



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA
SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Semiha ALKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2016

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans/Doktora Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç. Dr. Nesrin NURAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

.....(imza)

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Semiha ALKAN'ın hazırladığı "Kalp Yetmezliği Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Nesrin NURAL

.....

Yüksek Lisans/Doktora Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Nesrin NURAL

.....

Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN

.....

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

.....

Tarih: 11/05/2016

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....
Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım klavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici davranışımın olmadığını beyan ederim.

.../.../2016

Semiha ALKAN

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, üzerimde sonsuz emeği olan, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, hayatımın her anında hep destek gördüğüm çok kıymetli ve sevgili aileme ithaf ediyorum.

Semiha ALKAN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca sabır ve özveri ile desteğini esirgemeyen, bilimsel katkıları ve bilgileriyle rehberlik eden danışmanım KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Nesrin NURAL'a

Yüksek Lisans eğitimim süresince bana destek olan KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ayla GÜRSOYA'a, KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a ve KTÜ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e

Çalışmanın yürütülmesine izin veren Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne,

Verilerin toplanmasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisi hemşire ve doktorlarına,

Veri toplama aşamasında sabır gösteren hastalara,

Desteklerini benden esirgemeyen KTÜ İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Seher Çakmak ve tüm arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan, bana destek veren ve her konuda fedakarlık gösteren sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Semiha ALKAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL ve ONAY	
BEYAN	
İTHAF	
TEŞEKKÜR	
TABLolar DİZİNİ	vii
KISALTMA, SİMGE ve FORMÜLLER DİZİNİ	ix
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Kalp Yetmezliği	5
4.1.1. Epidemiyoloji	5
4.1.2. Etiyoloji	5
4.1.3. Fiziopatoloji	6
4.1.4. Kalp Yetmezliği Sınıflama	9
4.1.5. Semptomlar	10
4.1.6. Tedavi	13
4.1.7. Kalp Yetmezliği Prognostik Faktörler	14
4.1.8. Hastaneye Yatış Nedenleri	15
4.1.9. Semptom Kontrolünde Hemşirenin Rolü	15
5. GEREÇ ve YÖNTEM	18
5.1. Araştırmanın Tipi	18
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
5.4. Veri Toplama Araçları	19
5.5. Araştırmanın Sınırlılığı ve Kabul Ölçütleri	22
5.6. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	22
5.7. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	22
6. BULGULAR	24
7. TARTIŞMA	40

8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	51
9. KAYNAKLAR	55
Ek 1. Onam Formu	65
Ek 2. Anket Formu	66
Ek 3. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği	68
Ek 4. Kurum İzni	70
11. ETİK KURUL ONAYI	71
12. ÖZGEÇMİŞ	72



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo		Sayfa
Tablo 1	NYHA Kalp Yetmezliği Sınıflaması	9
Tablo 2	Kalp Yetmezliğinde Görülen Semptomlar	10
Tablo 3	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	24
Tablo 4	Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 5	Hastaların Yaşadıkları Semptomların Özellikleri ve Yaygınlığının Dağılımı	28
Tablo 6	Kalp Yetmezliği Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	29
Tablo 7	Kalp Yetmezliği Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği Genel Puanı ile Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	30
Tablo 8	Kalp Yetmezliği Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	30
Tablo 9	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kalp Yetmezliği Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği Genel Puan ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 10	Hastaların Klinik Özellikleri ile Kalp Yetmezliği Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği Genel Puan ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34

KISALTMA, SİMGE ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

NYHA	New York Heart Association- New York Kalp Derneği
KY	Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
HAPPY	Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey
RAAS	Renin-Anjiyotensin-Aldesteron Sistemi
ACE	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
MSAS-HF	Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
MSAS-GDI	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Global Sıkıntı İndeksi
MSAS-PHYS	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Fiziksel Semptom Alt Boyut Skoru
MSAS-PSYCH	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Psikolojik Semptom Alt Boyut Skoru
TOTAL MSAS	Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Genel Ölçek Skoru
β, β	Beta
α	Alfa

1. ÖZET

Kalp Yetmezliği Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi

Araştırma kalp yetmezliği hastalarında hastaneye tekrarlı yatışlara neden olan semptomların sıklığını ve boyutlarını değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik ve klinik ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini kardiyoloji servisinde yatan 117 hasta oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından “Hasta Bilgi Formu”, “Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSAS-HF)” ve “Charlson Komorbidite İndeksi” kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, Independent t, One-way annova, Mann whitney u, Kruskal wallis testleri ve Korelasyon analizi kullanıldı.

Araştırmaya alınan hastaların %66.7’si erkek ve yaş ortalaması 68.60 ± 12.55 yıldır. Hastaların %40.2’sinin kalp yetmezliği tanı yılı 1-3 yıl arasındadır. New York Kalp Derneği (NYHA) sınıflamasına göre hastaların %59.8’inde III.sınıf kalp yetmezliği bulunmaktaydı. Hastaların %58.1’inin ejeksiyon fraksiyon değeri %10 - %25 arasında olup, %42.7’si geçen 1 yıl içinde 1-3 kez kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatmıştır. Hastaların en sık deneyimlediği semptomlar; gece ve gündüz solunum güçlüğü (%82.1;%81.2), uyku problemi (%77.8), halsizlik (%65.8), düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü (%59.8), şişkinlik hissi (%59.8)’dir. Yaş ile MSAS-HF alt ve genel ölçek puanı arasında anlamlı ilişki vardı ve yaşlı hastaların ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Geçen yıl kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye 3’den fazla yatış yapan hastaların Global Sıkıntı İndeksi, 1-3 kez yatanların Psikolojik alt ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Günlük kilo takibi yapmayan, uyku düzeni olmayan, egzersiz yapmayan ve evde özbakım sorunu olan hastaların MSAS-HF alt ve genel ölçek puanı ortalamaları daha yüksektir ve fark anlamlıdır ($p < 0.05$).

Sonuç olarak kalp yetmezliği hastaları sık oranda ve şiddette semptomlarla yaşamaya ve semptom yüküyle başetmeye çalışmaktadır. Hemşireler özellikle şiddetli seyreden ve hastaneye yatışlarda etkili olan semptomlara odaklanarak, bu semptomların azaltılmasına ilişkin stratejiler geliştirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetmezliği, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği, Semptom, Tekrarlı yatış

2. SUMMARY

Evaluation of Symptoms in Heart Failure Patients

Research was carried out descriptive in order to evaluate the frequency and size of the symptoms which cause hospital readmission for heart failure patients and to determine affecting them sociodemographic and disease-related features. The sample of the study were consist of 117 patients hospitalized in cardiology service. The data was collected by the researcher using “Patient Information Form”, “Heart Failure Memorial Assessment Scale (MSAS-HF)” and “Charlson Comorbidity Index”. In the analysis of data, number, percentage, mean, Independent t, One-way annova, Mann whitney u, Kruskal wallis tests and Correlation analys was used.

The mean age of patients in the study were 68.60 ± 12.55 and 66.7% were male. 40.2% of patients were diagnosed with heart failure 1-3 years ago. According to New York Heart Association (NYHA) classification, 59.8% of patients had class III heart failure. Of the patients, 58.1% had 10%-25% ejection fraction, 42.7% were hospitalized 1-3 times due to heart failure within 1 year. The most common symptoms experienced by patients were day and night shortness of breath (82.1%;81.2%), difficulty sleeping (77.8%), fatigue (65.8%), difficulty breathing when lying flat (59.8%), feeling bloated (59.8%). There was a significant ($p<0.05$) relationship between age and MSAS-HF subscale and overall scale scores and the average was higher in elderly patients. Global Distress Index subscale was significantly higher in patients who were hospitalized more than 3, Psychologic subcale was significantly higher in patients who were hospitalized 1-3 times due to heart failure within 1 year ($p<0.05$). Patients who did not follow the daily weighth monitoring, those who did not have sleep patterns, those who did not exercise and those had self-care problems at home had higher scores for MSAS-HF subscale and overall and the differences were significant ($p<0.05$).

As a result, heart failure patients try to cope with the burden of symptoms and live with frequent rate and severity of symptoms. Nurses should develop strategies to minimize these symptoms and should focus on the symptoms which is particulary severe and affecting hospitalization.

Key words: Heart failure, Memorial Symptom Assessment Scale, Symptom, Readmission to hospital

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kalp yetmezliği (KY) kardiyak disfonksiyon sonucu ortaya çıkan semptomların eşlik ettiği, yaşam süresinin azalmasıyla sonuçlanan, acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır (1, 2). KY çok yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olması ve giderek artan sıklığı ve yaygınlığı nedeniyle tüm dünyada önde gelen sağlık sorunlarından biridir (3, 4, 5). Hastanaya yatan 2.4 milyonun üzerindeki hasta birincil veya ikincil olarak kalp yetmezliği tanısına sahiptir ve yıllık ölümlerin yaklaşık 300 000'i doğrudan kalp yetmezliği ile ilişkilendirilebilir (6).

Kalp yetmezliği hastalık ve hastaneye yatışların en önemli nedeni olmasının yanı sıra hastaneye tekrarlı yatışların da yaygın nedenidir (7). Hastaneye yatışların altında yatan neden sıklıkla hastanın durumunun daha kötüye gitmesi gibi tıbbi faktörlerden, tedaviye uyumsuzluk, öz bakımını sürdürememe gibi davranışsal faktörlerden, sosyal destek eksikliği gibi çevresel faktörlerden ya da şiddetlenen semptomlardan kaynaklanmaktadır (2, 7). Hallerbach ve ark. (9) hastaların 30 gün içerisinde hastaneye tekrar yatış nedenlerinin spesifik özelliklerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; hastaların çoğunlukla göğüs ağrısı, hızlı atriyal fibrilasyon, bulantı-kusma, sebebi bilinmeyen nefes darlığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) alevlenmesi, mental durumda değişiklik, dekompanse böbrek yetmezliği, ciddi aort stenozu gibi sebeplerden dolayı hastaneye başvurduklarını bildirmiştir. Karaca (10) çalışmasında, hastaların %50.4'ünün 90 gün içerisinde tekrar hastaneye yattığını, %97'sinin nefes darlığı, %45.9'unun ayaklarda şişme, %45.9'unun fenalık hissi, %39.4'ünün güçsüzlük/kuvvetsizlik, %29.9'unun günlük aktivitelerini yerine getirememesi ve %23.3'ünün yorgunluk nedeniyle hastaneye yattığını belirtmiştir. Tedavideki gelişmelere rağmen, kalp yetmezliği ilerleyici olmakla birlikte, yaşam sonuna doğru yaklaştıkça semptom yükü giderek artar (5).

Kalp yetmezliği hastalarının birden fazla sayıda semptomla karşı karşıya kalması hastalarda yüksek kaygı ve strese neden olmaktadır. Hastaların iş hayatında, sosyal ilişkilerinde, psikolojik alanında ve yaşam kalitesinde belirgin düzeyde bozulmalara yol açabilmektedir (11, 12). Kalp yetmezliği olan bireylerin hastalığa uyumunda ve yaşadığı semptomların hafifletilmesinde hemşireler tarafından yapılan hasta takipleri, geliştirilen başatma stratejileri çok önemlidir. Yapılan bir çalışmada, hastaneye yatışların %15 ile

%60'nın hastaların ilaç tedavisine, diyetine ve semptom izlemine olan uyumsuzluklarından kaynaklandığı saptanmıştır (13).

Bu araştırma KY hastalarında hastaneye tekrarlı yatışlara neden olan semptomların sıklığını ve boyutlarını değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik ve klinikle ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda, kalp yetmezliği olan hastaların yaşadıkları semptomların tekrarlı yatışlarda etkinliği ortaya konularak hemşirelik bakım ve eğitime, tekrarlı yatışların önlenmesine yönelik yapılacak çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği, kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olmasının yanısıra bireyin yaşamını her yönüyle etkileyen, kalbin yapısal veya fonksiyonel bozukluğundan kaynaklanan dolum veya pompa fonksiyonlarında bozulmanın izlendiği klinik bir sendromdur (14, 15). Ventrikül disfonksiyonuna bağlı dispne, yorgunluk, uyku güçlüğü, öksürük ve sıvı retansiyonuna yol açarak yaşam kalitesini bozmakta ve yaşamı kısaltmaktadır (16).

4.1.1. Epidemiyoloji

Kalp yetmezliğinin genel nüfustaki prevalansı %0.3-2 arasında değişmekle birlikte 65 yaş ve üzerinde %3-5'lere, 75 yaş ve üzerinde ise %25'lere ulaşmaktadır (3, 4). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 5.8 milyondan daha fazla yetişkin kalp yetmezliği ile yaşamaktadır. Dünya çapında ise 23 milyondan daha fazla kalp yetmezliği tanısı olan hasta vardır. Bu sendrom kadınlardan daha fazla erkekleri etkilemektedir ve prevalansı büyük ölçüde yaşla birlikte artmaktadır (17). Kalp yetmezliği tanısı olan insanların yaklaşık yarısı 5 yıl içinde ölmektedir (6, 18). Tanıdan sonraki ilk bir yıl için mortalite oranı %40, beş yıl için %45-75 arasında değişmektedir (5). Mortalite hızı yaşlılarda gençlere göre daha yüksektir (19). Yaklaşık 300 000 insan her yıl kalp yetmezliği nedeniyle ölmektedir (20).

Türkiye'de 2012 yılında yapılan HAPPY (Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey) çalışmasında, erişkin KY prevalansı %2.9 bulunmuştur. Türkiye'de yaklaşık 2 milyon 424 erişkinde KY olduğu tahmin edilmektedir (21). Gelişmiş ülkelerde Konjestif Kalp Yetmezliği prevalansı toplam erişkin nüfusta %1-2, yaşlılarda yaklaşık %6-10 oranındadır (22).

4.1.2. Etiyoloji

Kalp yetmezliğinin pek çok nedeni olmakla birlikte dünyanın farklı bölgelerinde değişiklik göstermekle birlikte, kalp yetmezliğine neden olan birçok faktör bulunmaktadır. (20, 23). Koroner arter hastalığı önemli ölçüde kalp yetmezliği gelişme riskini arttırmakta, miyokardiyal enfarktüs geçiren ve sol ventrikül disfonksiyonu olan hastaların %36'sında 7-8 yıl sonra kalp yetmezliği görülmektedir. KY'ne neden olan

önemli faktörler; Batı toplumlarında iskemik kalp hastalığı, Avrupa ülkelerinde de 75 yaşın altındaki hastalarda koroner arter hastalığına bağlı miyokard disfonksiyonudur (1, 23).

Kalp yetmezliğinin etiyolojisinde yer alan faktörler;

- Miyokard enfarktüsü
- Enfeksiyonlar
- Kardiyotoksik maddeler (alkol gibi)
- Enflamasyon
- Genetik nedenler
- Uzun süreli basınç-volüm yükü
- Hipertansiyon
- Kardiyomiyopati
- Kapak ve konjenital kalp hastalığı
- Aritmiler
- Perikardiyal hastalık
- Miyokardit
- Pulmoner hipertansiyon olarak sayılabilir (1, 24).

4.1.3. Fiziopatoloji

Kalp yetmezliğini tanımlamak için son 70 yıl içerisinde farklı açıklamalar yapılmıştır (25). İlk değerlendirmelerde daha çok sol ventrikülün pompa yetersizliği vurgulanmış iken günümüzde kalp yetmezliğinin bir sendrom olduğu ve hastaların semptom ve fizik bulgularıyla tanımlanması gerektiği görüşü ön plandadır (26).

Kalp yetmezliği kalbin yapısal ve/veya fonksiyonel bozukluğuna bağlı olarak ventriküllerin kanla dolma ve /veya kanı pompalama özelliğinin bozulması ile miyokardda oluşan hasar sonucu meydana gelen klinik bir sendromdur (21, 27). Miyokardiyal enfarktüste nekrotik odakta oluşan skar dokusu miyokard dokusunun yerini alır. Bu odak etrafında başlayan süreç tüm kalp dokusuna yayılarak hipertrofi ve dilatasyona, mitral ve triküspid yetersizliğine, kalbin kasılma işlevlerinin bozulmasına ve sonuç olarak kalp yetmezliğine neden olur (27). Kalp yetmezliği sol ventrikül fonksiyonlarındaki bozulmalar nedeniyle miyokardda meydana gelen hasar veya stres

ile başlayan ve ilerleyen progresif bir süreçtir. Sol ventrikülün sistolik ya da diyastolik fonksiyonlarındaki bozukluk, kalp yetmezliğine neden olabilir. Diyastolik disfonksiyonunda sol ventrikül boyutu normaldir, ancak diyastol sonu basınç artar. Sistolik disfonksiyonunda ise sol ventrikül genellikle dilate olur ve duvar hareketleri azalır (15). Normal sistolik fonksiyonla beraber, bozulmuş diyastolik fonksiyon sonucu veya hem sistolik hem de diyastolik fonksiyonlarda birlikte görülebilecek bozukluk sonucu KY oluşabilir (28).

