

GÜLŞAH ÇAMCI

MARMARA ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK KALP YETERSİZLİĞİNDE PALYATİF BAKIM
EĞİTİMİNİN SEMPTOM YÖNETİMİ, YENİDEN YATIŞLAR VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

GÜLŞAH ÇAMCI

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. SIDIKA OĞUZ

2018-İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Doktora
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Gülşah ÇAMCI
Tez Başlığı : Kronik Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım Eğitiminin Semptom Yönetimi, Yeniden Yatışlar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sınav Tarihi : 29/11/2018 Saat:13:00

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

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Sıdıka Oğuz

Kurumu

Marmara Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. A. Nefise BAHÇECİK

Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Vesile ÜNVER

Acıbadem Üniversitesi

Prof. Dr. Gülbeyaz CAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 12/12/2018 tarih ve 28. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

F. Arıcıoğlu

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.
-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla 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 olmadığı beyan ederim.



Gülşah

Gülşah ÇAMCI

TEŞEKKÜR

Doktora sürecimde sabrını, emeğini ve desteğini esirgemeyen, tezimin her aşamasında bana rehberlik ederek bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve bana değerli zamanını ayıran tez danışmanım Değerli Hocam Sayın Doç. Dr. Sıdika OĞUZ'a,

Tez izleme jürimde bulunup araştırmamın her aşamasında destekleri ve ilgilerini esirgemeyen çok Değerli Hocalarım Sayın Prof. Dr. A. Nefise BAHÇECİK ve Sayın Doç. Dr. Vesile ÜNVER'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Varlıkları ile yaşamıma anlam katan Aileme,

Sonsuz Teşekkürlerimi ve Saygılarımı Sunarım.

Gülşah ÇAMCI

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Kalp Yetersizliği.....	7
2.1.1. Epidemiyoloji.....	7
2.1.2. Etiyoloji	8
2.1. 3.Fizyopatolojisi	10
2.1.4. Belirti ve bulgular	11
2.1.5. Tanı	11
2.1.6. Tedavi	14
2.2. Palyatif Bakım.....	14
2.2.1. Dünyada Palyatif Bakımın gelişimi.....	16
2.2.2. Türkiye’de Palyatif Bakımın Gelişimi.....	19
2.3. Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Amacı	27
3.2. Araştırma Soruları	27
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.6. Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri	28
3.7. Veri Toplama Araçları.....	29
3.7.1. Hasta bilgi formu	29
3.7.2. Edmonton semptom tanılama ölçeği.....	30

3.7.3. EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği	30
3.7.4. LVD-36-sol ventrikül disfonksiyon ölçeği	31
3.7.5. Eğitim kitapçığı.....	31
3.8. Veri Toplama.....	31
3.9. Veri Toplama Süreci	34
3.10. İstatiksel Analiz.....	35
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	35
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
4. BULGULAR	36
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine Yönelik Bulgular	37
4.2. Hastaların Ölçek Puanlarına Yönelik Bulgular	42
4.3. Ölçekler Arası Korelasyon Bulguları	50
4.4. Hastaların Yeniden Yatış Bulguları	52
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	54
5.1. Gruplar Arasında Sosyodemografik Özelliklerin Tartışması	54
5.2. Gruplar Arasında Semptom Yönetiminin Tartışması.....	55
5.3. Gruplar Arasında Yaşam Kalitesinin Tartışması.....	60
5.4. Gruplar Arasında Yeniden Yatışların Tartışması	61
KAYNAKLAR	65
EKLER.....	75
ÖZGEÇMİŞ.....	90

KISALTMALAR

Sayfa No

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü.....	3
HAPPY: Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey.....	3
NYHA: New York Heart Association.....	5
EKG: Elektrokardiyografi.....	12
PET: Positron Emission Tomography.....	13
ACE: Anjiotensin Konverting Enzim.....	14
ARB: Anjiotensin Reseptör Blokerleri	14
BVP: Biventrilüler Pacemaker.....	14
ICD: İmplantable Cardioverter Defibrillator	14
LVAD: Left Ventricular Assist Device (Sol Ventrikül Yardımcı Araç).....	14
WPCA: Worldwide Palliative Care Alliance (Dünya Palyatif Bakım Birliği)	17
SUPPORT: Study to Understand Prognoses and Risks of Treatment.....	21
KETEM: Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim.....	20
ESTÖ: Edmonton Symptom Tanılama Ölçeği	29
LVD: Sol Ventrikül Disfonksiyonu.....	29
VAS: Visual Analogue Scale.....	30
BKİ: Beden Kitle İndeksi.....	38
KAH: Koroner Arter Hastalığı	40
DM: Diabetes Mellitus	40
HT: Hipertansiyon.....	40
SVO: Serebrovasküler Olay	40
KBH: Kronik Böbrek Hastalığı	40
EF: Ejeksiyon Fraksiyonu	40
GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı	40
KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	40
Ca: Kalsiyum.....	41
PREFER: Palliative Advanced Home Care and Heart Failure Care.....	55
CASA: Collaborative Care to Alleviate Symptoms and Adjust to Illness	56
DNR: Do not resuscitate.....	58
ENABLE: Educate, Nurture, Advice Before Life Ends.....	58

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi	9
Tablo 2: Kalp Yetersizliğinin Tipik Belirti ve Bulguları	11
Tablo 3: Korunmuş (HFpEF: HF with preserved EF), orta aralıklı (HFmrEF: HF with midrange EF) ve azalmış ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinin tanımı (HFrEF: HF with reduced ejeksiyon fraction)	13
Tablo 4: Semptomların Ciddiyetini ve Fiziksel Aktiviteyi Temel Alan New York Kalp Birliğinin İşlevsel Sınıflaması	13
Tablo 5: Sık Görülen Kalp Yetersizliği Semptomları ve Palyatif Tedavi Seçenekleri	25
Tablo 6: Minimizasyon Yöntemine Göre Randomizasyon	29
Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	38
Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Tıbbi Özelliklerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 9: Gruplara Göre Hastaların Böbrek Fonksiyonlarının ve Ejeksiyon Fraksiyonunun Karşılaştırılması (n=74)	41
Tablo 10: Hastaların Grup İçi ve Gruplar Arası Taburculuk Öncesi, Taburculuk Sonrası Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 11: Hastaların Taburculuk Öncesi, Taburculuk Sonrası Ağrı Yerlerinin Dağılımı	45
Tablo 12: Hastaların Grup İçi ve Gruplar Arası Taburculuk Öncesi, Taburculuk Sonrası EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Karşılaştırılması	47
Tablo 13: Hastaların Grup İçi ve Gruplar Arası Taburculuk Öncesi, Taburculuk Sonrası LVD-36 Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeğinin Puan Karşılaştırılması	49
Tablo 14: Gruplarda Ayrı Ayrı Taburculuk Öncesindeki LVD-36 Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeği Puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Değerlendirmesi	50
Tablo 15: Hastaların Taburculuk Sonrası Hastaneye Yeniden Yatışlarının ve Acile Başvurularının Karşılaştırılması	52

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Akut Başlangıçlı Olmayan Kalp Yetersizliği Tanısı İçin Tanı Algoritması	12
Şekil 2. Geleneksel Palyatif Bakım Görüşü	15
Şekil 3. Palyatif Bakım Entegrasyon Modeli	15
Şekil 4. Araştırmanın Veri Toplama Süreci.....	33
Şekil 5. Araştırma Sürecinde Takip Edilen Hastaların Dağılımı.....	36

**Kronik Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım Eğitiminin Semptom Yönetimi,
Yeniden Yatışlar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**

Öğrencinin Adı: Gülşah Çamcı

Danışman: Doç. Dr. Sıdıka Oğuz

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakım eğitiminin hastaların semptom yönetimi, yeniden yatışlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak planlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ocak-Aralık 2017 tarihlerinde, Kocaeli ilinde bulunan bir araştırma ve uygulama hastanesinde, NYHA göre sınıf III-IV kalp yetersizliğine sahip 42 deney ve 42 kontrol grubu hastası alındı. Kontrol grubundaki hastalar rutin tedavisini alırken deney grubu hastalarına rutin tedavisiyle birlikte palyatif bakım eğitimi verildi. Hastalar taburcu olmadan ve taburculuk sonrası birinci, üçüncü ve altıncı aylarda değerlendirildi. Veri toplamada hasta bilgi formu anketi, Edmontom Semptom Tanılama Ölçeği, EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği ve LVD-36-Sol Ventrikül Disfonksiyon ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Çalışmada gruplar arasında hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri açısından fark saptanmadı. Edmonton semptom tanılama ölçeğine göre taburculuk sonrası birinci ay deney grubunun yorgunluk ($p=,044$), bulantı ($p=,016$), iştahsızlık ($p=,030$), ayaklarda ödem ($p=,021$) ve toplam semptom yükü ($p=,027$) ve üçüncü aydaki yorgunluk ($p=,042$), bulantı ($p=,014$) ve ayaklarda ödem ($p=,042$) puanı kontrol grubuna göre daha iyi olduğu bulundu. EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğine göre deney grubunun birinci ay anksiyete/depresyon puanı kontrol grubuna göre daha iyi olduğu saptandı ($p=,006$). LVD-36 ölçeğine göre gruplar arasında fark belirlenmedi. Deney grubundaki hastaların birinci ($p=,001$), üçüncü ($p=,001$) ve altıncı ($p=,001$) ay hastaneye yatış oranı kontrol grubundan düşük olduğu bulundu.

Sonuç: Palyatif bakım alan hastaların birinci ay semptom yükü daha iyi ve birinci, üçüncü ve altıncı ay hastaneye yeniden yatışlarının az olduğu bulundu.

Anahtar Sözcükler: Kalp Yetersizliği, Palyatif Bakım, Yeniden Yatışlar, Semptom Yükü, Yaşam kalitesi.

Effect of Palliative Care Education on Symptom Management, Readmission and Quality of Life in Chronic Heart Failure

Name of Student: Gülşah Çamcı

Advisor: Doç. Dr. Sıdıka Oğuz

Department: Nursing Department

ABSTRACT

Objective: This study was planned as a randomized controlled trial to determine the effect of palliative care education on symptom management, readmission, and quality of life among patients with chronic heart failure.

Material and Method: The study was enrolled 42 intervention and 42 control group patients who have class III-IV heart failure according to NYHA to a research and practice hospital in Kocaeli province between January-December 2017. While Patients in the control group received usual treatment, intervention group were given both usual treatment and palliative care education. Patients were evaluated at baseline and at first, third and sixth months after discharge. Data were collected with Patient Information Form, Edmonton Symptom Assessment Scale, EQ-5D quality of life scale and LVD-36-Left Ventricular Dysfunction scale.

Results: The study was no difference between the groups in terms of sociodemographic and medical characteristics of the patients. According to the Edmonton Symptom Assessment Scale, fatigue ($p=.044$), nausea ($p=.016$), appetite ($p=.030$), oedema of feet ($p=.021$) and total symptom burden ($p=.027$) at first month after discharge and at the third month, fatigue ($p=.042$), nausea ($p=.014$) and oedema of feet ($p=.042$) to intervention group were found to be better than the control group. According to the EQ-5D quality of life scale, anxiety / depression score of the intervention group was better than the control group at the first month. ($p=.006$). The LVD-36 scale wasn't difference between the groups. The intervention group were found to have lower readmission rate the first ($p=.001$), third ($p=.001$) and sixth month ($p=.001$) than control group.

Conclusion: Patients receiving palliative care had better symptom burden in the first month and was less readmission in the first, third and sixth month.

Key words: Heart Failure, Palliative Care, Readmission, Symptom Burden, Quality of Life.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik kalp yetersizliği; yüksek morbidite ve mortalite oranlarıyla, bireylerde sıklıkla kötü bir yaşam kalitesine neden olması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (Tiny Jaarsma et al., 2009). Gelişmiş ülkelerde kalp yetersizliği yetişkin nüfusun yaklaşık %1-2'sinde ve 70 yaş üstü bireylerde $\% \geq 10$ 'a yükselmektedir (McMurray et al., 2012; Ponikowski et al., 2016). Altıda bir kişide tanısı konulmamış kalp yetersizliği bulunmaktadır. 55 yaşında kalp yetersizliği yaşama riski erkeklerde %33 ve kadınlarda %28 dir. Avrupa'da son verilere göre 12 ayda tüm sebepli ölümlerin %17'sini hastanedeki kalp yetersizliği hastaları ve %7'sini ayaktan kalp yetersizliği hastaları oluşturmaktadır (Ponikowski et al., 2016). Ülkemizde yapılan **Heart Failure Prevalence and Predictors In Turkey (HAPPY)** çalışmasına göre kalp yetersizliği prevalansının mutlak değeri %2,9 bulunmuştur. Çalışmada ekokardiyografi yapılmadan prevalans analizine yansıtıldığında ülkemizdeki kalp yetersizliği prevalansı %6,9 olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde yaklaşık 2 milyon 424 erişkinde kalp yetersizliği olduğu tahmin edilmektedir (Değertekin et al., 2012). Kalp yetersizliği tanısı alan hastanın ilk bir yıl içinde mortalite oranı %40, beş yıl içinde %45 ile 75 arasında değişmektedir (Mert & Barutcu, 2012).

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireye ve ailesine bakım vermek, bireyin fiziksel, psikolojik ve manevi açıdan rahatlatmak, yaşam kalitesini yükseltmek, gereksiz hastaneye yatışlarını azaltarak sağlık sistemini desteklemek amacıyla evde, hastanede, sağlık merkezinde ve hospislerde sağlık profesyonelleri ve gönüllüler tarafından verilir (www.who.int/entity/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/ - 33k, Erişim Tarihi: 1 Eylül 2016).

Palyatif bakım aktivitelerine göre ülkeler dört gruba ayrılmaktadır. Grup 1: Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen ülkeler, örneğin: Özbekistan, Afganistan. Grup 2: Yapılanma aşamasındaki ülkeler, örneğin: Azerbaycan, Filistin. Grup 3: Ülke genelinde olmayıp sadece lokalize hospis-palyatif bakım merkezi bulunan ülkeler, örneğin: Türkiye, Portekiz. Grup 4: Sağlık sistemine entegre olmuş hospis- palyatif bakım servisleri bulunan ülkeler, örneğin: Çin, Amerika, İngiltere, Kanada. Dünyada birçok ülkede palyatif bakıma yönelik çalışmalar ve sağlık

projeleri yürütölmekte olsa da palyatif bakım sağlık sistemine gelişmiş entegrasyonu dünyada sadece 20 ölkede gerçekleşmiştir. Palyatif bakımının insan hakları sayılması için yapılan çağrıların yanı sıra tüm dünya halkının palyatif bakıma ulaşması için planlamalar yapılmaktadır. Türkiye'de palyatif bakım ölkelerinde olmayıp, genel sağlık sistemine entegre değildir (Kahveci & Gökçinar, 2014). Ölkemizde palyatif bakım uzun yıllar göz ardı edilmiştir. Türkiye'de ilk palyatif bakım servisi 2009 yılında açılmış ve 2009 yılı sonunda toplam 10 palyatif bakım servisi bulunmaktadır (Göltekin et al., 2010). Türkiye'de Palya-Türk adında bir projeye palyatif bakımın sağlık sistemine entegre edilmesi planlanmıştır. Bu projeye göre birinci basamak palyatif bakım hizmetleri, aile hekimleri, sivil toplum örgütleri, kanser erken tanı merkezleri ile yürütölmektedir. İkinci basamak palyatif bakım merkezleri ikinci basamak hastanelerde yer olan onkoloji tanı tedavi merkezleri bu hizmete girmektedir. Üçüncü basamak palyatif bakım hizmetleri kapsamlı palyatif bakım merkezlerinin kurulması planlanmaktadır (Şahan & Terzioğlu, 2015).

Kalp yetersizliği, mortalite ve semptom yükü açısından malign hastalıkla eşdeğer ve ciddi bir sorun olmasına rağmen, palyatif bakım alan kalp yetersizliği hastaları çok azdır. Palyatif bakım kanser kökenli olmasına rağmen, günümüzde yaşamı sınırlandıran tüm hastalıklara sahip bireylerin bakımını kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Jaarsma et al., 2009). Her yıl 40 milyon insanın palyatif bakım ihtiyacı vardır. Bunun %39'unu kardiyovasküler hastalıklar, %34'ünü kanserler ve %10'unu kronik akciğer hastalıkları oluşturmaktadır. Ancak, palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların %86'sı palyatif bakım almamaktadır. Dünya nüfusunun %83 ağrı kesicilere erişiminde sıkıntı yaşamaktadır. Dünya sağlık örgütünün şuan ki politikası ulusal sağlık sistemine palyatif bakımı entegre etmektir (www.who.int/ncds/management/palliative-care/infographic_palliative_care_EN.pdf?ua=1 - 14k, Erişim Tarihi: 1 Eylül 2016).

Kalp yetersizliği kronik ve ilerleyici bir hastalık olduğu için seyrini tahmin etmek zordur (McIlvennan & Allen, 2016). Kalp yetersizliği hastalarında kanser hastaları kadar palyatif bakım ihtiyacı olduğu belirlenmiştir (Fernandes & Guthrie, 2015). Ayrıca ileri kalp yetersizliği hastalarının semptom yükü ileri kanser hastalarından daha fazla olduğu rapor edilmektedir (Gelfman et al., 2017). Ancak kanser dışındaki hastalıklar için palyatif bakım farkındalığı azdır (Nabudere et al.,

2014) ve bu nedenle malign hastalıklar dışında palyatif bakım entegrasyonu kötüdür (Clark et al., 2013). Kanser hastalarının %48'i palyatif bakım alırken kalp yetersizliği hastalarının %7'si palyatif bakım almaktadır. Kalp yetersizliği hastalarının %29'u ölmeden bir hafta içinde palyatif bakım almaktadır (Gadoud et al., 2014). Yapılan retrospektif bir çalışmada 940 kalp yetersizliği hastasının sadece 48'i palyatif bakım aldığı saptanmıştır. Palyatif bakım alan hastaların ölüm ve yatışları arasında ortalama altı gün olduğu bulunmuştur (Bedet et al., 2015).

Kalp yetersizliği hastalarının semptom yönetimini artırmak, yaşam kalitesini yükseltmek ve yeniden yatışları azaltmak için sağlık sistemine palyatif bakım entegre edilmelidir (Strachan et al., 2014). New York Kalp Birliğine (NYHA: New York Heart Association) göre sınıf III ve IV kalp yetersizliği olan hastalara palyatif bakım verilmelidir. Kalp yetersizliği hastalarının palyatif bakımında semptom yönetimi önemli bir unsurdur. Hastaya ağrı, nefes darlığı, öksürük, yorgunluk, fiziksel aktivite kısıtlılığı, anksiyete, depresyon, uyku problemi, bulantı ve konstipasyon gibi semptomlar için farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler verilmelidir (Jaarsma et al., 2009). Kalp yetersizliği hastalarının en çok yaşadığı semptomlar; %69-82 yorgunluk; %63-80 ağrı, %60-80 solunum sıkıntısı, %49 anksiyete (Adler et al., 2012) ve % 59,4 çarpıntıdır (Oguz & Enç, 2008). Kalp yetersizliği hastalarının palyatif bakımında iletişim, karar verme, sürekli bakım (telefonla izlem, eve ziyaretler, hospis...), hasta yakınına destek, yas süreci, pacemaker ve defibrilatör, sol ventriküle destek cihazı ve transplantasyon da yer almaktadır (Jaarsma et al., 2009; Ivany & While, 2013; McIlvennan & Allen, 2016; Wordingham et al., 2016). Hong Kong'da yapılan randomize kontrollü çalışmada, kontrol grubundaki kalp yetersizliği hastaları rutin tedavi alırken, deney grubundaki hastalar dokuz ay boyunca takip edilmiştir. Deney grubundaki hastalara, iki hafta da bir ev ziyaretleri yapılmış, düzenli telefon görüşmeleri, en uygun sağlık hizmeti, destekleyici hizmetler, hastalara kendi bakımıyla ilgili eğitimler verilmiştir. Deney grubundaki hastaların altı haftadaki yeniden yatışları daha az ve dokuz ay içinde daha düşük mortaliteye sahip olmasına rağmen deney ve kontrol grubu arasında mortalite, hastaneye yeniden yatış ve sürvileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Yu et al., 2015). Başka bir çalışmada kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakımda hastaların semptom kontrolünün daha iyi olduğu ve hastaneye yeniden yatışlarının daha az

olduğu saptanmıştır (Wong et al., 2016). Akut kalp yetersizliği hastalarında yapılan randomize çalışmada palyatif bakım verilen kalp yetersizliği hastaların yaşam kalitesi ve semptom yönetimi daha iyi bulunmuştur (Sidebottom et al., 2015). Randomize başka bir çalışma da palyatif bakım alan grupta bulantıda iyileşme görülmüştür ve toplam semptom yükü, öz yeterliliği ve yaşam kalitesinin sırasıyla % 18, % 17 ve % 24 bir iyileşme saptanmıştır (Brännström & Boman, 2014).

Çalışmamızda da kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakım eğitiminin hastaların semptom yönetimi, yeniden hastaneye yatışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlandı. Böylece palyatif bakımın önemli bir bileşeni olan semptom yönetimi ile kalp yetersizliği hastalarında palyatif bakım entegrasyonu sağlanabilir. Ek olarak hastaların hastaneye yeniden yatışlarının azaltılması, hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve hastaların semptom yönetiminin artırılması planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetersizliği

Kalp yetersizliği; yapısal ve/veya fonksiyel kardiyak anomali nedeniyle jugular venöz basınçta yükselme, pulmoner ödem gibi bulgulara nefes darlığı, bileklerde ödem ve yorgunluk gibi tipik semptomların eşlik ettiği bir klinik sendromdur (Ponikowski et al., 2016).

Kalp yetersizliği, fizyolojik ve klinik sonuçlarına göre de iki şekilde tanımlanır. Fizyolojik tanılama, kalp debisinin doku ve organların oksijen ve metabolik madde gereksinimini karşılamakta yetersiz kalması ya da kalbin ancak sol ventrikül diyastol sonu doluş basıncını artırarak vücudun gereksinimlerini karşılayabilmesidir. Klinik tanımlama ise kalp yetersizliği, sol ventrikül fonksiyonları ve nörohumoral düzenlemede bozulmalar sonucunda ortaya çıkan, efor kapasitesinin azalması, sıvı retansiyonu ve beklenen yaşam süresinin kısalması ile karakterize karmaşık bir sendromdur. Bu sendromun en önemli belirtileri dispne, yorgunluk ve sıvı konjesyonudur (Kahraman & Ural, 2004).

2.1.1. Epidemiyoloji

Gelişmiş ülkelerde erişkin toplumun yaklaşık %1-2'sinde kalp yetersizliğine rastlanmakta, kalp yetersizliği prevalansı 70 yaş ve üzerindeki bireylerde $\geq$ %10'a kadar yükselmektedir (McMurray et al., 2012; Ponikowski et al., 2016). 65 yaş üstü bireylerde eforlu nefes darlığı çok sık görülmektedir. Altı kişiden biri tanı konulmayan kalp yetersizliğine sahiptir. 55 yaşında kalp yetersizliği görülme riski erkeklerde %33 ve kadınlarda %28 dir (Ponikowski et al., 2016). Kalp yetersizliği insidansı kadınlarda erkeklere göre daha düşük olsa da kadınlar daha uzun yaşam beklentilerinden ötürü kalp yetersizliği bulgularının yarısını yaşamaktadır (Fauci et al., 2013). Ülkemizde yapılan HAPPY çalışmasına göre kalp yetersizliği prevalansının mutlak değeri %2,9 bulunmuştur. Çalışmada ekokardiyografi yapılamadan prevalans analizine yansıtıldığında ülkemizdeki kalp yetersizliği prevalansı %6,9 olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde yaklaşık 2 milyon 424 erişkinde kalp yetersizliği olduğu tahmin edilmektedir (Değertekin et al., 2012).

2.1.2. Etiyoloji

Sol ventrikül yapı ve fonksiyonunda değışmeye neden olan herhangi bir durum hastada kalp yetersizliğı gelişmesine neden olur (Fauci et al., 2013). Günümüzde kalp yetersizliğinin etiyolojisinde birinci sırada koroner arter hastalığı yer almaktadır ve kalp yetersizliğı olguların %60-75'inde sorunludur. Hipertansiyon hastaların %75'inde kalp yetersizliğı gelişimine katkıda bulunur. Koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabeti olan bireylerin kalp yetersizliğı riski artmaktadır (Fauci et al., 2013; Kahraman & Ural, 2004).



Tablo 1: Kalp Yetersizliğinin Etiyolojisi

MYOKARDİYUM HASTALIKLARI		
İskemik kalp hastalığı	Myokardiyal skar	
	Endotel disfonksiyonu	
	Myokardiyal düzensizlik	
	Epikardiyal koroner arter hastalığı	
	Anormal koroner mikrosirkülasyon	
Toksik zarar	Madde bağımlılığı	Alkol, kokain, anabolik steroidler, amfitamin
	Ağır metal	Demir, kobalt, kurşun, bakır
	İlaçlar	Sitostatik ilaçlar (örneğin antrasiklinler), immüno-modüle edici ilaçlar, antidepresan ilaçlar, antiaritmikler, non-steroid anti-inflamutaurar,
	Radyasyon	
İmmün yetersizlik ve inflamatuvar zarar infiltrasyon	Enfeksiyonla ilişkili	Bakteri, virüs
	Enfeksiyonla ilişkili olmayan	Otoimmün hastalıklar
	Maligne ile ilişkili	Direk infiltrasyon ve metastaz
	Maligne ile ilişkisi olmayan	Amlodisiz, sarkodisiz gibi
Metabolik düzensizlik	Hormonal	Trioid hastalıkları, akromegali gibi
	Beslenme	Thiamine, demir, fosfat eksikliği
Genetik anomaliler	Farklı formlar	Restriktive kardiyomyopati, dilate kardiyomyopati, sol ventrikül non compaction
ANORMAL YÜKLENME KOŞULLARI		
Hipertansiyon		
Kapak ve myokardın yapısal defekleri	Edinsel	Mitral, aort, triküspit ve pulmoner kapak hastalıkları
	Konjenital	Atriyal ve ventrikül semptom defekleri
Perikardiyal ve endomyokardiyal patolojiler	Perikardiyal	Yapısal perikardit, perikardiyal effüzyon
	Endomyokardiyal	Endomyokardiyal fibrosiz, endokardiyal fibroelastosiz
Yüksek çıkış durumları		Ciddi anemi, sepsis, paget hastalığı, hamilelik
Aşırı hacim yüklenmeleri		Renal hastalıklar, iatrojenik sıvı yüklenmesi
ARİTMİLER		
Taşikardi		Atriyal, ventriküler taşikardiler
Bradikardi		Sinüs nod disfonksiyon, iletim bozuklukları

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European heart journal. 2016;37(27):2129-200.

