2,41	8 [5-13]	0,599
		4-7 Adet	60	8,98±2,77	9,5 [3-13]	
		8 ve üzeri	30	9,37±2,98	9,5 [3-15]	
	Tavsiyelere Bağlılık	0-3 Adet	30	4,27±2,27	4 [2-10]	0,006**
		4-7 Adet	60	3,48±2,35	2 [2-10]	
		8 ve üzeri	30	2,67±1,3	2 [2-7]	
	Yardım Alma	0-3 Adet	30	4,4±1,69	4 [2-8]	0,033*
		4-7 Adet	60	3,98±1,85	3 [2-10]	
		8 ve üzeri	30	3,27±1,11	3 [2-7]	
	EHFSBS Ölçek Toplamı	0-3 Adet	30	34,03±5,49	34 [21-45]	0,493
		4-7 Adet	60	32,63±7,64	34 [15-45]	
		8 ve üzeri	30	31,73±6,39	32 [16-41]	

KruskalWallisTesti * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Ailede başka kalp hastası olma durumuna göre fiziksel fonksiyon değeri, emosyonel fonksiyon değeri ve MLHFQ ölçek toplamı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Ailede başka kalp hastası olmayan grubunun tedaviye uyum değerinin, olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). Ailede başka kalp hastası olma durumuna göre aktivitelere uyum değeri, tavsiyelere bağlılık değeri yardım alma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Ailede başka kalp hastası olmayan grubunun EHFSBS ölçek toplamı değerinin, olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.4.14).

Tablo 4.4.14 Ailede Başka Kalp Hastası Olma Durumu ile Öz bakım (EHFSBS) ve Yaşam Kalitesi (MLHFQ) Ölçeklerinin Karşılaştırılması

			<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min-maks]	<i>p</i>
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	Hayır	66	20,89±9,11	19 [7-38]	0,690
		Evet	54	21,37±8,47	22,5 [4-34]	
	Emosyonel Fonksiyon	Hayır	66	7,32±7,07	5 [0-24]	0,393
		Evet	54	7,96±5,77	9 [0-18]	
	MLHFQ Ölçek Toplamı	Hayır	66	44,42±20,65	39 [17-92]	0,312
		Evet	54	47,57±19,43	49,5 [7-79]	
Öz Bakım	Tedaviye Uyum	Hayır	66	12,23±3,62	12 [5-20]	0,044*
		Evet	54	13,5±3,24	14 [7-20]	
	Aktivitelere Uyum	Hayır	66	8,83±2,65	9 [3-15]	0,345
		Evet	54	9,24±2,82	9,5 [3-13]	
	Tavsiyelere Bağlılık	Hayır	66	3,29±2,01	2 [2-10]	0,445
		Evet	54	3,7±2,37	2,5 [2-10]	
	Yardım Alma	Hayır	66	3,68±1,52	3 [2-8]	0,136
		Evet	54	4,19±1,86	4 [2-10]	
	EHFSBS Ölçek Toplamı	Hayır	66	31,5±7,07	32 [15-45]	0,012*
		Evet	54	34,3±6,3	36 [16-45]	

Mann Whitney U Testi * $p<0,05$ ** $p<0,01$

4.5. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşama Anketi ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmada kullanılan Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşama Anketi ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği'nin ilişkisini gösteren analiz sonuçları Tablo 4.5.1' de sunulmuştur.

Tablo 4.5.1. Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşama Anketi ve Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği İlişkisi

Ölçekler			Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği				
			Tedaviye Uyum Alt Boyutu	Aktivitelere Uyum Alt Boyutu	Tavsiyeye Bağlılık Alt Boyutu	Yardım Alma Alt Boyutu	EHFScBS Ölçek Toplam Puanı
Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşama Anketi	1. Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu	r	0,14	0,108	0	0,17	,212*
		p	,126	,242	0,194	,064	,020
	2. Emosyonel Fonksiyon Alt Boyutu	r	0,134	-0,047	0,022	,261**	,197*
		p	,145	,610	,810	0,004	,031
	3. MLHFQ Ölçek Toplam Puanı	r	,139	0,038	-0,045	,205*	,212*
		p	,130	,682	,622	,024	0,02

*Spearman's *p<0,05 **p<0,01*

Fiziksel fonksiyon ile EHFScBS ölçek puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,212$, $p<0,05$). Fiziksel fonksiyon ile tedaviye uyum, aktivitelere uyum, tavsiyelere bağlılık ve yardım alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.1).

Emosyonel fonksiyon ile yardım alma arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,261$, $p<0,01$). Emosyonel fonksiyon ile EHFScBS ölçek puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,197$, $p<0,05$). Emosyonel fonksiyon ile tedaviye uyum, aktivitelere uyum ve tavsiyelere bağlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.1).

MLHFQ ölçek puanı ile yardım alma arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,205$, $p<0,05$). MLHFQ ölçek puanı ile EHFScBS ölçek puanı

arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=.212$, $p<0,05$).MLHFQ ölçek puanı ile tedaviye uyum, aktivitelere uyum ve tavsiyelere bağlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.1).



5. TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. Tartışma

Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım davranışlarının yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı bu çalışmada elde edilen bulgular; sosyodemografik özellikler ile ilgili bulguların tartışılması, sosyodemografik özelliklerin öz bakım davranışları ve yaşam kaliteleri ile ilgisinin tartışılması ve öz bakım davranışlarının yaşam kalitesine etkisinin tartışılması başlıkları altında literatür bilgileriyle tartışılmıştır.

5.1.1.Sosyodemografik Özellikler İle İlgili Bulguların Tartışılması

Kalp yetersizliği tüm dünya ülkelerinin öncelikli sağlık sorunlarından biridir (73). Toplumun özelliklerine göre prevelans ve insidans belirleme çalışmaları yapılmaktadır. Choi ve arkadaşlarının 2022 yılında Kore’de yaptığı çalışmada hastaların %52,10’unun kadın olduğu saptanmıştır (74). İspanya’da 2000-2007 yılları arasında gerçekleştirilen prevelans çalışmasında erkek hastaların oranı daha yüksekken, İsveç’te 2010 yılında yapılan çalışma da ise cinsiyetler arasında benzerlik olduğu bulunmuştur (75). ESC 2021 kılavuzusunda, Avrupa Kalp Yetersizliği Uzun Vadeli Kayıt Sistemi’ndeki hastaların %50,00’sinden fazlasının kadın olduğu bildirilmiştir (4). Tsao ve arkadaşları, Framingham Kalp Araştırması ve Kardiyovasküler Sağlık Araştırması’nı kullanarak yaptıkları çalışmada erkek hastaların kadın hastalardan daha fazla olduğunu bulmuştur (76). Türk hastalarla yapılan çalışmalarda; Bayrak ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %55,30’u, Ermiş ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %60,00’i, Ağca’nın 2021 yılındaki tez çalışmasında hastaların %79,90’ının erkek olduğu belirtilmiştir (73,77). Çalışmamızda da benzer şekilde erkek cinsiyet oranı (%60,00) yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1.1). Literatürde cinsiyet dağılımının değişkenlik göstermesinin, çalışmaların yapıldığı toplumun cinsiyet, yaş, köken gibi özelliklerinin farklılığından kaynaklandığı düşündürmektedir.

Kalp yetersizliği, her geçen gün görülme sıklığı artan ve ölüm oranı yüksek bir hastalıktır. Yaş ortalaması yüksek toplumlarda kalp yetersizliği tanı sıklığının da yüksek olduğu bilinmektedir (78). Birhan Yılmaz ve arkadaşlarının 23 merkezde yürüttüğü ülkemizin kalp

yetersizliği profilini belirlemeye yönelik çalışmaya dahil edilen 1054 hastanın yaş ortalamaları 63.3 ± 13.3 yıl, Gök Metin ve Gülbahar'ın 70 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada ise kalp yetersizliği hastalarının yaş ortalamaları 67.15 ± 9.97 yıl olarak bulunmuştur (79,80). Benzer şekilde Polat ve Şimşek tarafından yapılan deneysel bir çalışmada kontrol ve deney grubu hastaların sırasıyla %51,90 ve %80,80'inin 60 yaş ve üzeri olduğu belirtilmiştir (81). Ermiş ve arkadaşlarının çalışmasında yer alan 130 hastanın yaş ortalaması 58.74 ± 17.46 yıl olarak bulunmuştur (82). Çalışmamıza dahil edilen 120 hastanın %45,00'i 50-64 yaş aralığında, %30,00'u ise 65 yaş ve üzeri olarak belirlenmiş ve literatür ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.1.1).

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun (%79,16) evli, %5,83'ü ise boşanmış olduğu ve %89,16'sının eş veya çocukları ile birlikte yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.1.1). Ertuğrul'un tez çalışmasında da benzer şekilde hastaların %44,75 oranıyla yarıya yakını evli, %44,05'i eş ile, %42,65'i ise çocukları ile yaşadığını belirtmiştir (83). Benzer şekilde Akdeniz ve Canlı Özer'in yaptığı çalışmada da hastaların %95,55'inin evli olduğu ve %88,88'inin aile ile birlikte yaşadığı görülmüştür (84). Çalışmamız medeni durum ve birlikte yaşanan kişiler yönünden literatür ile uyumludur.