Kalp yetmezliğinde çeşitli nörohumoral sistemler aktive olur ve periferik değişiklikler gelişir (28). Yetersizliğin etiyojisi ne olursa olsun kalp, pompalama fonksiyonunu devam ettirebilmek için çeşitli adaptasyon mekanizmalarına ihtiyaç duyar. Miyosit hasarı veya kaybından sonra, hemodinamik yüklenmeye ve nörohumoral faktörlere bağlı olarak kardiyomiyosit düzeninde ve ekstrasellüler matriks yapısında birtakım değişiklikler başlar. Miyokard fonksiyonunun azalmaya başlamasından sonra hızla gerçekleşen Frank Starling mekanizmasında; kalp ventrikül performansını arttırarak arterlere daha fazla kan pompalamaya çalışır. Aşırı hemodinamik yüklenmeye karşı, haftalar veya aylar içinde oluşan ve semptomlar geliştikten sonra da devam eden adaptasyon mekanizması olan miyokardın yeniden biçimlenmesi, kalbin kas doku kitlesini güçlendirir ve uzun süreli adaptasyonda önemli rol oynar .Bu değişiklikler remodelling (ventrikülün yeniden şekillenmesi) sürecini hızlandırır. Kalp yetmezliğinde basınç ve hacim yüklenmesi sonucu, kalbin yükü artar. Bu yükü kompanse edebilmesi amacıyla ventrikülerde yeniden biçimlenme oluşur. Başlangıçta kardiyak debiyi ayarlamak için faydalı olsa da uzun dönemde olumsuz etkileri olan bir adaptasyon mekanizmasıdır. Remodelling sürecinin ilerlemesinde sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı olarak gelişen nörohumoral aktivasyonun önemli rolü vardır (24, 15, 29). Kalp yetmezliğinde aktive olan üç nörohumoral sistem;

1. Renin-anjiotensin-aldosteron sistemi (RAAS)
2. Sempatik sinir sistemi
3. Arjinin-vazopresin sistemi (28)

1. Renin-Anjiotensin-Aldosteron Sistemi: Kalp yetmezliği hastalarında RAAS aktivitesi artar (30). Renin-anjiotensin-aldosteron sistemi aktivasyonu sodyum ve su tutulumunu arttırır. Periferik arterlerde vazokonstriksiyona neden olur. Geçici olarak

miyokardiyal kontraktileteyi arttırır. Kardiyak outputun normal sınırlar içerisinde kalmasını sağlayarak kardiyak onarım sürecine katkı sağlar. Düşük kardiyak debi, arteriyel basıncı korumak amacıyla sodyum ve su tutmak üzere sistemi aktive eder ve renin salınır. Renin karaciğerden salınan anjiyotensinojenin, anjiyotensin-I'e dönüşümünü gerçekleştirir. Anjiyotensin-I, endotelial hücrelerin membranına bağlı bir enzim olan anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) tarafından anjiyotensin-II'ye çevrilir. Anjiotensin II, arteriyel kan basıncında artışla sonuçlanan sistemik arteriyollerin vazokonstrüksiyonuna sebep olur. Aldosteron salgılanmasını da artırarak, sodyum ve su tutulumunu artırır ve sonuç olarak hipervolemiye neden olur (24, 28, 29, 31, 32). Kalp yetmezliğinin ciddiyeti ve dolaşımda artmış renin anjiyotensin II düzeyleri arasında bir ilişki bulunmaktadır. Dolaşan RAAS komponentleri lokal dokuları da kapsar ve lokal doku RAAS sistemleri böbrek, beyin ve kan damarlarının duvarında aktive olur. Kalpte anjiyotensin II 'nin lokal artışı koroner vazokonstrüksiyona sebep olarak miyositler üzerinde direkt veya indirekt toksik etkiler meydana getirir. Lokal anjiyotensin aktivasyonu ise periferde büyük arterlerin vazokonstrüksiyonuna ve anormal fonksiyonuna katkı sağlar (33).Tüm bu değişiklikler kısa dönemde yararlı olabilirken, uzun dönemde kardiyak fonksiyonun daha da bozulmasına, semptomların görülmesine ve şiddetinin artmasına neden olur (24, 30).

2. Sempatik Sinir Sistemi: Kalp debisinin yetersiz olduğu durumlarda, aktivitesi artan sempatik sinir sistemi kalbi ve periferik damarları etkiler (28). Kardiyovasküler sistem üzerindeki etkisini β_1 , β_2 ve α adrenerjik reseptörler aracılığıyla gösterir. Kalp yetmezliğinde görülen arteriyel basınçta düşme, nabız basıncı ve atım haciminin azalmasına bağlı olarak karotis ve aortada bulunan baroreseptörleri uyarır (24). Kalbin dakikadaki atım sayısı ve kasılma gücü artar. Başlangıçta kompensasyon amaçlı olan bu mekanizma kan basıncını devam ettirmede yararlı iken sempatik aktivite artışı renin salgılanmasını arttırarak, renin-anjiotensin-aldosteron sistemini uyarır, sodyum ve su tutulumunu daha da arttırır. Sistemik vasküler direncin artmasıyla kalbin yükü artar ve kalp debisinde düşmeye neden olur. Düşen kalp debisine bağlı olarak böbrek perfüzyonu bozulur ve daha fazla renin salınır. Sodyum ve su tutulumunun artması ile arteriyel ve venöz konstrüksiyon gelişir ve gittikçe kötüleşen bir kısır döngü ortaya çıkar (15, 28).

3. Arjinin-Vazopresin Sistemi: Kalp yetmezliği olan hastaların çoğunda artar. Antidiüretik hormon çok kuvvetli bir vazokonstrüktör olduğundan, kalp yetmezliğinde görülen periferik vazokonstrüksiyona katkıda bulunabilir (28).

4.1.4. Kalp Yetmezliği Sınıflama

New York Kalp Derneği (NYHA) kalp yetmezliğini işlevsel sınıflamasına göre derecelendirmektedir (Tablo 1). NYHA sınıf I de kalp hastalığına ait belirtiler yokken, NYHA sınıf II,III,IV de sırasıyla hafif, orta ve ciddi belirtiler vardır (20). NYHA sınıflaması güçlü bir prognoz göstergesi ve risk belirleyicisidir. Fonksiyonel sınıfın derecesi arttıkça hayatta kalma oranı azalmaktadır (26).

Tablo 1. NYHA Kalp Yetmezliği 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.

4.1.5. Semptomlar

Kalp yetmezliği pek çok fiziksel ve emosyonel semptomun eşlik ettiği ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır (Tablo 2) (2, 34). Semptomlar hastanın demografisine (yaş, mental algılama, genel durum gibi), kalp yetmezliğinin başlama şekline (yeni ve kronik zeminde başlayan) ve kullanılan tedavilerin (diüretik alınması) süresi ile eşlik eden komorbid durumlara bağlıdır (33). Hastalar yaygınlıkla nefes darlığı, dinlenme halinde dispne, paroksizmal noktürnal dispne, enerji azlığı, uyuma zorluğu, bacaklarda veya ayak bileklerinde şişme ve iştahsızlığı içeren çeşitli fiziksel semptomlar yaşar (35). Blinderman ve ark. (19) yaptığı çalışmada hastaların %66'sının enerji azlığı, %62'sinin ağız kuruluğu, %56'sının nefes darlığı, %52'sinin

uyuşukluk/sersemlik, %48.5'inin el/ayaklarda uyuşma/karınçalanma, %44.1'inin uyuma zorluğu, %40.8'inin öksürük, %31.1'inin iştahsızlık, % 43.7'sinin endişe, % 42.7'sinin üzgün hissetme, %35.9'unun sinirlilik, %33'ünün konsantrasyonda güçlük yaşadığını belirtmiştir. Yorgunluk ve dispnenin kalp yetmezliği olan hastalarda en önemli sorunlar olduğu ve hastaların %92' sinin orta ya da şiddetli derecede yorgunluk yaşadığı bildirilmektedir (36). Wilson ve ark. (34) kalp yetmezliği hastalarının kilo kaybı, kusma, seksüel ilgi ya da aktivite azlığı, diyare ve idrara çıkamama sorununu daha az yaşadığını belirtmektedir (34).

Hastaların klinik semptomlarının ciddiyeti doğrudan hastanın kardiyak disfonksiyonunun şiddeti ile ilişkili olmayabilir. Örneğin, sol ventrikül sistolik fonksiyonları normale yakın hastalar ileri derecede semptomatik olurken, ventrikül fonksiyonları ileri derecede bozulmuş hastalar minimal semptomlarla yaşamlarını sürdürebilirler (37).

Tablo 2. Kalp Yetmezliğinde Görülen Semptomlar

Belirtiler	Bulgular
Tipik	Daha Özgül
Nefes darlığı	Juguler ven basıncında artış
Ortopne	Hepatojugular reflü
Proksimal nokturnal dispne	Üçüncü kalp sesi (gallop ritmi)
Egzersiz toleransında azalma	Kalp tepe vurusunun sola kayması
Halsizlik, yorgunluk, egzersiz sonrası toparlanma süresinin uzaması	Kalp seslerinde üfürüm
Ayak bileği şişliği	
Daha Az Tipik	Daha Az Özgül
Gece gelen öksürük	Periferik ödem (ayak bileği, sakral, skrotal)
Hışıltı (wheezing)	Akciğerlerde krepatasyon
Kilo artışı (>2 kilogram/hafta)	Akciğerlerde havalanma azlığı ve akciğer bazallerinde perküsyon matite alınması (prevral efüzyon)
Kilo kaybı (ileri kalp yetmezliğinde)	Düzensiz nabız

Tablo 2. Kalp Yetmezliğinde Görülen Semptomlar (Devamı)

Şişkinlik hissi	Taşipne (>16 solunum/dakika)
İştahsızlık	Hepatomegali
Konfüzyon (özellikle yaşlılarda)	Asit
Depresyon	Zayıflama (kaşeksi)
Çarpıntı	
Senkop	

Dispne

Dispne (nefes darlığı) kardiyak ve pulmoner hastalığın temel semptomlarından biri olan, anormal ve rahatsız edici nefes alma şeklidir (33). Nefes darlığı kalp yetmezliği hastalarında yaygın görülen bir semptomdur. Wilson ve ark. (34) hastaların %50'sinden fazlasında nefes darlığı görüldüğünü saptamıştır. Kalp yetmezliği hastalarında dispne, pulmoner venöz ve kapiller hipertansiyonun klinik yansımasıdır ve kronik kalp yetmezliğinde haftalar veya aylar içerisinde görülür (24, 33). Kronik kalp yetmezliğinde nefes darlığı başlangıçta efor sırasında ortaya çıkarken zamanla istirahat sırasında da oluşmaya başlar (21). Ciddiyeti progresif olarak sırasıyla egzersiz dispnesi, paroksizmal gece dispnesi, ortopne, dinlenme anında dispne ve akut pulmoner ödem şeklinde artar. Kalp yetmezliği sonucu pulmoner arterlerde hidrostatik basınçtaki artış, alveol çevresindeki dokular arası boşluğa sıvı sızmasını arttırarak akciğerlerde ödem gelişmesine neden olur. Bu durum akciğerlerin elastikiyetini azaltarak solunumun güç hale gelmesine, solunum iş yükünün artmasına ve solunum kaslarının kanlanması azalmasına ve dispnenin daha belirgin hale gelmesine neden olur (24). Ortopne, istirahat sırtüstü uzanma sonrası bir iki dakika içinde sol ventrikülün kendisine ulaşan kan hacmini etkin olarak pompalayamaması nedeniyle hızla gelişir. Oturma veya ayağa kalkma ile venöz dönüş azalır. Dakikalar içerisinde anormal nefes alma şekli düzelir ve nefes darlığı hafifler. Paroksizmal nokturnal dispne ise periferik ödemi bulunan ve sol ventrikül fonksiyonu kötü olan hastalarda yattıktan 1-3 saat sonra başlar. Bacaklardaki ödem sıvısının kalbe dönmesi sonucu birden bire nefes darlığı ile uyanma, öksürük, boğulma hissi, köpüklü-kanlı balgam ve terleme görülür (24, 33). Genellikle yatağın kenarında oturma ve bacakları aşağıya sarkıtma ile 10-30 dakikada düzelir (21, 24, 33). Solunumla ilgili semptomlar arasında en ciddi olarak kabul edilen akut akciğer

ödeminde, sol kalbin akut olarak yetersizliğe uğraması sonucu, pulmoner venlerde basınç ileri derecede yükselir. Akciğerlerde dokular arası boşluğa ve alveol boşluklarına sıvı sızması sonucu gelişir. Akciğer ödemi genellikle şiddetli solunum güçlüğüyle aniden ortaya çıkan, hastayı aşırı derecede endişeli hale getiren, boğulma hissi, öksürük ve pembe köpüklü balgamın eşlik ettiği ciddi bir semptomdur (24).

Yorgunluk

Yorgunluk kardiyovasküler fonksiyonun en önemli ve en sık görülen spesifik olmayan semptomlarından biridir. Kalp debisinin düşmesi sonucunda bozulmuş sistemik dolaşımda yorgunluk kuvvetsizlik ile birlikte olabilir (33). Blinderman ve ark. (19) hastaların %66' sında enerji azlığı görüldüğünü belirtmektedir. Yorgunluk ve halsizliğin nedenleri arasında; kalp debisinin düşmesi sonucu bozulmuş sistemik dolaşım, periferik vasküler direncin artması sonucu solunum kasları dahil, iskelet kaslarına az kan gitmesi, periferik oksijenasyonun bozulması, anemi, diüretik kullanımı ve depresyon sayılabilir (5, 20, 24, 33).

Uykusuzluk

Yorgunluk ve halsizliğe neden olan uykusuzluk kalp yetmezliği olan hastalarda sık görülen bir semptomdur (20). Uyku bozukluğunun en sık nedenleri arasında pulmoner konjesyonun neden olduğu ortopne, paroksizmal nokturnal dispne, öksürük ve diüretik tedaviye bağlı nokturnal diürezdir (24). Ayrıca anksiyete ve diğer psikolojik problemler de uyku bozukluğuna neden olabilir (20).

Öksürük

Kalp yetmezliğinde öksürüğün nedenleri arasında akciğerlerde venöz hipertansiyon, interstisyel ve alveolar pulmoner ödem, %5-20 arasında ACE inhibitörleri yer alır (24). Kaynar ve ark. (38) hastaların %6.7'sinde ACE inhibitörü kullanıma bağlı olarak öksürük görüldüğünü belirtmiştir .

Ödem

Kalp yetmezliğinde, sodyum ve su atılımının azalması ve damarlarda vazokonstriksiyon oluşması hücreler arası alanda hacim artması sonucu ödem gelişir. Reeder ve ark. (39) hastaların %41.7'sinde ödem görüldüğünü belirtmektedir. Bacaklardaki ödemin akşamları artması kalp yetmezliği için karakteristiktir. Hastaların

çoğunda her iki alt ekstremitede görülen ödem öncesinde vücut ağırlığında en az 3-5 kg artış vardır (24, 33). Kalp yetmezliğinde ödem ayak bileğinden başlar, yukarı doğru ilerler, simetriktir ve gode bırakır. Ayakta gezen hastalarda ödem akşam saatlerinde artar. Yatağa bağımlı hastalarda ise daha çok sakrum üstünde görülür. Kronik ve şiddetli ödemlerde deride eritem, sertleşme ve kahverengine çalan pigmentasyon, deride veziküller görülebilmektedir (21, 24, 33).

Kaşeksi

Kaşeksi, son 6-15 ayda, tüm vücut ağırlığının %6'sından fazlasının istemsiz ve ödeme bağlı olmadan kaybedilmesidir ve en önemli nedenlerinden biri malnütrisyonudur. Kalp yetmezliği hastalarında %10-15 oranında görülür (20, 24). Kardiyak kaşeksi NYHA II-IV evreleri arasında %8-15 hastada, ilerlemiş kalp yetmezliğinde %10 hastada görülmektedir (40). İştahsızlığa bağlı az besin alınması, depresyona bağlı olarak beslenme bozukluğu, malabsorbsiyon, bazal metabolizma hızının artması nedeniyle günlük besin ihtiyacının artması, artmış miyokard oksijen tüketimi, sempatik sinir sistemi aktivitesi kaşeksinin gelişimine neden olan faktörler arasında yer almaktadır (5, 24).

Siyanoz

Siyanozun çeşitlerinden biri olan periferik siyanoz, sıklıkla düşük kalp debisinde sekonder gelişir ve konjestif kalp yetmezliğinde egzersiz sırasında hafifçe şiddetlenebilir. Konjenital kalp hastalığına bağlı santral siyanoz ise, egzersiz sırasında kötüleşir (33).

Diğer Semptomlar

İlaçlar, konstipasyon, böbrek yetmezliği veya anksiyete nedeniyle bulantı ve kusma görülebilirken, iştahsızlık, halsizlik, kullanılan ilaçlar ve ağrı nedeniyle de konstipasyon görülebilir (5). Hipertansiyon, taşikardi, ritim bozuklukları nedeniyle de çarpıntı olabilir. Bir diğer semptom da etkin olmayan kardiyak debi nedeniyle ani/kısa sürede gelişen serebral hipoperfüzyon sonucu gelişen senkoptur (24, 33).

4.1.6. Tedavi

Kalp yetmezliği tedavisinde semptomları kontrol altına almak, hayat kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır. Farmakolojik tedavi içerisinde; diüretikler, vazodilatörler,

digoksin, ACE inhibitörleri, beta-blokerler, aldosteron antagonsitleri ve anjiyotensin reseptör antagonsitleri yer alır (15). Nanfarmakolojik tedavi, hastanın kendi kendine bakım yönetimi ile fiziksel stabiliteyi sürdürme, daha kötü durumlara neden olabilen davranışlardan kaçınmayı kapsar. Hastalara kalp yetmezliğinin tanımı ve etiyolojisi, semptom ve bulgular, farmakolojik tedavi, diyet ve egzersiz önerileri, seksüel aktivite, tedaviye uyum, psikososyal semptomlar ve prognoz konusunda bilgi verilmelidir (41). Tuz kullanımı/kısıtlama, sıvı alımı/kısıtlama, günlük kilo kontrolü, sigara/alkol kullanımı, aktivite/egzersiz, hastalıklardan korunma, bağışıklama ve tıbbi tedaviye uyum konusunda eğitim vermek klinik stabilite açısından önemlidir (42).

4.1.7. Kalp Yetmezliği Prognostik Faktörler

Kalp yetmezliği gelişen tedavi yöntemlerine rağmen kötü prognoz ile birlikte 5 yıllık mortalitesi %75'e kadar çıkmaktadır. Genel olarak kadınlarda kalp yetmezliği erkeklere oranla daha iyi prognoza sahiptir. En güçlü prognostik faktörlerden biri olan yaş arttıkça kalp yetmezliği insidansı artmaktadır. Fakat semptomlar yaşlılık sürecine bağlanabildiği için tanı almaları gecikmektedir (33, 37). Frazier ve ark. (43) iskemik kalp yetmezliği etiyolojisinin daha kötü prognozla ilişkili olduğunu ve kadınlarda ve genç hastalarda daha az görüldüğünü saptamıştır. Anemi kalp yetmezliğinde bağımsız kötü prognostik faktördür. Anemi prevalansı özellikle ileri dönem kalp yetmezliği hastalarında yüksek olmakla beraber hastalığın ciddiyetini artırmaktadır. Olası nedenleri arasında; eritropoetin reseptörlerinin azalmış sensitivitesi, hematopoez inhibitörlerinin artması, demir eksikliğinin veya kullanım bozukluğunun gelişmesi, malnutrisyon, hipervolemi, enflamasyon, kardiyorenal sendrom yer alır (44, 45). Kalp yetmezliği hastalarının yaklaşık %50'sinde çeşitli derecede böbrek fonksiyon bozukluğu görülebilir ve tedavideki önemli ajanların kullanılmaması veya ilaç direnci oluşması nedeniyle mortalite ve morbidite artışına sebep olur (37). Hillege ve ark. (46) sol ventrikül disfonksiyonu ve kötü fonksiyonel kapasiteyi içeren ileri derece kalp yetmezliği olan hastalarda böbrek fonksiyonunun mortalite ile yakın ilişkisi olduğunu saptamıştır. Hiponatremi kalp yetmezliği olan hastalarda sıklıkla karşılaşılan bir elektrolit bozukluğudur ve prognozun major göstergelerinden biridir. Egzersiz testleri, fonksiyonel kapasite NYHA sistemi ve kaşeksi kalp yetmezliği hastalarında diğer prognostatik faktörlerdir (37). Kalp yetmezliğinde ölüm sıklıkla birdenbiredir ve ani ölüm riski 5 kat fazladır. Gelişen tedavi yöntemlerine rağmen, kalp yetmezliği mortalite

ve morbiditesi risk taşımaktadır (17, 33).

