TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN HASTALARDA DİSPNE, YORGUNLUK VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN ETKİSİ

FATMA EFE

YÜKSEKLİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nermin OLGUN

İSTANBUL - 2010

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )

Anabilim Dalı : İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı

Tez Sahibi : Fatma EFE

Tez Başlığı : Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Dispne, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Hemşirelik Eğitiminin Etkisi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi : 14. 07. 2010

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman	**Kurumu**	**İmza**
Prof. Dr. Nermin Olgun	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Sınav Jüri Üyeleri		
Yard. Doç. Dr. Sezgi Çınar	M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği	
Yard. Doç. Dr. Hasibe Kadıoğlu	M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı HemşireliğiAnabilim Dalı	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 16../08../2010. tarih ve 22 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Nimet GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

BEYAN

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

19.06.2010

FATMA EFE

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım; Sayın Prof. Dr. Nermin OLGUN'a,

Manevi olarak destek olan ve bilimsel anlamda görüşlerini bildirerek yardım eden arkadaşlarım Öğretim Görevlisi Azime Karakoç Kumsar ile Uzman Hemşire Feride Taşkın Yılmaz'a,

Çalışmamda kaynaklara ulaşmamı sağlayan Sayın Prof. Dr. Aytekin Oğuz'a ve Sayın Doç. Dr. Hilmi Çiftçi'ye,

Çalışmalarım sırasında beni destekleyen S.B. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç hastalıkları servislerinde görevli hemşire arkadaşlarıma,

Tez dönemim boyunca bana destek olan yakın arkadaşlarıma,

Araştırmama katılan tüm hastalara,

Uzakta olsalar da her zaman yanımda olduklarını hissettiren, bana güvenen ve her türlü desteği veren aileme sonsuz TEŞEKKÜRLERİMİ ve SAYGILARIMI sunarım.

FATMA EFE

İÇİNDEKİLER

sayfa

1. ÖZET……..… 1

2. SUMMARY…….....….. 2

3. GİRİŞ VE AMAÇ……..…… 3

4. GENEL BİLGİLER……...…….... 6

4.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı……...……...……...6

4.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi…….....…….……6

4.3. Kalp Yetersizliğinin Türleri……...……..……..…..... 7

4.4. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması……..……..... 8

4.5. Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi……..…….…..... 9

4.6. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi……..... 10

4.7. Kalp Yetersizliğinin Klinik Bulguları……..……...……..…. 11

4.7.1. Kalp Yetersizliğinde Semptomlar……...……. 11

Nefes Darlığı……...…..…… 11

Efor İntoleransı……..……..…… 12

Yorgunluk…….……..…… 12

Çarpıntı……...…..…..… 12

Ayaklarda Şişme, Karın Ağrısı……...……... 12

Noktüri, Oligüri…….……...……...…… 13

İştahsızlık, Bulantı……...……...… 13

Serebral Semptomlar……...…..……..… 13

4.7.2. Kalp Yetersizliğinde Muayene Bulguları……...……..…. 13

4.8. Kalp Yetersizliğinin Laboratuar Bulguları……..……...…… 14

4.9. Kalp Yetersizliğinin Tedavisi……....……. 15

4.9.1. Nonfarmakolojik Tedavi……...…..…….. 15

İstirahat…….……..……...……..... 15

Beslenmeye İlişkin Öneriler……....…. 15

Alkol ve Sigara Kullanımı……..……. 16

İş Yaşamı……..…… 16

Egzersiz……...…….....16

Cinsel Aktivite……... 17
Kaçınılacak Faktörler……..…… 18
Psikolojik / Ağrı……..…..…… 18
Eğitim……..…….…… 18
Hemşire Gözetimli Hastane Dışı Poliklinikler…….…… 19
4.9.2. Farmakolojik Tedavi……..…….…. 19
Diüretikler…….…… 19
Vazodilatörler…….……. 20
ACE İnhibitörleri (ACEI)…….……... 20
Digoksin……..…….……. 21
β- Adrenerjik Reseptör Antagonistleri (β- Blokerler)…….…….. 21
Kalsiyum Kanal Blokerleri……..…… 21
4.9.3. Mekanik Destek ve Cerrahi Tedavi……..…… 21
4.10. Dispne……... 22
4.10.1. Kalp Yetersizliği ve Dispne……..…… 22
Paraksismal Noktürnal Dispne (PND)…..…….……..…… 23
Ortopne…….…… 23
4.11. Yorgunluk…….……..……. 24
4.11.1. Kalp Yetersizliği ve Yorgunluk……... 24
4.12. Yaşam Kalitesi……..… 26
4.12.1. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi…… 26
4.13. Kalp Yetersizliği ve Hasta Eğitimi……..…… 27
4.14. Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı……... 29
Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Tanıları ve Hemşirelik Girişimleri….. 30
Hemşirelik Bakım Planları……..……31
5. GEREÇ VE YÖNTEM……... 36
5.1. Araştırmanın Tipi…….…… 36
5.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular……..….36
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi……..……. 36
5.4. Verilerin Toplanması……..……..…… 37
5.4.1. Veri Toplama Araçları……..…….. 37
5.4.1.1.Soru Formu - EK I…….……...…… 37

5.4.1.2.Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Ölçeği - EK II..... 38
5.4.1.3.EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği - EK III..... 39
5.4.1.4.Bazal Dispne İndeksi (BDİ) - EK IV..... 40
5.5. Hasta Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi - EK V..... 41
5.6. Verilerin Toplanmasında İzlenen Yol..... 42
5.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi..... 43
5.8. Araştırmanın Etik Yönü..... 43
5.9. Araştırmanın Uygulanmasında ve Veri Toplanmasında Karşılaşılan Durumlar..... 43
5.9.1. Olumlu Durumlar..... 43
5.9.2. Olumsuz Durumlar..... 44
6. BULGULAR..... 45
6.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık ile İlgili Özellikleri..... 45
6.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Dispne ile İlgili Özellikleri..... 54
6.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yorgunluk ile İlgili Özellikleri..... 58
6.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi ile İlgili Özellikleri..... 59
7. TARTIŞMA VE SONUÇ..... 63
7.1. Tartışma..... 63
7.1.1. Tanıtıcı ve Hastalık ile İlgili Özelliklere İlişkin Veriler..... 63
7.1.1.1.Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi..... 63
7.1.1.2.Hastalara İlişkin Hastalık ile İlgili Özelliklerin İncelenmesi..... 65
7.1.2. Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Dispne Üzerine Etkisi..... 70
7.1.3. Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Yorgunluk Üzerine Etkisi..... 72
7.1.4. Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi..... 74
7.2. Sonuç ve Öneriler..... 79
8. KAYNAKLAR..... 81
9. EKLER..... 91
10. ÖZGEÇMİŞ..... 108

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ACEI, ACE İNHİBİTÖRLERİ: Angiotensin Konverting Enzim İnhibitörleri

AHA / ACC **:** Amerikan Kalp Birliği

AHPCR **:** Agency for Health Care Policy and Research

BDİ **:** Bazal Dispne İndeksi

EF **:** Ejeksiyon Fraksiyonu

ESC **:** European Society of Cardiology

KKY **:** Konjestif Kalp Yetmezliği

NYHA **:** New York Hearth Association

PND **:** Paroksismal Noktürnal Dispne

Sayfa No

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.4.1.	New York Kalp Birliği Fonksiyonel Sınıflaması ve Spesifik Aktivite Ölçeği	8
Tablo 4.4.2.	ACC/AHA Kalp Yetersizliği Sınıflandırma Sistemi	9
Tablo 6.1.1.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	45
Tablo 6.1.2.	Hastaların Yaşam Şekli ve Alışkanlıkları	47
Tablo 6.1.3.	Hastaların Hastalık Özellikleri	48
Tablo 6.1.4.	Hastaların Kalp Yetersizliği Nedeniyle Rahatsızlık Duydukları Semptomlar	49
Tablo 6.1.5.	Hastaların Kalp Yetersizliği Nedeniyle En Fazla Rahatsızlık Duydukları Semptomlar	50
Tablo 6.1.6.	Hastaların Kalp Yetersizliği Nedeniyle Kısıtlanan Aktiviteleri	51
Tablo 6.1.7.	Hastalara Diyet ve Egzersiz Önerilme ve Hastaların Bu Önerilere Uyma Durumları	52
Tablo 6.1.8.	Hastaların Kalp Yetersizliği Sınıfı, Kalp Yetersizliği Nedeni ve Ejeksiyon Fraksiyon (EF) Değeri	53
Tablo 6.1.9.	Hastaların 1. İzlem ve 2. İzlemde Sağlıklarını Algılama Durumları	54
Tablo 6.2.1.	Hastaların 1. İzlem ve 2. İzlemde Bazal Dispne İndeksinden Aldıkları Minimum ve Maksimum Puanlar	54
Tablo 6.2.3.	Hastaların 1. İzlem ve 2. İzlem Sonrasında Dispne Derecelerine Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 6.3.1.	Hastaların Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları, Minimum ve Maksimum Puanlarının Dağılımı	58
Tablo 6.4.1.	Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Minimum ve Maksimum Puanlar	59
Tablo 6.4.2.	Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması	61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.	Yaşam Kalitesi Alt Gruplarının Soruları	40
Şekil 6.2.2.	Hastaların 1. İzlem ve 2. İzlemde Bazal Dispne Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55

1. ÖZET

Çalışma, kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşire tarafından verilen eğitimin etkisini belirlemek amacıyla 24 deney, 25 kontrol olmak üzere toplam 49 hastada randomize kontrollü deneysel olarak yapıldı. Veriler Hasta Bilgi Formu, Bazal Dispne İndeksi, Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Ölçeği ve EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde iki grup arasında kategorik değişkenler için ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı. Ölçeklerin her bir grubu için önce ve sonra değerlendirmelerinde Wilcoxon test, gruplar arası fark değerlendirmelerinde ise Mann-Whitney U test kullanıldı. Her bir grupta bağımsız değişkenlerin ölçekler ile ilgili ilişkisinin değerlendirilmesinde Mann Whitney U test ve Kruskall Wallis tek yönlü varyans analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık iki yönlü ve $p<0,05$ olarak kabul edildi. İlk değerlendirme sonrası deney grubundaki hastalar eğitildi, hastalara solunum egzersizleri yaptırıldı ve yorgunluk yönetimi öğretildi. Kontrol grubuna çalışma süresince hiçbir müdahalede bulunulmadı. Üç ay sonra ev ziyareti yapılarak olguların dispne, yorgunluk ve yaşam kaliteleri tekrar incelendi. Deney grubunda sağlık durumunu algılamada ($p<0,01$), dispnede (fonksiyonel bozukluk ($p<0,001$), işin büyüklüğü ($p<0,001$), eforun büyüklüğü ($p<0,001$)), yorgunluk düzeyinde ($p<0,001$), enerji düzeyinde ($p<0,001$), yaşam kalitesi ve tüm alt boyutlarında (semptom ($p<0,001$), fonksiyon ($p<0,001$), genel iyilik ($p<0,001$)) anlamlı düzeyde iyileşme saptandı. Kontrol grubunda ise yaşam kalitesi ölçeğinin nefes darlığı alt boyutu hariç alt grupların tümünde düşüş görüldü. Çalışmada kalp yetersizliği olan hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı sonucuna ulaşıldı. Bu sonuçlar doğrultusunda kalp yetersizliği olan hastaların bakım ve yönetiminde hemşire tarafından eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Dispne, hemşire tarafından verilen eğitim, kalp yetersizliği, yaşam kalitesi, yorgunluk

2. SUMMARY

The Effect of Educated on Dyspnea, Fatigue and Life Quality Concerning Heart Failure Patients by nurses

This randomized-controlled experimental trial was performed on a total of 49 patients (24 test, 25 control groups) for to examine the effect of educated by nurses on dyspnea, fatigue and life quality concerning heart failure patients. The data were collected by using Patient İnformation Form, Basal Dyspnea İndex, Visual Similarity Scale for Fatigue and EORTC QLQ C-30 Life Quality Scale. Chi-square test, for the categorical variables between two groups and Fisher's exact chi-square test were used during evaluation of data. Wilcoxon test was used for before and after evaluation of scales for each group and Mann-Whitney U test was used for the evaluation of difference among groups. Mann-Whitney U test and Kruskall Wallis single way variance analysis were used for examination of the relation between independent variables in each group and scales. Statistically meaningfulness was regarded as bidirectional and $p<0,05$. After first assesment, patients in test group were educated, respiration exercises were done, fatigue management was taught. No intervention was done to control group during study period. After 3 months dyspnea, fatigue and life quality of patients reevaluated via home viziting. In test group the health status perception ($p<0,01$), dyspnea (functional deterioration ($p<0,001$), amount of work ($p<0,001$), amount of effort ($p<0,001$)), fatigue level ($p<0,001$), energy level ($p<0,001$), life quality and all subdimensions (symptom ($p<0,001$), function ($p<0,001$) general goodness ($p<0,001$) were detected to be meaningfully improved. On the other hand, in control group at all subgroups except the dyspnea subdimension of life quality scale a decrease was detected. In this study it is found educated by nurses on heart failure patients improves dyspnea, fatigue and life quality. According to these findings the educated by nurses application is recommended on care and management of heart failure patients.

Key words: Dyspnea, educated by nurses, fatigue, heart failure, life quality

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kalp yetersizliği, kalbin vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak kadar kanı sistemik dolaşıma pompalayamaması durumudur (Hunt 2005, Kırış 2006, Semizel ve Bostan 2006, Demir ve Ünsar 2008, Yıldıran 2008). Diğer bir deyişle, kalbin yapısal veya fonksiyonel bozukluğundan kaynaklanan dolum veya pompa fonksiyonlarında bozulmanın izlendiği; yorgunluk, efor ile gelen nefes darlığı (ileri evrelerde dinlenme halinde), ortopne, paroksismal noktürnal dispne, noktüri, mental durum değişiklikleri, anoreksi ve abdominal ağrı ile karakterize olabilen kompleks bir klinik sendromdur (Kepez ve Kabakçı 2004).

Bu hastalık dünya çapında yaklaşık 20 milyon insanı etkilemektedir (Yılsen 2004). Yaşlılarda en sık hastaneye yatış nedenidir (Yamasaki 2003, Cankurtaran ve Arıoğul 2004). Kalp yetersizlikli bir çok hasta yaşlıdır ve kalp yetersizliği hastanede yatan yaşlılarda en yaygın tanıdır (Tighe and Chung 1996, Özer 2002).

Miyokart enfarktüsü sonrası sağ kalım oranları arttıkça ve toplumun ortalama yaşı yükseldikçe kalp yetersizliğine ilişkin klinik tablolara toplum içinde gün geçtikçe daha çok rastlanmaktadır (Silistreli ve Oto 1999, Özer 2002). Kalp yetersizliği, kardiyovasküler hastalıklar sıralamasında ikinci sıklıkta görülmektedir (Silistreli ve Oto 1999).

Kalp yetersizliğinin başlıca belirtileri; solunum sıkıntısı, yorgunluk, sıvı retansiyonu, bilişsel ve fonksiyonel sınırlılıklardır (Grange 2005, Demir ve Ünsar 2008). Dispne ve yorgunluğa bağlı olarak egzersiz toleransında kısıtlanma, sıvı birikimine bağlı olarak pulmoner konjesyon ve periferik ödem olur. Sonuçta fonksiyonel kapasite azalır ve yaşam kalitesi bozulur (Kahraman ve Ural 2004).

Bireyin soluk alamaması ya da yaptığı solunumun farkında olması gibi rahatsız edici bir durum olan dispne, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşamasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Akyolcu 2002).

Kalp yetersizliğinde uyku kalitesinin bozulmasına neden olan dispne, hastaların uykuya dalma ve uykuyu sürdürebilmelerini olumsuz yönde etkilemekte, düz yatmayı zorlaştırmakta ve hastalarda panik hissi yaratmaktadır (Kepez ve Kabakçı 2004, Skobel et al 2005, Gökçe 2008).

Yorgunluk ve dispnenin konjestif kalp yetmezliği (KKY) olan hastaların en önemli sorunu olduğu ve hastaların %92'sinin orta ya da şiddetli derecede yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir (Yurtsever 2000).

Yorgunluğa neden olan faktörlerin açık olmaması ve subjektif bir kavram olması nedeni ile bu durumun tanımlanması ve değerlendirilmesinde güçlükler yaşanmakta, genellikle ihmal edilmekte ve bireyin yorgunluk ile başetmesi için uygun hemşirelik girişimleri yapılmamaktadır (Yıldırım 2006).

Yorgunluk hastaların normal aktivite kapasitesinde azalma sonucunda günlük yaşam aktivitelerinde azalmaya neden olmaktadır. Hastaların her zaman yaptıkları aktivitelerini uzun süre yapamamaları yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Mock 2004, Usta Yeşilbakan 2005). Yorgunluk semptomunun bireyin günlük yaşam aktivitelerini sınırlamasını önlemek için, yorgunluğun değerlendirilmesi ve uygun aktivite planlaması ile bu semptomla etkili bir şekilde baş etmek gerekmektedir (Yurtsever 2000, Yurtsever ve Bedük 2003).

Hastalığın kronik bir hastalık olması ve hastanın hayatı boyunca bu hastalıkla yaşayacağı düşünüldüğünde hastanın bu konuda bilgilendirilmesi atlanılmayacak kadar önemli bir unsurdur (Ünlüoğlu ve ark 1997, www.bsm.gov.tr/ruhsagligi/docs/bilgilendirme.pdf, Erişim Tarihi: 15.11.2009). Fakat hasta eğitimi, gerek ülkemizde gerekse gelişmekte olan ülkelerde genellikle ihmal edilen bir hemşirelik rolüdür (Avşar 2006).

Kalp yetersizliğinde uygulanacak hemşirelik bakımı bireyi ve aileyi kapsayacak şekilde planlanmalıdır ve bireyin kendi bakımına direkt katılımı sağlanmalıdır. Yaşam kalitesini yükseltecek, hasta ve ailesini de kapsayan eğitim programları uygulanmalı, bireyler düzenli olarak takip edilmelidir (Sisk et al 2006, Demir ve Ünsar 2008).

Eğitim, yalnızca hastane içi dönemle sınırlı kalmamalı, taburculuk sonrası da devam etmelidir (Uzun 2007). Hasta ve aile eğitimi, evde sağlık bakımı bu hastalarda daha sonraki hastaneye yatışları önlemede önemli bir faktördür (Demir ve Ünsar 2008).

Kalp yetersizliğinde hastalığa özgü semptomlar izlenmeli ve uygun tedavi sağlanmalı, böylece hastaneye yatmayı gerektirecek ciddi ilerlemeler önlenmelidir (Özer 2002). Hastalar yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve

sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalıdır. Bu önlem ve gerekliliklerden herhangi birini başarmada yetersizlik, yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz hastane yatışlarına ve erken ölümlere yol açmaktadır. Bu yüzden önemli bir hedef olarak bu hastalarda yaşam kalitesini yükselten ve semptomları düzelten non-farmakolojik girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (Özer 2002, Özer ve Argon 2005).

Bu çalışma, kalp yetersizliği tanısı konmuş hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşire tarafından verilen eğitiminin etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapıldı. Çalışmamızın kalp yetersizliği hastasında görülen dispne ve yorgunluk semptomunun etkisini, bu semptomlarla baş etme yollarını ve hemşirelerin sağlık eğitimi etkinliklerini değerlendirmede rehber olacağını ve kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinin, hemşirelerin bakım ve tedavi uygulamalarına ışık tutacağını düşünmekteyiz.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı

Kalp yetersizliği, kalbe venöz dönüş normal olduğu halde ve dolum basınçları normal iken kalbin vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde yeterli kan pompalayamadığı ve akut veya kronik ventrikül disfonksiyonundan kaynaklanan bir süreçten ortaya çıkan, karmaşık bir klinik durumdur (Atan Uçar 2007). Kalp yetersizliğinde sistolde ve/veya diyastolde bozukluklar olabilir (Braunwald et al 2004). Miyokard kontraksiyonunun bozulması, kalp yetersizliğinin en sık nedenidir ve bu durum sistolik yetersizlik olarak isimlendirilir (Houser and Margulies 2003, Koç 2006, Yıldıran 2008). Kalpteki yapısal veya fonksiyonel değişiklikler efor dispnesi ve dolaşım konjesyonu gibi ikincil fenomenlere yol açar (Yılsen 2004, Canım 2008).

Kalp yetersizliği kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olup; ciddi yorgunluk, dispne ve fonksiyonel durum bozukluğuyla karakterizedir. Bir hastalıktan ziyade hayatı her yönüyle etkileyen klinik bir sendromdur (Karapolat ve ark 2006, Demir 2008).

Hastalığa yol açan, ortaya çıkışını hızlandıran ve gidişini etkileyen faktörlerin iyi tanınması, etyoloji ve patofizyolojisinin iyi kavranması, miyokard yetmezliğine neden olan hemodinamik ve yapısal bozuklukların tam belirlenmesi, erken tanı ve etkili tedavisine yardım eder. Morbidite ve tedavi masraflarını azaltır, yaşam süresini uzatır (Yılsen 2004).

4.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi

Gelişmiş ülkelerde, özellikle Avrupa'da semptomatik kalp yetersizliğinin epidemiyolojisi iyi anlaşılmıştır (Mosterd et al 1999, McMurray et al 2007).

Sağlık alanındaki gelişmelerle pek çok hastalığın prevalansında azalma görülürken kalp yetersizliği prevalansı artmaktadır (Kahraman ve Ural 2004). Hastalığın prevalansının, genel yaşam süresinin uzamasının da katkısıyla arttığı düşünülmektedir (McMurray et al 2007). Yaşlı bireylerde hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve diyabet mellitus gibi kronik hastalıklar daha çok görülmekte ve kalp

yetersizliği için risk oluşturmaktadır. Diğer neden, miyokard infarktüsü ve akut koroner olayların tedavisindeki ilerlemelerdir. Bu hastalıklardan kurtulan kişilerde sol ventrikül fonksiyon bozukluğu oluşmakta, hasta, kalp yetersizliği için aday durumuna gelmektedir (Kahraman ve Ural 2004). Kalp yetersizliği, 65 yaşın üzerindeki populasyonda %6-10 oranında, tüm erişkin popülasyonda ise %2 oranında görülmektedir (Linné et al 1999, McMurray et al 2007, Oylumlu 2008).

Avrupa toplumlarında semptomlu kalp yetersizliği prevalansı %0,4-2,0'dir ve dünya çapında yaklaşık 20 milyon insanı etkilemektedir (Kahraman ve Ural 2004, Hunt 2005, Koç 2006, Yıldıran 2008). Ülkemiz için halen bir prevalans çalışması bulunmamaktadır (Kahraman ve Ural 2004).

Çalışmalar, hastaların %30-40'nın tanıdan sonra 1 yıl içinde, %60-70'inin de 5 yıl içinde öncelikle kalp yetersizliğinin kötüleşmesi veya aniden -muhtemelen ventriküler aritmi nedeniyle- öldüğünü göstermiştir (Cowie et al 2000, Bleumink et al 2004, Roger et al 2004, McMurray et al 2007, Oylumlu 2008). Yani 40 yaşındaki her beş erişkinden birinde kalp yetersizliği gelişme riski vardır, kalp yetersizliği gelişen her üç kişiden birinin de tanıdan sonra bir yıl içinde ölme olasılığı vardır (MacIntyre 2000, Stewart 2001, Schaufelbergera 2004, McMurray et al 2007).

Prognozun kötü olmasının en sık sebepleri diyastolik yetersizliğin sık olması, birçok hastada ek kapak patolojisi olması, komorbid hastalıkların sık olması, yaşlıların (özellikle 75 yaş üstü) çalışmalarda eksik yansıtılması olarak bildirilmektedir. Kalp yetersizliği yaşlıda bir halk sağlığı sorunu olarak algılanmalıdır (Konstam 2000, Cankurtaran ve Arıoğul 2004).

4.3. Kalp Yetersizliğinin Türleri

Kalp yetersizliği sistolik veya diyastolik, düşük verimli veya yüksek verimli, akut veya süregen, sağ-yan veya sol-yan ve ileriye yönelik veya geriye yönelik olarak tanımlanırlar. Bu tanımlamalar klinik çerçevesinde özellikle erken dönemde yararlı iseler de, süregen kalp yetersizliği sürecinin geç dönemlerinde, aralarındaki farklar silinip bulanıklaşırlar (Braunwald et al 2004).

4.4. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması

Hastalığın prognozu hakkında bilgi veren ve uzun yıllar boyunca fonksiyonel kapasiteyi değerlendirmede kullanılan New York Hearth Association (NYHA) sınıflandırması hastanın öyküsüne göre belirlenen bir sınıflamadır. Buna göre hastalar semptom oluşana kadar yapabildikleri efor düzeyine göre grup I'den grup IV'e kadar olan sınıflara ayrılır (Tablo 4.4.1). (Özer 2002, Yılsen 2004, Koç 2006, Atan Uçar 2007, Yıldıran 2008, Paksoy 2008, Korkmaz 2008, Tutkun 2008, Canım 2008, Gökçe 2008, Kızıl 2008, Demir 2008, Değirmencioğlu 2008).

Tablo 4.4.1. New York Kalp Birliği Fonksiyonel Sınıflaması ve Spesifik Aktivite Ölçeği

Sınıf I	Kalp hastalığı olup fiziksel aktivite kısıtlılığı olmayan hastalardır. Sıradan bir fiziksel aktiviteyle nefes darlığı ya da yorgunluk oluşmamaktadır.	Hastalar ≤7 metabolik equivalents (METS) enerji gerektiren aktiviteleri rahat yaparlar. Basketbol, kayak, hentbol, 5 mph yürüme gibi.
Sınıf II	Kalp hastalığı olup fiziksel aktivite açısından hafif bir kısıtlılığı olan hastalardır. Dinlenme sırasında asemptomatiktirler. Ancak sıradan bir fiziksel aktivite nefes darlığı ya da yorgunluk oluşturmaktadır.	Hastalar ≤5 METS enerji gerektiren aktiviteleri rahat yaparlar. Dans, bahçe işi, cinsel aktivite, 4 mph yürüme. Hastalar ≥7 METS enerji gerektiren aktiviteleri kesin yapamaz.
Sınıf III	Kalp hastalığı olup fiziksel aktivite açısından belirgin derecede kısıtlanmış olan hastalardır. Dinlenme sırasında asemptomatiktirler. Ancak sıradan bir fiziksel aktiviteden daha az aktivite bile nefes darlığı ya da yorgunluk oluşturmaktadır.	Hastalar ≤2 METS enerji gerektiren aktiviteleri rahat yaparlar. Durmaksızın duş alma ve giyinebilme, basit ev işleri, golf oynama ve 2,5 mph yürüme Hastalar ≥5 METS enerji gerektiren aktiviteleri kesin yapamaz.
Sınıf IV	Kalp hastalığı olup herhangi bir fiziksel aktiviteyi rahatsızlık hissetmeden sürdüremeyen hastalardır. Kalp yetersizliği semptomları dinlenme sırasında da mevcuttur.	Hastalar ≥2 METS enerji gerektiren aktiviteleri kesin yapamaz. Hastalar sınıf III kalp yetersizliğinde belirtilen hiçbir aktiviteyi gerçekleştiremez.

Amerikan Kalp Birliği (AHA / ACC) NYHA sınıflamasını da içine alacak şekilde yeni bir sınıflandırma tanımlamıştır. Bu yeni sınıflama büyük ölçüde hastaların kliniğine dayalıdır. Hastalar genelde bu sınıflamada ileriye doğru gidiş gösteriyor gibi olsalar da bazen D'den C'ye gerileme gösterebilirler (Tablo 4.4.2).

(Yılsen 2004, Zor 2005, Koç 2006, Atan Uçar 2007, Korkmaz 2008, Canım 2008, Tutkun 2008, Yıldıran 2008, Paksoy 2008, Gökçe 2008).

Tablo 4.4.2. ACC / AHA Kalp Yetersizliği Sınıflandırma Sistemi

Evre	Tanım	Örnek
A	Kalp yapılarında saptanan bir anormallik olmamasına rağmen kalp yetersizliği gelişimi için yüksek riskli olan hastalar.	Sistemik hipertansiyon, kardiyotoksik ajan kullanımı, koroner arter hastalığı, alkol kullanımı.
B	Kalp yetersizliği gelişimi için yüksek risk taşıyıp yapısal anormallik gelişen ancak kalp yetersizliği semptom ve bulguları gelişmeyen hastalar	Asemptomatik kapak hastalığı, kardiyak hipertrofi-fibrozis, kardiyak dilatasyon, hipokontraktilite ve eski miyokard inf.
C	Altta yatan yapısal kalp hastalığı ile beraber geçmişte veya halen kalp yetersizliği semptomları olan hastalar	Nefes darlığı veya egzersiz intoleransı olan hastalar, asemptomatik olup geçmiş semptomları için tedavi alan hastalar.
D	İleri yapısal kalp hastalığı olan ve maksimal medikal tedaviye rağmen dinlenme sırasında bile kalp yetersizliği semptomları olan hastalar	Sık hastaneye yatan veya güvenli biçimde taburcu edilemeyen hastalar, transplantasyon adayları, yardımcı kalp cihazları olanlar

4.5. Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi

Kalp yetersizliği fizyopatolojisinin anlaşılmasında kalp debisi kavramı önemli yer tutar. Kalp debisi, 'kalp hızı x atım hacmi' formülü ile hesaplanabilir. Kalp hızı, sempatik ve parasempatik sinir sistemleri arasındaki denge ile belirlenir. Atım hacmi ise preload (önyük), afterload (artyük) ve kontraktilite (kasılabilirlik) olmak üzere başlıca üç faktörden etkilenebilir. Bu faktörler izole kalp kası performansının göstergeleridir (Kahraman ve Ural 2004).