Tekin'in 150 hastayla yürüttüğü tez çalışmasında hastaların %16,70'i okur-yazar değil, %58,00'ı ilkokul, ortaokul yada lise mezunu ve %3,30'u üniversite mezunu olarak bulunmuştur (85). Kasar ve Erzincanlı'nın 2021 yılında yaptığı araştırmada hastaların %28,90'ı okuryazar değil, %45,60'ı ilkokul ve %2,60'ı üniversite mezunudur. TÜİK İstatistiklerle Kadın 2021 raporuna göre 2020 yılında kadınların %87,70'nin, erkeklerin %98,10'unun en az bir eğitim seviyesini tamamladıkları raporlanmıştır (86). Çalışmamızdaki hastaların %10'u (n=12) okuryazar değil, %58,33'ü (n=70) ilkokul-lise mezunu ve %31,67'si (n=38) lisans-lisansüstü mezunudur (Tablo 4.1.1). Toplumun okuryazarlık durumu ve araştırmanın İstanbul ilindeki özel bir vakıf üniversitesi hastanesinde yapılması çalışma sonucunu etkilediği düşünülmektedir.

Ağca'nın 254 hasta ile gerçekleştirdiği tez çalışmasında hastaların %21,7'sinin çalıştığı ve %78,3'ünün çalışmadığı bulunmuştur (77). Benzer şekilde Boğan ve Korkmaz'ın

çalışmasında da hastaların çoğunun (%89) çalışmadığı belirlenmiştir(87).Çalışmamıza dahil edilen hastaların %73,33'ü (n=88) çalışmıyor iken, %26,67'si (n=32) ise çalışmaktadır(Tablo 4.1.1). Hastaların yaş ortalamalarının yüksek olması ve semptomların hastaların iş gücünü olumsuz etkilemesi nedeniyle hastaların çalışma durumlarının düşük oranda olduğu düşünülmektedir.

5.1.2. Hastaların Sağlık ile İlgili Özelliklerin Tartışılması

Framingham Kalp Çalışması kapsamında Kencanaiah ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırmada beden kitle indeksindeki her 1 puanlık artışın kalp yetersizliği riskini kadınlarda %7 ve erkeklerde %5 arttırdığı görülmüştür (88). Pandey ve arkadaşlarının çalışmasında ise normal kilolu hastalara oranla fazla kilolu hastalarının %38,00 ve birinci sınıf obezite hastalarının %56,00 daha fazla kalp yetersizliği riski olduğu tespit edilmiştir (89). Boğan ve Korkmaz'ın çalışmasında hastaların %30,30'u şişman (fazla kilolu), %45,50'si ise obezdir (87). Çalışmamızda hastaların %4,20'si (n=5) zayıf, %41,70'i (n=50) normal kilolu, %34,20'si (n=41) fazla kilolu, %16,70'i (n=20) birinci sınıf obezite ve %3,30'u (n=4) ikinci sınıf obezite olarak bulunmuştur (Tablo 4.1.2). Çalışmamıza dahil edilen hastaların çoğunluğunun normal kilo sınırını aşmış olması fazla kilonun kalp yetersizliği riskini arttığı bilgisini desteklemektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların %38,33'ü hiç sigara içmemiş, %45,00'ı sigara içmeyi bırakmış ve %16,67'si ise sigara içmeye devam etmektedir. Alkol kullanımları incelendiğinde ise hastaların %60,00'lık oranla büyük çoğunluğunun hiç alkol tüketmediği ve %22,50'sinin alkol alışkanlığından vazgeçtiği bulunmuştur (Tablo 4.1.2). Benzer şekilde Bilbao ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların % 58,17'sinin hiç sigara içmediği, %33,52'sinin sigarayı bıraktığı, %8,31'inin ise sigara kullanımına devam ettiği bulunmuştur (90). Kasar ve Erzincanlı'nın çalışmasında hastaların %21,90'ının sigara içtiği ve %93,00'ının alkol tüketmediği bulunmuştur (91). Tekin'in çalışmasında ise hastaların %20,70'i sigara içerken, %79,30'unun sigara içmediği görülmüştür (85).

Çalışmamızdaki hastaların %28,30'u 0-2 yıl, %40,80'i 3-5 yıl, %24,20'si 6-10 yıl ve %6,70'i 11 yıl ve üzeri dönemdir kalp yetersizliği hastasıdır. Hastaların %64,20'sinin kalp yetersizliği nedeniyle hastanede yattığı belirlenmiştir(Tablo 4.1.2). Ertuğrul yaptığı tez çalışmasında 6 ay ile 30 yıldır kalp yetersizliği tanısı olan hastaları dahil etmiş, ortalama hastalık süresini 7,75 yıl ve hastaneye yatan hasta oranını %97,20 olarak bulmuştur (83). Boğan ve Korkmaz çalışmalarında hastaların son bir yıl içerisinde hastaneye tekrarlı yatışlarını sorgulamış ve hastaların %52,00'ının 1-2 kez yatış yaptığı belirlenmiştir (87). Hastalık süresinin hastaların tedaviye uyum ve başatme düzeylerini etkilediği düşünülmektedir. Hastalık yönetiminin yetersiz olduğu ve semptomların kötüleştiği durumlarda hastaneye yatışların olması beklenir.

NYHA sınıflaması, kalp yetersizliği ile ilgili araştırmalarda hastaların fiziksel fonksiyonları hakkında bilgi edinilmesi için değerlendirilmektedir. Citu ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %22,13'ü NYHA sınıf I, %33,58'i sınıf II, %26,71'i sınıf III, %17,55'i sınıf IV olarak bulunmuştur (92). Tran ve arkadaşlarının %41,60'ı sınıf II, %42,30'u sınıf III ve %5,3'u sınıf IV olan hastalar ile gerçekleştiği çalışmaları bulunmaktadır (93). Çalışmamızda hastaların NYHA sınıflaması, %45,8'i (n=55) sınıf II , %33,3'ü (n=40) sınıf III ve %20,9'u (n=25) sınıf IV olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Sınıflama numarasının artması hastalığın ciddiyetinin arttığı ve semptomların kötüleştiği anlamına gelmektedir. Öz bakım davranışı ve yaşam kalitesindeki değişiklikler hastaların semptomlara bağlı yetersizliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmamıza hastalığın semptom göstermeyen evresi olan NYHA sınıf I hastaları dahil edilmemiştir.

Çalışmamızda hastaların %86,70'inin kalp yetersizliği dışında en az bir eşlik eden hastalığının olduğu belirlenmiştir. Bu hastalıklar incelendiğinde hastalarda en sık %80,20 oranı ile hipertansiyon ve onu takiben %50,00 ile diyabet hastalığı saptanmıştır. Hastaların %21,70'inde solunum sistemi hastalığı eşlik etmektedir (Tablo 4.1.2). Gök Metin ve Gülbahar'ın çalışmasında hastaların %77,10'u hipertansiyon, %35,70'inde diyabet ve %14,30'unda kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tespit edilmiştir (80). Benzer şekilde Boğan ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %90'ında eşlik eden bir hastalık olduğu ve %69,00 oranında diyabet, %63,00 oranında hipertansiyon, %12,00 oranında astım ve %13,00 oranında KOAH hastalığının varlığı görülmüştür (87). Eşlik eden hastalıklar kalp

yetersizliği nedeniyle oluřabilecekđi gibi kalp yetersizliğinin gelişmesi ve ilerlemesine de neden olabilir. Aynı zamanda hastaların eşlik eden hastalıkların tedavisine de uyum sağlamaları gerekmektedir. Bu durumun kalp yetersizliği ile başetme gúçlerini etkilediği dűřünülmektedir.

Kalp yetersizliği ilerledikçe hastaların dispne, yorgunluk gibi şikayetleri artmakta ve fiziksel aktivitelerini kısıtlayarak hastaların bakımları için yardım alma ihtiyaı doğurmaktadır. Bu duruma ek olarak kalp yetersizliği tedavisinde hastaların çoklu ilaç ilaçların dűzenli ve doğru dozda kullanılması, kalp sağlığını koruyucu tuz kısıtlamalı diyetin dűzenlenmesi ve sıvı kısıtlaması gibi uygulamalar öz bakım davranışlarıyla doğrudan ilişkilidir (94). Yapılan çalışmalarda özellikle yaşın ilerlemesi, hastanın hastalığı kabullenme durumu, anksiyete/depresyon dűzeyi hastaların uyumunu etkilemektedir (94). Hastaların sosyal destek almasının kalp yetersizliği yönetiminde olumlu yönde etkili dűřünülmektedir. Çalışmamızda hastaların % 34,20'si gűnlük hayatta bakımları için yardım aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Çevik ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastalara bakım verenlerin %48,10'unun eşler olduğu bulunmuştur (94).

5.1.3. Avrupa Kalp Yetersizliği z Bakım Davranışları leği Sonuçlarının Sosyodemografik zellikler ile Tartışılması

Çalışmamızda Avrupa Kalp Yetersizliđi z Bakım Davranışları leđi toplam puan ortalaması $32,76 \pm 6,85$ bulunmuş ve araştırma sorusu 1 cevaplanmıştır. “Tedaviye uyum alt boyutu” değerı ortalaması $12,8 \pm 3,50$ olarak, “aktivitelere uyum alt boyutu” değerı ortalaması $9,02 \pm 2,73$ olarak, “tavsiyelere bağlılık alt boyutu” değerı ortalaması $3,48 \pm 2,18$ ve “yardım alma alt boyutu” değerı ortalaması $3,91 \pm 1,7$ olarak bulunmuştur. Ölçeđin toplam puan ortalamasının $32,76 \pm 6,85$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Elde edilen değerlere göre hastaların ölçek toplam puanına göre öz bakım davranışları yeterlidir. Baydemir ve arkadaşlarının 2013 yılında gerçekleştirdiği ölçeğin dil uyarlaması çalışmasında ölçek ortalama puanı $34,00 \pm 7,99$ değerı ile yeterli olarak belirlenmiştir (71). Gűnbař'ın 2021 yılındaki tez çalışmasında ise hastaların öz bakım davranış puan ortalaması $33,79 \pm 4,41$ değerı ile yeterli olarak saptanmıştır (57). Çalışmamızın sonucu literatűrde yer alan birçok çalışma ile uyumludur ancak öz bakım davranışlarının yetersiz olduğunu gösteren çalışmalar

da yer almaktadır. AsgarPour ve arkadaşlarının çalışmasında öz bakım davranışları ortalama puanı $43,00 \pm 5,7$ puan ve Keller ve ark. çalışmasında $41,09 \pm 16,38$ puan ile öz bakım davranışları yetersiz olarak belirlenmiştir (96,97).