2.1. 3.Fizyopatolojisi

Kalp yetersizliği; işlevsel miyosit sayısının azalmasıyla veya miyokardın güç üretme yeteneğinde azalma ile sonuçlanan ve böylece kalbin normal kasılmasını engelleyen kalp kası hasarı veren indeks bir olay sonrasında başlayan ilerleyici bir bozukluk olarak görülür. Bu indeks olay miyokard enfarktüsü veya kardiyomiyopati olabilir. Kalbin pompalama kapasitesinde azalmaya neden olarak kalp yetersizliği gelişir. Kalp yetersizliğinin patolojisinde sistolik disfonksiyon ve diyastolik disfonksiyonda sorumludur (Fauci et al., 2013).

Kalp yetersizliğinde organların ve dokuların normal işlevlerini sürdürmesi için devreye giren kompensatuar mekanizmalar.

Frank-starling yasası: kalp kasının uyarıya karşı kontraksiyon yanıtı ‘hep ya da hiç yasası’ gereğince olur. Kalp kası uyarının şiddetiyle ilgili olmaksızın ya tümüyle yanıt vererek kontraksiyonu yapar ya da hiç yanıt vermez. Bunu kalp kasının kontraksiyon öncesindeki durumu belirler.

Ventrikül hipertrofisi: Sol ventrikül içindeki basınç ve hacim artışı sol ventrikül kas kitlesinin artmasına ve ventrikül hipertrofisine neden olur. Sol ventriküldeki bu yanıtı oluşturan en önemli uyarılar duvar stresinin azalması ve norepinefrin başta olmak üzere nörohormanal aktivasyondur.

Sempatik sinir sistemi: vücudun metabolik gereksinimleri arttığı egzersiz gibi fizyolojik veya kalp yetersizliği gibi patolojik durumlarda kalp debisinin artırılması veya en azından korunması, kalp hızı ve kasılma gücünün artırılması ile sağlanır. Kalp hızı ve kasılma gücü sempatik sinir sistemi düzenler (Kahraman & Ural, 2004).

2.1.4. Belirti ve bulgular

Tablo 2: Kalp Yetersizliğinin Tipik Belirti ve Bulguları

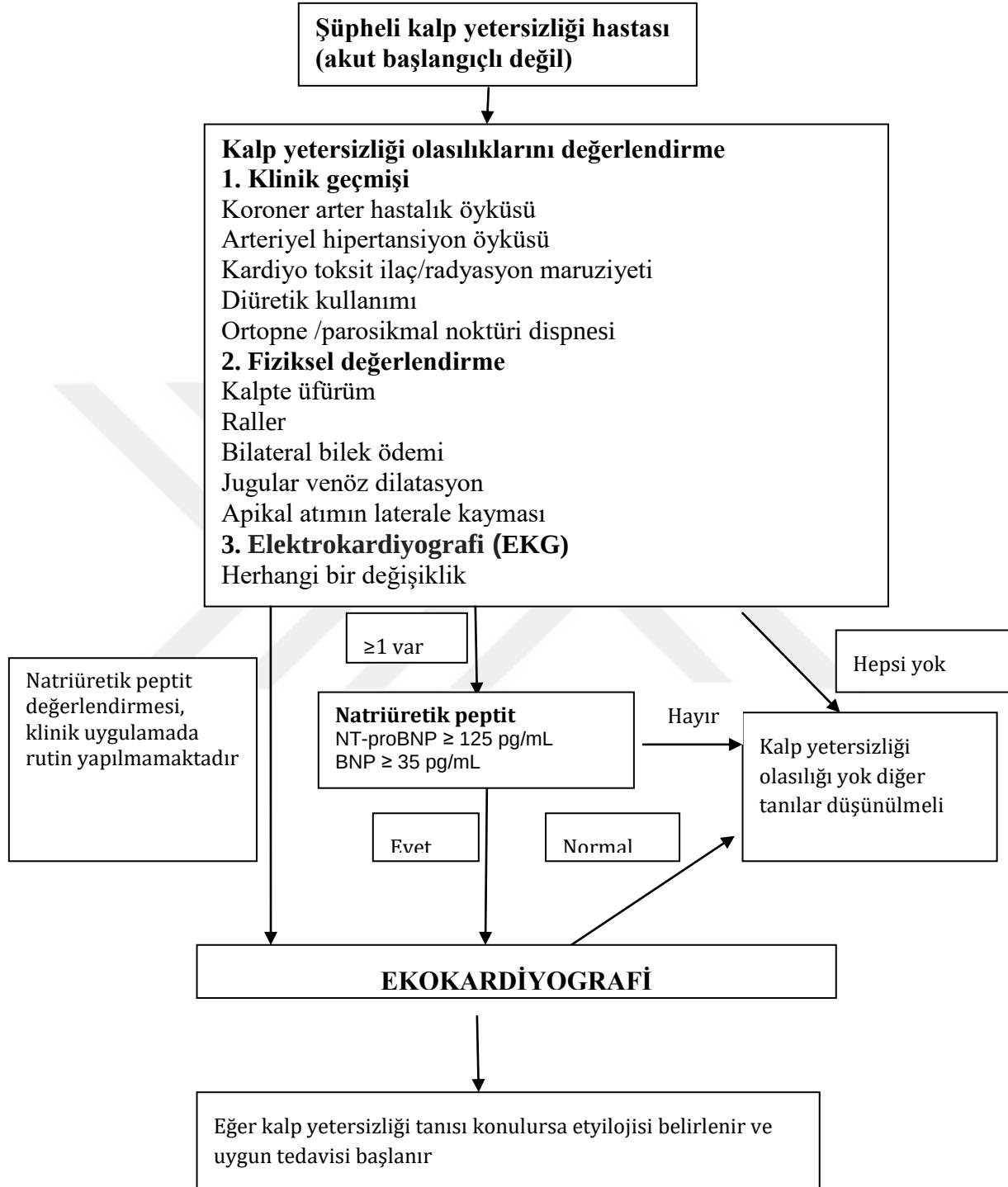
Belirtiler	Bulgular
Tipik	Daha özgül
Ortopne	Hepatojuguler reflü
Nefes darlığı	Juguler ven basıncında artış
Egzersiz toleransında azalma	Kalp tepe vurusunun sola kayması
Paroksizmal nokturnal dispne	Üçüncü kalp sesi (gallop ritmi)
Ayak bileği şişliği	
Halsizlik, yorgunluk, egzersiz sonrası toparlanma süresinin uzaması	
Daha az tipik	Daha az özgül
Gece gelen öksürük	Kilo artışı (>2kg/hafta)
Hışıltı (wheezing)	Doku kaybı (kaşeksi)
Kilo kaybı (ileri kalp yetersizliğinde)	Kilo kaybı (ileri kalp yetersizliğinde)
Baş dönmesi	Kardiyak üfürüm
Bendopne	Periferik ödem (ayak bileği, sakral, skrotal)
Şişkinlik hissi	Hava girişinde azalma ve akciğerde perkusyonunda azalma (plevral efüzyon)
Çarpıntı	Akciğerlerde kreptasyon
Depresyon	Düzensiz nabız
Senkop	Taşikardi
İştahsızlık	Taşipne
Konfüzyon (özellikle yaşlılarda)	Cheyne stokes solunum
	Hepatomegali
	Oligüri
	Asit
	Soğuk ekstremiteler
	Zayıflama (kaşeksi)

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European heart journal. 2016;37(27):2129-200.

2.1.5. Tanı

Ejeksiyon fraksiyonu korunmuş kalp yetersizliği hastalarına tanı koymak zor olabilmektedir. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu normal, belirti ve bulguları

spesifik olmayan kalp yetersizliğini diğer hastalıklardan ayırmak zor olabilmektedir (Ponikowski et al., 2016).



Şekil 1. Akut Başlangıçlı Olmayan Kalp Yetersizliği Tanısı İçin Tanı Algoritması

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European heart journal. 2016;37(27):2129-200.

Kalp yetersizliği tanısı koymak için; röntgen, kardiyak MR, kardiyak tomografi, koroner anjio, transözafagial ekokardiyografi, PET (pozitron emision tomography) gibi tanı testleride yapılabilir (Ponikowski et al., 2016).

Tablo 3: Korunmuş (HFpEF: HF with preserved EF), orta aralıklı (HFmrEF: HF with midrangen EF) ve azalmış ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinin tanımı (HFrEF: HF with reduced ejeksiyon fraction)

Kalp yetersizliği tipleri	Ejeksiyon fraksiyonu azalmış kalp yetersizliği	Ejeksiyon fraksiyonu orta aralıkta kalp yetersizliği	Ejeksiyon fraksiyonu korunmuş kalp yetersizliği
KRİTERLER	1 Belirtiler±Bulgular	Belirtiler±Bulgular	Belirtiler±Bulgular
	2 Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu <%40	Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %40-49	Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ≥ %50
	3 -	1.Natriüretik peptit seviyesinde yükselme 2.Aşağıdaki en az ek bir kriter a.Yapısal kalp hastalığıyla ilgili ilişki /sol ventrikül hipertrofisi ve/veya sol atriyumda genişleme b. Diyastolik disfonksiyon	1.Natriüretik peptit seviyesinde yükselme 2.Aşağıdaki en az ek bir kriter a.Yapısal kalp hastalığıyla ilgili ilişki /sol ventrikül hipertrofisi ve/veya sol atriyumda genişleme b. Diyastolik disfonksiyon

Tablo 4: Semptomların Ciddiyetini ve Fiziksel Aktiviteyi Temel Alan New York Kalp Birliğinin İşlevsel Sınıflaması

NYHA I	Fiziksel aktivite kısıtlanması yoktur. Olağan fiziksel etkinlik beklenenin üzerinde, halsizlik, nefes darlığı ya da çarpıntıya yol açmaz.
NYHA II	Hafif fiziksel aktivite kısıtlanması. İstirahat sırasında rahattır, ama olağan fiziksel aktivite beklenenin üzerinde halsizlik, nefes darlığı ya da çarpıntıya yol acar.
NYHA III	Belirgin fiziksel aktivite kısıtlanması. Dinlenme sırasında rahattır ama olağan düzeyin altında fiziksel aktivite çarpıntı nefes darlığı ya da halsizliğe neden olur.
NYHA IV	Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel aktiviteyi devam ettirememek. Herhangi bir fiziksel aktivite durumunda rahatsızlık artar. Dinlenme sırasında belirtiler olabilir.

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G., Coats, A. J., . . . Jankowska, E. A. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European heart journal, 37(27), 2129-2200.

2.1.6. Tedavi

Kalp yetersizliğin tedavisinde farmakolojik tedavi (diüretikler, beta blokerler, anjiotensin reseptör blokerleri (ARB), anjiotensin konverting enzim (ACE) inhibitörleri, antikoagülanlar) ve cihaz kullanımı (pacemaker implantasyonu, biventriküler pace (BVP), implantable cardioverter defibrillator (ICD)) yapılmaktadır (Enç, 2014; Ponikowski et al., 2016). İleri kalp yetersizliğinde sol ventrikül yardımcı araç (LVAD: left ventricular assist device) implantasyonu ve kalp transplantasyonu da gerekebilmektedir (Ponikowski et al., 2016).

2.2. Palyatif Bakım

Latince ‘palliare’ ve İngilizce ‘palliate’ sözcüğünden köken alır, bu sözcükler örten, hafifleten veya gideren anlamındadır (Kahveci & Gökçınar, 2014). Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların ve yandaş sorunların erken ve kapsamlı bir biçimde tanımlayarak azaltılması, önlenmesi, psikolojik, fiziksel, sosyal ve manevi gereksinimlerin karşılanmasına yönelik uygulamalar palyatif bakım içerisinde yer alır (Kahveci & Gökçınar, 2014; Fadiloğlu, 2017).

Dünya Sağlık Örgütüne göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireye ve ailesine bakım vermek, bireyin fiziksel, psikolojik ve manevi açıdan rahatlatmak, yaşam kalitesini yükseltmek, gereksiz hastaneye yatışlarını azaltarak sağlık sistemini desteklemek amacıyla evde, hastanede, sağlık merkezinde ve hospislerde sağlık profesyonelleri ve gönüllüler tarafından verilir (www.who.int/entity/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/ - 33k, Erişim Tarihi: 1 Eylül 2016).

Palyatif bakım;

- Ağrı ve diğer rahatsızlık edici belirtilerin rahatlamasını sağlar.
- Ölümü ertelemeye ya da hızlandırmaya çalışmaz.
- Yaşamı onaylar ve ölümü normal bir periyot olarak görür.
- Hasta bakımının ruhsal ve psikolojik taraflarını birleştirir.
- Hastalara ölüme kadar aktif bir yaşam sürmelerine yardım eder.
- Hasta ve ailesinin ihtiyaçlarının karşılamak için ekip çalışması yapar.

➤ Hastanın hastalığı sırasında ve kaybedildikten sonra yas döneminde ailenin başa çıkmasına yardımcı olacak destek sistemi sunar.

➤ Bu yaklaşımlar hastanın yaşam kalitesini artıracak ve hastalığın seyrini olumlu etkileyecektir.

➤ Hastalığın başlangıcında radyasyon yada kemoterapi gibi hastanın ömrünü uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle birlikte uygulanabilir, gerekli olan tanısal araştırmaları daha iyi anlamayı ve üzücü klinik komplikasyonları yönetmeyi sağlar

(file:///C:/Users/acer/Downloads/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf erişim tarihi: 01.10.2017)

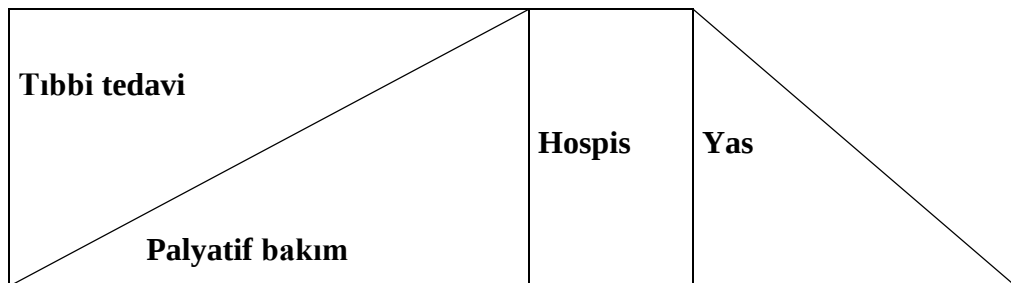
1986 yılında DSÖ palyatif bakımı tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarına verilen bakım olarak tanımlamıştır (Şekil 2). 2002 yılında bu tanım yenilenmiş "hastalığın erken döneminde palyatif bakıma başlanmasının önemi" belirtilmiştir. 2009 yılında Amerika'da palyatif bakımla ilgili tüm kuruluşlar bir araya gelerek palyatif bakımın yaşamı tehdit eden hastalığın ilk tanı konmasından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte uygulanması gerektiğini vurgulamışlardır (Şekil 3) (Kahveci & Gökçınar, 2014).



Şekil 2. Geleneksel Palyatif Bakım Görüşü

Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014. 1-5 p.

Topal K. Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2017;8(4):231-5.



Şekil 3. Palyatif Bakım Entegresyon Modeli

Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. Circulation. 2009;120(25):2597-606.

Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014. p:1-5

2.2.1. Dünyada Palyatif Bakımın gelişimi

Ölmekte olan insanlara bakım veren ilk evler gezginler ve haçlı seferleri zamanında inşa edilmiştir. Hospis teriminin kökeninde gezgin evi anlamına gelen Latince bir kelime olan ‘hospes’den gelmektedir (Sürmeli & Akçiçek, 2016). Hospis ilerlemiş kronik hastalığı olan ve tedaviye yanıt vermeyen, yaşamın son döneminde bulunan hastalara, yaşam sonu bakım vermek ve semptomlarını azaltmak amacıyla tasarlanmış ev ortamına sahip yerlerdir. Hospislerde hasta ve ailesi bir bütün olarak ele alınır (Topal, 2017). Palyatif bakımın temellerinin Roma döneminde St. Fabiola tarafından Roma’ya yolculuk eden hacılar için Portus’da kurulan sağlık destek merkezine dayandığı bildirilmektedir. Palyatif bakımın ilk örneklerine, 11. yüzyılda yolculuk sırasında ölümcül hastalıklara yakalananların tedavi edilmesine yönelik dini amaçla görev yapan gönüllüler tarafından yapılan uygulamalarda da rastlanmaktadır (Öngel, 2017).

Günümüzdekine benzer ilk palyatif bakım birimi ise 1842’de Fransa’da açılmıştır. Palyatif bakımdan çok, hospis anlamında hizmet vermiştir. 1960’lı yıllarda Amerikalı psikiyatrist Elisabeth Kübler- Ross’un “Ölüm ve Ölmek Üzerine (On Death and Dying)” isimli kitabı tüm dünyada bu konuda bir merak uyandırmıştır. 1967 yılında İngiltere’de hemşire Cicely Saunders modern anlamda ilk hospisi (St. Christopher’s Hospice) kurmuştur (Öngel, 2017). Saunders ölmekte olan hastaların bakım ilkeleri ile ilgili sunumlar yapmaya başlamış ve Amerika Birleşik Devletlerinde 1963’de Yale Üniversitesindeki sunumundan sonra Amerika’da palyatif bakım merkezleri ve hospisler açılmaya başlanmıştır (Sürmeli & Akçiçek, 2016).

1970’li yıllara kadar palyatif bakım, hospis kavramı ile özdeşleştirilmiştir. Bu iki kavramın ayrışması ve günümüzdeki tanımlamaların kullanılmaya başlaması 1970’li yıllara denk gelmektedir. 1975 yılında Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesi’nde modern anlamda ilk palyatif servisi kurulmuştur. Almanya’da 1983 yılından itibaren bu konuda hızlı gelişmeler olmuş, palyatif bakım merkezleri ardı ardına açılmaya başlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde hastane tabanlı ilk palyatif bakım ünitesi 1985 yılında Wayne State Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde açılmıştır. 1990’dan itibaren özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde

palyatif bakım kavramı, kanserli bireylerin bakımında hizmet veren yerler olarak görülmüştür (Öngel, 2017). Amerika’da 2009 yılında 5000’den fazla hospis bulunmakta ve her yıl bir milyon insan bu kurumlarda palyatif bakım alarak ölmektedir (Sürmeli & Akçiçek, 2016). 1999’da İngiltere’de, 138 hastane bakım destek birimi, 236 palyatif bakım kurumu, 400 toplumsal palyatif bakım birimi ve 209 hastane palyatif bakım ve destek ekibi oluşturulmuştur. 2010 yılı verilerine göre; Fransa’da 471, Almanya’da 331 ve İngiltere’de 882 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır (Öngel, 2017). 2000 yılının sonlarında Milan’da Avrupa Onkoloji Okulu, Avrupa genelinde palyatif bakımın adil bir şekilde verilmesini sağlamak amacıyla belirli şartlar karşılanmaya çalışılmıştır (Öngel, 2017).

Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA), tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını kapsayan 2003 yılında kurulmuş bir örgüttür. WPCA, ihtiyaç duyan herkesin yüksek kalitede palyatif bakım hizmetine ulaşabilmesi amacıyla kurulmuştur. Dünyanın bir çok ülkesinde palyatif bakıma yönelik sağlık projeleri ve çalışmalar yürütülmektedir. WPCA’nın 2011 yılında açıkladığı rapora göre, dünyadaki 234 ülkenin 136’sında (%58) bir ya da daha fazla sayıda palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır. Birçok ülkede halen hiç hospis-palyatif bakım ünitesi yoktur ve bu konudaki evrensel ilerleme zorluklarla olmaktadır (Sürmeli & Akçiçek, 2016; Öngel, 2017).

2006 Eylül ayında Palyatif Tıp Amerikan uzmanlık derneği tarafından resmi olarak bir yan dal uzmanlığı olmuştur. Günümüzde İspanya’nın Katalan bölgesi ve Amerika San Diego bölgesinde hemen her türlü palyatif bakım hizmet modellerinin verildiği bölgelerdir (Öngel, 2017).

Palyatif Bakım Aktivitesine Göre Ülkeler Dört Grupta Sınıflanmaktadır

Grup 1: Hospis-Palyatif Bakım Aktivitesi Bilinmeyen Ülkeler

Bu grupta Komor, Afganistan, Özbekistan, Çad, Gine, Libya, Kore gibi 75 ülke yer almaktadır. Bu ülkelerde hospis-palyatif bakım hizmeti yoktur. Tüm ülkeyi kapsayan palyatif bakım politikaları da bulunmamaktadır.

Grup 2: Yapılanma Aşamasındaki Ülkeler

Bolivya, Azerbaycan, Haiti, Cezayir, Vatikan, Karadağ gibi 23 ülke yer almaktadır. Bu ülkelerde aktif faal olan ve hizmet veren palyatif bakım üniteleri bulunmamaktadır. Palyatif bakım servisleri oluşturmak için çalışmalar yapılmaktadır.

Grup 3: Ülke Genelinde Olmayıp Sadece Lokalize Hospis-Palyatif Bakım Yapılanması Olan Ülkeler

Grup 3A Ülkeler:

Sudan, Bahreyn, Angola, Bangladeş, İran, Brezilya, Bulgaristan, Kuveyt, Mozambik Lübnan, Paraguay, gibi 74 ülke bu grupta yer almaktadır. Yetersiz sayıdaki lokalize kliniklerde, düşük kapasiteyle palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Finans kaynakları sınırlı ve sağlık sistemine entegre olmayıp finans kaynakları daha çok kişisel/kurumsal bağışlarla sağlanmaktadır

Grup 3B Ülkeler

Bu grupta Kıbrıs, Arjantin, Hırvatistan, Arnavutluk ve Türkiye gibi 17 ülke yer almaktadır. Palyatif bakım hizmetleri ülke genelinde olmayıp, bölgeseldir. Genel sağlık sistemiyle entegre değildir. Kişisel/kurumsal bağışlar, yerel devlet kaynakları, genel sağlık sistemi, özel sigortalar, farklı bakanlıklar ve tüm bunlardan bağımsız finans sistemleri mevcuttur. Bu ülkelerde morfinin rahatlıkla ulaşılabilir olması önemli bir ayrıcalıktır.

Grup 4: Sağlık Sistemi ile Entegre Olmuş Hospis-Palyatif Bakım Servisleri Olan Ülkeler

Grup 4A Ülkeler

Sayıları 25 olan Finlandiya, Çin, Danimarka, Şili, İsrail, Lüksemburg, Sırbistan ve Macaristan'ı içeren bu grupta; palyatif bakım hizmetleri daha yaygın ve kolay ulaşılabilir. Toplumsal anlamda konuyla ilgili bilinç düzeyi yüksektir. Palyatif bakım servis türleri de çeşitlendirilmiştir. Morfin ve güçlü ağrı kesicilere kolay ulaşılabilir. Sınırlı düzeyde palyatif bakım politikaları olup ulusal palyatif bakım dernekleri olan ülkelerdir.

Grup 4B Ülkeler

Bu grupta Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Almanya, Avusturya, Belçika, Hong Kong, Fransa, İngiltere, İrlanda, İzlanda, İtalya, Japonya, Kanada, Polonya, Norveç gibi 20 ülke yer almaktadır. Ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisleri olup kapsamlı palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları, üniversitelerle akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri ve ulusal palyatif bakım dernekleri olan ülkelerdir (Kahveci & Gökçınar, 2014; Öngel, 2017).

2.2.2. Türkiye’de Palyatif Bakımın Gelişimi

Günümüzde yaşlı nüfustaki artış, görüntüleme teknolojilerindeki ilerleme ve yeni tedavi imkanları sonucu yaşam beklentisinin yükselmesi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de evde bakım ve palyatif bakım gereksinimini de ortaya çıkarmıştır. Türkiye’de modern anlamda, palyatif bakım uzmanları tarafından hizmet veren bir palyatif bakım merkezi yoktur. Tıp fakültelerinde palyatif bakım bilim dalı henüz kurulmamış ve palyatif bakım uzmanlığı eğitimi de bulunmamaktadır. Palyatif bakım hizmeti çoğunlukla diğer branş hekimleri tarafından sürdürülmektedir (Kahveci & Gökçınar, 2014; Öngel, 2017)

Ülkemizde palyatif bakımın öncüsü olarak Darüşşafaka’yı gösterebiliriz. Darüşşifalar, Osmanlı ve Selçuklu döneminde eğitimli hekimler ve diğer yardımcı sağlık personeli tarafından sağlık hizmeti verilen merkezlerdir. Geçmiş dönemlerde bu hizmetler, vakıflarca finansal destek sağlanarak sunulmaktaydı. Darülaceze 1895 yılında kurulmuş; daha çok yaşlı, kimsesiz ve düşkün kişilere bakım hizmeti veren, palyatif bakımın öncü kurumlarından. Halen 650 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir (Kahveci & Gökçınar, 2014; Sürmeli & Akçiçek, 2016; Öngel, 2017).

Türkiye’de 1993-1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı tarafından kanser bakımevi adında hospis benzeri birimler açılmıştır. Bağış kaynaklarının yetersizliği nedeniyle bu bakımevleri kapanmıştır. 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı, “Hacettepe Umut Evi” adında kanser hastalarına hizmet veren birim kurulmuştur (Bağ, 2012; Öngel, 2017).

2008 yılına kadar Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri geri planda kalmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen girişimlerle 2009 yılında Türk Onkoloji Grubu ve Kanser Daire Başkanlığı önderliğinde farklı organizasyon, dernek, kurum ve kuruluşların işbirliği ile Ulusal Palyatif Bakım Programı oluşturulmuştur (Öngel, 2017).

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009 yılında beş yıllık bir ‘Ulusal Kanser Kontrol Programı’ başlatmıştır. Bu programda palyatif bakım Türkiye’deki kanser kontrol faaliyetlerindeki en zayıf kısmını oluşturmuştur (Öngel, 2017). Ülkemizde palyatif bakımın ilk adımı Sağlık Bakanlığının Evde Bakım Hizmetleriyle başlamıştır (Öngel, 2017).