4.1.8. Hastaneye Yatış Nedenleri

Kalp yetmezliği, dünya çapında 23 milyonun üzerinde ve ABD 5.8 milyonundaki prevalansı ile önemli bir halk sağlığı konusudur. Birincil ya da ikincil olarak 2.4 milyonun üzerindeki hasta kalp yetmezliği tanısı ile hastaneye yatmaktadır (17). Wrigth ve ark. (47) kalp yetmezliği hastalarında hastanede kalış süresinin 6 günden daha fazla uzamasının periferik ödem, göğüs ağrısı ve yorgunluk gibi semptomlarla ilişkili olduğunu saptamıştır. Bunlara ek olarak; etkisiz hastalık yönetimi, ilaç, diyet ve egzersiz planına uyumsuzluk gibi davranışsal faktörler, yetersiz bilgilendirme, bireyin yalnız yaşaması, ilk ve sonraki yatışta hastanede kalış süresi, iki yatış arasında geçen süre, eşlik eden diğer hastalıklar nedenler arasında yer alır (48). Kronik kalp yetmezliğinde dispne, yorgunluk, ödem ve aktivite sınırlanması gibi semptomlar tekrarlayan hastane yatışlarına neden olmaktadır (49). Karaca ve ark. (2) kalp yetmezliği hastalarının yaklaşık yarısının 90 gün içerisinde tekrar hastaneye yattığını, %21.9'unun iki kez, %27.7'sinin üç kez, %50.4'ünün dört ve üzerinde hastaneye yattığını saptamıştır. Özellikle yaşlı hastalarda taburcu olduktan sonra tekrar hastaneye yatışlar daha fazla görülmektedir (39). Garcia Perez ve ark. (50) 75 yaş ve üzerindeki hastaların %10-25'nin taburcu olduktan sonra ilk 3 ay içerisinde, %40-50'sinin taburcu olduktan sonra 6-12 ay içerisinde tekrardan hastaneye yattığını saptamıştır. Yaşlı hastalar için bir önceki hastaneye yatış zamanı, hastanede kalış süresi (kısa dönemde tekrar hastaneye yatış yüksek risk faktörüdür), komorbidite ve fonksiyonel yetersizlikler hastaneye tekrarlı yatışların nedenleri arasında yer alır (51). Hastaneye yatışlar tıbbi faktörlerden, tedaviye uyumsuzluk, diyet uyumsuzluk, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı gibi davranışsal faktörlerden, sosyal destek eksikliği gibi çevresel faktörlerden, tekrarlı yatışlar ise erken taburculuk ve yetersiz hasta/aile eğitiminden kaynaklanabilir (2, 52).

4.1.9. Semptom Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Kalp yetmezliği hastalarında, semptomları ortadan kaldırmak ya da hafifletmek, başarılı bir semptom yönetimi ile yaşam kalitesinin artmasını sağlamak, akut kötüleşmeleri ve bunlara bağlı olarak hastaneye yatışları azaltmak hedeflenmektedir (21, 23). Kalp yetmezliğinde görülen solunum sıkıntısı, yorgunluk vb semptomlar hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sınırlılıklara yol açmaktadır. Bu

sınırlılıklar yaşam şekli değişikliklerine neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (53). Özer (54) hastaların %62.7'si en küçük fiziksel egzersizde bile nefessiz kaldıklarını, %59.8'i kendilerinin işe yaramaz hale geldiklerini düşündüklerini, %69.6'sının yaşam şekillerini değiştirmek zorunda kaldıklarını, %52'si kendilerine olan güvenlerini kaybettiklerini, %47.1'i aile sorumluluklarını yerine getirmede sınırlılık yaşadıklarını ve %57.8'i düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmekte zorlandığını ifade ettiklerini belirtmiştir. Kalp yetmezliğinde hasta eğitimi çok önemlidir. Efe ve ark. (36) kalp yetmezliği temel bilgiler, dispne, yorgunluk semptomlarının kontrol ve yönetimi, bu semptomlarla etkili baş edebilmelerini sağlamak hakkında hemşireler tarafından verilen eğitim sonrasında hastalarda dispne ve yorgunluğun azaldığını, enerji düzeyinin ve yaşam kalitesinin arttığını saptamıştır. Kalp yetmezliği olan hastaların evdeki yaşantılarında semptomlarını izlemek ve durumlarını değerlendirmek hastalık yönetiminde önemlidir (42). Başarılı hastalık yönetimi ve uzun dönem yaşam şekli düzenlemeleri hastalar ve aileleri tarafından uygulanması gereken bir süreçtir. Yaşam şekli düzenlemeleri diyet, aktivitelerin değişimi, ilaçların düzenli alımı, semptom kontrolü, sigara ve alkolün bırakılması, günlük kilo takibi, sıvı alımının kontrol edilmesi vb içerir. Hasta ve ailesine danışmanlık sağlamak, tıbbi tedaviye uyumu arttırmak, hasta eğitimi ve bakımını koordine etmek hemşirelerin önemli rollerinden biridir. Bu nedenle, kalp yetmezliği olan hastaların tekrarlı yatış sıklığının ve nedenlerinin bilinmesi hemşirelerin, yüksek riskteki hastaları belirlemesini ve bu hastalar üzerinde yoğun hasta yönetimine odaklanmasını, olası problemlerin erken tanınmasını ve uygun hemşirelik bakımını planlamasını sağlar. Hemşirelik bakımının temelinde; bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu şekilde etkilemek, aileyi de kapsayan bir planlama yapmak ve bireyin kendi bakımına direk katılımını sağlamak yer almalıdır (2, 55). Kalp yetmezliği hastaları için hemşire önderliğinde ya da hemşire koordineli taburculuk sonrası erken hasta eğitimini kapsayan hastalık yönetimi programı ile ilgili yapılan bir çalışmada; sağkalım potansiyelinin uzadığı, tekrar hastaneye yatışların azaldığı, özbakım davranışlarının ve yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (13). Kardiyopulmoner fonksiyonlarını optimize etmek ve psikososyal iyilik halini sürdürmek amacıyla; kalp yetmezliği nedeni, semptom yönetimi, ilaç kullanımı, fiziksel aktivite yönetimi, uygun diyet ve beslenmeyi sağlama gibi yaşam tarzı değişiklikleri hakkında hemşirenin hasta ve ailesine eğitim

vermesi gerekmektedir (24). Birey hastalığı ve yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip değilse uyumsuzluk gösterebilmektedir. Bu nedenle hastalığını anlaması, öz bakımlarını planlayıp gerçekleştirmeleri için prognoz hakkında bilgi alması, tedavisinin ve uygulanan girşimlerinin yararlarını ve durumunun ciddiyetini anlaması, tedavinin etkili olacağına ve tedaviyi uygulayabileceğine inanması sağlık davranışlarında değişiklik yapabilir. Kalp yetmezliğinin başarılı yönetimi bireyin katılımına ve bakımda önerilen stratejilere ve tedaviye uyumuna bağlıdır (51).



5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kalp yetmezliği hastalarında hastaneye tekrarlı yatışlara neden olan semptomların sıklığını ve boyutlarını değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik ve klinikle ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Haziran-Kasım 2015 tarihleri arasında Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kardiyoloji 1 ve Kardiyoloji 2 servislerinde kalp yetersizliği tanısı alan hastalar üzerine gerçekleştirildi. Bu servislerde kardiyoloji hastalarına ait toplam 24 adet yatak vardır. Her iki Kardiyoloji servisinde 12 hemşire , 5 doktor, 1 sekreter ve 1 personel görev yapmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Eylül 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kardiyoloji servislerinde kalp yetmezliği tanısı alan 279 hasta oluşturdu ve tekrarlı yatışlar örneklem dışı bırakılarak 217 hasta olarak belirlendi.

Örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan formül ile (56), kalp yetmezliğine bağlı hastaneye yatma oranı %21 (2) kabul edilerek 0.05 sapma ve %95 güven aralığında 117 hasta olarak hesaplandı.

Örneklem Hesaplaması

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

N: Evrendeki birey sayısı (217)

n: Örneklem alınacak birey sayısı (117)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (%21)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı) (%79)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen±sapma

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Hasta Bilgi Formu”, “Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği” ve “Charlason Komorbidite İndeksi” kullanılarak toplandı.

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Bilgi Formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümden hastaların tanıtıcı özelliklerini (cinsiyet, yaş, kilo, boy, eğitim, medeni durum, yaşadığı yer, bakım ve ihtiyaçları karşılamada yardımcı kişi, aylık gelir düzeyi, eşlik eden hastalık, sigara ve alkol kullanımı) belirlemeye yönelik 13 soru; ikinci bölümde hastaların klinik özelliklerini (birinci derecede ailede kalp hastalığı öyküsü, kalp yetmezliği tanı süresi, NYHA sınıflaması, ejeksiyon fraksiyon değeri, hastaneye yatış sıklığı, en son hastaneye yatışta kalış süresi, en son taburcu olma zamanı vb.) belirlemeye yönelik 18 soru yer aldı.

Charlason Komorbidite İndeksi: Kalp yetmezliğine eşlik eden hastalıklar Charlason Komorbidite İndeksi kullanılarak puanlandırılmıştır. Charlason komorbidite indeksinde yer alan 1 ile 6 arasında derecelendirilen 19 hastalık arasından hastanın her ek hastalığı için uygun puan hesaplandı. Bu puanların toplamı ile total skor elde edildi (57). Skorlamada “0” puan için hastalık yok, “1” puan için koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, kronik pulmoner hastalık, peptik ülser hastalığı, periferik damar hastalığı, serebrovasküler hastalık, diabetes mellitus, karaciğer hastalığı (hafif derecede), bağ doku hastalığı ve demans, “2” puan için diabetes mellitus (üç organ hasarının eşlik ettiği), renal hastalık (orta veya ağır derecede), hemipleji, nonmetastatik solid tümör, lösemi, lenfoma, multipl myeloma, “3” puan için karaciğer hastalığı (orta veya ağır derecede), “6” puan için metastik solid tümör ve aids kabul edildi (58).

Kalp Yetmezliği Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği (Heart Failure Memorial Symptom Assessment Scale-MSAS-HF) : MSAS-HF, Portoney ve arkadaşları tarafından 1994 yılında kanserli hastalardaki semptomları değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir (59). Cherly Zambroski ve arkadaşları tarafından kalp yetmezliği olan hastaların bir önceki hafta boyunca deneyimledikleri 32 semptomun birçok boyutu hakkında bilgi elde etmek için yeniden düzenlenmiştir (60).

Her bir semptomun; sıklığı, şiddeti ve verdiği sıkıntı ya da rahatsızlık hissini içeren üç boyutu değerlendirilir. Skala ile 32 semptomdan 24’ünün bu süre içerisindeki

sıklığı, şiddeti ve verdiği sıkıntı ya da rahatsızlık hissi; 8 semptomun ise bu süre içerisindeki şiddeti ve verdiği sıkıntı ya da rahatsızlık hissi değerlendirilir. Eğer bir semptom deneyimlenmediyse, hasta görülmedi kutusunu işaretleyebilir. Eğer semptom deneyimlendiyse, hasta bunun sıklığını ve şiddetini 4, verdiği sıkıntı ya da rahatsızlık hissini ise 5 puanlı likert tipte bir skala üzerinde tanımlar (12, 59).

Sıklık ve şiddet ölçümleri için değerler; 1 sıklık boyutunda nadiren, şiddet boyutunda hafif, 4 sıklık boyutunda neredeyse sürekli, şiddet boyutunda ise çok şiddetli ifadesini gösterir. Hesaplama her bir semptomun puanı (semptom yükü) hesaplanır. Eğer bir semptom görülmedi ise, o semptomun puanı ya da yükü 0'dır. Semptom görüldü ise üç boyutlu olan semptom için puan; sıklık, şiddet ve sıkıntı ya da rahatsızlık hissi boyutlarındaki puanların ortalaması alınarak ya da iki boyutlu olan semptom için puan; şiddet ve sıkıntı ya da rahatsızlık hissi boyutlarındaki puanların ortalaması alınarak hesaplanır (12, 59).

MSAS-HF'nin 3 alt boyutu vardır:

1- Psikolojik alt boyut puanı (MSAS-PSYCH): 6 semptom için puanlarının ortalamasıdır. Bu semptomlar:

- ✓ Üzgün/üzüntülü hissetme
- ✓ Endişelenme
- ✓ Sinirlilik
- ✓ Huzursuzluk
- ✓ Uyku problemleri
- ✓ Konsantrasyonda güçlük'tür.

2- Fiziksel alt boyut puanı (MSAS-PHYH): 12 semptom için semptom puanlarının ortalamasıdır. Bu semptomlar:

- ✓ İştahsızlık
- ✓ Halsizlik
- ✓ Diğer ağrı
- ✓ Uyuşukluk/sersemlik
- ✓ Konstipasyon
- ✓ Ağız kuruluğu
- ✓ Mide bulantısı

- ✓ Kusma
- ✓ Tad alma duyusunda değişiklik
- ✓ Kilo kaybı
- ✓ Şişkinlik hissi
- ✓ Baş dönmesi'dir.

3- Kalp Yetmezliği semptomları alt boyut puanı: 5 semptom için semptom puanlarının ortalamasıdır. Bu semptomlar:

- ✓ Göğüs ağrısı
- ✓ Çarpıntı
- ✓ Gece solunum güçlüğü ile uyanma
- ✓ Kilo alma
- ✓ Düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü'dür.

Global Sıkıntı İndeksi (Global Distress Index, MSAS-GDI): 11 semptom için tek boyut puanlarının ortalamasıdır. Bu semptomlar;

- ✓ Üzgün/üzüntülü hissetme
- ✓ Endişelenme
- ✓ Sinirlilik
- ✓ Huzursuzluk semptomlarının sadece sıklık boyutlarının puanları ve
- ✓ İştahsızlık
- ✓ Halsizlik
- ✓ Göğüs ağrısı
- ✓ Diğer ağrı
- ✓ Uyuşukluk/sersemlik
- ✓ Konstipasyon
- ✓ Ağız kuruluğu semptomlarının ise sadece sıkıntı boyutlarının puanlarının ortalaması alınarak hesaplanır.

Toplam MSAS-HF puanı: Tüm 32 semptom için semptom puanlarının ortalamasıdır. Aynı zamanda toplam semptom yükü puanıdır.

Ölçeğin Türk toplumu için uygunluğu geçerlilik ve güvenirliği 2009 yılında Vacide Aşık Özdemir tarafından yapılmıştır. Ölçeğin totali ile fiziksel, psikolojik ve kalp yetmezliği semptomları alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0.70,

0.38, 0.55 ve 0.39 olarak bulunmuştur (61). Bu çalışmada psikolojik, fiziksel alt boyut puanları, global sıkıntı indeksini ve toplam MSAS-HF puanı kullanıldı. Ölçeğin totali ile fiziksel, psikolojik ve global sıkıntı indeksi alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0.85, 0.87, 0.68 ve 0.39 olarak bulundu.

5.5. Araştırmanın Sınırlılığı ve Kabul Ölçütleri

Çalışma; KY tanısı olan, 18 yaş ve üzeri, kalp ameliyatı olmamış, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, kanser, miyokard enfarktüsü, kalp kapak hastalığı öyküsü olmayan, yatışının ilk 2-3 günlerinde olan, sözel iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır. Araştırmaya sadece Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kardiyoloji 1 ve Kardiyoloji 2 servisinde KY tanısı ile yatmakta olan, yatışının 2-3. gününde olan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya kabul eden hastaların alınması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

5.6. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.03.2015 tarihinde etik kurul izni (sayı:202) ve Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 14.07.2015 tarihinde (sayı:11569) kurum izni alınmıştır.

5.7. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kardiyoloji 1 ve Kardiyoloji 2 servisinde KY tanısı alan hastalar ile anket ve MSAS-HF ölçeği uygulaması araştırmacı tarafından haftanın 3 günü yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi. Her bir ölçek maddeleri hastaya okundu ve verdiği yanıt işaretlendi. Hasta Bilgi Formunda tanıtıcı ve klinik özellikler bölümünde bulunan soruların cevaplanmasında hastanın kendisi dışında hasta yakınlarının desteği alınarak ve hasta dosyası incelenerek dolduruldu. Çalışmada semptomlar açısından doğru bir değerlendirme yapabilmek amacı ile yatışının 2 ya da 3. gününde olan hastalar alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programı ile değerlendirildi. Veriler sayı, yüzde, ortalama, Independent t testi, Anova testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Spearman

ve Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirildi. Anlamlılık seviyesi olarak $p=0.05$ kullanılarak $p<0.05$ olması durumunda anlamlı ilişki olduğu, $p>0.05$ olması durumunda ise anlamlı ilişki olmadığı kabul edildi.



6. BULGULAR

Bu bölümde hastaların tanıtıcı ve klinik özelliklerine, semptomların dağılımına, bazı değişkenler ile MSAS-HF ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=117)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	39	33.3
	Erkek	78	66.7
Yaş Ort ±SS 68.60±12.55 yıl	60 yaş ve altı	26	22.2
	61-70 yaş arası	27	23.1
	71 yaş ve üstü	64	54.7
Beden kitle indeksi (BKİ)* Ort ±SS 27.41±2.58 kg	Normal kilolu	14	12.0
	Fazla kilolu	84	71.8
	Obez	19	16.2
Medeni durum	Bekar**	52	44.4
	Evli	65	55.6
Eğitim düzeyi	Okur-yazar olmayan	16	13.7
	Okur-yazar	37	31.6
	İlköğretim mezunu	51	43.6
	Lise ve üzeri	13	11.1
Yaşadığı yer	Köy	7	6.0
	İlçe	55	47.0
	İl	55	47.0
Bakım ve ihtiyaçlarının karşılanması	Yalnız/Diğer aile üyeleri***	5	4.3
	Eş	16	13.7
	Eş ve çocuklar	46	39.3
	Çocuklar	50	42.7
Gelir düzeyi	Gelirim giderimden yüksek	7	6.0
	Gelirim giderimle eşit	61	52.1
	Gelirim giderimden düşük	49	49.1
Sigara	Evet	10	8.5
	Hayır	57	48.7
	Hastalık nedeniyle bırakan	50	42.7
Alkol	Evet	4	3.4
	Hayır	89	76.1
	Hastalık nedeniyle bırakan	24	20.5

* BKİ değerleri (düşük kilolu: 18.5 ve altı, normal kilolu: 18.5-29.9, aşırı obez: 25-29.9, fazla kilolu: 30-40, obez: 40 ve üstü)

** Dul ve hiç evlenmemiş satırları birleştirilmiştir.

*** Yalnız ve diğer aile üyeleri satırları birleştirilmiştir.

Tablo 3’de hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %66.7’si erkek, %54.7’si 71 yaş ve üzerinde ve yaş

ortalaması 68.60±12.55 yıldır. Hastaların ortalama beden kitle indeksi 27.41±2.58 kg'dır ve %71.8'i fazla kiloludur.