Çalışmamızda ölçek toplam puan ortalamalarına göre cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamışken, erkek hastaların kadın hastalara göre aktivitelere uyumun daha düşük, tavsiyelere uyum ve yardım alma durumunun ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Literatürde erkeklerin öz bakım davranışlarının kadınlara oranla daha düşük olduğunu ancak bu puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gösteren çalışmalar bulunmaktadır (57,85). Literatürde cinsiyet ile öz bakım arasında anlamlı fark olmadığını gösteren benzer çalışmalar bulunmaktadır (57,63,65,85,98,99).

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı ile öz bakım davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Sigara içen hastaların yardım alma alt boyutu ve toplam öz bakım yeterliliklerinin içmeyen ve bırakmış hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.4.8). Alkol kullanımı devam eden hastaların yardım alma alt boyutu ve ölçek toplam puanı değerlendirildiğinde öz bakım davranışları alkolu bırakmış ve hiç kullanmamış hastalara göre daha yeterlidir (Tablo 4.4.9). Alkol ve sigara kullanım durumunun öz bakım davranışları yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır (63,98). Sigara kullanımının kalp ve damar hastalıklarının sonuçlarını kötüleştirdiği bilinmektedir. Sigara içmek bağımlılık düzeyinde olumsuz sağlık davranışlarından biridir. Sigaranın bırakılması öz bakım davranışlarının geliştirilmesi için uygulanan bireysel düzeyde girişimler arasında yer almaktadır (100). Çalışmamızda sigara içen hastaların öz bakım davranışlarının literatür bilgileri aksine yüksek bulunması sigara içen gruptaki hastaların, genç yaşta, yeni tanı almış yada hastalık ciddiyetinin düşük olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde eğitim düzeyi ile öz bakım yeterliliği arasında doğru orantılı bir artış olduğunun istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu çalışmalar yer almaktadır (63,98,101). Asadi ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi ile öz bakım yeterliliği arasında anlamlı bir fark bulunmazken Farghadani ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi ve öz bakım davranışları arasında fark olduğu saptanmıştır (68,102). Çalışmamızın sonucunda hastaların

öz bakım davranışları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.4.5). Araştırma için hastalardan formal eğitim durumları öğrenilmiştir ancak hastaların hastalık ve tedavi hakkında bilgi düzeyleri ölçülmemiştir. Bu durumun çalışmanın sonucunu etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastalık süresi artıkça hastaların öz bakım davranış yeterlilikleri azalmıştır ancak bu azalmanın anlamlı bir düşüş olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4.10). Baba çalışmasında hastalık süresinin artmasıyla birlikte öz bakım davranış yeterliliğinde de artış olduğunu bulmuş ve onun nedenini hastaların yıllar içinde hastalık ve semptom yönetimi hakkında deneyim kazanmalarına bağlamıştır (103). Uchomanowicz ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastalık süresi artıkça hastaların öz bakım davranışları anlamlı düzeyde azalmıştır (104). Ayrıca çalışmamızda kalp yetersizliği nedeniyle hiç hastane yatışı olmadığını bildiren hastaların öz bakım davranışları ve yardım alma alt boyutu daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.11). Literatürde bulgumuzu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (103,104). Öz bakım yetersizliğinin hastalığın yönetimini olumsuz etkilediği ve hastaların tekrarlı hastane yatışlarına sebep olduğu bilinmektedir. Hastalık süresinin uzaması ve tekrarlı hastane yatışının olması, hastanın tedaviye uyum sağlayamadığını, tavsiyelere tam uymadığını ve hastalıklığa bağlı şikayetlerinin devam ettiğini dolayısıyla öz bakım davranışlarının yeterli olmadığını düşündürmektedir.

NYHA sınıf III olan hastaların öz bakım davranışları diğer sınıflara daha yetersiz olarak saptanmıştır, yardım alma alt boyutunda öz bakım davranışı yeterliliği çoktan aza sınıf IV, sınıf II ve sınıf III olarak sıralanmıştır (Tablo 4.4.12). Çalışmamızın bulguları ile uyumlu olarak Tekin'in çalışmasında NYHA sınıflamasında ise NYHA sınıf II hastaların öz bakım davranışları en yeterli, sınıf III hastaların ise en yetersiz grup oldukları saptanmıştır(85). Literatürde NYHA sınıflamasının anlamlı olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (57,63). NYHA sınıflaması yükseldikçe hastalığın ciddiyeti ve semptomların şiddeti artmaktadır bu nedenle hastanın NYHA sınıflaması arttıkça öz bakım davranışlarının yetersizleşmesi beklenmektedir. NYHA sınıflama sisteminde hekimin hastalık bilgisi ve tutumunun sınıflandırmada farklılıklara sebep olduğu sistemin sınırlılıkları olarak literatürde belirtilmiştir (29). Çalışmalarda NYHA sınıflaması ile öz bakım ilişkisi bulunamamasının

nedeninin hastaların yanlış sınıflandırılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tedaviye uyum alt boyutu ve EHFScBS ölçek toplamına göre ailesinde başka kalp hastalığı olmayan hastaların öz bakım davranışları daha yeterli bulunmuştur (Tablo 4.4.14). Yapılan bir başka araştırmada ise ailesinde kalp hastası olan ve olmayan hastaların öz bakım davranışları arasında anlamlı bir fark olmadığını bulmuştur (85). Baba'nın çalışması ise bulgumuzu desteklemektedir (103). Olumsuz duygu ve düşünceler öz bakım engellerinden biridir. Hastaların, ailesinde kalp yetersizliği tanımlı yakınlarının olması ve yakınlarının yaşadıkları kötü deneyimlerin kendi başlarına da gelebileceğini düşünmeleri hastalığı kabul etmelerini ve öz bakım motivasyonlarını olumsuz etkileyebilir. Tedaviye uyum sağlanmasında hasta eğitimi oldukça önemli bir yere sahiptir (105). Bu bağlamda tedaviye uyum alt boyutunda öz bakım davranışlarının yüksek olmasının nedeni tanı sonrası alınan sağlık eğitiminin sonucu olabilir.

Literatürde kullanılan ilaç sayısı ile öz bakım arasında anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalar yer almaktadır (85,98). Çalışmamızda günlük 8 ve üzeri ilaç kullanan hastaların yardım alma ve tavsiyelere bağıllık alt boyutlarında öz bakım davranışları daha yeterli bulunmuştur (Tablo 4.4.13). Dayapoğlu ve arkadaşlarının kronik kalp yetersizliği olan hastalarda ilaç uyumlarını araştırdığı çalışmasında çoklu ilaç kullanımı, ilaçların etkileri hakkında bilgi eksikliği ve düzenli doktor kontrolüne gitmemenin tedaviye uyumu engellediği belirlenmiştir (105). Ancak çalışmamızda hastaların tedaviye uyum alt boyutundan aldıkları puan ile öz bakım arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda cinsiyet, yaş, çalışma durumu, medeni durum, evde kaldığı kişi, yardım alma yönünden hastaların öz bakım davranışları ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.4.1, Tablo 4.4.2, Tablo 4.4.3, Tablo 4.4.4, Tablo 4.4.6, Tablo 4.4.7). Günbaş'ın çalışmasında hastaların öz bakım davranışları ile yaş, yaşadığı kişi ve medeni durum arasında benzer şekilde bir fark olmadığı görülmüştür (57). Bir başka çalışmada ise 66 yaş ve üzeri hastaların öz bakım davranışlarının yetersiz olduğu, evli hastaların öz bakımının yetersiz olduğu bulunmuştur (98). Bagheri ve ark. çalışmasında ise yaş ve medeni durum ile öz bakım davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (63).

Çalışmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda araştırma sorusu 2'nin yanıtı olarak bazı sosyodemografik özelliklerin öz bakım davranışlarını etkilediği bulunmuştur.

5.1.4. Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşama Anketi (MLHFQ) Sonuçlarının Sosyodemografik Özellikler ile Tartışılması

Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi, kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitelerini değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır. Bu bölümde hastaların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kalitesiyle ilişkisine ait bulgular tartışılmıştır.