Türkiye’de ilk palyatif bakım servisi 2009 yılında açılmıştır. 2009 yılı sonunda Türkiye’de toplam sadece 10 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır (Gültekin et al., 2010). 2010 yılında Türkiye’de Palya-Türk adında bir projeyle palyatif bakımın sağlık sistemine entegre edilmesi planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı ülkemizdeki palyatif bakım faaliyetlerini yaygınlaştırmak amacıyla bakanlığın ilgili birimleri ve pek çok uluslararası kuruluşların katkılarıyla Palya-Türk Projesi hazırlanmıştır. Bu proje Kansere Erken Teşhis Tarama ve Eğitim (KETEM) çalışanları, aile hekimleri ve hemşire tarafından sürdürülen dünyadaki ilk toplum kökenli palyatif bakım projesidir (Sürmeli & Akçiçek, 2016; Öngel, 2017). Palya-Türk Projesi; birinci, ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım birimlerini beraber ele almaktadır. Birinci basamak palyatif bakım hizmetleri; KETEM’ler, aile hekimleri, belediyeler ve sivil toplum kuruluşları ve evde bakım hizmetleri ile yürütülmektedir. İkinci basamak palyatif bakım hizmetleri, onkoloji tanı tedavi merkezlerine bağlı palyatif bakım üniteleri oluşturmaktadır. Üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerini, üçüncü basamak hastane merkezlerinde verilen kapsamlı palyatif bakım klinikleri oluşturmaktadır (Şahan & Terzioğlu, 2015; Öngel, 2017).

2013 yılında İzmir’de Palyat-İzmir Projesiyle, İzmir ilinde palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların semptom yönetimi ve yaşam kalitesini arttırmak amaçlı hayata geçirilmiştir (Öngel, 2017).

Sağlık Bakanlığı, 2014 yılında Türkiye’de palyatif bakımın işleyişini, personelin görev yetki ve sorumluluklarını, bulundurulması gereken araç ve gereç, fiziki

şartlarını ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirlemek üzere 09.10.2014 tarih ve 1970 sayılı “Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge” yayımlamıştır. Bu yönergeye göre palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde, evde sağlık hizmet birimleri, aile hekimleri tarafından yürütülmektedir. Bu yönerge ile palyatif bakımın en temel unsuru, özellikle semptom ve ağrı kontrolünde, gelişmiş ülkelerdeki gibi evde ve aile hekimleri sağlık hizmetleridir (<http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf>,Erişim tarihi:11.11.2017) (Yeniçeri, 2017)

2014 yılı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı faaliyet raporunda, 2023 yılı hedeflerinde, palyatif hastalarına palyatif bakım evlerinin kurulması yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı 2016 faaliyet raporunda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik tedbirler kapsamında evde sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılacağı rapor edilmiştir (Yeniçeri, 2017).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün Sosyal Güvenlik Kurumu’na bildirdiği palyatif bakım merkezi sayısı 01.04.2016 tarihi itibarı ile 168 ve ülkemizdeki toplam yatak sayısı 1898’dir (Öngel, 2017).

2.3. Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım

Kalp yetersizliği hastaları, malign hastalardan daha çok karmaşık semptomlar yaşamaktadır, daha kötü bir prognoza sahiptir, daha yaşlı hastalardır, günlük yaşam aktiviteleri daha çok bozulmuş ve bilişsel bozukluklara daha fazla sahip olduğu saptanmıştır (Jaarsma et al., 2009; Fernandes & Guthrie, 2015; McIlvennan & Allen, 2016; Beattie & Riley, 2018; Çamcı & Oğuz, 2018; Jaarsma et al., 2018). Yapılan bir çalışmada Kalp yetersizliği hastaların ölmeden 30 gün içinde acil servise başvuru oranı %60, kanser hastalarında %39, yeniden yatış oranı %60 karşın %45 ve yoğun bakıma yatış %19’a karşın %7 saptanmıştır (Kavalieratos et al., 2017). Kalp yetersizliği hastalarının yeniden yatış oranı, mortalite oranı ve sağlık bakımındaki masrafı daha yüksektir (Gelfman et al., 2014). Kalp yetersizliği hastaların bir yıl içindeki sürvileri %20-40 arası ülkelerde değişmektedir (Riley & Beattie, 2017). Kalp yetersizliği hastalarında yapılan SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Risks of Treatment) çalışmasına göre altı aylık survileri tahmin edilen hastaların birçoğunun iki gün içinde öldüğü saptanmıştır. Ölümden sadece 24 saat önce

hastaların iki aylık hayatta kalma oranının %80 olduğu öngörülmüştür. Bu bulgular kalp yetersizliği hastalarında prognoz tahmin edilmesinin zorluğunu göstermektedir (Clement et al., 2016). Dünyada her yıl 40 milyon insanın palyatif bakım ihtiyacı vardır. Bunun %39'unu kardiyovasküler hastalıklar, %34'ünü kanserler ve %10'unu kronik akciğer hastalıkları oluşturmaktadır. Ancak palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların %86'sı palyatif bakım almamaktadır (www.who.int/ncds/management/palliative-care/infographic_palliative_care_EN.pdf?ua=1 - 14k, Erişim Tarihi: 1 Eylül 2016). Kanser hastalarının %48'i palyatif bakım alırken kalp yetersizliği hastalarının %7'si palyatif bakım almaktadır. Kalp yetersizliği hastalarının %29'u ölmeden önce, bir hafta içinde palyatif bakım almaktadır (Gadoud et al., 2014). Yapılan retrospektif bir çalışmada 940 kalp yetersizliği hastasının sadece 48'i palyatif bakım aldığı saptanmıştır. Palyatif bakım alan hastaların ölüm ve yatışları arasında ortalama altı gün olduğu bulunmuştur (Bedet et al., 2015). Başka bir çalışmada 2647 kalp yetersizliği hastasının kayıtları incelenmiş, sadece %6 kalp yetersizliği hastası palyatif bakıma yönlendirildiği saptanmıştır (Greener et al., 2014). Bakitas et al. (2013)'nin kalp yetersizliği hastalarındaki retrospektif çalışmasında palyatif bakım danışmanlığından ölüme kadar olan ortalama süre 21 gün belirlenmiştir. Rasmusson et al. (2017) retrospektif çalışmasında 3119 kalp yetersizliği hastasının sadece %7,2 si palyatif bakım girişimlerine başvurmuştur. Retrospektif yapılan başka bir çalışmada 2006 ile 2012 yılları arasında 74 824 kalp yetersizliği hastası mekanik ventilasyon almıştır. Bu hastaların %3,9 Palyatif bakıma başvurduğu saptanmıştır. Kalp yetersizliği hastalarında palyatif bakım için başvuru oranı 2006 da %0,8 iken 2012'de %6,4'e çıkmıştır. Aynı çalışmada kanser hastalarının palyatif bakıma başvuru oranı 2006 yılında % 2,9 iken, 2012 yılında % 11,9'a yükselmiştir (Wiskar et al., 2018). 2010-2014 yıllarında yapılan başka bir çalışmada akut kalp yetersizliği ile başvuran hastaların %3,7'si palyatif bakım hizmeti aldığı bulunmuştur. Palyatif bakım alan hastaların %40'ı hastanede ölmüştür. 2010 yılında hastaların %2,5 palyatif bakım alırken 2014 yılında bu oran %4,7 olduğu saptanmıştır (Patel et al., 2018).

Palyatif bakım kanser kökenli olmasına rağmen, palyatif bakım günümüzde yaşamı sınırlandıran tüm hastalıklara sahip bireylerin bakımını kapsayacak şekilde

genişletilmiştir (Jaarsma et al., 2009). DSÖ şuan ki politikası ulusal sağlık sistemine palyatif bakımı entegre etmektir (www.who.int/ncds/management/palliative-care/infographic_palliative_care_EN.pdf?ua=1 - 14k, Erişim Tarihi: 1 Eylöl 2016). Ancak kalp yetersizliğinde palyatif bakım entegresyonu dőnyada kötü durumdadır. Yaşlanana nüfus ve ekonomik koşullar nedeniyle Çin'de kalp yetersizliği önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ama Çin'de palyatif bakım hala ihmal edilen bir alandır (Guo et al., 2018). Amerika' da her yıl bir milyondan fazla kalp yetersizliği hastası yatarak tedavi almaktadır. Hastaların %27'si otuz gün içinde yeniden yatışı olmuştur. Eğer yeniden yatış oranları azaltılırsa önemli bir finansal tasarruf sağlanacaktır. Kalp yetersizliği hastalarında yeniden yatışları azalmak için biręok strateji geliştirilmiştir. Palyatif bakım desteği de bunlardan biridir (Hines et., 2010). Yapılan sistemik review ęalıřmalarında palyatif bakım desteği alan kalp yetersizliği hasta ve ailesinin psikososyal ihtiyağlarına yönelik girişimler eksik olduğu saptanmıştır. Kanıt düzeyli ęalıřmalara ihtiyaç var olduğu görölmüştür (Low et al., 2011, Cagle et al., 2017). Almanya'da palyatif bakım veren 315 hemşire ve hekim üzerinde yapılan ęalıřmada palyatif bakım ile ilgili sağlık ęalıřanlarının, kalp yetersizliği hastalarının ve bakım verenlerinin yeterince eğitilmiş bulunmuştur (Ziehm et al., 2016). Birleşmiş Krallıkta 499 palyatif bakım veren hemşire ve hekim üzerinde yapılan ęalıřmada kalp yetersizliği hastaların kardiyoloji tarafından palyatif bakıma yönlendirmelerin iyi olmadığı saptanmıştır (Cheang et al., 2015). Japonya da ulusal olarak yapılan ęalıřmada 544 kurumun kardiyoloji bölümleri ele alınmıştır. %98 kurum kalp yetersizliği hastalarında palyatif bakımın gerekli olduğunu ifade etmiştir. Ama sadece %42 kurum kalp yetersizliği hastaların için palyatif bakım eğitimleri vermektedir. Kurumların % 79'u yılda <10 vaka aldığı saptanmıştır (Kuragaichi et al., 2018)

Kalp yetersizliği hastalarının semptom yönetimini artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek ve yeniden yatışları azaltmak için sağlık sistemine palyatif bakım entegre edilmelidir (Strachan et al., 2014; Yuen, 2018). NYHA göre sınıf III ve IV kalp yetersizliği olan hastalara palyatif bakım verilmelidir. Kalp yetersizliği hastalarının palyatif bakımında semptom yönetimi önemli bir unsurdur. Hastaya ağrı, nefes darlığı, öksürük, yorgunluk, fiziksel aktivite kısıtlılığı, anksiyete, depresyon, uyku problemi, bulantı ve konstipasyon gibi semptomlar için farmakolojik ve farmakolojik

olmayan tedaviler verilmelidir (Jaarsma et al., 2009; Sood et al., 2018). Kalp yetersizliği hastalarının en sık yaşadığı semptomlar; %69-82 yorgunluk; %63-80 ağrı, %60-80 solunum sıkıntısı, %49 anksiyete, %9-36 depresyon (Adler et al., 2009; Mert & Barutcu, 2012), %25-30 konstipasyon, %35-74 ağız kuruluğu (Riley & Beattie, 2017) ve % 59,4 çarpıntıdır (Oguz & Enç, 2008). Kalp yetersizliği hastalarının palyatif bakımında iletişim, karar verme, sürekli bakım (telefonla izlem, eve ziyaretler, hospis...), hasta yakınına destek, yas süreci, pacemaker, ICD, BVP, LVAD ve transplantasyon da yer almaktadır (Jaarsma et al., 2009; Ivany & While, 2013; McIlvennan & Allen, 2016; Wordingham et al., 2016). Kalp yetersizliği hastalarına verilecek palyatif bakımda, ileri bakım planı, ortak karar alma, semptomların rutin takibi, yaşam kalitesi ve uzman hekim desteği anahtar birleşenlerdir. Hastaların istek, değerleri ve tercihleride palyatif bakımın entegrasyonunda önemli yer almaktadır (Maciver & Ross, 2018). Kalp yetersizliği hastalarında ağrı, dispne ve depresyon için semptom yönetimi palyatif tedavinin başlıca hedefidir. Kalp yetersizliği hastalarının semptom yönetiminde çoğunlukla diüretikler ve vazodilatatörler yer almaktadır (Wensel & Rosielle, 2010) Kalp yetersizliği hastalarında sık görülen semptomlardan dispne, ağrı depresyon ve yorgunluk için yapılması gereken kanıt düzeyli palyatif bakım uygulamaları Tablo 5 de yer almaktadır (Adler et al., 2009).

Tablo 5: Sık Görülen Kalp Yetersizliği Semptomları ve Palyatif Tedavi Seçenekleri

Kanıt düzeyleri					
Semptom	I	IIA	IIB	III	Yetersiz
Dispne	Thiazidli yada thiazidsiz Loop diüretikler Nitrat Düşük doz opioidler	İnotropolar Ultrafiltrasyon (eğer diüretik direnci varsa) Yürümeye yardımcı araçlar Nefes alma eğitimi Egzersiz eğitimi Alıç ekstrası	Oksijen (hipoksi olmaksızın)	Benzodiazepin es	Akupuncture/ akupressure Müzik gibi dikkat dağıtıcı sesli stimulanlar Rahatlama teknikleri Psikoterapi Nebul opioidler Fanlar
Ağrı	Opioidler Kemik ağrısı: bisphosphonates Göğüs ağrısı: nitrat, β- blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ranolazine, koroner revaskülasyon		Akupuncture Egzersiz eğitimi Müzik	Non stereroid antiinflamatuvar ilaçlar	
Depresyon	Selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin norepinephrine reuptake inhibitors, tricyclic antidepressants	Psikolojik Girişimler: Bilişsel davranış terapisi, danışmanlık ve Destekleyici terapi	Egzersiz		Akupuncture
Yorgunluk		Sekonder sebebin tedavisi (anemi, enfeksiyon, uyku apnesi vb.) Uyarıcılar Egzersiz eğitimi Alıç ekstrası		İstirahatı artırma ve fiziksek aktiviteyi azaltma	Anti inflamatuvar ajanlar L-karnitin Egzersiz eğitimi Beslenme takviyeleri veya İştah uyarıcıları

Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. Circulation. 2009;120(25):2597-606.

Kalp yetersizliği hastalarında dispne tedavisinde diüretikler, göğüs ağrısında nitrat ve koroner revaskülasyon, depresyonda selective serotonin reuptake inhibitorleri kanıt düzeyi yüksek tedavilerdir (Tablo 5).

Kalp yetersizliği hastaları aşağıdaki durumlarda palyatif bakıma yönlendirilmelidir.

➤ Hastanın ciddi kısıtlaması varsa. İstirahat halindeyken bile semptomlar yaşayan çoğunlukla yatağa bağımlı hastalardır (NYHA sınıf IV

kalp yetersizliğine sahip hastalar) (Mizuno et al., 2017; Riley & Beattie, 2017)

- Hastanın sıklıkla kalp yetersizliğinde alevlenme varsa (yılıda > 3)
- Sık hastaneye yeniden yatış (yılıda > 3) (Mizuno et al., 2017; Riley & Beattie, 2017)
- Hasta yardıma ve bakıma ihtiyacı varsa (Karnofsky skoru $\leq$ 50)
- Yaşam kalitesinde ilerleyen düşüş (Riley & Beattie, 2017)
- Hastada kilo artışı varsa ve aldığı diüretik tedavisine cevap vermesse
- Klinik durumunda genel bir bozulma (ödem, ortopne, dispne)
- Hasta “hayat sonu yaklaşıyor” dan bahsederse (Mizuno et al., 2017).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakım eğitiminin hastaların semptom yönetimi, yeniden hastaneye yatışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak planlandı.

3.2. Araştırma Soruları

- Deney grubundaki kalp yetersizliği hastaların semptom yönetimi ve yaşam kalitesi iyi midir?
- Kontrol grubundaki kalp yetersizliği hastaların semptom yönetimi ve yaşam kalitesi iyi midir?
- Deney ve kontrol grubu arasında semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve yeniden hastane yatışları arasında fark var mıdır?
- Deney ve kontrol grubunun sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Deney ve kontrol grubunda hastaneden taburcu olmadan, taburculuk sonrası birinci, üçüncü ve altıncı aylarda yaşam kalitesi ve semptom yönetiminde değişim nasıldır?
- Deney grubuna verilen palyatif bakım eğitimi hastaneye yeniden yatışları azaltır mı?

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H0: Deney grubu kontrol grubu arasında semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve hastaneye yeniden yatışları arasında fark yoktur.

H1: Palyatif bakım hastaların semptom yönetiminini artırır.

H2: Palyatif bakım hastaların yaşam kalitesini artırır.

H3: Palyatif bakım hastaların hastaneye yeniden yatışlarını azaltır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; semptom yönetimi, yeniden hastaneye yatışlar ve yaşam kalitesi

Bağımsız değişken; palyatif bakım eğitimi

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak-Aralık 2017 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesine (kardiyoloji, koroner yoğun bakım ve aritmi servisi) başvuran kalp yetersizliği hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini;

- 18 yaş ve üstü
- NYHA göre sınıf III ve IV kalp yetersizliği olan (Jaarsma ve ark. 2009)
- Araştırmaya katılmayı engelleyecek herhangi bir iletişim sorunu [işitmede azalma, görme bozukluğu, Türkçeyi anlama/konuşabilmede yetersizlik] olmaması,
- Telefonla iletişim kurulabilecek
- En az okuryazar olması
- Hastaneden taburcu olma durumu olan
- Altı ay önce kalp yetersizliği tanısı konulmuş
- Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden hastalar çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.6. Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri

- Çalışma süresince çalışmadan kendi isteğiyle çıkmak isteyen hastalar
- Çalışma sürecinde ölen ya da durumu kötüleşen hastalar

Deneyssel olarak tasarlanacak çalışma için daha önce yapılan benzer bir çalışma baz alınarak yapılan Power analizi (G*Power 3.1.9.2) sonucunda; yaşam kalitesi ölçeği puanına göre yapılan değerlendirmede $\Delta:0,696$ olarak aldığımızda Power:0,80,

$\beta:0,05$ ve $\alpha:0,05$ için tespit edilen örneklem sayısı her bir grup için minimum 34 hasta olmak üzere toplam 68 hasta olarak saptandı. (Δ : Etki büyüklüğü (Effect Size)).

Çalışmada ayrılabilme olasılığı olan hastalar olabileceği için deney grubunda 42 ve kontrol grubunda 42 olarak toplam 84 hastaya ulaşılması hedeflendi. Hastalar kovaryat odaklı randomizasyonun minimizasyon yöntemi ile dağıtıldı. NYHA göre, cinsiyete ve bir yıl içinde hastaneye yatma sayısına göre tabakalara ayrılarak, deney ve kontrol grubuna randomize atandı. Böylece deney ve kontrol grubundaki hastaların homojen olması sağlandı (Tablo 6).

Tablo 6: Minimizasyon Yöntemine Göre Randomizasyon

Değişkenler		Deney	Kontrol
Cinsiyet	Kadın	14	15
	Erkek	28	27
NYHA	III	23	21
	IV	19	21
Bir yıl içinde hastaneye yatma sayısı	≤ 3	32	33
	≥ 4	10	9
Toplam		42	42

3.7. Veri Toplama Araçları

Hastanın demografik ve hastalıkla ilgili soruların bulunduğu hasta bilgi formu oluşturuldu (Ek-1). Hastanın semptomlarını değerlendirmek için Edmonton semptom tanılama ölçeği (ESTÖ) (Ek-2), yaşam kalitesini belirlemek için EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3) ve Kalp yetersizliği hastalarına özgü LVD-36-Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği kullanılması planlandı (Ek-4). Ölçeklerin yazarlarından kullanım izni alındı (Ek-5). Deney grubu için verilecek ‘Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım’ eğitim kitapçığı oluşturuldu.

3.7.1. Hasta bilgi formu

Hastanın demografik (yaş, boy, kiminle kaldığı, mesleği, sigara ve alkol kullanma durumu... gibi) ve tıbbi özellikleriyle (ejeksiyon fraksiyonu, ilaçları, kreatin,

hemoglobin değeri, ProBNP, kalp yetersizliği etiyolojisi, hastanede yattığı gün sayısı... gibi) ilgili soruların bulunduğu 21 soruluk hasta bilgi formu oluşturuldu (Ek-1).

3.7.2. Edmonton semptom tanılama ölçeği

Edmonton semptom tanılama ölçeği Bruera et al. (1991) tarafından palyatif bakım alan hastaların semptomlarının değerlendirmek için geliştirilmiştir. ESTÖ; yorgunluk, ağrı, kendini iyi hissetme, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, nefes darlığı, iştahsızlık ve diğerleri olarak 10 semptomdan oluşmaktadır. Her semptom 0 ve 10 arası puanlandırılır. Sıfır puan hiç semptom olmadığını 10 puan semptomun şiddetli olduğunu gösterir. ESTÖ'nin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirliği Yesilbalkan et al. (2008)) tarafından yapılmıştır. ESTÖ geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur (cronbach's alfa: 0.77)(Ek-2).

3.7.3. EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği

EQ-5D yaşam kalitesini ölçmede kullanılan genel sağlık ölçeğidir. Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQol grubu tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Öz-bakım, hareket, ağrı/rahatsızlık, olağan aktiviteler ve endişe/depresyon olmak üzere beş boyuttan oluşur. Her boyut üçlü likertle değerlendirilmektedir. Güçlük yok, orta derecede güçlük ve aşırı derecede güçlük şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından 1 ile 3 arasında puan alınmaktadır. Yüksek puan kötü durumu ifade eder. Ölçeğin 5 boyutundan -0,59 ile 1 arasında değişen puan alınır. Ölçekte negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları gösterirken, 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlığı göstermektedir. Ölçekte bireyin günlük sağlık durumunun 0-100 arası değerlendirildiği görsel analog skalası (VAS: Visual Analog Scale) da yer alır. Ölçek 20 ülkede ulusal çalışmalarda kullanılmıştır. Amerika'da yapılan çalışmada 38678 kişiye ölçek uygulanmıştır (<http://www.euroqol.org/>, Erişim tarihi: 7 Eylül 2016). Türkiye'de Kahyaoğlu Süt and Ünsar (2011) tarafından ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır ($\beta=0.188$; %95 GA: 0.152-0.224; $p<0.001$) (Ek-3).

3.7.4. LVD-36-sol ventrikül disfonksiyon ölçeği

LVD-36-Sol Ventrikül Disfonksiyon Ölçeği O'leary and Jones (2000) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek; kalp yetersizliği hastalarında sol ventrikül disfonksiyonunun iyilik hali ve günlük yaşam üzerine etkisini, hastalığın etkisini, tedavinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlar. Ölçek 36 sorudan oluşur, sorular doğru/yanlış şeklinde cevaplanır. Doğru cevaplar toplanıp, toplam yüzde olarak belirtilir. Ölçekten 0-100 arası puan alınır. Yüksek puan yaşam kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Türkiye'deki geçerlik ve güvenirliği Özer and Argon (2005) tarafından yapılmıştır (Ek-4).

3.7.5. Eğitim kitapçığı

Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım eğitim kitapçığında; kalp yetersizliği nedir, kalp yetersizliği nedenleri, semptomları, tedavisi, kalp yetersizliğinde yaşam davranışları değişikliği (diyet, fiziksel aktivite/egzersiz, alkol, sigara, kilo takibi, stress, ilaç kullanımı), semptom yönetimi (nefes darlığı, ağrı, bulantı-kusma, kabızlık, ağız yarası, yorgunluk, uyku sorunu, endişe, ödem, iştahsızlık /beslenmede azalma) ve kalp yetersizliğinde uyarı işaretleri içeriğinde yer almaktadır. A4 formatında 32 sayfalık bir kitapçıktır.

3.8. Veri Toplama

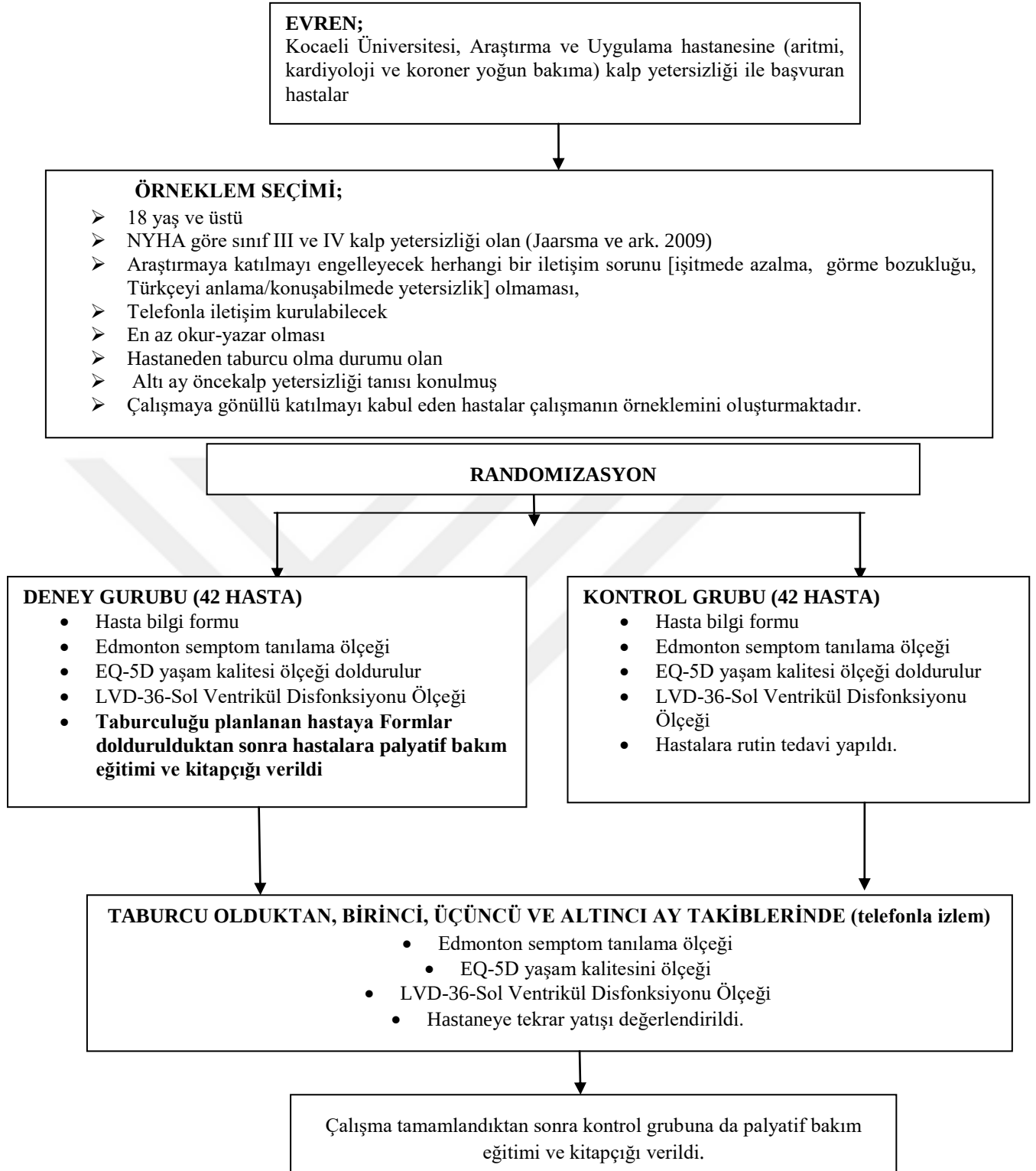
Deney ve kontrol grubundaki hastalardan ilk veriler hastaneden taburcu olmadan Hasta bilgi formu, Edmonton semptom tanılama ölçeği, EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği ve LVD-36-Sol Ventrikül Disfonksiyonu ölçeği ile toplandı. Kontrol grubundaki hastalar rutin tedavilerini aldı. Taburculuğu planlanan deney grubundaki hastalara rutin tedavisinin yanında palyatif bakım eğitimi ve kitapçığı verildi. Taburcu olduktan birinci, üçüncü ve altıncı ay takiplerinde hastalarla telefonla iletişime geçilerek tekrar Edmonton semptom tanılama ölçeği, EQ-5D yaşam kalitesini ölçeği, LVD-36-Sol Ventrikül Disfonksiyon ölçeği ve hastaneye yeniden yatışı değerlendirildi (Şekil 4).