Son 10 yıl boyunca deneysel ve klinik çalışmalar kalp yetersizliğinin özellikle sempatik sinir sistemi ve renin-anjiotensin-aldosteron sistemi olmak üzere nörohumoral aktivasyonda artışla karakterize olduğunu göstermiştir (Yılsen 2004, Paksoy 2008, Canım 2008, Tutkun 2008). Nörohumoral aktivite artışı, günümüzde kalp yetersizliği kliniğinin ve hastalığının prognozuna katkıda bulunan major bir patofizyolojik bileşen olarak kabul edilmektedir (Yılsen 2004, Canım 2008, Tutkun

2008, Öztürk 2008, Paksoy 2008). Adaptasyon mekanizmaları kan volümünü, kardiyak doluş basınçlarını, kalp hızını ve kas kitlesini arttırarak normal fizyolojiyi sağlamaya çalışır; ancak bu adaptif mekanizmaların da katkısıyla kalbin kontraksiyon ve relaksasyon kapasitesi daha da bozulmakta ve kalp yetersizliği daha hızlı bir ilerleme göstermektedir (Paksoy 2008).

Normal kalp aktivitesini belirlemede kullanılan dolaşım kompanentleri; kontraktilite (sistolik fonksiyon), diyastolik fonksiyon, preload, afterload, kalp hızı ve ritmi, miyokardiyal kan akımı ve oksijen gereksinimidir. Bu kompanentlerdeki değişiklik ve bozulma kalp yetersizliğine neden olmaktadır (Yılsen 2004, Özer ve Argon 2005, Dolar 2005).

4.6. Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi

Kronik kalp yetersizliği herhangi bir kalp hastalığının son tanısı değil bir sendromlar bütünüdür ve temel nedenin araştırılması gerekir (Kahraman ve Ural 2004). Kalp yetersizliği etiyolojisinin ve tabloyu şiddetlendiren hastalıkların saptanması özellikle tedavinin planlanmasında ve izlemde önemli yer tutmaktadır (Koç 2006, Değirmencioğlu 2008).

Kalp yetersizliğinin oluşumuna direkt ya da dolaylı olarak etki eden bazı faktörler hastalar tarafından kontrol altına alınabilir. Bu faktörler sadece hastalığın oluşumuna katkı sağlamaz, aynı zamanda kalp yetersizliğinin semptomlarını arttırarak hastalığın seyrini olumsuz etkiler. Obezite, anemi, hipertansiyon, hipertiroidi, sigara ve alkol kullanımı önlenebilen ya da kontrol altına alınabilen kalp yetersizliği nedenlerindendir.

Obezite, direkt olarak kalp yetersizliğine neden olmasa da hipertansiyon ve miyokard infarktüsü için önemli bir etiyolojik faktör olarak kabul edilmektedir. Hipertansiyon kalp yetersizliğinin önemli bir nedenidir. Düzenli diyet, egzersiz ve ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilir. Sigara kullanımının kalp yetersizliği oluşumuna direkt etkisi bildirilmemekle birlikte, kalp yetersizliği semptomlarının kötüleşmesine neden olmaktadır. Alkol kullanımı sağ kalp yetersizliğinde hepatomegali ve splenomegali tablosunun daha da ağırlaşmasına neden olabilir. Anemi ve hipertiroidide kalp hızı yükselir, kalbin iş yükü artar, sistemik vasküler rezistans düşer ve kan volümü yükselir. Bu nedenle hem kalp yetersizliğinin

gelişmemesi ve hastalığın ilerlemesini önlemek için anemisi ve hipertiroidisi olan hastaların tedavi olması önerilmektedir (Kızıl 2008).

Diyabet, akut miyokard infarktüsü gibi durumlardan sonra kalp yetersizliği gelişimi riskini artırır. Diyabetin, miyokard fibrozunu artırdığı ve diyastolik disfonksiyona neden olduğu düşünülmektedir (McMurray et al 2007). Kalp yetersizliğinin kendisi de diyabet gelişimi riskini artırır (Suskin et al 2000, McMurray et al 2007).

Atriyumun kalp debisine katkısının kaybolması ve taşikardi nedeniyle diyastolik dolumun azalması sonucu atriyal fibrilasyon doğrudan kalp yetersizliğine neden olabilir (McMurray et al 2007, Oylumlu 2008).

Kalp yetersizliği olan hastaları değerlendirirken yalnızca altta yatan değil fakat aynı zamanda kolaylaştıran nedenleri de tanımlamak önemlidir. Kolaylaştırıcı etkenlerin tanınması, kısa sürede ortadan kaldırılmaları hayat kurtarıcı olabileceğinden, kritik önem taşır. Altta yatan bir kalp hastalığı olmadığı sürece bu akut bozukluklar, kendi başlarına, kalp yetersizliği oluşturmazlar (Braunwald et al 2004).

4.7. Kalp Yetersizliğinin Klinik Bulguları

4.7.1. Kalp Yetersizliğinde Semptomlar

Nefes Darlığı

Nefes darlığı sol ventrikül yetersizliğinin ana belirtisi olup giderek artan şiddette (1) efor dispnesi, (2) ortopne, (3) paroksismal noktürnal dispne (PND), (4) istirahatte dispne, (5) akut pulmoner ödem şeklinde kendini belli eder.

Efor dispnesi, kalp yetersizliğinin en erken belirtisidir. Başlangıçta şiddetli eforda, daha sonra günlük eforda oluşmaya başlar. Hasta önceki yıllarda yapabildiği aktiviteleri nefes darlığı hissi oluşmadan yapamaz duruma gelir.

Ortopne, yatınca başlayan nefes darlığı olarak tanımlanır (Kahraman ve Ural 2004). Karın ve alt ekstremitelerdeki kanın göğüse geçmesi ve yatar pozisyonda diyafragmanın elevasyonu ile pulmoner kapiller hidrostatik basıncın yükselmesi sonucu gelişir (Dolar 2005, Demir 2008).

PND, hastanın uykudan hava açlığı ve boğulma hissi ile uyanmasıdır. Fizik muayenede wheezing saptanması nedeni ile kardiyak astım olarak da adlandırılır.

Akciğer ödemi, nefes darlığının en ağır ve bazen öldürücü olan şeklidir (Kahraman ve Ural 2004).

Efor İntoleransı

Efor kapasitesinin azalmasına yol açan efor intoleransının nedenleri pulmoner konjesyon, kalp debisinin azalması, iskelet kaslarında damarsal yanıtın bozulması, iskelet kası metabolizmasındaki değişmeler, solunum ve iskelet kaslarında kondüsyon azalmasıdır.

Yorgunluk

Aşırı yorulma, kısmen kötü doku perfüzyonuna, nöroendokrin sistemin aşırı aktivitesine, artmış sitokin seviyelerine, iskelet kaslarının kondisyonunun kaybolmasına neden olan düşük kardiyak debiden kaynaklanmaktadır (Atan Uçar 2007, Canım 2008, Tutkun 2008). Dokuların ihtiyacı olan oksijen karşılanamadığı için yorgunluk ve halsizlik oluşur. Hasta günlük yaşam aktivitelerinde hatta dinlenme anında bile yorgunluk hissedebilir (Kızıl 2008). Çoğunlukla, görüşmeden haftalar ya da aylar önce hiçbir güçlük çekmeden yaptığı aktiviteleri yaparken artık yorulduğunu, bitkin düştüğünü söylemektedir (Atan Uçar 2007, Canım 2008, Tutkun 2008).

Çarpıntı

Çarpıntı, kalp yetersizliğinde rastlanabilecek bir semptomdur. Nedeni erken atımlar, kısa supraventriküler ve ventriküler taşikardi atakları, efor taşikardisi ve atriyal fibrilasyondur.

Ayaklarda Şişme, Karın Ağrısı

Sağ kalp yetersizliğinin başlıca semptomları sistemik venler ve karaciğerde konjesyona bağlı olarak ayaklarda şişme ve sağ üst kadran ağrısıdır (Kahraman ve Ural 2004). Şiddetli sağ üst kadran ağrısı, karaciğer kapsülünün gerilmesine bağlıdır. Ayak, topuk ve bileklerde sıvı birikmesine bağlı olarak gelişen ödem nedeniyle

hastalar ayakkabının sıktığını ve çorapların iz bıraktığını fark ederler. Bu semptom sıklıkla hastanın tedavi için başvurmasına neden olur (Yılsen 2004, Kızıl 2008).

Noktüri, Oligüri

Noktüri, kalp yetersizliğinin erken dönemlerinde ortaya çıkan bir bulgudur. Gündüz saatlerinde kan akımının yeniden dağılımına bağlı olarak böbrek kan akımının azalması, gece ise renal vazokonstrüksiyonun ortadan kalkması ile diürez başlaması sonucunda oluşur. Oligüri, kalp yetersizliğinin geç dönemine ait bir bulgu olup kalp debisi ve böbrek kan akımının ileri derecede azalması ile ilişkilidir.

İştahsızlık, Bulantı

Gastrointestinal sistemdeki ödem ve kalp yetersizliği tedavisinde kullanılan ilaçlar iştahsızlık ve bulantı hissi yaratır. Özellikle yemeklerden sonra dolgunluk hissi, karın ağrısı, karında gerginlik ve kabızlık karşılaşılabilecek diğer yakınmalardır.

Serebral Semptomlar

Konfüzyon, bellek kusuru, anksiyete, uykusuzluk ve kabus görme kalp yetersizliğinin serebral semptomlarıdır (Kahraman ve Ural 2004). Bütün bu semptomlar hastalarda yaşam kalitesinin azalmasına, morbidite ve mortalitenin artmasına katkıda bulunmaktadır (Özer 2002).

4.7.2. Kalp Yetersizliğinde Muayene Bulguları

Kalp yetersizliğinde tam bir muayene gerekmektedir. Tam bir kardiyovasküler muayene hem periferik hem de kardiyak bulguları bünyesinde barındırır (Stelken et al 1996, Atan Uçar 2007, Tutkun 2008).

Genel görünüm, hafif kalp yetersizlikli olgularda normaldir. İleri kalp yetersizliğinde hasta zayıf, hatta kaşektik olabilir. Adrenerjik uyarının etkisiyle göz kapakları geriye doğru çekilmiş, bakışı canlıdır. Venöz basıncın uzun süreli yüksek kalması durumunda ekzoftalmi gelişebilir.

Adrenerjik aktivitenin artması nedeniyle perifer soğuk, soluk ve terlidir. Kalp debisinin düşmesiyle periferik siyanoz gelişir. Pulmoner konjesyonun arttığı ve kanın

akciğerlerde oksijenlenmesinin bozulduğu durumlarda santral ve periferik siyanoz bir arada görülür.

Sağ kalp yetersizliğinde karaciğer konjesyonu nedeniyle ikter oluşabilir. Yine sağ kalp yetersizliğinde her iki ayak bileği ve pretibial bölgede basmakla gode bırakan orta sert periferik ödem bulunabilir (Kahraman ve Ural 2004). Yatan hastalarda kardiyak ödem, sakral bölgede oluşur (Braunwald et al 2004). İleri kalp yetersizliğinde ödem masif ve yaygındır (anazarka tarzında), üst ekstremite, göğüs, karın duvarı ve özellikle genital bölgeyi tutabilir.

Dolaşım sisteminde periferik arterlerin muayenesinde nabzın hızlı olduğu belirlenir. İleri kalp yetersizliğinde kan basıncının da düşmesi ile birlikte nabız vuruları zayıflar. Genellikle nabız basıncı azalmıştır.

Sol kalp yetersizliğinde oskültasyonla akciğer kaidelerinde krepitan raller işitilebilir. Krepitan raller başlangıçta hidrostatik basıncın en fazla olduğu akciğer kaidelerinde duyulur. Pulmoner konjesyonun ilerlemesiyle daha üst akciğer alanlarında da işitilebilir.

Plevrada sıvı toplanması hem sol hem de sağ kalp yetersizliğinin bulgusudur. İleri sağ kalp yetersizliğinde karında asit saptanır (Kahraman ve Ural 2004).

Fizik muayene bulguları tanıda yardımcı olmakla beraber genellikle duyarlılığı düşüktür ve yetersizlik bulgularının olmayışı ile tanı dışlanmaz. Bu nedenle genellikle kalp yetersizliği olduğu düşünülen hastalarda kesin tanıyı koymak için ek tetkikler önerilmektedir (Koç 2006).

4.8. Kalp Yetersizliğinin Laboratuar Bulguları

Kalp yetersizliğinde, incelemelerin amacı nedeni ortaya koymak, klinik bulguları kötüleştirebilecek ek hastalıkları belirlemek ve ventrikül disfonksiyonunun şiddetini saptamaktır.

Temel tanı yöntemleri, rutin kan testleri (tam kan sayımı, elektrolitler, kreatinin, glikoz, karaciğer fonksiyon testleri, lipid profili ve tam idrar incelemesi), göğüs radyogramı, elektrokardiyogram ve ekokardiyogramdır. Gerekirse egzersiz testi, miyokard perfüzyon sintigrafisi, 24-48 saatlik ambulatuvar EKG monitorizasyonu, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve kalp kateterizasyonu yapılabilir (Kahraman ve Ural 2004).

4.9. Kalp Yetersizliğinin Tedavisi

4.9.1. Nonfarmakolojik Tedavi

İstirahat

İstirahat kalp debisini önemli derecede azaltır. Bu nedenle akut, dekompanse veya ileri kalp yetersizliği dışında yatak istirahati önerilmez. İleri kalp yetersizlikli hastalarda da klinik durum kötü olmadıkça hastanın tuvalete gitmesine izin verilir (Kahraman ve Ural 2004). Yatak istirahatinde ortaya çıkabilecek flebotromboz ve akciğer embolizminin tehlikeleri, antikoagülan tedavi, bacak egzersizleri ve elastik çoraplar ile azaltılabilir (Braunwald et al 2004).

Beslenmeye İlişkin Öneriler

Hastalara genellikle su ve tuz alımlarını izlemeleri önerilir. Ağır kalp yetersizliğinde izin verilen en yüksek su miktarı sıklıkla 1.5-2.0 litre/gündür. Hastaların yaygın olarak belirgin bir susuzluktan yakındıkları ve bir çeşit su bağımlılığı geliştirdikleri görülmektedir. Hastalara tuzlu yemeklerden kaçınmaları ve yemeklerine fazladan tuz ekmemeleri önerilmelidir (Swedberg et al 2007). Ana sodyum kaynağı tuz olmakla beraber doğal besinlerin bir çoğunda sodyum bulunmaktadır. Bu nedenle sodyumdan fakir diyet önerilen hastaya yiyeceklerin tuz içeriği anlatılmalıdır ve aldıkları yiyeceklerin etiketlerindeki sodyum miktarını kontrol etmeleri önerilmelidir (Yılsen 2004, Kimyon 2006, Kızıl 2008). Tuz alımındaki kısıtlama (günlük tuz alımı 2-3 g) hastanın diüretik ihtiyacını azaltacaktır (Kepez ve Kabakçı 2004, Kayançiçek 2007).

Kalp yetersizliği olan hastaların, tuz ve suyun dışında uymaları gereken genel bir diyet bulunmamaktadır. Ancak, altta yatan etiyoloji, özellikle koroner arter hastalığı ya da diyabetin söz konusu olduğu durumlarda diyetten etkilenebilir. Böyle olgularda uygulanacak diyetler, bu hastalıkların olduğu diğer bireylere verilenden farklı olmamalıdır.

Enerji tüketimi ile ilgili diğer önemli konu, daha ağır kalp yetersizliği olan hastaların sıklıkla kaşeksiden yakınmalarıdır (Swedberg et al 2007). Bunun altında yatan neden tam olarak bilinmemektedir ancak kalp yetersizliğinin derecesi sıklıkla

kaşeksi düzeyi ile ilişkilidir (Swedberg et al 2007). Aşırı kilo kaybı saptandığında diyete yüksek enerjili yiyeceklerin eklenmesi gerekmektedir (Piepoli 2004, Swedberg et al 2007). Bulantı, dispne veya şişkinlik hissi nedeniyle azalmış gıda alımı olduğunda küçük, sık yemekler endikedir (Yılsen 2004).

Aşırı kilolu ve obezlerde kilo verme önerilmelidir. Hastalara düzenli aralıklarla kendilerini tartmaları anlatılmalı, üç günde iki kilodan fazla kilo alımında diüretik dozu ayarlanmalıdır (Paksoy 2008, Öztürk 2008). Hastalar sabah kahvaltıdan önce, mesane boşken, benzer giysilerle ve aynı tartı ile tartılmalıdır (Yılsen 2004, Kimyon 2006, Kızıl 2008).

Alkol ve Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı başta koroner arter hastalığı olmak üzere birçok hastalık için iyi bilinen bir risk faktörüdür. Bu durum, kalp yetersizliğinin temel etiyolojisini oluşturmaktadır ve bu nedenle kalp yetersizliği için tedavi gören çoğu hasta ile sigaranın bırakılması konusunda değerlendirme yapılması oldukça önemlidir. Kalp yetersizlikli hastalara alkolü dikkatli bir şekilde tüketmeleri ve aşırıya kaçmamaları önerilmelidir. Günde bir-iki kadeh içmenin kalp yetersizliği açısından muhtemelen bir zararı olmayacaktır, yine de kesin veri bulunmamaktadır (Piepoli 2004, Swedberg et al 2007).

İş Yaşamı

Kalp yetersizliği olan hastalar arasında mesleklerini sürdürme olasılığı oldukça değişkendir. Bu hastalığın olduğu bireylerin büyük bölümü emeklilik yaşındadır ancak geriye kalan yine büyük bir kesim hala iş yaşamının sürdüğü yaş grubunda yer almaktadır. Ağır fiziksel çalışma ya da yüksek psikolojik stresin söz konusu olduğu durumlar genellikle kalp yetersizlikli hastalar için uygun değildir. Bazı hastalar çalışma kapasitelerini tamamen geri kazanabilseler de tam ya da yarı zamanlı dinlenmeye de sıklıkla gereksinim duyulabilir (Piepoli 2004, Swedberg et al 2007).

Egzersiz

Daha önce, egzersiz çalışmalarının kalp yetersizliğinde zararlı olacağı düşünülmekteydi. Bugün ise, çok sayıda çalışmada gösterildiği üzere farklı

formlardaki egzersiz programlarının daha iyi bir egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi sağladığı bilinmektedir (Piepoli 2004, Swedberg et al 2007). Hastaların çoğunda egzersize katılmayı engelleyecek belirgin komorbidite olsa da, küçük randomize çalışmalar, bir eğitimci gözetiminde veya eğitim aldıktan sonra evde yapılan aerobik egzersizin, %40-75'lerde oksijen tüketerek egzersiz kapasitesini artırdığını, yaşam kalitesini yükselttiğini ve sempatik sinir sistemi aktivitesini azalttığını göstermiştir. Sempatik sinir sistemi aktivitesinin azalması prognozu iyi yönde etkilemektedir (Crawford 2003).

NYHA sınıf IV kalp yetersizliği olanlar dışında tüm hastalar, düzenli bir fiziksel egzersize başlanması için teşvik edilmelidir. Bu egzersizler, kısa yürüyüşlerden periferik kasların çalıştırılması ve dayanıklılık egzersizine kadar farklı şekillerde, bireylere göre ayarlanmalıdır. Belirlenen ya da ölçülen maksimum oksijen tüketimine bağlı olarak hastalar düşük yoğunluklu egzersizlere başlatılmalı ve egzersiz yoğunluğu daha sonra bir fizyoterapist danışmalığında orta düzeye çıkarılmalıdır. Yüksek dayanıklılık gerektiren çalışmalar ya da rekabete dayalı sporlar kalp yetersizliği olan hastalara önerilmemelidir (DeBush 2000, Swedberg et al 2007).

Cinsel Aktivite

Cinsel yaşam insanın fiziksel ve duygusal doyumunu sağlayan temel gereksinimlerden birisidir. Ancak kalp yetersizliği olan hastaların çoğu, cinsel yaşamın bittiğini düşünür. Ayrıca çekindikleri için bu konuda sağlık çalışanlarına da soru soramazlar. Bu konuda hastaların cesaretlendirilmesi gerekir (Kızıl 2008).

Kalp yetersizliği olan hastalar sıklıkla cinsel aktivitelerini devam ettirebilmektedir. Ancak, birçok faktör bu aktiviteyi olumsuz yönde etkileyebilir. Düşük kardiyovasküler fonksiyon ile birlikte altta yatan durum tek başına, cinsel aktivite isteğini ya da kapasitesini azaltacak boyutta olabilir. Ayrıca sıklıkla, ağır hastalık nedeniyle psikolojik olarak cinsel ilişkiye girme korkusu söz konusudur. Bu aslında mantıklı bir yanıttır, çünkü kardiyovasküler bozukluklar cinsel aktivite sırasında kardiyak olay oluşması açısından yüksek risk ile ilişkilidir. Bu risk hastalığın şiddetine bağlı şekilde artmaktadır (DeBush 2000, Swedberg et al 2007).

Kalp yetersizliği için yaygın olarak kullanılan ilaçların cinsel fonksiyon ve libido üzerine etkileri olabilir (Swedberg et al 2007).

Cinsel ilişki sırasında göğüste, sırtta ve kollarda ağrı, dispne, göz kararması, baş dönmesi ve aşırı çarpıntı olursa ilişki sonlandırılmalı ve hasta istirahat etmelidir. Eğer çarpıntı geçmiyorsa mutlaka sağlık çalışanlarına başvurulması gerekir (Kızıl 2008).

Kaçınılacak Faktörler

Kalp yetersizliği olan hastaların kaçınması gereken birçok faktör vardır. Çeşitli tıbbi tedaviler, kalp yetersizliği tedavisi ile etkileşime girebilir ve daha kötüsü kalp yetersizliğine neden olabilir. Non-steroid antienflamatuar ilaçlar (NSAİİ) kalp yetersizliğinin kötüleşmesine yaygın bir nedendir ve bu hastalarda kullanılmamalıdır. Çeşitli antitümör ajanları, özellikle de antrasiklinler, kalp için zararlı olabilir. Ayrıca göğse radyasyon verilmesi miyokarda ve koroner damarların endoteline zarar verir. Hem kalp yetersizliğinde, hem de kanserde mortalite yüksektir; iki hastalık eş zamanlı olarak bulunuyorsa tedavi olanakları her iki hastalık için de uzmanlar ile birlikte değerlendirilmeli ve tartışılmalıdır. Günlük yaşamda hastalar, mümkünse ağır egzersiz, psikolojik stres, ağır yemek ve uzun uçuşlar gibi kardiyovasküler sisteme aşırı yük getiren faktörlerden kaçınmalıdır.

Psikolojik / Ağrı

Potansiyel ölümcül bir hastalığı olan bireyler, sıklıkla şiddetli ağrıdan ve uyku bozukluğundan yakınırlar. Bu yanıtlar, hastalığın doğası açısından bakıldığında genellikle beklense de hastayı ciddi şekilde etkilemektedir. Psikoterapi yararlı olabilir. Sedatifler ve uyku ilaçları, özellikle hastalığın son dönemindeki hastalarda endikedir. Opioidler ve uzun süre etkili benzodiazepinlerle tedavi bu olgularda yararlı olabilir.

Eğitim

Tedaviden yeterli etkinin elde edilmesinde hastanın işbirliği gereklidir. Tekrar hastaneye yatış gibi tedavi başarısızlıkları sıklıkla hastanın yeterince uyumlu olmamasından kaynaklanır. Hasta, kalp yetersizliği tanısı aldığında, bu ağır

hastalığın tüm yönlerini bir anda kavrayamayacağından bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri çeşitli aralıklarla ve hemşirelerin de aralarında bulunduğu farklı sağlık çalışanları tarafından verilmelidir (Swedberg et al 2007).

İleri dönem kalp yetersizliği olan hastalar tamamen veya kısmen başka birinin bakımına ihtiyaç duyabilirler. Ülkemizde bu kişi genellikle aile üyelerinden biri olmaktadır. Hastalar için gerekli olan yaşam şekli değişikliği aile için de gereklidir. Bu nedenle kalp yetersizliği olan hastaların eğitimine aile mutlaka dahil edilmelidir (Kızıl 2008).

Hemşire Gözetimli Hastane Dışı Poliklinikler

Kalp yetersizliği ilacının titrasyonunun sağlanmasında, hastaneden taburcu edilmiş hastaların bakımı için hemşire gözetimli bir servise gerek olduğu kabul edilmektedir (Swedberg et al 2007). Kalp yetersizliği olan hastaların tedavisi konusunda uzman hemşireler, yüksek etkinlik ve güvenilirlikle farklı ilaç kombinasyonlarının titrasyonunu sağlayabilirler. Hemşire gözetimli kliniklerin yararları çok sayıda yayında açıklanmıştır; bunlar arasında sağ kalımdaki artışların bildirildiği yayınlar da bulunmaktadır. İlaç titrasyonunun sağlanmasının yanında bir hemşire için önemli olan bir diğer görev, hastaları ve yakınlarını kalp yetersizliğinin yapısı ve tedavisi konusunda bilgilendirmek ve eğitmektir (Linné et al 1999, Swedberg et al 2007). Telefon ile danışma sağlanması bu kliniklerde bulunması gereken bir diğer önemli hizmettir. Kalp yetersizliği kliniklerindeki hemşireler ayrıca geçici diüretik ayarlaması, egzersiz ve sigaranın bırakılması gibi diğer tedaviler üzerine de fikir vermelidir. Gerek görüldüğünde, hastalar diyet danışmanlığı, fizyoterapi, diyabet bakımı veya psikolojik tedavi için diğer uzmanlara yönlendirilmelidir (Swedberg et al 2007).

4.9.2. Farmakolojik Tedavi

Diüretikler

Kalp yetersizliği olan olguların tedavisinde ilk adım, sıvı retansiyonunun kontrol altına alınmasıdır. Diüretik kullanımı, hastaların nefes darlığının hızlı bir şekilde düzelmesi ve egzersiz toleransının artması nedeniyle volüm yükü olan hastalara rutin

olarak önerilmektedir (Cleland et al 2005, Koç 2006, Yıldıran 2008, Öztürk 2008). Kısa süreli diüretik tedavisi ile ilk birkaç günde juguler venöz basınç, pulmoner konjesyon, periferik ödem ve vücut ağırlığında azalma görülür. Daha uzun süreli diüretik kullanımı ile kalp fonksiyonları ve egzersiz toleransında düzelme sağlanır (Kahraman ve Ural 2004).

Ayrıca küçük ancak önemli miktarda arteriyel ve venöz dilatasyona neden olurlar. Bu nedenle diüretik tedavisi hem preloadı azaltarak pulmoner ve sistemik konjesyonu düzenler, hem de afterload ve ventriküler volümde küçük bir azalma yaparak duvar gerilimini azaltıp, kardiyak etkilerini güçlendirir (Okay 2001, Aydın ve ark 2002, Kepez ve Kabakçı 2004, Dolar 2005, Gökçe 2008, Demir 2008). Ciddi kalp yetersizliğinde farklı sınıflardan diüretiklerin kombinasyonu, diüretik etkiyi arttırdığı gibi hipokalemiyi önlemeye yardımcı olur (Demir 2008).

Vazodilatörler

Vazodilatörler (organik nitratlar vb.) preloadı azaltarak miyokardiyal perfüzyonu arttırmakta, arteryel dilatörler (hidralazin) ise afterloadı azaltarak kalbin iş yükünü azaltmaktadır (Okay 2001, Kepez ve Kabakçı 2004, Dolar 2005, Demir 2008, Gökçe 2008). ACE inhibitörleri ile birlikte tedavide tercih edilir (Okay 2001, Demir 2008). Özellikle iskemik kalp yetersizliğinde etkilidir (Kepez ve Kabakçı 2004, Dolar 2005, Gökçe 2008).

Angiotensin Konverting Enzim İnhibitörleri (ACE İnhibitörleri, ACEI)

ESC (European Society of Cardiology) 2005 kılavuzu ACE inhibitörlerini semptom olsun veya olmasın, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) <% 40-45 olan hastalarda yaşam süresi ile fonksiyonel kapasiteyi koruması ve hastaneye başvuruyu azaltması nedeniyle NYHA sınıf I'den IV'e kadar tüm hastalara önermektedir (sınıf I ve kanıt düzeyi A). Sıvı birikimi olmayan hastalara başlangıç tedavisi olarak verilmeli, sıvı birikimi olan hastalarda ise diüretik tedavi ile beraber verilmelidir (Cleland et al 2005, Koç 2006, Yıldıran 2008, Öztürk 2008).

ACE inhibitörlerinin başlanmasıyla semptomlarda ilk 48 saatte düzelme görülebilir. Bunun yanında morbidite ve mortalite üzerine yararlı etkileri haftalar, aylar sonra görülmeye başlar ve yıllar içinde sürer. ACE inhibitörlerinin aniden

kesilmesi klinik durumu kötüleştirebilir. Bu nedenle, önemli bir yan etki yoksa ACE inhibitörleri kesilmemelidir (Kahraman ve Ural 2004).

Digoksin

Kontraktiliteyi arttıran ajanlardır. Özellikle uzun dönemde kalp yetersizliği tedavisinde ve sıklıkla NYHA sınıf III ve IV olan hastalarda kullanılmaktadır. Nörohormonal aktiviteyi arttırarak vazodilatasyon sağlamaktadır. Kalp hızı yavaşlamakta ve EF artma eğilimindedir. Digoksin ölüm riskini azaltmazken semptomların rahatlamasını sağlamakta ve egzersiz kapasitesini arttırmaktadır (Kepez ve Kabakçı 2004, Dolar 2005, Gökçe 2008).