Aktan'ın NYHA sınıfı II ve III olan 138 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmasında MLHFQ toplam puan ortalaması $40,33 \pm 17,26$ bulunmuştur. Polikandrioti ve arkadaşlarının 100 hasta ile yaptıkları çalışmada MLHFQ toplam puanı 68, Wilkening ve arkadaşlarının araştırmasında ise 55,50 olarak hesaplanmış ve hastaların yaşam kaliteleri düşük olarak belirlenmiştir (106,107). Çalışmamızda Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi puan ortalaması $45,84 \pm 20,09$ bulunmuştur. “Fiziksel fonksiyon alt boyut” ortalaması $21,11 \pm 8,79$ ve “emosyonel fonksiyon alt boyut” ortalaması $7,61 \pm 6,5$ 'dir. Anket toplam puan ortalamasının standart sapması yüksek olduğu için ortanca değer hesaplaması yapılmış ve 44 bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Çalışmamıza benzer şekilde Moradi ve arkadaşlarının 40 araştırmayı dahil ettikleri meta analiz çalışmasında 12.520 hastanın yaşam kalitesi ortanca değeri 44.1 (95% CI 40.6, 47.5; I² = 99.3%) olarak belirlenmiştir (69). Çalışmaya katılan hastaların yaşam kalitesi orta-düşük olarak yorumlanmıştır. Araştırma sorusu 1 cevaplanmıştır.

Çalışmamızda erkek hastaların yaşam kalitesi fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarında kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Ancak ölçek toplam değerine göre cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.4.1). Çalışmamıza benzer şekilde Reddy ve arkadaşlarının çalışmasında cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ve Aşık'ın çalışmasında emosyonel fonksiyon alt boyutunda erkek hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek bulunduğu görülmektedir (72,108). Literatürde kadın hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu gösteren

alışmalar bulunmaktadır (68,69,109,110). Salık'ın çalışmasında kadınların yaşam kalitesi emosyonel fonksiyon alt boyutunda da erkeklerden daha düşük olarak saptanmıştır (109). Çalışma bulgularımız literatür ile uyumludur. Kadınların yaşam kalitesinin düşük olmasının sosyal hayattaki konumları ve aile içindeki rollerinin emosyonel durumlarına olan etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğünü gösteren çalışmalar bulunmaktadır (59,68,108,109,110). Çalışmamızda literatüre uyumlu olarak yaşa göre yaşam kalitesi incelendiğinde 65 yaş ve üzeri hastaların yaşam kalitesi, tüm alt boyutlar ve toplam ölçek puanına göre en kötü olarak bulunmuştur(Tablo 4.4.2). Yaş ilerledikçe fiziksel fonksiyonda yaşam kalitesinin de düştüşü saptanmıştır. Moradi ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (69). Reddy ve arkadaşları yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulamamıştır ancak yaşam kalitesi en düşük olan gruptaki hastaların daha genç yaşta ve fazla kilolu hastalar olduğunu beklediklerini belirtmiştir (108). Yaş ilerledikçe hastaların yaşlanmanın fizyolojik etkilerine bağılı fiziksel fonksiyonlarındaki sınırlılıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğı düşünülmektedir.

Hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe yaşam kaliteleri doğrusal olarak artmıştır (Tablo 4.4.5). Yapılan bir çalışmada üniversite düzeyinde eğitim almış hastaların yaşam kaliteleri en yüksek bulunmuştur (68,109,110). Ağca'nın çalışmasında ise üniversite mezunlarının yaşam kalitesi sadece fiziksel fonksiyon alt boyutunda daha yüksek belirlenmiştir (77). Eğitim seviyesi arttıkça hastaların bilgi birikimin artması, kendilerini ve duygularını daha iyi tanımlayabilmeleri, hastalığı kabul sürecini daha kolay yönetebilmeleri yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamış olabilir.

Çalışmamızda alışan hastaların ve günlük işleri için yardım alan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksektir (Tablo 4.4.6). Salık çalışmasında benzer şekilde çalışanların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (109). Asadi ve arkadaşlarının çalışmasında emekli çalışmayan erkeklerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuş, kadınların iş hayatı dışında ev işleri gibi

sorumluluklarının devam etmesinin fiziksel yorgunluğu arttırması ile yaşam kalitesinin düşük olmasının ilişkili olduğu belirtilmiştir (68).

Sigara kullanımına göre hastaların toplam yaşam kalite puanları arasında anlamlı bir fark saptanmazken sigara içen hastaların yaşam kaliteleri fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutlarında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.8). Alkol kullanıma göre hastalar değerlendirildiğinde alkol kullanan hastaların yaşam kalitesi en yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 4.4.9). Ağca çalışmasında sigara ve alkol kullanan bireylerin daha düşük yaşam kalitelerine sahip olduklarını bulmuştur (77). Aşık ise alkol kullanımı ile anlamlı bir fark bulmamıştır. Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumsuzdur (72). Alkol ve sigara alışkanlıklığı olan hasta sayısının örneklemedeki dağılımının fazla olması ve sigara içen hastaların çoğunluğunun hastalığın başlangıç evresinde olması nedeniyle baş etme yöntemi olarak alışkanlıklarını devam ettirdiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastalık süresi arttıkça hastaların yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur (Tablo 4.4.10). Literatürde hastalık süresi uzadıkça yaşam kalitesinin düştüğünü destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (59,77,109,110). Kalp yetersizliğinin zamanla prognozu kötüleşen bir hastalık olması hastalık süresi uzadıkça hastalarda semptomların daha şiddetli ve sık görülmesine neden olamaktır. Bu durum fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, yorgunluk, depresyon gibi semptomların emosyonel iyiliği düşürmesi yaşam kalitesini de kötüleştirmektedir.

Reddy'nin 2019 ve Aşık'ın 2009 yılında gerçekleştirdiği çalışmalarında hastane yatışları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (72,108). Çalışmamızda kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye en az bir kez yatış yapan hastaların yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.4.11). Tekrarlı hastane yatışlarının sebeplerinden biri kalp yetersizliğine bazı fiziksel ve emosyonel sınırlılıkların yaşam kalitesini düşürmesidir (111). Çalışmalar arasındaki bu farkın örnekleme dahil edilen hastaların hastalık evresi, semptom şiddeti ve baş etme düzeylerinin farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

NYHA sınıfları karşılaştırıldığında sınıf IV olan hastaların yaşam kalitesinin en düşük

olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.12). Çalışmamızın bu sonucu araştırma sonucu 4'ü ispatlamıştır. Reddy ve arkadaşlarının 2019 yılındaki çalışmasında, NYHA sınıf IV olan hastaların yaşam kalitesi en düşük bulunmuştur (108). Ağca'nın çalışmasında hastaların NYHA sınıfı yükseldikçe tüm alt boyutlarda ve ölçek toplamında yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur (77). Hastalığın ciddiyeti arttıkça diğer bir ifade ile NYHA sınıfı yükseldikçe hastaların yaşam kaliteleri düşmektedir. NYHA sınıflamada semptom şiddeti ve fiziksel aktivite yetersizlikleri arttıkça sınıf numarası da artmaktadır (4). Hastaların yaşam kalitesinin sınıf arttıkça düşmesi literatür ve diğer çalışmalar ile uyumludur.

Kullandığı ilaç sayısı 8 ve üzeri olan hastaların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.4.13). Slavanich ve arkadaşlarının tedaviye uyum ve yaşam kalitesinin ilişkisini araştırdıkları çalışmada kullanılan ilaç sayısı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi olduğu bulunmuştur (110). Reddy ve arkadaşlarının çalışmasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır (108). Çalışmalar arası değişiklik olması ilaçların sadece kalp yetersizliği değil eşlik eden diğer hastalıkların tedavisi için kullanılıyor olması ve hastaların tedaviye uyum davranışlarının gelişmesindeki farklılıklar nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda araştırma sorusu 2'ye cevap olarak bazı sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır.

5.1.5. Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği ile Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşama Anketi Sonuçları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

MLHFQ ölçek puanı ile EHFScBS ölçek puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmamızda bu doğrultuda öz bakım davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye göre öz bakım davranışları yeterliliği arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği bulunmuştur (Tablo 4.5.1). Bu sonuç araştırma sorusu 3'ü ispatlamıştır. Megari çalışmasında öz bakımın iyileştirilmesinin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini yükselteceğini ifade etmiştir (112). Wang ve arkadaşlarının 2017 yılında yayınlanan 60 yaş ve üzeri hastaların dahil edildiği çalışmasında öz bakım davranışları ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ancak çalışma sonuçlarında ölçeklerin alt boyutları ile ilgili detaylı bilgi yer almamaktadır (113). Asadi ve

arkadaşlarının kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmada öz bakım davranışları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (68). Çalışma sonuçlarımız ile literatür bilgileri uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Asadi'nin çalışmasında fark bulunmaması örnekleme dahil edilen hastaların sosyodemografik ve hastalık durumuyla ilgili özelliklerinin dağılımının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaşam kalitesinin (MLHFQ) fiziksel fonksiyon alt boyutu ile öz bakım (EHFScBS) arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.5.1). Çalışmamıza benzer şekilde Ağca'nın 2021 yılında gerçekleştirdiği tez çalışmasında hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamalı ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (77). Lycholip ve arkadaşlarının 2018 yılındaki çalışmasında fiziksel fonksiyon yaşam kalitesi düşük olan hastaların öz bakım davranışları da yetersiz olarak bulunmuştur (114). Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumludur.

Yaşam kalitesinin (MLHFQ) fiziksel fonksiyon alt boyutu ile öz bakımın (EHFScBS) tedaviye uyum, aktivitelere uyum, tavsiyelere bağlılık ve yardım alma alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.5.1). Ağca'nın çalışmasında ise tedaviye uyumu yükselen hastaların yaşam kalitelerinin de yükseldiğini gösteren pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (77).

Yaşam kalitesinin (MLHFQ) emosyonel fonksiyon alt boyutu ile EHFScBS ölçek puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.5.1). Ağca'nın çalışmasında da emosyonel fonksiyon alt boyutu ile öz bakım davranışları toplam değeri arasında pozitif yönde anlamlı sonuç bulunmuştur (77).