Rutin Tedavi

Çalışmanın yapıldığı kurumda kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen tedavidir. Kalp yetersizliği hastaları hastaneye yattığında semptomlarına yönelik medikal tedavi almaktadır.

Palyatif Bakım

Deney grubundaki hastalar rutin tedavilerine ek olarak palyatif bakım eğitimi verildi. Eğitim süresi en az 45 dakika sürmektedir. Eğitim sonrası hastalara 'Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım' kitapçığı verildi. Bu eğitimde kalp yetersizliği hastalığı hakkında ve kalp yetersizliği hastalarının sık yaşadığı dispne, ağrı, konstipasyon, depresyon, ödem, yorgunluk, bulantı gibi semptomlara yönelik farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler konusunda hastalar bilgilendirildi. Hastalar taburcu olduktan birinci, üçüncü ve altıncı aylarda telefonla takip edildi. Hastaların telefonla izlemlerinde hastanın semptomları ve yaşam kalitesi tekrar değerlendirildi. Telefonla izlem sırasında hastanın yaşadığı semptomlara yönelik eğitimler tekrar edildi. Hastalar yaşadığı semptomlar ve sorunlara yönelik hekime yönlendirilme yapıldı.



Şekil 4. Araştırmanın Veri Toplama Süreci

3.9. Veri Toplama Süreci

İlk önce on hastaya pilot çalışma yapıldı. Yapılan pilot çalışmada bir deney ve bir kontrol grubu şeklinde hastalar alınmaya başlandı. Pilot çalışma sırasında bir deney grubu hastasına verilen eğitimden, kontrol grubu hastasının etkilenebileceği görüldü. Deney grubundaki hastaların diğer odadaki hastaya eğitimi anlatabileceği ve verilen kitapçığı kontrol grubundaki hastaların görebileceği saptandı. Bu nedenle pilot çalışmanın ilk üç hastası çalışmaya dahil edilmedi. Daha sonra ilk kontrol grubuna hasta alındı, kontrol grubu hastası bittikten sonra deney grubuna geçilecek şekilde çalışma planlandı. Pilot çalışmanın yedi hastası kontrol grubuna katıldı. Çalışmanın yapıldığı hastanenin kardiyoloji (34 yataklı) ve aritmi (14 yataklı) servisine yatan kronik kalp yetersizliği hastalarından taburcu olmadan iki gün içinde yüz yüze görüşülerek veriler toplandı. Hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, çalışma kapsamına alındı. Araştırmacının telefon numarası hastalara verildi ve istedikleri zaman arayabilecekleri söylendi. Deney ve kontrol grubu hastalarına; hasta bilgi formu ve ölçekler uygulandı. Deney grubundaki hastalar formları doldurulduktan sonra eğitime alındı. Eğitime hastanın yanında bulunan bir veya iki yakını da dahil edildi. Hasta rahat oturur pozisyonda, odanın kapısı kapalı, yüz yüze etkileşimin olacağı şekilde eğitim yapıldı. Hasta ve yakınlarının eğitim sırasında sorular sormasına fırsat verildi. Deney grubundaki hastaya ayrıntılı eğitim verildiği için bir vakadan veri toplanması en az 45 dakikayı almaktadır. Kontrol grubundaki bir hastadan veri toplamak yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Kontrol grubu hastaları hastanedeki rutin tedavisini aldı. Bir haftada çalışma kriterlerine uyan yaklaşık beş ile oniki hasta alındı. Hastalar telefonla aranmadan önce hastayla son görüşmeden sonra hastane sisteminden acile ya da hastane içinde herhangi bir yatışı olup olmadığına bakıldı. Deney grubundaki hastalara telefon görüşmeleri sırasında yaşadığı semptom ve sorunlara yönelik eğitim tekrarları da yapıldı. Bazı hastalar birinci, üçüncü ve altıncı ay izlemlerinde tekrar hastaneye yatmış oldukları için hastaların görüşmeleri hastanede yapıldı.

3.10. İstatiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken bir istatistik programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra normal dağılım gösteren niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Student-t Testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde ise Mann Whitney U Testi kullanıldı. Tekrarlayan ölçümlerin değerlendirilmesinde Friedman Testi, farklılığın hangi ölçümden kaynaklandığını saptamak için ise Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare testi, Continuity (Yates) düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare testi kullanıldı. Veriler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Rho Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

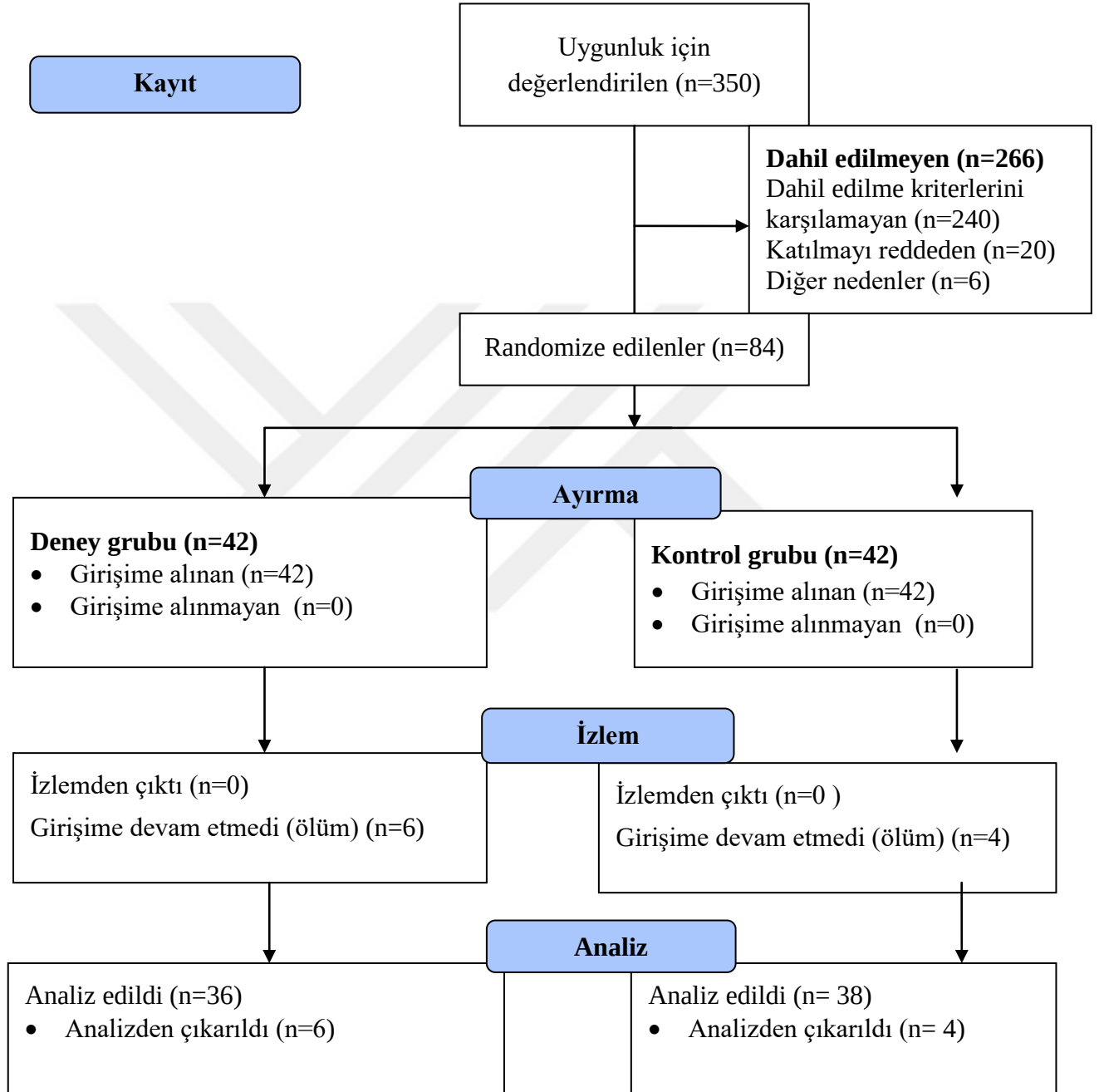
3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Katılımcıların sözel ve yazılı onamları alındı. Deney grubu Katılımcı Bilgilendirme Formu Ek-6'de, kontrol grubu Katılımcı Bilgilendirme Formu Ek-7'de bulunmaktadır. Gönüllü Onay Formu Ek-8'da bulunmaktadır. Çalışmanın yapıldığı Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesinden hem kurum izni hem de etik izin alındı (Araştırma proje numarası: KÜ GOKAEK 2016/295) (Ek-9). Araştırma süresince bireysel hakların korunması gerektiğinden insan hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Verilerin araştırmacı tarafından sorularak toplanması ve araştırmanın sadece bir kurumda yapılmasıyla sınırlıydı.

4. BULGULAR



Şekil 5. Araştırma Sürecinde Takip Edilen Hastaların Dağılımı (Consort Akış Şeması)

Çalışmanın yapıldığı Kocaeli Üniversitesine çalışma sürecinde 350 kalp yetersizliği hastası başvurdu. 266 hasta çalışmaya dahil edilmedi. 42 deney ve 42 kontrol olmak üzere toplam 84 hasta çalışmaya alındı. Çalışma izleminde deney grubundan altı hasta, kontrol grubundan dört hasta ölüm nedeniyle çalışmadan ayrıldı. Bir ay içerisinde hastaların %3,6'sı öldü. Bu hastaların biri deney, ikisi kontrol grubundandır. İlk üç ay içerisinde toplamda hastaların %7,1'i öldü. Bu hastaların üçü deney, üçü kontrol grubundandır. İlk altı ay içerisinde hastaların %11,9'u öldü. Bu hastaların altısı deney, dörtü kontrol grubundandır. Çalışmanın analizi sağ kalan bireylerde yapıldı (Şekil 5).

Çalışmaya katılan hastaların verileri dört alt başlıkla incelendi.

4.1. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine yönelik bulgular

4.2. Hastaların ölçek puanlarına yönelik bulgular

4.3. Ölçekler arası korelasyon bulguları

4.4. Hastaların yeniden yatış bulguları

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özelliklerine Yönelik Bulgular

Çalışma %36,5'i (n=27) kadın, %63,5'i (n=47) erkek olmak üzere toplam 74 hasta ile yapıldı. Hastaların %48,65'i (n=36) deney, %51,35'i (n=38) kontrol olmak üzere iki gruba randomize edildi.

Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırması

Genel Özellikler		Deney (n=36)	Kontrol (n=38)	Toplam (n=74)	Test Değeri	P
		n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş (yıl)	Min-Maks	47-83	43-86	43-86		
	Ort±SS	67,77±10,08	67,23±11,95	67,50±11,01	¹ 0,210	0,834
	(Medyan)	(68,5)	(68)	(68)		
Yaş grubu	65 yaş ve altı	13 (36,1)	17 (44,7)	30(40,5)	² 0,571	0,450
	65 yaş üzeri	23 (63,9)	21 (55,3)	44 (59,5)		
Cinsiyet	Kadın	13 (36,1)	14 (36,8)	27 (36,5)	² 0,004	0,948
	Erkek	23 (63,9)	24 (63,2)	47 (63,5)		
Medeni durum	Evli	27 (75)	25 (65,8)	52 (70,3)	² 0,751	0,386
	Bekâr	9 (25)	13 (34,2)	22(29,7)		
Eğitim durumu	Okur-yazar	9 (25,0)	5 (13,1)	14 (18,9)	² 1,890	0,389
	İlkokul/ortaokul	21 (58,3)	24 (63,2)	45 (60,8)		
	Lise ve üzeri	6 (16,7)	9 (23,7)	15 (20,3)		
Meslek	Ev hanımı	12 (33,3)	14 (36,8)	26 (35,1)	² 0,100	0,752
	Emekli	24 (66,7)	24 (63,2)	48 (64,9)		
Ekonomik durum	Gelir gider dengede	34 (94,4)	37 (97,4)	71 (95,9)	² 0,406	0,610
	Gelir giderden az	2 (5,6)	1 (2,6)	3 (4,1)		
Yaşanılan kişiler	Yalnız	4 (11,1)	6 (15,8)	10 (13,5)	² 0,346	0,737
	Aile yanı	32 (88,9)	32 (84,2)	64 (86,5)		
BKİ (kg/m ³)	Min-Maks	21,88-45,71	22,86-47,75	21,88-47,75		
	Ort±SS	31,04±5,92	29,94±5,51	30,47±5,51	¹ 0,831	0,408
	(Medyan)	(28,80)	(28,74)	(28,76)		
Sigara kullanımı	Hiç içmedi	15 (41,7)	12 (31,6)	27 (36,5)	² 0,812	0,368
	Aktif/bıraktı	21 (58,3)	26 (68,4)	47 (63,5)		
Alkol kullanımı	Hiç içmedi	27 (75)	26 (68,4)	53 (71,6)	² 0,394	0,530
	Aktif/bıraktı	9 (25)	12 (31,6)	21 (28,4)		

¹Student-t Testi

²Ki-Kare Testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Testi

Hastaların yaşlarının 43 ile 86 yıl arasında değişmekte olup, ortalamasının 67,50±11,01 ve medyanının 68 yıl olduğu, %59,5'inin 65 yaş üzerinde olduğu, %63,5'inin erkek olduğu, %70,3'ünün evli olduğu, %60,8'inin ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu, %64,9'unun emekli olduğu, %95,9'unun gelirinin giderine denk olduğu, %86,5'nin aile yanında kaldığı, beden kitle indekslerinin (BKİ) 21,88 ile 47,75 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalamasının 30,47±5,51 ve medyanının 28,76 kg/m² olduğu, %63,5'inin aktif sigara içtiği veya bıraktığı ve %71,6'sının hiç alkol içmediği saptandı. Gruplar arasında hastaların genel özellikleri açısından anlamlı bir fark bulunmadı. Her iki grup hastaları sosyodemografik özellikleri açısından benzerdir (Tablo 7).

Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Tıbbi Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Deney (n=36) n (%)	Kontrol (n=38) n (%)	Toplam (n=74) n (%)	Test Değeri	*p
Bir yıl içinde hastaneye yatma	Evet	29 (80,6)	30 (78,9)	59(79,7)	² 0,030	0,863
	Hayır	7 (19,4)	8 (21,1)	15 (20,3)		
Hastaneye yatma sayısı	Min-Maks Ort±SS (Medyan)	1-15 3,44±3,78 (2)	1-13 2,56±2,43 (1,5)	1-15 3,00±3,17 (2)	¹ -0,824	0,410
Kalp yetersizliği etiyolojisi	İskemik	24 (66,7)	18 (47,4)	42 (56,8)	² 2,805	0,094
	İskemik değil	12 (33,3)	20 (52,6)	32 (43,2)		
Hastanede yatılan gün sayısı	Min-Maks Ort±SS (Medyan)	4-66 13,72±12,20 (10)	5-20 9,36±3,57(8,5)	4-66 11,48±9,0 (9)	¹ -0,898	0,369
Kalp yetersizliği süresi	1-3 yıl	8 (22,2)	3 (7,9)	11 (14,8)	² 3,126	0,210
	4-6 yıl	10 (27,8)	11 (28,9)	21(28,4)		
	7 yıl ve üzeri	18 (50,0)	24 (63,2)	42 (56,8)		
NYHA göre kalp yetersizliği	Sınıf III	21 (58,3)	20 (52,6)	41 (55,4)	² 0,243	0,622
	Sınıf IV	15 (41,7)	18 (47,4)	33 (44,6)		
ICD	Var	0 (0)	5 (13,2)	5 (6,8)	² 5,080	0,055
	Yok	36 (100)	33(86,8)	69 (93,2)		
BVP-ICD	Var	3 (8,3)	3 (7,9)	6 (8,1)	² 0,005	1,000
	Yok	33 (91,7)	35 (92,1)	68 (91,9)		
Komorbidite hastalıkları	KAH	24 (66,7)	19 (50,0)	43 (58,1)	² 2,110	0,146
	DM	18 (50,0)	25 (65,8)	43 (58,1)	² 1,893	0,169
	HT	27 (75,0)	28 (73,7)	55 (74,3)	² 0,017	0,897
	SVO	2 (5,6)	2 (5,3)	4 (5,4)	² 0,003	1,000
	Kanser	3 (8,3)	3 (7,9)	6 (8,1)	² 0,005	1,000
	KBH	8 (22,2)	13 (4,2)	21 (28,4)	² 1,307	0,253
	Karaciğer hastalığı	0 (0)	2 (5,3)	2 (2,7)	² 1,947	0,494
Sol ventrikül EF (%)	Min-Maks	5-60	10-60	5-60	¹ -0,927	0,354
	Ort±SS (Medyan)	26,91±12,20 (25)	29,73±13,20 (30)	28,36±13,3 (25)		
Kreatin	Min-Maks	0,82-2,62	0,57-3,72	0,57-3,72	¹ -1,406	0,160
	Ort±SS (Medyan)	1,37±0,46 (1,40)	1,63±0,71 (1,515)	1,50±0,61 (1,45)		
Üre	Min-Maks	11,3-161	30-240	11,3-240	¹ -1,006	0,314
	Ort±SS (Medyan)	71,42±32,95 (61)	88,42±50,47 (84,5)	80,15±43,41 (65,50)		
Sodyum	Min-Maks	117-144	123-145	117-145	¹ -0,288	0,773
	Ort±SS (Medyan)	136,41±5,40 (138)	136,15±5,37 (138)	136,28±5,35 (138)		
Potasyum	Min-Maks	3,2-5,7	3,13-5,83	3,13-5,83	¹ -1,092	0,275
	Ort±SS (Medyan)	4,45±0,53 (4,420)	4,59±0,64 (4,54)	4,52±0,59 (4,46)		
Hemoglobin	Min-Maks	8,69-16	6,62-16,6	6,62-16,6	¹ -0,557	0,577
	Ort±SS (Medyan)	11,08±1,73 (11,0)	10,85±2,24(10,7)	10,96±2,00 (10,75)		
ProBNP	Min-Maks	611-35100	258-37500	258-37500	¹ -0,406	0,685
	Ort±SS (Medyan)	9292,25±8218,89 (8520)	10004,65±9896,896 (6610)	9658,08±9064,25 (7665)		
GFR	Min-Maks	18-102	11,6-109	11,60-109	¹ -0,562	0,574
	Ort±SS (Medyan)	47,63±21,60 (40,50)	44,45±22,81 (42,45)	46,00±22,14(41,55)		
Kullanılan ilaçlar	ACE inhibitörleri	13 (36,1)	8 (21,1)	21(28,4)	² 2,062	0,151
	ARB	9 (25)	10 (26,3)	19 (25,7)	² 0,0017	0,897
	Diüretik	36 (100)	38 (100)	74 (100)	-	-
	Beta bloker	30 (83,3)	29(76,3)	59 (79,7)	² 0,563	0,453
	Vazodilatör	9 (25)	8(21,1)	17 (23)	² 0,163	0,687
	Antiagregan	31(86,1)	21 (55,3)	52 (70,3)	² 8,421	0,004*
	Antikoagülan	25(69,4)	18 (47,4)	43 (58,1)	² 3,701	0,054
	Hiperlipidemik	11 (30,6)	11 (28,9)	22 (29,7)	² 0,023	0,880
	Ca kanal blokleri	6(16,7)	8(21,1)	14 (18,9)	² 0,232	0,630
	Antideprasan	3 (8,3)	2 (5,3)	5 (6,8)	² 0,277	0,670
	Anksiyolitik	2 (5,6)	1 (2,6)	3 (4,1)	² 0,406	0,610
	Spironolakton	19 (52,8)	19 (50)	38 (51,4)	² 0,057	0,811
	Digoksin	8 (22,2)	5 (13,2)	13 (17,6)	² 1,049	0,306
	Antiarritmik	14(38,9)	11 (28,9)	25 (33,8)	² 0,817	0,366

¹Mann Whitney U Test²Ki-Kare Testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Testi

*p<0,05

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların %79,7'sinin bir yıl içerisinde hastaneye yeniden yatışı yaptığı ve bu hastaların hastaneye yatma sayılarının bir ile on beş arasında değişmekte olup, ortalamasının $3,00 \pm 3,17$ ve medyanının iki olduğu, çalışma sırasında hastalar taburcu olmadan önce hastanede yatılan gün sayılarının ise 4 ile 66 arasında değişmekte olup, ortalamasının $11,48 \pm 9,00$ ve medyanının 9 olduğu bulundu. Hastaların %56,8'inin kalp yetersizliği etiyolojisi iskemik nedenli olduğu, %56,8'inin 7 yıl ve üzerinde kalp yetersizliğinin sürdüğü, %55,4'ünün NYHA göre sınıf III kalp yetersizliğinin olduğu, %6,8'inde ICD ve %8,1'inde BVP-ICD implantasyonu olduğu saptandı (Tablo 8).

Hastaların %58,1'inde koroner arter hastalığı (KAH), %58,1'inde diabetes mellitus (DM), %74,3'ünde hipertansiyon (HT), %5,4'ünde serebrovasküler olay (SVO), %8,1'inde kanser, %28,4'ünde kronik böbrek hastalığı (KBH), %2,7'sinde karaciğer hastalığı ve %29,7'sinde Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olduğu bulundu (Tablo 8).

Hastaların sol ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) yüzdeleri 5 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalamasının $28,36 \pm 13,3$ ve medyanının 25 olduğu (Normal EF: >%55) ; kreatin düzeylerinin 0,57 ile 3,72 arasında değişmekte olup (Kreatin normal değeri: 0,51-0,95 mg/dl), ortalamasının $1,50 \pm 0,61$ mg/dl ve medyanının 1,45 olduğu; üre düzeyleri 11,3-240 arasında (Ürenin normal değeri: 17-43 mg/dl), ortalaması $80,15 \pm 43,41$ mg/dl ve medyanı 65,50; Sodyum düzeyleri 117-145 arasında (sodyumun normal değeri: 136-146 mmol/L), ortalaması $136,28 \pm 5,35$ mmol/L ve medyanı 138; Potasyum düzeyleri 3,13-5,83 arasında (Potasyumun normal değeri: 3,5-5,1 mmol/L), ortalaması $4,52 \pm 0,59$ mmol/L ve medyanı 4,46; hemoglobin düzeyleri 6,62-16,6 arasında (Hemoglobin normal değeri: 12-16,3 gr/dl), ortalaması $10,96 \pm 2,00$ gr/dl ve medyanı 10,75; ProBNP düzeyleri 258-37500 arasında (ProBNP normal değeri: 20-400 pg/ml), ortalaması $9658,08,93 \pm 9064,25$ pg/ml ve medyanı 7665; Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFR) düzeyleri 11,60-109 arasında, ortalaması $46,00 \pm 22,14$ ml/dk/1,73m² ve medyanının 41,55 olduğu saptandı (Tablo 8).

Hastaların %28,4'ünde ACE inhibitörü, %25,7'sinde ARB, tamamında diüretik, %79,7'sinde beta bloker, %23'ünde vazodilatör, %70,3'ünde antiagregan, %58,1'inde antikoagülan, %29,7'sinde hiperlipidemik, %18,9'unda Kalsiyum (Ca) kanal blokeri, %6,8'inde antidepresan, %4,1'inde anksiyolitik, %51,4'ünde spironalakton, %17,6'sında digoksin ve %33,8'inde antiaritmik ilaçların kullanıldığı görüldü (Tablo 8).