Hastaların %55.6'sı evli, %43.6'sı ilköğretim mezunu, %47.0'ı ise ilçe ve il de yaşamakta, bakım gereksinimlerinin %42.7'si çocukları tarafından karşılanmakta ve %49.1'inin geliri giderinden düşüktür. Hastaların %48.7'si sigara, %76.1'i alkol kullanmamaktadır.

Tablo 4. Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı (n=117)

Özellikler		n	%
Charlason komorbidite indeksi Ort±SS 1.42±0.93	0 puan	17	14.5
	1 puan	52	44.4
	2 puan	29	24.8
	3 puan	19	16.2
Ailede kalp hastalığı öyküsü	Evet	89	76.1
	Hayır	28	23.9
KY tanı yılı	1 yıldan az	33	28.2
	1-3 yıl	47	40.2
	4-5 yıl	23	19.7
	>5 yıl	14	12.0
NYHA sınıfı	I	5	4.3
	II	32	27.4
	III	70	59.8
	IV	10	8.5
Ejeksiyon fraksiyonu	%10 - %25	68	58.1
	%26 - %35	33	28.2
	%36 - %45	12	10.3
	≥% 46	4	3.4
Geçen 1 yıl içerisinde hastaneye yatış sayısı	1 kez	46	39.3
	1-3 kez	50	42.7
	>3 kez	21	17.9
En son hastanede yatılan gün sayısı	3-5 gün	74	63.2
	6-10 gün	40	34.2
	>10 gün	3	2.6
En son taburcu olma zamanı Ort±SS 5.20±3.11	0-3 ay	41	35.0
	4-6 ay	37	31.6
	7-9 ay	27	23.1
	≥10 ay	12	10.3
İlaçları düzenli kullanmada güçlük yaşama	Evet	44	37.6
	Hayır	73	62.4

Tablo 4. Hastaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı (n=117) (Devamı)

Özellikler		n	%
Sıvı kontrolünü sürdürmede güçlük yaşama	Evet	68	58.1
	Hayır	49	41.9
Özel beslenmeyi sürdürmede güçlük yaşama	Evet	40	34.2
	Hayır	77	65.8
Günlük kilo takibi yapma	Evet	10	8.5
	Hayır	107	91.5
Düzenli uyku uyuma	Evet	24	20.5
	Hayır	93	79.5
Egzersiz yapma*	Evet	16	13.7
	Hayır	101	86.3
Semptomlarla baş etme yöntemi**	Var	75	64.1
	Yok	42	35.9
Evde öz bakımı sürdürmede sorun yaşama	Evet	84	71.8
	Hayır	33	28.2
Hastalık ilişkin eğitim alma	Evet	85	72.6
	Hayır	32	27.4
Eğitim veren kişi (n=85)	Doktor	74	87.1
	Hemşire	11	12.9
Alınan eğitimin yeterliliği (n=85)	Yeterli	39	45.9
	Yetersiz	46	54.1

* Egzersiz yapma sıklığı: 11 hasta haftada 1-2 gün koşu ya da yürüyüş, 5 hasta ayda 1-2 gün koşu ya da yürüyüş olarak belirtmiştir.

**Solunum sıkıntısı yaşanan durumlarda kullanılan baş etme yöntemleridir.

Tablo 4’ de hastaların klinik özellikleri verilmektedir. Araştırmaya katılan hastaların Charlson Komorbidite İndeksi ortalaması 1.42 ± 0.93 olarak belirlenmiştir. Hastaların %76.1’inin birinci derece aile üyesinde kalp hastalığı öyküsü vardır ve %40.2’sinin kalp yetmezliği tanı yılı 1-3 yıl arasında değişmektedir. NYHA sınıflamasına göre %59.8’i III.sınıf, %58.1’inin ejeksiyon fraksiyon değeri %10-%25 arasında değişmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların geçen 1 yıl içerisinde kalp yetmezliği nedeniyle (%42.7) 1-3 kez ve (%63.2) 3-5 gün yattığı, taburcu olma zamanının ortalama 5.20 ± 3.11 ay olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %37.6’sı ilaçlarını düzenli kullanmakta, %58.1’i sıvı kontrolünü sürdürebilmekte, %34.2’si özel beslenmeyi sürdürmekte güçlük yaşamakta, %91.5’i günlük kilo takibini yapmamaktadır. Hastaların %79.5’i düzenli

uyku uyuyamadığını, %86.3'ünün egzersiz yapmadığını belirtmiştir.

Hastaların %64.1'i solunum güçlüğü olduğunda ' yatak başını yükseltme, iki-üç tane yastıkla yatma, odayı havalandırma' gibi geliştirdikleri uygulamalarla rahatladıklarını ve %71.8'i evde öz bakımınlarını sürdürmekte sorun yaşadıklarını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %72.6'sı hastalığıyla ilgili eğitim aldığını, %87.1'i bu eğitimin doktor tarafından verildiğini ve %45.9'u aldığı eğitimin yeterli olduğunu belirtmiştir.



Tablo 5. Hastaların Yaşadıkları Semptomların Özellikleri ve Yaygınlığının Dağılımı (n=117)

Semptom	n	%	Sıklık*	Şiddet**	Sıkıntı***	Semptom yükü Ort±SS
Konsantrasyonda güçlük	59	50.4	47.5	39.0	28.8	1.18±1.21
Göğüs ağrısı	64	54.7	49.2	30.2	57.1	1.51±1.44
Diğer ağrılar	12	10.3	50.0	91.7	66.7	0.30±0.90
Öksürük	55	47.0	70.9	49.1	94.5	1.15±1.27
Sinirlilik	60	51.3	28.3	45.0	45.0	1.38±1.39
Ağız kuruluğu	62	53.0	23.8	14.3	17.5	1.34±1.32
Mide bulantısı	20	17.1	20.0	15.0	25.0	0.33±0.79
Uyuşukluk/sersemlik	65	55.6	21.5	24.6	27.7	1.43±1.32
El/ayaklarda uyuşma ve karıncalanma	42	35.9	21.4	38.1	33.3	0.95±1.30
Uyku problemi	91	77.8	74.7	62.6	75.8	2.53±1.45
Şişkinlik hissi	70	59.8	52.9	85.7	52.9	1.84±1.57
İdrar yapmada güçlük	62	53.0	25.8	80.6	85.5	1.65±1.59
Çarpıntı	58	49.6	6.9	5.1	8.6	1.00±1.08
Halsizlik	77	65.8	39.0	51.9	58.4	1.90±1.44
Gece solunum güçlüğü	96	82.1	63.5	53.1	74.0	2.64±1.38
Kusma	9	7.7	-	44.4	22.2	0.17±0.62
Solunum güçlüğü	95	81.2	66.0	68.1	77.7	2.55±1.35
İshal	5	4.3	-	-	-	0.09±0.47
Üzgün/üzüntülü hissetme	70	59.8	40.6	45.7	51.4	1.66±1.41
Terleme	42	35.9	16.7	-	-	0.85±1.14
Endişelenme	69	59.0	78.3	81.2	75.4	1.82±1.56
Cinsel ilgi veya aktivite sorunları	37	31.6	30.6	16.7	36.1	0.82±1.23
Kaşıntı	25	21.4	4.0	16.0	56.0	0.55±1.07
İştahsızlık	48	41.0	27.1	56.3	60.4	1.16±1.41
Baş dönmesi	16	13.7	37.5	25.0	43.8	0.37±0.94
Sinirlilik (Huzursuzluk)	49	41.9	30.6	36.4	38.8	1.10±0.89
Tad duyusunda değişiklik	24	20.5	-	-	47.4	0.52±1.06
Kilo kaybı	19	16.2	-	16.2	7.7	0.43±0.97
Kabızlık	21	17.9	-	28.6	61.9	0.49±1.10
Kol veya bacaklarda şişme	46	39.3	-	80.4	89.1	1.48±1.87
Kilo alma	27	23.1	-	29.6	74.1	0.68±1.27
Düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü	70	59.8	-	71.4	77.1	2.08±1.78

* 'Sıklıkla' ya da 'neredeyse sürekli' olarak cevaplanan semptomların yüzdesi

** 'Şiddetli' ya da 'çok şiddetli' olarak cevaplanan semptomların yüzdesi

*** 'Fazla' ya da 'çok fazla' olarak cevaplanan semptomların yüzdesi

Tablo 5'de hastaların yaşadıkları semptomların özellikleri, sıklığı, şiddeti ve sıkıntı boyutunun dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşadıkları semptomlar en sıklıkla; gece ve gündüz solunum güçlüğü (%82.1; %81.2),

uyku problemi (%77.8), halsizlik (%65.8), düz yatar pozisyonunda solunum güçlüğü (%59.8), şişkinlik hissi (%59.8), üzgün/üzüntülü hissetme (%59.8), endişelenme (%59.0), iştahsızlık (%57.3), uyuşukluk/sersemlik (%55.6), göğüs ağrısı (%54.7), ağız kuruluğu (%53.0), idrar yapmada güçlük (%53.0), sinirlilik (%51.3) ve konsantrasyonda güçlük tür (%50.4).

Semptomların görülme sıklığı boyutunda incelendiğinde; endişelenme (%78.3), uyku problemi (%74.7), öksürük (%70.9), solunum güçlüğü (%66.0), gece solunum güçlüğü (%63.5), şişkinlik hissi (%52.9), diğer ağrılar (%50.0) olarak belirtilmiştir. Semptomların görülme şiddeti boyutunda değerler arasında sırasıyla; diğer ağrılar (%91.7), şişkinlik hissi (%85.7), endişelenme (%81.2), idrar yapmada güçlük (%80.6), kol veya bacaklarda şişme (%80.4), düz yatar pozisyonunda solunum güçlüğü (%71.4), solunum güçlüğü (%68.1), uyku problemi (%62.6), iştahsızlık (%56.3), gece solunum güçlüğü (%53.1), halsizlik (%51.9) yer almaktadır. Semptomların görülmesinde sıkıntı boyutunda incelendiğinde; öksürük (%94.5), kol veya bacaklarda şişme (%89.1), idrar yapmada güçlük (%85.5), solunum güçlüğü (%77.7), düz yatar pozisyonunda solunum güçlüğü (%77.1), uyku problemi (%75.8), kilo alma (%74.1), gece solunum güçlüğü (%74.0), diğer ağrılar (%66.7), kabızlık (%61.9), iştahsızlık (%60.4), halsizlik (%58.4), göğüs ağrısı (%57.1), kaşıntı (%56.0), şişkinlik hissi (%52.9) ve üzgün/üzüntülü hissetme (%51.4) olarak belirlenmiştir.

Semptom yükü puanı en yüksek olan semptomlar; gece ve gündüz solunum güçlüğü (2.64±1.38; 2.55±1.35), uyku problemi (2.53±1.45), düz yatar pozisyonunda solunum güçlüğü (2.08±1.78), halsizlik (1.90±1.44), şişkinlik hissi (1.84±1.57) ve endişelenme (1.82±1.56) olarak saptanmıştır.

Tablo 6. Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=117)

Semptomlar	Ort ± SS	Min	Max
MSAS-GDI	1.42± 0.56	0.18	3.09
MSAS-PHYS	0.94± 0.52	0	2.29
MSAS-PSYCH	1.34± 0.45	0	3.27
Total MSAS	1.00± 0.28	0.39	1.84

Tablo 6’da Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinin genel ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. MSAS-GDI alt ölçek puan ortalaması 1.42±0.56, MSAS-PHYS alt ölçek puan ortalaması 0.94±0.52, MSAS-

PSYCH alt ölçek puan ortalaması 1.34 ± 0.45 , ölçek genel puan ortalaması ise 1.00 ± 0.28 olarak belirlenmiştir.

Tablo 7. Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Genel Puanı ile Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki (n=117)

	TOTAL MSAS	
	r*	p
MSAS-GDI	0.72	0.000**
MSAS-PHYS	0.80	0.000**
MSAS-PSYCH	0.53	0.000**

* Paerson Korelasyon Analizi

** p<0.01

Tablo 7’de Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinin genel puanı ile alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler yer almaktadır. Ölçek genel puanı ile MSAS-GDI, MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ölçek puanları arasında anlamlı derecede pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki vardır (p<0.01).

Tablo 8. Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki (n=117)

	r*	p
MSAS-GDI – MSAS-PHYS	0.72	0.000**
MSAS-GDI – MSAS-PSYCH	0.49	0.000**
MSAS-PHYS – MSAS-PSYCH	0.24	0.008**

* Pearson Korelasyon Analizi

** p<0.01

Tablo 8’de Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler yer almaktadır. MSAS-GDI ile MSAS-PHYS, MSAS-GDI ile MSAS-PSYCH ve MSAS-PHYS ile MSAS-PSYCH alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki saptanmıştır (r=0.72 p=0.000, r=0.49 p=0.000, r=0.24 p=0.008).

Tablo 9. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Genel Puan ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=117)

Özellikler		n	MSAS-GDI	MSAS-PHYS	MSAS-PSCYH	TOTAL-MSAS
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	39	1.64±0.56	1.04±0.57	1.42±0.38	1.05±0.29
	Erkek	78	1.31±0.52	0.90±0.58	1.31±0.48	0.98±0.28
			t:-3.096	t:-1.380	t:-1.219	t:-1.299
			p:0.002*	p:0.17*	p:0.22*	p:0.19*
Yaş			r:0.23	r:0.21	r:0.19	r:0.29
			p:0.01**	p:0.017**	p:0.03**	p:0.001**
Medeni durum	Bekar***	52	1.59±0.52	1.11±0.49	1.43±0.41	1.09±0.24
	Evli	65	1.27±0.56	0.81±0.52	1.28±0.47	0.94±0.30
			t:3.117	t:3.219	t:2.594	t:2.956
			p:0.002*	p:0.002*	p:0.011*	p:0.004
Eğitim düzeyi	Okur-yazar olmayan	16	1.31±0.65	1.05±0.60	1.15±0.33	0.95±0.36
	Okur-yazar	37	1.66±0.58	1.15±0.48	1.51±0.44	1.14±0.23
	İlköğretim mezunu	51	1.38±0.51	0.87±0.50	1.38±0.42	0.98±0.28
	Lise ve üzeri mezun	13	1.01±0.26	0.51±0.29	0.96±0.43	0.79±0.14
			F:5.162	F:6.056	F:6.513	F:6.230
			p:0.002****	p:0.001****	p:0.000****	p:0.001****
Yaşadığı yer	Köy	7	1.50±0.84	0.74±0.57	1.46±0.57	0.96±0.29
	İlçe	55	1.46±0.53	1.04±0.44	1.44±0.39	1.06±0.24
	İl	55	1.36±0.56	0.87±0.59	1.23±0.47	0.95±0.32
			χ^2_{kw} :1.380	χ^2_{kw} :6.530	χ^2_{kw} :5.496	χ^2_{kw} :5.748
			p:0.50*****	p:0.03*****	p:0.04*****	p:0.04*****

Tablo 9. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Genel Puan ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=117) (Devamı)

Özellikler		n	MSAS-GDI	MSAS-PHYS	MSAS-PSCYH	TOTAL-MSAS
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bakım ve ihtiyaçları karşılama- da yardımcı kişi	Yalnız/diğer aile üyeleri*****	5	1.89±0.46	1.45±0.89	2.10±0.47	1.22±0.52
	Eşim	16	1.09±0.56	0.77±0.65	1.46±0.61	0.83±0.34
	Eşim ve çocuklar	46	1.30±0.53	0.76±0.48	1.58±0.68	0.94±0.27
	Çocuklar	50	1.58±0.54	1.11±0.39	1.89±0.50	1.09±0.20
			$\chi^2_{kw}:15.437$ p:0.001*****	$\chi^2_{kw}:3.204$ p:0.20*****	$\chi^2_{kw}:4.037$ p:0.13*****	$\chi^2_{kw}:15.506$ p:0.01*****
Gelir düzeyi	Gelirim giderimden yüksek	7	1.51±0.57	1.06±0.50	1.34±0.50	1.03±0.28
	Gelirim giderimle eşit	61	1.24±0.58	0.75±0.56	1.28±0.39	0.93±0.30
	Gelirim giderimden düşük	49	1.62±0.48	1.17±0.37	1.42±0.50	1.09±0.23
			$\chi^2_{kw}:13.096$ p:0.001*****	$\chi^2_{kw}:25.556$ p:0.000*****	$\chi^2_{kw}:2.893$ p:0.23*****	$\chi^2_{kw}:10.885$ p:0.004*****
Sigara	Evet	10	0.99±0.57	0.73±0.50	1.23±0.33	0.83±0.21
	Hayır	57	1.47±0.56	1.01±0.54	1.35±0.45	1.02±0.30
	Hastalık nedeniyle bırakma	50	1.44±0.54	0.91±0.51	1.36±0.48	1.02±0.27
			F:3.298 p:0.04****	F:1.435 p:0.24****	F:0.333 p:0.71****	F:1.969 p:0.14****
Alkol	Evet	4	0.68±0.35	0.55±0.39	1.09±0.27	0.76±0.22
	Hayır	89	1.44±0.55	0.92±0.51	1.34±0.45	0.99±0.28
	Hastalık nedeniyle bırakma	24	1.45±0.58	1.09±0.57	1.41±0.47	1.08±0.28
			$\chi^2_{kw}:5.649$ p:0.05*****	$\chi^2_{kw}:4.501$ p:0.10*****	$\chi^2_{kw}:2.324$ p:0.31*****	$\chi^2_{kw}:5.554$ p:0.06*****

* Independent t testi

** Pearson korelasyon analizi p<0.05

***Dul ve hiç evlenmemiş satırları birleştirilmiştir.

****One-way annova testi

***** Kruskal wallis testi

*****Yalnız ve diğer aile üyeleri satırları birleştirilmiştir

Tablo 9’da araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile Kalp Yetmezliği Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği genel puanı ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda; MSAS-GDI alt ölçek puanı ortalamasının kadın cinsiyette daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamaları ile yaş arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0.23$ $p=0.01$, $r=0.21$ $p=0.017$, $r=0.19$ $p=0.03$, $r=0.29$ $p=0.001$). Yaş arttıkça ölçek genel puanı ve alt ölçek puanları ortalaması artmaktadır.

MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puan ortalamaları bekar ve okur-yazar olan hastalarda daha yüksektir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

MSAS-PHYS alt ve genel ölçek puan ortalamaları ilçede yaşayan, geliri giderinden düşük olan hastalarda daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalaması köyde yaşayan hastalarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). MSAS-GDI alt ölçek puanı ortalaması ile hastaların gelir düzeyi, sigara ve bakım ve ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olan kişiler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırma sonucunda; geliri giderinden düşük olan, sigara kullanmayan ve yalnız/diğer aile üyelerinden destek alan hastaların MSAS-GDI alt ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksektir. Genel ölçek puanı ortalaması bakım ve ihtiyaçların karşılanmasında yalnız/diğer aile üyelerinden destek alan hastalarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ile hastaların alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 10. Hastaların Klinik Özellikleri ile Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Genel Puan ve Alt Ölçek Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=117)

Özellikler		n	MSAS-GDI	MSAS-PHYS	MSAS-PSYCH	TOTAL-MSAS
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Charlason komorbidite indeksi			r:0.056 p:0.54*	r:0.103 p:0.26*	r:0.011 p:0.90*	r:0.08 p:0.38*
Ailede kalp hastalığı öyküsü	Evet	89	1.46±0.55	1.00±0.53	1.39±0.43	1.04±0.28
	Hayır	28	1.28±0.61	0.78±0.46	1.19±0.48	0.90±0.29
			t:1.486	t:1.927	t:2.059	t:2.276
			p:0.14***	p:0.05***	p:0.04***	p:0.02***
KY tanı süresi	1 yıldan az	33	1.13±0.57	0.88±0.56	1.21±0.44	0.94±0.30
	1-3 yıl	47	1.45±0.50	0.89±0.52	1.40±0.39	0.99±0.27
	4-5 yıl	23	1.77±0.53	1.10±0.46	1.51±0.48	1.11±0.24
	>5 yıl	14	1.38±0.47	1.04±0.52	1.21±0.53	1.03±0.32
			F:6.780	F:1.130	F:2.769	F:1.652
			p:0.000**	p:0.34**	p:0.08**	p:0.18**
NYHA sınıfı	I	5	1.50±0.60	0.86±0.41	1.34±0.30	0.90±0.28
	II	32	1.21±0.55	0.87±0.52	1.37±0.44	0.97±0.25
	III	70	1.48±0.56	0.91±0.50	1.33±0.48	1.01±0.29
	IV	10	1.57±0.51	1.42±0.61	1.35±0.35	1.15±0.32
			χ^2_{kw} :6.005	χ^2_{kw} :7.512	χ^2_{kw} :0.286	χ^2_{kw} :3.096
			p:0.11****	p:0.05****	p:0.96****	p:0.38****

Tablo 10. Hastaların Klinik Özellikleri ile Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Genel Puan ve Alt Ölçek Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=117)(Devamı)

Özellikler		n	MSAS-GDI	MSAS-PHYS	MSAS-PSYCH	TOTAL-MSAS
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ejeksiyon fraksiyon	%10-%25	68	1.42±0.59	0.97±0.58	1.28±0.48	1.02±0.31
	%26-%35	33	1.41±0.53	0.91±0.43	1.45±0.46	1.01±0.24
	%36-%45	12	1.42±0.54	0.86±0.53	1.45±0.20	0.92±0.20
	≥%46	4	1.50±0.70	0.99±0.34	1.29±0.32	0.95±0.30
			$\chi^2_{kw}:0.201$ p:0.97****	$\chi^2_{kw}:0.476$ p:0.92****	$\chi^2_{kw}:4.777$ p:0.18****	$\chi^2_{kw}:0.990$ p:0.80****
Geçen yıl KY nedeniyle hastaneye yatma sayısı	1 kez	46	1.29±0.58	0.87±0.54	1.25±0.45	0.96±0.30
	1-3 kez	50	1.49±0.56	0.92±0.49	1.46±0.46	1.01±0.28
	>3 kez	21	1.58±0.48	1.16±0.53	1.27±0.38	1.08±0.26
			F:3.040 p:0.01**	F:2.267 p:0.10**	F:3.196 p:0.04**	F:1.387 p:0.25**
En son hastanede yatılan gün sayısı	3-5 gün	74	1.42±0.61	0.90±0.52	1.32±0.42	0.98±0.27
	6-10 gün	40	1.41±0.47	0.97±0.48	1.42±0.49	1.03±0.28
	>10 gün	3	1.51±0.73	1.53±1.00	0.97±0.55	1.23±0.54
			$\chi^2_{kw}:0.222$ p:0.89****	$\chi^2_{kw}:2.256$ P:0.32****	$\chi^2_{kw}:3.037$ p:0.21****	$\chi^2_{kw}:1.376$ p:0.50****
En son taburcu olma zamanı	0-3 ay	41	1.46±0.63	1.02±0.66	1.34±0.52	1.02±0.35
	4-6 ay	37	1.41±0.50	0.97±0.41	1.38±0.44	1.03±0.24
	7-9 ay	27	1.46±0.58	0.85±0.38	1.35±0.41	0.98±0.21
	≥10 ay	12	1.20±0.46	0.85±0.59	1.24±0.33	0.89±0.27
			F:0.705 p:0.55**	F:0.710 p:0.54**	F:0.291 p:0.83**	F:0.804 p:0.49**
İlaçları düzenli kullanmada güçlük yaşama	Evet	44	1.52±0.60	1.13±0.46	1.39±0.40	1.06±0.22
	Hayır	73	1.35±0.53	0.83±0.53	1.31±0.48	0.97±0.31
			t:1.508 p:0.13***	t:3.128 p:0.002***	t:0.835 p:0.40***	t:1.715 p:0.08***

Tablo 10. Hastaların Klinik Özellikleri ile Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Genel Puan ve Alt Ölçek Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=117)(Devamı)

Özellikler		n	MSAS-GDI	MSAS-PHYS	MSAS-PSYCH	TOTAL-MSAS
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Özel beslenmeyi sürdürmede güçlük yaşama	Evet	40	1.23±0.56	0.99±0.57	1.27±0.39	1.00±0.31
	Hayır	77	1.51±0.54	0.97±0.50	1.38±0.48	1.01±0.27
			t:2.661 p:0.009***	t:0.745 p:0.45***	t:1.266 p:0.20***	t:0.123 p:0.89***
Sıvı kontrolünü sürdürmede güçlük yaşama	Evet	68	1.40±0.53	1.03±0.52	1.42±0.39	1.06±0.28
	Hayır	49	1.44±0.61	0.82±0.51	1.23±0.51	0.93±0.27
			t:0.418 p:0.67***	t:2.234 p:0.02***	t:2.179 p:0.03***	t:2.513 p:0.01***
Günlük kilo takibi yapma	Evet	10	1.10±0.42	0.60±0.55	0.97±0.59	0.75±0.19
	Hayır	107	1.45±0.57	0.98±0.51	1.38±0.42	1.03±0.28
			t:2.425 p:0.03***	t:2.190 p:0.03***	t:2.729 p:0.006***	t:2.951 p:0.004***
Düzenli uyku uyuma	Evet	24	1.18±0.57	0.66±0.47	0.93±0.43	0.77±0.22
	Hayır	93	1.48±0.55	1.02±0.52	1.45±0.39	1.06±0.27
			t:2.356 p:0.02***	t:3.041 p:0.003***	t:5.546 p:0.000***	t:4.496 p:0.000***
Egzersiz yapma	Evet	16	1.20±0.55	0.53±0.46	1.01±0.45	0.77±0.23
	Hayır	101	1.45±0.56	1.01±0.51	1.40±0.43	1.04±0.27
			t:1.651 p:0.04***	t:3.499 p:0.001***	t:3.255 p:0.001***	t:3.595 p:0.000***

Tablo 10. Hastaların Klinik Özellikleri ile Kalp Yetmezliği Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Genel Puan ve Alt Ölçek Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=117)(Devamı)

Özellikler		n	MSAS-GDI	MSAS-PHYS	MSAS-PSYCH	TOTAL-MSAS
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Semptomlarla baş etme yöntemi	Var	75	1.45±0.57	0.93±0.51	1.42±0.42	1.02±0.27
	Yok	42	1.35±0.55	0.96±0.55	1.21±0.48	0.97±0.30
			t:0.910	t:0.290	t:2.442	t:0.856
			p:0.36***	p:0.77***	p:0.01***	p:0.39***
Evde öz bakımı yürütmede sorun yaşama	Evet	84	1.58±0.54	1.12±0.56	1.44±0.39	1.08±0.22
	Hayır	33	1.35±0.59	0.87±0.35	1.31±0.47	0.97±0.30
			t:1.999	t:2.333	t:2.155	t:2.024
			p:0.04***	p:0.02***	p:0.03***	p:0.04***
Hastalık ile ilgili eğitim alma	Evet	85	1.47±0.54	0.93±0.47	1.38±0.43	1.02±0.25
	Hayır	32	1.26±0.61	0.98±0.66	1.24±0.48	0.95±0.36
			t:1.815	t:0.42	t:1.544	t:1.211
			p:0.07***	p:0.67***	p:0.12***	p:0.22***
Eğitim veren kişi (n=85)	Doktor	74	1.48±0.54	0.92±0.46	1.40±0.42	1.02±0.25
	Hemşire	11	1.42±0.53	0.98±0.57	1.30±0.56	1.02±0.23
			t:0.322	t:0.381	t:0.658	t:0.021
			p:0.74***	p:0.70***	p:0.51***	p:0.98***
Alınan eğitimin yeterliliği (n=85)	Yeterli	39	1.53±0.50	0.97±0.48	1.34±0.41	1.02±0.23
	Yetersiz	46	1.43±0.57	0.89±0.46	1.42±0.46	1.03±0.27
			t:0.891	t:0.802	t:0.792	t:0.125
			p:0.37***	p:0.42***	p:0.43***	p:0.90***

* Pearson korelasyon analizi p<0.05

** One-way annova testi

***Independent-t-test

****Kruskal Wallis testi

Tablo 10’da araştırmaya katılan hastaların klinik özelliklerinin Kalp Yetmezliği Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği genel puanı ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda; MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ortalaması ile Charlason Komorbidite İndeksi, NYHA sınıfı, ejeksiyon fraksiyon, en son hastanede yatılan gün sayısı, en son taburcu olma zamanı, hastalık ile ilgili eğitim alma, eğitim veren kişi, eğitimin yeterliliği arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

MSAS-GDI alt ölçek puanı ortalaması ile kalp yetmezliği tanı süresi ve özel beslenmeyi sürdürmede güçlük yaşama durumları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Kalp yetmezliği tanısı 4-5 yıl olan ve özel beslenmeyi sürdürmede güçlük yaşamayan hastaların MSAS-GDI alt ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ortalamaları ile hastaların ailede kalp hastalığı öyküsü olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Ailede kalp hastalığı öyküsü olan hastaların MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

MSAS-GDI ve MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalamaları ile hastaların geçen yıl kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatma sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırma sonucunda; geçen yıl kalp yetmezliği nedeniyle 3 den fazla kez hastaneye yatan hastaların MSAS-GDI, 1-3 kez hastaneye yatan hastaların MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

MSAS-PHYS alt ölçek puanı ortalamaları ile ilaçları kullanmada güçlük yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). İlaçları kullanmakta güçlük yaşayan hastaların MSAS-PHYS alt ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksektir.

MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ortalamaları sıvı kontrolünü sürdürmede güçlük yaşayan hastalarda daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel puanı ölçek puanı ortalamaları günlük kilo takibi yapmayan, uyku düzeni olmayan, egzersiz yapmayan ve

evde özbakım sorunları olan hastalarda istatistiksel olarak fark anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalaması semptomlarıyla baş etme yönetimi geliştirebilen hastalarda daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).



7. TARTIŞMA

Kalp yetmezliği hastalarının sıklıkla yaşadıkları semptomları belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmada, kalp yetmezliği hastalarının semptom olarak sıklıkla gece ve gündüz solunum güçlüğü (%82.1;%81.2), uyku problemi (%77.8), halsizlik (%65.8), düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü (%60.7), şişkinlik hissi (%59.8), üzgün/üzüntülü hissetme (%59.8), endişelenme (%59.0), iştahsızlık (%57.3), uyuşukluk/sersemlik (%55.6), göğüs ağrısı (%54.7), ağız kuruluğu (%53.0), idrar yapmada güçlük (%53.0), sinirlilik (%51.3) ve konsantrasyonda güçlük (%50.4) yaşadığı saptanmıştır. Lokker ve ark. (62) yaptığı çalışmada; bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak kalp yetmezliği hastalarının solunum güçlüğü, uyuşukluk/sersemlik, endişelenme, halsizlik, uyku problemleri, konsantrasyonda güçlük semptomlarını sıklıkla bulurken, bu çalışmadan farklı olarak kilo kaybı, kol veya bacaklarda şişme, el/ayaklarda uyuşma veya karıncalanma, tad duyusunda değişiklik, cinsel ilgi veya aktiviteyle ilgili sorunları da sıklıkla yaşanan sorunlar arasında belirtmiştir. Theander ve ark. (63) yaptığı çalışmada; kalp yetmezliği hastalarının solunum güçlüğü, halsizlik, uyku problemi, ağız kuruluğu semptomları bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik gösterirken, ek olarak el/ayaklarda uyuşma ya da karıncalanma, diğer ağrılar, öksürük semptomlarını sıklıkla yaşadıklarını bildirmiştir. Song ve ark. (35) yaptığı çalışmada; kalp yetmezliği hastalarının sıklıkla halsizlik, solunum güçlüğü, uyku problemi, iştahsızlık, düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü, gece solunum güçlüğü semptomlarını yaşadıklarını belirtmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak kol veya bacaklarda şişme semptomunu da sıklıkla yaşadıklarını bildirmiştir. Bekelman ve ark. (64) yaptığı çalışmasında; bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak kalp yetmezliği hastalarının solunum güçlüğü, halsizlik, uyuşukluk/sersemlik, ağız kuruluğu semptomlarını sıklıkla yaşadıklarını bildirmiştir. Bu çalışmada, diğer çalışmalardan farklı olarak hastaların şişkinlik hissi, göğüs ağrısı, idrar yapmada güçlük semptomlarını sıklıkla yaşadığı saptanmıştır.

Araştırmaya alınan hastalarda semptomların görülme sıklığı boyutundaki değerler; endişelenme (%78.3), uyku problemi (%74.7), öksürük (%70.9), solunum güçlüğü (%66.0), gece solunum güçlüğü (%63.5), şişkinlik hissi (%52.9), diğer ağrılar (%50.0) dır. Blinderman ve ark. (19) çalışmasında semptomların görülme sıklığını;

uyku problemi (%77.8), cinsel ilgi veya aktivite sorunları (%76.9), halsizlik (%75), diğer ağrılar (%64.9), iştahsızlık (%62.5), idrar yapmada güçlük (%59.3), solunum güçlüğü (%53.4), endişelenme (%52.3) olarak belirtmiştir. Zambroski ve ark. (12) semptomların görülme sıklığını; uyku problemi (%94.1), iştahsızlık (%93.8), diğer ağrılar (%93.3), halsizlik (%93.3), konstanrasyonda güçlük (%92.6), el/ayaklarda uyuşma veya karıncalanma (%91.7), uyuşukluk/sersemlik (%91.7), solunum güçlüğü (%91.1), endişelenme (%90.6) olarak belirtmiştir. Bu çalışma ve Blinderman ve ark.'nın (19) çalışmasında semptomların görülme sıklığı boyutundaki 'sıklıkla' ya da 'neredeyse sürekli' olarak cevaplanan sonuçların yüzdesi alınırken, Zambroski ve ark.'nın (12) çalışmasında 'bazen', 'sıklıkla' ya da 'neredeyse sürekli' olarak cevaplanan sonuçların yüzdesi alınmıştır. Bu değerlendirme nedeniyle, Zambroski ve ark.'nın çalışmasında semptomların sıklık yüzdeliklerinin daha yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Bu çalışma, diğer çalışma sonuçlarıyla birlikte değerlendirildiğinde hastaların en sıklıkla uyku problemi, solunum güçlüğü, endişelenme semptomlarını yaşadığını göstermektedir.

Hastaların semptomların görülme şiddeti boyutundaki değerleri; diğer ağrılar (%91.7), şişkinlik hissi (%85.7), endişelenme (%81.2), idrar yapmada güçlük (%80.6), kol veya bacaklarda şişme (%80.4), düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü (%71.4), solunum güçlüğü (%68.1), uyku problemi (%62.6), iştahsızlık (%56.3), gece solunum güçlüğü (%53.1), halsizlik (%51.9) olarak bulunmuştur. Blinderman ve ark. (19) semptomların görülme şiddetini; cinsel ilgi veya aktivite sorunları (%57.7), uyku problemi (%42.2), halsizlik (%38.2), idrar yapmada güçlük (%33.3) olarak sıralamıştır. Zambroski ve ark. (12) semptomların görülme şiddetini; uyku problemi (%98.6), diğer ağrılar (%90), halsizlik (%88.6), solunum güçlüğü (%88.6), el/ayaklarda uyuşma veya karıncalanma (%87), uyuşukluk/sersemlik (%87) olarak bildirmiştir. Wilson ve ark. (34) semptomların şiddet boyutundaki değerlerin ortalamasını alarak yaptığı çalışmada hastaların en şiddetli; cinsel ilgi veya aktivite sorunları, düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü, kabızlık, halsizlik, diğer ağrılar, uyku problemi, solunum güçlüğü, el/ayaklarda uyuşma veya karıncalanma semptomlarını yaşadıklarını bildirmiştir. Bu çalışma ve Blinderman ve ark.'nın (19) çalışmasında semptomların görülme şiddeti boyutundaki 'şiddetli' ya da 'çok şiddetli' olarak cevaplanan sonuçların yüzdesi alınırken, Zambroski ve ark.'nın (12) çalışmasında 'orta', 'şiddetli' ya da 'çok şiddetli' olarak cevaplanan

sonuçların yüzdesi alınmıştır. Bu çalışma, diğer çalışmalarla birlikte hastaların deneyimledikleri en şiddetli semptomların uyku problemi ve halsizlik olduğunu göstermektedir. Blinderman ve ark.'nın yaptığı çalışmadan farklı olarak, bu çalışma ve Zambroski ve ark., Wilson ve ark.'nın yaptığı çalışmada solunum güçlüğü ve diğer ağrılar en şiddetli yaşanan semptomlar olarak bulunmuştur.