Dijital intoksikasyonunda aritmilerin yanı sıra gastrointestinal belirtiler ve nörolojik belirtiler izlenebilir. Tedavide ilaç hemen kesilir (Cankurtaran ve Arıoğul 2004, Demir 2008).

β- Adrenerjik Reseptör Antagonistleri (β- Blokerler)

Bu ilaçlar kalp üzerindeki sempatetik stimülasyon etkisini azaltırlar ve standart dozlarda verildiğinde kronik kalp yetersizliğini alevlendirirler. Buna rağmen çok düşük dozlarda ve monitörizasyon altında kullanıldığında EF'yi arttırarak semptomları düzelttikleri ve kronik kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye yatış sıklığını azalttıkları klinik deneylerle gösterilmiştir (Okay 2001, Demir 2008).

Kalsiyum Kanal Blokerleri

Bu grup ilaçların temel etkileri vazodilatasyondur. Total periferik direnç ve bölgesel vasküler direnci azaltmakta, kardiyak debiyi arttırmaktadırlar (Kepez ve Kabakçı 2004, Dolar 2005, Gökçe 2008).

4.9.3. Mekanik Destek ve Cerrahi Tedavi

İnternal kardiyak defibrilatör ile bi-ventriküler pacemaker ileri derecede semptomatik NYHA sınıf III-IV kalp yetersizliği olan, EF <% 35 ve QRS süresi >120 ms olan hastalarda mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla önerilmektedir (sınıf IIa ve kanıt düzeyi B). Kardiyak transplantasyon ise uygun koşul ve verici varlığında son dönem kalp yetersizliğinde optimal medikal tedaviye rağmen

semptomatik olan hastalara önerilmektedir (sınıf I ve kanıt düzeyi C) (Cleland et al 2005, Koç 2006, Yıldıran 2008, Öztürk 2008). Miyosit ve gen replasman tedavisi ufuktaki umut verici tedavi yöntemleridir (Braunwald 2001, Öztürk 2008).

4.10. Dispne

Dispne, soluk alıp verme işleminin rahatsız edici bir şekilde hissedilmesi olarak tanımlanabilir. Dispnenin patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Bununla birlikte, kalp yetersizliğine bağlı dispneden sıklıkla sorumlu olan pulmoner konjestiyon (dolgunluk)'un akciğer parankiminde yer alan "j" reseptörlerini aktive ettiği ve bu aktivasyon sonucunda merkezi sinir sistemindeki solunum merkezine giden uyarılar vasıtasıyla solunumun uyarıldığı zannedilmektedir. Ancak pulmoner dolgunluğun olmadığı kalp hastalıkları (çok düşük debili kalp yetersizliği, Fallot tetralojisi vs.) ve diğer sistem hastalıklarında dispnenin söz konusu olması, mekanoreseptör aktivasyonunun muhtemelen tek mekanizma olmadığını, yanı sıra hipoksinin, solunum kasları ve diyafragmadan kaynaklanan uyarıların veya doğrudan santral aktivasyonun da dispne patogenezindeki muhtemel rollerine işaret etmektedir.

4.10.1. Kalp Yetersizliği ve Dispne

Dispne ile sonuçlanan kalp hastalıklarının başında kalp yetersizliği gelir. Pulmoner venlerde basınç artışı ve bunu takiben pulmoner arteryel ve pulmoner kapiller hipertansiyon kalp yetersizliğinin dispneye yol açan yaygın sürecini oluşturur. Akciğerlerde -hastanın ağırlık derecesine göre- redistribüsyon (kan dağılımının yeniden düzenlenmesi), interstisyel ödem ve alveoler ödem mevcuttur. Kalp yetersizliği akciğerlerde restriktif tipte solunum disfonksiyonuna yol açar; vital kapasite azalmıştır. Hava yollarındaki ödem nedeniyle solunum daha fazla enerji gerektiren bir iş haline gelmiştir. Azalan tidal volümü kompanse etmek için solunum frekansı artmıştır. Alveoler ve arteryel oksijen parsiyel basınçları farkı artmıştır. Meydana gelen hipoksemi ve metabolik asidoz solunum kaslarının daha erken yorulmasına yol açmak suretiyle dispnenin daha da belirgin hale gelmesine yol açar.

Kalp yetersizliğinde dispne genellikle aylar ve seneler içinde yavaşça gelişip progresyon gösterir. Efor dispnesinin şiddeti zaman içinde gittikçe artar. Bu yavaş progresyon sürecinde zaman zaman akut ve ciddi dispne atakları görülebilir.

Paraksismal Noktürnal Dispne (PND)

Kalp yetersizliği seyri içinde görülen ve kalp yetersizliği için tipik olan nefes darlığı tablosudur. PND hastanın uyuduktan 2-4 saat sonra ciddi nefes darlığı ile uyanmasıdır. Nefes darlığının yanı sıra endişe ve korku hali, terleme ve öksürük de mevcuttur. Hasta uyandıktan sonra dispnenin rahatlaması için en az 10-30 dakika oturmalıdır. Daha kısa sürelerde rahatlayan noktürnal dispneler genellikle kardiyak kökenli değildir. Öksürük genellikle eşlik etmekle birlikte, dikkatli bir sorgulama ile dispnenin ön planda olduğu ve öksürükten önce belirdiği ortaya çıkarılabilir. Kalp yetersizliğinde noktürnal dispneye ve efor dispnesine eşlik eden öksürük genellikle non-prodüktif kuru öksürük niteliğindedir. Kalp yetersizliğinde eforla gelen kuru öksürük efor dispnesi; yatar pozisyonda gelip oturmakla rahatlayan kuru öksürük ise ortopne eşdeğeri kabul edilir. PND'nin mekanizması; yatar pozisyonda (kalp yetersizliğinde özellikle alt ekstremitelerde artmış olan) interstisyel sıvının tekrar intravasküler kompartımana katılması ile kalp ön yükünün belirgin olarak artması ve sol ventrikül diyastol sonu basınç artışının pulmoner ven ve kapillere yansımasıdır. İnterstisyel sıvının gece yatar pozisyonda yeniden dağılım göstermesi mekanik sebeplerle birlikte organizmanın diürnal ritminden kaynaklanan nörohumoral değişikliklerle de ilgilidir.

Ortopne

Yatar pozisyonda oluşan dispnenin başın yükseltilmesi, oturmak veya ayağa kalkmakla rahatlaması halidir. Ortopnede intravasküler toraks dışı volümün yatar pozisyonda intratorasik alana yönelmesi söz konusudur. Ortopne, PND'den farklı olarak uyanık durumda da oluşabilir ve hastanın birkaç dakika sırtüstü yatması ortopnenin gelişmesi için yeterlidir. Kalp yetersizlikli hastalar sırtüstü yattıklarında dispnenin gelişeceğini bildiklerinden yastık sayılarını artırarak daha yüksek yatma eğilimindedirler (Mercanoğlu 2007). Yatarken kullandıkları yastık sayısı ortopnenin şiddeti ile orantılıdır (Kahraman ve Ural 2004). Hastalık ilerledikçe hiçbir şeklide sırtüstü yatamayan hastalar oturarak uyumak zorunda kalırlar.

Kalp yetersizliğindeki dispnenin en ileri seviyesi akut akciğer ödemi tablosudur. Akut akciğer ödeminde pulmoner kapillerden alveollere sıvı sızması söz konusudur; vital kapasite ve oksijenizasyon alanı ileri derecede sınırlandığından hastada

istirahatte ciddi dispne vardır. Akut akciğer ödeminde hasta ortopneiktir; hırıltılı solunum ve kırmızı köpüklü balgam mevcuttur; akciğer alanlarında üst zonlara kadar yaygın yaş raller duyulur. Akut akciğer ödemi hemen müdahale edilmediği taktirde ölümle sonuçlanan ciddi bir klinik tablodur.

Kardiyak kökenli dispnenin ayırıcı tanısındaki başlıca hastalık grubu kronik akciğer hastalıklarıdır. Hastaların tedaviye verdikleri cevap kalp ve akciğer hastalıklarının birbirinden ayrılmasına yardımcı olabilir. Kalp yetersizlikli hastaların dispnesi diüretik ve vazodilatatörlere cevap verirken, kronik obstrüktif akciğer hastaları bronkodilatatörlerle rahatlar (Mercanoğlu 2007).

4.11. Yorgunluk

Yorgunluk günlük yaşantımızın ayrılmaz bir parçasıdır. Fiziksel, mental, kognitif tüm hastalıklarda ortaya çıkan genel bir yakınmadır. Literatürde Walker ve Avant tarafından yorgunluk, "bireyin fonksiyonlarını yapabilmesi ve normal kapasitesini kullanmasına engel olan, tüm bedenini etkileyen hafif bir tükenmişlikten, katlanılamaz bir bitkinliğe kadar değişebilen, hoş olmayan subjektif bir semptomdur" şeklinde tanımlanmıştır (Swain 2000, Yurtsever 2000, Yıldırım 2006). Yorgunluk akut ve kronik olarak sınıflandırılabilir. Akut yorgunluk, sağlıklı bireylerde yaşanmasına karşın, kronik yorgunluk kronik hastalıklarla birlikte ortaya çıkan, dinlenmekle azalmayan, kişinin yaşam kalitesini ve aktivitelerini yapabilme yeteneğini olumsuz etkileyen, uzun süreli ve normal olmayan bir durumdur (Yurtsever 2000, Yıldırım 2006).

Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yorgunluk semptomu, subjektif bir bulgu olması ve spesifik tedavisinin olmaması nedeniyle kliniklerde genelde kabul edilmemektedir (Swain 2000, Yıldırım 2006).

4.11.1. Kalp Yetersizliği ve Yorgunluk

Yorgunluk ve dispnenin KKY olan hastaların en önemli sorunu olduğu ve hastaların % 92'sinin orta ya da şiddetli derecede yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir (Yurtsever 2000).

Kalp yetersizliğinde ortaya çıkan aşırı yorulma, kısmen kötü doku perfüzyonuna, nöroendokrin sistemin aşırı aktivitesine, artmış sitokin seviyelerine, iskelet kaslarının

kondisyonunun kaybolmasına neden olan düşük kardiyak debiden kaynaklanmaktadır (Atan Uçar 2007, Canım 2008, Tutkun 2008). Dokuların ihtiyacı olan oksijen karşılanamadığı için yorgunluk ve halsizlik oluşur. Hasta günlük yaşam aktivitelerinde hatta dinlenme anında bile yorgunluk hissedebilir (Kızıl 2008). Çoğunlukla, görüşmeden haftalar ya da aylar önce hiçbir güçlük çekmeden yaptığı aktiviteleri yaparken artık yorulduğunu, bitkin düştüğünü söylemektedir (Atan Uçar 2007, Canım 2008, Tutkun 2008).

Yorgunluğun temel fizyopatolojisini araştıran son kanıt, sadece merkezi hemodinamiklerden ziyade kalp yetersizliği semptomlarına büyük ölçüde katkıda bulunan yapısal ve fonksiyonel anormallikleri işaret eder. Kalp yetersizliğinde görülen iskelet kası değişiklikleri; kas atrofisi, artmış glikolitik tip IIb fiberler, miyosin ağır zincirli tip IIb fiberlerde azalma, yağ asitlerinin oksidasyonu için gerekli mitokondriyal enzimlerde azalma ve azalmış mitokondriyal volüm yoğunluğuna neden olur. İskelet kaslarındaki bu değişiklikler metabolize olan dokular tarafından gerekli kanı pompalamak için kalbin yetersizliği tarafından tamamen açıklanamaz.

Yorgunluğun belirtileri bir zamanlar düşünüldüğü gibi sekonder kardiyak pompa yetersizliğinde oksijen gönderim azlığından ziyade oksijenden faydalanmak için çalışan kasın yetersizliği yüzünden olabilir (Çıtlık Sarıtaş 2008).

Yorgunluk kontrol altına alınmadığında, bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir (Yurtsever 2000, Yurtsever ve Bedük 2003).

Yorgunluk semptomunun bireyin günlük yaşam aktivitelerini sınırlamasını önlemek için, yorgunluğun değerlendirilmesi ve uygun aktivite planlaması ile bu semptomla etkili bir şekilde baş etmek gerekmektedir (Yurtsever 2000, Yurtsever ve Bedük 2003).

Hastaların yorgunluk ile etkili bir şekilde baş edebilmeleri için profesyonel sağlık ekibi üyelerinin önerilerine ihtiyaç vardır. Bu ekip içinde yer alan hemşirelerin ise, hastaların yorgunluk ile baş etmesinde önemli bir konuma sahip olduğu açıktır (Yurtsever 2000).

4.12. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak "iyi olma durumu" olarak kullanılan bir terimdir. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir (Eser 2006). Yaşam kalitesini etkileyen etmenler ise bireyin genel sağlık durumu, emosyonel durumu, kendisine olan saygısı, önceki bilgi ve deneyimleri, genel refah düzeyi, ekonomik ve sosyal durumudur. Yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeleri vardır. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; fiziksel aktivite yapabilme becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili algılarını içeren fizyolojik konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler ise; emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları içermektedir (Karayurt ve ark 2008).

4.12.1. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde kronik hastalıkların giderek artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmaktadır. Kronik hastalıklar ve tedavisi, bireyin yaşam tarzında değişikliklere neden olduğu için bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin hastalık süresi, tedavi tipi, hastalığa özel semptomların deneyim sıklığı, hastalığa uyum ve hastalığa ilişkin verilen eğitim olduğu belirtilmektedir (Özpancar 2008).

Kalp yetersizliği, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Kalp yetersizlikli hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşadıkları, ekonomik, cinsel ve psikososyal sorunlarının olduğu, iş yaşamında, aile, arkadaş ilişkilerinde sorunlarla karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır (Haworth et al 2005, Grange 2005, Akın ve Durna 2006, Karapolat ve ark 2006, Enç ve ark 2007, Demir ve Ünsar 2008, Demir 2008).

İyi bir yaşam kalitesini sürdürme kronik, ilerleyici bir hastalıkla yaşayan hastaların çoğunun daha uzun süre yaşaması için oldukça önemlidir. Kalp yetersizlikli bireyler sağlıklı bireyler ve diğer kronik hastalığı olan bireyler ile kıyaslandığında önemli derecede bozulmuş bir yaşam kalitesine sahiptirler ve bu

hastalar dispne, yorgunluk, ödem, uyku bozuklukları, depresyon ve göğüs ağrısı gibi çeşitli fiziksel ve emosyonel semptomlar deneyimlemektedir. Bu semptomlar hastaların günlük fiziksel ve sosyal aktivitelerini sınırlamakta ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Kötü / bozulmuş yaşam kalitesi ise hastaneye yatış ve mortalite oranlarını arttırmaktadır. Bu yüzden kalp yetersizlikli hastalarda hastalığın günlük yaşam üzerindeki etkisini belirlemek için yaşam kalitesinin uygun bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (Özer 2009).

Kalp yetersizliğinin başarılı bir şekilde yönetimi sıklıkla hastalar ve ailelerinin büyük ölçüde yaşam şekli değişikliklerine uyumunu gerektirmektedir (Özer 2002, Özer ve Argon 2005, Demir ve Ünsar 2008). Hastalar yeni kısıtlamalarla, sınırlılıklarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalıdır. Bu önlem ve gerekliliklerden herhangi birini başarmada yetersizlik, yaşam kalitesinde düşmeye, gereksiz hastane yatışlarına ve erken ölümlere yol açmaktadır. Bu yüzden önemli bir hedef olarak bu hastalarda yaşam kalitesini yükselten ve semptomları düzelten non-farmakolojik girişimlerin geliştirilmesi gerekmektedir (Özer 2002, Özer ve Argon 2005).

Yaşam biçiminin değiştirilmesi, düzenli ve kontrollü olduğu sürece kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesinin yükselmesi sağlanabilir.

4.13. Kalp Yetersizliği ve Hasta Eğitimi

Hasta ve ailesinin eğitimi, hemşireliğin önemli rollerinden biridir ve hemşirelik bakımında önemli bir yere sahiptir (Avşar 2006, Kızıl 2008).

Eğitim; bireyin davranışında, kendi yaşantısı yoluyla ve kasıtlı olarak istenilen yönde değişme meydana getirme sürecidir (Avşar 2006). Hasta eğitimi ise; hasta bireyi komplikasyonlardan, hastalığa eklenebilecek diğer sağlık sorunlarından korumayı, hastanın potansiyeli doğrultusunda mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamda kendi kendine yeterli duruma gelmesine yardımcı olmayı amaçlayan eğitim olarak açıklanabilir (Akçin 2000, Akçin 2006, Şenyuva ve Taşocak 2007, Kaya 2009).

Hasta eğitiminde amaç, hastaların sağlıkla ilgili davranışlarını düzelterek ve hastalıklarla başa çıkmasını sağlayarak sağlık ve sağlık bakımlarıyla ilgili karar alma yeteneklerini arttırmaya yardım etmektir (Avşar 2006). Kalp yetersizliği olan

hastalarda eğitimin amacı ise, mortalite ve morbiditenin azalması için hastaların yaşam biçimlerinde gerekli değişiklikler yapmalarını sağlamaktır (Kızıl 2008).

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinin yapısı değişmekte, hastaların hastanede yatış süreleri giderek kısalmakta, hasta ve ailesinin öz bakımla ilgili sorumlulukları artmakta, bu durum hasta ve ailesinin / yakınlarının gerekli eğitimi almalarını ve bu eğitimin sistematik, sorun çözümleyici ve kaliteli / nitelikli bir şekilde yerine getirilmesini zorunlu kılmaktadır (Akçin 2000, Akçin 2006, Şenyuva ve Taşocak 2007, Kaya 2009). Sağlık bakım sistemindeki tüm bu değişme ve gelişmeler ise, profesyonel hemşirenin sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesine, yeniden kazanılmasına ve rehabilitasyona yönelik etkinliklerinde eğitici rolünün öne çıkmasına neden olmaktadır (Akçin 2000, Şenyuva ve Taşocak 2007).

Kalp yetersizliği kronik bir hastalık olduğundan hasta eğitimi daha da önem kazanmaktadır. Hastanın ve ailesinin sağlık sorunlarıyla başa çıkabilecek davranış değişikliğini gerçekleştirebilmesi için eğitime, rehberliğe ve desteğe gereksinimi vardır. Bu nedenle hasta, ailesi ile birlikte ele alınmalı, eğitim sürecinin her aşamasına katılmalıdır (Kaya 2009).

Ancak literatür incelendiğinde, sağlık bakım sisteminde hemşirenin rolleri arasında bu kadar önemli bir yere sahip olan hasta eğitiminin istenilen düzeyde yapılmadığı vurgulanmaktadır. Ülkemizde hasta eğitimi konusunda yapılan çalışmalarda bu durumu desteklemektedir. Yapılan çalışmalar; eğitimde sürekliliğin sağlanamaması, eğitimin sistematik olmaması, hemşirelerin iş yükünün fazla, çalışma koşullarının stresli ve yoğun olması, iş doyumsuzluğu, hasta sayısının fazlalığı-hemşire sayısının azlığı, hemşirelik rollerine yeterince sahip çıkmama, hemşirelik rolleri ile ilgili olmayan işlerle uğraşma, zaman ayıramama, hasta eğitimine yönelik standartların ve yazılı kayıtların olmaması, öğretim araç-gereç yetersizliği vb. nedenlerden dolayı hasta eğitimi yapamadıklarını, yapanların ise planlı ve sistematik olmayan bir eğitimden söz ettikleri bilinmektedir. Dikkat çeken diğer bir nokta da, hemşirelerin bir kısmının hasta eğitimini kendi rolleri olarak görmediği, kendi rolü olduğunu kabul eden hemşirelerin bazılarının ise hasta eğitimi konusunda kendilerini yeterince hazır hissetmediğidir (Akçin 2000, Şenyuva ve Taşocak 2007).

Taburcu olan hastanın yeniden hastaneye yatmasını önlemek amacıyla, hemşirelerin sınırlı bir zaman dilimi içinde hasta ve ailesini evde verilecek bakıma hazırlamaları, onları eğitmeleri gerekmektedir (Avşar 2006).

Hasta ve aile eğitimine hastanede başlanır ve taburculuk sonrası hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri, telefonla haberleşme ile devam edilir. Hasta ve aile eğitimi, bu hastalarda daha sonraki hastaneye yatışları önlemede önemli bir faktördür (Demir ve Ünsar 2008).

4.14. Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımında birey merkezdedir ve kendisi ile ilgili kararlara katılır. Bu nedenle uygulanacak hemşirelik bakımı kapsamlı olmalı ve birey kendi bakımına doğrudan katılmalıdır. Ayrıca hastalara gerekli eğitim programları uygulanmalıdır (Sisk et al 2006, Demir 2008).

Hemşirelik bakımının içeriği;

1. Kalp yetersizliği hakkında hasta eğitimi;
   - Hastalık seyri,
   - İlaçları nasıl kullanacağı, yan etkileri, hangi durumlarda hekime başvuracağı,
   - Diyeti.
2. Öz bakım;

   →Semptom kontrolü: Hangi semptomlarda hekimine başvuracağı, hangi semptomlarda ne yapacağı anlatılmalıdır. Örneğin; kan basıncı düştüğünde ani pozisyon değişikliği yapmaması, istirahat etmesi gerektiği gibi.

   → Günlük kilo takibi: Her sabah kahvaltıdan önce, aç karnına, aynı giysilerle, aynı tartıyla tartılması gerektiği ve kilosunu takip çizelgesine kaydetmesi anlatılır.

   Hekim kontrolüne bu takibini getirmesi gerektiği söylenir.

   →Aktivitelerin düzenlenmesi: Düzenli egzersiz programı kişiye özel hazırlanmalı ve bu programı nasıl uygulayacağı anlatılmalıdır.

   → Sigarayı bırakma

   → Diyette tuz kısıtlaması

   → Alkolü bırakma

→ Tedavi rejimine uyum: İlaçlarını nasıl alacağı, yan etkilerin ne olduğu, hangi belirtilerde hekimine başvuracağı anlatılmalıdır (Grange 2005, Sisk et al 2006, Demir 2008).

3. İhtiyaç duyan hastaları gerekli bölümlere yönlendirme

Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk, efor intoleransı, çarpıntı, ayaklarda şişme, karın ağrısı, noktüri-oligüri, iştahsızlık, bulantı ve serebral semptomlar gibi pek çok semptom görülmektedir. Literatürde yorgunluk ve dispnenin konjestif kalp yetmezliği olan hastaların en önemli sorunu olduğu belirtilmektedir (Yurtsever 2000). Yapılan çalışmalar da literatürü desteklemektedir. Ancak, hastaların dispne ve yorgunluk semptomuyla baş edebilmesine yönelik hemşireler tarafından verilen eğitim ve eğitim sonuçlarına yönelik yapılan çalışmaya rastlanılamadı. Çalışmamızda dispne ve yorgunluk semptomunun incelenmesinin sebebi, bu iki semptomun en sık görülmesi ve hastaların en fazla rahatsızlık duydukları semptom olmasının yanında bu semptomların kontrol ve yönetiminin hastalara öğretilmesi sonucunda hastaların bunlarla başedebilme ve yaşam kalitelerini artırabilme durumlarının değerlendirilmesidir.

Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Tanıları ve Hemşirelik Girişimleri

Kalp yetersizliğinde;

- Gaz alışverişinde bozulma,
- Aktivite intoleransı,
- Uyku şeklinde bozukluk,
- Göğüs ağrısı,
- Yorgunluk,
- Sıvı volüm fazlalığı,
- Deri bütünlüğünde bozulma riski,
- Elektrolit dengesizliği,
- Kalp debisinde azalma,
- Yaralanma riski,
- Beslenmede değişiklik: Vücut gereksiniminden daha az besin alma,
- Konstipasyon,
- Anksiyete - korku konulabilecek hemşirelik tanılarındandır.

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER
Gaz Alışverişinde Bozulma	Pulmoner intertisyum ve alveollerde sıvı birikimi ve peritoneal bölgedeki sıvı birikimi nedeniyle diyafragma üzerine olan basınçla ilgili göğüs duvarının genişlemesindeki azalma	Solunum fonksiyonlarındaki değişiklik belirtileri ve bunların nedenleri belirlenerek değişiklik belirtilerinin düzeltilmesi ya da önlenmesi	1. Solunum sayısı ve ritmi değerlendirilir, önemli bir değişiklik varsa hekime bildirilir. 2. Kalp debisini arttıran girişimler uygulanır (Korku ve anksiyetesi azaltılır, kontrendike olmadıkça hastaya fowler pozisyonu verilir, hekim istemine göre oksijen inhalasyonu sürdürülür, hastaya 1-2 saatte bir pozisyon değiştirmesi derin nefes alıp vermesi veya spirometri kullanması öğretilir). 3. Pulmoner sekresyonların atılımını kolaylaştırmak için; 1-2 saatte bir öksürmede yardım edilir ve bu konuda eğitim verilir, ağızda kan, kusmuk gibi yabancı cisimler varsa ağız bakımı verilir, solunan hava nemlendirilir. 4. Serebral hipoksemiyi gösteren anksiyete, huzursuzluk gibi belirtiler takip edilir; hasta entübe ise yatak başı yükseltilir ve 2-4 saatte bir aspire edilir, periferler ısı, renk, nabız açısından değerlendirilir. Entübasyon için gerekli malzeme ve acil ilaçlar hastanın yanında hazır bulundurulur. Hastaya gaz yapan yiyeceklerin, karbonatlı içecekler ve büyük öğünlerin alınımından kaçınması konusunda eğitim verilir (gastrik distansiyonu ve diyafragma üzerindeki basınç artışını önlemek için). Aktivite izin verildiği ve tolere edebildiği düzeyde kademeli olarak artırılır. Merkezi sinir sistemi depresanları dikkatli bir şekilde verilir. Hekim istemine göre aşağıdaki ilaçlar verilir, etki ve yan etkileri değerlendirilir; → İnotropik ajanlar (Miyokard kontraktilitesini artırmak için), → Nitratlar (Vazodilatasyon için),

			→ Diüretikler (Akciğerdeki konjesyonu azaltmak için), → Aminofilin (Bronkospazmı gidermek için), → Morfin (Pulmoner vasküler konjesyonu ve anksiyeteyi azaltmak için) (Birol 2002, Enç 2007, Demir 2008).
Aktivite İntoleransı	Alveolar gaz değişiminin bozulması ve kalp debisinin azalması ile ilgili doku hipoksisi, yetersiz beslenme, dispne, sık tanılama ve tedaviler, korku, anksiyete ile ilgili dinlenme ve uyuma güçlüğü	Aktivite toleransının kontrol edilmesi ve giderek artırılması	1. Hasta aktivite intoleransı belirti ve bulguları yönünden değerlendirilir. 2. Yeni aktivitelerde hasta toleransı değerlendirilir (Kan basıncı, nabız, solunum hızı, ritmi, derinliği, bilinç düzeyi, enerjisi ve gücü ile ilgili hastanın sözlü ifadeleri). 3. Aşağıdaki belirti ve bulgulardan herhangi biri mevcutsa aktivite kesilir; a. Nabız sayısı istirahattakinden dakikada 30 atımdan fazla ise (beta-bloker alıyorsa dakikada 15 atımdan fazla), b. Sistolik kan basıncı istirahattaki seviyesinden 10 mmHg düşük veya daha az ise, c. Diyastolik kan basıncı istirahattaki seviyesinden 10 mmHg yüksek veya daha fazla ise, d. Yeni veya artan nabız düzensizliği varsa, e. Dispne, solunum hızında yavaşlama veya yüzeysel solunum, f. Algılama düzeyinde azalma ya da koordinasyon kaybı, g. Göğüs ya da bacak ağrısı, aşırı halsizlik varsa. 4. Aktivite kısıtlamaları hekim istemine göre sürdürülür.

			5. Hemşirelik bakımı aralıklı dinlenme periyotlarına izin verilecek şekilde organize edilir. 6. Ziyaretçi sayısı ve kalış süresi sınırlandırılır. 7. Hasta göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, baş dönmesi veya aşırı yorgunluk, halsizlik hissettiğinde hareketi sonlandırması konusunda eğitilir (Birol 2002, Enç 2007, Demir 2008).
Uyku Şeklinde Bozukluk	Anksiyete, korku veya dispne, alışılmadık çevre, fiziksel harekette azalma, tanı ve tedavi işlemlerin sıklığı, ortopne nedeniyle alışılmıs uyku pozisyonunu sağlamada yetersizlik	Yeterli uyumanın sağlanması	1. Dispneyi hafifletmek için solunum durumunu geliştirme girişimleri uygulanır. 2. Eğer hastada ortopne varsa solunumu kolaylaştıran bir pozisyon sağlamada hastaya yardım edilir. 3. Eğer istem yapılmışsa uyku sırasında oksijen tedavisi sürdürülür. 4. Korku ve anksiyeteyi azaltmak için girişimlerde bulunulur. 5. Gün boyunca izin verildiği ve tolere edildiği ölçüde aktivite artırılır (Birol 2002, Enç 2007, Demir 2008).