Deney grubunda antiagregan ilaç kullanım oranı (%86,1), kontrol grubundan (%55,3) yüksek olduğu saptandı ($p=,004$). Gruplar arasında tıbbi özellikler arasında bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9: Gruplara Göre Hastaların Böbrek Fonksiyonlarının ve Ejeksiyon Fraksiyonunun Karşılaştırması (n=74)

Değişkenler		Deney (n=36)	Kontrol (n=38)	χ^2	p
		n (%)	n (%)		
Periton diyalizi	Evet	5(13,9)	4(10,5)	0,196	0,732
	Hayır	31(86,1)	34(89,5)		
Ejeksiyon fraksiyonu	20 ve altı	15(41,7)	15(39,5)	0,795	0,672
	21-40	17(47,2)	16(42,1)		
	40 üzeri	4(11,1)	7(18,4)		
GFR	<15: Böbrek yetersizliği	0(0)	2(5,3)	2,423	0,659
	15-29: Şiddetli böbrek hasarı	8(22,2)	9(23,7)		
	30-59: Orta böbrek hasarı	16(44,4)	17(44,7)		
	60-89: Hafif böbrek hasarı	10(27,8)	9(23,7)		
	90 ve üzeri	2(5,6)	1(2,6)		

χ^2 : Ki-Kare Testi ve Fisher Tam Testi

Gruplar arasında hastaların periton diyaliz alımı ($p=0,732$), ejeksiyon fraksiyonu ($p=0,672$) ve böbrek fonksiyonlarına ($p=0,659$) ilişkin özellikleri açısından fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

4.2. Hastaların Ölçek Puanlarına Yönelik Bulgular

Tablo 10: Hastaların Grup İçi ve Gruplar Arası Taburculuk Öncesi, Taburculuk Sonrası Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği		Deney (n=36) Ort±SS (Medyan)	Kontrol (n=38) Ort±SS (Medyan)	Z	P
Ağrı	TÖ	3,05±2,65 (4)	2,02±2,83 (0)	-1,801	0,172
	TS 1.ay	1,69±2,21 (0)	1,60±2,19 (0)	-0,272	0,786
	TS 3.ay	1,63±2,17 (0)	1,60±2,56 (0)	-0,509	0,610
	TS 6.ay	2,17±2,17 (2,5)	1,92±2,73 (0)	-0,703	0,482
	χ^2 ; p	13,774; 0,003**	2,199; 0,532		
Yorgunluk	TÖ	7,72±2,1 (8)	8,42±1,78 (9)	-1,716	0,086
	TS 1.ay	4,88±2,88 4,(5)	6,28±2,78 (6,5)	-2,011	0,044*
	TS 3.ay	5,22±2,93 (5,5)	6,63±2,59(7)	-2,038	0,042*
	TS 6.ay	6,19±2,32 (6,5)	7,16±1,50 (7)	-1,702	0,089
	χ^2 ; p	38,004; 0,001**	16,446; 0,001**		
Uykusuzluk	TÖ	5,94±3,60 (7)	6,07±3,32 (6,5)	-0,174	0,862
	TS 1.ay	3,91±3,14 (4)	4,02±3,46 (3)	-0,022	0,983
	TS 3.ay	3,11±3,03 (3)	3,97±3,26 (3,5)	-1,152	0,250
	TS 6.ay	3,14±3,10 (3)	3,68±3,27 (3,5)	-0,720	0,471
	χ^2 ; p	22,878; 0,001**	22,464; 0,001**		
Bulantı	TÖ	0,63±1,58 (0)	1,15±2,17(0)	-1,240	0,215
	TS 1.ay	0,55±0,33 (0)	0,76±1,90 (0)	-2,410	0,016*
	TS 3.ay	0,05±0,32 (0)	0,63±1,56 (0)	-2,469	0,014*
	TS 6.ay	0,11±0,67 (0)	0,24±0,85 (0)	-0,938	0,348
	χ^2 ; p	17,298; 0,001**	13,944; 0,003**		
İştahsızlık	TÖ	2,08±2,94 (0)	1,55±2,43 (0)	-0,534	0,593
	TS 1.ay	0,27±1,25 (0)	1,18±2,45(0)	-2,167	0,030*
	TS 3.ay	0,36±1,01 (0)	1,05±1,88 (0)	-1,525	0,127
	TS 6.ay	0,89±2,16 (0)	0,63±1,38 (0)	-0,135	0,893
	χ^2 ; p	17,954; 0,001**	7,938; 0,057		
Nefes Darlığı	TÖ	9,02±1,25 (10)	8,78±2,01 (10)	-0,124	0,901
	TS 1.ay	3,88±2,51(4)	5,15±2,99 (4)	-1,651	0,099
	TS 3.ay	4,50±2,68 (4)	5,73±2,84 (6)	-1,903	0,057
	TS 6.ay	5,22±2,19 (5)	6,29±2,37 (6)	-1,818	0,069
	χ^2 ; p	60,383; 0,001**	42,908; 0,001**		
Mutsuzluk	TÖ	6,22±3,30 (6,5)	8,28±2,31 (9)	-3,022	0,003**
	TS 1.ay	4,30±2,94(4)	6,50±2,72(6,5)	-3,042	0,002**
	TS 3.ay	5,66±3,11 (5)	6,60±2,82 (7)	-1,243	0,214
	TS 6.ay	5,86±2,62 (6)	6,21±2,60 (6)	-0,419	0,675
	χ^2 ; p	18,480; 0,001**	18,509; 0,001**		
Huzursuzluk	TÖ	6,30±3,37 (7,5)	8,05±2,67 (9)	-2,555	0,011*
	TS 1.ay	4,50±2,90 (4,5)	6,60±2,63 (7)	-2,917	0,004**
	TS 3.ay	5,80±3,00 (5)	6,65±2,65 (7)	-1,112	0,266
	TS 6.ay	6,06±2,55 (6)	6,24±2,50 (6)	-0,223	0,823
	χ^2 ; p	14,255; 0,003**	14,074; 0,003**		
Kendini Kötü Hissetme Durumu	TÖ	7,47±2,40(8)	8,34±2,30(9)	-2,113	0,035*
	TS 1.ay	4,72±2,58 (4,5)	6,42±2,75 (6)	-2,594	0,009*
	TS 3.ay	5,63±2,76(5)	6,84±2,59(7)	-1,830	0,067
	TS 6.ay	6,36±2,36 (6)	6,50±2,32 (6)	-0,158	0,874
	χ^2 ; p	27,925; 0,001**	17,657; 0,001**		
Kabızlık	TÖ	5,52±3,35 (5)	3,57±3,46 (3,5)	-2,405	0,016*
	TS 1.ay	3,11±2,38 (3)	3,34±3,08 (3)	-0,027	0,978
	TS 3.ay	3,00±2,56 (2,5)	3,23±3,21 (2)	-0,121	0,904
	TS 6.ay	3,28±2,93 (3)	3,45±3,42 (2,5)	-0,011	0,991
	χ^2 ; p	27,436; 0,001**	3,180; 0,365		
Ayaklarda Ödem	TÖ	7,08±3,36 (8)	8,34±2,20(9)	-1,497	0,134
	TS 1.ay	2,36±3,13 (0)	3,94±3,43 (3)	-2,308	0,021*
	TS 3.ay	2,66±3,25 (0,5)	4,13±3,33 (4)	-2,032	0,042*
	TS 6.ay	3,22±3,43 (3)	3,76±3,23 (3)	-0,787	0,431
	χ^2 ; p	35,910; 0,001**	38,927; 0,001**		
Karında Şişlik (Asit)	TÖ	5,13±4,36 (7)	5,28±4,11 (6,5)	-0,156	0,878
	TS 1.ay	1,69±2,91 (0)	2,50±3,23(0,5)	-1,340	0,180
	TS 3.ay	1,72±3,17 (0)	2,39±3,16 (0)	-1,286	0,198
	TS 6.ay	1,83±3,31 (0)	2,55±3,12 (0,5)	-1,457	0,145
	χ^2 ; p	44,574; 0,001**	23,095; 0,001**		
Çarpıntı	TÖ	1,47±3,29 (0)	1,52±2,61 (0)	-0,640	0,522
	TS 1.ay	0,63±1,69 (0)	1,10±2,22 (0)	-1,412	0,158
	TS 3.ay	0,36±1,74 (0)	0,97±2,089 (0)	-1,264	0,206
	TS 6.ay	0,47±1,40 (0)	0,79±1,70 (0)	-1,062	0,288
	χ^2 ; p	13,172; 0,004**	3,673; 0,299		
Öksürük	TÖ	2,33±4,02 (0)	1,23±2,46 (0)	-0,845	0,398
	TS 1.ay	0,91±1,99(0)	0,84±2,17 (0)	-0,416	0,677
	TS 3.ay	0,63±1,35 (0)	0,81±2,24 (0)	-0,455	0,649
	TS 6.ay	0,47±1,25 (0)	0,42±1,31 (0)	-0,391	0,696
	χ^2 ; p	12,155; 0,007**	9,042; 0,052		
Toplam	TÖ	5,02±1,45 (4,82)	5,19±1,19 (5,25)	-0,806	0,420
	TS 1.ay	2,64±1,51 (2,39)	3,59±1,89 (3,03)	-2,207	0,027*
	TS 3.ay	2,61±2,54 (1,75)	3,69±2,87 (3,50)	-1,582	0,114
	TS 6.ay	3,24±1,50 (3,03)	3,56±1,61 (3,10)	-0,795	0,426
	χ^2 ; p	43,310; 0,001**	28,806; 0,001**		

TÖ: Taburculuk Öncesi

TS: Taburculuk Sonrası

Z: Mann Whitney U Testi

χ^2 :Friedman Testi

*p<0,05

**p<0,01

**post-hoc testinin detayları metin içinde belirtildi

Edmonton semptom tanılama ölçeğine göre; kontrol grubunun taburculuk sonrası birinci (p=,044) ve üçüncü aydaki (p=,042) yorgunluk alt boyutu puanı, deney grubundan yüksek olduğu saptandı. Kontrol grubunun taburculuk sonrası birinci (p=,016) ve üçüncü aydaki (p=,014) bulantı puanı, deney grubundan yüksek olduğu bulundu. Kontrol grubunun taburculuk sonrası birinci aydaki iştahsızlık puanı, deney grubundan yüksek olduğu saptandı (p=,030). Kontrol grubunun taburculuk öncesi mutsuzluk puanı (p=,003) ve taburculuk sonrası birinci aydaki mutsuzluk puanı (p=,002), deney grubundan yüksek olduğu bulundu. Kontrol grubunun taburculuk öncesi huzursuzluk puanı (p=,011) ve taburculuk sonrası birinci aydaki huzursuzluk puanı (p=,004), deney grubundan yüksek olduğu belirlendi. Kontrol grubunun taburculuk öncesi kendini kötü hissetme durumu puanı (p=,035) ve taburculuk sonrası birinci aydaki kendini kötü hissetme durumu puanı (p=,009), deney grubundan yüksek olduğu saptandı. Deney grubunun taburculuk öncesi kabızlık puanı kontrol grubundan yüksek olduğu belirlendi (p=,016). Kontrol grubunun taburculuk sonrası birinci (p=,021) ve üçüncü aydaki (p=,042) ayaklarda ödem puanı, deney grubundan yüksek olduğu bulundu. Kontrol grubunun taburculuk sonrası birinci aydaki ESTÖ toplam puanı, deney grubundan yüksek olduğu saptandı (p=,027). Sonuç olarak deney grubunun birinci ay yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, ayaklarda ödem ve toplam semptom puanı ve üçüncü aydaki yorgunluk, bulantı ve ayaklarda ödem puanı kontrol grubuna göre daha iyi bulundu (tablo 10).

Deney grubunda; taburculuk öncesi, taburculuk sonrası birinci ay, üçüncü ay ve altıncı aydaki ağrı (p=,003), yorgunluk (p=,001), uykusuzluk (p=,001), bulantı (p=,001), iştahsızlık (p=,001), nefes darlığı (p=,001), mutsuzluk (p=,001), huzursuzluk (p=0,003), kendini kötü hissetme durumu (p=,001), kabızlık (p=,001), ayaklarda ödem (p=,001), karında şişlik (p=,001), çarpıntı (p=,004) ve öksürük (p=,007) alt boyut ve ESTÖ toplam (p=,001) puanları arasında anlamlı farklılık belirlendi. Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc ikili karşılaştırmalar sonucunda; taburculuk öncesi ağrı alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay (p=,027) ve üçüncü aydan (p=,031) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk öncesi yorgunluk alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay (p=,001), üçüncü ay (p=,001) ve altıncı aydan (p=,001) yüksek olduğu bulundu. Taburculuk öncesi uykusuzluk alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay

($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,002$) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk öncesi bulantı alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,023$), taburculuk sonrası üçüncü ay ($p=0,015$) ve taburculuk sonrası altıncı aydan ($p=,017$) yüksek olduğu görüldü. Taburculuk öncesi iştahsızlık alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=0,001$) ve altıncı aydan ($p=,022$) yüksek olduğu belirlendi. Taburculuk öncesi nefes darlığı alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=0,001$), üçüncü ay ($p=0,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk öncesi mutsuzluk alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci aydan yüksek olduğu belirlendi. Taburculuk öncesi huzursuzluk alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci aydan yüksek olduğu bulundu ($p=,001$). Taburculuk öncesi kendini kötü hissetme durumu alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci aydan yüksek olduğu saptandı ($p=,001$). Taburculuk öncesi kabızlık alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=0,001$) yüksek olduğu görüldü. Taburculuk öncesi ayaklarda ödem alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), taburculuk sonrası üçüncü ay ($p=,001$) ve taburculuk sonrası altıncı aydan ($p=,001$) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk öncesi karında şişlik, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) yüksek olduğu bulundu. Taburculuk öncesi çarpıntı alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,002$) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk öncesi öksürük puanı, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,003$) ve altıncı aydan ($p=,004$) yüksek olduğu belirlendi. Taburculuk öncesi ESTÖ toplam puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=0,001$) yüksek olduğu bulundu (tablo 10).

Kontrol grubunda; taburculuk öncesi, taburculuk sonrası birinci ay, üçüncü ay ve altıncı aydaki yorgunluk ($p=,001$), uykusuzluk ($p=,001$), bulantı ($p=,003$), nefes darlığı ($p=,001$), mutsuzluk ($p=,001$), huzursuzluk ($p=,003$), kendini kötü hissetme durumu ($p=0,001$), ayaklarda ödem ($p=,001$) ve karında şişlik ($p=,001$) alt boyut ve ESTÖ toplam ($p=,001$) puanları arasında fark saptandı. Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc ikili karşılaştırmalar sonucunda; taburculuk öncesi yorgunluk alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,003$) yüksek olduğu

bulundu. Taburculuk öncesi uykusuzluk alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay (p=,001), üçüncü ay (p=,002) ve altıncı aydan (p=,001) yüksek olduğu görüldü. Taburculuk öncesi bulantı alt boyutu puanları, taburculuk sonrası altıncı aydan yüksek olduğu belirlendi (p=,003). Taburculuk öncesi nefes darlığı alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay (p=,001), üçüncü ay (p=,001) ve altıncı aydan (p=,001) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk öncesi mutsuzluk alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay (p=,001), taburculuk sonrası üçüncü ay (p=,001) ve altıncı aydan (p=,001) yüksek olduğu bulundu. Taburculuk öncesi huzursuzluk alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay (p=,002), üçüncü ay (p=,012) ve altıncı aydan (p=,003) yüksek olduğu bulundu. Taburculuk öncesi kendini kötü hissetme durumu alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci aydan yüksek olduğu görüldü (p=,012). Taburculuk öncesi ayaklarda ödem alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay (p=,001), üçüncü ay (p=,001) ve altıncı aydan (p=,001) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk öncesi karında şişlik alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay (p=,001), üçüncü ay (p=,001) ve altıncı aydan (p=,001) yüksek olduğu bulundu. Taburculuk öncesi ESTÖ toplam puanları, taburculuk sonrası birinci ay (p=,001), üçüncü ay (p=,001) ve altıncı aydan (p=,001) yüksek olduğu belirlendi (tablo 10).

Tablo 11: Hastaların Taburculuk Öncesi, Taburculuk Sonrası Ağrı Yerlerinin Dağılımı

Ağrı yerleri	Deney Grubu								Kontrol Grubu							
	TÖ		TS 1.ay		TS 3.ay		TS 6.ay		TÖ		TS 1.ay		TS 3.ay		TS 6.ay	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Göğüs ağrısı	8	33,3	5	26,3	1	6,3	3	15	7	43,8	6	40	3	21,4	3	21,4
Bacak /kol ağrısı	5	20,8	7	36,8	10	62,5	13	65	6	37,5	7	46,7	8	57,1	8	57,1
Genel vücut ağrısı	9	37,5	4	21,1	3	18,8	3	15	3	18,7	2	13,3	2	14,3	3	21,5
Bel ağrısı	2	8,4	1	5,3	1	6,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baş ağrısı	0	0	2	10,5	1	6,3	1	5	0	0	0	0	1	7,2	0	0
Toplam	24	100	19	100	16	100	20	100	16	100	15	100	14	100	14	100

TÖ: Taburculuk Öncesi TS: Taburculuk Sonrası

Deney grubunda; Edmonton semptom tanılama ölçeğinde yer alan ağrı semptomuna göre taburculuk öncesinde 24 kişinin ağrısı olduğu belirlendi. Bu kişilerin %33,3'ü göğüs ağrısı, %20,8'i bacak ya da kol ağrısı, %37,5'i genel vücut

ağrısı ve %8,4'ü bel ağrısı olduğu bulundu. Taburculuk sonrası birinci ayda 19 kişinin ağrısı olduğu saptandı. Bu kişilerin %26,3'ü göğüs ağrısı, %10,5'i baş ağrısı, %36,8'i bacak ya da kol ağrısı, %21,1'i genel vücut ağrısı ve %5,3'ü bel ağrısı olduğu görüldü. Taburculuk sonrası üçüncü ayda 16 kişinin ağrısı olduğu belirlendi. Bu kişilerin %6,3'ü göğüs ağrısı, %6,3'ü baş ağrısı, %62,5'i bacak ya da kol ağrısı, %18,8'i genel vücut ağrısı ve %6,3'ü bel ağrısı olduğu bulundu. Taburculuk sonrası altıncı ayda 20 kişinin ağrısı olduğu saptandı. Bu kişilerin %15'i göğüs ağrısı, %5'i baş ağrısı, %65'i bacak ya da kol ağrısı ve %15'i genel vücut ağrısı olduğu görüldü (Tablo 11).

Kontrol grubunda; taburculuk öncesinde 16 kişinin ağrısı olduğu belirlendi. Bu kişilerin %43,8'i göğüs ağrısı, %37,5'i bacak ya da kol ağrısı ve %18,7'i genel vücut ağrısı olduğu bulundu. Taburculuk sonrası birinci ayda 15 kişi ağrı yerini belirledi. Bu kişilerin %40'ı göğüs ağrısı, %46,7'si bacak ya da kol ağrısı ve %13,3'ü genel vücut ağrısı olduğu saptandı. Taburculuk sonrası üçüncü ayda 14 kişinin ağrısının olduğu belirlendi. Bu kişilerin %21,4'ü göğüs ağrısı, %7,2'i baş ağrısı, %57,1'i bacak ya da kol ağrısı ve %14,3'ü genel vücut ağrısı olduğu bulundu. Taburculuk sonrası altıncı ayda 14 kişi ağrı yerini ifade etti. Bu kişilerin %21,4'ü göğüs ağrısı, %57,1'i bacak ya da kol ağrısı ve %21,5'ü genel vücut ağrısı olduğu saptandı (Tablo 11).

Tablo 12: Hastaların Grup İçi ve Gruplar Arası Taburculuk Öncesi, Taburculuk Sonrası EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Karşılaştırılması

EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği		Deney (n=36)	Kontrol (n=38)	Z	p
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Hareket Edebilme	TÖ	2,083±0,28 (2)	1,92±0,48 (2)	-1,721	0,085
	TS 1.ay	1,66±0,53 (2)	1,65±0,58 (2)	-0,144	0,886
	TS 3.ay	1,52±0,55 (1,5)	1,31±0,47 (1)	-1,671	0,095
	TS 6.ay	1,36±0,54 (1)	1,29±0,46 (1)	-0,477	0,633
	χ^2 ; p	45,930; 0,001**	45,900; 0,001**		
Öz-Bakım	TÖ	2,13±0,63 (2)	1,78±0,66 (2)	-2,248	0,025*
	TS 1.ay	1,50±0,65 (1)	1,50±0,72 (1)	-0,206	0,837
	TS 3.ay	1,52±0,69 (1)	1,23±0,54 (1)	-2,132	0,033*
	TS 6.ay	1,44±0,65 (1)	1,29±0,57 (1)	-1,155	0,248
	χ^2 ; p	32,775; 0,001**	28,227; 0,001**		
Olağan İşleri Yapabilme	TÖ	2,38±0,54 (2)	2,28±0,51 (2)	-0,844	0,399
	TS 1.ay	2,02±0,44 (2)	2,10±0,55 (2)	-0,693	0,488
	TS 3.ay	1,91±0,64 (2)	1,89±0,55 (2)	-0,114	0,909
	TS 6.ay	1,81±0,71 (2)	2,03±0,54 (2)	-1,564	0,118
	χ^2 ; p	23,093; 0,001**	11,982; 0,007**		
Ağrı/Rahatsızlık	TÖ	2,02±0,55 (2)	2,05±0,39 (2)	-0,191	0,848
	TS 1.ay	1,80±0,52(2)	2,00±0,52 (2)	-1,580	0,114
	TS 3.ay	1,86±0,59 (2)	2,05±0,51(2)	-1,485	0,137
	TS 6.ay	1,92±0,50 (2)	2,05±0,57 (2)	-1,086	0,278
	χ^2 ; p	6,057; 0,109	0,600; 0,896		
Anksiyete/Depresyon	TÖ	2,22±0,72 (2)	2,55±0,55 (3)	-2,006	0,050
	TS 1.ay	1,94±0,47 (2)	2,28±0,56(2)	-2,745	0,006**
	TS 3.ay	2,13±0,63 (2)	2,36±0,54 (2)	-1,540	0,124
	TS 6.ay	2,31±0,58 (2)	2,26±0,50 (2)	-0,430	0,667
	χ^2 ; p	14,467; 0,002**	16,815; 0,001**		
EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi	TÖ	0,26±0,28 (0,2)	0,26±0,23 (0,2)	-0,248	0,804
	TS 1.ay	0,50±0,28 (0,59)	0,40±0,29 (0,59)	-1,094	0,274
	TS 3.ay	0,45±0,35 (0,56)	0,43±0,28 (0,63)	-0,272	0,786
	TS 6.ay	0,46±0,30 (0,63)	0,47±0,27 (0,63)	-0,291	0,771
	χ^2 ; p	21,010; 0,001**	28,748; 0,001**		
EQ-5D VAS Puanı	TÖ	36,43±16,79 (30)	38,21±20,51 (40)	-0,304	0,761
	TS 1.ay	50,73±18,46 (50)	45,88±22,59 (50)	-0,854	0,393
	TS 3.ay	47,82±21,45 (40)	44,23±19,55 (40)	-0,727	0,468
	TS 6.ay	47,86±19,34 (45)	46,32±16,05 (47,5)	-0,296	0,767
	χ^2 ; p	25,741; 0,001**	7,291; 0,055		

TÖ: Taburculuk Öncesi TS: Taburculuk Sonrası Z: Mann Whitney U Testi χ^2 : Friedman Testi

*p<0,05

**p<0,01

EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğine göre deney grubunun taburculuk öncesi öz-bakım alt boyut puanı (p=,025) ve taburculuk sonrası üçüncü aydaki öz-bakım alt boyut puanı (p=,033), kontrol grubundan yüksek olduğu bulundu. Kontrol grubunun taburculuk sonrası birinci aydaki anksiyete/depresyon alt boyutu puanı, deney

grubundan yüksek olduğu saptandı ($p=,006$). Sonuç olarak; deney grubunun birinci ay anksiyete/depresyonu kontrol grubuna göre daha iyi olduğu bulundu. Gruplar arasında EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyutları, toplam EQ-5D Yaşam Kalitesi indeksi ve EQ-5D VAS Puanı arasında fark bulunmadı (Tablo 12).

Deney grubunda; taburculuk öncesi, taburculuk sonrası birinci ay, üçüncü ay ve altıncı aydaki hareket edebilme ($p=,001$), öz-bakım ($p=,001$), olağan işleri yapabilme ($p=,001$), anksiyete/depresyon ($p=,002$) alt boyutları, toplam EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi ($p=,001$) ve VAS ($p=,001$) puanları arasında anlamlı farklılık saptandı. Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc ikili karşılaştırmalar sonucunda; taburculuk öncesi hareket edebilme alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) yüksek olduğu bulundu. Taburculuk öncesi öz bakım alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) yüksek olduğu görüldü. Taburculuk öncesi olağan işleri yapabilme alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk öncesi anksiyete/depresyon alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci aydan yüksek olduğu bulundu ($p=,018$). Taburculuk öncesi toplam yaşam kalitesi indeksi, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,005$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) düşük olduğu saptandı. Taburculuk öncesi VAS puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) düşük olduğu bulundu (Tablo 12).

Kontrol grubunda; taburculuk öncesi, taburculuk sonrası birinci ay, üçüncü ay ve altıncı aydaki hareket edebilme ($p=,001$), öz-bakım ($p=,001$), olağan işleri yapabilme ($p=,007$), anksiyete/depresyon ($p=,001$) alt boyutları ve toplam yaşam kalitesi indeksi ($p=,001$) puanları arasında farklılık saptandı. Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc ikili karşılaştırmalar sonucunda; taburculuk öncesi hareket edebilme alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,020$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk öncesi öz-bakım alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) yüksek olduğu bulundu. Taburculuk öncesi olağan işleri yapabilme alt boyutu puanları, taburculuk

sonrası üçüncü ay ($p=,004$) ve altıncı aydan ($p=,040$) yüksek olduğu görüldü. Taburculuk öncesi anksiyete/depresyon alt boyutu puanları, taburculuk sonrası birinci aydan ($p=,008$), üçüncü ay ($p=,071$) ve altıncı aydan ($p=,012$) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk öncesi yaşam kalitesi indeksleri, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,002$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) anlamlı şekilde düşük olduğu belirlendi (tablo 12).

Tablo 13: Hastaların Grup İçi ve Gruplar Arası Taburculuk Öncesi, Taburculuk Sonrası LVD-36 Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeğinin Puan Karşılaştırması

LVD-36 Sol Ventrikül Disfonksiyonu		Deney (n=36)	Kontrol (n=38)	Z	p
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Doğruluk Yüzdelerinin ortalaması	TÖ	84,79±15,40 (88,88)	89,54±11,91 (97,22)	-1,924	0,054
	TS 1.ay	60,10±28,60 (70,83)	64,83±26,73 (68,05)	-0,699	0,484
	TS 3.ay	53,31±32,04 (62,50)	55,55±28,32 (52,77)	-0,319	0,750
	TS 6.ay	49,00±28,91 (45,83)	56,65±28,12 (56,94)	-1,278	0,201
χ^2 ; p		41,822; 0,001**	49,174; 0,001**		

TÖ: Taburculuk Öncesi TS: Taburculuk Sonrası Z: Mann Whitney U Testi χ^2 : Friedman Testi

** $p<0,01$

Gruplara göre taburculuk öncesi ($p=0,054$), taburculuk sonrası birinci ($p=,484$), üçüncü ($p=,750$) ve altıncı aydaki ($p=,201$), LVD-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 13).

Deney grubunda; taburculuk öncesi, taburculuk sonrası birinci ay, üçüncü ay ve altıncı aydaki LVD-36 ölçek puanı arasında fark saptandı ($p=,001$). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc ikili karşılaştırmalar sonucunda; taburculuk öncesi LVD-36 ölçeği puanı, taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 13).

Kontrol grubunda; taburculuk öncesi, taburculuk sonrası birinci ay, üçüncü ay ve altıncı aydaki LVD-36 ölçek puanı arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=,001$). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post hoc ikili karşılaştırmalar sonucunda; taburculuk öncesi LVD-36 ölçek puanı taburculuk sonrası birinci ay ($p=,001$), üçüncü ay ($p=,001$) ve altıncı aydan ($p=,001$) yüksek olduğu saptandı. Taburculuk sonrası birinci aydaki LVD-36 ölçek puanı, taburculuk sonrası üçüncü ay ($p=,012$) ve altıncı aydan ($p=,027$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 13).