Yaşam kalitesi (MLHFQ) ile öz bakım (EHFScBS) alt boyutları arasında yardım alma alt boyutu dışında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yardım alan hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesinin emosyonel fonksiyon alt boyutu ile yardım alma arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.5.1). Literatürde çalışmamızda kullanılan iki ölçeğin birlikte kullanıldığı çalışmaya ulaşılabilmesi

nedeniyle alt boyutlar arasındaki ilişki tartışılmamıştır.

5.2.1. Sonuç

Bu çalışma kalp yetersizliği hastalarının öz bakım davranışlarının yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla Haziran 2021 ve Ocak 2022 tarihleri arasında, İstanbul ilindeki özel bir vakıf üniversite hastanesinde 120 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada belirlenen bulgular doğrultusunda araştırma sorularının tamamı ilişkili bulunmuş olup ulaşılan sonuçlar aşağıda detaylı olarak listelenmiştir.

- Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşama Anketi ölçek değeri 7 ile 92 arasında değişmekte olup ortalama $45,84 \pm 20,09$ bulunmuştur.
- Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam değeri 15 ile 45 arasında değişmekte olup ortalama $32,76 \pm 6,85$ bulunmuştur.
- Cinsiyet ile yaşam kalitesinin fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$). Ancak cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Ailesinde başka kalp hastası olma durumu, medeni durum, hastaların birlikte yaşadığı kişi ile MLHFQ toplamı ve tüm alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yardım alma durumu, kalp hastalığı süresi, kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış durumu, NYHA sınıfı, kullandığı ilaç sayısı ile MLHFQ toplamı ve tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$).
- Sigara kullanımı ile yaşam kalitesinin fiziksel ve emosyonel fonksiyon alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$). Ancak sigara kullanımının yaşam kalitesi üzerinde etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Alkol kullanım durumuna göre fiziksel fonksiyon değeri ($p=0,036$; $p<0,05$), emosyonel fonksiyon değeri ($p=0,008$; $p<0,05$) ve MLHFQ toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,016$; $p<0,05$).

- Cinsiyet ile öz bakım davranışlarının aktivitelere uyum, tavsiyelere uyum ve yardım alma alt boyutlarının anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür ($p=0,001$; $p<0,05$). Tedaviye bağlılık alt boyutu ve EHFSBS ölçek toplam değeri ile anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Yaş, medeni durum, hastaların birlikte yaşadığı kişi, eğitim durumu, çalışma durumu, yardım alma durumu, kalp hastalığı süresi ile EHFSBS ölçek toplam değeri ve tüm alt boyutlar ile anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Sigara kullanım durumuna göre yardım alma değeri ve EHFSBS toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,047$; $p<0,05$).
- Alkol kullanım durumuna göre tedaviye uyum değeri, aktivitelere uyum değeri ve tavsiyelere bağlılık değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Alkol kullanım durumu ile EHFSBS ölçek toplamı değeri ($p=0,002$; $p<0,05$) ve yardım alma alt boyut değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,006$; $p<0,05$).
- Kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış durumu ile EHFSBS ölçek toplamı değeri($p=0,024$; $p<0,05$) ve yardım alma alt boyut değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,035$; $p<0,05$).
- NYHA sınıfı ile EHFSBS ölçek toplamı değeri ($p=0,014$; $p<0,05$) ve yardım alma alt boyut değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,009$; $p<0,05$).
- Kullandığı ilaç sayısına göre tavsiyelere uyma ($p=0,006$; $p<0,05$) ve yardım alma alt boyut değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,033$; $p<0,05$).EHFSBS toplam değeri ile anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Ailesinde başka kalp hastası olma durumuna göreEHFSBS toplam değeri ve tedaviye uyum alt boyut değeri arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,001$; $p<0,05$).
- Yaşam kalitesinin (MLHFQ) fiziksel fonksiyon alt boyutu ile EHFSBS ölçek toplam değeri arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,212$, $p<0,05$).

- Yaşam kalitesinin (MLHFQ) emosyonel fonksiyon ile EHFScBS ölçek toplam değeri arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,197$, $p<0,05$).
- MLHFQ ölçek puanı ile öz bakım ölçeği yardım alma alt boyutu arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,205$, $p<0,05$).
- MLHFQ ölçek puanı ile EHFScBSölçek puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,212$, $p<0,05$).

5.2.2. Öneriler

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler aşağıdaki gibidir.

- Öz bakım ve yaşam kalitesini etkileyen özelliklerin birbirleri ile ilişkisini gösteren ileri regresyon analizlerinin yapılması ve karıştırıcı faktörlerin belirlenmesinin etkenler arasındaki ilişkinin açıklanmasında faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Bundan sonra yapılacak benzer araştırmalar için daha büyük örneklem grubu ile deneysel ve çok merkezli çalışmaların yapılması önerilir.

6. KAYNAKLAR

1. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Who.int. [cited 2021 Mar 7]. Availablefrom: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. [cited 2021 Mar 7]. Availablefrom: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>.
3. Degertekin M, Erol Çetin, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, et al. Heart failure prevalence and predictors in Turkey: HAPPY study. Archives of the Turkish Society of Cardiology. 2012;40(4):298–308.
4. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure [published correction appears in EurHeart J. 2021 Oct 14]. EurHeart J. 2021;42(36):3599-3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
5. Sedlar N, Lainscak M, Mårtensson J, Strömberg A, Jaarsma T, Farkas J. Factors related to self-care behaviours in heart failure : A systematic review of European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale studies. *Eur J CardiovascNurs*. 2017;16(4):272–282. doi:10.1177/1474515117691644
6. Karaman E. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Bireylerde Ev Temelli Egzersiz Programının Düşme Durumu Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi: Güçlendirme Modeli. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; 2015.
7. Katz S. *Heart Failure*. (R. Baliga R, ed.). Oxford Amerikan Kardiyoloji Kütüphanesi; 2013.

8. Negarandeh R, Aghajanloo A, Seylani K. Barriers to Self-care Among Patients with Heart Failure : A Qualitative Study. *J CaringSci.* 2021;10(4):196–204. doi:10.34172/jcs.2020.026
9. Diwan A, Joseph A. Hill Molecular Basis of Heart Failure in *Heart Failure A companion to Braunwald's Heart Disease*. 4. baskı. ElsevierInc; 2020.
10. Dahlström, U. Epidemiology of Heart Failure in *Heart Failure: Cardiovascular Medicine*. Springer Inc;2019.
11. Stern T, Beach SR, Januzzi JL. *Facing Heart Disease A Guide For Patients and Their Families*. The Massachusetts General Hospital Psychiatry Academy; 2018.
12. Karen Sliwa K, Stewart S. Heart Failure in the Developing World *Heart Failure: CardiovascularMedicine*. Springer Inc;2019.
13. Wohlfahrt P, Cífkova R. Epidemiological Aspects (Prevalence and Risk of Heart Failure Related to Blood Pressure) in *HypertensionandHeartFailure: Epidemiology, MechanismsandTreatment*. SpringerInc;2019.
14. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and Risk Profile Of Heart Failure. *NatPubl Gr.* 2010;8(1):30–41. doi:10.1038/nrcardio.2010.165
15. Kavradım ST, Özer ZC. Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerde semptom yönetimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Derg.* 2013;4(6):1–14. doi:10.5543/khd.2013.007
16. Mumcu Ş. Kalp yetersizliği olan hastalarda sosyal desteğin öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi. Published online 2020.
17. Laurence C, Burch M. Understanding heart failure : pathophysiology and approach to therapy. in: *CardiovascularMedicineUnderstanding*. C 31. Elsevier Ltd; 2020:61–67. doi:10.1016/j.paed.2020.11.001

18. Heineke J, Kempf T, Bauersachs J. Inter and Intracellular Mechanisms of Cardiac Remodeling, Hypertrophy and Dysfunction in: *Heart Failure: Cardiovascular Medicine*. Springer Inc;2019.
19. Vincent, JL. (2019). Assessing the Adequacy of Cardiac Output. In: Pinsky, M.R., Teboul, JL., Vincent, JL. (eds) Hemodynamic Monitoring. Lessons from the ICU. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69269-2_3
20. Tanai E, Frantz S. Pathophysiology of Heart Failure. *ComprPhysiol*. 2016;6(January):187–214. doi:10.1002/cphy.c140055
21. Türen S. Kalp Yetersizliğinde Rehabilitasyon. *J CardiovascNurs*. 2016;7(2):54–59. doi:10.5543/khd.2016.83792
22. Clerkin K, Mancini D, Lund L. Diagnosis of Heart Failure in *Heart Failure: Cardiovascular Medicine*. Springer Inc;2019.
23. Akbiyik A, Koçak G, Oksel E. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg*. 2016;1(2):1–8.
24. Chatterjee K. Pathophysiology of Systolic and Diastolic Heart Failure. *MedClin NA*. 2022;96(5):891–899. doi:10.1016/j.mcna.2012.07.001
25. Alter P, Koczulla AR, Nell C, Figiel JH, Vogelmeier CF, Rominger MB. Wall stress determines systolic and diastolic function—Characteristics of heart failure. *Int J Cardiol*. 2016;202:685–693. doi:10.1016/j.ijcard.2015.09.032
26. Komamura K. Similarities and Differences between the Pathogenesis and Pathophysiology of Diastolic and Systolic Heart Failure. *CardiolResPract*. Published online 2013.