Göğüs Ağrısı	Vücudun metabolik ihtiyacını karşılamak için kalbin fazla çalışması, oluşan hipertrofi	Hastada ağrı oluşumunun önlenmesi ve mevcut ağrının giderilmesi	1. Göğüs ağrısının nasıl başladığı, niteliği, lokalizasyonu, süresi, yayılımı, şiddeti, arttıran azaltan faktörler, eşlik eden belirti ve bulgular değerlendirilir. 2. Ağrının şiddetini belirlemek için hastanın ağrısı için 1-10 arasında bir puan vermesi istenir. 3. Yatak istirahati sağlanır ve fowler pozisyonu verilir. 4. Hekim istemine göre oksijen uygulanır. 5. Solunum, kan basıncı ve nabız değerlendirilir. 6. Sakin bir ortamda hastaya güven veren ve anksiyetesini azaltacak şekilde bakım verilir. Rahatsızlık hissi geçene kadar hastanın yanında kalınır. 7. Ziyaretçi sayısı kısıtlanır. 8. Hekim istemine göre analjezik ve anti anjinal ilaçlar uygulanır ve sürekli olarak hastanın tedaviye cevabı değerlendirilir. 9. Hastaya her düzeydeki ağrının bildirilmesinin değerlendirme ve tedavide ne kadar önemli olduğu açıklanır. 10. Mesane distansiyonu varlığı değerlendirilir (atropin, sedatif ve opiumlar, yatak istirahati mesane distansiyonuna neden olabilir). 11. Kafein alımı kısıtlanır (Birol 2002, Enç 2007, Demir 2008).
Yorgunluk	Doku oksijenizasyonunda azalma	Yorgunluğun nedenlerinin bilinmesi ve	1.Bireye yorgunluğun nedenleri açıklanır. 2.Kişinin yaşamına yorgunluğun etkilerine ilişkin duygularını ifade etmesine izin verilir.

		günlük/haftalık aktiviteler için önceliklerin belirlenmesi	3.Bireyin güçlü yönlerini, yeteneklerini, ilgilerini tanımasına yardım edilir. 4.24 saatlik bir dönemde, her bir saatte yorgunluk düzeyini kaydetmesi bireye öğretilir. 5.24 saatlik yorgunluk düzeyleri birlikte analiz edilir. a. En fazla enerjik olduğu zaman b. Bitkin olduğu zaman c. Yorgunluğu arttıran aktiviteler 6.Başkalarına bırakılabilecek işleri tanımlaması için bireye yardım edilir. 7.Önemli görevleri enerjinin yüksek olduğu dönemlerde yapması için plan yapılır. 8.Enerji koruma teknikleri öğretilir. a. Çalışırken kullanılan objeleri ulaşılabilir konumda yerleştiriniz. b. Atlama-sıçrama, gidip gelme ve merdiven inip çıkmayı azaltınız. c. Güç işleri bütün haftaya yayınız. d. Güç işlerden önce dinleniniz ve yorulmadan önce bırakınız. e. Merdiven trabzanlarını kullanışlı şekilde düzenleyiniz. f. Araba kullanmak yerine sürücü isteyiniz. g. Günlük ev işlerini delege ediniz ya da başka işlerle takas ediniz. 9.Egzersizin fizyolojik ve psikolojik yararları açıklanır. 10.Stres ve çatışmaların enerji düzeyine etkileri açıklanır. 11.Etkili baş etme becerileri (gevşeme teknikleri) öğretilir (Carpenito 1999).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşire tarafından verilen eğitimin etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapıldı.

5.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

Kalp yetersizliğinin en önemli semptomlardan olan dispne ve yorgunlukla baş etmeye yönelik hemşire tarafından verilen eğitim sonrası;

- Hastanın genel sağlık düzeyi artar mı?
- Hastanın dispne düzeyi azalır mı?
- Hastada yorgunluk gelişimi azalır mı?
- Hastanın enerji düzeyi artar mı?
- Hastanın yaşam kalitesi artar mı?

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinin koroner yoğun bakım ve dahiliye servislerinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini Ekim 2008 - Ocak 2010 tarihleri arasında hastaneye yatan ve araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan kalp yetersizlikli 60 hasta oluşturdu. Örneklem yapılmadı.

Hasta seçim kriterleri;

- NYHA (New York Heart Association) sınıflamasına göre sınıf II, III, IV olma (sınıf I olan hastalar, hastanede yatmadığı için araştırma kapsamına alınmadı),
- İletişim sorunu olmama,
- Evde en az bir kişiyle birlikte yaşıyor olma,
- Hasta ya da birlikte yaşadığı kişinin en az okur-yazar olması,
- Tanılanmış psikiyatrik problemi olmama,

- Araştırmaya katılmayı kabul etme,
- Ev ziyaretini kabul etme.

Çalışmaya 30 deney ve 30 kontrol olmak üzere toplam 60 hasta alındı. Deney grubundaki hastalardan 1'i (%3,3) genel durumu kötü olduğu, 1'i (%3,3) şehir dışında olduğu ve 4'ü (%13,3) ex olduğu için; kontrol grubundaki hastalardan 2'si (%6,6) telefonuna ulaşılamadığı ve 3'ü (%10) ex olduğu için çalışmadan çıkarıldı. Böylece çalışma, 24 (%80) deney ve 25 (%83,3) kontrol olmak üzere 49 (%81,6) hasta ile tamamlandı.

5.4. Verilerin Toplanması

5.4.1. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak birey ve hastalığa ilişkin bilgileri içeren Soru Formu, Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Ölçeği, EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bazal Dispne İndeksi kullanıldı (**EK I, EK II, EK III, EK IV**). Ayrıca hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim amaçlı bir el kitapçığı verildi (**EK V**).

Bu veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek araştırmanın başlangıcında ve 3 ay sonrasında olmak üzere 2 kere toplandı.

5.4.1.1. Soru Formu - EK I

2002 yılında Özer tarafından hazırlanan soru formu birey ve hastalığa ilişkin hastadan ve dosyadan alınacak tanımlayıcı bilgileri, kişilerarası etkileşimi ve sağlık durumunun algılanmasını gösteren bilgileri içermek üzere dört bölümden oluşmaktadır.

a) **Bireye İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler:** Kalp yetersizlikli hastanın cinsiyeti, yaşı, boyu, kilosu, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, yaşam şekli, alışkanlıkları gibi sorulardan oluşmaktadır.
b) **Hastalıkla İlgili Özellikler:** Kalp yetersizliği tanısının belirlenme zamanı, kalp yetersizliği dışında başka bir hastalığa sahip olma durumu, ailede kalp

hastası olma durumu, kalp yetersizliği nedeniyle hastanede yatma durumu, en çok rahatsız eden kalp yetersizliği semptomları, hastalık nedeniyle kısıtlanan aktiviteler, tanı belirlendikten sonra uyulması istenen öneriler ve bu önerilere uyma durumunu gösteren hastadan alınacak bilgileri içermektedir. Kalp yetersizliği fonksiyonel sınıflaması, kalp yetersizliği nedeni, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon değeri, pulmoner basınç gibi dosyadan ve hekimden alınacak bilgiler de soru formu içeriğinde yer almaktadır.

c) **Ayrıca soru formunda** aile ve arkadaş ilişkileri gibi kişiler arası etkileşimi gösteren iki soru bulunmaktadır.
d) **Bunun yanında soru formu içeriğinde** sağlık durumunun nasıl algılandığını gösteren bir soru yer almaktadır (Özer 2002).

5.4.1.2. Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Ölçeği - EK II

1990 yılında Lee ve ark.'ları tarafından geliştirilen ölçek 18 maddeden oluşmaktadır (Yurtsever ve Bedük 2003, Üstün 2006). Bu maddelerin 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. maddeleri yorgunluk, 6, 7, 8, 9, 10. maddeleri enerji alt ölçeklerine ilişkindir (Yurtsever ve Bedük 2003). Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Ölçeği, bir ucunda en olumlu, diğer ucunda ise en olumsuz ifadenin yer aldığı ve iki ifade arasında 10 cm'lik çizgilerin bulunduğu satırlardan oluşmaktadır. Yorgunluk alt ölçeğinin maddeleri en olumludan en olumsuza, enerji alt ölçeğinin maddeleri en olumsuzdan en olumluya doğru gitmektedir. Yorgunluk ölçeğinin yüksek puanı, enerji alt ölçeğinin ise düşük puanı yorgunluğun şiddetinin fazla olduğunu göstermektedir. Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Ölçeği'nin puanlama aralığı açık olarak belirtilmediği için puanlama aralığı olan ölçeklere oranla daha duyarlı çözüm sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca bu ölçek, kullanımı kolay, kısa ve anlaşılır olması nedeni ile tercih edilmektedir (Yurtsever ve Bedük 2003, Üstün 2006). Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Yurtsever (2003) tarafından hemodiyaliz uygulanan bireylerde gerçekleştirilmiştir (Üstün 2006). Ölçeğin güvenirlik çalışması için iç tutarlılık analizi yapılmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda; 13 maddelik yorgunluk alt ölçeğinin Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı 0.90, 5 maddelik enerji alt ölçeği için ise 0.74 olarak bulunmuştur. Bu değerler 0.01 anlamlılık düzeyinde önemlidir (Yurtsever ve Bedük 2003). Bizim çalışmamızda 13

maddelik yorgunluk alt ölçeğinin Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı 0.74, 5 maddelik enerji alt ölçeği için ise 0.78 olarak bulundu.

5.4.1.3. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği - EK III

Ölçek EORTC tarafından geliştirilmiş, Beşer ve Öz tarafından kapsam geçerliği ve güvenirlik çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı 0,66 olarak belirlendi. EORTC QLQ C-30 Version 3.0 yaşam kalitesi ölçeği kanserli hastalarda tüm dünyada yaygın kullanılan bir yaşam kalitesi anketidir. Ölçek, genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık ve 30 soru içermektedir (Beşer ve Öz 2003, Ertem ve ark 2009).

15 sorudan oluşan fonksiyonel ölçekte; fiziksel fonksiyon (1-5), uğraş fonksiyonu (6, 7), duygusal fonksiyon (21-24), kavrama fonksiyonu (20, 25), sosyal fonksiyon (26, 27) soruları ile temsil etmekte olup günlük yaşamını sürdürme fonksiyonları sorgulanmaktadır (Şekil 1).

13 sorudan oluşan semptom ölçeğinde; yorgunluk (10, 12, 18), bulantı ve kusma (14, 15), ağrı (9, 19), nefes darlığı (8), uykusuzluk (11), iştah kaybı (13), konstipasyon (16), diyare (17), mali zorluklar (28) soruları ile araştırılmakta olup hastanın yaşam kalitesini etkileyen spesifik semptomlar ortaya konulabilmektedir (Şekil 1).

Son iki soru (29, 30) genel sağlık durum ölçeğini temsil etmekte olup hastanın bir bütün olarak kendi yaşam kalitesini değerlendirmesini gösterir (Şekil 1). Genel sağlık ölçeğinde çok kötü ve mükemmel arası 1'den 7 puana kadar olan seçenekler vardır (Kaya 2006). Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir (Beşer ve Öz 2003, Kanarığ Gürel 2007, Ertem ve ark 2009). Fonksiyonel ve semptom ölçeklerini gösteren 28 soruda, her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) şeklinde dört seçenek vardır (Kaya 2006). Fonksiyonel Alan ve Semptomlar bölümlerinde ise alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (Beşer ve Öz 2003, Kanarığ Gürel 2007, Ertem ve ark 2009).

YAŞAM KALİTESİ ALT BAŞLIKLARI	SORULAR
Genel İyilik Hali	29, 30
Ekonomik güçlük	28
Fonksiyonel Güçlükler	
Fiziksel fonksiyonlar	1, 2, 3, 4, 5
Rol performansı	6, 7
Emosyonel durum	21, 22, 23
Bilişsel durum	20, 25
Sosyal durum	26, 27
Semptom Kontrolü	
Yorgunluk	10, 12, 18
Bulantı, Kusma	4, 15
Ağrı	9, 19
Solunum güçlüğü	8
Uyuma güçlüğü	11
İştah kaybı	13
Kabızlık	16
İshal	17

Şekil 1. Yaşam kalitesi alt gruplarının soruları

5.4.1.4. Bazal Dispne İndeksi (BDİ) - EK IV

Mahler ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği farklı araştırmacılar tarafından yapılmış olan BDİ (Demir ve ark 2003, Özalevli ve Uçan 2004, Çil, Pınar ve Demir 2006) aktivite nedeniyle oluşan dispneyi ölçmekte; fonksiyonel durum (günlük yaşam aktivitelerini yapma düzeyi), efor kapasitesi (aktiviteleri gerçekleştirmeyi sağlayan zorlu eforlar) ve iş kapasitesi olmak üzere üç farklı alanda ölçüm yapmaktadır. Her alana 0 (çok şiddetli bozukluk olması) ile 4 (hiç bozukluk olmaması) arasında puan verilmekte; değerlendirme tek puan ile yapılmaktadır. Total ölçek puanı 0 ile 12 puan arasında değişmekte, alınan puan azaldıkça dispne şiddeti artmaktadır (Mahler et al 1984, Özalevli ve Uçan 2004, Çil Akıncı 2008).

5.5. Hasta Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi - EK V

Hasta ve aile eğitiminin, kalp yetersizliğinin yönetiminde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli olduğu düşüncesiyle, kalp yetersizlikli hastaların eğitim gereksinimleri ile ilgili yapılan araştırma sonuçları ve konu ile ilgili eğitim materyalleri incelenerek ayrıca araştırmacının klinik gözlemleri, diğer sağlık ekibi ile paylaşımlarından yararlanılarak hasta eğitim kitapçığı hazırlandı.

Bu kitapçıkta;

- Kalbin yapısı ve işlevi
- Kalp yetersizliğinin tanımı
- Kalp yetersizliğinin nedeni
- Kalp yetersizliğinin risk faktörleri
- Kalp yetersizliğinin belirtileri
- Kalp yetersizliğinin tedavisi
- Dispne ve yorgunluk semptomunun yönetimi

1. Solunum egzersizleri
    - Büzük dudak solunumu
    - Diyafram solunumu
2. Solunum kontrolü
3. Gevşeme teknikleri
    - Destekleme pozisyonları
4. Balgam çıkarma
    - Kontrollü öksürme tekniği
    - Güçlü nefes verme tekniği
    - Göğüse ritmik bir şekilde elle vurma
    - Göğüste titreşim oluşturma
5. Günlük işlerde değişiklikler yapma
    - Çevreyi düzenleme
    - İletişim
    - Hareket
    - Kişisel temizlik ve giyinme
    - Yeme ve içme

Yemek hazırlama ve pişirme

Boşaltım

Uyku

Cinsellik

6. Enerji koruma tekniklerini kullanma
7. Egzersiz
8. Sigarayı bırakma konuları ele alındı.

Hasta eğitimi, eğitim planı doğrultusunda gerçekleştirildi (**EK IX**).

5.6. Verilerin Toplanmasında İzlenen Yol

Çalışmanın yapıldığı birimde çalışan hekim, hemşire ve diğer çalışanlara çalışmanın amacı ve izlenecek yöntem konusunda bilgi verilerek işbirliği sağlandı. Çalışmanın ilk aşamasında araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan çalışma grubundaki 60 hasta rastlantısal yöntemle deney ve kontrol grubuna ayrıldı. Randomizasyon hastaların yatak numaralarına göre yapılarak; yatak numarasının sonu tek sayı ile biten hastalar deney grubuna, çift sayı ile biten hastalar kontrol grubuna alındı. Bu yöntem ile 30 hasta deney, 30 hasta kontrol grubuna seçildi.

Çalışmaya katılan hastalara çalışmanın amacı, planı ve yararları açıklandı; kendilerine bu çalışmaya katılmaya istekli olup olmadıkları soruldu ve izinleri alınarak uygulamaya başlandı. Çalışmaya katılan hastaların ilk değerlendirmeleri hastanede yapıldı. Her iki gruba da araştırmada kullanılan anket soruları yöneltildi. Hastayla ilgili bazı bilgiler hasta dosyasından ve hekiminden alındı. Deney grubunu oluşturan hastaların uygun oldukları saatler öğrenilerek hastalık hakkındaki eğitim hastanede uygulandı. Eğitimlerin kalıcı olması için her hastaya bir adet eğitim kitapçığı verildi. Okuma yazması olmayan hastaların eğitim kitapçığı ise hasta ile ilgilenen yakınlarına verildi. Eğitimler sırasında hastalara 3 ay boyunca yapması gerekenler gösterildi ve hastalara uygulatılarak öğrenmeleri sağlandı. Kontrol grubundaki hastalara çalışma süresince hiçbir müdahalede bulunulmadı. Ancak etik açıdan sorusu olan olguların sorularına yanıt verildi. Her iki gruptaki hastalara 3 ay sonra yapılacak ev ziyareti hakkında açıklama yapıldı. Evde görüşmek üzere randevu alınan hastalar görüşmeden bir gün önce aranarak randevuları hatırlatıldı. Hastalığa, tedaviye ve bakıma uyum açısından sosyal desteğin önemli olduğu düşünülerek, bu

randevular sırasında evde en az bir kişinin olması sağlandı. Ev ziyareti sırasında araştırmada kullanılan veri toplama araçları, araştırmacı tarafından tekrar dolduruldu ve veri toplama süresi ortalama 30-45 dakika arasında değişti. Başlangıçta eğitim verilmeyen kontrol grubu hastalarının eğitim gereksinimleri bu ziyaretler sırasında karşılandı ve her hastaya bir adet eğitim kitapçığı verildi.

5.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.0 programı kullanıldı. Değerlendirmede iki grup arasında kategorik değişkenler için ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı. Bazal Dispne İndeksi, Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Ölçeği ve EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin her bir grubu için önce ve sonra değerlendirmelerinde Wilcoxon test, gruplar arası fark değerlendirmelerinde Mann-Whitney U test, her bir grupta bağımsız değişkenlerin ölçekler ile ilgili ilişkisinin değerlendirilmesinde ise Mann Whitney U test ve Kruskall Wallis tek yönlü varyans analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık iki yönlü ve $p<0,05$ olarak kabul edildi.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütüleceği Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan uygulama izni alındı **(EK VI)**

Araştırma kriterlerini karşılayan olgulara çalışmanın amacı, planı ve yararları açıklanarak Hasta Bilgilendirme Formu **(EK VII)** imzalatıldı. Bu açıklamalar doğrultusunda çalışmaya katılmaya istekli olan hastalara Hasta Onam Formu **(EK VIII)** imzalatılarak uygulamaya başlandı.

5.9. Araştırmanın Uygulanmasında ve Veri Toplanmasında Karşılaşılan Durumlar

5.9.1. Olumlu Durumlar

- Ev ziyaretleri yapıldığından hasta memnuniyetinin artması ve karşılıklı güven ilişkisinin kurulması

- Hasta eğitim kitapçığının hastalar tarafından okunması ve yararlı olduğunun bildirilmesi
- Hasta eğitim kitapçığındaki önerilere, araştırma kapsamındaki hastaların, araştırma bitmesine rağmen devam etmeleri
- Sağlıklı bireyler olan hasta yakınlarının da eğitim kitapçığındaki önerileri uyguladıklarını ifade etmeleri
- Araştırma kapsamındaki hastaların kendileri ile aynı durumda olan hastalara araştırma konusundan bahsetmeleri
- Hastaların genel olarak sağlığın geliştirilmesine yönelik olumlu bakış açısı kazanmaları
- Hastaların ve diğer sağlık ekibi üyelerinin hemşirelik disiplinine bakış açılarının değişmesi

5.9.2. Olumsuz Durumlar

- Araştırmacının araştırmanın yürütüldüğü kliniklerde sürekli bulunmaması nedeni ile güçlükler yaşanması (hasta kabulünden haberdar olmama, bakımda sürekliliğin aksaması, hasta güvenini sağlamada zorluk yaşama)
- Ev ziyaretlerinin ve kontrol grubu eğitimlerinin hasta evinde yapılması nedeni ile güçlükler yaşanması (ulaşım, zaman, ekonomi)
- İlk değerlendirmeden sonra 3 aylık bir zaman diliminin olması nedeni ile hastaların sağlık durumunda değişiklikler olması ve verilen eğitimi yapmayı bırakması
- Çalışmaya alınan hasta grubundan ölümlerin olması nedeniyle çalışmadan çıkan hastaların evreni küçültmesi
- İkinci değerlendirme zamanında şehir dışında olan hastaların evreni küçültmesi
- Telefonuna ulaşılamayan hastaların evreni küçültmesi
- Hasta grubunun genellikle yaşlılardan oluşması nedeni ile veri toplama ve eğitim aşamalarının çok uzun zaman alması

Tüm bu faktörler çalışmanın planlanan sayıda bireyle ve zamanında tamamlanmasına engel olmuştur.

6. BULGULAR

Bu bölümde, kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşire tarafından verilen eğitiminin etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmamızın bulguları aşağıdaki başlıklar halinde sunuldu.

- Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı ve hastalık ile ilgili özellikleri
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların dispne ile ilgili özellikleri
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların yorgunluk ile ilgili özellikleri
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi ile ilgili özellikleri

6.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık ile İlgili Özellikleri

Tablo 6.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

DEĞİŞKENLER		**DENEY GRUBU (n=24)**		**KONTROL GRUBU (n=25)**		**İKİ YÖNLÜ ANLAMLILIK**
Yaş (Ort±SS yıl)		67,33±10,47		71,72±8,43		t= -1,62 p= 0,112
		n	**%**	**n**	**%**	**x^2 ; p**
Cinsiyet	Kadın	14	58,33	14	56,00	0,02 ; 0,86
	Erkek	10	41,67	11	44,00	
Medeni Durum	Evli	11	45,83	13	52,00	0,19 ; 0,900
	Bekar	1	4,17	1	4,00	
	Dul	12	50,00	11	44,00	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	5	20,83	11	44,00	3,61 ; 0,460
	Okur-yazar	0	0	0	0	
	İlkokul mezunu	10	41,67	9	36,00	
	Ortaokul mezunu	4	16,67	2	8	
	Lise mezunu	4	16,67	2	8	
	Fakülte/Yüksekokul mezunu	1	4,17	1	4	
Çalışma Durumu	Çalışan	1	4,17	2	8,00	0,31 ; 0,570
	Çalışmayan	23	95,83	23	92,00	
Sağlık Güvencesi	Yok	2	8,33	1	4,00	
	Emekli Sandığı	4	16,67	3	12,00	
	Yeşil Kart	0	0	1	4	
	SSK	11	45,83	16	64,00	
	Özel Sigorta	1	4,17	0	0	
	Bağkur	6	25,00	4	16,00	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	9	37,50	15	60,00	2,56 ; 0,270
	Gelir gidere denk	14	58,33	9	36,00	
	Gelir giderden fazla	1	4,17	1	4,00	

***P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001**

Olguların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; deney grubunun yaş ortalamasının 67,33±10,47 yıl, kontrol grubunun 71,72±8,43 yıl olduğu, deney grubundaki hastaların %58,33'ünün, kontrol grubundakilerin %56'sının kadın olduğu; deney grubundaki hastaların %45,83'ünün, kontrol grubundakilerin %52'sinin evli olduğu; deney grubundaki hastaların %41,67'sinin, kontrol grubundakilerin %36'sının ilkokul mezunu olduğu; deney grubundaki hastaların %95,83'ünün, kontrol grubundakilerin %92'sinin çalışmadığı; deney grubundaki hastaların %8,33'ünün, kontrol grubundakilerin %4'ünün herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı; hastalara "geliriniz gidere göre ne durumdadır" sorusu yöneltildiğinde deney grubundaki hastaların %58,33'ünün, kontrol grubundakilerin %36'sının gelirinin gidere denk olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubu arasında tanıtıcı özellikler yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$), (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.2. Hastaların Yaşam Şekli ve Alışkanlıkları

DEĞİŞKENLER		DENEY GRUBU (n=24)		KONTROL GRUBU (n=25)		İKİ YÖNLÜ ANLAMLILIK		
		n	%	n	%	x^2	;	p
Yaşam Şekli	Yalnız	5	20,83	3	12,00	1,79	;	0,610
	Eşle Birlikte	7	29,17	11	44,00			
	Eş ve Çocuklar	5	20,83	6	24,00			
	Diğer	7	29,17	5	20,00			
Bakımla İlgilenen Biri	Var	19	79,17	20	80,00	0	;	0,940
	Yok	5	20,83	5	20,00			
Bakımla İlgilenenler	Eş	7	36,84	8	40,00	3,04	;	0,380
	Çocuklar	9	47,37	9	45,00			
	Bakıcı	2	10,53	0	0			
	Diğer	1	5,26	3	15,00			
Sigara Alışkanlığı	Evet	2	8,33	2	8,00	0,04	;	0,970
	Hayır	15	62,50	15	60,00			
	Bıraktım	7	29,17	8	32,00			
Alkol Alışkanlığı	Evet	1	4,17	0	0	3,52	;	0,170
	Hayır	16	66,67	22	88,00			
	Bıraktım	7	29,17	3	12,00			

***P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001**

Olguların yaşam şekillerinin dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %29,17'sinin, kontrol grubundakilerin %44'ünün eşiyle birlikte yaşadığı görülmektedir. "Bakımınızla ilgilenen biri var mı" sorusuna deney grubundaki hastaların %79,17'si, kontrol grubundakilerin %80'i evet yanıtını vermiştir. Hastalara "bakımınızla kimler ilgileniyor" sorusu yöneltildiğinde deney grubundaki hastaların %47,37'sinin, kontrol grubundakilerin %45'inin çocuklar yanıtını verdiği saptandı. Sigara ve alkol alışkanlığı açısından olguların dağılımına bakıldığında deney grubundaki hastaların %62,50'sinin, kontrol grubundakilerin %60'ının hiç sigara içmediği; deney grubundaki hastaların %66,67'sinin, kontrol grubundakilerin %88'inin hiç alkol kullanmadığı görüldü. Deney ve kontrol grubu arasında yaşam şekli ve alışkanlıklar yönünden anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$), (Tablo 6.1.2).

Tablo 6.1.3. Hastaların Hastalık Özellikleri

DEĞİŞKENLER		DENEY GRUBU (n=24)		KONTROL GRUBU (n=25)		İKİ YÖNLÜ ANLAMLILIK		
		n	%	n	%	x^2	;	p
Kalp Yetersizliği Tanısının Belirlenme Zamanı	6-12 ay	5	20,83	5	20,00	0,21	;	0,890
	13-24 ay	6	25,00	5	20,00			
	25 ay ve üzeri	13	54,17	15	60,00			
Kalp Yetersizliği Dışındaki Hastalık	Hipertansiyon	19	79,17	20	80,00			
	DM	8	33,33	8	32,00			
	Solunum sist. hast.	4	16,67	4	16,00			
	GİS problemleri	4	16,67	5	20,00			
	Nörolojik problemler	4	16,67	3	12,00			
	Başka bir hastalık yok	2	8,33	0	0			
	Diğer	4	16,67	40	40,00			
Ailede Kalp Hastası	Var	19	79,17	16	64,00	1,38	;	0,240
	Yok	5	20,83	9	36,00			
Hastanın Yakınlık Derecesi	1. derece yakın	17	89,47	13	81,25	0,48	;	0,480
	2. derece yakın	2	10,53	3	18,75			
Hastanede Yatma Durumu	Yatan	17	70,83	18	72,00	0	;	0,920
	Yatmayan	7	29,17	7	28,00			
Hastanede Yatma Sayısı	1 kez	6	35,29	5	27,78			
	2 kez	3	17,65	3	16,67			
	3 veya daha fazla kez	8	47,05	10	55,55			
İlaçların Etkilerini Bilme	Bilen	8	33,33	8	32,00	3,64	;	0,160
	Bilmeyen	6	25,00	12	48,00			
	Kısmen bilen	10	41,67	5	20,00			
İlaçları Reçeteye Göre Kullanma	Her zaman	14	58,33	17	68,00	2,27	;	0,320
	Çoğunlukla	8	33,33	8	32,00			
	Bazen	2	8,33	0	0			
Düzenli Doktor Kontrollerine Gitme	Giden	11	45,83	14	56,00	0,5	;	0,470
	Gitmeyen	13	54,17	11	44,00			
Düzenli Kilo Kontrolü Yapma	Yapan	2	8,33	2	8,00	0	;	0,960
	Yapmayan	22	91,67	23	92,00			
Bacaklarda Ödem Varlığı	Var	21	87,50	22	88,00	0	;	0,980
	Yok	3	12,50	3	12,00			

***P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001**

Olguların hastalık ile ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hastalık süresinin deney grubundaki hastaların %54,17'sinde, kontrol grubundakilerin %60'ında 25 ay ve üzerinde olduğu; "kalp yetmezliği dışında başka bir hastalığınız var mı" sorusunu

deney grubundaki hastaların %79,17'sinin, kontrol grubundakilerin %80'inin hipertansiyon olarak yanıtladığı; deney grubundaki hastaların %79,17'sinin, kontrol grubundakilerin %64'ünün ailesinde kalp hastalığı olduğu; deney grubundaki hastaların %89,47'sinin, kontrol grubundakilerin %81,25'inin birinci dereceden yakın olduğu; deney grubundaki hastaların %70,83'ünün, kontrol grubundakilerin %72'sinin kalp yetersizliği nedeniyle daha önce hastanede yattığı; deney grubundaki hastaların %47,05'inin, kontrol grubundakilerin %55,55'inin 3 veya daha fazla kez hastanede yattığı; deney grubundaki hastaların %33,33'ünün, kontrol grubundakilerin %32'sinin kullandıkları ilaçların etkilerini bildiği; "İlaçlarınızı reçetede belirtildiği gibi mi kullanıyorsunuz" sorusu yöneltildiğinde, deney grubundaki hastaların %58,33'ünün, kontrol grubundakilerin %68'inin her zaman olarak yanıtladığı; deney grubundaki hastaların %54,17'sinin, kontrol grubundakilerin %44'ünün düzenli doktor kontrollerine gitmediği; deney grubundaki hastaların %91,67'sinin, kontrol grubundakilerin %92'sinin düzenli kilo kontrolü yapmadığı; deney grubundaki hastaların %87,50'sinde, kontrol grubundakilerin %88'inde ödem olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubu arasında hastalık özellikleri yönünden anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05), (Tablo 6.1.3).