4.3. Ölçekler Arası Korelasyon Bulguları

Tablo 14: Gruplarda Ayrı Ayrı Taburculuk Öncesindeki LVD-36 Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeği Puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Değerlendirmesi

Taburculuk Öncesi	LVD-36 Ölçek Puanları			
	Deney		Kontrol	
	r	p	r	p
Ağrı	0,013	0,933	0,156	0,325
Yorgunluk	0,245	0,119	0,183	0,246
Uykusuzluk	0,374	0,015*	0,366	0,017*
Bulantı	0,173	0,274	0,380	0,013*
İştahsızlık	0,426	0,005**	0,131	0,410
Nefes Darlığı	0,385	0,012*	0,498	0,001**
Mutsuzluk	0,720	0,001**	0,529	0,001**
Huzursuzluk	0,673	0,001**	0,551	0,001**
Kendini Kötü Hissetme Durumu	0,678	0,001**	0,468	0,002**
Kabızlık	0,451	0,003**	0,087	0,582
Ayaklarda Ödem	0,198	0,209	0,135	0,392
Karında Şişlik	0,465	0,002**	-0,059	0,710
Çarpıntı	-0,024	0,880	0,264	0,091
Öksürük	-0,073	0,646	-0,037	0,816
ESTÖ toplam	0,635	0,001**	0,535	0,001**
Hareket Edebilme	0,364	0,018*	0,273	0,080
Öz-Bakım	0,522	0,001**	0,417	0,006**
Olağan İşleri Yapabilme	0,518	0,001**	0,375	0,014*
Ağrı/Rahatsızlık	0,645	0,001**	0,325	0,036*
Anksiyete/Depresyon	0,707	0,001**	0,420	0,006**
EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi	-0,703	0,001**	-0,581	0,001**
EQ-5D VAS Puanı	-0,625	0,001**	-0,223	0,156
<i>r. Spearman Korelasyon Analizi</i>				
		<i>*p<0,05</i>	<i>**p<0,01</i>	

Deney grubunda; LVD-36 ölçek puanı ile uykusuzluk ($p=,015$), iştahsızlık ($p=,005$), nefes darlığı ($p=,012$), mutsuzluk ($p=,001$), huzursuzluk ($p=,001$), kendini kötü hissetme durumu ($p=,001$), kabızlık ($p=,003$), karında şişlik ($p=,002$) alt boyutları ve ESTÖ toplam puanları ($p=,001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı. LVD-36 ölçek puanı ile hareket edebilme ($p=,018$), öz-bakım ($p=,001$), olağan işleri yapabilme ($p=,001$), ağrı/rahatlılık ($p=,001$) ve anksiyete/depresyon ($p=,001$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu görüldü. LVD-36 ölçek puanı ile toplam EQ-5D yaşam kalitesi indeksleri ($p=,001$) ve VAS puanları ($p=,001$) arasında negatif yönde ilişki olduğu bulundu (Tablo 14).

Kontrol grubunda; LVD-36 ölçek puanı ile uykusuzluk ($p=,017$), bulantı ($p=,013$), nefes darlığı ($p=,001$), mutsuzluk ($p=,001$), huzursuzluk ($p=,001$), kendini kötü hissetme ($p=,002$) alt boyutları ve ESTÖ toplam ($p=,001$) puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı. LVD-36 ölçek puanı ile öz-bakım ($p=,006$), olağan işleri yapabilme ($p=,014$), ağrı/rahatsızlık ($p=,036$) ve anskiyete/depresyon ($p=,006$) alt boyutları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulundu. LVD-36 ölçek puanı ile toplam EQ-5D yaşam kalitesi indeksi ($p=,001$) arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 14).

Sonuç olarak; Edmontom semptom tanılama ölçeğinin bazı semptomlarıyla ve EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile LVD-36 ölçeği arasında pozitif bir korelasyon olduğu bulundu. Yani Edmontom semptom tanılama ölçeğinin ve EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarındaki bir artış LVD-36 ölçeğinin puanlarında da bir artışa neden olduğu saptandı. Toplam EQ-5D yaşam kalitesi indeksi ve EQ-5D VAS Puanı ile LVD-36 ölçeği arasında negatif bir korelasyon olduğu bulundu. Yani Toplam EQ-5D yaşam kalitesi indeksi puanında bir azalma LVD-36 ölçeğinin puanında bir artışa neden olduğu belirlendi. Deney grubunun EQ-5D VAS Puanında bir artış LVD-36 ölçeğinin puanında azalmaya neden olduğu görüldü.

4.4. Hastaların Yeniden Yatış Bulguları

Tablo 15: Hastaların Taburculuk Sonrası Hastaneye Yeniden Yatışlarının ve Acile Başvurularının Karşılaştırılması

Değişkenler		Deney (n:36)		Kontrol(n:38)		* χ^2	p
		n	%	n	%		
Birinci ay yeniden yatış	Var	2	5,6	14	36,8	10,678	0,001
	Yok	34	94,4	24	63,2		
Üçüncü ay yeniden yatış	Var	10	27,8	25	65,8	10,716	0,001
	Yok	26	72,2	13	34,2		
Altıncı ay yeniden yatış	Var	13	36,1	28	73,7	10,563	0,001
	Yok	23	63,9	10	26,3		
Birinci ay acile başvuru	Var	1	2,8	5	13,2	2,673	0,200
	Yok	35	97,2	33	86,8		
Üçüncü ay acile başvuru	Var	8	22,2	8	21,1	0,015	0,903
	Yok	28	77,8	30	78,9		
Altıncı ay acile başvuru	Var	8	22,2	11	28,9	0,438	0,599
	Yok	28	77,8	27	71,1		

*Ki-Kare Testi ve Fisher Tam Testi

Deney grubundaki hastaların birinci ($p=,001$), üçüncü ($p=,001$) ve altıncı ($p=,001$) ay hastaneye yeniden yatış oranı kontrol grubundan düşük olduğu bulundu. Gruplar arasında hastaların acile başvuruları açısından fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Deney grubunda; taburculuk sonrası birinci ayda hastaların %5,6'sının ($n=2$) hastaneye tekrar yatış yaptığı bulundu. Bu hastaların hastaneye bir kez yatış yaptığı görüldü. Taburculuk sonrası üçüncü ayda hastaların %27,8'inin ($n=10$) hastaneye tekrar yatış yaptığı saptandı. Bu hastaların hastaneye yatış sayıları ise bir ile üç arasında değişmekte olup, ortalaması $1,40\pm 0,69$ ve medyanı birdir. Taburculuk sonrası altıncı ayda hastaların %36,1'inin ($n=13$) hastaneye yeniden yatış yaptığı bulundu. Bu hastaların hastaneye yatış sayıları ise bir ile beş arasında değişmekte olup, ortalaması $2,15\pm 1,52$ ve medyanı birdir (Tablo 15).

Kontrol grubunda; taburculuk sonrası birinci ayda hastaların %36,8'i ($n=14$) hastaneye yeniden yatış yaptığı bulundu. Bu hastaların hastaneye yatış sayıları ise bir ile iki arasında değişmekte olup, ortalaması $1,07\pm 0,27$ ve medyanı birdir. Taburculuk sonrası üçüncü ayda hastaların %65,8'inin ($n=25$) hastaneye yeniden yatış yaptığı görüldü. Bu hastaların hastaneye yatış sayıları ise bir ile iki arasında değişmekte olup, ortalaması $1,28\pm 0,45$ ve medyanı birdir. Taburculuk sonrası altıncı ayda hastaların %73,7'sinin ($n=28$) hastaneye yeniden yatış yaptığı bulundu. Bu

hastaların hastaneye yatış sayıları ise bir ile iki arasında değişmekte olup, ortalaması $1,82 \pm 0,98$ ve medyanı ikidir.

Deney grubunda; taburculuk sonrası birinci ayda hastaların yalnızca birinde acile başvuru görüldü. Taburculuk sonrası üçüncü ayda hastaların %22,2'sinin (n=8) acil servise başvurduğu bulundu. Bu hastaların acile başvuru sayıları ise bir ile üç arasında değişmekte olup, ortalaması $1,50 \pm 0,75$ ve medyanı birdir. Taburculuk sonrası altıncı ayda hastaların %22,2'sinin (n=8) acil servise başvurduğu saptandı. Bu hastaların acile başvuru sayıları ise bir ile dört arasında değişmekte olup, ortalaması $2,00 \pm 1,20$ ve medyanı 1,5'dur.

Kontrol grubunda; taburculuk sonrası birinci ayda hastaların %13,2'sinin (n=5) acil servise başvurduğu görüldü. Bu hastaların acile başvuru sayıları ise bir ile üç arasında değişmekte olup, ortalaması $1,60 \pm 0,89$ ve medyanı birdir. Taburculuk sonrası üçüncü ayda hastaların %21,1'inin (n=8) acil servise başvurduğu belirlendi. Bu hastaların acile başvuru sayıları ise bir ile beş arasında değişmekte olup, ortalaması $2,00 \pm 1,41$ ve medyanı 1,5'dur. Taburculuk sonrası altıncı ayda hastaların %28,9'unun (n=11) acil servise başvurduğu bulundu. Bu hastaların acile başvuru sayıları ise bir ile yedi arasında değişmekte olup, ortalaması $2,82 \pm 2,32$ ve medyanı ikidir.

NOT: Tedavi öncesinde Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği için Cronbach α : 0,70; EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği için Cronbach α :0,77 ve LVD-36 sol ventrikül disfonksiyonu ölçeği için Cronbach α :0,89 olduğu saptandı.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışma bulguları üç bölümde tartışıldı

- 5.1. Gruplar arasında sosyodemografik özelliklerin,
- 5.2. Gruplar arasında semptom yönetiminin,
- 5.3. Gruplar arasında yaşam kalitesinin,
- 5.4. Gruplar arasında yeniden yatışların tartışması.

5.1. Gruplar Arasında Sosyodemografik Özelliklerin Tartışması

Çalışmada gruplar arasında hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, ekonomik durum, sigara ve alkol kullanımı) ve tıbbi özellikleri (kalp yetersizliği etiyolojisi, hastanede yatılan gün sayısı, komorbidite hastalıkları, kullanılan ilaçlar, kan değerleri vb.) açısından fark görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 7).

Kalp yetersizliği hastalarında yapılan palyatif bakım çalışmalarına bakıldığında; Yu et al. (2015)'nin çalışmasında cinsiyet ve kullanılan ilaçlardan diüretik hariç gruplar arasında demografik ve klinik özellikleri (yaş, eğitim, kiminle yaşadığı, komorbidite, ilaçlar, ejeksiyon fraksiyonu, NYHA sınıflaması) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sidebottom et al. (2015) ve Campbell et al. (2018)'nin randomize kontrollü çalışmasında yaş hariç hasta özellikleri arasında gruplar arasında anlamlılık saptanmamıştır. Wong et al. (2016)'nin kalp yetersizliği hastalarında palyatif bakımıyla ilgili randomize kontrollü çalışmasında da hastaların sosyodemografik özellikleriyle (yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, ekonomik durumu kronik kalp yetersizliği etiyolojisi, NYHA göre sınıflaması, komorbidite hastalıkları ve ilaçları) gruplar arasında anlamlı bir ilişki belirtilmemiştir. Lipinski et al. (2018) çalışmasında palyatif bakım alan hastalarla olmayan hastaların yaş, cinsiyet ve ejeksiyon fraksiyonu arasında fark bulunmamıştır. Johnson et al. (2018) çalışmasında 43 ileri kalp yetersizliği hastası kardiyoloji destekli palyatif bakım ve 34 hasta rutin tedavisini almıştır. Hastaların temel demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, NYHA sınıflaması, son aylardaki hastaneye yatış oranı, EF, sodyum, potasyum ve GFR değerleri arasında fark bulunmamıştır. İki grup arasında kullandığı ilaçlardan aldasteron ve beto bloker hariç fark saptanmamıştır. Brännström and

Boman (2014) ve Ng and Wong (2018)'nın randomize kontrollü çalışmalarında hastaların sosyodemografik özellikleriyle gruplar arasında anlamlılık bulunmamıştır. Çalışmamız ve yukarıdaki çalışma sonuçlarıyla benzerdir.

5.2. Gruplar Arasında Semptom Yönetiminin Tartışması

Çalışmada edmonton semptom tanılama ölçeğine göre taburculuk sonrası birinci ay deney grubunun yorgunluk ($p=,044$), bulantı ($p=,016$), iştahsızlık ($p=,030$) ayaklarda ödem ($p=,021$) ve toplam semptom yükü ($p=,027$) ve üçüncü aydaki yorgunluk ($p=,042$), bulantı ($p=,014$) ve ayaklarda ödem ($p=,042$) puanı kontrol grubuna göre daha iyi bulundu (Tablo 10).

Evangelista et al. (2012)'nin randomize kontrollü çalışmasında 36 kalp yetersizliği hastası ayaktan palyatif bakım danışmanlığı alırken 36 kontrol grubu hastası standart tedavisini almıştır. Palyatif bakım danışmanlığı hastaneden taburcu olduktan sonra palyatif bakım sertifikası bulunan hemşireler ve hekimler tarafından verilmiştir. Bir hastaya palyatif bakım danışmanlığı 50-120 dakika arasında sürmektedir. Bu danışmanlıklar sırasında hasta fiziksel ve psikolojik olarak değerlendirilerek semptomlarına yönelik bakımı planlanmaktadır. Ek olarak hastalara ileri bakıma ve problem çözmeye yönelik bilgi verilir ve gerekirse hasta başka uzmanlara yönlendirilir. Palyatif bakım alan hastaların semptom yükü ve depresyonu kontrol grubuna göre daha az ve yaşam kalitesi daha iyi belirlenmiştir. Deney grubu hastaların yorgunluk, ağrı, kendini iyi hissetme, depresyon, dispne ve bulantı semptomlarında kontrol grubuna göre daha iyi iyileşme olduğu saptanmıştır.

Brännström and Boman (2014)'nin randomize kontrollü çalışmasına 36 deney ve 36 kontrol NYHA sınıf III-IV kalp yetersizliği hastası alınmıştır. Deney grubundaki hastalarına ileri evde bakım ve kalp yetersizliği bakımı (Palliative Advanced Home Care and Heart Failure Care (PREFER)) multidisipliner bir ekip tarafından palyatif olarak uygulanmıştır. Hastalar birinci, üçüncü ve altıncı aylarda değerlendirilmiştir. Hastalara semptom yönetimi, sosyal ve psikolojik destek sağlanmıştır. Hastalara ev ziyareti ve telefon görüşmeleri yapılmıştır. Çalışmada toplam semptom yükü, öz yeterlilik ve yaşam kalitesi sırasıyla % 18, % 17 ve % 24 bir iyileşme saptanmıştır. Edmonton semptom değerlendirme ölçeğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamış ancak deney grubunda bulantıda anlamlı bir iyileşme saptanmıştır.

Deney grubunda dokuz semptomun sekizinde kontrol grubunda dördünde sayısal bir gelişme bulunmuştur. Alvariza et al. (2017) randomize kontrollü çalışmasında da; NYHA göre sınıf III ve IV kalp yetersizliği olan hastalara, palyatif ve kalp yetersizliği bakımında uzmanlar tarafından multidisipliner bir yaklaşımla PREFER modeliyle kişisel odaklı bakım uygulanmıştır. 14 aile üyesi bu bakımla hastalarının semptomlarının hafifletildiğini ve güçlendirildiğini ifade etmiştir. Ayrıca, aile üyeleri hastanın sorumluluğunu sağlık profesyonelleriye paylaştınca daha güvencede ve rahatlamış olduklarını ifade ettiği bulunmuştur.

Bekelman et al. (2014) 17 hasta üzerinde yaptığı pilot çalışmada kalp yetersizliği hastalarına semptomları hafifletmek ve hastalığa uyum sağlamak için işbirlikçi bakım (Collaborative Care to Alleviate Symptoms and Adjust to Illness (CASA)) modeli uygulanmıştır. Hastalara semptom yönetimi, psikolojik bakım ve işbirlikçi bakım (collaborative care) verilmiştir. Hastalara verilen bu bakımla semptomların daha iyi kontrol altına alındığı görülmüştür. Dionne-Odom et al. (2014) çalışmasında 11 kalp yetersizliği ve 11 hastaya bakım veren bireye yaşam sonu öncesi eğitim, bakım ve danışmanlık (Educate, Nurture, Advise Before Life Ends (ENABLE)) modeli uygulanmıştır. ENABLE modelinde telefonla ve karşılıklı görüşmeler ile hasta ve bakım vericilere problem çözme, semptom yönetimi, kendine bakım, iletişim, bakım koordinasyonu, karar verme, ileri bakım uygulamaları hakkında destek sağlanmıştır. Çalışmada fizibilite ve etkinlik sonuçları pozitif olmasına rağmen hasta ve hastanın bakımıyla ilgilenen bireylere erken uygulandığında daha etkili olabileceği önerilmektedir. Akyar et al. (2018) pilot çalışmasında NYHA göre Sınıf III ve IV kalp yetersizliği olan sekiz hasta ve hasta bakıcısına ENABLE modeliyle palyatif bakım hizmeti verilmiştir. Hasta ve yakınlarına haftalık tele-sağlık koçluk danışmanlığı verilmiş ve aylık takipleri yapılmıştır. Hastaların modelle ilgili memnuniyetleri; “kendimi ifade etmeme izin verdi”, “perspektif kazandım”, “plan yapmama yardımcı oldu” ve “hastalık yönetimi ve karar verme becerileri kazandım” şeklinde olmuştur. Hastalar ve hasta bakıcıları, uygulamayı yararlı ve kabul edilebilir bulmuştur.

Sidebottom et al. (2015)’nın randomize kontrollü çalışmasına 116 deney ve 116 kontrol kalp yetersizliği hastası alınmıştır. Kontrol grubundaki hastalar standart bakım alırken deney grubu hastaları palyatif bakım almıştır. Palyatif bakım alan

hastalara hasta ziyaretleri yapılmış ve ziyaretler sırasında hastalar duygusal, manevi ve psikososyal yönlerden değerlendirilip ve gerekli yönlendirmeler yapılmıştır. Ekip işbirliği ile gerekli bakım verilmiştir. Mevcut veya gelecekteki tedavide değişiklikler gözden geçirilip, ileri bakım için gerekli planlamalar hastayla birlikte yapılmıştır. Palyatif bakım alan hastaların semptom yükünde, yaşam kalitesinde ve depresyonunda kısa bir dönem iyileşme olduğu bulunmuştur. Deney grubunda üç ayda yorgunluk, depresyon, anksiyete, iyi hissetme, nefes darlığı, ağrı ve iştah semptomlarında pozitif bir iyileşme saptanmıştır.

Bekelman et al. (2018) randomize kontrollü çalışmasına 157 kontrol ve 157 deney grubu hastası alınmıştır. Kontrol grubu hastası rutin tedavisini alırken deney grubu işbirlikçi bakım uygulanmıştır. Deney grubunda palyatif bakım ve kardiyoloji uzmanları işbirlikçi bakımın bir parçasıdır, hastalara ayda iki ziyaret ve telefon görüşmeleri yapılmakta, semptom ve psikososyal değerlerdirme ve yönetimi sağlanmaktadır. Deney grubunun altıncı ay depresyon ve yorgunluk semptomları kontrol grubuna göre daha iyi belirlenmiştir. İki grup arasında genel semptom sıkıntısı, ağrı, nefes darlığı ve yeniden yatış sayısında fark saptanmamıştır.

Gandesbery et al. (2018) çalışmasında kalp yetersizliği polikliniğine başvuran hastalar için ayaktan palyatif bakım danışmanlığı verilmiştir. 229 kalp yetersizliği hastasından 80'i palyatif bakım danışmanlığına başvurmuştur. En sık yaşanan semptomlar yorgunluk (%74), ağrı (%64), dispne (%57), uyku hali (%45), anksiyete (%45) ve depresyon (%43) olduğu bulunmuştur. Hastalara ağrı yönetimi (%55) ve ileri bakım planlaması (%54) ile ilgili en çok hizmet verildiği saptanmıştır. Palyatif bakımda en çok reçete edilen ilaçlar; opiyatlar (%48), laksatifler (%22), antinöropatikler (%22) ve antidepresanlar (%16) olduğu görülmüştür. Bir yıllık sağkalım oranı %70 olduğu belirlenmiştir. Çalışma kalp yetersizliği polikliniklerinde palyatif bakımın danışmanlığının mümkün olduğunu göstermiştir. Ek olarak yaşam kalitesini sınırlandıran semptomların birkaç müdahale ile yönetilebileceği vurgulanmıştır.

Birleşmiş Krallıkta yapılan bir çalışmada hospislere 962 hastanın başvurduğu saptanmıştır. Bunların sadece 93'ünün kalp yetersizliği tanısı olduğu bulunmuştur. Hastalarının çoğunun hospis başvuru nedeni semptom kontrolü olduğu belirlenmiştir.

Hastalarının semptomlarının ortalaması 4,38 (1 ile 7 arası) bulunmuştur. Kabul edilen kalp yetersizliği hastaların hepsi DNR (Do not Resuscitate) kabul edilmiştir (Dewhirst et al., 2018)

Sebern et al. (2018) niteliksel çalışmasında iPad uygulamasıyla kalp yetersizliği hasta ve bakım verenlere öz yönetim, sosyal destek ve palyatif bakım farkındalığı hakkında bilgi verilmiştir. İpad yardımıyla hastanın bakım değerleri ve tercihleri, gelecek için planlamaları, öz yönetimi geliştirmek için gerekli ihtiyaçları belirlenmiş ve hasta ve yakınlarına bilgi verilmiştir. Hasta ve yakınları yapılan girişimleri yararlı bulmuştur. Chan et al. (2016)'nın kalp yetersizliği hastasında yaptığı çalışmada yorgunluk, uykusuzluk ve nefes darlığı hastaların en çok yaşadığı semptomlar olduğu bulunmuştur.

Bakitas et al. (2017) çalışmasında NYHA göre sınıf III ve IV kalp yetersizliğine sahip 61 hasta ve 48 hasta bakıcısına palyatif bakım için eğitim, bakım, danışmanlık (ENABLE CHF-PC: Educate, Nurture, Advise, Before Life Ends Comprehensive Heartcare for Patients and Caregivers) yapılmıştır. Hastalar ayaktan ve telefonla palyatif bakım danışmanlığı almıştır. İlk görüşmede, 12 ve 24. haftalarda hastaların yaşam kalitesi, semptom, anksiyete ve depresyonu değerlendirilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi, semptomlarında, fiziksel ve mental sağlığında orta etki büyüklüğünde gelişme belirlenmiştir.

Evangelista et al. (2014) çalışmasında 42 semptomatik kalp yetersizliği hastasından devamlı palyatif bakım alan hastaların kontrol algıları ve aktiviteleri daha yüksek ve semptom yükü daha az olduğu görülmüştür. Zhou and Mao (2018) yedi randomize kontrollü çalışmanın metaanalizinde palyatif bakım alan hastaların depresyon puanı anlamlı düşük bulunmuştur. Rogers et al. (2017) randomize kontrollü çalışmasında palyatif bakım alan kalp yetersizliği hastaların yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve ruhsal iyilik durumları anlamlı olarak daha iyi saptanmıştır. Wong et al. (2016)'nın randomize kontrollü çalışmasına 43 deney ve 41 kontrol kalp yetersizliği hastası ele alınmıştır. Deney grubundaki hastalar, taburculuk sonrası ilk dört hafta her hafta takip edilip ve daha sonra 12 haftaya kadar her ay telefon ve ev ziyaretleri ile takip edilmiştir. Multidispliner bakım tarafından desteklenen hemşirelik vaka yöneticileri uygulamalar yapmıştır. Hastalara semptom yönetimini,

ileri tedaviyi destekleyici hizmet verilmiştir. Palyatif bakım alan hastaların depresyon, dispne ve toplam ESTÖ puanı anlamlı düşük bulunmuştur. Ng and Wong (2018) randomize kontrollü çalışmasında Edmonton semptom değerlendirmesinde 12 haftada semptom iyileşmesinde gruplar arasında anlamlı bir ilişki gösterilmemiştir. Ancak deney grubunda dördüncü haftada depresyon ve nefes darlığında daha iyi iyileşme saptanmıştır. Gruplar kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında, deney grubunun yorgunluk ve toplam skorda iyileşme gösterdiği belirlenmiştir. Ama kontrol grubunda böyle bir gelişme görülmemiştir.

Packard et al. (2018) çalışmasında kalp yetersizliği hastalarına verilen eğitimler sonrası eğitim alan hastaların NYHA sınıflamasında olumlu değişim, semptom yükünde azalma, hastalık algılarında, öz yeterlilikte, sosyal izolasyonda ve yaşam kalitelerinde gelişme bulunmuştur. Kristofer et al. (2018) çalışmasında 3981 kalp yetersizliği tanısıyla ölen hastaların verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların sadece %4,2'si ölmeden önce palyatif bakım aldığı saptanmıştır. Yaşamlarının son haftasında hastaların semptom prevalansı yüksek olduğu vurgulanmıştır. Çalışmadaki hastaların yaklaşık beşte biri (%17) tek başına öldüğü saptanmıştır. Ayrıca aile üyelerinin yarısından azına (%45), yas desteği teklif edildiği bulunmuştur.

Amerika'da toplum temelli palyatif bakım programı alan hastaların verileri retrospektif-kesitsel incelemiştir. Bu çalışmada palyatif bakım alan hastaların çoğunun (%68,6) kanser veya konjesif kalp yetersizliği olduğu saptanmıştır. En sık görülen semptomlar yorgunluk (%71,8), ağrı (%47,3) ve üzüntü (%41,6); en çok sıkıntı veren semptomlar yorgunluk (%58,5), endişe (%54,8) ve kilo kaybı (%52,1) olduğu belirlenmiştir (Dhingra et al., 2018).