27. Chopra HK, Nanda NC, Narula J. Advances and Innovations in Heart Failure A Textbook of Cardiology. JB Medical Publisher 2020. London
28. Caraballo C, Desai NR, Mulder H, et al. Clinical Implications of the New York Heart Association Classification. *J AmHeartAssoc.* 2019;8. doi:10.1161/JAHA.119.014240
29. Greene SJ, Butler J, Spertus JA, et al. Comparison of New York Heart Association Class and Patient-Reported Outcomes for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *JAMA Cardiology.* 2021;6(5):522-531. doi:10.1001/jamacardio.2021.0372
30. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA / ACC / HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *J AmCollCardiol.* 2022;79(17). doi:10.1016/j.jacc.2021.12.012
31. Chaudhry SP, Stewart GC. Advanced Heart Failure: Prevalence, Natural History, and Prognosis. *Heart Fail Clin.* 2016;12(3):323–333. doi:10.1016/j.hfc.2016.03.001
32. Domanski M, Mehra R. M, Pfeffer A. M. *Oxford Textbook of Advanced Heart Failure and Cardiac Transplantation.* Vol 70. Oxford Textbooks in Cardiology; 2016.
33. Zoghi M. Kalp Yetersizliğinin Tanısı, Evreleri ve Sınıflandırması. *Klin Gelişim.* 2011;24:1–5.
34. Güvenç TS. Sakubitril/valsartan’ın miyokardiyal biyobelirteçler (BNP ,NTproBNP, kardiyak troponin, ST2, vs) üzerine etkisi nasıldır ? *UpdatCardiol.* 2020;3(2):98–101. doi:10.5543/ucard.2020.46220
35. Altınbaş ME. Kalp yetersizliği bulunan olgularda kalp-organ etkileşimleri. Published online 2017.

36. Candemir YB. Dekompanse Kalp Yetersizliği İle Kardiyoloji Bölümüne Başvuran Hastaların Takip Verilerinin Hastaneye Başvuru ve Mortalite Öngördürücülüğünün Değerlendirilmesi Açısından Retrospektif Analizi. Published online 2019.
37. Özyüncü N. Akut Kalp Yetersizliği. *MN Kardiyol.* 2018;25(2):100–107.
38. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *CircRes.* 2013;113(6):646-659. doi:10.1161/CIRCRESAHA.113.300268
39. Şirin G, Borlu F. Konjestif Kalp Yetmezliğinde Meydana Gelen Düşük Seviyeli Miyokardiyal Hasarın Tespitinde Kardiyak Troponin I Kullanmanın Gerçekten Bir Değeri Var mıdır? *Şişli Etfal Hastan Tıp Bülteni.* 2019;53(2):172–178. doi:10.14744/SEMB.2018.45336
40. Sazak Y, Kanadlı Aytekin K, Olgun N. Kardiyak rehabilitasyon ve ekip çalışmasında hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg.* 2020;24(3):217–226.
41. Izawa H, Yoshida T, Ikegame T, et al. Standard cardiac rehabilitation program for heart failure. *Circ J.* 2019;83(12):2394–2398. doi:10.1253/circj.CJ-19-0670
42. Buckley BJR, Harrison SL, Fazio-eynullayeva E, et al. Cardiac rehabilitation and all-cause mortality in patients with heart failure: a retrospective cohort study. *Eur J PrevCardiol.* 2021;28:1704–1710. doi:10.1093/eurjpc/zwab035
43. Genç A. ACE inhibitörü / ARB , Beta-bloker ve MRA ile stabil seyreden NYHA II kalp yetersizliği olgularında sakubitril / valsartan ' a geçilmeli mi ? *UpdatCardiol.* 2020;3(2):32–34. doi:10.5543/ucard.2020.54264
44. Brunner-La Rocca HP. Pharmacotherapy in Heart Failure (I): Renin-Angiotensin-Aldosterone System (incl. ARNI), Diuretics, Digoxin and Statins in *Heart Failure: CardiovascularMedicine*. Springer Inc;2019.

45. Ferrario CM, Mullick AE. Renin angiotensin aldosterone inhibition in the treatment of cardiovascular disease. *PharmacolRes.* 2017;125:57–71. doi:10.1016/j.phrs.2017.05.020
46. Temizhan A. Kalp yetersizliği tedavisinde nebivolol ' ün yeri. *UpdatCardiol.* 2019;2(1):20–24. doi:10.5543/ucard.2019.33042
47. Parikh R R, Patel K R, Pergolizzi J V, et al. (March 02, 2022) Effects of Digoxin in Heart Failure (HF) With Reduced Ejection Fraction (EF). *Cureus* 14(3): e22778. doi:10.7759/cureus.22778
48. Uslu A, Doğan C, Duman H, Tanboga İH, Askin L, Sevimli S. Relation of multi center automatic defibrillator implantation trial implantable cardioverter-defibrillator score with long-term cardiovascular events in patients with implantable cardioverter-defibrillator. *North ClinIstanb.* 2019;6(1):40–47. doi:10.14744/nci.2018.69335.
49. Breitenstein A, Steffel J. Devices in Heart Failure Patients — Who Benefits From ICD and CRT ? *Front CardiovascMed.* 2019;6(11). doi:10.3389/fcvm.2019.00111
50. Kocabeyoğlu SS, Sert DE. Sol ventrikül destek cihazı implantasyonu sonrası driveline ile ilişkili enfeksiyonlar : Tek merkez deneyimi. *Turkish J ClinLabTo.* 2019;10:377–383. doi:10.18663/tjcl.617027
51. Bourque K, Cotter C, Dague C, et al. Design Rationale and Preclinical Evaluation of the Heart Mate 3 Left Ventricular Assist System for Hemocompatibility. *ASAIO J.* Published online 2016:375–383. doi:10.1097/MAT.0000000000000388
52. Yılmaz BM, Akar AR, Ekmekçi A, et al. İleri evre kalp yetersizliği ve mekanik destek cihazlarının geleceği : Kardiyoloji-Kalp Damar Cerrahisi Uzlaşısı Raporu. *TurkKardiyolDernArs.* 2016;44(2):175–188. doi:10.5543/tkda.2016.34662

53. Yurttaş A, Öztürk Ö, Kavuran E. Sol Ventrikül Destek Cihazı (LVAD) Uygulanan Hastaların Retrospektif Analizi. *J CardiovascNurs.* 2017;8(15):14–19. doi:10.5543/khd.2017.24633
54. Adams EE, Wrightson ML. Quality of life with an LVAD : A misunderstood concept. *HearLung.* Published online 2018. doi:10.1016/j.hrtlng.2018.02.003
55. Guglin M, Zucker MJ, Borlaug BA, et al. Evaluation for Heart Transplantation and LVAD Implantation. *J AmCollCardiol.* 2020;75(12). doi:10.1016/j.jacc.2020.01.034
56. Çayakar A, Küçük İG. İç Hastalıkları Penceresinden Kalp ve Akciğer Nakline Bakış. *İç HastDerg.* 2019;25:99–122.
57. Günbaş M. Kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Published online 2021.
58. Aşkar S, Ovayolu Ö. An evidence-based approach in the management of fatigue due to heart failure: breathing exercises. *ProgHealSci.* 2021;11(2):145–150. doi:10.5604/01.3001.0015.6434
59. Aktan I. Kalp yetersizliği olan hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Published online 2021.
60. Riegel B, Dickson VV. A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *J CardiovascNurs.* 2008;23(3):190–196.
61. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of ChronicIllness: a Literature Update. *CurrHear Fail Rep.* 2017;14:71–77. doi:10.1007/s11897-017-0324-1
62. Özdelikara A, Gürkan AT, Atasayar BŞ. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. *Samsun Sağ Bil Der.* 2020;5(1):42–49.

63. Iraj Bagheri –Saweh M, Lotfi A, Ghasemi SS. Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients. *Int J BiomedPublicHeal*. 2018;1(1):42–47. doi:10.22631/ijbmph.2018.56100
64. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care. *J CardiovascNurs*. 2016;31(3):226–235. doi:10.1097/JCN.0000000000000244
65. Koirala B, Himmelfarb CD, Budhathoki C, Asona R. Factors affecting heart failure self-care : An integrative review. *HearLung*. 2018;000:1–7. doi:10.1016/j.hrtlng.2018.09.004
66. World Health Organization. (1998). Programme on mental health : WHOQOL user manual, 2012 revision. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
67. Cai T, Verze P, BjerklundJohansen TE. The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*. 2021;1(1):14–22. doi:10.3390/uro1010003
68. Asadi P, Ahmadi S, Abdi A, Hussein O, Mohamadyari T, Miri J. Heliyon Relationship between self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure. *Heliyon*. 2019;5(June):e02493. doi:10.1016/j.heliyon.2019.e02493
69. Moradi M, Daneshi F, Behzadmehr R, Rafiemanesh H, Bouya S. Quality of life of chronic heart failure patients : a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev*. 2019;(17). doi:10.1007/s10741-019-09890-2
70. Yıldırım G. Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerin belirlenmesi. *J CardiovascNurs* [Internet]. 2019; Availablefrom: <http://dx.doi.org/10.5543/khd.2019.68552>.