Tablo 6.1.4. Hastaların Kalp Yetersizliği Nedeniyle Rahatsızlık Duydukları Semptomlar

SEMPTOMLAR	DENEY GRUBU (n= 24)		KONTROL GRUBU (n= 25)	
	*n	%	*n	%
Diüretikle İlgili Semptomlar	7	29,1	7	28,00
Dispne	24	100	24	96,00
Ödem	20	83,3	21	84,00
Konsantrasyon Azalması	5	20,8	9	36,00
Denge Kaybı / Düşme	6	25,00	4	16,00
Göğüs Ağrısı	9	37,5	7	28,00
Yorgunluk / Güçsüzlük	24	100	24	96,00
Sıkıntılı Uyku	12	50,00	12	48,00
Aktiviteleri Gerçekleştirmede Zorluk	17	70,8	15	60,00
Kilo Kaybı	7	29,1	9	36,00

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

Olguların kalp yetersizliği nedeniyle rahatsızlık duydukları semptomların dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %100'ünün, kontrol grubundakilerin %96'sının dispneden ve yorgunluktan; deney grubundaki hastaların %83,3'ünün, kontrol grubundakilerin 84'ünün ödemden; deney grubundaki hastaların %70,8'inin, kontrol grubundakilerin %60'ının aktiviteleri gerçekleştirmede zorluktan rahatsızlık duydukları saptandı. Deney ve kontrol grubundaki hastaların en çok rahatsızlık duydukları semptomlarının dağılımı birbiriyle benzerlik gösterdi (Tablo 6.1.4).

Tablo 6.1.5. Hastaların Kalp Yetersizliği Nedeniyle En Fazla Rahatsızlık Duydukları Semptomlar

EN ÇOK RAHATSIZ EDEN SEMPTOM DAĞILIMI	DENEY GRUBU (n= 24)		KONTROL GRUBU (n= 25)	
	*n	%	*n	%
Dispne	12	50,00	15	62,50
Yorgunluk / Güçsüzlük	7	29,17	10	41,67
Aktiviteleri Gerçekleştirmede Zorluk	3	17,65	-	-
Ödem	2	10,00	1	4,76
Sıkıntılı Uyku	1	8,33	1	8,33
Göğüs Ağrısı	-	-	1	14,29
Konsantrasyon Azalması	-	-	1	11,11

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

Hastalara, rahatsızlık duyduğunuz semptomları öncelik sırasına göre numaralandırın denildiğinde, dispneden rahatsızlık duyduğunu belirten deney grubundaki hastaların %50'sinin, kontrol grubundakilerin %62,50'sinin dispneyi birinci sırada; yorgunluktan rahatsızlık duyduğunu belirten deney grubundaki hastaların %29,17'sinin, kontrol grubundakilerin %41,67'sinin yorgunluğu birinci sırada belirttiği saptandı (Tablo 6.1.5).

Tablo 6.1.6. Hastaların Kalp Yetersizliği Nedeniyle Kısıtlanan Aktiviteleri

KISITLANAN AKTİVİTELER	DENEY GRUBU (n= 24)		KONTROL GRUBU (n= 25)	
	*n	%	*n	%
Motorlu Taşıt / Otomobil Kullanmak	7	29,1	4	16,00
Ev İşi Yapmak	14	58,3	14	56,00
Çabuk ve Acele Davranabilme Yeteneği	21	87,5	21	84,00
Egzersiz Yapmak	9	37,5	6	24,00
Seksüel Yaşantı	3	12,5	1	4,00
Yokuş Yukarı veya Merdiven Çıkma	24	100	25	100
Güç ve Enerji İsteyen Aletleri Kullanma	14	58,3	18	72,00
Kişisel Hijyen	14	58,3	20	80,00

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

Olguların kalp yetersizliği nedeniyle kısıtlanan aktiviteleri incelendiğinde; hem deney hem kontrol grubundaki hastaların %100'ünün yokuş yukarı ve merdiven çıkmada; deney grubundaki hastaların %87,5'inin, kontrol grubundakilerin %84'ünün çabuk ve acele davranabilme yeteneğinde; deney grubundaki hastaların %58,3'ünün, kontrol grubundakilerin %72'sinin güç ve enerji isteyen aletleri kullanmada kısıtlama yaşadığı görüldü. Deney ve kontrol grubundaki hastaların kalp yetersizliği nedeniyle kısıtlanan aktivitelerinin dağılımı birbiriyle benzerlik gösterdi (Tablo 6.1.6).

Tablo 6.1.7. Hastalara Diyet ve Egzersiz Önerilme ve Hastaların Bu Önerilere Uyma Durumları

DEĞİŞKENLER		DENEY GRUBU (n=24)		KONTROL GRUBU (n=25)		İKİ YÖNLÜ ANLAMLILIK
		n	%	n	%	x^2 ; p
Diyet Önerilme	Önerilen	19	79,17	16	64,00	1,38 ; 0,240
	Önerilmeyen	5	20,83	9	36,00	
Diyete Uyma Durumu	Uyan	7	29,2	5	24.5	1,36 ; 0,50
	Kısmen Uyan	6	25.0	10	32.7	
	Uymayan	11	45,8	10	42.9	
Egzersiz Önerilme	Önerilen	11	45,83	7	28,00	1,67 ; 0,19
	Önerilmeyen	13	54,17	18	72,00	
Egzersiz Yapma Durumu	Yapan	6	25,00	5	20,00	1.38 ; 0,49
	Yapmayan	18	75,00	20	80,00	

***P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001**

Tablo 6.1.7'de görüldüğü gibi deney grubundaki hastaların %79,17'sine diyet önerildiği ve diyet önerilen hastaların %29,2'sinin bu diyete uyduğu, kontrol grubundaki hastaların %64'üne diyet önerildiği ve diyet önerilen hastaların %24,5'inin bu diyete uyduğu, deney grubundaki hastaların %45,83'üne egzersiz önerildiği ve egzersiz önerilen hastaların %75'inin egzersiz yapmadığı, kontrol grubundakilerin %28'ine egzersiz önerildiği ve egzersiz önerilen hastaların %80'inin egzersiz yapmadığı saptandı. Deney ve kontrol grubu arasında diyet ve egzersiz önerilme ve hastaların bu önerilere uyma durumları yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05), (Tablo 6.1.7).

Tablo 6.1.8. Hastaların Kalp Yetersizliği Sınıfı, Kalp Yetersizliği Nedeni ve Ejeksiyon Fraksiyon (EF) Değeri

ÖZELLİKLER		DENEY GRUBU (n=24)		KONTROL GRUBU (n=25)		İKİ YÖNLÜ ANLAMLILIK	
		n	%	n	%	x^2 ;	p
Kalp Yetersizliği Sınıfı	NYHA-II	2	8,33	5	20.00	3.74 ;	0,15
	NYHA-III	21	87,50	16	64.00		
	NYHA-IV	1	4,17	4	16.00		
Kalp Yetersizliğinin Nedeni	İskemik Kalp Hast.	7	29,20	6	24,00	1,08 ;	0,78
	Kapak Hastalığı	1	4,20	1	4,00		
	Hipertansiyon	16	66,60	17	68,00		
	Diğer (Myokardit vb.)	0	0,00	1	4,00		
Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu		•23 Ort= 55,74		•24 Ort= 54,71		t= 0,39 ;	0,696

***P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001**

• Deney ve kontrol grubundan 1'er hastanın EF sonucu olmadığı için sınıflandırılamadı.

Deney grubundaki hastaların %87,50'sinin, kontrol grubundakilerin %64'ünün New York Kalp Derneği sınıflamasına göre NYHA III. grupta yer aldığı görüldü. Hastaların kalp yetersizliğinin nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %66,60'ında, kontrol grubundakilerin %68'inde hipertansiyona bağlı geliştiği saptandı. Hastaların ejeksiyon fraksiyon değerlerinin ortalamasına bakıldığında; deney grubundaki hastaların 55,74, kontrol grubundakilerin 54,71 olduğu görüldü. Kalp yetersizliği sınıfı, nedenleri ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyon değerleri açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), (Tablo 6.1.8).

Tablo 6.1.9. Hastaların 1. İzlem ve 2. İzlemde Sağlıklarını Algılama Durumları

SAĞLIK DURUMUNU ALGILAMA	DENEY GRUBU (n=24)				KONTROL GRUBU (n=25)				İKİ YÖNLÜ ANLAMLILIK	
	1. İzlem		2. İzlem		1.İzlem		2. İzlem		1. İzlem	2. İzlem
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Çok İyi	0	0,00	8	33,33	0	0,00	0	0,00	$x^2 = 1,53$	$x^2 = 15,24$
İyi	5	20,83	11	45,83	8	32,00	9	36,00	**p=** 0,460	**p=** 0,002**
Kötü	12	50,00	5	20,83	13	52,00	11	44,00		
Çok Kötü	7	29,17	0	0,00	4	16,00	5	20,00		

***P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001**

Hastalara "Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz" sorusu yöneltildiğinde deney grubundaki hastaların ilk izlemde %50'sinin, kontrol grubundakilerin %52'sinin kötü olarak belirttiği, üç ay sonraki izlemde aynı soru yöneltildiğinde deney grubundaki hastaların %20,83'ünün, kontrol grubundakilerin %44'ünün kötü olarak belirttiği saptandı. Deney ve kontrol grubu arasında sağlık durumlarını algılamaları yönünden ilk değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı (p>0,05); üç ay sonraki değerlendirmede ise istatistiksel olarak deney grubu lehine anlamlı fark olduğu (p<0,01) görüldü (Tablo 6.1.9).

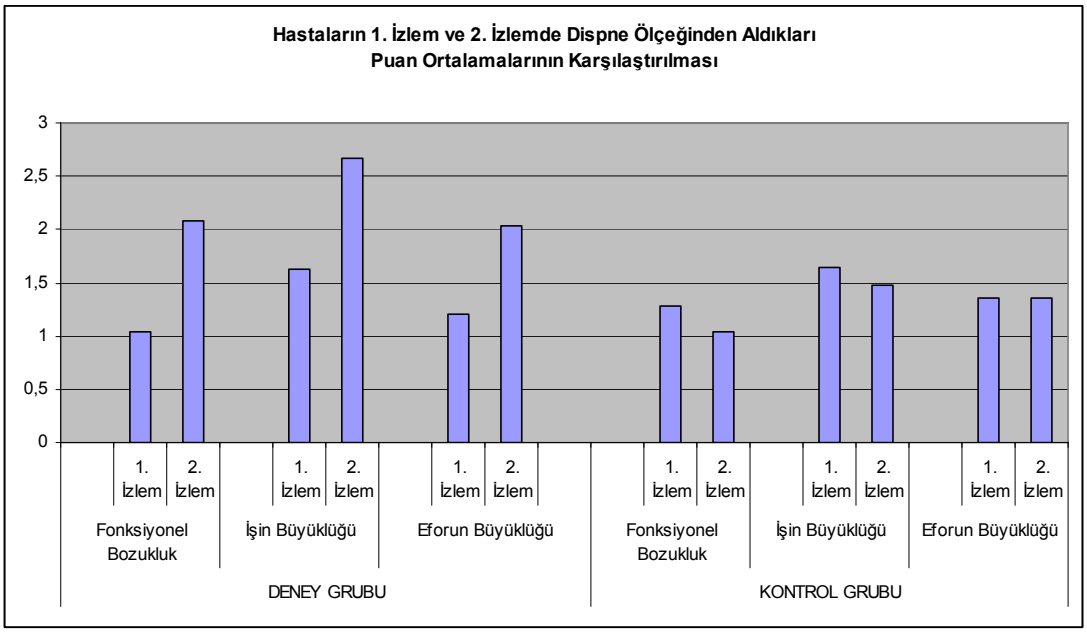
6.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Dispne ile İlgili Özellikleri

Tablo 6.2.1. Hastaların 1. İzlem ve 2. İzlemde Bazal Dispne İndeksinden Aldıkları Minimum ve Maksimum Puanlar

ÖZELLİKLER	DENEY GRUBU (n=24)				KONTROL GRUBU (n=25)			
	1. İzlem Puanları		2. İzlem Puanları		1. İzlem Puanları		2. İzlem Puanları	
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max
Fonk. Bozukluk	1,00	0,00-3,00	2,00	1,00-4,00	1,00	0,00-3,00	1,00	0,00-3,00
İşin Büyüklüğü	2,00	0,00-3,00	3,00	1,00-4,00	1,00	0,00-4,00	1,00	0,00-3,00
Eforun Büyüklüğü	1,00	0,00-2,00	2,00	1,00-3,00	1,00	0,00-3,00	1,00	0,00-2,00

Hastaların dispne ölçeğinden aldıkları mimimum ve maksimum puanlar incelendiğinde; deney grubundaki hastaların ikinci izlemde fonksiyonel bozukluk skorundan en düşük 1, en yüksek 4 puan, kontrol grubundakilerin en düşük 0, en yüksek 3 puan aldıkları görüldü (Tablo 6.2.1).

Şekil 6.2.2. Hastaların 1. İzlem ve 2. İzlemde Bazal Dispne Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması



Hastaların 1. izlem ve 2. izlemde dispne ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki hastaların eforun büyüklüğü puan ortalamasının 1,20'den 2,04'e yükseldiği, kontrol grubundakilerin ise 1,36 olarak eşit kaldığı görüldü (Şekil 6.2.2).

Tablo 6.2.3. Hastaların 1. İzlem ve 2. İzlem Sonrasında Dispne Derecelerine Göre Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		DENEY GRUBU (n=24)				KONTROL GRUBU (n=25)				İKİ YÖNLÜ ANLAMLILIK			
		1. İzlem		2. İzlem		1. İzlem		2. İzlem		1. İzlem		2. İzlem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	x^2	p	x^2	p
Fonksiyonel Bozukluk	0	5	20,83	0	0,00	5	20,00	7	28,00	1,93;	0,580	14,49;	0,006**
	1	14	58,33	6	25,00	12	48,00	11	44,00				
	2	4	16,67	11	45,83	4	16,00	6	24,00				
	3	1	4,17	6	25,00	4	16,00	1	4,00				
	4	0	0,00	1	4,17	0	0,00	0	0,00				
İşin Büyüklüğü	0	1	4,17	0	0,00	2	8,00	3	12,00	2,03;	0,730	16,97;	0,002**
	1	10	41,67	2	8,33	11	44,00	10	40,00				
	2	10	41,67	7	29,17	7	28,00	9	36,00				
	3	3	12,50	12	50,00	4	16,00	3	12,00				
	4	0	0,00	3	12,50	1	4,00	0	0,00				
Eforun Büyüklüğü	0	2	8,33	0	0,00	2	8,00	2	8,00	1,37;	0,710	11,60;	0,009**
	1	15	62,50	4	16,67	13	52,00	12	48,00				
	2	7	29,17	15	62,50	9	36,00	11	44,00				
	3	0	0,00	5	20,83	1	4,00	0	0,00				

***P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001**

Olguların Bazal Dispne İndeksi'nin Fonksiyonel Bozukluk skorundan aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların ilk izlemde %58,33'ünün, üç ay sonraki izlemde ise %25'inin, kontrol grubundakilerin ilk izlemde %48'inin, üç ay sonraki izlemde ise %44'ünün şiddetli bozukluk yaşadığı saptandı (Tablo 6.2.3).

Hastaların İşin Büyüklüğü skorundan aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların ilk izlemde %41,67'sinin, üç ay sonraki izlemde ise %8,33'ünün, kontrol grubundakilerin ilk izlemde %44'ünün, üç ay sonraki izlemde ise %40'nın hafif işlerde dispne yaşadığı görüldü (Tablo 6.2.3).

Hastaların Eforun Büyüklüğü skorundan aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların ilk izlemde %62,50'sinin, üç ay sonraki izlemde %16,67'sinin, kontrol grubundakilerin ilk izlemde %52'sinin, üç ay sonraki izlemde ise %48'inin küçük eforlarla dispne yaşadığı belirlendi (Tablo 6.2.3).

Tablo incelendiğinde deney ve kontrol grubu arasında ilk değerlendirmede Bazal Dispne İndeksinin üç skorunda da fark bulunmadığı ($p>0,05$); üç ay sonraki değerlendirmede deney grubunda dispne nedeniyle oluşan fonksiyonel bozuklukta

($p<0,01$), işin büyüklüğünün dispne üzerine etkisinde ($p<0,01$), eforun büyüklüğünün dispne üzerine etkisinde ($p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme olduğu saptandı ($p>0,05$), (Tablo 6.2.3).

6.3.Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yorgunluk ile İlgili Özellikleri

Tablo 6.3.1. Hastaların Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları, Minimum ve Maksimum Puanlarının Dağılımı

ÖZELLİKLER		DENEY GRUBU (n= 24)				KONTROL GRUBU (n= 25)			
		Ort±SS	Median	Min-Max	İki Yönlü Anlamlılık t ; p	Ort±SS	Median	Min-Max	İki Yönlü Anlamlılık t ; p
Yorgunluk	**1. İzlem**	89,92±16,63	92,50	41,00-113,00	7,50 ; 0,000***	87,52±12,71	89,00	51,00-104,00	-1,83 ; 0,080
	2. İzlem	64,96±19,78	68,50	30,00-96,00		91,48±9,02	91,00	79,00-117,00	
Enerji	**1. İzlem**	11,17±6,26	9,50	2,00-26,00	-8,63 ; 0,000***	14,84±7,71	15,00	2,00-33,00	0,38 ; 0,704
	2. İzlem	27,67±9,20	30,00	14,00-46,00		14,40±6,44	16,00	1,00-25,00	

***P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001**

Olguların yorgunluk ölçeğinden aldıkları minimum ve maksimum puanlarının dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların yorgunluk düzeyinden ilk izlemde minimum 41, ikinci izlemde minimum 30, kontrol grubundakilerin ilk izlemde minimum 51, ikinci izlemde minimum 79 puan aldığı; deney grubundaki hastaların enerji düzeyinden ilk izlemde minimum 2, ikinci izlemde minimum 14, kontrol grubundakilerin ilk izlemde minimum 2, ikinci izlemde minimum 1 puan aldığı belirlendi (Tablo 6.3.1).

6.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi ile İlgili Özellikleri

Tablo 6.4.1. Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Minimum ve Maksimum Puanlar

DEĞİŞKENLER	DENEY GRUBU (n= 24)				KONTROL GRUBU (n= 25)			
	1. İzlem		2. İzlem		1. İzlem		2. İzlem	
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Min-Max
Fonksiyonel Güçlükler	37,78	15,56-66,67	68,89	48,89-93,33	44,44	20,00-66,67	46,67	13,33-64,44
Fiziksel Fonksiyon	42,50	25,00-70,00	75,00	40,00-90,00	45,00	25,00-75,00	45,00	25,00-70,00
Uğraş Fonksiyonu	37,50	25,00-75,00	75,00	50,00-100,00	50,00	25,00-75,00	50,00	25,00-75,00
Duygusal Fonksiyon	62,50	25,00-93,75	81,25	56,25-100,00	68,75	43,75-93,75	68,75	43,75-93,75
Kavrama Fonksiyonu	75,00	25,00-100,00	75,00	75,00-100,00	75,00	25,00-100,00	62,50	25,00-87,50
Sosyal Fonksiyon	62,50	25,00-100,00	87,50	50,00-100,00	62,50	25,00-100,00	62,50	25,00-87,50
Semptom Kontrolü	48,72	35,90-69,23	21,79	7,69-35,90	48,72	23,08-64,10	41,03	17,94-69,23
Yorgunluk	88,89	66,67-100,00	33,33	0,00-66,67	77,78	55,56-100,00	77,78	22,22-100,00
Bulantı	16,67	0,00-66,67	0,00	0,00-16,67	0,00	0,00-66,67	0,00	0,00-33,33
Ağrı	33,33	0,00-100,00	16,67	0,00-50,00	50,00	0,00-100,00	50,00	0,00-100,00
Nefes Darlığı	100,00	33,33-100,00	33,33	0,00-66,67	100,00	33,33-100,00	66,67	33,33-100,00
Uykusuzluk	50,00	0,00-100,00	33,33	0,00-66,67	66,67	0,00-100,00	33,33	0,00-100,00
İştah Kaybı	33,33	0,00-100,00	33,33	0,00-66,67	66,67	0,00-100,00	33,33	0,00-100,00
Konstipasyon	33,33	0,00-100,00	33,33	0,00-66,67	33,33	0,00-100,00	33,33	0,00-66,67
Diyare	0,00	0,00-33,33	0,00	0,00-66,67	0,00	0,00-66,67	0,00	0,00-66,67
Mali Zorluk	33,33	0,00-100,00	0,00	0,00-66,67	33,33	0,00-100,00	0,00	0,00-100,00
Genel İyilik Hali	16,67	0,00-58,33	66,67	16,66-100,00	25,00	0,00-75,00	25,00	0,00-66,67

Olguların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları minimum ve maksimum puanlarının dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların fonksiyon değerlendirmesinden ilk izlemde maksimum 66,67 puan, ikinci izlemde 93,33 puan, kontrol grubundakilerin ilk izlemde maksimum 66,67 puan, ikinci izlemde 64,44 puan aldığı; deney grubundaki hastaların semptom değerlendirmesinden ilk izlemde maksimum 69,23 puan, ikinci izlemde 35,90 puan, kontrol grubundakilerin ilk izlemde maksimum 64,10 puan, ikinci izlemde 69,23 puan aldığı; deney grubundaki hastaların genel iyilik hali değerlendirmesinden ilk izlemde maksimum 58,33 puan, ikinci izlemde 100 puan, kontrol grubundakilerin ilk izlemde maksimum 75 puan, ikinci izlemde 66,67 puan aldığı saptandı (Tablo 6.4.1).

Tablo 6.4.2. Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	DENEY GRUBU (n= 24)				KONTROL GRUBU (n= 25)			
	1. İzlem Ort±SS	2. İzlem Ort±SS	Fark Puan	İki Yönlü Anlamlılık z ; p	1. İzlem Ort±SS	2. İzlem Ort±SS	Fark Puan	İki Yönlü Anlamlılık z ; p
Fonksiyonel Güçlükler	38,98±12,43	69,35±13,45	30,37	4,29 ; 0,000***	44,62±12,96	42,40±12,27	2,22	-0,87 ; 0,319
Fiziksel Fonksiyon	42,92±10,62	70,63±13,13	27,71	4,29 ; 0,000***	47,40±13,24	45,40±15,13	-2,00	-0,89 ; 0,322
Uğraş Fonksiyonu	41,15±12,49	75,52±15,85	34,38	4,26 ; 0,000***	48,00±11,79	55,00±13,01	7,00	-2,18 ; 0,024*
Duygusal Fonksiyon	61,98±17,18	80,73±11,64	18,75	-3,84 ; 0,000***	70,50±17,54	67,00±12,17	-3,50	-1,07 ; 0,271
Kavrama Fonksiyonu	72,40±17,28	81,25±9,75	8,85	-2,44 ; 0,012*	66,00±20,58	61,00±16,66	-5,00	-1,49 ; 0,218
Sosyal Fonksiyon	61,98±22,57	82,81±15,56	20,83	-3,48 ; 0,000***	65,00±22,24	62,50±16,93	-2,50	-0,76 ; 0,395
Semptom Kontrolü	51,07±8,11	20,94±7,55	30,13	3,57 ; 0,000***	48,92±10,88	43,28±13,19	5,64	-1,47 ; 0,142
Yorgunluk	88,43±12,47	40,74±16,60	47,69	-4,30 ; 0,000***	79,11±13,73	75,11±20,61	-4,00	-0,71 ; 0,288
Bulantı	15,28±17,66	4,17±7,37	11,11	-2,50 ; 0,012*	11,33±16,47	12,00±14,04	0,67	-0,11 ; 0,862
Ağrı	45,14±24,32	16,67±18,39	28,47	-3,29 ; 0,000***	54,67±31,37	45,33±27,86	-9,33	-1,73 ; 0,166
Nefes Darlığı	87,50±21,56	29,17±14,95	58,33	-4,16 ; 0,000***	84,00±19,53	72,00±18,46	-12,00	-2,58 ; 0,009**
Uykusuzluk	58,33±34,40	29,17±22,66	29,17	-3,10 ; 0,001***	56,00±38,15	45,33±33,17	-10,67	-1,27 ; 0,224
İştah Kaybı	51,39±32,57	20,83±19,19	30,56	-3,18 ; 0,000***	50,67±29,06	38,67±29,94	-12,00	-1,47 ; 0,142
Konstipasyon	40,28±31,05	19,44±19,45	20,83	-2,64 ; 0,006**	34,67±35,33	34,67±24,49	0,00	-0,08 ; 1,000
Diyare	5,56±12,69	5,56±16,05	0,00	0,00 ; 1,000	9,33±18,05	8,00±17,43	-1,33	-0,30 ; 0,770
Mali Zorluk	34,72±36,09	4,17±14,95	30,56	-3,35 ; 0,000***	32,00±31,15	24,00±34,05	2,22	-0,87 ; 0,083
Genel İyilik Hali	18,75±16,35	66,32±21,77	47,57	4,29 ; 0,000***	26,33±17,29	26,67±19,09	-0,33	-0,14 ; 0,925

***P<0.05 ; **P<0.01; ***P<0.001**

Olguların yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların ilk izlemde fonksiyon değerlendirmesinden 38,98, semptom değerlendirmesinden 51,07, genel iyilik hali değerlendirmesinden 18.75 puan, ikinci izlemlerinde ise fonksiyon değerlendirmesinden 69,35, semptom değerlendirmesinden 20,94, genel iyilik hali değerlendirmesinden 66,32 puan aldıkları, kontrol grubundakilerin ilk izlemde fonksiyon değerlendirmesinden 44,62, semptom değerlendirmesinden 48,92, genel iyilik hali değerlendirmesinden 26,33 puan, ikinci izlemlerinde ise fonksiyon değerlendirmesinden 42,40, semptom değerlendirmesinden 43,28, genel iyilik hali değerlendirmesinden 26,67 puan aldıkları saptandı.

Deney grubundaki hastalarda ikinci izlem sonrasında diyare semptomu ($p>0,05$) haricindeki tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme olduğu ($p<0,05$, $p<0,01$, $p<0,001$), buna rağmen kontrol grubunda uğraş fonksiyonu ($p<0,01$) ve nefes darlığı ($p<0,05$) haricindeki tüm alt boyutlarda herhangi bir iyileşme olmadığı belirlendi ($p>0,05$), (Tablo 6.4.2).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

7.1. Tartışma

Bu bölümde, kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşire tarafından verilen eğitiminin etkisinin incelendiği çalışmamız bulgulara paralel olarak aşağıdaki başlıklar halinde tartışıldı.

- Tanıtıcı ve hastalık ile ilgili özellikler
- Hemşire tarafından verilen eğitimin dispne üzerine etkisi
- Hemşire tarafından verilen eğitimin yorgunluk üzerine etkisi
- Hemşire tarafından verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisi

7.1.1. Tanıtıcı ve Hastalık ile İlgili Özelliklere İlişkin Veriler

7.1.1.1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi

Kalp yetersizliği, görülme sıklığının giderek artması ve mortalitesinin yüksekliği nedeniyle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bir halk sağlığı sorunu durumuna gelmiştir (Kahraman ve Ural 2004).

Literatürde, kalp yetersizliği görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir (Ergin ve ark. 2004, Sadik et al. 2005). 65 yaş üstü kişilerde %6-10, 50'li yaşlarda %1, 80'li yaşlarda %10 oranlarında görülmektedir (Cankurtaran ve Arıoğul 2004). Bizim çalışmamızda yaş ortalaması deney grubu için 67,33±10,47 yıl olup, kontrol grubu için 71,72±8,43 yıl'dır (Tablo 6.1.1). Gonzalez, Lupon ve ark.'larının (2004) yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 64,9±10,8 olarak bulunmuştur. Sonuçlarımız yaş ortalaması açısından literatür ve çalışmayla paralellik göstermektedir.

Literatüre göre, kalp yetersizliği daha genç yaş grubunda erkeklerde daha sık rastlanırken yaşlılarda erkeklerle kadınların oranı eşitlenir ve hatta 80 yaşından sonra kadınlarda daha sık görülür (İlerigelen 2010). Çalışmamızda deney grubundaki hastaların %58,33'ünü kadın hastalar, %41,67'sini erkek hastalar, kontrol grubundakilerin %56'sını kadın hastalar, %44'ünü erkek hastalar oluşturmaktadır (Tablo 6.1.1). Chriss ve ark.'larının (2004) yaptıkları çalışmada hastaların

%43.9'unun erkek, %56.1'inin kadın olduğu belirtilmiştir. Özer (2002) "Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi" konulu çalışmasında hastaların %73,5'inin erkek, %26,5'ini kadın olduğunu bildirmiştir. Çalışma sonuçları cinsiyet açısından Chriss ve ark.'larının sonuçları ile benzerlik gösterirken, Özer'in çalışmasıyla benzerlik göstermemektedir.

Hastalar medeni durumlarına göre incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %45,83'ünün evli, %50'sinin dul olduğu, kontrol grubundakilerin %52'sinin evli, %44'ünün dul olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1.1). Demir'in (2008) yaptığı çalışmadaysa hastaların %65,3'ünün evli, %34,6'sının dul olduğu bulunmuştur.