Semptomların görülmesinde sıkıntı boyutunda değerler; öksürük (%94.5), kol veya bacaklarda şişme (%89.1), idrar yapmada güçlük (%85.5), solunum güçlüğü (%77.7), düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü (%77.1), uyku problemi (%75.8), kilo alma (%74.1), gece solunum güçlüğü (%74.0), diğer ağrı (%66.7), kabızlık (%61.9), iştahsızlık (%60.4), halsizlik (%58.4), göğüs ağrısı (%57.1), kaşıntı (%56.0), şişkinlik hissi (%52.9) ve üzgün/üzüntülü hissetme (%51.4) olarak bulunmuştur. Song ve ark. (35) semptomların sıkıntı boyutundaki değerlerin ortalamasını alarak yaptığı çalışmada en sıkıntılı semptomları; halsizlik, solunum güçlüğü, uyku problemi, iştahsızlık, düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü, gece solunum güçlüğü, el/ayaklarda uyuşma veya karıncalanma olarak bildirmiştir. Song ve ark.'nın yaptığı benzer metod ile semptomların sıkıntı boyutunu değerlendiren Wilson ve ark. (34) çalışmasında; kilo alma, çarpıntı, uyku problemi, diğer ağrı, el/ayaklarda uyuşma veya karıncalanma, halsizlik, kol veya bacaklarda şişme, göğüs ağrısı, kaşıntıyı en sıkıntılı semptomlar olarak belirtmiştir. Zambroski ve ark. (12) bu çalışma ile benzer olarak sıkıntı boyutu 'fazla' ve 'çok fazla' olarak cevaplanan semptomların yüzdesini alarak yaptığı çalışmasında; halsizlik (%63.6), uyku problemi (%60.6), solunum güçlüğü (%60.5), gece solunum güçlüğü (%58.3), endişelenme (%53.3), diğer ağrı (%51.7), cinsel ilgi veya aktivite sorunları (%50) olarak sıralamıştır. Lokker ve ark. (62) semptomların sıkıntı boyutundaki 'hiç', 'az', 'biraz', 'fazla' ve 'çok fazla' seçeneklerinin tek tek yüzdesine bakarak yaptığı çalışmada ise; solunum güçlüğü (%81.7), el/ayaklarda uyuşma veya karıncalanma (%70.4), uyuşukluk/sersemlik (%65.9), halsizlik (%64), diğer ağrı (%59), tad duyusunda değişiklik (%54.2), uyku problemi (%53.5) semptomlarının çok fazla olarak cevaplandığını belirtmiştir. Blinderman ve ark. (19) bu çalışma ile benzer olarak sıkıntı boyutu 'fazla' ve 'çok fazla' olarak cevaplanan semptomların yüzdesini alarak yaptığı çalışmada; diğer ağrı (%54.1), cinsel ilgi veya aktivite sorunları (%46.2), halsizlik (%44.8), uyku problemi (%44.4), solunum güçlüğü (%43.1) olarak sıralamıştır. Bu çalışma ve diğer çalışmalar hastaların deneyimledikleri

en sıkıntılı semptomların solunum güçlüğü, uyku problemi, halsizlik ve diğer ağrı olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda semptomların sıkıntı boyutundaki değerlendirmelerin farklı olması sebebiyle sonuçların farklılık göstermiş olduğu düşünülmektedir.

Semptom yükü puanı en yüksek olan semptomlar; gece ve gündüz solunum güçlüğü (2.64 ± 1.38 ; 2.55 ± 1.35), uyku problemi (2.53 ± 1.45), düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü (2.08 ± 1.78), halsizlik (1.90 ± 1.44), şişkinlik hissi (1.84 ± 1.57) ve endişelenme (1.82 ± 1.56) olarak saptanmıştır. Zambroski ve ark. (12) yaptığı çalışmada; uyku problemi (3.0 ± 1.0), halsizlik (2.9 ± 0.1), cinsel ilgi veya aktivite sorunları (2.9 ± 1.1), iştahsızlık (2.8 ± 0.9), diğer ağrı (2.8 ± 0.8), şişkinlik hissi (2.8 ± 1.1), gece solunum güçlüğü (2.7 ± 1.1), solunum güçlüğü (2.7 ± 1.1), endişelenme (2.6 ± 1.0), düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü (2.6 ± 1.1) semptomlarının en yüksek semptom yükü puanına sahip olduğu bildirmiştir. Blinderman ve ark. (19) yaptığı çalışmada semptom yükü puanı en yüksek olan semptomları; halsizlik (1.76 ± 1.40), solunum güçlüğü (1.37 ± 1.35), uyku problemi (1.22 ± 1.48), ağız kuruluğu (1.22 ± 1.10), uyuşukluk/sersemlik (1.12 ± 1.18), endişelenme (1.02 ± 1.29), el/ayaklarda uyuşma veya karıncalanma (1.01 ± 1.20) olarak belirtmiştir. Bu çalışma, diğer çalışmalarla birlikte semptom yükü puanı en yüksek olan semptomların uyku problemi, solunum güçlüğü, endişelenme ve halsizlik olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların MSAS-GDI, MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ölçek puanları ortalaması sırasıyla 1.42 ± 0.56 , 0.94 ± 0.52 ve 1.34 ± 0.45 , ölçek genel puan ortalaması ise 1.00 ± 0.28 olarak bulunmuştur. Blinderman ve ark. (19) yaptığı çalışmada; MSAS-GDI, MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ölçek puanları ortalamasını sırasıyla 0.90, 0.62 ve 0.63, genel ölçek puanı ortalamasını ise 0.52 olarak belirtmiştir. Özdemir (61) 220 hasta ile yaptığı çalışmasında; MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ölçek puanları ortalamasını sırasıyla 6.78 ± 1.65 , 5.13 ± 1.16 genel ölçek puanı ortalamasını ise 20.41 ± 4.00 olarak belirtmiştir. Akın ve ark. (65) kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında, MSAS-GDI, MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ölçek puanları ortalamasını sırasıyla 0.80 ± 0.60 , 0.77 ± 0.51 ve 0.76 ± 0.68 genel ölçek puanı ortalamasını ise 0.74 ± 0.45 olarak bildirmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar; Blinderman ve ark. (19), Akın ve ark.'nın (65) bulduğu sonuçlardan daha yüksek olmakla birlikte, Özdemir'in (61) sonuçlarından daha düşüktür.

Ölçek genel puanı ile MSAS-GDI, MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ölçek puanları arasında anlamlı derecede pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki bulunmuştur. Hastaların ölçek genel puanı ortalaması arttıkça alt ölçek puanları ortalaması artmaktadır. MSAS-GDI ile MSAS-PHYS, MSAS-GDI ile MSAS-PSYCH ve MSAS-PHYS ile MSAS-PSYCH alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki bulunmuştur. Oğuz (66) hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarda yaptığı çalışmasında, MSAS-GDI ile MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ölçek puanları arasında anlamlı derecede pozitif yönlü oldukça kuvvetli, MSAS-PHYS ile MSAS-PSYCH alt ölçek puanları arasında anlamlı derece pozitif yönde orta şiddette ilişki olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Bu çalışmada cinsiyet ve MSAS-GDI alt ölçek puanı arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ve kadınların ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Zambroski ve ark. (12) sinirlilik semptomunu kadınların erkeklere göre daha sık deneyimlediğini, Riedinger ve ark. (67) kadınların erkeklerden daha fazla endişeli olduğunu, Song ve ark. (68) kadınların erkeklerden daha fazla eforla nefes darlığı, yorgunluk, uyku problemleri ve depresif semptomlardan sıkıntı yaşadıklarını, Nordgren ve ark. (69) kadın hastalarda solunum sıkıntısı, yorgunluk, bulantı ve ayak bileğinde şişme semptomlarının daha sık görüldüğünü, buna karşın Theander ve ark. (63) endişelenme ile cinsiyet arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Blinderman ve ark. (19) yaşam kalitesindeki bozulmanın global sıkıntı indeksi ile aynı zamanda kadın cinsiyeti ile çok kuvvetli ilişkisi olduğunu, diğer taraftan Lokker ve ark. (62) global sıkıntı indeksi ile cinsiyet arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Bu çalışmanın sonucu Lokker ve ark. (62), Theander ve ark.'nın (63) çalışması ile çelişmekte, Zambroski ve ark. (12), Riedinger ve ark. (67), Song ve ark. (68), Blinderman ve ark.'nın (19) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların yaşı ile MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ortalamaları arasında ilişkili bulunmakla birlikte yaş arttıkça hastaların alt boyut ve genel ölçek puanı ortalamasının arttığı saptanmıştır. Lokker ve ark. (62) yaş ile global sıkıntı indeksi ve fiziksel alt boyut ölçeği ile bir ilişki bulurken, psikolojik alt boyut ve genel ölçek puanı ile bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Wilson ve ark. (34) yaş ile genel ölçek puanı arasında güçlü bir korelasyon olduğunu, Ansa ve ark. (70) depresyon ve anksiyetenin yaş ile bağlantılı olduğunu, genç hastalarda daha yaygın

olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmalardan farklı olarak, Barnes ve ark. (71) artan yaş ile genel ölçek puanı arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda yaşın semptom deneyiminde belirleyici bir faktör olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada bekar ve okur-yazar olan hastaların MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Heo ve ark. (72) fiziksel semptomları deneyimlemenin medeni durum ve eğitim durumu ile bir ilişkisi olmadığını, Lokker ve ark. (62) global sıkıntı indeksi, fiziksel ve psikolojik alt boyut ve genel ölçek puanı ile eğitim durumu arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Bu çalışmanın sonucu, Heo ve ark.'nın ve Lokker ve ark.'nın çalışmaları ile çelişmektedir. Anderson ve ark. (73) medeni durumun hastaneye tekrarlı yatışları etkilediğini, Rodriquez ve ark. (74) ise evli olmayan hastaların tekrarlı yatış oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Özer ve ark. (75) eğitim durumu ile hastaların yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, eğitim durumu yükseldikçe hastaların yaşam kalitesinin azaldığını belirtmiştir. Bu çalışmada, dul/bekar olanların daha fazla buna karşın, eğitim durumu yükseldikçe hastaların daha az semptom deneyimledikleri saptanmıştır. Hastaların medeni durumu ve eğitim durumunun semptomları tanıma, kontrolü ve yönetiminde, yaşam kalitesinde dolayısıyla hastaneye tekrarlı yatışlarda bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan hastaların yaşadığı yer ile MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ilişkili bulunmakla birlikte, ilçede yaşayan hastaların MSAS-PHYS alt ve genel ölçek puanı ortalaması, köyde yaşayan hastaların ise MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, kapsamlı bir hastaneye ulaşımında yaşanan zorluklar, mesafenin uzunluğu, maddi imkansızlıklar, eğitim düzeylerinin düşük olmasından dolayı semptom kontrolündeki yetersizlik gibi bazı faktörlerin semptomların alevlenmesi ile sonuçlandığını ilişkilendirilebilir.

Türk toplumunda bakım verici rolünü genel olarak eşler ve kız çocukları üstlenmiştir. Bakım ve ihtiyaçları karşılamada yalnız/diğer aile üyelerinden destek alan hastaların MSAS-GDI alt ve genel ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Luttik ve ark. (76) kalp yetmezliği hastalarında medeni durum, yaşam kalitesi ve klinik sonuçları belirlemek için yaptığı çalışmasında; eş ya da çocuklarla yaşayan hastaların yaşam kalitesini yalnız yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğunu

bildirmiştir. Rodriquez ve ark.(74) yalnız yaşayan hastaların hastaneye tekrarlı yatış oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada, eş ve çocuklarından bakım ve ihtiyaçları karşılamak için destek alan hastaların diğer gruplara göre semptom deneyimleri daha düşüktür, dolayısıyla yaşam kaliteleri daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Gelir düzeyi ile MSAS-GDI, MSAS-PHYS alt ve genel ölçek puanı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ve geliri giderinden düşük olanların ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Lokker ve ark. (62) gelir düzeyi ile MSAS-GDI, MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ölçek puanları arasında bir ilişki olduğunu, geliri olmayan hastaların semptom yükü puanının daha fazla olduğunu, buna karşın Barnes ve ark. (71) semptom yükü ve prevalansının sosyo-ekonomik durum ile ilişkisi olmadığını belirtmiştir. Kalp yetmezliğinde yaşam boyu süren tedavi, hastaneye tekrarlı yatışlar gibi faktörler hastaların ekonomik durumların daha da kötüleşmesine yol açabilmektedir.

Sigara kullanmayan hastaların MSAS-GDI alt ölçek puanı ortalamaları sigara kullanan ve hastalık nedeniyle bırakan hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kalp yetmezliği hastaları günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklar, ekonomik durumlarındaki değişimler, hastalığın gerektirdiği sorumluluklar (diyet, sıvı ve kilo takibi gibi), aile ve arkadaş ilişkilerinde, iş yaşamındaki değişiklikler, ölüm kaygısı nedeniyle psikososyal sorunlar yaşayabilmektedir. Bu çalışmada sigara kullanan hastaların sigara kullanmayanlara göre MSAS-GDI alt ölçek puanından daha az puan almalarının nedeni, sigaranın başatme yöntemi olarak kullanılmasıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada, ailede kalp hastalığı öyküsü olan hastaların MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Johansson ve ark. (77) yaptığı çalışmada, kalp yetmezliği etiolojisi ile depresif semptomlu olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını, Ansa ve ark. (70) depresyon ve anksiyetenin kalp yetmezliği etiyojisi ile bir ilişkisi olmadığını bildirmişlerdir. Bu çalışmada, diğer çalışmaların aksine kalp yetmezliği etiolojisinin özellikle ailede kalp hastalığı öyküsünün psikolojik semptomların boyutlarını etkileyebilecek bir faktör olduğu saptanmıştır.

Kalp yetmezliği tanı süresi 4-5 yıl olan hastaların MSAS-GDI alt ölçek puanı ortalaması diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Wilson ve ark. (34) KY tanı süresi ile genel ölçek puanı arasında bir ilişki olmadığını, Oğuz (66) hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada, hastalığın tanu zamanı ile MSAS-GDI, MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Karaca ve ark. (2) çalışmada, tanı süresi ile hastaneye tekrar yatma sıklığı arasında anlamlı farklılık olduğunu, bu farklılığı tanı süresi daha uzun olan hastaların oluşturduğunu bildirmiştir. Bu çalışmanın sonucu, Wilson ve ark. (34), Oğuz'un (66) çalışması ile çelişmektedir. Bu çalışmada, KY tanı süresi uzadıkça hastaların MSAS-GDI alt ölçek puanlarının arttığı görülmektedir. Dolayısıyla Karaca ve ark.'nın çalışmasının sonucuna benzer olarak tanı süresi hastaneye tekrarlı yatışları belirleyen faktörler arasında yer almaktadır.

Hastaların semptomlardaki kötüleşmeleri hastaneye tekrarlı yatışına neden olmaktadır. Bu çalışmada, KY nedeniyle geçen bir yıl içerisinde hastaneye 3'den fazla yatan hastaların MSAS-GDI, 1-3 kez yatan hastaların MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Lokker ve ark. (62) çalışmada, daha önce hastaneye yatış ile MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı arasında bir korelasyon olduğunu, bu çalışmanın sonuçlarının aksine geçen 12 ay içerisinde daha az hastaneye yatış ile yüksek semptom yükü puanı arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda, depresyon prevalansının daha uzun hastanede yatış ve kötü mortalite sonuçları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (78,79). Parshall ve ark. (80) hastaların %70'inin dispne nedeniyle acil servise başvurdıklarını, bunların %80'inin hastaneye yatırıldığını, Martens ve ark. (81) kilo almanın hastaneye tekrarlı yatış oranıyla önemli ölçüde bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir.

İlaçları düzenli kullanmada güçlük yaşayan hastaların MSAS-PHYS alt ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Wal ve ark. (82) ilaçları kullanmada yaşanan uyumsuzluğun semptomların kötüleşmesi ve hastaneye tekrarlı yatış ile ilişkili önemli bir faktör olduğunu, Jones ve ark. (83) diüretik tedavisindeki öz-ayarlanmanın acil servise başvuru ve hastaneye tekrarlı yatışları azalttığını, Wu ve ark. (84) ilaçlara kullanmaktaki uyumun daha az kardiyak nedenle hastaneye tekrar yatış ve daha az mortalite ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Mujtaba ve ark. (85) hastaların

%15.5'inin semptomlarının rahatladığını hissettikleri zamanlarda ilaç almalarına gerek olmadığını düşündüklerini bildirmiştir. Tüm bu sonuçlar, hastaların ilaç kullanmakta yaşadıkları güçlükler ve uyumsuzluklar semptomların kötüleşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve hastaneye tekrarlı yatışlara neden olduğunu düşündürmektedir.

Kalp yetmezliğinde uygulanan özel diyetteki kararlılık hastaların semptom alevlenmesini, hastaneye tekrarlı yatışlarını, yaşam kalitesini ve mortaliteyi etkileyen önemli bir faktördür. Bu çalışmada, özel beslenmeyi sürdürmede güçlük yaşamayan hastaların MSAS-GDI alt ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Evangelista ve ark. (86) ruhsal sağlığı daha iyi olan hastaların diyetle daha fazla uyum gösterdiklerini, Wal ve ark. (87) kalp yetmezliği hastalarında önerilen aktivitelere uyumun diyetle karşı daha fazla yarar algılama ve daha az depresif semptomlara sahip olma ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Son ve ark. (88) sodyum kısıtlı diyetine uyum ve uyumsuzluk gösteren hastalar ile solunum gücünü, düz yatar pozisyonunda solunum gücünü, kol veya bacaklarda şişme, halsizlik ve iştah azlığı semptomlarının sıklığı ve şiddeti arasında anlamlı bir farklılık olduğunu, sodyum kısıtlı diyetle ayarlamaların ve hastaların buna uyumunun semptom yüküne ve klinik sağlık sonuçlarına etkisinin olabileceğini belirtmiştir. Paterna ve ark. (89) sodyum kısıtlı diyeti günlük 2.76 gramdan daha az olan hastaların kardiyak nedenle hastaneye yatış ve ölüm insidansının daha düşük olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmanın sonucu, diğer çalışmaların sonuçları ile çelişmektedir. Bunun nedeni olarak, özel diyetin hastaların lokantaya gitmek istememe, arkadaş ortamında kendini dışlanmış hissetme gibi faktörlerle sosyal izolasyon yaşamaları, hastalıktan önce severek yedikleri yiyecekleri artık yiyememeleri gibi nedenlere bağlı olarak psikolojik semptomlar yaşadıkları söylenebilir.

Sıvı kontrolünü sürdürmede güçlük yaşayan hastaların MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Evangelista ve ark. (86) ruhsal ve fiziksel sağlığı daha iyi olan hastaların sıvı kısıtlamasına daha fazla uyum gösterdiklerini, diğer taraftan Schweitzer ve ark. (90) çalışmasında depresyon ve anksiyetenin sıvı kısıtlamasına uyumda öngördürücü bir faktör olmadığını belirtmiştir. Stewart ve ark. (91) çalışmasında, hastaneden taburcu olan hastaların %39'unun sıvı kısıtlamasındaki başarısızlıklar nedeniyle erken dönem klinik kötüleşmelere sahip olduğunu bildirmiştir. Sıvı kontrolünü sürdürmede yaşanan güçlükler, uyumsuzluklar ve başarısızlıklar semptomlardaki alevlenmeler nedeniyle

daha sık acil servise başvurulara ve hastaneye tekrarlı yatışlara, yaşam kalitesinde bozulmalara, hastaların psikolojik iyilik halinin kötüleşmesine neden olarak bir kısır döngüye dönüşebilmektedir.