71. Baydemir C, Özdamar K, Ünalır A. Validity of the Turkish version of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale. *Anadolu KardiyolDerg.* 2013;13(6):573–9.
72. Aşık Özdemir V. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi;2009.
73. Bayrak B, Oğuz S, Karabulut Z, Çelik S, Kodak C. Kalp Yetersizliği Hastalarında Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. *J CardiovascNurs.* 2019;10(23):97-104. doi:10.5543/khd.2019.09226
74. Choi EY, Park JS, Min D, Lee HS, Ahn JA. Association between self –management behaviour and quality of life in people with heart failure : a retrospective study. *BMC CardiovascDisord.* Published online 2022:1-9. doi:10.1186/s12872-022-02535-7
75. Gianluigi Savarese, Lars H Lund, Global Public Health Burden of Heart Failure, CFR Volume 3 Issue 1 Spring 2017 <https://doi.org/10.15420/cfr.2016:25:2>
76. Tsao CW, Lyass A, Enserro D, et al. Temporal Trends in the Incidence of and Mortality Associated With Heart Failure With Preservedand Reduced Ejection Fraction. *JACC Heart Fail.* 2018;6(8):678-685. doi:10.1016/j.jchf.2018.03.006
77. Ağca A. Kalp yetersizliği hastalarının hastalık algısının öz bakım ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Published online 2021.
78. Avcı A, Gün M. Kalp Yetersizliği Hastalarında Uyku Sorunları ve Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri. *J CardiovascNurs.* 2020;11(25):90-99. doi:10.5543/khd.2020.3097
79. Yılmaz MB, Çelik A, Çavusoglu Y, et al. Türkiye’de kalp yetersizliğinin anlık görüntüsü: SELFIE-TR bazal karakteristik özellikleri. *TurkKardiyolDernArs.* 2019;47(3):198-206. doi:10.5543/tkda.2019.66877

80. Gök Metin Z, Gülbahar M. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.* 2020;7(2):95-103. doi:10.31125/hunhemsire.763128
81. Polat S, Şimşek N. Klinikte yatan kalp yetersizliği hastalarına uygulanan sorun çözme eğitiminin, sorun çözme becerilerine, yaşam kalitesine ve depresyon düzeyine etkisi. *CukurovaMed J.* 2020;45(1):306-315. doi:10.17826/cumj.651850
82. Ermiş N, Kasar Sayın K, Karaman E, Yıldırım Y. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yorgunluk. *Kardiyovasküler Hemşirelik Derg.* 2018;9(20):105–112. doi:10.5543/khd.2019.30164
83. Ertuğrul E. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Published online 2021.
84. Akdeniz S, Oze Canlı Z. Orem'in Öz Bakım Eksikliği Teorisine Dayalı Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Semptom Yönetimi, Öz Bakım Gücü ve Sağlık Davranışlarına Planlı Hasta Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi. *J CardiovascNurs.* 2021;12(28):100-109. doi:10.5543/khd.2021.21007
85. Tekin Y. Kalp yetersizliği hastalarının öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeylerinin bakım veren yükü üzerine etkisinin incelenmesi. Published online 2018.
86. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Kadın, 2021. Published 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2021-45635#:~:text=En%20az%20bir%20e%C4%9Fitim%20d%C3%BCzeyini%20tamamlayan%2025%20ve%20daha%20yukar%C4%B1,y%C4%B1l%C4%B1nda%20%92%2C9%20oldu>
87. Boğan F, Korkmaz M. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu? *SdÜ Sağlık Bilim Derg.* 2020;11(2):191-198. doi:10.22312/sdusbed.661082

88. Kencanaiahand Ramachandran S. Vasan. Heart Failure in Women – Insights from the Framingham Heart Study Satish Cardiovasc Drugs Ther (2015) 29:377–390 DOI 10.1007/s10557-015-6599-0
89. Pandey A, Patel K V., Vaduganathan M, et al. Physical Activity, Fitness, and Obesity in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *JACC Hear Fail*. 2018;6(12):975-982. doi:10.1016/j.jchf.2018.09.006
90. Bilbao A, Escobar A, García-Perez L, Navarro G, Quirós R. The Minnesota living with heart failure questionnaire: Comparison of different factor structures. *HealthQual Life Outcomes*. 2016;14(1):1-11. doi:10.1186/s12955-016-0425-7
91. Sayin Kasar K, Erzincanli S. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Derg*. 2021;12(28):94-99. doi:10.5543/khd.2021.28247
92. Citu IM, Citu C, Gorun F, vd. Using the NYHA Classification as Forecasting Tool for Hospital Readmission and Mortality in Heart Failure Patients with COVID-19. *J ClinMed*. 2022;11(5):1–11. doi:10.3390/jcm11051382
93. Tran AT, Chan PS, Jones PG, Spertus JA. Comparison of Patient Self-reported Health Status with Clinician-Assigned New York Heart Association Classification. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):2020–2023. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.14319
94. Petruzzo et al. The lived experience of caregivers of persons with heart failure: A phenomenological study *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2017, Vol. 16(7) 638–645.
95. Çevik S, Özden G, Çıtlık Sarıtaş S. E-Sağlık Okuryazarlığı ile Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı Arasındaki İlişki. *J AcadResNurs*. 2020;6(3):476-482. doi:10.5222/jaren.2020.28290

96. Keller-Schafer P, Santos GC, Denhaerynck K, et al. Self-care , symptom experience, needs, and past health-care utilization in individuals with heart failure : results of a cross-sectional study. *Eur J CardiovascNurs.* 2021;20:464–474. doi:10.1093/eurjcn/zvaa026
97. PourAsgar H, Gökçe S, Kunter D, Yöner H. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Öz Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi. *FN Hem Derg.* 2016;24(2):66–71.
98. Hiçerimez A. Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişki. Published online 2019.
99. Sedlar N, Socan G, Farkas J, vd. Measuring self-care in patients with heart failure: A review of the psychometric properties of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale (EHFScBS). *PatientEducCouns.* 2017;100(7):1304–1313. doi:10.1016/j.pec.2017.02.005
100. Riegel B, Moser DK, Buck HG, et al. Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for health care professionals from the American heart association. *J AmHeartAssoc.* 2017;6(9):1-27. doi:10.1161/JAHA.117.006997
101. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Fatigue and self-care in patients with chronic heart failure. *Eur J CardiovascNurs.* 2016;15(3):337–344. doi:10.1177/1474515115575834
102. Farghadani, Z., TaheriKharamah, Z., AmiriMehr, A., Montazeri, A. Self-Care Behaviors And Its Related Factors In Patients With Heart Failure. *Payesh*, 2018; 17(4), 371-379. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=593603>
103. Baba E. Kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumunun öz bakım davranışları üzerine etkisi. Published online 2018

104. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Mazur G, Froelicher ES. Cognitivedeficitsand self-carebehaviors in elderly adults with heart failure. *ClinIntervAging*. 2017;12:1565-1572. doi:10.2147/CIA.S140309
105. Dayapoğlu N, Yıldız E. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaça Uyum , Diyete Uyum ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlarının İncelenmesi. *MN Kardiyol*. 2017;24(2):78-83.
106. Polikandrioti M, Panoutsopoulos G, Tsami A, et al. Assessment of quality of life and anxiety in heart failure out patients. *ArchMedSci - AtherosclerDis*. 2019;4(1):38-46. doi:10.5114/amsad.2019.84444
107. Wilkening GL, Brune S, Saenz PF, Vega LM, Kalich BA. Correlation between medication regimen complexity and quality of life in patients with heart failure. *ResSocAdmPharm*. 2020;16(10):1498-1501. doi:10.1016/j.sapharm.2020.01.003
108. Reddy YNV, Rikhi A, Obokata M, et al. Quality of life in heart failure with preserve dejection fraction: importance of obesity, functional capacity, and physicalin activity. *Eur J Heart Fail*. 2020;22(6):1009-1018. doi:10.1002/ejhf.1788
109. Salık S. Kalp yetersizlikli hastalarda yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. Published online 2019.
110. Silavanich V, Nathisuwan S, Phrommintikul A, Permsuwan U. Relationship of medication adherence and quality of life among heart failure patients. *Hear Lung*. 2018;000(15):1-6. doi:10.1016/j.hrtlng.2018.09.009
111. Vellone E, Fida R, Ghezzi V, et al. *Patterns of Self-Care in Adults with Heart Failure and Their Associations with Sociodemographic and Clinical Characteristics, Quality of Life, and Hospitalizations: A Cluster Analysis*. Vol 32.; 2017. doi:10.1097/JCN.0000000000000325

112. Megari K. Quality of life in chronic disease patients. *HealPsycholRes*. 2013;1(27):141-148. doi:10.4082/hpr.2013.e27
113. Wang Q, Dong L, Jian Z, Tang X. Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017;17(1):1-7. doi:10.1186/s12872-017-0698-8
114. Lycholip E, Aamodt IT, Lie I, et al. The dynamics of self-care in the course of heart failure management: Data from the IN TOUCH study. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:1113-1122. doi:10.2147/PPA.S162219



7. EKLER

EK1- Kalp Yetersizliği Hastası Tanılama Formu

KALP YETERSİZLİĞİ HASTASI TANILAMA FORMU

Form no:

Hasta Bilgileri	
Cinsiyet: a. Kadın b. Erkek	Medeni Durum: a. Evli b. Bekar c. Boşanmış
Boy/ Kilo: cm / kg	Yaş:
Eğitim Durumu: a. Okuryazar b. İlkokul – lise mezunu c. Lisans - lisansüstü mezunu	Çalışma Durumu: a. Evet b. Hayır
Sosyal Güvence a. Yok b. SGK c. Özel Sağlık Sigortası	Gelir Durumu: a. Geliri giderinden az b. Geliri giderine denk c. Geliri giderinden fazla
Evde Kiminle Yaşıyorsunuz: a. Tek b. Anne- baba c. Eş – çocuklar	Bakımınız için yardım alıyor musunuz: a. Evet b. Hayır
Sağlık/ Hastalık Bilgileri	
Sigara Kullanımı: a. Hiç içmemiş b. Bırakmış, yıl önce c. İçiyor, günde adet	Alkol Kullanımı: a. Hiç içmemiş b. Bırakmış, yıl önce c. Ayda kadeh
Kaç ay/ yıldır kalp yetersizliği hastasıınız:	Kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yattınız mı: a. Hayır b. Evet ise kaç kez:
Ailenizde başka kalp hastalığı olan var mı: a. Hayır b. Evet ise yakınlık derecesi:	Kalp yetmezliği dışında herhangi bir sürekli hastalığınız var başına ‘ x ‘ işareti koyunuz; a. Yok b. Var, ()Diyabet ()Hipertansiyon ()Solunum sistemi hastalıkları ()Sindirim sistemi hastalıkları ()Kan hastalıkları ()Psikiyatrik hastalıklar ()Diğer.....
Kullandığınız ilaçları yazınız: • • •	• • • • •

EK2- Minnesota Kalp Yetmezliği ile 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 göstermek için 0, 1, 2, 3, 4, 5 numaralarından birini yuvarlak içine alınız. İfade sizin durumunuza uymuyorsa 0'ı işaretleyiniz.