Eğitim durumları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %20,83'ünün okur-yazar değil, %41,67'sinin ilkokul mezunu olduğu, kontrol grubundakilerin %36'sının okur-yazar değil, %44'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1.1). Bu çalışmanın sonuçlarına paralel olarak Demir (2008), Durademir (1999) ve Özer (2002) de çalışmalarında hastaların çoğunluğunun ((%41,3), (51,2), (%31,4)) ilkokul mezunu olduğunu bildirmiştir.

Araştırmaya katılan deney grubundaki hastaların %95,83'ünün, kontrol grubundakilerin %92'sinin herhangi bir işte çalışmadığı belirlendi (Tablo 6.1.1). Özer ve Argon'un (2005) çalışmalarında herhangi bir işte çalışmayan hastaların oranı %92,2 olarak belirtilmiştir. Sonuç, Özer ve Argon'un çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Hastaların önemli kısmının çalışmıyor olması, ileri yaşta olmalarına bağlı olarak emekli veya ev hanımı olmalarına bağlanmıştır.

Sağlık güvenceleri açısından deney grubundaki hastaların %16,67'sinin emekli sandığı, %45,83'ünün SSK, %25'inin bağkur, kontrol grubundakilerin %12'sinin emekli sandığı, %64'ünün SSK, %16'sının bağkur'dan yararlandığı saptandı (Tablo 6.1.1). Hastaların çoğunluğunun sağlık güvencesinin olması, onların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına giren hastaların ekonomik durumları incelendiğinde; deney grubundakilerin %37,50'sinin gelirinin giderden az, %58,33'ünün gelirinin gidere denk olduğu, kontrol grubundakilerin %60'ının gelirinin giderden az, %36'sının gelirinin gidere denk olduğu belirlendi (Tablo 6.1.1). Enç'in (1998) çalışmasında hastaların %44,3'ünün ekonomik durumunun orta derecede iyi olduğu bildirilmiştir.

Hastaların ekonomik durumları açısından çalışmamızın sonuçları Enç'in sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına giren deney grubu hastaların %29,17'sinin eşiyle, %20,83'ünün eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı ayrıca %79,17'sinin bakımıyla birinin ilgilendiği, bu kişilerin ise %36,84'ünün eş, %47,37'sinin çocuklar olduğu, kontrol grubundakilerin %44'ünün eşiyle, %24'ünün eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı ve %80'inin bakımıyla ilgilenen birinin olduğu, bu kişilerin %40'ının eş, %45'inin çocuklar olduğu saptandı (Tablo 6.1.2). Hastaların çoğunluğunun eş ve çocuklarıyla birlikte yaşıyor olmasının hastalıkla baş etmede kolaylık oluşturabileceği ve çoğunluğunun bakımlarıyla ilgilenen bir kişiye sahip olmasının kalp yetersizliğinin başarılı bir şekilde yönetimine yardımcı olabileceği ve yaşam şekli değişikliklerine daha rahat uyum sağlayabileceği düşünülmektedir.

Sigara ve alkol kullanımı ile ilgili özellikler incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %8,33'ünün sigara kullandığı, %62,50'sinin hiç sigara kullanmadığı, %29,17'sinin ise sigara kullanmayı bıraktığı, kontrol grubundakilerin %8'inin sigara kullandığı, %60'ının hiç sigara kullanmadığı, %32'sinin ise sigara kullanmayı bıraktığı saptandı (Tablo 6.1.2). Sigara kronik kalp yetersizlikli hastalarda çeşitli akciğer değişikliklerine yol açacağından dolayı kalp yetersizliği için tedavi gören hastalara sigarayı bırakmaları ve sigaralı ortamlarda bulunmamaları önerilebilir.

Deney grubundaki hastaların %4,17'sinin alkol kullandığı, %66,67'sinin hiç alkol kullanmadığı, %29,17'sinin alkol kullanmayı bıraktığı, kontrol grubundakilerin %88'inin hiç alkol kullanmadığı, %12'sinin alkol kullanmayı bıraktığı belirlendi (Tablo 6.1.2). Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun hiç alkol kullanmadığı, kullananların da çoğunluğunun hastalıktan sonra alkol kullanmayı bıraktığı görülmektedir. Bu doğrultuda çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmamaları iyi bir sonuç olarak kabul edilebilir.

7.1.1.2. Hastalara İlişkin Hastalık ile İlgili Özelliklerin İncelenmesi

Hastaların hastalık süreleri incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %54,17'sinin 25 ay ve daha uzun süredir, kontrol grubundakilerin %60'ının 25 ay ve daha uzun süredir kalp yetersizliği tanısıyla yaşadıkları saptandı (Tablo 6.1.3). Houghton ve ark.'larının (2002) yaptıkları bir çalışmada araştırma kapsamına alınan

36 hastanın ortalama kalp yetersizliği süresi 42 ay olarak bulunmuştur. Özer (2002), hastaların %57,8'inin, Demir (2008) ise %48'inin 25 aydan daha uzun süredir kalp yetersizliği tanısıyla yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Araştırmamıza katılan deney grubundaki hastalarda kalp yetersizliği dışında %79,17'sinde hipertansiyon, %33,33'ünde diyabetus mellitus, %16,67'sinde solunum sistemi hastalıkları, kontrol grubundakilerde %80'inde hipertansiyon, %32'sinde diyabetus mellitus, %16'sında solunum sistemi hastalıkları saptandı (Tablo 6.1.3). Lien'in (2002) çalışmasında kalp yetersizliğine ek olarak hastaların %36'sında hipertansiyon, %10'unda diyabetus mellitus, %30'unda solunum sistemi hastalıkları belirlenmiştir. Demir (2008) çalışmasında hastaların %40,4'ünde kalp yetersizliğine hipertansiyonun eşlik ettiğini bildirmiştir. Özer ve Argon'un (2005) çalışmalarında da hastaların %30,5'inde hipertansiyonun, %25,8'inde diyabetus mellitusun kalp yetersizliğine eşlik ettiği belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçları belirtilen çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %79,17'sinin ailesinde kalp hastalığı olduğu ve bunların %89,47'sinin birinci dereceden yakın olduğu, kontrol grubundakilerin %64'ünün ailesinde kalp hastalığı olduğu ve bunların %81,25'inin birinci dereceden yakın olduğu belirlendi (Tablo 6.1.3). Özer (2002) çalışmasında hastaların %51'inin ailesinde kalp hastalığı olduğunu ve olanların %94,1'inin birinci dereceden yakın olduğunu belirtmiştir. Demir'in (2008) çalışmasında hastaların %65,3'ünün ailesinde kalp hastalığı olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçları belirtilen iki çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların hastanede yatma durumları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %70,83'ünün, kontrol grubundakilerin %72'sinin kalp yetersizliği nedeniyle hastanede yattığı saptandı (Tablo 6.1.3). Özer (2002) hastaların %70,6'sının, Demir (2008) %78,7'sinin daha önce hastanede yattığını belirtmiştir. Hastaların çoğunluğunun daha önce de hastaneye yatmış olması, kalp yetersizliği semptomlarının diğer bütün kronik hastalıkların semptomlarında olduğu gibi değişik zaman periyotları içerisinde tekrar ortaya çıkışını düşündürmektedir.

Literatürde yaşı 65'ten fazla olan hastaların üçte biri üç ay içinde kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye tekrar gelmekte ve hemen hemen yarısı 6 ay içinde yeniden hastaneye giriş yapmaktadır (Enç ve ark. 2007). Bizim çalışmamızda hastaların

hastaneye yatma sayıları incelendiğinde; deney grubundakilerin %47,05'inin, kontrol grubundakilerin %55,55'inin üç veya daha fazla kez yattığı saptandı (Tablo 6.1.3). Akın ve Durna'nın (2006) yaptıkları çalışmada üç veya daha fazla kez hastaneye yatma oranının %42 olduğu belirtilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %33,33'nün, kontrol grubundakilerin %32'sinin kullandıkları ilaçların etkisini bildiği saptandı. Hastaların ilaçları belirtildiği gibi kullanma durumları incelendiğinde; deney grubundakilerin %58,33'ünün her zaman, %33,33'ünün çoğunlukla, kontrol grubundakilerin %68'inin her zaman, %32'sinin çoğunlukla belirtildiği şekilde kullandıkları görüldü (Tablo 6.1.3). Enç'in (1998) çalışmasında hastaların ilaç tedavisine %83,6 oranında uydukları belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçları Enç'in sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Hastaların çoğunluğunun kullandıkları ilaçların etkilerini bilmemeleri, hasta eğitiminin yeterince yapılmadığını düşündürmektedir.

Çalışma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %45,83'ünün, kontrol grubundakilerin %56'sının düzenli doktor kontrollerine gittiği saptandı. Düzenli kilo kontrolü yapma durumları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %91,67'sinin, kontrol grubundakilerin %92'sinin düzenli kilo kontrolü yapmadığı belirlendi (Tablo 6.1.3). Hastaların düzenli doktor kontrollerine gitmemeleri ve düzenli kilo kontrolü yapmamaları hasta eğitimine yeterince önem verilmediğini göstermektedir.

Periferik ödem kalp yetersizliğinin sık rastlanan bulgularından biridir (İlerigelen 2010). Çalışmamızda ödem varlığı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %87,50'sinde, kontrol grubundakilerin %88'inde ödem olduğu saptandı (Tablo 6.1.3). Aşık'ın (2009) çalışmasında hastaların %93,2'sinde kol ve bacaklarda şişme olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç bizim çalışma sonucumuzla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların rahatsızlık duydukları semptomlara göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %100'ünde solunum sıkıntısını ve yorgunluk, %83,3'ünde ödem, %70,8'inde aktiviteleri gerçekleştirmede zorluk, %29,1'inde diüretikle ilgili semptomlar ve kilo kaybı, kontrol grubundakilerin %96'sında solunum sıkıntısı ve yorgunluk, %84'ünde ödem, %60'ında aktiviteleri gerçekleştirmede zorluk, %28'inde diüretikle ilgili semptomlar görüldü (Tablo 6.1.4). Bennett ve ark.'larının (2000) altı odak grup kullanarak 23

hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, solunum sıkıntısı, diüretik tedavinin etkileri ve ödem epizotlarının altı grupta da yer alan hastalar tarafından rahatsızlık verici semptomlar olarak belirtildiği gösterilmiştir. Çalışmamızda hastaların en fazla rahatsızlık duydukları semptomlardan birinin Bennett ve ark.'larının sonuçlarına paralel olarak solunum sıkıntısı olduğu görülmektedir.

Hastaların kısıtlanan aktivitelerine göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %100'ünde yokuş yukarı ve merdiven çıkmada, %87,5'inde çabuk ve acele davranabilme yeteneğinde, %12,5'inde seksüel yaşantıda kısıtlandıkları, kontrol grubundakilerin %100'ünde yokuş yukarı ve merdiven çıkmada, %84'ünde çabuk ve acele davranabilme yeteneğinde, %4'ünde seksüel yaşantıda kısıtlandıkları saptandı (Tablo 6.1.6).

Kızıl'ın (2008) "Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Eğitim Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bu Konuda Düşünceleri" konulu çalışmasında cinsel yaşam konusu hem hasta hem hemşire tarafından en az önem verilen konu olarak bulunmuştur. Hagenhoff ve ark.'larının (1999) yaptığı çalışmada cinsel yaşam konusu egzersiz konusunun içinde yer aldığı için en az önemli konu olarak değerlendirilmiştir. Luniewski ve ark.'larının (1999) yaptığı çalışmada da bu konu en az önemli olarak bulunmuş ve bunun nedeni olarak da hastaların geniş yaş aralığında bulunması ve çoğunun eşinin olmaması gösterilmiş, bir diğer neden olarak cinsel yaşam konusunun hem hasta hem de hemşireler tarafından rahat konuşulamadığı vurgulanmıştır. Çalışmamızdaki hastaların çok azının seksüel yaşantıda kısıtlandıklarının saptanması, kültürlerin cinselliğe bakış açılarının birbirinden farklı olduğunu, halen cinselliğin toplumumuzda tabu olarak görüldüğünü ve hastaların çekindikleri için rahatlıkla bu kısıtlanmadan bahsedemediklerini düşündürmektedir.

Hastaların diyet önerilme durumlarına göre dağılımına bakıldığında; deney grubundakilerin %79,17'sine, kontrol grubundakilerin %64'üne diyet önerildiği görüldü. Deney grubundaki hastaların %29,2'sinin, kontrol grubundakilerin %24,5'inin önerilen diyete aynen uyduğu saptandı (Tablo 6.1.7). Hastaların çoğunluğuna diyet önerildiği halde diyete aynen uyan hasta oranının düşük olduğu görülmektedir. Kızıl'ın (2008) kalp yetersizlikli hastalarda yaptığı çalışmasında da diyet konusu öğrenme konuları sıralamasında hastalar tarafından orta ve son sıralarda tercih edilmiştir. Oysa AHPCR (Agency for Health Care Policy and Research) diyet

ve tedavi konusunun hasta taburcu edilmeden önce verilmesini açık bir şekilde belirtmektedir. Luniewski ve ark.'larının (1999) çalışmasında da bu konu orta derecede önemli bulunmuştur. Bu bulgu, hastaların ve hemşirelerin bu konunun kalp yetersizliği olan kişilerde yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumu düzeltmedeki öneminin farkında olmadığının göstergesidir.

Deney grubundaki hastaların %45,83'üne egzersiz önerildiği ve hastaların %25'inin egzersiz yaptığı, kontrol grubundakilerin %28'ine önerildiği ve bu hastaların %20'sinin egzersiz yaptığı saptandı (Tablo 6.1.7). Enç (1998) çalışmasında hastaların %34,4'üne aktivite durumları ile ilgili önerilerde bulunulduğunu belirtmektedir. Bu çalışmanın sonuçları Enç'in sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların kalp yetersizliği sınıfı ve kalp yetersizliği nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %8,33'ünün NYHA II. grupta, %87,50'sinin NYHA III. grupta olduğu, kontrol grubundakilerin %20'sinin NYHA II. grupta, %64'ünün NYHA III. grupta olduğu görüldü (Tablo 6.1.8). Hastaların büyük çoğunluğunun (deney grubunun %95,83'ü, kontrol grubunun %84'ü) NYHA II. ve III. grupta yer aldığı ve orta düzeyde kalp yetersizliğine sahip olduğu söylenebilir. Demir'in (2008) çalışmasında hastaların %86,6'sının, Özer'in (2002) çalışmasında hastaların %84,3'ünün NYHA II. ve III. grupta yer aldığı ve orta düzeyde kalp yetersizliğine sahip olduğu belirtilmektedir. Franzen ve ark.'larının (2006) yaptığı çalışmada hastaların %5,9'unun NYHA I. sınıf, %34,7'sinin NYHA II. sınıf, %47,6'sının NYHA III. sınıf, %11,8'inin NYHA IV. sınıfta olduğu belirtilmiştir. NYHA II. ve III. grupta yer alan hasta sayısı %82,3'tür. Houghton ve ark.'larının (2002) sonuçlarına bakıldığında; hastaların %78'inin NYHA II. sınıfta, %22'sinin NYHA III. sınıfta olduğu görülmektedir. Akın ve Durna'nın (2006) çalışmasında hastaların %38'ini II. sınıf, %52'ini ise III sınıf olan kalp yetersizliği hastaları oluşturmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki sonuçlarla uyumludur.

Hastaların kalp yetersizliği nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %29,20'sinin iskemik kalp hastalığına, %66,60'ının hipertansiyona bağlı, kontrol grubundakilerin %24'ünün iskemik kalp hastalığına, %68'inin hipertansiyona bağlı geliştiği saptandı (Tablo 6.1.8). Özer (2002) çalışmasında hastaların çoğunda iskemik kalp hastalığı nedeniyle kalp yetersizliği

geliştiğini belirtirken, Leary ve Jones (2000) kardiyomyopati nedeniyle kalp yetersizliği geliştiğini belirtmiştir. Çalışma sonucumuz Özer'in, Leary ve Jones'in çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamızın ilk izleminde hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun genel sağlık durumlarını kötü ve çok kötü olarak algıladıkları görülürken ikinci değerlendirmenin yapıldığı üç ay sonraki izlemde deney grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun (%79,16) iyi ve çok iyi, kontrol grubundakilerin çoğunluğunun (%64) kötü ve çok kötü olarak algıladıkları saptandı (Tablo 6.1.9). Özer'in (2002) çalışmasında hastaların %33,5'nin kötü ve çok kötü olarak algıladıkları belirtilmiştir. Bizim çalışma sonucumuz, hemşirelik eğitimiyle genel sağlık düzeyinin artacağının bir göstergesidir.

Araştırmamızın en kuvvetli hipotezlerinden biri olan birinci hipotezimiz "**hemşire tarafından verilen eğitim sonrasında genel sağlık düzeyi artar**" idi. Bu hipotezimiz genel sağlık düzeyinde anlamlı iyileşme sağlanması ile doğrulanmıştır.

7.1.2. Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Dispne Üzerine Etkisi

Kalp yetersizliğinde en sık görülen semptomlar dispne ve yorgunluktur (Çıtlık 2010). Bilindiği gibi hastalık ilerledikçe dispne belirginleşir ve hastaların egzersiz performansı olumsuz etkilenir. Bundan dolayı daha sedanter bir yaşama geçen hastaların yaşam kalitesi de bozulur (Ferreira 2003). Çok sayıda hemşirelik aktivitesi dispnesi olan bireyi rahatlatabilir (Akyolcu 2002). Literatürde yataklı tedavi kurumlarında hasta eğitimine yönelik etkinliklerin, belirlenmiş standartlar ve eğitim biliminin gereklerini yansıtan öğretme-öğrenme süreci doğrultusunda uygulanmasının zorunlu olduğu vurgulanmaktadır (Taşocak 1999, Akçin 2000). Hasta ve ailesinin eğitimi, hemşireliğin önemli rollerinden biridir ve hemşirelik bakımında önemli bir yere sahiptir (Avşar 2006).

Çalışma kapsamına alınan hastalara rahatsızlık duydukları semptomlar sorulduğunda deney grubundaki hastaların %100'ünün, kontrol grubundakilerin % 96'sının dispneyi belirttiği (Tablo 6.1.4), deney grubundakilerin %50'sinin, kontrol grubundakilerin %62,50'sinin en çok rahatsızlık duydukları semptomlar sıralamasında dispneyi birinci sıraya koyduğu (Tablo 6.1.5) saptandı. Özer'in (2002) yaptığı çalışmada 102 hastanın büyük çoğunluğunun (%50,7'si) dispneden

rahatsızlık duyduğu belirtilmiştir. Aşık'ın (2009) "Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmasında prevalansı en yüksek olan semptomlar sıralamasında solunum güçlüğü (%97,3) ve halsizlik (%97,3) ilk sırada yer almıştır. Zambroski ve ark.'ları (2004) çalışmalarında yüksek prevalanslı semptomları; solunum güçlüğü (%85,2), halsizlik (%84,9) olarak sıralamışlardır. Bennett ve ark.'larının (2000) altı odak grup kullanarak 23 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, solunum sıkıntısı, diüretik tedavinin etkileri ve ödem epizotlarının altı grupta da yer alan hastalar tarafından rahatsızlık verici semptomlar olarak belirtildiği gösterilmiştir. Çalışma sonuçları belirtilen çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubuna ilişkin hastaların dispne ölçeğinden aldıkları eğitim öncesi ve sonrası puanlar karşılaştırıldığında; eğitim öncesi ilk değerlendirmede iki grubun puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, her iki grubun da dispne düzeyinin yüksek olduğu tespit edildi. Deney grubundaki hastalara verilen eğitimden üç ay sonraki ikinci değerlendirmede deney ve kontrol grubu arasında fonksiyonel durum (günlük yaşam aktivitelerini yapma düzeyi), efor kapasitesi (aktiviteleri gerçekleştirmeyi sağlayan zorlu eforlar) ve iş kapasitesi alanlarında istatistiksel olarak deney grubu lehine anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,01$), (Tablo 6.2.3). Bu sonuç, hastalara verilen sağlık eğitiminin hastaların dispne düzeyini önemli ölçüde azalttığını göstermektedir.

Çıtlık (2010) kalp yetersizlikli hastalarla yaptığı çalışmasında egzersiz eğitimi öncesi ve sonrası hastaların dispne düzeyini değerlendirmiş ve egzersiz eğitimi verilen hastaların dispne düzeyinin azaldığını belirtmiştir. Daha önce yapılan bir çok çalışma sonucunda da hastalara uygulanan egzersizin dispne düzeyini önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir (Çıtlık 2010).

Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde yapılan çalışmalarda (Krishnasamy ve ark. 2001, Uzun 2007, Çıtlık Sarıtaş 2010) eğitim ile verilen rehabilitasyon sonrasında hastaların dispne düzeyinde azalma olduğu ortaya konmuştur.

Hemşire tarafından verilen eğitim ve desteğin dispneyi azaltmada zayıf etkisinin olduğunu / etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Hemşireler tarafından yürütülen eğitim ve yoğun destek programının etkisini değerlendiren geniş kapsamlı çok merkezli bir çalışmada, kalp yetersizliği semptomları nedeniyle

hastaneye yatış ve mortalite oranlarında azalma gösterilememiştir (Jaarsma 2008). Buna karşın Roccaforte ve ark.'larının (2005) çalışmasında kalp yetersizliği olan hastalarla yapılan yüz yüze görüşmelerin semptomların azaltılması üzerinde büyük etkisi olduğu gösterilmiştir. Kızıl'ın (2008) çalışmasında da kalp yetmezliği olan hastalara verilen eğitimle fonksiyonel durumun belirgin olarak düzeldiği görülmüştür.

Krishnasamy ve ark.'ları (2001) komplike bir sorun olan dispneyi tanımlamanın ve sınırlandırmanın güç olduğunu; aynı şekilde girişimlerin de komplike olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle özbakım davranışlarının eğitiminde, ayırt edici özelliklerin sorgulanması, öğretilen becerilerin sayısı ve daha sonra bu becerilerin her bir hasta için farklı olan yaklaşımlara integre edilmesinin önem taşıdığını vurgulamaktadır. Aynı zamanda, aktivitenin düzenlenmesi, hedeflerin planlanması, solunum egzersizi, basit gevşeme, masaj ve panik yönetim stratejileri gibi davranışsal ve bilişsel stratejilerin yaşama geçirilmesiyle hastaların dispne ile başa çıkabileceğini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da eğitim verilen gruptaki hastaların dispne ile başa çıkabildiğinin görülmesi literatür bilgisiyle benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızın en kuvvetli hipotezlerinden biri olan ikinci hipotezimiz "**hemşire tarafından verilen eğitim sonrasında dispne düzeyi azalır**" idi. Bu hipotezimiz dispne düzeyinde anlamlı iyileşme sağlanması ile doğrulanmıştır.

7.1.3. Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Yorgunluk Üzerine Etkisi

Yorgunluk kontrol altına alınmadığında, bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir. Bir çok kronik hastalıkta olduğu gibi, kalp yetersizliği olan bireylerde de yorgunluk önemli bir semptomdur. Yorgunluk semptomunun bireyin günlük yaşam aktivitelerini sınırlamasını önlemek için, yorgunluğun değerlendirilmesi ve uygun aktivite planlaması ile bu semptomla etkili bir şekilde baş etmek gerekmektedir (Yurtsever ve Bedük 2003).

Literatürde yorgunluk ve dispnenin konjestif kalp yetmezliği olan hastaların en önemli sorunu olduğu ve hastaların %92'sinin orta ya da şiddetli derecede yorgunluk yaşadığı belirtilmiştir (Yurtsever 2000). Çalışmamızda da hastalara en çok rahatsızlık

duydukları semptomlar sorulduğunda deney grubundaki hastaların %100'ünün, kontrol grubundakilerin %96'sının yorgunluğu belirttiği (Tablo 6.1.4), deney grubundakilerin %29,17'sinin, kontrol grubundakilerin %41,67'sinin en çok rahatsızlık duydukları semptomlar sıralamasında yorgunluğu birinci sıraya koyduğu saptandı (Tablo 6.1.5). Özer'in (2002) çalışmasında hastaların %9,9'unun yorgunluk yaşadığı belirtilmektedir. Bizim çalışma sonucumuz Özer'in çalışmasıyla benzerlik göstermezken literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Meyerowitz ve ark.'ları (1996) kemoterapi uygulanan hastaların %96'sının, Nail ve ark.'ları (1991) %70'inden fazlasının yorgunluktan yakındıklarını saptamışlardır. Yıldırım'ın (2006) 231 KOAH'lı hastada yaptığı çalışmasında hastaların %100'ünün, başka çalışmalarda astımlı hastaların %57,6'sının, hemodiyaliz hastalarının %77,9 ile %92,5'inin yorgunluk yaşadığı saptanmıştır (Yıldırım 2006). Diğer benzer çalışmalarda yorgunluğun myokard infaktüsü geçiren hastaların %30-55'inde yaşandığı; multiple sclerosis veya sistemik lupus eritematozusu olan bireylerin, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında sağlıklı bireylere oranla daha yüksek düzeyde yorgunluk yaşadıkları; Romatoid artriti olan 20 bireyden 19'unun yorgunluk yaşadığı ve bunların yarısından fazlasının, en sıkıntı veren semptomunun yorgunluk olduğu belirlenmiştir (Yurtsever 2000). Bu bulgular yorgunluğun kronik hastalıklarda önemli bir semptom olduğunu ortaya koymaktadır. Kronik bir hastalık olan kalp yetersizliğinde, hastalarda yorgunluğun varlığı ve etkileriyle ilgili çalışmaya rastlanılmadığından tartışmada diğer kronik hastalıklardaki araştırmalardan yararlanılmıştır.

Literatürde eğitim ve danışmanlığın yorgunluğa yönelik tüm girişimlerde temel olduğu, eğer hasta tedavi döneminden önce ve tedavi süreci boyunca yorgunluk hakkında bilgilendirilirse, yorgunluktan daha az etkileneceği ve daha kolay baş edebileceği belirtilmektedir (Usta Yeşilbalkan 2005). Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubuna ilişkin hastaların yorgunluk ölçeğinden aldıkları eğitim öncesi ve sonrası puanlar karşılaştırıldığında; eğitim öncesi ilk değerlendirmede iki grubun puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı, her iki grubun da yorgunluk düzeyinin yüksek, enerji düzeyinin düşük olduğu tespit edildi. Deney grubundaki hastalara verilen hemşirelik eğitiminden üç ay sonraki ikinci değerlendirmede deney grubundaki hastaların yorgunluk ve enerji düzeyinde

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme olduğu ($p<0,001$) buna rağmen kontrol grubunda herhangi bir iyileşme olmadığı saptandı ($p>0,05$), (Tablo 6.3.1). Yapılan başka çalışmalarda da sağlık bakım ekibi hastalara yorgunluk yönetimine ilişkin önerilerde bulunduğunda hastaların yorgunluk şiddetlerinde iyileşme görüldüğü belirtilmiştir (Usta Yeşilbalkan 2005, Newell et al 1998).

Çıtlık Sarıtaş (2010) "Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Egzersizin Dispne ve Yorgunluk Üzerine Etkisi" konulu çalışmasında egzersiz eğitimi öncesi ve sonrası hastaların yorgunluk düzeyini değerlendirmiş ve eğitim verilen hastaların yorgunluk düzeyinin azaldığını tespit etmiştir. Yine Çıtlık Sarıtaş'ın (2008) 21 hasta üzerinde yaptığı pilot çalışmada yorgunluk ölçeğinden alınan puanların, egzersiz eğitimi verilmeyen kontrol grubunda değişmediği, eğitim verilen deney grubunda 24 hafta sonunda azaldığı görülmüştür. Usta Yeşilbalkan'ın (2005) kanserli hastalarda yaptığı çalışmasında da hasta ve ailelerine yapılan yorgunluk eğitimi sonucunda hastaların yorgunluklarının tedavi öncesi döneme göre azaldığı belirlenmiştir. Bizim çalışma sonucumuz literatür ve çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Bu sonuçlar; sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin hastaların yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olan yorgunluk semptomunun objektif ve subjektif bulgularını, yorgunluğu etkileyen faktörleri sürekli olarak değerlendirmesi ve yorgunluğun yönetiminde uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak hasta ve ailesine bu konuda eğitim yapmasının önemli olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızın en kuvvetli hipotezlerinden olan üçüncü hipotezimiz "**hemşire tarafından verilen eğitim sonrasında yorgunluk düzeyi azalır**", dördüncü hipotezimiz "**hemşire tarafından verilen eğitim sonrasında enerji düzeyi artar**" idi. Bu hipotezlerimiz yorgunluk ve enerji düzeyinde anlamlı iyileşme sağlanması ile doğrulanmıştır.

7.1.4. Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Kronik hastalıklar arasında, insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahip olan KKY, sık acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır. KKY'nin en önemli belirtilerinden olan dispne, yorgunluk ve sıvı retansiyonuna bağlı olarak egzersiz toleransında kısıtlanma, sıvı retansiyonuna bağlı olarak

pulmoner konjesyon ve periferik ödem olur. Sonuçta fonksiyonel kapasite azalır ve yaşam kalitesi bozulur (Kahraman ve Ural 2004).