Günlük kilo takibi yapmayan, uyku düzeni olmayan, egzersiz yapmayan hastaların MSAS-GDI, MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Johansson ve ark. (77) depresif semptomlu hastaların dinlendirici olmayan uyku, uykuyu sürdürmede zorluklar, uykuya dalmada zorluklar ve sabahları erkenden uyanma şikayetlerinden daha fazla yakındıklarını, Nasir ve ark. (92) uyku süresi, uyku bozukluğu ve uyku verimi ile depresyon arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğunu, Katz ve ark. (93) kötü uyku kalitesi ile depresyon gibi psikolojik faktörler arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Anderson ve ark. (94) uyku problemleri ve yorgunluğun birbiriyle bağlantılı semptomlar olduklarını bildirmiştir. Jones ve ark. (83) kilo takibi yapan hastaların daha az acil servise başvuru yaptıklarını, daha az hastaneye yattıklarını ve mortaliteyi azaltabileceğini bildirmiştir. Saccomann ve ark. (95) hastaların kilo takibine olan uyumunun onların sağlığını koruyabileceğini, yaşam kalitelerini arttırabileceğini ve tekrarlı hastaneye yatışlarını azaltabileceğini bilmelerine rağmen neredeyse yarısının kilo takibini yapmayı unuttuklarını belirtmiştir. Evangelista ve ark. (86) fiziksel ve ruhsal sağlığı daha iyi olan hastaların egzersize daha fazla uyum gösterdiklerini, diğer taraftan Schweitzer ve ark. (90) çalışmasında depresyon ve anksiyetenin egzersize uyumda öngördürücü bir faktör olmadığını belirtmiştir. Reeder ve ark. (39) yaptığı çalışmada, hastaların %41.7'sinin yaşadıkları semptomların kendi özyönetimindeki değişikliklerle bağlantılı olduğunu, diyet, günlük kilo takibi, uyku ve egzersizdeki değişikliklerin semptomları etkilediğini düşündüklerini belirtmiştir. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda, kalp yetmezliği hastalarının yaşadıkları semptomların sıklığı, sıkıntı ve şiddet boyutunun dolayısıyla hastaneye tekrarlı yatışların günlük kilo takibi ve egzersiz uygulamalarına gösterdikleri uyum, düzenli uyku ve uyku kalitesi ile bağlantılı olabileceği söylenebilir.

Kalp yetmezliği hastaları semptomlarını rahatlatmak amacıyla 'yatak başını yükselterek uyuma, odayı havalandırma, başının altına iki-üç yastık koyarak uyuma' gibi yöntemler uygulamaktadırlar. Bu çalışmada, semptomlarla baş etme yöntemi olan hastaların MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek

bulunmuştur. Gökçe ve ark. (96) yaptığı çalışmada, ortopne ve sırtüstü pozisyonda uyuyan, tek yastık kullanan hastaların uyku kalitesinin daha iyi olduğunu bildirmiştir. Reeder ve ark. (39) hastaların %43.3'ünün semptomlarını rahatlatmak için en azından günde bir kez özbakım stratejileri uyguladığını, bunların kendi kendini tedavi etme, yatak başını yükseltme, dinlenme, yürüme ve diyetteki değişiklikler olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada, diğer çalışmalarda olduğu gibi hastalar semptomlarla başetmek için yöntemler geliştirmiştir.

Bu çalışmada, evde özbakım sorunu olan hastaların MSAS-GDI, MSAS-PHYS ve MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı ortalaması anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Wang ve ark. (97) hastaneye yatan hastalara taburcu olmadan önce kalp yetmezliğine ilişkin özbakım eğitimi verilen hastaların taburcu olduktan sonraki 3 ay içerisinde semptom sıkıntı boyutunda azalma ve yaşam kalitesinde artma olduğunu bildirmiştir. Hwang S ve ark. (98) çalışmasında, depresyonla bağlantılı kötü özbakım davranışlarının diğer kötü klinik sonuçlarla ilişki olduğunu, Konstam ve ark. (99) depresif olan kalp yetmezliği hastalarının kötü özbakım davranışları gösterdiklerini, Hwang B ve ark. (100) kalp yetmezliği ile ilgili bilgisi fazla olan ama kötü özbakım davranışları uygulayan hastaların daha fazla depresif ve endişeli olmaya eğilimli olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, hastalık yönetiminde hastaların uyguladıkları özbakım davranışları semptom boyutunu, klinik sonuçlarını, hastaneye tekrarlı yatışı etkileyen bir başka faktör olarak değerlendirilebildiğini, hastalar hastaneden taburcu olmadan özbakım eğitimleri verilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Trabzon ili Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji servislerinde Haziran-Kasım 2015 tarihlerinde kalp yetmezliği hastalarında semptomların boyutu ve bazı değişkenlerin semptomlara olan etkisi açısından elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Sonuçlar;

Hastaların yaşadıkları semptomlar en sıklıkla; gece ve gündüz solunum güçlüğü (%82.1;%81.2), uyku problemi (%77.8), halsizlik (%65.8), düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü (%59.8), şişkinlik hissi (%59.8), üzgün/üzüntülü hissetme (%59.8), endişelenme (%59.0), iştahsızlık (%57.3), uyuşukluk/sersemlik (%55.6), göğüs ağrısı (%54.7), ağız kuruluğu (%53.0), idrar yapmada güçlük (%53.0), sinirlilik (%51.3) ve konsantrasyonda güçlük'tür (%50.4).

Semptomların görülme sıklığı boyutunda değerler; endişelenme (%78.3), uyku problemleri (%74.7), öksürük (%70.9), solunum güçlüğü (%66.0), gece solunum güçlüğü (%63.5), şişkinlik hissi (%52.9), diğer ağrılar'dır (%50.0).

Semptomların görülme şiddeti boyutunda değerler; diğer ağrılar (%91.7), şişkinlik hissi (%85.7), endişelenme (%81.2), idrar yapmada güçlük (%80.6), kol veya bacaklarda şişme (%80.4), düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü (%71.4), solunum güçlüğü (%68.1), uyku problemi (%62.6), iştahsızlık (%56.3), gece solunum güçlüğü (%53.1), halsizlik (%51.9) olarak sıralanmaktadır.

Semptomların görülmesinde sıkıntı boyutunda değerler; öksürük (%94.5), kol veya bacaklarda şişme (%89.1), idrar yapmada güçlük (%85.5), solunum güçlüğü (%77.7), düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü (%77.1), uyku problemi (%75.8), kilo alma (%74.1), gece solunum güçlüğü (%74.0), diğer ağrılar (%66.7), kabızlık (%61.9), iştahsızlık (%60.4), halsizlik (%58.4), göğüs ağrısı (%57.1), kaşıntı (%56.0), şişkinlik hissi (%52.9) ve üzgün/üzüntülü hissetme (%51.4)'dir.

Semptom yükü puanı en yüksek olan semptomlar; gece ve gündüz solunum güçlüğü (2.64±1.38; 2.55±1.35), uyku problemi (2.53±1.45), düz yatar pozisyonda solunum güçlüğü (2.08±1.78), halsizlik (1.90±1.44), şişkinlik hissi (1.84±1.57) ve endişelenme (1.82±1.56)'dir.

MSAS-GDI alt ölçek puan ortalaması 1.42 ± 0.56 , MSAS-PHYS alt ölçek puan ortalaması 0.94 ± 0.52 , MSAS-PSYCH alt ölçek puan ortalaması 1.34 ± 0.45 , ölçek genel puan ortalaması ise 1.00 ± 0.28 'dir.

Kadın, sigara kullanmayan, bakım ve ihtiyaçları karşılamada yalnız/diğer aile üyelerinden destek alan hastaların MSAS-GDI alt ölçek puanı ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bakım ve ihtiyaçları karşılamada yalnız/diğer aile üyelerinden destek alan hastaların genel ölçek puanı ortalaması daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalamaları kadınlarda, bakım ve ihtiyaçları karşılamada yalnız/diğer aile üyelerinden destek alan hastalarda daha yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Yaş ile MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon vardır ve yaş arttıkça alt ve genel ölçek puanı ortalamaları artmaktadır ($r = 0.23$ $p = 0.01$, $r = 0.21$ $p = 0.017$, $r = 0.19$ $p = 0.03$, $r = 0.29$ $p = 0.001$).

Bekar ve okur-yazar olan hastaların MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). İlçede yaşayan hastaların MSAS-PHYS alt ve genel ölçek, köyde yaşayan hastaları MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalaması daha yüksek bulunmakla birlikte, fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Geliri giderinden düşük olan hastaların MSAS-GDI, MSAS-PHYS alt ve genel ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

KY tanı süresi 4-5 yıl olan, özel beslenmede güçlük yaşamayan hastaların MSAS-GDI alt ölçek puanı ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Ailede kalp hastalığı öyküsü olma durumu ile MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ve ailede kalp hastalığı öyküsü olan hastaların puan ortalamaları daha yüksektir ($p < 0.05$). NYHA IV sınıfında olan hastaların MSAS-PHYS alt ve genel ölçek puanı, NYHA II sınıfında olan hastaların MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalaması daha yüksek bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Ejeksiyon fraksiyon değeri %10-%25 arası

olan hastaların genel ölçek puanı ortalaması daha yüksek bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Geçen yıl KY nedeniyle hastaneye 3'den daha fazla yatan hastaların MSAS-GDI, 1-3 kez yatan hastaların MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). En son taburcu olma zamanı 0-3 ay olan hastaların MSAS-PHYS alt ölçek puanı yüksek bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

İlaçları düzenli kullanmada güçlük yaşayan hastaların MSAS-PHYS, sıvı kontrolünü sürdürmede güçlük yaşayan hastaların MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel, semptomlarla baş etme yöntemi olan hastaların MSAS-PSYCH alt ölçek puanı ortalaması daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Günlük kilo takibi yapmayan, uyku düzeni olmayan, egzersiz yapmayan, evde özbakım sorunu olan hastaların MSAS-GDI, MSAS-PHYS, MSAS-PSYCH alt ve genel ölçek puanı daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Kalp yetmezliğinde sık yaşanan semptomlar ve tekrarlı yatışların nedenleri değerlendirilerek, azaltıcı hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi,
2. Günlük kilo takibi, düzenli ilaç kullanımı, sıvı kontrolü, az tuzlu diyetle beslenme, alkol ve sigaranın bırakılması, egzersiz programları gibi konularda hasta ve yakınlarına ayrıntılı bilgi verilerek ve tekrarlı yatışlarda uyumsuzluğa neden olan faktörlerin yeniden değerlendirilmesi,
3. Bütüncül bir yaklaşımla hasta ve hasta yakınlarına, hastalar hastaneden taburcu olmadan önce doktor ve hemşire tarafından semptomları tanımlama, semptom yönetimi, hangi semptomlarda sağlık kurumlarına başvuracağı, hangi semptomlarda ne yapacağı hakkında eğitimler verilmesi,
4. Hasta ve ailelerine verilen kararlara katılımlarını sağlayarak, bakımda aktif rol almalarının sağlanması,
5. Taburculuk sonrası hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri, telefonla haberleşme gibi izlemlerin düzenli aralıklarla yapılması,
6. Sosyal izolasyon yaşayan hastaların psikolojik destek alabilecekleri konusunda bilgilendirilerek gerekli destek sağlanması
7. Hastaların ve onlara bakım verenlerin psikolojik durumları göz önünde

bulundurularak profesyonel destek terapileri düzenlenmesi,

8. Kalp yetmezliği hastalarının hastaneye tekrarlı yatışlarına neden olan semptomların belirlenmesi ve önlenmesine yönelik daha fazla çalışmalar yapılması önerilmektedir.



9. KAYNAKLAR

1. Mosterd A, Hoes WA (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 93(9):1137-1146.
2. Karaca S, Mert H (2011). Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Science* 14(3).
3. Sanderson JE, Tse TF (2003). Heart failure: a global disease requiring a global response. *Heart* 89(6): 585-586.
4. Campbell DJ (2003). Heart failure: how can we prevent the epidemic? *Medical Journal of Australia* 179 (8): 442-5.
5. Mert H, Barutcu CD (2012). Kalp yetersizliğinde palyatif bakım. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 11(2): 219-224.
6. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, Simone GD, Ferguson B, Ford E, Furie K, Gillipse C, Go A, Greenlund K, Haase N, Hailpern S, Ho M, Howard V, Kissela B, Kittner S, Lackland D, Lisabeth L, Marelli A, McDermott MM, Meigs J, Mozaffarian D, Mussolino M, Nichol G, Roger LV, Rosamond W, Sacco R, Sorlie P, Stafford R, Thom T, Smoller SW, Wong DN, Rosett WJ (2010). Heart disease and stroke statistics 2010 update a report from the American Heart Association. *Circulation* 121(7): 46-215.
7. Kekeç S, Koç F, Büyük S (2009). Acil serviste yaşlı hasta yatışlarının gözden geçirilmesi. *JAEM* 8: 21-4.
8. Türk ÖU (2010). Kalp yetersizliğiyle yaşamak: Bütünleştirici bir inceleme. *Kalp yetersizliği Elektronik Dergi*. Available from: <http://www.tkd.org.tr/cg/007/kybulteni/?makale=93>. [Accessed 12 Eylül 2015]
9. Hallerbach M, Francoeur A, Pomerantz SC, Oliner C, Morris DL, Eiger G, Cohn J, Goldfinger M (2008). Patterns and predictors of early hospital readmission in patients with congestive heart failure. *American Journal of Medical Quality* 23(1): 18-23.
10. Karaca S (2010). Kalp yetmezliği olan hastaların hastaneye tekrarlı yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

11. Akın S, Durna Z (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(2).
12. Zambroski C, Moser DK, Bhat G, Ziegler C (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing 4(3):198-206.
13. Strömberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlström U (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: result from a prospective, randomised trial. European Heart Journal 24(11): 1014-1023.
14. Demir M, Ünsar S (2008). Kalp yetmezliği ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 3(8): 119-130.
15. Kepez A, Kabakcı G (2004). Kalp yetersizliği tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi 35: 69-81.
16. Oğuz S, Enç N, Yiğit Z (2010). Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması. Türk Kardiyol Dern Arş 38(7):480-485.
17. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC (2011). Epidemiology and risk profile of heart failure. Nature Reviews Cardiology 8(1): 30-41.
18. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, Eren M, Şahin M, Eroğlu E, Mutlu B, Kozan Ö (2012). Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve ön gördürücüler (HAPPY çalışması). Türk Kardiyoloji Derneği 40(4): 298-308.
19. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tensstedt SL(2008). Symptom distress and quality of life patients with advanced congestive heart failure. Journal of Pain and Symptom Management 35(6): 594-603.
20. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA, Jaarsma T, Kober L, Lip GY, Maggioni AP, Parkhomenko A, Pieske BM, Popescu BA, Ronnevik PK, Rutten FH, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindade PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Journal of Heart Failure 14(8): 803-869.
21. İlgeren B (2010). Yaşlılarda kalp yetersizliği. Türk Geriatri Dergisi 2: 21-32.

22. Aronow WS (2006). Epidemiology, pathophysiology, prognosis, and treatment of systolic and diastolic heart failure. *Cardiology in Review* 14(3): 108-124.
23. Kaşıkçıoğlu HA, Çam N (2006). Akut dekompanse kalp yetersizliği tedavisinde intravenöz pozitif inotropik ajanlar. *Türk Kardiyol Dern Arş* 34(5): 316-322.
24. Kavradım TS, Özer CS (2013). Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerde semptom yönetimi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 4(6):1-14.
25. Davis RC, Hobbs FDR, Lip GYH (2000). History and epidemiology. *British Medical Journal* 320(7226): 39-42.
26. Zoghi M (2011). Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırılması. *Klinik Gelişim* 24:1-5.
27. Uzuner A (2011). Kalp yetersizliği: birincil ve ikincil korunmada birinci basamak hekiminin önemi. *Klinik Gelişim* 24:76-79.
28. Semizel E, Bostan ÖM, Çil E (2006). Konjestif kalp yetmezliği. *Güncel Pediatri* 3:140-145.
29. Butler J (2011). An overview of chronic heart failure management. *Nursing Times* 108(14-15): 16-20.
30. Unger T, Li J (2004). The role of the renin-angiotensin-aldosterone system in heart failure. *Journal of Renin-Angiotensin-Aldosterone System* 5(1 suppl) 7-10.
31. Avcı BK, İkitimur B, Karadağ B, Öngen Z (2014). Renin-angiotensin system blockade in the treatment of heart failure and the role of valsartan in this treatment. *Anadolu Kardiyol Derg* 14(Suppl 2): 1-8.
32. Chapa DW, Akintade B, Son H, Woltz P, Hunt D, Friedmann E, Hartung MK, Thomas SA (2014). Pathophysiological relationships between heart failure and depression and anxiety. *Critical Care Nurse* 34(2): 14-25.
33. Enar R (2010). Kanıta Dayalı Kalp yetersizliği el kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri Nobel Matbaacılık.
34. Wilson J, Mcmillan S (2013). Symptoms experienced by heart failure patients in hospice care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JPHN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association* 15(1): 13-21.
35. Song EK, Moser DK, Rayens MK, Lennie TA (2010). Symptom cluster predict event-free survival in patients with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 25(4): 284-291.

36. Efe F, Olgun N (2011). Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. Hacettepe University Faculty of Health Science Nursing Journal 18(1).
37. imen T, Temzihan A (2011). Kronik kalp ketersizliğinde prognostik faktörler. Klinik Gelişim 24: 6-10.
38. Kaynar H, Yılmaz N, Akgün M, Meral M, Sağlam L, Grgner M, Mirici A (2005). Sigara imeyenlerde kronik öksürük etiyolojisi. Toraks Dergisi 6: 8-12.
39. Reeder KM, Ercole PM, Peek GM, Smith CE, (2015). Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. The Journal of Cardiovascular Nursing 30(1): 1-7.
40. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady AL, Gurvitz MZ, Havranek EP, Lee CS, Lindenfeld J, Peterson PN, Pressler SJ, Schocken DD, Whellan DJ (2009). State of the science. Promoting self care persons with heart failure: a scientific statement from the american heart association. Circulation 120(12): 1141-1163.
41. Aktoz M (2010). Poliklinikte kalp yetersizliği hastası takibi ve tedavisi. Trakya Univ Tıp Fak Derg 27(1): 57-62.
42. Sezgin D, Mert H (2015). Kalp yetersizliği olan bireylerin hemşirelik bakımında kanıta dayalı yaklaşım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 8(2): 108-118.
43. Frazier CG, Alexander KP, Newby LK, Anderson S, Iverson E, Packer M, Cohn J, Goldstein S, Douglas PS (2007). Associations of gender and etiology with outcomes in heart failure with systolic dysfunction: a pooled analysis of 5 randomized control trials. Journal of American College Cardiology 49(13): 1450-1458.
44. Tang YD, Katz SD (2006). Anemia in chronic heart failure: prevalence, etiology, clinical correlates, and treatment options. Circulation 113(20): 2454-2461.
45. Anker SD, Comin Colet J, Filippatos G, Willenheimer R, Dickstein K, Drexler H, Lscher TF, Bart B, Banasiak W, Niegowska J, Kirwan BA, Mori C, Rothe BE, Pocock SJ, Poole-Wilson PA, Ponikowski P (2009). Ferric carboxymaltose in patients with heart failure and iron deficiency. New England Journal of Medicine 361(25): 2436-2448.