Son 1 aydır (4 haftadır) yaşamımı istediğim gibi sürdüremiyorum. Çünkü kalp yetmezliğine bağlı;

	Hayır	Çok az	Az	Orta	Fazla	Çok fazla
	0	1	2	3	4	5
1. Bacak ve ayak bileklerim şişiyor.						
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
15. Tedavi masrafları için para harcamak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4	5
16. Tedaviye bağlı yan etkiler yaşıyorum.	0	1	2	3	4	5
17. Aileme ya da arkadaşlarıma yük olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
18. Hayatımın kontrolünü kaybetmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
19. Endişeleniyorum.	0	1	2	3	4	5
20. Dikkatimi toplamada ya da hatırlamada güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4	5
21. Kendimi kederli, üzgün hissediyorum.	0	1	2	3	4	5

EK3- Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği (EHFScBS)

Aşağıda hastalığınıza ilişkin öz bakım davranışlarınızı belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “**Hiç Katılmıyorum**”(5) ile “**Tamamen Katılıyorum**” (1) arasında değerlendirilmektedir. Hastalık tedavi sürecinizde aşağıda yazan maddelerin doğruluğuna katılıp katılmama durumuna göre kutucuklara ‘+’ işareti koyunuz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Öz Bakım Davranışları Değişkenleri	Hiç Katılı yorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Her gün tartılırım					
2. Solunum sıkıntım (nefes darlığım) olursa, onu rahatlatacak şekilde davranırım (adımlarımı yavaşlatırım, dinlenirim)					
3. Solunum sıkıntım (nefes darlığım) artarsa, doktorumu veya hemşiremi ararım					
4. Ayaklarım/bacaklarım normalden fazla şişerse doktorumu veya hemşiremi ararım					
5. Eğer bir hafta içinde iki kilo alırsam (ağırlaşırsam, kazanırsam), doktorumu veya Hemşiremi ararım					
6. İçtiğim sıvı miktarını kısıtlarım (günde 1,5-2 litreden fazla olmamak üzere)					
7. Gün içinde dinlenirim					
8. Yorgunluğumun arttığını hissedersen doktorumu veya hemşiremi ararım					
9. Az tuzlu bir diyetle (yiyeceklerle) beslenirim					

10. İlaçlarımı önerildiği şekilde alırım					
11. Düzenli egzersiz yaparım					
12. Her sene grip aşısı yaptırırım					



EK-4 ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Versiyon No
1.0
Sayfa 1 / 2

KARAR FORMU

3.07.2021

ETİK KURUL BİLGİLERİ	Etik Kurulun Adı	Yeditepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Açık Adres	Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Bağdat Cad. No. 238 Göztepe 34728 Kadıköy, İstanbul
	İnternet Sayfası	http://goetik.yeditepe.edu.tr/
	Telefon	0216 363 60 44
	E-posta	goetik@yeditepe.edu.tr

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Islak imzalı başvuru dosyası, CD'si ve elektronik başvuru	☒
	Araştırma başlığı ve araştırmacıların isimleri	☒
	Başvuru dilekçesi	☒
	Araştırmanın;	☒
	• Niteliği	☒
	• Önemi ve özgün değeri	☒
	• Amaç ve hedefleri	☒
	• Yöntemi	☒
	• Yönetimi	☒
	• Yaygın etkisi	☒
	• Araştırma bütçesi (Mevcutsa)	☒
	• Süresi ve uygunluğu (Zaman cetveli)	☒
	• Kaynakları	☒
	Araştırma izin belgesi / belgeleri	☒
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (yapılan araştırmaya özel olarak hazırlanmış)	☒
	Taahhütname-1 Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesinin son versiyonunun ve Sağlık Bakanlığı'nın ilgili tüm kılavuzlarının okunmasına dair taahhüt	☒
	Taahhütname-2 Daha önce yapılmış etik kurul başvuruları mevcut olup olmadığına dair taahhüt	☒
	Taahhütname-3 Araştırma sırasında araştırma bütçesinde yer almayan ve gönüllünün kendisine veya Sosyal Güvenlik Kurumuna ek yük getirecek hiçbir işlem uygulanmayacağına dair taahhüt	☒
Taahhütname-4 COVID-19 hastalarında tedavi yaklaşımları ve bilimsel araştırmalar genelgesi okunmasına dair taahhüt	☒	
Araştırmacıların her birisine ait özgeçmiş formu	☒	
Ek belgeler (Varsa kullanılan ölçek izinleri vb.)	☒	

KARAR BİLGİLERİ	Başvuru Numarası	202104008
	Toplantı Tarihi	21.06.2021
	Toplantı Yeri	Çevirim içi (Google Meet)
	Karar No	4

Araştırmanın Başlığı **Kalp Yetersizliği Hastalarının Öz Bakım Davranışlarının Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**

Araştırmacılar **Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan, Hem. Ayşenur Keleş**



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Versiyon No
1.0
Sayfa 2 / 2

BAŞVURU NUMARASI: 202104008

KARAR

3.07.2021

☒ KABUL	☐ RET ☐ KAPSAM DIŞI (GİRİŞİMSSEL) ☐ BİLİMSEL VE/VEYA ETİK KURALLARA AYKIRI ☐ BİR SORUMLU ARAŞTIRMACININ (TEZ İŞE TEZ DANIŞMANI), BİR TOPLANTIYA İKİ (2) ADETTE FAZLA ÇALIŞMA BAŞVURUSUNDA BULUNMASI ☐ KURUM İÇİ BAŞVURULARINDA YEDİTEPE UZANTILI E-POSTA HESABI İLE GİRİŞ YAPILMAMIŞ OLMASI ☐ ŞARTLI KABULDE BELİRTİLEN REVİZYONLARIN ZAMANINDA VE/VEYA İSTENİLDİĞİ ŞEKİLDE YAPILMAMIŞ OLMASI
--	---

Prof. Dr. Didem ÖZDEMİR ÖZENEN Başkan	Doç. Dr. Gökhan ERTAŞ Başkan Yardımcısı	Doç. Dr. Elif SUNGURTEKİN EKÇİ Raporör			
<u>Katılım</u>	<u>İlişki</u>	<u>Katılım</u>	<u>İlişki</u>	<u>Katılım</u>	<u>İlişki</u>
☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok
Prof. Dr. Feryal SUBAŞI Üye	Prof. Dr. Şenay UZUN Üye	Doç. Dr. Mehmet Engin CELEP Üye			
<u>Katılım</u>	<u>İlişki</u>	<u>Katılım</u>	<u>İlişki</u>	<u>Katılım</u>	<u>İlişki</u>
☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok
Dr. Öğr. Üyesi E. Çiğdem ALTUNOK Üye	Dr. Öğr. Üyesi Binnur OKAN BAKIR Üye	Dr. Öğr. Üyesi E. Nur ÖZDAMAR Üye			
<u>Katılım</u>	<u>İlişki</u>	<u>Katılım</u>	<u>İlişki</u>	<u>Katılım</u>	<u>İlişki</u>
☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok	☐ Var ☐ Yok

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşenur	Soyadı	Keleş
-----	---------	--------	-------

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2022
Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2017
Lise	-	Samsun Canik İMKB Anadolu Lisesi	2012

Bildiği Yabancı Dilleri	Yabancı Dil Sınav Notu
İngilizce	YÖKDİL; 88,75

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Araştırma Görevlisi	Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2019-Halen
Staff Hemşire, Karma Cerrahi Kliniği	Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı Hastanesi	2017-2019
Intern Hemşire, Karma Cerrahi Kliniği	Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı Hastanesi	2016-2017

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office (Word, Excel, PowerPoint)	Çok iyi
SPSS V25	İyi

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Fountouki, A., Demirer, M. E., Keles, A., &Theofanidis, D. (2020). Emotional Intelligence of Turkish and Greek Nursing Students. *International Journal of CaringSciences*, 13(1), 307.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler

Arslan Özkan H., Arık B., Keleş A. (2021). Anne-Bebek Bağlanması COVID-19 Yansımaları. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ulusal Hemşirelik Kongresi-I, SB-44, 171-178.

Diğer (Görev Aldığı Projeler/Sertifikalari/Ödülleri)

Yeditepe Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü Klinik Rehber Hemşirelik Eğitimi Kursu, Olumlu Öğrenme Ortamı Oluşturulması Sözel Sunumu, 2021
Temel Yaşam Desteği Uygulayıcı Sertifikası 2018
Eğitim Hemşireliği Sertifikası (SELÇUKSEM) 2018