Kalp yetersizliği olan hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonunu azaltan, sayıları ve yoğunluğu fazla olan çeşitli semptomlar deneyimlediği literatürde belirtilmektedir (Jaarsma et al 2000, Aşık 2009). En yaygın görülen semptomlar ise solunum güçlüğü, yorgunluk, ayak bileklerinde ödem, iştah problemleri ve konstipasyondur (Jaarsma et al 2000, Kahraman ve Ural 2004). Çalışmamızda da hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların en fazla rahatsızlık duydukları semptomların dispne ve yorgunluk olduğu saptandı (Tablo 6.1.4). Aşık'ın (2009) çalışmasında dispne ve halsizlik prevalansı %97,3 olarak bulunmuştur. Zambroski ve ark.'ları (2004) ise dispneyi %85,2, halsizliği %84,9 olarak bulmuştur. Özer'in (2002) çalışmasında hastaların yaşam kalitesi ölçeğine verdikleri yanıtlara bakıldığında %70,6'sı bacaklarında yorgunluktan şikayetçi olmuştur. Bizim çalışma sonucumuz literatür ve çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Literatürde kalp yetersizliğinde görülen solunum sıkıntısı, yorgunluk v.b. semptomların bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde sınırlılıklara yol açarak yaşam şekli değişikliklerini gerektirdiği ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Demir ve Ünsar 2008). Birçok çalışmada, semptomların kontrol altına alınması ile bireyin yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiği gösterilmiştir (Yurtsever 2000).

Bizim çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin üç boyutundan biri olan semptom değerlendirmesinden hastaların aldıkları puanlar incelendiğinde; ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve iki grubun da yaşam kalitesi semptom puanlarının yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.4.2). Eğitimden üç ay sonraki ikinci değerlendirmede ise deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme olduğu ($p<0,05$), buna rağmen kontrol grubunda herhangi bir iyileşme olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Bu sonuç, hemşire tarafından verilen eğitiminin semptom yönetimi üzerindeki etkisini göstermektedir. Zambroski ve ark.'ları (2004) çalışmalarında semptom prevalansı ve semptom yükünün kalp yetersizlikli hastalarda yaşam kalitesi üzerine büyük etkisinin olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamız literatür ve çalışmayla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi semptom skoru alt boyutlarından olan yorgunluk semptomundan deney grubundaki hastaların ilk izlemde 88,43, kontrol grubundakilerin 79,11 puan aldığı ve her iki grubun da yorgunluk puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Eğitimden üç ay sonraki ikinci değerlendirmede ise deney grubunun yaşam kalitesi yorgunluk alt boyutunda ileri düzeyde anlamlı bir farklılık ($p<0,001$) olduğu ancak kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$), (Tablo 6.4.2).

Yaşam kalitesi dispne alt boyutuna bakıldığında; deney grubundaki hastaların ilk izlemde 87,50, kontrol grubundakilerin 84 puan aldığı ve iki grubunda dispne nedeniyle yaşam kalitelerinin kötü olduğu görülmüştür. Üç ay sonraki değerlendirmede ise deney ve kontrol grubundaki hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 6.4.2). Kontrol grubundaki hastalarda iyileşme olması, en fazla rahatsızlık duyulan semptomun dispne olması nedeniyle, hastaların kendi kendilerine yöntem geliştirdiğini veya diğer sağlık personelinin yönlendirdiğini düşündürmektedir.

Literatürde kalp yetersizliği olan hastaların normal popülasyona göre uyku problemi yaşadığı belirtilmektedir (Gökçe 2008). Çalışmamızda deney grubundaki hastaların %50'sinin, kontrol grubundakilerin %48'inin uyuma güçlüğünün olduğu görüldü (Tablo 6.1.4). Aşık'ın (2009) çalışmasında da uyuma güçlüğünün yüksek prevalanslı semptomlar (%95) arasında yer aldığı belirtilmektedir. Zambroski ve ark.'larının (2004) çalışmalarında uyumada güçlük %64,2 olarak bulunmuştur. Özer (2002) çalışmasında hastaların %72,5'inin gece boyunca sık sık uyandığını belirtmektedir. Redeker ve ark.'ları (2005) kalp yetmezliği olan hastaların uyku güçlüğü ve yaşam kalitesi ilişkisine baktığı çalışmasında hastaların %35'inin uyuyamadığını ifade etmiştir. Broström ve ark.'ları (2004) çalışmalarında kalp yetersizliği olan hastaların uyku bozukluklarının, konsantrasyon azlığına ve yorgunluğa yol açtığını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Literatürde global uyku kalite puanının beş ve üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir (Gökçe 2008). Gökçe'nin (2008) çalışmasında kalp yetersizlikli hastaların %95'inin global uyku kalitesi beşin üzerinde bulunmuştur. Redeker ve ark.'ları (2005) stabil kalp yetersizliği olan hastalarda yaptığı çalışmada hastaların global uyku kalite puan ortalamasını 7.17±3.29 olarak bulmuştur. Arat ve ark.'larının (2006) çalışmasında da

hastaların %97,5'inin global uyku kalite puanının 5'in üzerinde olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada kalp yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesinin günlük uyku süresi arttıkça arttığı bulunmuştur. Bu nedenle literatür bireylerin hastaneden taburcu olurken iyi bir eğitime ve yaşam şekli değişikliklerini hayata geçirebilmesi için düzenli takibe ihtiyaçları olduğunu vurgulamaktadır (Demir 2008, Demir ve Ünsar 2008). Bizim çalışma sonucumuz literatürle ve yapılan çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda hastaların uyku kalitesi incelendiğinde; deney grubundaki hastaların ilk izlemdeki puan ortalamasının 58,33, ikinci değerlendirmede 29,17 olduğu; kontrol grubundakilerin ilk izlemde 56, ikinci değerlendirmede 45,33 olduğu görüldü (Tablo 6.4.2). Hemşire tarafından verilen eğitim sonucunda deney grubundaki hastaların uyku kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farkın olduğu ($p<0,001$), kontrol grubunun iki izlemi arasında anlamlı bir farkın olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Yaşam kalitesi ölçeği semptom skorunun diğer alt boyutları olan bulantı, ağrı, iştah kaybı ve konstipasyonda da üç ay sonra yapılan değerlendirmede deney grubu lehine sonuçlar elde edildi (Tablo 6.4.2). Ancak diyare semptomundaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0,05$). Bunun nedenini ilk izlem sırasında diyare şikayeti olan hasta sayısının az olması ile açıklayabiliriz.

Literatürde kalp yetersizlikli hastaların dispne, yorgunluk, ödem, uyku bozuklukları, depresyon ve göğüs ağrısı gibi çeşitli fiziksel ve emosyonel semptomlar deneyimlediği ve bu semptomların hastaların günlük fiziksel ve sosyal aktivitelerini sınırladığı ve yaşam kalitesini bozduğu belirtilmektedir (Özer 2009). Bizim çalışmamızda da hastaların fonksiyon puanları incelendiğinde; ilk izlemde deney ve kontrol grubu puan ortalamaları arasında önemli bir farlılık görülmezken ikinci izlemde deney grubundaki hastaların yaşam kalitesinde anlamlı düzeyde iyileşme olduğu ($p<0,001$), ancak kontrol grubunda herhangi bir iyileşme olmadığı ($p>0,05$) saptandı. Fonksiyon skorun tüm alt boyutlarında da (fiziksel fonksiyon ($p<0,001$), uğraş fonksiyonu ($p<0,001$), duygusal fonksiyon ($p<0,001$), kavrama fonksiyonu ($p<0,05$), sosyal fonksiyon ($p<0,001$) deney grubunda anlamlı bir fark olduğu görüldü (Tablo 6.4.2). Özer'in (2002) çalışmasında hastaların %53,9'u giyinme ve yıkanmada, %91,2'si koşmada, %82,4'ü yürüyüş ve egzersizde %50'si bahçede ve elektrik süpürgesi kullanırken zorlandığını, %70,6'sı tatile çıktıklarında

hastalıklarının kötüleşeceğinden korktuklarını, %59,8'i kendilerinin işe yaramaz hale geldiklerini düşündüklerini, %78,4'ü kendilerini sinirli hissettiklerini, %52'si kendilerine olan güvenlerini kaybettiklerini, %47,1'i aile sorumluluklarını yerine getirmede sınırlılık yaşadıklarını, %57,8'i düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmekte zorlandıklarını ifade etmiştir. Özer'in (2002) çalışmasında belirtildiğine göre Rector ve ark.'larının yaptıkları bir çalışmada ise hastaların %49'u gün boyunca oturma ve sık olarak dinlenme gereksinimi duyduklarını belirtirken, birçok hasta da kalp yetersizliği nedeniyle sosyal aktivitelerinin azaldığını ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda da literatüre ve çalışmalara paralel olarak eğitim öncesinde fiziksel, uğraş, duygusal, kavrama ve sosyal fonksiyon puanlarının düşük olduğu görülmüştür.

Hastaların genel iyilik hali puanları incelendiğinde; ilk izlemde deney ve kontrol grubu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olmadığı, ikinci izlemde ise deney grubundaki hastaların genel iyilik hali puanında anlamlı düzeyde iyileşme olduğu ($p<0,001$), ancak kontrol grubunda herhangi bir iyileşme olmadığı ($p>0,05$) bulundu (Tablo 6.4.2).

Literatürde KKY'nin diğer kronik hastalıklarla kıyaslandığında yaşam kalitesi üzerine en fazla olumsuz etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Özer 2009). Özer'in (2002) çalışmasında hastaların %58,8'inin yaşamdan zevk alamadığını belirtmesi kalp yetersizliğinin hastanın yaşam kalitesini büyük oranda etkilediğini göstermektedir. Lalonde ve ark.'larının (2004) yaptığı çalışmada hipertansiyonlu kalp hastalarında fiziksel sağlık, hipertansiyonu olmayan kalp hastalarına göre daha düşük çıkmıştır (Özpancar 2008). Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun hipertansiyonun olduğu bulunmuştur.

Yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin hastalığa özel semptomların deneyim sıklığı, hastalığa uyum ve hastalığa ilişkin verilen eğitim olduğu belirtilmektedir (Özpancar 2008). Bizim çalışmamızda kalp yetersizliği olan hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin, hastaların deneyimlediği tüm semptomları azaltarak yaşam kalitelerini artırdığı istatistiksel olarak kanıtlanmıştır ($p<0,001$). Coats ve ark.'larının (1994) yaptığı bir çalışmada kalp yetmezlikli olgularda, optimal kalp yetmezliği tedavisine rağmen hastaların büyük bölümünde semptomlarda ve yaşam kalitesinde iyileşme

gözlenmemiştir. Bu sonuç da hasta eğitiminin mutlaka yapılması gerektiğini göstermektedir.

Araştırmamızın en kuvvetli hipotezlerinden biri olan beşinci hipotezimiz "**hemşirelik tarafından verilen eğitim sonrasında yaşam kalitesi artar**" idi. Bu hipotezimiz yaşam kalitesinde anlamlı iyileşme sağlanması ile doğrulanmıştır.

7.2. Sonuç ve Öneriler

Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşire tarafından verilen eğitiminin etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada bulunan temel sonuçlar şunlardır:

- Kalp yetersizliği olan hastalarda en fazla rahatsızlık duyulan semptomlar, dispne, yorgunluk ve ödem iken; en az rahatsızlık duyulan semptomlar konsantrasyon azalması, denge kaybı ve göğüs ağrısıdır.
- Hastaların tamamı kalp yetersizliği nedeniyle yokuş yukarı ve merdiven çıkmada, büyük çoğunluğu çabuk ve acele davranabilme yeteneğinde kısıtlılık yaşamaktadır.
- Kalp yetersizliği olan hastalar genel sağlık durumunu kötü algılamaktadır. Hemşire tarafından verilen eğitim sonrasında semptomların azalmasına paralel olarak hastaların genel sağlık durumunu algılamaları olumlu yönde değişmektedir.
- Hastaların dispne düzeyleri oldukça yüksektir, hemşire tarafından verilen eğitim sonrasında dispne düzeyi anlamlı olarak azalmaktadır.
- Hastaların yorgunluk düzeyleri oldukça yüksektir. Eğitim verilen grupta yorgunluk düzeyi azalmaktadır.
- Hastaların enerji düzeyi oldukça düşüktür, hemşire tarafından verilen eğitimle birlikte enerji düzeyinde artış görülmektedir.
- Kalp yetersizlikli hastalarda yaşam kalitesi oldukça düşüktür. Eğitim sonrasında deney grubunda semptomların da azalmasıyla yaşam kalitesi anlamlı düzeyde artmaktadır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Kalp yetersizliği olan hastalara semptomlara yönelik eğitim programlarının planlanması,
- Eğitim programının bireye özgü olarak ve yaşam şekilleri dikkate alınarak hazırlanması,
- Hasta eğitiminin hastanın hastaneye yatması ile birlikte başlatılması ve taburculuk eğitiminin planlanıp uygulanması,
- Yapılan eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Hastaların, hastalık ve tedavi programlarına uyum sürecinde hemşireler tarafından desteklenmesi ve yardımcı olunması,
- Planlı egzersiz programlarının düzenlenmesi ve hastaların bu programlara uyumlarının değerlendirilmesi,
- Hemşirelerin eğitimi sırasında, eğitici rolünün tam olarak benimsetilmesi,
- Kalp yetersizlikli hastalara bakım veren hemşirelerin dispne, yorgunluk, yaşam kalitesi ve bunları etkileyen etmenler konusunda bilgilendirilmesi ve bu bilgileri hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları için desteklenmesi,
- Hemşireler tarafından hastaların dispne, yorgunluk ve yaşam kalitelerinin ve bunları etkileyen faktörlerin geçerli ve güvenilir ölçeklerle düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Kalp yetersizliği vaka yönetici hemşirelerinin çalıştırılması,
- Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi ile ilgili hemşirelik araştırmalarının artırılması önerilmiştir.

8. KAYNAKLAR

1. Akçin E. (2006). Yataklı tedavi kurumlarında hasta eğitimine yönelik hemşirelik etkinlikleri. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi,* 15(57):109-121.
2. Akçin E. (2000). Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Eğitimine Yönelik Hemşirelik Etkinlikleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. G Taşocak).
3. Akın S, Durna Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 10(2):1-8.
4. Akyolcu N. (2002). Kanserli hastalarda dispne ve hemşirelik bakımı. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 6(1):1-8.
5. Arat N, Yıldırım N, Altay H, Şahin O, Sökmen Y, Sabah İ. (2006). Kompanse kalp yetersizlikli hastalarda fiziksel aktivite alışkanlığı ve uyku kalite indeksi ile ilgili klinik ve ekokardiyografik parametreler. *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiovascular Science,* 18(3):196-205.
6. Aşık Özdemir V. (2009). Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. R Pınar).
7. Atan Uçar Z. (2007). Konjestif Kalp Yetersizliğinde Aneminin Mortalite ve Hastanede Kalış Süresine Etkisi. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. O Maviş).
8. Avşar G. (2006). Klinik Hemşirelerin Uyguladıkları Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. M Kaşıkçı).
9. Aydın A, Yuvanç U, Cordan J. (2002). Kalp yetersizliğinin farmakolojik tedavisinde güncel yaklaşımlar: Nöroendokrin ve İmmün Yanıtın Baskılanması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 28(3):115-120.
10. Bennet SJ, Cordes DK, Westmoreland G, Castro R, Donnelly E. (2000). Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing Research,* 49(3):139-145.
11. Beşer N, Öz F (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 7(1): 47-58.
12. Birol L. (2002). Hemşirelik Süreci, Etki Matbaacılık, İzmir.

13. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, Deckers JW, Witteman JCM, Stricker BHC. (2004). Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure. The Rotterdam Study. *European Heart Journal,* 25(18):1614-1619.
14. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. (2004). Kalp Hastalıkları. Harrıson İç Hastalıkları Prensipleri. Çeviren: Sağlıker Y, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.1308-1337.
15. Braunwald E. (2001). Congestive heart failure: A half century perspective. *Europian Heart Journal,* 22(10):825-836.
16. Broström A, Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. (2004). Sleep difficulties, daytime sleepiness, and health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing,* 19(4):234-242.
17. Canım Y. (2008). Kronik Kalp Yetmezliği ve Anemisi Olan Hastalarda İntravenöz Demir Tedavisinin Egzersiz Kapasitesi ve Kardiyak Fonksiyonlara Etkisi. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. H Çiftçi).
18. Cankurtaran M, Arıoğul S. (2004). Yaşlıda konjestif kalp yetersizliği tedavisi. *Klinik Gelişim,* 17(2):90-100.
19. Carpenito LJ. (1999). Handbook of Nursing Diagnosis. 7th ed, Çeviren: Erdemir F, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul.
20. Chriss P, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. (2004). Predictors of succssful heart failure self-care maintenance ın the fist three months after hospitalization. *Heart & Lung,* 33(6):345-353.
21. Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, Tavazzi L et al. (2005). Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: Executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal,* 26(11):1115-1140.
22. Coats A.J, Clark A.L, Piepoli M, Volterrani M, Poole-Wilson PA. (1994). Symptoms and quality of life in heart failure: the muscle hypothesis. *Br Heart J,* 72(2):36-39.
23. Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Suresh V, Poole-Wilson PA, Sutton GC. (2000). Survival of patients with a new diagnosis of heart failure: a population based study. *Heart,* 83(5):505-510.
24. Crawford MH, DiMarco JP. (2003). Kalp Yetmezliği ve Kardiyomyopati. Kardiyoloji. Çeviren: Ülker T, Yüksel A, Talay M, Kahramanoğlu M, Format, İstanbul.

25. Çıtlık Sarıtaş S. (2008). Kalp yetersizliğinde egzersiz eğitiminin yorgunluk üzerine etkileri. *KY Bülteni,* 7(2):127-132.
26. Çıtlık Sarıtaş S. (2010). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Egzersizin Dispne ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. M Tan).
27. Çil Akıncı A. (2008). KOAH'lı Hastalara Uygulanan Pulmoner Rehabilitasyonun Fiziksel ve Psikolojik Parametrelere Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N Olgun).
28. Değirmencioğlu A. (2008). Kalp Yetersizliği Olan ve Ventriküler Taşiaritmi Saptanan Hastalarda Statin Kullanımının Elektrofizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. K Gürkan).
29. DeBush R, Drory Y, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel SE, Kostis JB, Kloner RA, Lakin M, Meston CM, Mittleman M, Muller JE, Padma-Nathan H, Rosen, RC, Stein RA, Zumsan R. (2000). Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: Recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol,* 86(2):175-181.
30. Demir M, Ünsar S. (2008). Kalp yetmezliği ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 3(8):119-130.
31. Demir M. (2008). Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Ünsar).
32. Dolar E. (2005). İç Hastalıkları, Birinci Basım. Nobel- Güneş Kitabevi, İstanbul.
33. Durademir A. (1999). Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve öz bakım davranışları. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi,* 3(1):16-20.
34. Enç N, Yiğit Z, Altıok M, Özer S, Oğuz S. (2007). Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu, Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları, İstanbul. s:11-34.
35. Enç N. (1998). Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi. Doçentlik Çalışması, İstanbul Üniversitesi Florance Nigthingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul.
36. Ergin A, Eryol N, Ünal Ş, Deliceo A, Topsakal R, Seyfeli E. (2004). Epidemiological and pharmacological profile of congestive heart failure at turkish academic hospitals. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi,* 4(1):32-38.

37. Ertem G, Kaklım A, Bulut S, Sevil Ü. (2009). Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 2(2):3-12.
38. Eser E. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi,* 1(2):1-5.
39. Ferreira CAS, Stelmach R, Feltrin MIZ, Filho WJ, Chiba T, Cukier A. (2003). Evaluation of health related quality of life in low-income patients with COPD receiving long-term oxygen therapy. *Chest,* 123(1):136-41.
40. Franzen K, Blomqvist K, Saveman B. (2006). Impact of chronic heart failure on elderly persons' daily life: a validation study, *European Journal Of Cardiovascular Nursing,* 5(2):137-145.
41. Gonzalez B, Lupon J, Parajon T, Urrutia A, Altimir S, Coll R, Prats M, Valle V. (2004). Nurse evaluation of patients ın a new multidisciplinary heart failure unit ın Spain, *European Journal Of Cardiovascular Nursing,* 3(1):61-69.
42. Gökçe S. (2008). Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Uyku Kalitesinin ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H Mert).
43. Grange J. (2005). The role of nurses in the management of heart failure. *Heart,* 91(2): 39-42.
44. Hagenhoff BD, Feutz C, Conn VS, Sagehorn KK, Moranville-Hunziker M. (1999). Patient education needs as reported by congestive heart failure patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing,* 19(4):685-690.
45. Haworth J.E, Moniz-Cook E, Clark A.L, Wang M, Waddington R, Cleland JGF. (2005). Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. *The Europen Journal of Heart Failure,* 7(5):803-808.
46. Houghton AR, Harrison M, Cowley AJ, Hampton JR. (2002). Assessing exercise capacity, quality of life and haemodynamics in heart failure: do the tests tell us the same thing? *The European Journal of Heart Failure,* 4(3):289-295.
47. Houser SR, Margulies KB. (2003). Is depressed myocyte contractility centrally involved in heart failure? *Circulation Research,* 92:350-358.
48. Hunt S.A. (2005). American Collage of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practise Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). ACC/AHA 2005 guideline update fort he diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the

American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practise Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines fort he Evaluation and Management of Heart Failure). *Circulation,* 112:154-235.

49. Jaarsma T, van der Wal MH, Lesman-Leegte I, Luttik ML, Hogenhuis J, Veeger NJ, Sanderman R, Hoes AW, van Gilst WH, Lok DJ, Dunselman PH, Tijssen JG, Hillege HL, van Veldhuisen DJ. (2008). Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Arch Intern Med*, 168(3):316-324.
50. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijer H, Dracup K, Diederiks J. (2000). Self- care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung,* 29 (5): 319-330.
51. Kahraman G, Ural D. (2004). Kalp Yetersizliği ve Şok Sendromu. Klinik Kardiyoloji. Editör: Komşuoğlu B. Nobel Tıp Kitabevleri, Kocaeli, s.377-420.
52. Kanarığ Gürel D. (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yrd Doç. Dr. G Öztunç).
53. Karapolat H, Durmaz B, Nalbantgil S, Durmaz İ. (2006). Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi,* 6(4): 327-332.
54. Karayurt Ö, Dicle A, Malak AT. (2008). Paylaşılmamış deneyim: deprem bölgesinde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi,* 22(6):327-332.
55. Kaya H. (2009). Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Hemşirelik Bilimleri Dergisi,* 1(1):1-13.
56. Kaya E. (2006). Larenks Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, (Danışman: Prof. Dr. E Cingi).
57. Kayançiçek H. (2007). Dekompanse Konjestif Kalp Yetersizliği Tedavisinde Levosimendan'ın Etkinlik ve Güvenilirliğinin Dobutamin ile Karşılaştırılması. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Elazığ, (Danışman: Doç. Dr. I Karaca).
58. Kepez A, Kabakçı G. (2004). Kalp yetersizliği tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi,* 35(2):69-81.
59. Kırış T. (2006). Dekompanse Dilate Kardiyomyopatili Hastalarda Levosimendan Uygulamasının Strain/Strain Rate Parametreleri Üzerine Etkisi. Dr.Siyami Ersek

Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. T Tezel).

60. Kızıl C. (2008). Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Eğitim Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bu Konuda Düşünceleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Kızılcı).
61. Kimyon G. (2006). Kalp Yetmezliğinin Tanısı ve Tedavi Sonrası Takibinde Natriüretik Peptid'in Önemi ve Karvedilol Tedavisinin Etkinliği. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Z Kuyubaşı).
62. Koç M. (2006). Kronik Kalp Yetersizliğinde Fonksiyonel Kapasite Ve Prognozu Değerlendirmede Serum Nt-ProBNP Düzeyi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Doç. Dr. A Bozkurt).
63. Konstam MA. (2000). Progress in heart failure management? Lessons from the real world. *Circulation,* 102(10):1076-1078.
64. Korkmaz AF. (2008). İskemik Kalp Yetmezlikli Hastalarda Maksimal Oksijen Tüketim Değerinin Mortalite Üzerine Olan Etkisi. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. K Yeşilçimen).
65. Krishnasamy M, Corne J, Bredin M, Plant M, Bailey C. (2001). Cancer nursing practice development: understanding breathlessness. *J Clin Nursing,* 10(1):103-108.
66. Lalonde L, O'connor A, Josept L, Grover SA. and the Canadian Collaborative Cardiac Assessment Group. (2004). Health-Related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. *Quality of Life Research,* 13(4):793-804.
67. Leary CJO, Jones PW. (2000). The left ventricular dysfunction questionnaire (LVD-36): reliability, validity, and responsiveness. *Heart,* 83(6):634-640.
68. Lien CTC, Gillespie ND, Struthers AD, McMurdo MET. (2002). Heart failure in frail elderly patients: diagnostic difficulties, co-morbidities, polyphyuarmacy and treatment dilemmas. *European Journal of Heart Failure,* 4(1):91-98.
69. Linné AB, Liedholm H, Israelsson B. (1999). Effects of systematic education on heart failure patients knowledge after 6 months. A randomised, controlled trial. *European Journal of Heart Failure,* 1(3):219-227.
70. Luniewski M, Reigle J, White B. (1999). Card Sord: An assessment tool for educational needs of patients with heart failure. *American Journal of Critical Care,* 8(5): 297-303.
71. MacIntyre K, Capewell S, Stewart S, Chalmers JWT, Boyd J, Finlayson A, Redpath A, McMurray JJV. (2000). Evidence of ımproving prognosis in heart failure : trends in

case fatality in 66 547 patients hospitalized between 1986 and 1995. *Circulation,* 102(10):1126-1131.

72. Mahler DA, Weinberg DH, Wells CK, Feinstein AR. (1984). The measurement of dyspnea**.** Contents**,** interobserver agreement, and physiologic correlates of dyspnea. *Chest,* 85(6):751-758.
73. McMurray J, Komajda M, Anker S. (2007). Kalp Yetersizliği: Epidemiyoloji, Fizyopatoloji ve Tanı. ESC Texbook Kardiyovasküler Hastalıklar. Editör: Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW. Çeviren: Hünük B ve ark, Birinci Basım, İyi İşler Matbaacılık, İstanbul, s.685-720.
74. Mercanoğlu F. (2007). Kalp ve Damar Hastalıklarında Öykü. İç Hastalıkları (Semiyoloji). Editör: Kaysı A. Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 4. Baskı. S:168-187.
75. Meyerowitz BE, Sparks FC, Spears İK. (1996). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma pyschosocial implications. *Cancer,* 43(5):1613-1618.
76. Mock V. (2004). Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst Monogr,* 32:112-118
77. Mosterd A, Hoes AW, de Bruyne MC, Deckers JW, Linker DT, Hofman A, Grobbee DE. (1999). Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population; The Rotterdam Study. *European Heart Journal,* 20(6):447-455.
78. Nail L, Jones LS, Greene D, Schipper DL, Jensen R. (1991). Use and perceived efficacy of self care activities in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum,* 18(5):883-887.
79. Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, Bonaventura A. (1998). How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? data from a survey of five oncologists. *Cancer,* 83(8):1640-1651.
80. Okay T. (2001). 2001 yılında kalp yetersizliğindeki gelişmeler. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi,* 1(4):301-306.
81. Oylumlu M. (2008). Kalp Yetmezliği Hastalarında Glikoz-İnsülin-Potasyum İnfüzyonunun P Dalga Dispersiyonu Üzerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Gaziantep, (Danışman: Doç. Dr. S Soydinç).
82. Özalevli S, Uçan ES. (2004). Farklı dispne skalalarının kronik obstrüktif akciğer hastalığında karşılaştırılması. *Toraks Dergisi,* 5(2):90-94
83. Özer S. (2002). Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. G Argon).

84. Özer S. (2009). Kalp yetersizlikli hastaların yaşam kalitesi algılamaları. *KY Bülteni,* 38(2):100-108.
85. 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.
86. Özpancar N, Fesci H. (2008). Hipertansiyon ve yaşam kalitesi. *Üniversite ve Toplum,* 8(4):1-13.
87. Öztürk M. (2008). Kalp Yetersizliği Hastalarında Serum Adiponektin Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Denizli, (Danışman: Doç. Dr. D Dursunoğlu).
88. Paksoy F. (2008). Akut Dekompanse Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Levosimendan İnfüzyonunun QT Dispersiyonuna Etkisi. Şişli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. F Borlu).
89. Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ. (2004). Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *Br Med J,* 328(7433):19-83-189.
90. Redeker NS, Robert H. (2005). Sleep and quality of life in stable heart failure. *Journal of Cardiac Failure,* 11(5):700-704.
91. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. (2005). Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 7(7):1133-1144.
92. Roger VL, Weston SA, Redfield MM, Hellermann-Homan JP, Killian J, Yawn BP, Jacobsen SC. (2004). Trends in heart failure ıncidence and survival in a community-based population. *JAMA,* 292(3):344-350.
93. Sadik A, Yousif M, McElnay JC. (2005). Pharmaceutical care of patients with heart failure. *British Journal of Clinical Pharmacology,* 60(2):183-193.
94. Schaufelberger M, Swedberg K, Koster M, Rosen M, Rosengren a. (2004). Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden; Data from the Swedish Hospital Discharge Registry 1988 to 2000. *Eur Heart J,* 25(4):300-307.
95. Semizel E, Bostan Ö M, Çil E. (2006). Konjestif kalp yetmezliği. *Güncel Pediatri Dergisi,* 4(3):140-145.
96. Silistreli E, Oto Ö. (1999). Son dönem kalp yetmezliğinde uygulanan cerrahi tedavi modaliteleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi,* 7(3):161-179.

97. Sisk J.E., Hebert P.L., Horowitz C.R., McLaughlin M.A, Wang JJ, Chassin MR. (2006). Effects of nurse management on the Quality of heart failure care in minority communities. *Annals Of İnternal Medicine,* 145(4): 273-284.