46. Hillege HL, Girbes AR, de Kam PJ, Boomsma F, Zeeuw D, Charlesworth A, Hampton JR, Veldhuisen DJ (2000). Renal function, neurohormonal activation, and survival in patients with chronic heart failure. *Circulation* 102(2): 203-210.
47. Wright SP, Verouhis D, Gamble G, Sweedberg K, Sharpe N, Doughty RN (2003). Factors influencing the length of hospital stay of patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure* 5(2): 201-209.
48. Uysal H, Enç N (2012). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda uyum için motivasyonel görüşme. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 33-38.
49. Yılmaz E, Eser E, Gürgün C, Kültürsay H (2010). Kronik kalp yetersizliği anketi'nin (KKYA) Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenirliği. *Anadolu Kardiyol Derg* 10(6): 526-38.
50. Garcia-Perez L, Linertova R, Lorenzo-Riera J, Diaz V, Gonzalez D, Sarria-Santamera A (2011). Risk factor for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM* 104(8): 639-651.
51. Gyalai-Korpos I, Ancusa O, Dragomir T, Tomescu MC, Marincu I (2015). Factors associated with prolonged hospitalization, readmission, and death in elderly heart failure patients in western romania. *Clinical Interventions in Aging* 10: 561.
52. Gheorghiade M, Vaduganathan M, Fonarow GC, Bonow RO (2013). Rehospitalization for heart failure: problems and perspectives. *Journal of the American College of Cardiology* 61(4): 391-403.
53. Demir M (2008). Kalp yetmezliğinde yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği, Edirne.
54. Özer S (2002). Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
55. Uysal H (2009). Konjestif kalp yetersizlikli hastalarda erken dönemde hastaneye tekrar yatış belirleyicileri. Kalp yetersizliği Elektronik Haber Bülteni Elektronik Dergi. Available from: <http://www.tkd.org.tr/cg/007/kybulteni/?makale=67>. [Accessed 23 Ekim 2015].

56. Sucuoğlu N (2012). Lefkoşa Merkezde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumları. Yüksek Lisans Tezi, KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kıbrıs.
57. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases* 40(5): 373–383.
58. Karagöz B, Bılgı O, Kandemir EG, Türken O (2009). Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde komorbiditenin prognostik önemi ve diğer prognostik faktörlerle ilişkisi. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 19(2).
59. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, Sobel N, Kemeny N, Norton L, Scher H (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer* 30(9): 1326-1336.
60. Zambroski CH, Lennie T, Chung ML, Heo S, Smoot T, Ziegler C (2004). Use of the Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure in heart failure patients. *Circulation* 110 (Supplement III (17)).
61. Özdemir AV (2009). Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
62. Lokker ME, Gwyther L, Riley JP, van Zuylen L, van der Heide A, Harding R (2015). The prevalence and associated distress of physical and psychological symptoms in patients with advanced heart failure attending a South African Medical Center. *J Cardiovasc Nurs*.
63. Theander K, Hasselgren M, Luhr K, Eckerblad J, Unosson M, Karlsson I (2014). Symptoms and impact of symptoms on function and health in patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure in primary health care. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 9: 785-794.
64. Bekelman DB, Havranek EP, Becker D, Kutner JS, Peterson PN, Wittstein IS, Gottlieb SH, Yamashita TE, Fairclough DL, Dy SM (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 13(8): 643-648.

65. Akin S, Can G, Aydiner A, Özdiilli K, Durna Z (2010). Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing* 14(5): 400-409.
66. Oğuz G (2012). Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarda semptomların ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
67. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht M (2002). Quality of life in women with heart failure, normative groups and patients with other chronic conditions. *American Journal of Critical Care* 11(3): 211-219.
68. Song EK, Moser DK, Lennie TA (2009). Relationship of depressive symptoms to the impact of physical symptoms on functional status in women with heart failure. *American Journal of Critical Care* 18(4): 348-356.
69. Nordgren L, Sörensen S (2003). Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2(3): 213-217.
70. Ansa VO, Abasiubong F, Agbulu RO, Edet BE (2009). Psychological distress in Nigerian patients with heart failure. *CVD Prevention and Control* 4(4): 207-211.
71. Barnes S, Gott M, Payne S, Parker C, Seamark D, Gariballa S, Small N (2006). Prevalence of symptoms in a community-based sample of heart failure patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 32(3): 208-216.
72. Heo S, Doering LV, Widener J, Moser DK (2008). Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care* 17(2): 124-132.
73. Anderson MA, Levens J, Dusio ME, Bryant PJ, Brown SM, Burr CM, Brown-Benn C (2006). Evidenced-based factors in readmission of patients with heart failure. *Journal Nursing Care Quality* 21(2): 160–167.
74. Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Ochoa CC, Banegas JR, Pascual CR (2006). Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 12(8): 621– 627.

75. Özer S, Argon G (2005). Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 21(1): 63-77.
76. LuttikML, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen DJ (2006). Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care 35(1): 3-8.
77. Johansson P, Brostr A (2013). Insomnia is associated to depressive symptoms in patients with chronic heart failure. Open Journal of Nursing 3: 33-41.
78. Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gaulden LH, Cuffe MS, Blazing MA, Davenport C, Califf RM, Krishan RR (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. Archives of Internal Medicine 161(15): 1849-1856.
79. Vaccarino V, Kasl SV, Abramson J, Krumholz HM (2001). Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. Journal of the American College of Cardiology 38(1): 199-205.
80. Parshall MB, Welsh JD, Brockopp DY, Heiser RM, Schooler MP, Cassidy KB (2001). Dyspnea duration, distress, and intensity in emergency department visits for heart failure. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care 30(1): 47-56.
81. Martens KH (2000). Home care nursing for persons with congestive heart failure: Description and relationship to hospital readmission. Home Healthcare Now 18(6): 404-409.
82. Wal MH, Jaarsma T, Veldhuisen DJ (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it?. European Journal of Heart Failure 7(1): 5-17.
83. Jones CD, Holmes GM, Dewalt DA, Erman B, Broucksou K, Hawk V, Cene CW, Wu JR, Pignone M (2012). Is adherence to weight monitoring or weight-based diuretic self-adjustment associated with fewer heart failure-related emergency department visits or hospitalizations?. Journal of Cardiac Failure 18(7): 576-584.
84. Wu JR, Moser DK, De Jong MJ, Rayens MK, Chung ML, Riegel B, Lennie TA (2009). Defining an evidence-based cutpoint for medication adherence in heart failure. American Heart Journal 157(2): 285-291.

85. Mujtaba SF, Masood T, Saad M (2012). Reasons of medical noncompliance in heart failure patients. *Pakistan Heart Journal* 43: 3-4.
86. Evangelista LS, Berg J, Dracup K (2001). Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 30(4): 294-301.
87. van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJGM, van Glist WH, van Veldhuisen DJ (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal* 27(4): 434-440.
88. Son YJ, Lee Y, Song EK (2011). Adherence to a sodium restricted diet is associated with lower symptom burden and longer cardiac event free survival in patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing* 20(21-22): 3029-3038
89. Paterna S, Gaspare P, Fasullo S, Sarullo FM, Pasquale PD (2008). Normal-sodium diet compared with low-sodium diet in compensated congestive heart failure: is sodium an old enemy or a new friend?. *Clinical Science* 114(3): 221-230.
90. Schweitzer RD, Head K, Dwyer JW (2007). Psychological factors and treatment adherence behavior in patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 22(1): 76-83.
91. Stewart S, Horowitz JD (2002). Detecting early clinical deterioration in chronic heart failure patients post-acute hospitalization a critical component of multidisciplinary, home-based intervention?. *European Journal of Heart Failure* 4(3): 345-351.
92. Nasir U, Shahid H, Shabbir MO (2015). Sleep quality and depression in hospitalized congestive heart failure patients. *JPMMA. The Journal of the Pakistan Medical Association* 65(3): 264-269.
93. Katz DA, McHorney CA (2002). The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *Journal of Family Practice* 51(3): 229-236.
94. Anderson KO, Getto CJ, Mendoza TR, Palmer SN, Wang SX, Reyes-Gibby CC, Cleeland CS (2003). Fatigue and sleep disturbance in patients with cancer, patients with clinical depression, and community-dwelling adults. *Journal of Pain and Symptom Management* 25(4): 307-318.

95. Saccomann ICRD, Cintra FA, Gallani MCBJ (2014). Factors associated with beliefs about adherence to non-pharmacological treatment of patients with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 48(1): 18-24.
96. Gökçe S, Mert H (2015). Kalp yetmezliği olan hastaların uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2: 113-120.
97. Wang SP, Lin LC, Lee CM, Wu SC (2011). Effectiveness of a self-care program in improving symptom distress and quality of life in congestive heart failure patients: a preliminary study. *Journal of Nursing Research* 19(4): 257-266.
98. Hwang SL, Liao WC, Huang TY (2014). Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Japan Journal of Nursing Science* 11(4): 290-298.
99. Konstam V, Moser DK, De Jong MJ (2005). Depression and anxiety in heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 11(6): 455-463.
100. Hwang B, Moser DK, Dracup K (2014). Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychology* 33(7): 588.

Ek 1. Onam Formu

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kalp Yetmezliği hastalarında semptomların değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.

Giriş

Merhaba benim adım Semiha ALKAN. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Kalp Yetmezliği hastalarında semptom değerlendirme amacıyla sizinle görüşme yapmak istiyorum. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülünen Kişinin Adı Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Ek 2. Anket Formu

KALP YETMEZLİĞİ HASTALARINDA SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Bölüm

2. Adınız-Soyadınız:

3. Cinsiyetiniz:

a. Kadın () b. Erkek ()

4. Yaşınız:.....

5. Kilonuz:..... Boyunuz:.....

6. Medeni durumunuz nedir?

a. Hiç evlenmemiş () b. Evli () c. Dul ()

7. Eğitim durumunuz nedir?

a. Okur-yazar olmayan () b. Okur-yazar () c. İlköğretim mezunu () d. Lise ve üzeri ()

8. Yaşadığınız yer

a. Köy () b. İlçe () c. İl ()

9. Bakımınızda ve ihtiyaçlarınızın karşılanmasında siz kim yardımcı oluyor?

a. Yalnız () b. Eşim () c. Eşim ve çocuklar () d. Çocuklar () e. Diğer aile üyeleri ()

10. Ailenizin gelir düzeyi aylık ne kadar ?

a. Gelirim giderimden yüksek () b. Gelirim giderimle eşit ()

c. Gelirim giderimden düşük ()

11. Eşlik eden hastalık var mı ?

a. Evet ise..... b. Hayır ()

12. Sigara kullanıyor musunuz?

a. Evet () b. Hayır () c. Hastalık nedeniyle bıraktım ()

13. Alkol kullanıyor musunuz?

a. Evet () b. Hayır () c. Hastalık nedeniyle bıraktım ()

2. Bölüm

14. Ailenizde birinci derecede (anne, baba, kardeş) kalp hastalığı öyküsü var mı?

a. Evet () b. Hayır ()

15. İlk kez kalp yetmezliği tanısı ne zaman kondu?

a. 1 yıldan az () b. 1-3 yıl () c. 4-5 yıl () d. 5 yıldan daha fazla ()

16. Kalp yetmezliği sınıfı (NYHA)

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

17. Ejeksiyon fraksiyon değeri

- a. %10-%25 () b. %26-%35 () c. %36-%45 () d. %46 ve üzeri

18. Geçen yıl kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye kaç kez yattınız?

- a. 1 kez () b. 1-3 kez () c. 3 den daha fazla ()

19. En son hastaneye yatışınızda kaç gün yattınız?

- a. 3-5 gün () b. 6-10 gün () c. 10 günden daha fazla ()

20. En son ne zaman taburcu oldunuz.....

21. İlaçları düzenli kullanmada güçlük yaşıyor musunuz?

- a. Evet () b. Hayır ()

22. Özel beslenmenizi sürdürmede güçlük yaşıyor musunuz?

- a. Evet () b. Hayır ()

23. Sıvı kontrolünü sürdürmede güçlük yaşıyor musunuz?

- a. Evet () b. Hayır ()

24. Günlük kilo takibi yapıyor musunuz?

- a. Evet () b. Hayır ()

25. Düzenli uyku uyuyabiliyor musunuz?

- a. Evet () b. Hayır ()

26. Egzersiz yapıyor musunuz? Evet ise ne sıklıkta ve ne yapıyorsunuz?

- a. Evet..... b. Hayır ()

27. Semptomlarla başetme yönteminiz var mı? Evet ise nedir?

- a. Evet..... b. Hayır ()

28. Evde özbakımınızı yürütmekte karşılaştığınız sorunlar var mı?

- a. Var () b. Yok ()

29. Hastalığınızla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a. Evet () b. Hayır ()

30. Evet ise kimden eğitim aldınız?

- a. Hemşire () b. Doktor ()

31. Aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

- a. Evet () b. Hayır ()

Ek 3. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği

MEMORIAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME SKALASI-KALP YETMEZLİĞİ																			
AD/SOYAD:										TARİH:									
BÖLÜM 1:																			
AÇIKLAMALAR: Aşağıda 26 tane semptom listelenmiştir. Her birini dikkatlice okuyunuz. Eğer geçen hafta yaşadığınız semptom varsa, bu semptomu ne kadar sıklıkta ve genellikle ne kadar şiddetli yaşadığınızı ve bu durumun sizi ne kadar rahatsız ettiğini, uygun numarayla yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer semptom görülmedi ise "GÖRÜLMEDİ" kutusuna "X" işareti koyunuz.																			
GEÇEN HAFTA BOYUNCA, Bu semptomlardan herhangi biri görüldü mü?					GÖRÜLMEDİ	CEVABINIZ EVET İSE, Ne kadar sıklıkta görüldü?				CEVABINIZ EVET İSE, Genellikle ne kadar şiddetliydi?				CEVABINIZ EVET İSE, Sizi ne kadar sıkıntılı veya rahatsız hissettirdi?					
				Nadiren		Bazen	Sıklıkla	Neredeyse sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	HİÇ	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla		
Konsantrasyonda güçlük						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Göğüs ağrısı						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Diğer ağrılar						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Ağrının tipi/bölgesi: _____																			
Öksürük						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Sinirlilik						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Ağız kuruluğu						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Mide bulantısı						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Uyuşukluk/sersemlik						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
El/ayaklarda uyuşma/karınalanma						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Uyku problemleri						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Şişkinlik hissi						1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4	

Ek 3. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Devamı

GEÇEN HAFTA BOYUNCA, Bu semptomlardan herhangi biri görüldü mü?	GÖRÜLMEDİ	CEVABINIZ EVET İSE, Ne kadar sıklıkta görüldü?				CEVABINIZ EVET İSE, Genellikle ne kadar şiddetliydi?				CEVABINIZ EVET İSE, Sizi ne kadar sıkıntılı veya rahatsız hissettirdi?				
		Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İdrar yapmada güçlük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Çarpıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Halsizlik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Gece solunum güçlüğü ile uyanma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kusma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Solunum güçlüğü		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Üzgün/üzüntülü hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Terleme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Endişelenme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cinsel ilgi veya aktivite sorunları		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kaşıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İştahsızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Baş dönmesi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sinirlilik		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

BÖLÜM 2:

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

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

Ek 4. Kurum İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

NORMAL
14.07.2015

Sayı :91785128-605.99-11569
Konu :Semiha ALKAN

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Semiha ALKAN' ın "Kalp Yetersizliği Hastalarında Semptom Değerlendirme" başlıklı yüksek lisans çalışmasını izin talebi, Bilimsel Çalışma Değerlendirme İnceleme Komisyonumuz tarafından Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazıları ve Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yönetiminin uygun görüşleri doğrultusunda; çalışmaların sağlık tesisindeki hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayata özen gösterilmesi, sağlık tesisi idaresine çalışma yapılmadan bir (1) iş günü öncesi bilgi verilmesi ve çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla; Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama izni verilmesi tarafımızca uygun görüldüğü hususunu,

Bilgilerinize arz ederim.

Yrd.Doç.Dr. Halit ÇINARKA
Genel Sekreter

EKLER:
Komisyon Raporu



Bu evrak 5070 Sayılı Yasa gereğince elektronik olarak imzalanmıştır.
Adres: <http://81.213.151.6:4444/edys/ebul.aspx> Parametre: WmE0bkddSSkVXYmsIeGRXSEB4dINjdz09
Trabzon Kamu Hast. Birliği Genel Sekreterlik Ağzı Dış Sağlık ve Çevre Hizmetleri Birimi
İnoou Mahal. Maraş Cad. Numtine Kampüsü / Trabzon
Telefon: 0462 2141111-1946 Faks: 0462 2341113

1-4 Temmuz 2015

Bilgi için İrtibat: F. EGE
kthb61.ad@sevre@sağlık.gov.tr

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 202.

Konu: Onay Belgesi

Tarih:17/03/2015

Sayın; Doç.Dr.Nesrin NURAL
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Kalp Yetmezliği Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2014/147 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı	:ALKAN Semiha
Uyruğu	:TC
Doğum tarihi ve yeri	:18.03.1988 Zonguldak
Medeni hali	:Bekar
Telefon	:0462 231 04 64
Fax	:0462 231 04 83
e-posta	:semi.alkan@hotmail.com
Yazışma adresi	:Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Fener Lisesi/ZONGULDAK	2006
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2011

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1. Hemşire	Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-

YABANCI DİL

YDS: 76.25

YAYINLAR/BİLDİRİLER

1. Nural N, Alkan S (2014). Mekanik Ventilasyonda Olan Hastalarla İletişim: Olgu Sunumları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 18(1):29-34
2. Çağlar S, Topal E, Alkan S, Hanedan MO, Yürük MA, Mataracı İ (2015).Abdominal Aortaya Cerrahi Veya Endovasküler Girişim Yapılan Hastaların Postoperatif Dönemde Ağrıların Karşılaştırılması. Ulusal Vasküler Ve Endovasküler Cerrahi Derneği Damar Cerrahisi Dergisi 17. Ulusal Vasküler Ve Endovasküler Cerrahi Kongresi & 8. Ulusal Fleboloji Kongresi Sayısı. 2015