Boman et al. (2017) çalışmasında palyatif bakım alan 72 ileri kalp yetersizliği hastanın ESTÖ puanlamasına göre; ağrı: $3,5 \pm 2,4$; yorgunluk: $5,1 \pm 2,2$; mide bulantısı: $2,0 \pm 2,3$; depresyon: $2,6 \pm 2,4$; kaygı: $2,3 \pm 2,4$; uyku hali: $3,6 \pm 2,4$; iştah: $3,2 \pm 2,3$; kendini iyi hissetme: $3,9 \pm 2,2$ ve nefes darlığı: $4,3 \pm 2,3$ olduğu bulunmuştur. Bekelman et al. (2011) çalışmasında 50 kronik kalp yetersizliği hastası ayaktan palyatif bakım danışmanlığı almıştır. Hastaların depresyon, anksiyete, ağrı, yorgunluk ve nefes darlığı ve uyku bozukluğu hastaların en çok yaşadığı semptomlar

olduğu bulunmuştur. %34 hasta gelecek hakkında korku ve endişe duyduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada yatarak palyatif bakım alan kalp yetersizliği hastalarının en çok yaşadığı semptomlar %77,2 yorgunluk, %62,4 nefes darlığı ve %55,4 uyku hali saptanmıştır. Hastaların ağrı ve anksiyete puanı ≥ 5 üçte bir hastada hesaplanmıştır (Jorgenson et al., 2016).

Yukarıdaki çalışmalar da palyatif bakım alan kalp yetersizliği hastalarının depresyon, bulantı, yorgunluk ve toplam semptom yükü kontrol grubuna göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ek olarak iki grup arasında semptomlar arasında anlamlı fark olmasa da deney grubunun puanları daha iyi olduğu bulundu. Sonuç olarak kalp yetersizliği hastalarında palyatif bakımla semptom yönetimi daha iyi sağlanabilir.

5.3. Gruplar Arasında Yaşam Kalitesinin Tartışması

Çalışmada EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğine göre deney grubunun birinci ay anksiyete/depresyon puanı kontrol grubuna göre daha iyi saptandı ($p=,006$). Ölçeğin diğer alt boyutlarında ve EQ-5D VAS puanında gruplar arasında fark saptanmadı. (Tablo 12). LVD-36 sol ventrikül disfonksiyonu ölçeğine göre birinci ($p=,484$), üçüncü ($p=,750$) ve altıncı aylarda ($p=,201$) gruplar arasında anlamlı fark belirlenmedi (Tablo 13).

Ng and Wong (2018) randomize kontrollü çalışmasında deney grubunun McGill yaşam kalitesi anketinin fiziksel, psikolojik ve varoluşçu alt boyutlarında ve toplam puanda aldığı puan kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Deney grubu içinde dört ve on ikinci haftada fiziksel, psikolojik ve toplam yaşam kalitesi puanında anlamlı bir iyileşme olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel alt boyutunda dört ve on ikinci haftalarda ve psikolojik alt boyutunda 12. haftada pozitif bir iyileşme saptanmıştır. Ng and Wong (2018) çalışması EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinde birinci ay deney grubunda anksiyete/depresyon alt boyutu puanı daha iyi saptanması yönüyle çalışmamızı desteklemektedir. Brännström and Boman (2014)'nın randomize kontrollü çalışmasında iki grup arasında yaşam kalitesi arasında (EQ-5D) anlamlı fark bulunmamıştır. Yu et al. (2015)'nin randomize kontrollü çalışmasına da 90 deney ve 88 kontrol kalp yetersizliği alınmıştır. EQ-5D yaşam kalitesi ölçek puanında bir fark

bulunmamıştır. Wong et al. (2018) randomize kontrollü çalışmasında evde palyatif bakım alan son dönem kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Hopp et al. (2016) çalışmasında akut dönemde 43 kronik kalp yetersizliği hastası palyatif bakım girişimleri alırken 42 hasta rutin tedavisini almıştır. İki grup arasında yaşam kalitesi arasında fark belirlenmemiştir. Xu et al. (2018) beş randomize kontrollü çalışmanın metaanalizinde kontrol grubu ile palyatif bakım alan grup arasında yaşam kalitesi ve mortalite arasında fark olmadığı bulunmuştur. Ancak bazı randomize kontrollü çalışmalarda palyatif bakım alan kalp yetersizliği hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunun saptanmasına (Sahlen et al., 2016; Zhou & Mao, 2018) rağmen bizim çalışmamız da yukarıdaki çalışma sonuçlarına benzer olduğu bulundu. Kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakımla hastaların bazı semptomları kontrol altına alınmakta yada semptomları sürekli tekrar etmektedir bu durum hastalarının yaşam kalitesinin iyi olmamasının sebebi olabilir.

5.4. Gruplar Arasında Yeniden Yatışların Tartışması

Çalışmada deney grubundaki hastaların birinci ($p=,001$) , üçüncü ($p=,001$) ve altıncı ($p=,001$) aydaki hastaneye yatış oranı kontrol grubundan düşük olduğu bulundu. Gruplar arasında hastaların acile başvuruları açısından fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Kalp yetersizliği hastaların yaklaşık % 25'i taburculuk sonrası 30 gün içinde (Feltner et al., 2014) ve ≥ 50 'si altı ayda yeniden hastaneye yatmaktadır (Desai & Stevenson, 2012). Lipinski et al. (2018) çalışmasında palyatif bakım hizmeti alan hastaların bir yıldaki mortalite oranı yüksek ve yeniden yatışı daha fazla olan hastalar olduğu bulunmuştur. Murtaugh et al. (2017)'nin çalışmasında kalp yetersizliği hastalarına eve taburcu olduktan sonra bir gruba erken ve yoğun hemşirelik bakımı, bir gruba erken hekim takibi ve üçüncü gruba her iki bakım ve bir gruba hiçbir bakım verilmemiştir. Kombine tedavi alan hastaların yeniden yatışlarında yaklaşık %8 azalma saptanmıştır. Brännström and Boman (2014)'nin randomize kontrollü çalışmasında palyatif bakım alan kalp yetersizliği hastaların yeniden yatış sayısı 15 iken kontrol grubunda 53 saptanmıştır. Yu et al. (2015)'nin Hong Kong da yapılan randomize kontrollü çalışmasına 90 deney ve 88 kontrol kalp yetersizliği alınmıştır.

Kontrol grubu hastaları standart bakım ve deney grubu hastaları hemşirelik destekli bakım almıştır. Çalışmada deney grubundaki hastaların altı haftadaki yeniden yatışları daha az ve dokuz ay içinde daha düşük mortaliteye sahip olmasına rağmen deney ve kontrol grubu arasında mortalite, hastaneye yeniden yatış ve sürvileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Wong et al. (2016)'nın randomize kontrollü çalışmasına 43 deney ve 41 kontrol kalp yetersizliği hastası ele alınmıştır. Deney grubu hastalarına palyatif bakım uygulanmıştır. Gruplar arasında dört haftalık yeniden yatışları arasında anlamlı fark olmadığı bulunurken, 12 haftalık hastaneye yeniden yatışlarının deney grubunda daha az olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada üç çalışmanın metaanalizinde kalp yetersizliği hastalarına evde verilen palyatif bakım %42 oranında yeniden yatış riskini düşürdüğü bulunmuştur (Diop et al., 2017). Chuang et al. (2017) retrospektif kohort çalışmasında deney grubundaki 356 kalp yetersizliği hastası palyatif bakım danışmanlığı alırken 356 kontrol grubu hastası rutin tedavisini almıştır. Tam danışmanlık alanların tam danışmanlık almayanlara göre yeniden yatışları daha az bulunmuştur. Bakitas et al. (2017) çalışmasında NYHA göre sınıf III ve IV kalp yetersizliğine sahip 61 hasta ve 48 hasta bakıcısı palyatif bakım için eğitim, bakım, danışmanlık yapılmıştır. Hastaların hastane ve acil başvurularında, yoğun bakım kalış süresinde küçük orta etki büyüklüğünde gelişme saptanmıştır. Wiskar et al. (2017) çalışmasında 2013 yılının ilk üç ayında 18 yaş üstü 102 746 kalp yetersizliği hastası başvurmuş bu hastaların sadece %2,2'si (2289) palyatif bakım almıştır. Palyatif bakım alan hastaların dokuz aylık takip periyodunda hastaneye yeniden yatışları daha az saptanmıştır. Palyatif bakım alan hastaların her hasta için ödenen ücret daha azdır. Potu et al. (2018)'nın retrospektif yaptığı çalışmada Ocak 2014 ve Aralık 2016 tarihleri arasında 2661 kalp yetersizliği hastası başvurmuştur. 205 kalp yetersizliği hastası yatarak palyatif bakım danışmanlığı almıştır. Buna eşitlemek için 205 palyatif bakım almayan kalp yetersizliği hastası kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Palyatif bakım danışmanlığı alan hastaların 30 gün içindeki yeniden yatışı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır (%35 karşın %15). Palyatif bakım alan hastaların 30 gün içindeki yeniden yatışlarında %49 rölatif riskte azalma anlamlı bulunmuştur. Rowe et al. (2018) çalışmasında 29 ileri kalp yetersizliği hastasına bir hemşire tarafından yönetilen interdisipliner ev tabanlı palyatif bakım sunulmuştur. Palyatif bakımda

hastaların fiziksel değerlendirilmesi, semptom yönetimi ve bakım planlaması yapılmıştır. Palyatif bakım alan hastaların hastaneye yeniden yatışlarında %52,4, hastanede kaldığı gün sayısında %53,8 ve yoğun bakımda kalmada %100 azalma ve semptom yükünde azalma olduğu bulunmuştur. Wong et al. (2018) ve Brännström and Boman (2014) randomize kontrollü çalışmasında da palyatif bakım alan kalp yetersizliği hastalarının hastaneye yeniden yatışı daha düşük saptanmıştır ve ayrıca Wong et al. (2018) çalışmasında acile başvurularında daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gasper et al. (2018) çalışmasında evde bakım hizmetlerine palyatif bakım implante edilerek kalp yetersizliği hastaların 30 gün içinde hastaneye yeniden yatışlarının azalabileceği görülmüştür. Başka bir çalışmada hospislerde bakım alan kalp yetersizliği hastaların altı ay içindeki acile başvurusu, hastanede yattığı gün sayısı ve yoğun bakımda kalış süresi daha az bulunmuştur (Gelfman et al., 2018). Xu et al. (2018) metaanaliz çalışmasında kontrol grubuyla karşılaştırıldığında palyatif bakım alan grubun ESAS puanı ve yeniden yatışlarında azalma saptanmıştır. Ancak bazı randomize kontrollü çalışmalarda palyatif bakım alan kalp yetersizliği hastaların yeniden yatışlarında fark olmadığını saptanmasına (Rogers et al., 2017; Bekelman et al., 2018; Zhou & Mao, 2018) rağmen bizim çalışmamız da yukarıdaki diğer çalışmalara benzer sonuçlar bulundu. Kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakımın hastaların semptom yönetimi ve yaşam kalitesi desteklenirse hastaların yeniden yatışlarının azalacağı düşünülmektedir.

Sonuçlar

➤ Palyatif bakım eğitimi hastaların semptom yönetimini artırdı. Edmonton semptom tanılama ölçeğine göre deney grubunun birinci ay ve üçüncü ay yorgunluk, bulantı ve ayaklarda ödem ve birinci ay istahsızlık ve toplam semptom yükü kontrol grubundan daha iyi olduğu bulundu.

➤ Gruplar arasında yaşam kalitesi arasında fark bulunmadı. EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğinin anksiyete/depresyon alt boyutu hariç ölçeğin diğer alt boyutlarında, toplam EQ-5D yaşam kalitesi puanı ve EQ-5D VAS puanlarında fark saptanmadı. Sadece deney grubunun birinci ay anksiyete/depresyonu kontrol grubuna göre daha iyi olduğu saptandı. LVD-36 sol ventrikül disfonksiyonu ölçeğine göre birinci,

üçüncü ve altıncı aylarda gruplar arasında yaşam kalitesinde anlamlı fark belirlenmedi.

➤ Palyatif bakım eğitimi hastaneye yeniden yatışları azalttı. Deney grubundaki hastaların birinci, üçüncü ve altıncı ay hastaneye yatış oranı kontrol grubundan daha düşük olduğu bulundu.

➤ Gruplar arasında hastaların acile başvuruları açısından fark saptanmadı.

➤ Deney grubuna yapılan eğitim çalışma sonrası kontrol grubundaki hastalara da yapıldı. Kontrol grubundaki hastalara Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım Eğitimi ve Kitapçığı verildi.

Öneriler

- Kalp yetersizliği hastalarında palyatif bakım çalışmaları farklı merkezlerde,
- Kalp yetersizliği hastalarına palyatif bakım uygulanması,
- Kalp yetersizliği hasta ve yakınlarının palyatif bakıma yönlendirilmesi,
- Kalp yetersizliği hastalarında palyatif bakıma yönelik sağlık profesyonellerinde farkındalığın artırılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation*. 2009;120(25):2597-606.
2. Akyar I, Dionne-Odom JN, Bakitas MA. Using Patients and Their Caregivers Feedback to Develop ENABLE CHF-PC: An Early Palliative Care Intervention for Advanced Heart Failure. *Journal of Palliative Care*. 2018;0(0):0825859718785231.
3. Alvariza A, Årestedt K, Boman K, Brännström M. Family members' experiences of integrated palliative advanced home and heart failure care: A qualitative study of the PREFER intervention. *Palliative and Supportive Care*. 2017;16(3):278-85.
4. Bag B. Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. *Akademik Geriatri Dergisi*. 2012;4(3):120-5.
5. Bakitas M, Dionne-Odom JN, Pamboukian SV, Tallaj J, Kvale E, Swetz KM, et al. Engaging patients and families to create a feasible clinical trial integrating palliative and heart failure care: results of the ENABLE CHF-PC pilot clinical trial. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):45.
6. Bakitas M, Macmartin M, Trzepkowski K, Robert A, Jackson L, Brown JR, et al. Palliative care consultations for heart failure patients: how many, when, and why? *J Card Fail*. 2013;19(3):193-201.
7. Beattie JM, Riley JP. Palliative Care in Heart Failure. In: MacLeod RD, van den Block L, editors. *Textbook of Palliative Care*. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 1-31.
8. Bedet A, Garçon P, Boulogne M, Richard J, Opatowski L, Moubarak G, et al., editors. Characteristics of the population hospitalized for advanced and terminal heart failure and experiences in palliative caring in the Intensive Care Unit of cardiology. *Annales de cardiologie et d'angiologie*; 2015.
9. Bekelman DB, Allen LA, McBryde CF, Hattler B, Fairclough DL, Havranek EP, et al. Effect of a Collaborative Care Intervention vs Usual Care on Health Status of Patients With Chronic Heart Failure: The CASA Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*. 2018;178(4):511-9.

10. Bekelman DB, Hooker S, Nowels CT, Main DS, Meek P, McBryde C, et al. Feasibility and acceptability of a collaborative care intervention to improve symptoms and quality of life in chronic heart failure: mixed methods pilot trial. *Journal of palliative medicine*. 2014;17(2):145-51.
11. Bekelman DB, Nowels CT, Allen LA, Shakar S, Kutner JS, Matlock DD. Outpatient palliative care for chronic heart failure: a case series. *Journal of palliative medicine*. 2011;14(7):815-21.
12. Boman K, Olofsson M, Bergman AR, Brannstrom M. Anaemia, but not iron deficiency, is associated with clinical symptoms and quality of life in patients with severe heart failure and palliative home care: A substudy of the PREFER trial. *Eur J Intern Med*. 2017;46:35-40.
13. Brännström M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study. *European journal of heart failure*. 2014;16(10):1142-51.
14. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*. 1991.
15. Cagle JG, Bunting M, Kelemen A, Lee J, Terry D, Harris R. Psychosocial needs and interventions for heart failure patients and families receiving palliative care support: a systematic review. *Heart Fail Rev*. 2017;22(5):565-80.
16. Çamcı G, Oğuz S. Integrating palliative care in heart failure: A review article. *Journal of Human Sciences*. 2018;15(2):1348-54.
17. Campbell RT, Petrie MC, Jackson CE, Jhund PS, Wright A, Gardner RS, et al. Which patients with heart failure should receive specialist palliative care? *Eur J Heart Fail*. 2018.
18. Chan HY, Yu DS, Leung DY, Chan AW, Hui E. Quality of life and palliative care needs of elderly patients with advanced heart failure. *J Geriatr Cardiol*. 2016;13(5):420-4.
19. Cheang MH, Rose G, Cheung CC, Thomas M. Current challenges in palliative care provision for heart failure in the UK: a survey on the perspectives of palliative care professionals. *Open Heart*. 2015;2(1):e000188.

20. Chuang E, Kim G, Blank AE, Southern W, Fausto J. 30-Day Readmission Rates in Patients Admitted for Heart Failure Exacerbation with and without Palliative Care Consultation: A Retrospective Cohort Study. *J Palliat Med.* 2017;20(2):163-9.
21. Clark D, Graham F, Centeno C. Changes in the world of palliative care. *Medicine.* 2015;43(12):696-8.
22. Clement L, Painter Q, Shaffer JA. Meeting the Unmet Needs of Aging Heart Failure Patients: A Role for Palliative Care. *Current Cardiovascular Risk Reports.* 2016;10(11):35.
23. Değertekin M, Çetin Erol D, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, et al. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2012;40(4):298-308.
24. Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? *Circulation.* 2012;126(4):501-6.
25. Dewhirst L, Gilhooley L, Hoddell K. 133 Assessing the management of heart failure patients in the inpatient hospice setting: a retrospective audit. *BMJ Supportive & Palliative Care.* 2018;8(Suppl 1):A58-A.
26. Dhingra L, Barrett M, Knotkova H, Chen J, Riggs A, Lee B, et al. Symptom Distress Among Diverse Patients Referred for Community-Based Palliative Care: Sociodemographic and Medical Correlates. *Journal of pain and symptom management.* 2018;55(2):290-6.
27. Dionne-Odom JN, Kono A, Frost J, Jackson L, Ellis D, Ahmed A, et al. Translating and testing the ENABLE: CHF-PC concurrent palliative care model for older adults with heart failure and their family caregivers. *Journal of palliative medicine.* 2014;17(9):995-1004.
28. Diop MS, Rudolph JL, Zimmerman KM, Richter MA, Skarf LM. Palliative Care Interventions for Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Palliat Med.* 2017;20(1):84-92.
29. Enç N. Kalp Yetersizliği, İç Hastalıkları Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevi 2014. 106 p.
30. Evangelista LS, Liao S, Motie M, De Michelis N, Lombardo D. On-going palliative care enhances perceived control and patient activation and reduces

- symptom distress in patients with symptomatic heart failure: a pilot study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014;13(2):116-23.
31. Evangelista LS, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the Effects of an Outpatient Palliative Care Consultation on Symptom Burden, Depression, and Quality of Life in Patients With Symptomatic Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure.* 2012;18(12):894-9.
 32. Fadiloğlu Ç. Palyatif Bakım. In: Yasemin Yıldırım, Fadiloğlu Ç, editors. *Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım.* Ankara nobel tıp kitabevleri2017. p. 1-5.
 33. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. *Harrison's Principles Of Internal Medicine Nobel Tıp Kitabevi*2013. 1443 p.
 34. Feltner C, Jones CD, Cené CW, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine.* 2014;160(11):774-84.
 35. Fernandes S, Guthrie DM. A comparison between end-of-life home care clients with cancer and heart failure in Ontario. *Home health care services quarterly.* 2015;34(1):14-29.
 36. Gadoud A, Kane E, Macleod U, Ansell P, Oliver S, Johnson M. Palliative care among heart failure patients in primary care: a comparison to cancer patients using English family practice data. *PloS one.* 2014;9(11):e113188.
 37. Gandesbery B, Dobbie K, Gorodeski EZ. Outpatient Palliative Cardiology Service Embedded Within a Heart Failure Clinic: Experiences With an Emerging Model of Care. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018;35(4):635-9.
 38. Gasper AM, Magdic K, Ren D, Fennimore L. Development of a Home Health-based Palliative Care Program for Patients With Heart Failure. *Home healthcare now.* 2018;36(2):84-92.
 39. Gelfman LP, Barrón Y, Moore S, Murtaugh CM, Lala A, Aldridge MD, et al. Predictors of Hospice Enrollment for Patients With Advanced Heart Failure and Effects on Health Care Use. *JACC: Heart Failure.* 2018;6(9):780-9.
 40. Gelfman LP, Kalman J, Goldstein NE. Engaging heart failure clinicians to increase palliative care referrals: overcoming barriers, improving techniques. *J Palliat Med.* 2014;17(7):753-60.

41. Gelfman LP, Kavalieratos D, Teuteberg WG, Lala A, Goldstein NE. Primary palliative care for heart failure: what is it? How do we implement it? Heart failure reviews. 2017;22(5):611-20.
42. Greener DT, Quill T, Amir O, Szydlowski J, Gramling RE. Palliative care referral among patients hospitalized with advanced heart failure. Journal of palliative medicine. 2014;17(10):1115-20.
43. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer AM. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2010;1:1-6.
44. Guo P, Harding R, Higginson IJ. Palliative care needs of heart failure patients in China: putting people first. Curr Opin Support Palliat Care. 2018;12(1):10-5.
45. Hines PA, Yu K, Randall M. Preventing Heart Failure Readmissions: Is Your Organization Prepared? Nursing Economic. 2010;28(2).
46. Hopp FP, Zalenski RJ, Waselewsky D, Burn J, Camp J, Welch RD, et al. Results of a Hospital-Based Palliative Care Intervention for Patients With an Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure. J Card Fail. 2016;22(12):1033-6.
47. Ivany E, While A. Understanding the palliative care needs of heart failure patients. British journal of community nursing. 2013;18(9).
48. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacsi P, et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European journal of heart failure. 2009;11(5):433-43.
49. Jaarsma T, van der Wal M, Hjelmfors L, Strömberg A. Talking about palliative care in heart failure. European Journal of Heart Failure. 2018.
50. Johnson MJ, McSkimming P, McConnachie A, Geue C, Millerick Y, Briggs A, et al. The feasibility of a randomised controlled trial to compare the cost-effectiveness of palliative cardiology or usual care in people with advanced heart failure: Two exploratory prospective cohorts. Palliative Medicine. 2018;32(6):1133-41.

51. Jorgenson A, Sidebottom AC, Richards H, Kirven J. A description of inpatient palliative care actions for patients with acute heart failure. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2016;33(9):863-70.
52. Kahraman G, Ural D. Kalp Yetersizliği ve Şok Sendromu. In: Komsuoğlu B, editor. *Klinik Kardiyoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2004. p. 375-6.
53. Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014. 1-5 p.
54. Kahyaoğlu Süt H, Ünsar S. Is EQ-5D a valid quality of life instrument in patients with acute coronary syndrome? *Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2011;11(2).
55. Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ, et al. Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(15):1919-30.
56. Kristofer Å, Anette A, Kurt B, Joakim Ö, Ida G, Cecilia H, et al. Symptom Relief and Palliative Care during the Last Week of Life among Patients with Heart Failure: A National Register Study. *Journal of Palliative Medicine*. 2018;21(3):361-7.
57. Kuragaichi T, Kurozumi Y, Ohishi S, Sugano Y, Sakashita A, Kotooka N, et al. Nationwide Survey of Palliative Care for Patients With Heart Failure in Japan. *Circulation Journal*. 2018;82(5):1336-43.
58. Lipinski M, Eagles D, Fischer LM, Mielniczuk L, Stiell IG. Heart failure and palliative care in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 2018.
59. Low J, Pattenden J, Candy B, Beattie JM, Jones L. Palliative care in advanced heart failure: an international review of the perspectives of recipients and health professionals on care provision. *J Card Fail*. 2011;17(3):231-52.
60. Maciver J, Ross HJ. A palliative approach for heart failure end-of-life care. *Curr Opin Cardiol*. 2018;33(2):202-7.
61. McIlvennan CK, Allen LA. Palliative care in patients with heart failure. *bmj*. 2016;353:i1010.
62. McMurray J, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic

- heart failure 2012= Akut ve Kronik Kalp Yetersizligi Tani ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kilavuzu. Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin yayin organidir. 2012;40(1):77-137.
63. McMurray J, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. European journal of heart failure. 2012;14(8):803-69.
64. Mert H, Barutcu CD. Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(2).
65. Mizuno A, Miyashita M, Hayashi A, Kawai F, Niwa K, Utsunomiya A, et al. Potential palliative care quality indicators in heart disease patients: A review of the literature. J Cardiol. 2017;70(4):335-41.
66. Murtaugh CM, Deb P, Zhu C, Peng TR, Barron Y, Shah S, et al. Reducing Readmissions among Heart Failure Patients Discharged to Home Health Care: Effectiveness of Early and Intensive Nursing Services and Early Physician Follow-Up. Health Serv Res. 2017;52(4):1445-72.
67. Nabudere H, Obuku E, Lamorde M. Advancing palliative care in the Uganda health system: an evidence-based policy brief. International journal of technology assessment in health care. 2014;30(6):621-5.
68. Ng AYM, Wong FKY. Effects of a Home-Based Palliative Heart Failure Program on Quality of Life, Symptom Burden, Satisfaction and Caregiver Burden: A Randomized Controlled Trial. J Pain Symptom Manage. 2018;55(1):1-11.
69. Oguz S, Enç N. Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. International Nursing Review. 2008;55(4):462-7.
70. O'leary C, Jones P. The left ventricular dysfunction questionnaire (LVD-36): reliability, validity, and responsiveness. Heart. 2000;83(6):634-40.
71. Öngel K. Palyatif Bakım Tarihçesi ve Gelişimi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2017;8(4):236-40.
72. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkinin incelenmesi. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005:63.

73. Packard K, Holcomb R, Lawler S, Outhet T, Stachura J, Basit C, et al. Impact of a Comprehensive Heart Failure Self Care Review. *Journal of Cardiac Failure*. 2018;24(8):S42.
74. Patel B, Secheresiu P, Racharla L, Shah M, Garg L, Ray D, et al. Trends and predictors of palliative care referrals in acute heart failure patients: Insight from national inpatient sample database. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;71(11, Supplement):A782.
75. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*. 2016;37(27):2129-200.
76. Potu K, Patel J, Banga S, Avula S, Roy A, Clemson B, et al. Palliative Care Consultation Reduces 30-Day Readmission Rates for Hospitalized Patients with Heart Failure: A Single-Center Experience. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;71(11):A779.
77. Rasmusson K, Benuzillo J, Lappe D, Roberts C, McNally J, Gardner E, et al. Palliative Care Use in Hospitalized Patients with Heart Failure: Low and Late. *Journal of Cardiac Failure*. 2017;23(8):S55.
78. Riley JP, Beattie JM. Palliative care in heart failure: facts and numbers. *ESC Heart Fail*. 2017;4(2):81-7.
79. Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M, et al. Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(3):331-41.
80. Rowe C, Quintana C, Young S, Patel L. Impact of a Home-Based Palliative Care Program for Advanced Heart Failure (QI816). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;55(2):708.
81. Şahan FU, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015;4(2):81-90.

82. Sahlen K-G, Boman K, Brännström M. A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: based on a randomized controlled trial. *Palliative medicine*. 2016;30(3):296-302.
83. Sebern MD, Sulemanjee N, Sebern MJ, Garnier-Villarreal M, Whitlatch CJ. Does an intervention designed to improve self-management, social support and awareness of palliative-care address needs of persons with heart failure, family caregivers and clinicians? *J Clin Nurs*. 2018;27(3-4):e643-e57.
84. Sidebottom AC, Jorgenson A, Richards H, Kirven J, Sillah A. Inpatient palliative care for patients with acute heart failure: outcomes from a randomized trial. *J Palliat Med*. 2015;18(2):134-42.
85. Sood A, Dobbie K, Wilson Tang WH. Palliative Care in Heart Failure. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*. 2018;20(5):43.
86. Strachan PH, Joy C, Costigan J, Carter N. Development of a practice tool for community-based nurses: the Heart Failure Palliative Approach to Care (HeFPAC). *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;13(2):134-41.
87. Sürmeli DM, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*. 2016;9(1):8-11.
88. Topal K. Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2017;8(4):231-5.
89. Uppal S. The challenge of palliative care in heart failure. *British Journal of Cardiac Nursing*. 2013;8(2):90-5.
90. Wensel D, Rosielle DA. Cardiac Palliative Care Issues. *Palliative Care*: Springer; 2010. p. 29-36.
91. Wiskar KJ, Celi LA, McDermid RC, Walley KR, Russell JA, Boyd JH, et al. Patterns of Palliative Care Referral in Patients Admitted With Heart Failure Requiring Mechanical Ventilation. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(4):620-6.
92. Wiskar KJ, Celi LA, Walley KR, Fruhstorfer C, Rush B. Inpatient palliative care referral and 9-month hospital readmission in patients with congestive heart failure: a linked nationwide analysis. *J Intern Med*. 2017;282(5):445-51.

93. Wong FKY, Ng AY, Lee PH, Lam PT, Ng JS, Ng NH, et al. Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial. *Heart*. 2016;102(14):1100-8.
94. Wong FKY, So C, Ng AYM, Lam PT, Ng JSC, Ng NHY, et al. Cost-effectiveness of a transitional home-based palliative care program for patients with end-stage heart failure. *Palliat Med*. 2018;32(2):476-84.
95. Wordingham SE, McIlvennan CK, Dionne-Odom JN, Swetz KM. Complex care options for patients with advanced heart failure approaching end of life. *Current heart failure reports*. 2016;13(1):20-9.
96. Xu Z, Chen L, Jin S, Yang B, Chen X, Wu Z. Effect of Palliative Care for Patients with Heart Failure. *International heart journal*. 2018;17-289.
97. Yeniçeri EN. Evde Bakım ve Palyatif Bakım. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2017;8(4):277-81.
98. Yesilbalkan O, Ozkutuk N, Karadakovan A, Turgut T, Kazgan B. Validity and reliability of the Edmonton Symptom Assessment Scale in Turkish cancer patients. *Turkish Journal of Cancer*. 2008;38(2):062-7.
99. Yu DS, Lee DT, Stewart S, Thompson DR, Choi KC, Yu CM. Effect of Nurse-Implemented Transitional Care for Chinese Individuals with Chronic Heart Failure in Hong Kong: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(8):1583-93.
100. Yuen JK. Palliative care in advanced heart failure. *Heart Asia*. 2018;10(Suppl 1):A9-A.
101. Zhou K, Mao Y. Palliative care in heart failure : A meta-analysis of randomized controlled trials. *Herz*. 2018.
102. Ziehm J, Farin E, Schafer J, Woitha K, Becker G, Koberich S. Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care professionals. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(a):361.

EKLER

EK- 1 Hasta Bilgi Formu

Hastanın Adı Soyadı:

Hastanın Dosya Numarası:.....

Tel:

1. Yaşı:.....
2. Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek
3. Medeni durum:
 1. Evli
 2. Bekar
4. Eğitim durumu:
 1. Okur-Yazar Değil
 2. Okur-Yazar
 3. İlkokul-Ortaokul
 4. Lise
 5. Üniversite
5. Meslek :
 1. Ev hanımı
 2. Emekli
 3. Memur
 4. İşçi
 5. Serbest meslek
 6. Çalışmıyor.
 7. Diğer
6. Ekonomik durumu:
 1. Gelir gider dengede
 2. Gelir giderden fazla
 3. Gelir giderden az
7. Kimle yaşıyorsunuz:
 1. Yalnız
 2. Ailen ile (eş veya çocuk)
 3. Arkadaş veya akraba ile
 4. Diğer.....
8. Boy: Kilo:
9. Sigara içme durumu:
 1. Hiç içmedi
 2. Bıraktı
 3. Aktif
10. Alkol içme durumu:
 1. Hiç içmedi
 2. Bıraktı
 3. Aktif
11. Bir yıl içinde hastaneye yatma sıklığı:.....
12. Kalp yetersizliği tanı süresi:.....
13. Kalp yetersizliği etiolojisi:
 1. İskemik
 2. Diğer
14. Hastanede yattığı gün sayısı:.....
15. NYHA göre kalp yetersizliği
 1. Sınıf III

2. Sınıf IV

16. ICD: 1. Var 2. Yok

17. BVP-ICD: 1. Var 2. Yok

18. Komorbidite hastalıkları

1. Koroner Arter Hastalığı

2. Diyabet

3. Hipertansiyon

4. SVO

5. Kanser

6. Kronik Böbrek Hastalığı

7. Karaciğer Hastalığı

8. KOAH

9. Diğer:

19. Sol ventrikül EF:....

20. Kan sonuçları:

Kreatin:

Ürea:

Sodyum:

Potasyum :

Hemoglobin:

ProBNP:

GFR:

21. Kullandığı ilaçlar:

1. ACE inhibitörleri

2. ARB

3. Diüretik

4. Antiagregan

5. Antikoagülam

6. Hiperlipidemik ilaç

7. Kalsiyum kanal blokeri

8. Antidepresan

9. Anksiyolitik

10. Spironalktan

11. Digoxin

12. Antiaritmik

13. Diğer

EK -2 Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız

Ağrım yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ağrım çok fazla
Yorgun değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı yorgunum
Uykusuz değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Uykusuzluğum çok fazla
Bulantım yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bulantım çok fazla
İştahsız değilim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	İştahsızlığım çok fazla
Nefes darlığım yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nefes darlığım çok fazla
Mutluyum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok mutsuzum
Huzurluyum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok huzursuzum
Kendimi çok iyi hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kendimi çok kötü hissediyorum
Kabızlığım yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kabızlığım çok fazla
Ayaklarımda şişlik yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ayaklarımda şişlik çok fazla
.....Yok												
Diğer problemler (örneğin karında şişlik)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Ek-3 EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği

A- Hareket

- 1() Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum
- 2() Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Yatalağım

B- Öz-bakım

- 1() Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
- 2() Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan aktiviteler

(örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

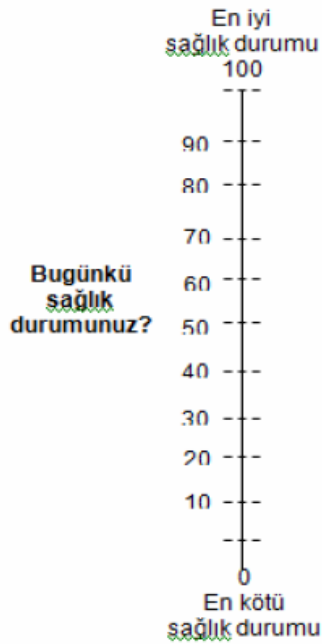
- 1() Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
- 2() Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

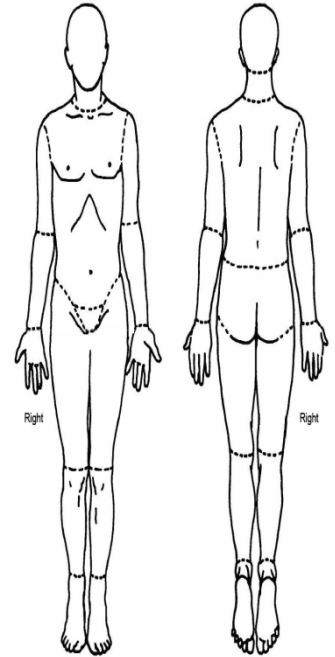
- 1() Ağrı veya rahatsızlığım yok
- 2() Orta derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var
- 3() Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var

E- Anksiyete/Depresyon

- 1() Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
- 2() Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- 3() Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk



Lütfen ağrınızın olduğu bölgeyi bu resimler üzerinde işaretleyiniz



EK- 4 LVD-36 Sol Ventrikül Disfonksiyonu Ölçeği

Lütfen aşağıdaki sorulara son günlerde hissettiklerinize göre cevap veriniz. Her soru için doğru veya yanlış seçeneğinden birini işaretleyiniz.

Kalp hastalığım nedeniyle	Doğru	Yanlış
1. Bacaklarımdaki yorgunluktan şikayetçiyim		
2. Bulantıdan şikayetçiyim		
3. Bacaklarımdaki sisliklerden şikayetçiyim		
Kalp hastalığım nedeniyle	Doğru	Yanlış
4. Dışarı çıkarsam nefes darlığı olacağından korkuyorum		
5. Çok is yaptığımda nefes darlığı olacağından korkuyorum		
6. En küçük fizik egzersizde bile nefessiz kalıyorum		
7. İş yaparken kendimi zorlamaktan korkuyorum		
8. Giyinmem ve yıkanmam uzun zaman alıyor		
Aşağıdaki aktiviteleri kalp hastalığınız dışında bir nedenle yapamıyorsanız lütfen Yanlış'ı işaretleyiniz		
Kalp hastalığım nedeniyle	Doğru	Yanlış
9. Koşmada, örneğin otobüse yetişmede, zorlanıyorum		
10. Yürüyüş, egzersiz ve dansa zorlanıyorum		
11. Çocuklar ya da torunlar ile oynarken zorlanıyorum		
12. Bahçe işlerinde ve elektrik süpürgesi kullanırken zorlanıyorum		
Kalp hastalığım nedeniyle	Doğru	Yanlış
13. Kendimi bitkin hissediyorum		
14. Enerjimin azaldığını hissediyorum		
15. Uykulu veya uyuşuk hissediyorum		
16. Daha çok dinlenmeye ihtiyacım var		
17. Yaptığım her şey güç gerektiriyor		
18. Kaslarımı güçsüz hissediyorum		
19. Kolayca üşütüyorum		
20. Gece boyunca sık sık uyanıyorum		
21. İşe yaramaz hale geldim		
Kalp hastalığım nedeniyle	Doğru	Yanlış
22. Kendimi engellenmiş hissediyorum		
23. Sinirli hissediyorum		
24. Her an kötü bir şey olacakmış gibi geliyor		
25. Kendimi rahat hissetmiyorum (Huzursuzum)		
26. Yaşamımı kontrol edemiyorum		
27. Yasamdan zevk alamıyorum		
28. Kendime olan güvenimi kaybettim		
Kalp hastalığım nedeniyle	Doğru	Yanlış
29. Düzenli bir sosyal yaşantı sürdürmede zorlanıyorum		
30. Gitmeyi istediğim yerler var, fakat gidemiyorum		
31. Tatile çıkmamın kalp hastalığımı kötüleştirmesinden korkuyorum		
32. Yaşam biçimimi değiştirmek zorunda kaldım		
33. Ailevi görevlerimi yapmada sınırlamalarım var		
34. Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum		
35. Sürekli kalp ilacı almayı gerçekten sıkıcı buluyorum		
36. Yapmak istediğim şeyleri yapamıyorum		

EK-5 Ölçek Kullanım İzinleri

Re: LVD-36-sol ventrikül disfonksiyon ölçeğinin kullanım izni

SÖ

Serap Özer <serapozer15@gmail.com>

Cum 22.10.2016, 10:21

Kime:gulsah_camci@hotmail.com

Merhaba;

Ölçeği çalışmanızda yayınıma atıf yapmak suretiyle kullanabilirsiniz. başarılar ve kolaylıklar diliyorum... sevgiler...

Gülşah Çamcı <gulsah_camci@hotmail.com>, 21 Ekim 2016 Per, 20:45 tarihinde şunu yazdı:

Değerli Hocam;

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim dalı, Doktora Öğrencisi Gülşah Çamcı. Doktora tezim için kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakım eğitiminin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek için Türkiye’de geçirlik ve güvenilirliğini yaptığınız **LVD-36-sol ventrikül disfonksiyon ölçeği**’nin kullanılması rica olunur. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla Gülşah Çamcı

gulsah_camci@hotmail.com

Doç. Dr. Serap ÖZER

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Adres:Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 35100, Bornova/İZMİR

Tel: [0 232 311 55 21](tel:02323115521)

Fax: [0 232 388 63 74](tel:02323886374)

Associate Professor. Serap OZER

Ege University Faculty of Nursing

Medical Nursing Department

Adress:Ege University Faculty of Nursing, 35100, Bornova/IZMIR, TURKEY

Telephone: [+90 232 311 55 21](tel:+902323115521)

Fax: [+90 232 388 63 74](tel:+902323886374)

EK-5 (devamı)

EQ-5D registration

SS

Soma Sirini



Yanıtla

21.10.2016 (Cum) 12:05

Kime:

gulsah_camci@hotmail.com

Belgeler

Effective_Turkey (Turkish) EQ-5D-3L Paper Self complete v2.0 (ID 36235).docx103 KB

İndir

OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Dear Ms. / Mr. Gulsah Camci,

Thank you for registering your research at the EuroQol Research Foundation's website.

As the study / project "Effects of palliative care education on symptoms management, re-hospitalization and the quality of life in chronic heart failure" you registered involves low patient numbers (80) you may use the EQ-5D-3L Paper version free of charge.

Please note that separate permission is required if any of the following is applicable:

- The registered study / project is funded by a pharmaceutical company, medical device manufacturer or other profit-making stakeholder;
- Using EQ-5D in a Routine Outcome Measurement or Registry setting;
- Using EQ-5D in languages other than the ones indicated in this email;
- Using digital representations (e.g. PDA, Tablet or Web) of the EQ-5D

I'm attaching the Turkish (Turkey) EQ-5D-3L Paper version (in MS Word format). Requests to use digital representations of EQ-5D (e.g. web, tablet, PDA) should be made separately to userinformationservice@euroqol.org attaching your initial registration. The corresponding user guide can be downloaded from our website: <http://www.euroqol.org/eq-5d-publications/user-guides.html>

Kind regards,

Soma Sirini
Legal Counsel
EuroQol Research Foundation
T: +31 884400186
E: sirini@euroqol.org
W: www.euroqol.org

EK-5 (devamı)

Gönderen: serapunsar@trakya.edu.tr <serapunsar@trakya.edu.tr>

Gönderildi: 20 Ekim 2016 Perşembe 15:01

Kime: gulsah_camci@hotmail.com

Konu:

Merhaba Gülşah,

Ölçek hasta profili için uygun ancak, Euroqol web sitesine girerek çalışmalarınızı kayıt ettirmeniz ve bu gruptan ölçeğin kullanımıyla ilgili izin almanız gerekiyor kolay gelsin.

Prof. Dr. Serap ÜNSAR

EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanım izni

gülşah çamcı

Sal 18.10.2016, 20:15

Kime:serapunsar@trakya.edu.tr

Değerli Hocam;

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı, Doktora Öğrencisi Gülşah Çamcı. Doktora tezim için kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakım eğitiminin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek için Türkiye’de geçirilişi ve güvenilirliğini yaptığınız ‘**EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği**’ kullanılması rica olunur. Ölçeğin kullanılması hasta profilimiz için sizce uygun mudur, yardımlarınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla Gülşah Çamcı
gulsah_camci@hotmail.com

EK-5 (devamı)

Re: Edmonton semptom tanılama ölçeği kullanım izni

oznur usta yesilbalkan <oznurustayesilbalkan@hotmail.com>

Cum 21.10.2016, 19:58

Kime:

Gülşah Çamcı

Sevgili Gülşah

Öncelikle başarılar diliyorum. Araştırmanızda yayınızı atıf göstermek koşuluyla Edmonton Semptom Ölçeğini kullanabilirsiniz.

20 Ekim 2016 18:55 tarihinde Gülşah Çamcı <gulsah_camci@hotmail.com> yazdı:

Değerli Hocam;

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı, Doktora Öğrencisi Gülşah Çamcı. Doktora tezim için kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakım eğitiminin semptom yönetimi üzerine etkisini belirlemek için Türkiye’de geçirlik ve güvenilirliği yaptığınız ‘**Edmonton semptom tanılama ölçeği**’ kullanılması rica olunur. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla Gülşah Çamcı
gulsah_camci@hotmail.com

Ek-6 Deney Grubu İçin Katılımcı Bilgilendirme Formu

Kalp yetersizliği, ölüm ve semptom yükü açısından kanser hastalılıkla eşdeğer ve ciddi bir sorun olmasına rağmen palyatif bakım alan kalp yetersizliği hastaları çok azdır. Kalp yetersizliği hastalarının semptom yönetimini artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık sistemine palyatif bakım entegre edilmelidir. Bu çalışmada '**Kronik kalp yetersizliğinde palyatif bakım eğitiminin semptom yönetimi, yeniden yatışlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi**' konulu bir çalışma yapmaktayız. Bu çalışmanın amacı, kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakım eğitiminin hastaların semptom yönetimi, yeniden hastaneye yatışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir. Hastaneden taburcu olmadan önce size eğitim verilecektir. Taburcu olduktan birinci, üçüncü ve altıncı aylarda sizle telefonla iletişime geçilerek semptom yönetimi, yeniden yatışlar ve yaşam kalitesini değerlendirmek için yaklaşık 15 dakikanızı alacak birkaç soru sorulacaktır. Çalışma ile ilgili verileri elde etmek için elinizde bulunan bir hasta bilgi formu ve ölçek kullanılmaktadır. Ölçek, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Soruların çoğu kutuları işaretlemenizle hızlıca yanıtlanabilecek şekilde çoktan seçmeli yanıtlar sağlamaktadır. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakmakta serbestsiniz. Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekte; bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sıdika Oğuz (e-posta: sidikaoguz@yahoo.com) ya da Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama hastanesi, Aritmi servisi, Uzman Hem. Gülşah Çamcı (tel:05078907980, e-mail:gulsah_camci@hotmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz.

Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

✂-----

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum

Ek-7 Kontrol Grubu İçin Katılımcı Bilgilendirme Formu

Kalp yetersizliği, ölüm ve semptom yükü açısından kanser hastalılıkla eşdeğer ve ciddi bir sorun olmasına rağmen palyatif bakım alan kalp yetersizliği hastaları çok azdır. Kalp yetersizliği hastalarının semptom yönetimini artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık sistemine palyatif bakım entegre edilmelidir. Bu çalışmada '**Kronik kalp yetersizliğinde palyatif bakım eğitiminin semptom yönetimi, yeniden yatışlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi**' konulu bir çalışma yapmaktayız. Bu çalışmanın amacı, kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen palyatif bakım eğitiminin hastaların semptom yönetimi, yeniden hastaneye yatışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir. Çalışma süresinde size hiçbir uygulama yapılmayacaktır, rutin tedavinizi almaya devam edeceksiniz. Taburcu olduktan birinci, üçüncü ve altıncı aylarda sizle telefonla iletişime geçilerek semptom yönetimini, yeniden yatışlar ve yaşam kalitesini değerlendirmek için yaklaşık 15 dakikanızı alacak birkaç soru sorulacaktır. Çalışma ile ilgili verileri elde etmek için elinizde bulunan bir hasta bilgi formu ve ölçek kullanılmaktadır. Ölçek, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Soruların çoğu kutuları işaretlemenizle hızlıca yanıtlanabilecek şekilde çoktan seçmeli yanıtlar sağlamaktadır. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakmakta serbestsiniz. Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekte; bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sıdika Oğuz (e-posta: sidikaoguz@yahoo.com) ya da Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama hastanesi, Aritmi servisi, Uzman Hem. Gülşah Çamcı (tel:05078907980, e-mail: gulsah_camci@hotmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz.

Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

✂-----

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum

Tarih:

imza:

Ek-8 Gönüllü Onay Formu

Bilgilendirme formu ile çalışmanın konusu ve amacı ile ilgili bilgilendirildiğimi, katılacağım çalışmayı istediğim zaman bırakabileceğimi ve tedavimin hiç bir şekilde olumsuz etkilenmeyeceğini anladım.” **Kronik kalp yetersizliğinde palyatif bakım eğitiminin semptom yönetimi, yeniden yatışlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi**” adlı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı soyadı:

İmzası:

Telefon numarası:

Tarih:

Tanığın adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

Ek-9 Etik Kurul Ve Kurum Izni



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Kronik kalp yetersizliğinde palyatif bakım eğitiminin semptom yönetimi, yeniden yatışlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2016/295			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Sıdika Oğuz			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı				
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD Aritmi Servisi, Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Servisi			
	Destekleyici				
	Araştırmacının Türü	Doktora Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli ☒	Çok Merkezli ☐	Ulusal ☒	Uluslararası ☐

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	☒	☐	
	Başvuru Formu	☒	☐	
	Araştırmacının Türü	☒	☐	Hemşirelik Faaliyetlerinin Sınırları içerisinde yapılacak araştırma
	Araştırma Protokolü	☒	☐	
	Kullanılacak Form Örnekleri	☒	☐	
	Aydınlatılmış Onam Formu	☒	☐	
	Araştırma Bütçesi	☐	☐	
	Literatür Örneği	☒	☐	
	Taahhütname	☒	☐	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	☐	☐	
	İzin Belgeleri	☐	☐	
	Başhekimlik Onayı	☒	☐	
	Özgeçmişler	☒	☐	
	Değişiklik Bilgi Formu	☐	☐	
	Proje Sonuç Formu	☐	☐	
	Diğer	☐	☐	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	21.09.2016/KOGOEEK01.1	1/2

Ek-9 (devamı)

Karar Bilgileri	Karar No: 2016/10.8	Proje No: KÜ GOKAEK 2016/295	Tarih: 2/11/2016
	Doç. Dr. Sıdika Oğuz sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,		
	☒ Uygun bulunmuştur. ☐ Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* ☐ Uygun bulunmamıştır.*		

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Toplantıda Bulunma	İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☒	Koluhacı
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☒	Koluhacı
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Doç.
Doç. Dr. Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Doç.
Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Doç.
Doç. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Doç.
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Doç.
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Doç.
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Doç.

* Gerekçe ve öneriler:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu Onay formu	Rev. Tarihi / No.su: 21.09.2016/KOGOEK01.1	Sayfa 2/2
--	--------------------------	---	--------------

Ek-9 (devamı)

**Kocaeli Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna,**

“Doç. Dr. Sıdika Oğuz” sorumluluğunda yürütülecek olan **“Kronik kalp yetersizliğinde palyatif bakım eğitiminin semptom yönetimi, yeniden yatışlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi”** isimli araştırma projesinin “hastalarda veri toplama” kısmının Kocaeli Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesinin **Koroner Yoğun Bakım, Aritmi ve Kardiyoloji servisinde** yürütülmesi uygundur.

21/10/16.

Prof. Dr. Ayşen Ağaçdiken Ağır
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Ayşen A. Ağır
SÜ Tıp Fakültesi Hastane
Kardiyoloji A.D. Bp.No.: 226
Zp. Tıp No: 52184 Kır.Sic.No: 121F

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Gülşah	Soyadı	Çamcı
Doğum Yeri	Sivas	Doğum Tarihi	05.05.1986
Uyruğu	T.C.	Tel	0507 890 79 80
E-mail	gulsah_camci@htmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü	2015-devam ediyor
Yüksek Lisans	İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği (Tezli)	2010-2012
Lisans	Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü	2004-2009
Lise	Kocaeli Körfez Tüpraş 50.Yıl Lisesi (Süper Lise)	2000-2004

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Kocaeli Üniversitesi/Kardiyoloji/Aritmi servisi	2010-devam ediyor
Hemşire	Gebze Anadolu Sağlık merkezi(Johns Hopkins)/Onkoloji servisinde	2009-2010
Erasmus staj (Öğrenci)	Medizinische Hochschule Hannover /Almanya	2008 (3 ay)

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

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
72,500								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70,76798	70,77657	63,58835
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

- Umran Oskay, Gulbeyaz Can, **Gulsah Camcı**, Effect of Myocardial Infarction On Female Sexual Function in Women. Archives of Gynecology & Obstetrics. 2015;291 (5):1127-1133. Doi: 10.1007/s00404-014-3537-5
- **Gülşah Camcı**, Sıdika Oğuz. Association between Parkinson's Disease and Helicobacter Pylori. J Clin Neurol 2016;12(2):147-150. <http://dx.doi.org/10.3988/jcn.2016.12.2.147>

Diğer Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

- Oğuz S, Çemçem N, **Çamcı G**, & Gürkan A. Nutritional habits and heart health of university students. Journal of Human Sciences, 2017; 14(4), 3606-3614. doi:10.14687/jhs.v14i4.4871
- **Çamcı G**, & Oğuz S. Integrating palliative care in heart failure: A review article. Journal of Human Sciences, 2018;15(2), 1348-1354. doi:10.14687/jhs.v15i2.5360
- Oğuz S, Bayrak B, Genç A, **Çamcı G**. The effect of sad text on blood pressure. Pak Heart J 2018; 51 (03):204-10

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

- **Gülşah Camcı**, Gülbeyaz Can. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Kadınlarda Cinsel Yaşam. F.N. Hem. Derg 2014;22(2): 114-119 (Derleme makalesi)
- **Gülşah Camcı**, Gülbeyaz Can, Akut Miyokard Enfaktüsü Sonrası Kadınlarda Cinsel Yaşam, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014;11 (2): 38-44 (Araştırma makalesi)
- Sıdika Oğuz, **Gülşah Camcı**. Koroner Arter Hastalığı ve İş Yaşamı. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(12):15-23 (Derleme makalesi) DOI:<http://dx.doi.org/10.5543/khd.2016.002>
- Oğuz S, Yetim M, Yalçın Ö, Ünalın YE, **Çamcı G**. Hipertansiyonlu Bireylerde Hastalık Algısının Tedavi ve Diyet Uyumuna Etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2016; 5(2):75-83.
- Oğuz, S, **Çamcı, G**, Yılmaz, R. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Yapma Durumu ve Fiziksel Aktivitenin Kalp Sağlığına Etkisini Bilme

Durumu. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018; 7 (1):54-61.

- Sıdika Oğuz, **Gülşah Çamcı**, Mahsum Kazan. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanım Sıklığı ve Sigaranın Neden Olduğu Hastalıkları Bilme Durumu. Van Tıp dergisi. 2018; 25(3): 332-337. DOI: 10.5505/vtd.2018.02411