98. Skobel E, Norra C, Sinha A, Brever C, Hanrath P, Stellbrink C. (2005). Impact of sleep related breathing disorders on health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *The Europen Journal of Heart Failure*, 7(4):505-511.

99. Stavem K, Boe J, Eriksen J. (1999). Health status, dyspnea, lung function and exercise capacity in patients with COPD. *Int J Tuberc Lung Dis,* 3(10):920-926.

100. Stelken AM, Younis LT, Jennison SH, Miller DD, Miller LW, Shaw LJ, Kargl D, Chaitman BR. (1996). Prognostic value of cardiopulmonary exercise testingusing percent achieved of predicted cardiomyopaty. *J Am Coll Cardiol,* 27(2):345-352.

101. Stewart S, MacIntyre K, Holec DJ, Capawell S, McMurray JJV. (2001). More 'malignant' than cancer five-year survival following a first admission for heart failure. *European Journal of Heart Failure,* 3(3):315-322.

102. Suskin N, McKelvie RS, Burns RJ, Latini R, Pericak D, Probstfield J, Rouleau JL, Sigouin C, Solymoss CB, Tsuyuki R, White M, Yusuf S. (2000). Glucose and insulin abnormalities relate to functional capacity in patients with congestive heart failure. *European Heart Journal,* 21(16):1368-1375.

103. Swedberg K, Andersson B, Leclercq C, Turina M. (2007). Kronik Kalp Yetersizliğinin Tedavisi. ESC Texbook Kardiyovasküler Hastalıklar. Editör: Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW. Çeviren: Hünük B ve ark, Birinci Basım, İyi İşler Matbaacılık, İstanbul, s.721-757.

104. Şenyuva E, Taşocak G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi,* 15(59):100-106.

105. Taşocak G. (1999). Hasta Eğitimi. Necdet Ozalit, İstanbul.

106. Tighe D. A., Chung E. K. (Yayına Hazırlayan: Prof. Dr. Aytekin Oğuz). Konjestif Kalp Yetmezliği, Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı. Blackwell Science, s.119-147.

107. Tutkun T. (2008). Konjestif Kalp Yetersizliğinde Karaciğer Fonksiyon Testlerindeki Değişiklikler Mortalite ve Hastanede Kalış Süresine Etkisi. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. İ Ekizoğlu).

108. Usta Yeşilbalkan Ö. (2005). Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Eğitimin Yorgunluk Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. A Karadakovan).

109. Uzun M. (2007). Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi,* 7(3):298-304.
110. Ünlüoğlu G, Özden A, İnce E. (1997). Diyaliz hastalarının bilgilendirilme gereksinimleri. *Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi,* 3(4):125-130.
111. Üstün E. (2006). Multipl Sklerozlu Hastalarda Yorgunluk ve Yorgunluğu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Mollaoğlu).
112. Yamasaki K. (2003). Heart failure in elderly. *Internal Medicine,* 42(5):383-388.
113. Yıldıran T. (2008). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Nabız Basıncı İle Kardiyovasküler Mortalite Arasındaki İlişki. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Prof Dr. E Acartürk).
114. Yıldırım M. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı İle Hastaneye Başvuran Bireylerin Yorgunluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. Ü Seviğ).
115. Yılsen B. (2004). Konjestif Kalp Yetmezliğinde Karvedilol Kullanımının Güvenlik, Etkinlik Ve Tolerabilitesinin İzlendiği Farmakoepidemiyolojik Çalışma. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. M Kendir).
116. Yurtsever S. (2000). Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 4(1):16-20.
117. Yurtsever S, Bedük T. (2003). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* 5(2):3-11.
118. Zambroski C, Moser DK, 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)).
119. Zor A. (2005). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sol Ventrikül İçi Asenkroninin Fonksiyonel Mitral Yetersizliği Göstergeleri Üzerine Olan Etkileri. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

9. EKLER

EK I. Hasta Bilgi Formu

EK II. Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası

EK III. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK IV. Bazal Dispne İndeksi

EK V. Hasta Eğitim Kitapçığı

EK VI. Etik Kurul İzni

EK VII. Hasta Bilgilendirme Formu

EK VIII. Hasta Onam Formu

EK IX. Hasta Eğitim Planı

EK I. HASTA BİLGİ FORMU

A) Bireye İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

1) Cinsiyetiniz

   1. Kadın 2. Erkek

2) Yaşınız .....

3) Boyunuz:

4) Kilonuz:

5) Medeni durumunuz

   1. Evli
   2. Bekar
   3. Dul

6) Eğitim durumunuz

   1. Okur-yazar değil
   2. Okur-yazar
   3. İlkokul mezunu
   4. Ortaokul mezunu
   5. Lise mezunu
   6. Fakülte/Yüksekokul mezunu

7) Çalışıyor musunuz?

   1. Evet 2. Hayır

8) Cevabınız "evet" ise ne iş yapıyor sunuz?

   1. Serbest 2. İşçi 3. Memur

9) Cevabınız "hayır" ise çalışmama nedeniniz nedir?

   1. Şimdiki hastalık nedeniyle çalışamıyorum
   2. Başka nedenlerle çalışamıyorum
   3. Emekliyim

10) Sağlık güvenceniz ve türü

   1. Yok 3. Yeşil Kart 5. Özel Sigorta
   2. Emekli sandığı 4. SSK 6. Bağkur

11) Gelir durumunuz gider durumunuza göre nasıl?

   1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

12) Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

1. Yalnız 2. Eşimle birlikte 3. Eşim ve çocuklarımla 4. Diğer

13) Sizin bakımınızla ilgilenen biri var mı?

1. Evet 2. Hayır

14) Kimler ilgileniyor?

1. Eş 2. Çocuklar 3. Anne-baba 4. Bakıcı 5. Diğer

15) Sigara alışkanlığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

16) Cevabınız "evet" ise günde kaç tane içiyorsunuz?

.....

17) Alkol alışkanlığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

18) Cevabınız "evet" ise ne sıklıkta ve ne kadar alkol alıyorsunuz?

.....

B) Hastalık İle İlgili Özellikler

(Hastadan alınacak bilgiler)

19) Kalp yetmezliği tanısı ne zaman kondu?

1. 6-12 ay 2. 13-24 ay 3. 25 ay ve ↑

20) Kalp yetmezliği dışında başka hastalığınız var mı?

1. Hipertansiyon
2. DM
3. Solunum sistemi hastalıkları
4. GİS problemleri
5. Hematolojik problemler
6. Nörolojik problemler
7. Başka bir hastalığı yok
8. Diğer

21) Ailenizde sizden başka kalp hastası var mı?

1. Evet 2. Hayır

22) 21. Sorunun cevabı "var" ise yakınlık derecesi nedir?

1. Birinci derece yakınım (anne, baba, kardeş)
2. İkinci derece yakınım (teyze, dayı, hala vs.)

23) Kalp yetmezliği nedeniyle hastanede yattınız mı ?

1. Evet 2. Hayır

24) Cevabınız “evet” ise kaç kez yattınız?

.....

25) Aşağıdaki semptomlardan hangisi sizi daha çok rahatsız ediyor?

1. Diüretikle ilgili semptomlar
2. Solunum sıkıntısı
3. Ödem
4. Konsatrasyon azalması/hafıza kaybı
5. Denge kaybı/düşme
6. Göğüs ağrısı
7. Yorgunluk/güçsüzlük
8. Sıkıntılı uyku
9. Aktiviteleri gerçekleştirmede zorluk
10. Kilo kaybı

26) Kalp yetmezliği nedeniyle aşağıdaki aktivitelerinizden hangilerinde kısıtlama oldu?

1. Motorlu taşıt, otomobil kullanmak
2. Ev işi yapmak
3. Çabuk ve acele davranabilme yeteneği
4. Egzersiz yapmak
5. Seksüel yaşantı
6. Yokuş yukarı veya merdiven çıkma
7. Güç ve enerji isteyen aletleri kullanma
8. Kişisel hijyen

27) Diyet önerildi mi?

1. Evet 2. Hayır

28) Nasıl bir diyet önerildi?

.....

29) Diyetinize uyuyor musunuz?

1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır

30) Cevabınız “hayır” ise neden diyetinize uymuyorsunuz?

.....

31) Egzersiz önerildi mi?

1. Evet 2. Hayır

32) Cevabınız “evet” ise nasıl bir egzersiz önerildi?

.....

33) Egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

34) Cevabınız “hayır” ise neden egzersiz yapmıyor sunuz?

.....

35) Cevabınız “evet” ise egzersiz yapma sıklığınız nedir?

.....

36) Egzersiz türünüz nedir?

.....

37) Egzersiz süreniz ne kadardır?

.....

38) Hangi ilaçları kullanıyor sunuz?

.....

39) İlaçların etkilerini biliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen

40) İlaçlarınızı reçetede belirtildiği gibi kullanıyor musunuz?

1. Her zaman 2. Çoğunlukla 3. Bazen 4. Hiçbir zaman

41) Düzenli Dr. kontrollerine geliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

42) Düzenli kilo kontrolü yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

43) Cevabınız “evet” ise kilo kontrolünü ne kadar sıklıkta yapıyor sunuz?

.....

44) Bacaklarınızda ödem var mı

1. Evet 2. Hayır

C) Hastalık İle İlgili Özellikler

(Dosyadan alınacak bilgiler)

45) Fiziksel aktiviteye göre kalp yetmezliğinin sınıfı (NYHA sınıflandırması) nedir?

1. NYHA-I 2. NYHA-II 3. NYHA-III 4. NYHA-IV

46) Kalp yetmezliğinin nedeni nedir?

1. İskemik kalp hastalığı (MI, Anjiyografi, PTCA, CABG)
2. Kapak hastalığı (MS, MY; AS, AY)
3. Hipertansiyon, DM
4. Kardiyomyopati (Hipertrofik, Dilate, Restriktif, Alkolik)
5. Diğer (Myokardit, Perikardit, Konjenital vb.)

47) Sol ventrikül EF .....

48) Pulmoner basınç.....

C) Kişilerarası İletişim Özellikleri

49) Aileniz ile olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyor sunuz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Kötü 4. Çok kötü

50) Arkadaşlarınız ile olan ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyor sunuz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Kötü 4. Çok kötü

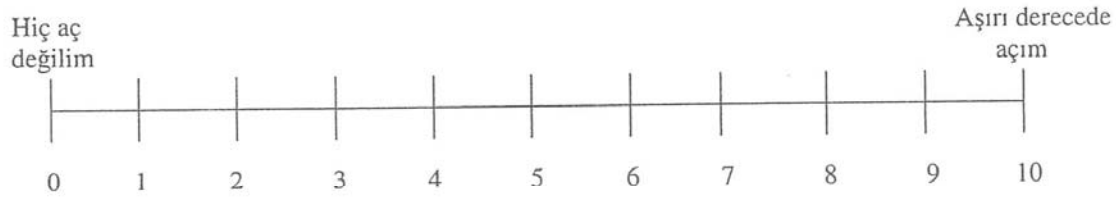
D) Sağlık Durumunu Algılama

51) Şu andaki sağlığınızı nasıl değerlendiriyor sunuz?

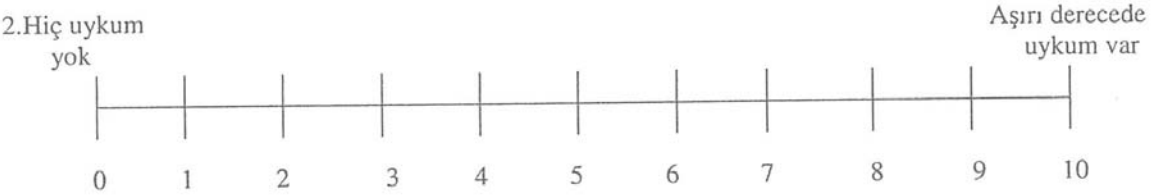
1. Çok iyi 2. İyi 3. Kötü 4. Çok kötü

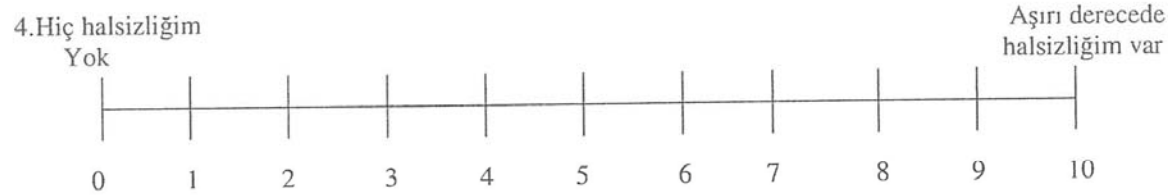
EK II. YORGUNLUK İÇİN GÖRSEL BENZERLİK SKALASI

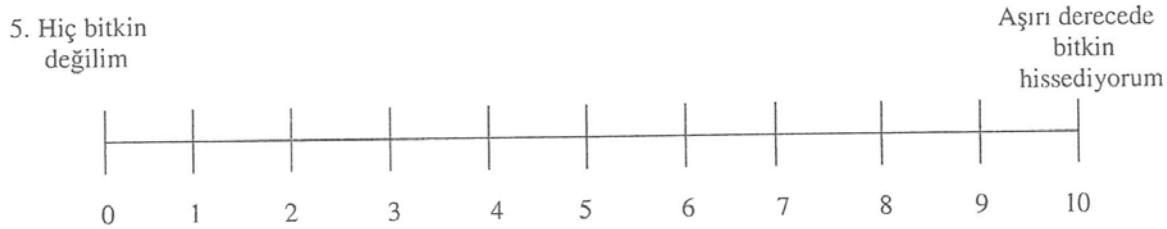
YÖNERGE:Sizden şu anda hissettiğinizi belirtmeniz için çizgilerin uygun yerine "x" işareti koymanız istenmektedir.Örneğin dünden beri hiç yemek yemediğinizi düşünün."x" işaretini aşağıdaki çizginin neresine koyardınız?



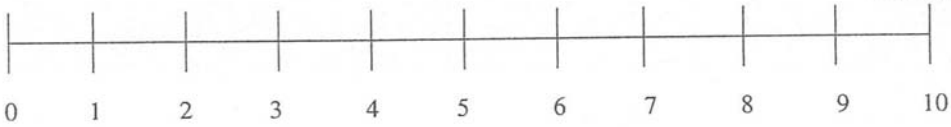
Lütfen şimdi aşağıdaki maddeler içinde bu değerlendirmeyi yapınız.



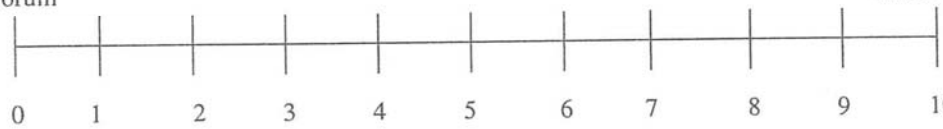




6. Hiç enerjim Yok — Aşırı derecede enerjik hissediyorum



7. Hiç hareket etmek istemiyorum — Aşırı derecede aktif hissediyorum

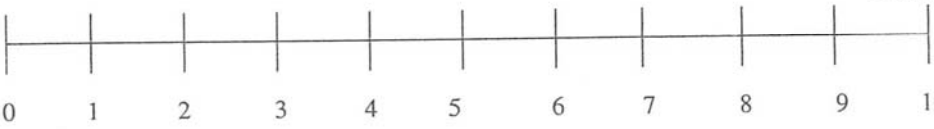


8. Hiç kuvvetim yok — Aşırı derecede dinç hissediyorum

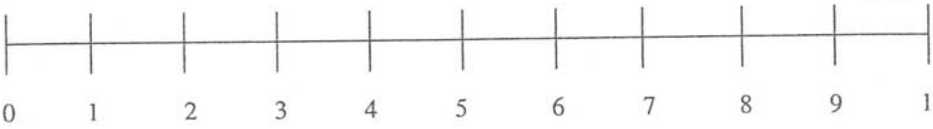
9. Hiçbir iş çıkaramıyorum — Kendimi son derece işe yarar hissediyorum

10. Hiç yaşam dolu değilim — Son derece yaşam doluyum

11.İşlerimi düzenli Yapabiliyorum — Ne yapacağımı şaşırmış durumdayım

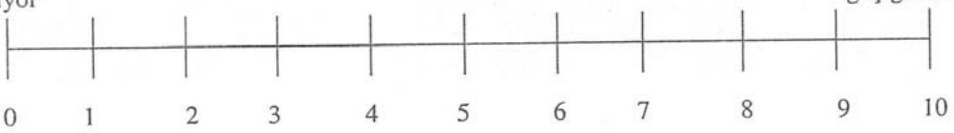


12.Hiç tükenmiş değilim — Aşırı derecede tükenmiş hissediyorum



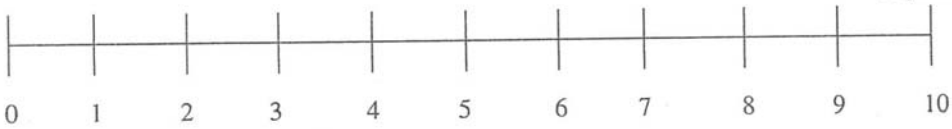
13.Gözlerimi açık Tutmak için hiçbir gerekmiyor

Gözlerimi açık tutmak aşırı güç güç gerektiriyor



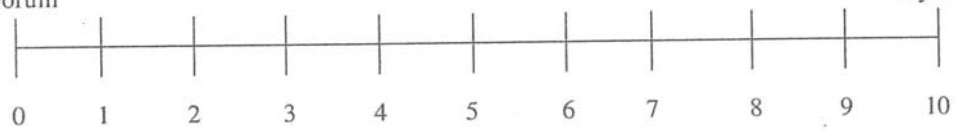
14.Kolayca hareket Edebiliyorum

Hareket etmek benim için büyük bir iş



15.Dikkatimi toplamada güçlük çekmiyorum

Dikkatimi toplamak büyük bir iş



16.Yorulmadan sohbet edebiliyorum

Sohbet etmek benim için büyük bir iş

17. Gözlerimi açık tutmak için büyük bir isteğim var

Gözlerimi açık tutmak için kesinlikle isteksizim

18.Bir yere uzanmak için kesinlikle isteksizim

Bir yere uzanmak için büyük bir isteğim var

EK III. EORTC QLQ C-30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

TURKISH

EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların "doğru" veya "yanlış" yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lütfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız: |_|_|_|_|
Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl): |_|_|_|_|_|_|_|_|
Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl): 31 |_|_|_|_|_|_|_|_|

		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1.	Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2.	Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3.	Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4.	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5.	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:		**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15.	Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta zarfında:		**Hiç**	**Biraz**	**Oldukça**	**Çok**
16.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17.	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18.	Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19.	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20.	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21.	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22.	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23.	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24.	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25.	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28.	Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü						Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü						Mükemmel

© Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. Bütün hakları saklıdır. Version 3.0

EK IV. BAZAL DİSPNE İNDEKSİ

Fonksiyonel Bozukluk
4. Derece: Bozukluk yok: Günlük aktiviteler ve iş sırasında nefes darlığı yok.
3. Derece: Hafif bozukluk: En azından 1 aktivitede belirgin bozukluk var, ama tamamen engellenmemiş. İş veya günlük aktivitelerde azalma hafif veya açıkça nefes darlığına bağlanamıyor.
2. Derece: Orta derecede bozukluk: Nefes darlığı nedeniyle işini değiştirmiş ve / veya en az 1 günlük aktiviteden vazgeçmiş.
1. Derece: Şiddetli bozukluk: Nefes darlığı nedeniyle çalışamaz durumda veya günlük aktivitelerinin çoğu veya tümünden vazgeçmiş.
0. Derece: Çok şiddetli bozukluk: Nefes darlığı nedeniyle çalışamaz durumda veya günlük aktivitelerinin çoğunu veya tümünü bırakmış.
W: Miktar belirsiz: Hasta nefes darlığından etkileniyor, ama miktarı belirlenemiyor.
X: Bilinmez: Etkilenme ile ilgili bilgi alınamıyor.
Y: Etkilenme nefes darlığından farklı sebeplere bağlı

İşin Büyüklüğü
4. Derece: Olağan dışı: Düz zeminde çok ağır yük taşımak, daha hafif yükleri yokuş yukarı taşımak veya konuşmak gibi olağandışı aktivitelerle nefes darlığı var. Olağan işlerde nefes darlığı yok.
3. Derece:Büyük: Dik bir yokuşu çıkmak, 3 kattan fazla merdiven çıkmak veya orta ağırlıkta bir yükü düz zeminde taşımak gibi aktivitelerle nefes darlığı var.
2. Derece: Orta: Hafif yokuş çıkmak, 3 kattan daha az merdiven çıkma veya düz zeminde hafif bir yük taşımak gibi ortalama işlerle nefes darlığı var.
1. Derece: Hafif: Düz zeminde yürümek, yıkanmak veya ayakta durmak gibi hafif işlerle nefes darlığı var.
0. Derece: İş yok: İstirahatta, otururken veya yatarken nefes darlığı var.
W:Miktar belirsiz: Hastanın iş yapma gücü nefes darlığı yüzünden bozulmuş, ama işin miktarı belirlenemiyor. Bozukluğun kategorizasyonu için eldeki ayrıntılar yetersiz.
X: Bilinmiyor:İşin büyüklüğüne bağlı sınırlama hakkında bilgi yok
Y: Etkilenme nefes darlığından farklı nedenlere bağlı. Örneğin kas iskelet sistemine ait sorun veya göğüs ağrısına bağlı

Eforun Büyüklüğü
4. Derece: Olağandışı: Hayal edilebilen en büyük eforla nefes darlığı var. Olağan eforla nefes darlığı yok.
3. Derece: Büyük. Submaksimal ama büyük oranda eforla nefes darlığı var. Olağandışı efor gerektirmeyen işler ara vermeden yapılabilir
2. Derece: Orta: Orta dereceli eforla nefes darlığı var. İşler ara sıra durarak yapılır ve tamamlanması normal bir kişiden daha fazla zaman alır.
1. Derece: Hafif: Küçük eforla nefes darlığı var. İşler hafif eforla yapılır veya daha zor işler sık aralarla yapılır ve tamamlanmaları için normal bir kişiye oranla %50-100 daha uzun zaman gerekir
0. Derece: Efor harcanmıyor. İstirahat halinde, otururken veya yatarken nefes darlığı var.
W: Miktar belirsiz: Hastanın egzersiz kapasitesi nefes darlığı nedeniyle azalmış, ancak miktarı belirlenemiyor.
X: Bilinmiyor: Eforun kısıtlanması ile ilgili bilgiler yetersiz.
Y: Etkilenme nefes darlığından farklı nedenlere bağlı. Örneğin kas iskelet sistemine ait sorun veya göğüs ağrısı

EK V. HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI

EK VI. ETİK KURUL İZNİ

S.B. İSTANBUL GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ETİK KURULU

ETİK KURUL KARARI

Başvuru		
	Çalışmanın Kodu :	
	Projenin Başlığı :	*Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşirelik eğitiminin etkisi*
	Sorumlu Araştırıcının Adı :	Hms. Fatma Efe
	Projenin Yürütüldüğü Klinik/Bölüm :	SB İstanbul Göztepe EAH Koroner yoğun bakım, merkez acil ve dahiliye servisleri
	Destekleyen Kuruluşun Adı :	

Çalışma Esası	SB İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu T.C.S.B. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün 29 Aralık 1995 gün ve 51748 sayılı genelgesi ve ekleri olan İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve İyi Laboratuar Uygulamaları Kılavuzu ile WHO tarafından 2000 yılında yayınlanan "Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research" kitapçığı ve Helsinki Bildirgesini kararlarını esas almaktadır..
Karar Bilgileri	**Karar No: 50/F** **Tarih: 09.09.2008** ► **Onaylanmıştır.**

	Belgenin Adı	Değişiklik No / Tarihi	Dili
Değerlendirilen İlgili Belgeler	Araştırma Dosyası	08.09.2008	Türkçe

Etik Kurul Üyeleri :

Adı soyadı/ Görevi	Uzmanlık Adı	Cinsiyeti	Bu toplantıda oy kullandı mı?		İncelenen Projede görevli mi?		İMZA
Prof. Dr. Aytekin Oğuz Başkan	İç Hastalıkları	E	Evet Hayır	► 	Evet Hayır	 ►	
Doç. Dr. Neşe Yücel Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	K	Evet Hayır	► 	Evet Hayır	 ►	
Op. Dr. Kaya Hüsnü Akan Üye	Ortopedi	E	Evet Hayır	► 	Evet Hayır	 ►	
Uz. Dr. Itır Ebru Zemheri Üye	Patoloji	K	Evet Hayır	► 	Evet Hayır	 ►	
Uz. Dr. Filiz Nartop Üye	Biyokimya	K	Evet Hayır	► 	Evet Hayır	 ►	
Doç. Dr. Zafer Gören Üye	Farmakoloji	E	Evet Hayır	► 	Evet Hayır	 ►	
Ecz. Zeynep Loç Üye	Eczacı	K	Evet Hayır	 ►	Evet Hayır	 ►	
Uz. Dr. Olcay Yasa Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	K	Evet Hayır	► 	Evet Hayır	 ►	
Doç Dr MuhammetTekin Üye	KBB	E	Evet Hayır	► 	Evet Hayır	 ►	

09.09.2008
Tarih

Prof. Dr. Aytekin Oğuz
Etik Kurul Başkanı

EK VII. HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Bu çalışma, kalp yetersizliği tanısı konmuş hastalarda dispne (nefes darlığı), yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine hemşire tarafından verilecek eğitimin etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma sırasında (hastalık nedeniyle tanı ve tedaviye ilişkin yapılması olası giderler dışında) olgunun kendisinden bir ücret talep edilmeyecek ve bağlı olduğu sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecektir.

Çalışmaya katılan hastaların cevaplamasını istediğimiz sorgulama formları yaklaşık 30-45 dakika sürecektir. Bu sorgulama formları, hastaya yönelik öykü alma formları, yorgunluğun değerlendirildiği yorgunluk için görsel benzerlik ölçeği, dispne derecesinin saptandığı bazal dispne indeksi, yaşam kalitesinin incelendiği EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeğinden oluşmaktadır.

Araştırma amacıyla elde edilen bu bilgilerin gizliliği tarafımızdan korunacaktır. Herhangi bir şekilde, herhangi kurum veya kişiye başka bir amaçla verilmeyecektir. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz an araştırmadan çekilebilirsiniz ve araştırmacı da istediği anda araştırmaya katılan gönüllüyü çalışmadan çıkarabilir.

Bir soru ya da sorun olduğunda temas kurulacak kişi Fatma EFE'dir.
Tel: İş: 0216 566 40 00 / 9443 Cep tel: 0506 701 48 58

Gönüllünün (Kalp Yetersizliği Olan Hasta)
Adı-soyadı:
İmzası:
Telefon No:

Açıklamaları yapan araştırmacının
Adı-soyadı:
İmzası:
Tarih:

EK VIII. HASTA ONAM FORMU

Yapılacak olan araştırmanın (Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Dispne, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Hemşirelik Eğitiminin Etkisi) amacı, süresi, uygulanacak yöntemleri, yararları, zararları konusunda bilgilendirildim. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Ad - Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK IX. HASTA EĞİTİM PLANI

Konu: Kalp Yetersizliğinde Dispne ve Yorgunluk ile Baş Edebilme
Tarih: Ekim 2008-Ocak 2010
Katılımcılar: Çalışma Grubunda Bulunan Kalp Yetersizlikli Hasta ve Hasta Yakınları
Yer: S.B. Göztepe E.A.H Koroner Y.B. ve Dahiliye Servisleri Hasta Odası
AMAÇ: Hastaların kalp yetersizliği ile ilgili temel bilgileri anlamasını, dispne ve yorgunluk semptomlarının kontrol ve yönetimini öğrenmesini ve bu semptomlarla etkili şekilde baş edebilmesini sağlamaktır.

Hedefler	**İçerik**	**Süre**	**Eğitimci**	**Öğretim Faaliyetleri**	**Değerlendirme**
-Kalp yetersizliğinin nedenlerini bilme -Risk faktörlerinin farkında olma -Belirtilerini anlama -Tedavi yöntemlerini bilme	-Kalbin Yapısı ve İşlevi -Kalp Yetersizliği Tanımı Nedenleri Risk Faktörleri Belirtileri Tedavisi	2 dk. 8 dk.	Fatma EFE	-Anlatım (Takrir) -Soru - Cevap Yöntemi -Demonstrasyon (Göstererek Yapma)	-Bireysel değerlendirme yapıldı, eksik bilgi ve uygulamalar tekrarlandı.
-Nefes darlığı ve yorgunlukla baş edebilme yöntemlerini öğrenme -Baş edebilme yöntemlerini uygulamanın önemine inanma -Baş edebilme yöntemlerini uygulama	-Nefes Darlığı ve Yorgunlukla Başedebilme Solunum Egzersizleri Solunum Kontrolü Gevşeme Teknikleri Balgam Çıkarma Günlük İşlerde Değişiklik Yapma Enerji Koruma Teknikleri Egzersiz Sigarayı Bırakma	30 dk.			
	-Hastadan Geri Bildirim Alma	10 dk.			

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma	**Soyadı**	EFE
Doğum Yeri	BURSA	**Doğum Tarihi**	08.01.1980
Uyruğu	T.C.	**Tel**	05067014858
E-mail	fatmaefe.80@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2006
Lise	Mustafakemalpaşa Sağlık Meslek Lisesi	1998

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	S.B. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2005-……
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı		56,5	
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft office programları	Çok iyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin