



**KALP YETERSİZLİKLİ HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİ VE UMUTSUZLUK
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Serbülent SALIK

**Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

Yüksek Lisans Tezi-2019

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETERSİZLİKLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE
UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Serbülent SALIK

Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ

MALATYA

2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; Serbülent SALIK'ın "Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 08/11/2019



Dr.Öğr.Üyesi Zeliha BÜYÜKBAYRAM
Siirt Üniversitesi
Jüri Başkanı



Dr.Öğr.Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye



Doç.Dr.Serap PARLAR KILIÇ
İnönü Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| ÖZET | vi |
| ABSTRACT..... | vii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ..... | viii |
| TABLolar DİZİNİ..... | ix |
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 1.1. Araştırmanın Amacı..... | 2 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı..... | 3 |
| 2.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi..... | 3 |
| 2.3. Kalp Yetersizliğinin Çeşitleri..... | 4 |
| 2.3.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği..... | 4 |
| 2.3.2. Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği..... | 4 |
| 2.3.3. Düşük ve Yüksek Debili Kalp Yetersizliği..... | 4 |
| 2.3.4. Öne Doğru ve Geriye Doğru Kalp Yetersizliği..... | 4 |
| 2.3.5. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği..... | 4 |
| 2.4. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması..... | 4 |
| 2.5. Kalp Yetersizliğinin Fiziopatolojisi..... | 5 |
| 2.6. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi..... | 6 |
| 2.7. Kalp Yetersizliğinin Risk Faktörleri..... | 6 |
| 2.8. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları..... | 6 |
| 2.9. Kalp Yetersizliğinde Tanı..... | 7 |
| 2.10. Kalp Yetersizliğinde Tedavi..... | 7 |
| 2.10.1. Farmakolojik Tedavi..... | 8 |
| 2.10.2. Nonfarmakolojik Tedavi..... | 9 |
| 2.11. Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı..... | 10 |
| 2.12. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi..... | 10 |
| 2.13. Kalp Yetersizliği ve Umutsuzluk | 11 |
| 3. MATERYAL VE METOD..... | 12 |
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 12 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman..... | 12 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme..... | 12 |
| 3.4. Verilerin Toplanması..... | 12 |

| | |
|---|----|
| 3.5. Veri Toplama Araçları..... | 13 |
| 3.5.1. Hasta Anket Formu..... | 13 |
| 3.5.2. Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ)..... | 13 |
| 3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)..... | 13 |
| 3.6. Araştırmanın Değişkenleri..... | 14 |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 14 |
| 3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri..... | 14 |
| 3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği..... | 15 |
| 4. BULGULAR..... | 16 |
| 5. TARTIŞMA..... | 27 |
| 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER..... | 33 |
| KAYNAKLAR..... | 34 |
| EKLER..... | 48 |
| EK-1. Özgeçmiş..... | 48 |
| EK-2. Hasta Anket Formu..... | 49 |
| EK-3. Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ)..... | 51 |
| EK-4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)..... | 53 |
| EK-5. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği İzni..... | 54 |
| EK-6. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan Etik Onay..... | 56 |
| EK-7. Ölçek İzni-1..... | 57 |
| EK-8. Ölçek İzni-2..... | 58 |

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin sürecinde bilgisiyle ve tecrübesiyle bana her türlü konuda destek ve yardımcı olan çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'a,

Araştırmalarım sürecinde beni destekleyen Ali Özge Devlet Hastanesi çalışma arkadaşlarıma,

Tez dönemim boyunca bana destek olan yakın arkadaşlarıma,

Araştırmama katılan tüm hastalara,

Tez çalışması sürecinde maddi ve manevi destekleriyle yanımda olan annem Songül SALIK'a ve babam Şahin SALIK'a, ablam Selin ÇOŐKUN'a

Her daim bana güvenen, inanan, sabır ve desteğini esirgemeyen eşim Sevda SALIK'a varlıklarıyla azim göstermemi sağlayan biricik oğlum Toprak Uras SALIK'a ve biricik kızım Elif Bade SALIK'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi

Amaç: Araştırma kalp yetersizlikli hastalarda yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel olarak, Nisan 2018-Ekim 2019 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kardiyoloji servisi ve Kardiyoloji polikliniğine başvuran en az 6 ay önce kalp yetersizliği tanısı konulan 572 yetişkin hasta oluşturmuştur. Örneklemi ise, evreni bilinen örneklem yöntemi ile hesaplanarak belirlenen 188 hasta oluşturmuş, hata payını azaltmak için araştırma 283 hasta ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtıcı Anket Formu, Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, ANOVA, Kruskal Wallis, korelasyon ve Tukey testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaşam kalitesi ve umutsuzluklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların MLHFQ puan ortalamaları ile tanıtıcı özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, gelir durum) ve hastalık özellikleri (NYHA sınıflaması, BKİ, hastalık teşhis süresi, yatış sayısı, ilave hastalık) arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların BUÖ puan ortalamaları ile tanıtıcı özellikler (yaş, medeni durum, eğitim, meslek) ve hastalık özellikleri (NYHA sınıflaması, hastalık teşhis süresi, yatış sayısı) arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Hastaların yaşam kalitesi ile umutsuzluk düzeylerinin negatif yönde birbirini etkilediği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Kalp Yetersizliği, Umutsuzluk, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

The Determination of Life Quality and Hopelessness Levels in Patients with Heart Failure

Aim: This research has been carried out to determine the level of hopelessness and life quality of the patients with heart failure.

Material and Method: The research, illustrative and relational, was carried out between April 2018 and October 2019. The universe of the research includes İnönü University Turgut Özal Medical Hospital Cardiology Ward and 572 adult patients who consulted to cardiology service and diagnosed with heart failure at least 6 months ago. The sampling is made up of 188 patients determined by using sampling method of known universe. In order to reduce the error margin, it has been completed with 283 patients. While collecting the data, Patient Identification Questionnaire Form, The Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire, Beck Hopelessness Scale have been used. During the statistical analyse of the data, in independent groups, t-tests, Mann-Whitney U Tests, ANOVA, Kruksal Wallis correlation and Tukey tests have been used.

Results: It has been observed that level of life quality and hopelessness at medium rate. Statistically there is a significant disparity between patients' MLHFQ score average and identifying characteristics (age, sex, marital status, education, occupation, income level) and disease characteristics (NYHA classification, BMI, disease diagnose time, number of stay in hospital, additional disease) ($p < 0.05$). There is statistically considerable disparity between the patients' BHS score average and identifying characteristics (age, marital status, education, occupation) and disease characteristics (NHYA classification, diagnose time, number of stay in hospital) ($p < 0.05$).

Conclusion: It has been observed that patients' quality of life and level of hopelessness affect each other negatively.

Key Words: Nursing, Heart Failure, Hopelessness, Quality of Life

SİMGELER VE KISATLMALAR DİZİNİ

| | |
|---------------|--|
| BUÖ | : Beck Umutsuzluk Ölçeği |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| EF | : Ejeksiyon Fraksiyonu |
| ESC | : Avrupa Kardiyoloji Derneği |
| HAPPY | : Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri Araştırması |
| KY | : Kalp Yetersizliği |
| MLHFQ | : Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği |
| NANDA | : Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği |
| NHANES | : Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Çalışması |
| NYHA | : New York Kalp Birliği |
| TÖTM | : Turgut Özal Tıp Merkezi |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |

TABLolar DİZİNİ

| Tablo No | Sayfa No |
|--|-----------------|
| Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı..... | 16 |
| Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı..... | 17 |
| Tablo 4.3. Hastaların MLHFQ ve BUÖ Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı..... | 18 |
| Tablo 4.4. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle MLHFQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 19 |
| Tablo 4.5. Hastaların NYHA Sınıflaması İle MLHFQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 20 |
| Tablo 4.6. Hastaların BKİ İle MLHFQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 21 |
| Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Teşhis Süresi İle MLHFQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 21 |
| Tablo 4.8. Hastaların Yatış Sayısı İle MLHFQ'den Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 22 |
| Tablo 4.9. Hastaların İlave Hastalıkları İle MLHFQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 22 |
| Tablo 4.10. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 23 |
| Tablo 4.11. Hastaların NYHA Sınıflaması İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 24 |
| Tablo 4.12. Hastaların BKİ İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 25 |
| Tablo 4.13. Hastaların Hastalık Teşhis Süresi İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 25 |
| Tablo 4.14. Hastaların Yatış Sayısı İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 26 |
| Tablo 4.15. Hastaların İlave Hastalık İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 26 |
| Tablo 4.16. Hastaların MLHFQ ve BUÖ Arasındaki İlişki..... | 26 |

1. GİRİŞ

Kalp yetersizliği (KY) yüksek mortalite, sık hastane yatışı, birden fazla ilaç kullanımı ve değişen yaşam kalitesi ile hayatı etkileyen bir klinik sendromdur (1-3). Günümüzde farmakolojik ve teknolojik gelişmeler KY'li olan hastaların yaşam süresini artırmaktadır (4-6). Artan yaşam süresiyle beraber KY'nin insidans ve prevalansı yaşla paralel olarak ciddi bir artış göstermektedir (7, 8).

Küresel olarak 26 milyondan fazla KY hastası olduğu ve bu sayının 2030'a kadar %25 oranında artacağı düşünülmektedir (9, 10). Yetişkin KY hastasının Amerika'da 6.5 milyon, Türkiye'de 2.5-3 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (11, 12).

KY'ye bağlı ortaya çıkan semptomlar; kişilerde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede olumsuz etkilere sahiptir. Bunun sonucunda hastada psikososyal bozulmalara, yaşam kalitesinde azalmalara ve umutsuzluğa neden olmaktadır (13-15). KY'de dispne, yorgunluk gibi belirtiler günlük fonksiyonel kapasiteyi etkileyerek yaşam kalitesinde düşüğe sebep olmaktadır. KY'de yaşam kalitesi hastalık seyrinde önemli bir yer tutmakta ve çoğunlukla düşük seviyelerde gözlemlenmektedir (10, 16, 17). Yapılan araştırmalarda KY'de semptom artışlarının yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu görülmektedir (18, 19). Yapılan bir diğer araştırmaya göre KY'li hastalarda yaş ilerledikçe yaşam kalitesinde düşüş yaşandığı saptanmıştır (4, 20). KY hastalarında yapılan araştırmada yaşam kalitesinin iyileştirilmesi tedavideki başarı oranında majör faktörlerden biri olarak kabul edilmiştir (21).

Umutsuzluk umudun tam tersi olarak geleceğe karşı karamsar bakmayı, yaşama adapte olmamayı ve problemlerle baş edememeyi ifade etmektedir. Yapılan araştırmalara bakıldığında KY'li hastalarda umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür (22-26). Uzun süre devam eden umutsuzluk hali kişinin sağlık davranışlarında olumsuz yönelimlere neden olduğu gözlemlenmiştir (22, 27-29).

KY hastalarında gelecekleri ile ilgili duydukları endişe ve umutsuzluk hastanın belirli süreden sonra yoğun tepkiler vermesine, buna bağlı olarakta günlük yaşamı, sosyal hayatı etkilediği ve hastanın yaşam kalitesini düşürdüğü görülmektedir (6, 30). KY'de hasta; yaşam kalitesi seviyesini artırabilmek için depresyona ve umutsuzluğa neden olan faktörleri yönetebilmesi gerektiği belirlenmiştir (22, 31, 32).

Bunun sonucu olarak KY'li hastaların yaşam kalitelerini artırıp umutsuzluk düzeyini azaltmak için bireyin yaşam şeklinde değişikliklere giderek hastalıkla etkili baş etme yöntemlerini öğrenmesi gerekmektedir (3, 33). Hastaya bunu kazandırabilmek için multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir. Bu süreçte en büyük vazife hastayla en fazla vakit geçiren hemşireye düşmektedir (34, 35). Hemşire hastanın umut düzeyini etkileyen faktörleri gözlemlemeli, hastalıkla ilgili bilgi eksikliklerini gidermeli, hastanın ve ailesinin tedavilere uyum ve katılımını sağlamalıdır. Hasta ve ailesiyle olumlu bir iletişim kurmalı ve hastanın korku ve endişelerini ifade etmesi sağlanmalıdır. Hastalıklara yönelik hemşire liderliğindeki multidisipliner ekip çalışmalarında mortalite ve morbidite oranlarında düşüş olduğu gözlemlenmiştir (8, 36, 37).

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, kalp yetersizliği hastalarında yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Yetersizliğinin Tanımı

KY için son yüzyılda farklı tanımlamalar yapılmıştır. İlk tanımlamayı yapan Thomas Lewis “kalbin içeriğini tamamen boşaltamaması” olarak dile getirirken; bir başka tanımlama yapan Paul Wood ise “kalbin vücut için gerekli dolaşımı yeterince sağlayamaması” olarak ifade etmiştir (38). KY; ilk zamanlarda yapılan tanımlamalarda sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı olarak gelişen bir hastalık olarak değerlendirilmekte idi (37-40). Günümüzde ise KY; kalbin işlevsel veya yapısal bir probleminden kaynaklı dolununun ve/veya boşalımının yeterince gerçekleşmediği, dokuların metabolik gereksinimlerini karşılayacak yeterli kanı pompalayamadığı, ilerleyici bir klinik sendrom olarak değerlendirilmesinin daha uygun olduğu görülmektedir (41, 42).

2.2. Kalp Yetersizliğinin Epidemiyolojisi

KY geriatric popülasyon hastalığı olarak kabul edilse de her yaşta görülebilir (43). Dünya genelinde 26 milyondan fazla kişinin KY hastası olduğu düşünülmektedir (44). Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirmesi Çalışması (NHANES)’nin verilerine göre Amerika’da yaklaşık 6.5 milyon KY hastası mevcut olup her yıl 960 000 yeni kişiye tanı konmaktadır. Yine Amerika’da KY prevelansının 2012’den 2030’a kadar %46’lık bir artış ile 8 milyondan fazla kişide ortaya çıkacağı düşünülmektedir (39, 42).

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC)’nin araştırmasında; toplam nüfusu 900 milyon civarı olan 51 üye ülkede (Türkiye’de dahil) KY prevelansının %2-3 olduğu belirtilmiştir (43, 45). Türkiye’deki KY prevelansı ise, Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülen Türkiye’deki Kalp Yetersizliği Prevelansı ve Belirleyicileri Araştırması (HAPPY) çalışması ile ortaya çıkartılmıştır. Bu çalışmaya göre Türkiye’de yetişkin popülasyondaki KY prevelansı %2.9 çıkmıştır (12).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre, ölüm nedenleri dağılımında %38.4 ile kardiyovasküler sistem hastalıkları birinci sırada bulunmaktadır (46).

2.3. Kalp Yetersizliğinin Çeşitleri

KY; fonksiyonel bozukluğun yeri, türü ve oluşan klinik tabloya göre birkaç farklı şekilde adlandırılmaktadır (38, 47).

2.3.1. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği

KY'nin klinik olarak akut veya kronik süreçte ortaya çıkma haline verilen adlandırmadır (38, 48).

2.3.2. Sağ ve Sol Kalp Yetersizliği

KY'de etkilenen bölgenin sağ ya da sol taraf olarak adlandırılmasıdır (36, 38).

2.3.3. Düşük ve Yüksek Debili Kalp Yetersizliği

Düşük debili KY'de, debi düşüklüğüne bağlı periferik direnç gösteren bir tablo mevcuttur. Ekstremiteler soğuk ve soluk olur. Fakat yüksek debili KY'de ise yüksek debi sonucu ekstremiteler sıcak ve kırmızıdır. Nabız basıncı düşük debili KY'de zayıf, yüksek debili KY'de normal ya da güçlüdür (38, 49).

2.3.4. Öne Doğru ve Geriye Doğru Kalp Yetersizliği

Geriye doğru KY'de ventrikülün, kanı yeterince pompalayamaması nedeniyle diyastol sonunda ventrikülde volüm artar. Artan volümün tepkisi sonucu kan geriye doğru atriumlarda ve venöz sistemde birikir. İleri doğru KY'de düşük debi nedeniyle arteriyal dolaşıma kan yeterince pompalanamaz (38, 50).

2.3.5. Sistolik ve Diyastolik Kalp Yetersizliği

Diyastolik KY'de, sol ventrikül normal boyutlarında olup diyastol sonunda basınç artmış ve dolunda sorun oluşturmaktadır. Sistolik KY'de, sol ventrikül genişlemiş ve duvar hareket fonksiyonu azalmıştır (16, 41).

2.4. Kalp Yetersizliğinin Sınıflandırılması

New York Kalp Birliği (NYHA) sınıflandırması en sık kullanılan KY sınıflandırma sistemidir. NYHA sınıflandırması ilk 1928'de tanımlanmış olup son şeklini revize edilerek 1994 yılında almıştır (38, 50). NYHA skalası fonksiyonel kapasiteyle

ilişkili semptomlara göre değerlendirilir. NYHA sınıflandırması öznel ve zamanla değişebilir (42, 47, 51).

New York Kalp Birliği'nin fonksiyonel KY sınıflandırması (37, 38, 48)

| | |
|-----------------|--|
| Sımf I | Fiziksel aktivite sınırlaması yoktur. Sıradan faaliyetleri sunar ve herhangi bir belirti mevcut değildir. |
| Sımf II | Fiziksel aktivitede hafif derecede kısıtlılık mevcut. Dinlenmede rahat, fakat fiziksel aktivitede çarpıntı, halsizlik ve nefes darlığı oluşur. |
| Sımf III | Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlılık mevcut. Dinlenmede rahat fakat normalden az fiziksel aktivitede halsizlik, çarpıntı ve dispne mevcut. |
| Sımf IV | İstirahat halinde bile semptomlar mevcut olup, fiziksel aktivitesi sınırlıdır. |

2.5. Kalp Yetersizliğinin Fizyopatolojisi

KY; koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus, hipertrofik kardiyomiyopati, hipertansiyon, obezite, amiloidozis gibi bazı hastalıkların kalp dokusuna zarar vererek sol ventrikül disfonksiyonuna sebep olan klinik bir tablodur (37, 52). Kalbin, yetersizlik başladıktan sonra vücuda yeterli kanı pompalayabilmesi ve debiyi dengeleyebilmesi için bazı kompensasyon mekanizmalarının devreye girmesi gereklidir (41, 44).

Kalbin pompalama işlevini sürdüren başlıca kompensasyon mekanizmaları;

- Frank Starling yasası
- Nörohümorale aktivasyon
- Miyokardiyal Remodeling'dir.

KY'de belirti ortaya çıktıktan dakikalar-saatler sonra kalbin pompalama işlevini düzenlemek için ilk iki mekanizma hızlıca devreye girer (43, 53). Fakat miyokardiyal remodeling mekanizması haftalar-aylar sürebilecek şekilde yavaşça devreye girer. Bu sebepten dolayı kalbin uzun süreli hemodinamik yüke uyum sağlamasını sağlar (7, 54). Bu mekanizmalar kalbin fonksiyonlarını normal şekilde devam edebilmesini sağlarlar da bunun bir sınırı vardır. Bu sınırın aşılması durumunda mevcut KY tablosunda ağırlaşmaya sebep olurlar (55, 56).

2.6. Kalp Yetersizliği Etiyolojisi

KY'ye neden olan faktörler ülkeden ülkeye değişkenlik göstermektedir. KY'ye neden olan hastalık; Afrika kökenli toplumlarda yüksek oranda hipertansiyon kaynaklı iken batılı toplumlarda %65 civarı koroner arter hastalığı kaynaklıdır (42, 57).

Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre KY etiyojilerinde kadın hastalarda hipertansiyon ve romatizmal kalp kapak hastalıkları; erkek hastalarda iskemi birinci sırada bulunmaktadır (2, 58).

- Afterload artışına sebep olarak KY yaratan durumlar; hipertansiyon, pulmoner hipertansiyon, pulmoner darlık, aort darlığı (50, 52, 59)
- Preload artışına sebep olarak KY yaratan durumlar; aort yetersizliği ve stenozu, mitral ve triküspit yetersizliği (8, 54, 60)
- Kanlanma yetersizliği sonucu KY oluşturan durumlar; koroner iskemi, akut miyokart infarktüs (7, 61)
- Kalp kası hastalıklarından dolayı KY oluşturan durumlar; miyokardit, miyokardiyopati, endokardiyal fibrilasyon, miyokart rüptürü ve miyokart hipertrofisi (5, 62).

2.7. Kalp Yetersizliğinin Risk Faktörleri

Bazı faktörler KY'nin ortaya çıkmasını veya mevcut hastalığın alevlenmesine neden olmaktadır. Bu faktörler birkaç tıbbi durumla kombinasyon oluşturarak hastalığa neden olurlar (37, 38, 45, 63). Bunlar; hipertiroidi, anemi, diabetes mellitus, obezite, ileri yaş, alkol bağımlılığı, sigara kullanımı, travmalar, radyasyon, erkek cinsiyet (prognozu daha kötü), fiziksel ve emosyonel stres, sistemik enfeksiyonlar, aşırı ve yanlış beslenme, hamilelik, hipervolemi, aile öyküsü, kalp ve kapak hastalıkları ve idiyopatik vb. sıralanmaktadır (8, 14, 64-67).

2.8. Kalp Yetersizliğinin Belirti ve Bulguları

KY'nin belirti ve bulguları, hastalığın ilk zamanlarında anlaşılamayacak kadar belirsiz olabilmektedir (4, 67). Bu belirti ve bulgular kişiden kişiye farklılık göstermekle beraber, hastalığın evresi, oluşma hızı ve kalbin etkilenen bölgesine göre değişkenlik gösterebilir (68, 69). Bu sebepten dolayı hastanın dikkatli fiziki muayenesi yapılmalı, öyküsü de özenlice değerlendirilmelidir (70).

KY hastalarında belirti ve bulgular kalbin düşük debisi ile vücudun tuz ve su tutulumuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (71). KY’de görülen tipik belirtilerden; en erken kendini gösteren dispnedir. Hastalığın ilk evrelerinde yoğun eforla ortaya çıkmaktadır (72). Hastalığın ağırlaşmasıyla beraber kişide ortopne, paroksizmal noktural dispne ve dinlenme esnasında ortaya çıkan dispne olarak kendini gösterir (73). Akciğerlerin sıvı birikmesi sonucu kaba raller ve wheezing duyulur (22).

Halsizlik, periferik ödem, nokturi, oligüri, depresyon, uykusuzluk, karın ağrısı, assit görülen diğer belirtilerdir (27). Hastalığın ileri ki evrelerinde juguler ven basıncının artması, kalp tepe atımının yer değiştirmesi, S3 Gallop ritmi gibi bulgular ortaya çıkmaktadır (38, 74).

2.9. Kalp Yetersizliğinde Tanı

KY’de, belirtiler ayırt edici olmadığından dolayı özellikle hastalığın ilk evrelerinde tanı koymak güç bir iştir (37, 42). Bu sebepten hastanın detaylı öykü, fiziki muayenesi yapıldıktan sonra, elektrokardiyografi, göğüs grafisi, laboratuvar testleri (tam kan tahlili, böbrek fonksiyon testleri, elektrolitler, glikoz, karaciğer enzimleri, idrar tetkiki, C-reaktif protein (CRP), kalp enzimleri, tiroid stimulan hormon, Natriüretik Peptik), ekokardiyografi gibi değerlendirmeleri göz önüne alınmalıdır (37, 38, 55). Ayrıca ileri tetkik olarak; kalp kateterizasyonu, koroner anjiyografi, endomiyokardiyal biyopsi, pulmoner fonksiyon testleri, egzersiz testi, kalbin fonksiyonel durumunun manyetik rezonans yöntemiyle görüntüleme uygulayarak değerlendirmeler yapılabilir (50, 53).

KY’de tanı konulabilmesine yardımcı olabilecek birçok klinik kriter geliştirilmiştir (5, 49). Bu kriterlerden en çok tercih edilen Framingham kriterleridir. Framingham kriterleri KY tanısı koyabilmek için majör ve minör olarak iki grup kriterden oluşmaktadır (75, 76). Aşağıda Framingham kriterleri tablo halinde verilmiştir.

2.10. Kalp Yetersizliğinde Tedavi

Hastaya KY tanısı konulduktan sonra temel amaç mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır (59). Ayrıca KY’ye neden olan faktörün kontrol altına alınması ve KY’nin belirti ve bulgularını iyileştirmek çok önemlidir (45, 77). KY tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik süreçler içeren klinik bir tablodur (78).

Framingham kriterleri (75) *

| Majör Kriterler | Minör Kriterler |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Paroksizmal noktural dispne• Juguler venöz dolgunluk• Pulmoner raller• Radyografik kardiyomegali• Akut pulmoner ödem• Üçüncü kalp sesi• Santral venöz basınç > 16 cm H₂O• Hepatojuguler reflü | <ul style="list-style-type: none">• Bilateral ayak bileği ödemi• Noktural dispne• Olağan eforda dispne• Hepatomegali• Plevral efüzyon• Vital kapasitenin 1/3 azalması• Kalp hızı \geq 120/dk |
| <ul style="list-style-type: none">• Tedaviyle 5 gün içinde 4.5 kg daha fazla ağırlık kaybı | |

*Tanı için 2 majör veya 1 majör ve 2 minör kriterin bulunması gerekir.

2.10.1. Farmakolojik Tedavi

Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACE): KY’de tercih edilen ilk ilaç grubu olup, belirgin KY belirtisi (Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) %40’dan düşük) olan hastalara önerilir. Venlerde ve arterlerde vazodilatasyona yol açar (77). Ön yükte ve arka yükte azalma sağlayarak kalp debisini artırır. Uzun süreli kullanımda ventrikül hipertrofisini geriletir (45, 79).

Anjiotensin II Reseptör Blokerleri (ARB): ACE inhibitörlerinin benzeri etkisi olmakla beraber ACE inhibitörlerine tolere sağlayamayan hastalarda alternatif olarak kullanılır (80).

Betablokerler: KY’de mortalite ve morbiditede ciddi azalmalar sağladığı belirlenen bu ilaç grubu, kalbin beta 1 ve 2 reseptörlerinde blokaj sağlayarak kalp kasılmasında ve hızında azalmaya neden olur (81). Ayrıca renin-anjiotensin sistemi çalışmasında yavaşlamaya yol açar (45). Tedaviye düşük dozda başlanarak kademeli olarak doz artırımını yapılmalıdır (82).

Aldosteron Reseptör Antagonistleri / Mineralokortikoidler: Böbrek fonksiyonlarında bozukluk olmayan kişilerde düşük dozlarda kullanılmaya başlanır (45). Sodyum ve su retansiyonunu azaltarak ödem oluşumunu engeller (83).

Diüretikler: Pulmoner ve venöz konjesyon belirtilerini azaltmak için kullanılır (84). Renin-anjiotensin sisteminin aktivasyonunda rol aldığından en düşük efektif dozdan başlanır (79).

Dijital Glikozidler: KY'nin ileri evresinde tedaviye rağmen semptomları devam eden hastalara uygulanır (84). Kalp kasının kontraktilite gücünü artırır, antrioventriküler ileti hızını ve kalp hızını yavaşlatır (77).

Hydralizin ve İsosorbid Dinitrat Kombinasyonu: ACE inhibitörleri ve ARB blokerlerinin kullanımını bloke edemeyen kişilere uygulanır (45). Kombinasyon genel olarak damarlarda vazodilatasyon sağlayarak önyük ve ardyükü azaltır. Böylece kalbin iş yükü azalır ve debisi artar (79).

2.10.2. Nonfarmakolojik Tedavi

KY hastalarının farmakolojik tedavi ile birlikte nonfarmakolojik tedavi yöntemlerine uyması ve hastalığı hakkında bilgi edinmesi çok önemlidir (76, 85). Hastaların aktivite sınırına, beslenme şekline, ilaçların kullanım şekline vb. farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerine uyması hastalık semptomlarının azalmasını hızlandırarak yaşam kalitesini artırmaktadır (62, 67).

Fiziksel aktivite: Kişiyeye özel hazırlanan egzersiz programı ile hastanın fiziksel stres kapasitesi artmaktadır (86). Bu da hastanın egzersiz esnasında yaşayacağı semptomları azaltacaktır (87).

Diyet ve beslenme: Hastanın zayıf olan kalbi dengesiz beslenme ile daha fazla zorlanmamalıdır (88). Bu sebepten dolayı hasta diyet programına uyması gerekmektedir (89). KY hastaları diyet programında tuz kullanımına, sıvı alımına, kilo takibine dikkat etmesi gerekmektedir (90). KY hastalarının yapılan araştırma sonuçlarına göre günlük 2-3 gr tuz alımını aşmamaları gerekmektedir (80). Ayrıca hastalarda sıvı alımı serbesttir ama hastalığın ilerleyen evrelerinde sıvı kısıtlamasına gidilebilir (26).

Sigara ve alkol kullanımı: Kardiyovasküler hastalıklar için en önemli risk faktörlerinden biri sigaradır. Alkol ise negatif inotropik etki yaparak kan basıncında artış ve aritmilere sebep olabilmektedir (7, 60).

İlaçların kullanımı: Hastanın kullandığı ilaçlarını talimatlara uygun şekilde alması tedavi için çok önemlidir (60).

Enfeksiyonlardan korunma: Mortalite ve morbidite ile doğrudan ilişkisi olan influenza ve pnömokok gibi enfeksiyonlar kardiyovasküler sistem hastalıklarında

olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Bundan dolayı enfeksiyonlardan korunmak, aşılınmak potansiyel fayda sağlayacaktır (78, 91).

Semptomların tanınması: Kişinin hastalığı tanınması, belirti ve bulgular hakkında bilgiye sahip olması ve bunu takip etmesi hastalığı kontrol altında tutmasını kolaylaştıracaktır (92).

2.11. Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı

KY'de; tedavi ve bakımlara rağmen tamamen iyileşme olmadığından dolayı hastanın yaşam süresi boyunca etkili yöntemlerle hastalığın semptomlarını yönetmesi gerekmektedir. Bireyin hastalıkla etkili baş etme yöntemlerini öğrenmede, sağlıklı bir hayat benimseyebilmesinde en önemli rol hemşireye düşmektedir. KY tanısı konulan hastalarda; bireyin bakım ihtiyaçlarını belirlemek, hastalık belirtilerini azaltmak, hastaya ve ailesine verilecek eğitim ve öz bakım kurallarını organize etmek hemşirenin en önemli görev ve sorumluluğudur (93-98).

KY'de hemşirelik bakımının amaçları; hastalığın semptomlarını ve farmakolojik ihtiyaçlarını azaltmak, fiziksel aktivite toleransını artırmak, hastalığın komplikasyonlarını takip etmek, hastalığa uygun diyetle uymasını sağlamak, ilaç tedavisinin işlevini değerlendirmek, öz bakım ve deri bütünlüğünü sağlamak, hasta ve ailesinin eğitim ihtiyacını gidermektir (54, 99, 100).

2.12. Kalp Yetersizliği ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; bireye özgü olan ve zamanla değişiklik gösterebilen, bireyin yaşamdan aldığı doyumunu ifade eden sübjektif bir kavramdır (101-103).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre yaşam kalitesi ise "bireyin hayata yönelik amaç ve beklentilerinin, yaşadığı kültür ve değerler sistemindeki konum algısı" olarak ifade edilmektedir (104). Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi hastalığın yarattığı etkilerin fiziksel, emosyonel, psikolojik durumlarındaki iyilik halini ortaya koymaktadır (104, 105).

KY; belirti ve bulgularıyla, kişilerin fiziksel aktivitelerini yeterince yapamaması, bireyin fiziksel iyilik durumunda bozulmalara ve bunun sonucu olarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (16, 18, 93, 106). Yapılan araştırmalarda; KY diğer kronik hastalıklara oranla daha kötü bir yaşam kalitesi sergilemektedir (16).

KY ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda; bu hastalık tanısı olan bireylerde yaşam kalitesinin azaldığı, mortalite ve morbidite oranlarında ciddi bir artış olduğu görülmektedir (61). KY’de yaş ve cinsiyetin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği fakat egzersiz ve eğitimin olumlu etkilediği yapılan araştırmalarda anlaşılmıştır (78, 107, 108). KY’de kötü prognoz ve hastalığın ilerleyen evrelerinde yaşam kalitesinin düştüğü gözlemlenmiştir (86, 109). Yapılan diğer çalışmalarda; bireyin hastalık hakkında bilgilendirilmesi, tedaviye ve bakıma uyum sağlayarak katılması, hastalığa karşı davranış değişiklikleri yaşam kalitesinde pozitif etki yarattığı görülmektedir (21, 35, 110).

2.13. Kalp Yetersizliği ve Umutsuzluk

Umutsuzluk; bireyin kendini karanlık geleceğe karşı savunmasız, problemleri ve zorlukları aşamayacak şekilde algılamasına yol açan psikolojik risk faktörlerinden biridir. Bunun sonucunda umutsuzluk depresyonun önemli bir etkeni olur ve kişide psikolojik, emosyonel problemler ortaya çıkartır (29, 111). Ayrıca Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (NANDA) tarafından umutsuzluk kavramı bir hemşirelik tanısı olarak kabul görülmüştür. Ve bu terimi “kişinin istenen hedefe varabilmesi ya da problemleri çözebilecek hiçbir ihtimalin olmadığını düşünen, kendi adına amaçlarını oluşturacak enerjisini harekete geçiremeyen bir kişide mevcut sübjektif bir durum” olarak ifade etmiştir (17, 31).

KY’de günlük yaşamsal aktiviteleri engelleyen semptomlar bireyde zamanla önemli bir problem olan umutsuzluğa yol açmaktadır. Hastalık semptomları ve tedavi rejimleri bazen bireyin hastalığı kabullenmesini, uyum sağlamasını zorlaştırmaktadır. Bu da bireyin beden imajında, insanlarla iletişiminde, özgüveninde ve yaşama olan inancında olumsuzluklara neden olup umutsuzluk, depresyon, anksiyete gibi durumlar ortaya çıkarmaktadır (26, 106).

Yapılan araştırmada umutsuzluk mortalite artışında etkili bir faktör olduğu belirlenmiştir (112). Bir diğer araştırmada KY hastalarında uygulanan egzersiz ve fiziki aktivitelerin umutsuzluk üzerinde olumlu bir etkisi olduğu görülmüştür (113).

KY tanısı konulan kişide umutsuzluğa bağlı oluşacak olumsuz sağlık davranışlarını engellemek için; hemşireler hastaların değer ve inanç durumları ile içsel ve dışsal kaynaklarını tanımalı ve kişinin umut kaynaklarını tanımasına destek sağlamalıdır (23, 114).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İnönü üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM)'deki Kardiyoloji servisinde yatan ve Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarla Nisan 2018-Ekim 2019 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın yapıldığı Kardiyoloji servisi 30 yatak kapasitesine sahip olup yataklar çoğunlukla dolu olmaktadır. Kardiyoloji kliniğinde 6 öğretim üyesi 10 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evreni kardiyoloji kliniğine başvurarak tedavi gören ve en az 6 ay önce KY tanısı almış ve NYHA göre sınıflandırılan 572 yetişkin hasta oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini, kardiyoloji servis ve polikliniğinde tedavi gören iletişim problemi olmayan yetişkin hastalardan oluşmuştur. Örnekleme, evreni bilinen örneklem yöntemi ile hesaplanarak 188 hasta belirlendi. Fakat araştırmadaki hata payını düşürmek amacıyla araştırma 283 hasta ile tamamlandı.

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

N: Evren

n: Örneklem

t: Tablo değeri

p: Görülme sıklığı

q: Görülmeme sıklığı

d: Örneklem hatası

Hastalar evrenden olasılıksız raslantısal örnekleme yöntemi ile seçildi.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, Nisan 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında haftada 2 gün (salı-perşembe) mesai saatleri içerisinde toplandı. Verilerin toplanmasında hasta tanıtıcı anket formu,

Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanıldı. Veriler; hasta odalarında, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Her bir görüşme 15-20 dakika sürdü.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanabilmesi için, araştırmacı tarafından hazırlanmış olan hasta tanıtıcı anket formu (EK-2), Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği (EK-3) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK-4) kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtıcı Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan anket formunda, hastanın tanıtıcı özellikleri ve hastalıkla ilgili özelliklerini sorgulayan 11 soru bulunmaktadır (EK-2).

3.5.2. Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ)

Bu ölçek KY hastalığının ve tedavisinin, hastaların yaşam kalitesindeki etkisini ölçen ve en yaygın kullanılan ölçüm aracıdır (83). Rector ve arkadaşları tarafından 1987’de geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 tarihinde Özdemir tarafından yapılmıştır (115). Ölçek 0 (hayır/etki yok/en iyi puan)’dan 5 (çok fazla/ağır etkili/en kötü puan)’e kadar derecelendirilmiş ve 6’lı Likert ölçeği ile puanlaması yapılır. “Fiziksel durum” ve “emosyonel durum” olmak üzere 2 alt boyutu inceleyen ölçek toplamda 21 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel durumu 8 soru (2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13), emosyonel durumu 5 soru (17, 18, 19, 20, 21) incelemektedir. Ölçekte toplam alınacak puan 0-105 arasında değişmektedir. Ölçekte alınan düşük puan yüksek yaşam kalitesini gösterir. Ölçeğin alt boyutlarıyla beraber tümü için Cronbach’s alfa değeri 0.70’in üzerindedir (105).

Bu araştırmada ise Cronbach’s alfa değeri; fiziksel durum için 0.90, emosyonel durum için 0.89, ölçek toplamı için 0.94 bulunmuştur (EK-3).

3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck ve ark tarafından 1974 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durak ve Palabıyıkoglu tarafından 1994 yılında yapılmıştır. BUÖ kişinin geleceğe yönelik karamsarlık durumunu belirlemekte kullanılan bir ölçektir. Ölçek, geleceğe yönelik beklenti ve duyguları inceleyen 5 soru (1, 3, 7, 11, 18),

motivasyon azalmasını inceleyen 8 soru (2, 4, 9, 12, 14, 16, 17, 20) ve kişinin geleceğe yönelik umut düzeyini inceleyen 7 soru (5, 6, 8, 10, 13, 15, 19) olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçek yanıtlamasında; kişinin kendine uygun ifadelerle “evet”, uymayan ifadelerle “hayır” şeklinde cevap vermesi istenmektedir. Bu ölçekteki 20 sorudan 11’nin (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) yanıtı “evet”, 9’nun (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19) yanıtı “hayır” dır. Ölçek değerlendirmesinde ise beklenen cevaplara 1 puan, beklenmeyen cevaplara 0 puan verilmektedir. Ölçekte toplamda 0-20 arasında bir puan elde edilmektedir. Alınan toplam puanın yüksek olması bireyin umutsuzluk seviyesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik Cronbach’s alpha değeri 0.85 olarak saptanmıştır (116). Bu çalışmada ise Cronbach’s alpha değeri 0.71 bulunmuştur (EK-4).

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler; Yaşam kalitesi düzeyi, umutsuzluk düzeyi

Bağımsız Değişkenler; Sosyo-demografik bilgiler, hastalık özelliklerine ilişkin bilgiler

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verileri SPSS 22.0 istatistik programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler kullanıldı. Ölçeklerden elde edilen puanlar ile tanıttıcı özellikler ve hastalık durumlarıyla karşılaştırmada bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, ANOVA, Kruskal Wallis, korelasyon ve Tukey analizleri kullanıldı. Yanılgı düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği’nden yazılı onam alındı (EK-5). Ayrıca İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan 24.04.2018 tarihli ve 2018/9-10 sayılı etik onamı alındı (EK-6). Araştırmada ölçeklerin kullanımı için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Özdemir’den (EK-7), Durak’tan (EK-8) e-posta yoluyla izin alındı. Araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapıldığı, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları ve bilgilerinin gizli tutulacağı açıklanarak sözlü onamları alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Bu araştırmadaki tek sınırlılık evrenden hasta seğiminin olasılıksız raslantısal örnekleme yöntemiyle yapılmasıdır. Bundan dolayı araştırma sonuçları sadece bu gruptaki hastalara genellenebilir.



4. BULGULAR

Bu bölümde KY'li hastalarda yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 283)

| Tanımlayıcı Özellikler | S | $\bar{X}\pm SS$ | % |
|-------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
| <u>Yaş</u> | 283 | 55.62±12.19 | 100.0 |
| 18-39 yaş | 37 | | 13.1 |
| 40-60 yaş | 119 | | 42.0 |
| 61 yaş ve üstü | 127 | | 44.9 |
| <u>Cinsiyet</u> | | | |
| Kadın | 157 | | 55.5 |
| Erkek | 126 | | 44.5 |
| <u>Medeni Durum</u> | | | |
| Evli | 218 | | 77.0 |
| Bekar | 65 | | 23.0 |
| <u>Eğitim Durumu</u> | | | |
| Okuryazar değil | 31 | | 11.0 |
| Okuryazar | 35 | | 12.4 |
| İlkokul | 73 | | 25.8 |
| Ortaokul | 44 | | 15.5 |
| Lise ve üstü | 100 | | 35.3 |
| <u>Meslek</u> | | | |
| Ev hanımı | 105 | | 37.1 |
| İşçi | 27 | | 9.5 |
| Memur | 48 | | 17.0 |
| Emekli | 71 | | 25.1 |
| Serbest meslek | 15 | | 5.3 |
| Diğer (çiftçi, öğrenci) | 17 | | 6.0 |
| <u>Gelir Durumu</u> | | | |
| Gelir giderden yüksek | 32 | | 11.3 |
| Gelir gidere denk | 182 | | 64.3 |
| Gelir giderden düşük | 69 | | 24.4 |

KY'li hastaların tanımlayıcı özelliklerinden yaş ortalamasının 55.62 ± 12.19 yıl (min.: 20, max.:74), %44.9'nun 61 ve üstü yaş, %55.5'nin kadın, %77.0'nin evli, %35.3'nün lise ve üstü mezunu, %37.1'nin ev hanımı, %64.3'nün gelirinin giderine denk olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n: 283)

| Hastalık Özellikleri | S | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| <u>NYHA Sınıflaması</u> | | |
| Sınıf II | 115 | 40.6 |
| Sınıf III | 118 | 41.7 |
| Sınıf IV | 50 | 17.7 |
| <u>Beden Kitle İndeksi</u> | | |
| Zayıf | 13 | 4.6 |
| Normal | 146 | 51.6 |
| Fazla kilolu | 85 | 30.0 |
| Obez | 31 | 11.0 |
| Aşırı şişman | 8 | 2.8 |
| <u>Hastalık Teşhis Süresi</u> | | |
| 6-12 ay | 110 | 38.9 |
| 13-24 ay | 82 | 29.0 |
| 25 ay ve üzeri | 91 | 32.1 |
| <u>Yatış Sayısı</u> | | |
| 2-4 kez | 115 | 54.8 |
| 5-7 kez | 83 | 29.3 |
| 8 ve üzeri | 45 | 15.9 |
| <u>İlave Hastalık</u> | | |
| Var | 153 | 54.1 |
| Yok | 130 | 45.9 |

KY'li hastaların hastalık özelliklerinin bulgularına göre %41.7'sinin NYHA sınıflandırmasının III, %51.6'sının beden kitle indeksinin normal, %38.9'unun hastalık teşhis süresinin 6-12 ay, %54.8'nin hastaneye 2-4 kez yatış yapıldığı ve %54.1'nin ilave bir hastalığı olduğu tespit edildi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların MLHFQ ve BUÖ Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 283)

| Ölçekler | Ölçekten | | Ölçekten | | $\bar{X}\pm SS$ |
|---|--------------|-----|----------|-----|-----------------|
| | Alınabilecek | | Alınan | | |
| | Min | Max | Min | Max | |
| <u>Minnesota Kalp Yetersizliği</u> | | | | | |
| <u>İle Birlikte Yaşam Ölçeği</u> | | | | | |
| Fiziksel alt boyut | 0 | 40 | 1 | 40 | 22.72±9.17 |
| Emosyonel alt boyut | 0 | 25 | 0 | 25 | 12.84±6.40 |
| Toplam boyut | 0 | 105 | 4 | 96 | 56.56±21.95 |
| <u>Beck Umutsuzluk Ölçeği</u> | | | | | |
| | 0 | 20 | 1 | 19 | 10.03±3.89 |

KY'li hastaların MLHFQ fiziksel alt boyutundan 22.72±9.17 puan (min: 1, max: 40), emosyonel alt boyutundan 12.84±6.40 puan (min: 0, max: 25), toplamda 56.56±21.95 puan (min: 4, max: 96) aldığı saptandı. Hastaların BUÖ'den 10.03±3.89 puan (min: 1, max: 19) puan aldığı tespit edildi (Tablo 4.3).

Araştırma kapsamındaki 61 yaş ve üstü hastaların MLHFQ tüm alt boyutlarında ve toplamda diğer yaş gruplarına göre daha fazla puan ortalaması aldığı ve gruplar arasındaki farkın tüm alt boyutlarında ve toplamda istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.001$). Araştırmaya katılan kadınların MLHFQ emosyonel alt boyutunda ve toplamda erkeklerden daha fazla puan ortalaması aldığı ve gruplar arasındaki fark emosyonel alt boyutunda ve toplamda istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Kadınların MLHFQ fiziksel alt boyutta erkeklerden daha fazla puan ortalaması aldığı fakat gruplar arasındaki fark fiziksel alt boyutunda istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$). Evli hastaların MLHFQ tüm alt boyutlarında ve toplamda bekarlardan daha fazla puan ortalaması aldığı ve gruplar arasındaki fark fiziksel alt boyutunda ve toplamda istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Gruplar arasındaki fark emosyonel alt boyutta istatistiksel olarak önemsiz saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle MLHFQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| | | Minnesota Kalp Yetersizliği ile Birlikte Yaşam Ölçeği | | |
|----------------------|-----------------------|--|----------------------|-------------------|
| | | Fiziksel alt boyutu | Emosyonel alt boyutu | Toplam |
| | | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Yaş | 18-39 yaş | 10.08±7.17 | 7.05±5.29 | 25.91±18.14 |
| | 40-60 yaş | 23.01±7.42 | 12.42±5.91 | 56.73±17.04 |
| | 61 yaş ve üstü | 26.14±7.96 | 14.92±6.05 | 65.33±18.94 |
| | Test | F: 63.415 | F: 25.954 | F: 68.218 |
| | Anlamlılık | p= 0.000** | p= 0.000** | p= 0.000** |
| Cinsiyet | Kadın | 23.49±8.51 | 13.69±5.89 | 58.77±19.71 |
| | Erkek | 21.77±9.89 | 11.77±6.86 | 53.81±24.26 |
| | Test | t: 1.56 | t: 2.52 | t: 1.89 |
| | Anlamlılık | p= 0.11 | p= 0.01* | p= 0.05* |
| Medeni Durum | Evli | 23.47±8.68 | 13.05±6.12 | 58.26±20.38 |
| | Bekar | 20.23±10.34 | 12.12±7.27 | 50.87±25.92 |
| | Test | t: 2.52 | t: 1.03 | t: 2.40 |
| | Anlamlılık | p= 0.01* | p= 0.30 | p= 0.01* |
| Eğitim Durumu | Okuryazar değil | 28.12±5.35 | 15.58±5.73 | 68.96±14.60 |
| | Okur yazar | 26.17±7.03 | 15.05±4.72 | 65.31±15.72 |
| | İlkokul | 24.61±7.64 | 12.98±6.26 | 60.23±18.50 |
| | Ortaokul | 22.38±8.64 | 13.31±5.98 | 57.43±19.41 |
| | Lise ve üstü | 18.62±10.31 | 10.90±6.86 | 46.60±24.99 |
| | Test | F: 11.100 | F: 5.112 | F: 10.877 |
| | Anlamlılık | p= 0.000** | p= 0.001** | p= 0.000** |
| Meslek | Ev hanımı | 24.14±8.33 | 13.58±5.62 | 59.59±18.64 |
| | İşçi | 22.62±7.09 | 12.11±5.61 | 56.22±17.08 |
| | Memur | 16.50±9.89 | 10.62±6.91 | 42.93±25.39 |
| | Emekli | 25.73±8.31 | 14.92±6.15 | 64.73±19.61 |
| | Serbest meslek | 24.40±8.79 | 11.20±6.95 | 56.80±20.37 |
| | Diğer | 17.70±9.74 | 8.41±7.48 | 42.58±26.44 |
| | Test | F: 8.571 | F: 5.190 | F: 8.423 |
| | Anlamlılık | p= 0.000** | p= 0.000** | p= 0.000** |
| Gelir Durumu | Gelir giderden yüksek | 20.53±9.56 | 13.40±6.18 | 51.84±22.51 |
| | Gelir gidere denk | 22.02±9.17 | 12.18±6.44 | 54.91±22.02 |
| | Gelir giderden düşük | 25.60±8.45 | 14.31±6.20 | 63.10±20.36 |
| | Test | F: 4.990 | F: 2.967 | F: 4.415 |
| | Anlamlılık | p= 0.007* | p= 0.053 | p= 0.013* |

*p<0.05 **p<0.001

Araştırmadaki okuryazar olmayan hastaların MLHFQ tüm alt boyutlarında ve toplamda diğer gruplardan daha fazla puan ortalaması aldığı gruplar arasındaki farkın da istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.001$). Yapılan Tukey HSD analizinde MLHFQ toplam farklılığının okuryazar olmayanlar ile ortaokul, lise ve üzeri eğitim alanlardan kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.4).

Araştırmadaki emekli hastaların MLHFQ tüm alt boyutlarında ve toplamda diğer meslek gruplarına göre daha fazla puan ortalaması aldığı ve gruplar arasındaki farkında istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.001$). Yapılan Tukey HSD analizinde MLHFQ toplam farklılığının ev hanımları ve memurlardan kaynaklandığı saptandı. Araştırmaya katılan hastalardan geliri giderinden düşük olan hastaların MLHFQ tüm alt boyutlarında ve toplamda geliri giderinden yüksek ve denk olan hastalara göre fazla puan ortalaması aldığı ve gruplar arasındaki farkın fiziksel alt boyutlarda ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Gruplar arasındaki fark duygusal alt boyutunda önemsiz saptandı ($p>0.05$). Yapılan Tukey HSD analizinde MLHFQ toplam farklılığın geliri giderinden düşük ve geliri giderinden yüksek olanlardan kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların NYHA Sınıflaması İle MLHFQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Fiziksel alt boyutu | Emosyonel alt boyutu | Toplam |
| <u>NYHA Sınıflaması</u> | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Sınıf II | 16.00±8.19 | 9.60±5.92 | 41.40±20.27 |
| Sınıf III | 26.02±6.64 | 13.89±5.74 | 62.93±15.77 |
| Sınıf IV | 30.42±5.49 | 17.80±4.83 | 76.40±13.60 |
| Test | F: 92.390 | F: 39.959 | F: 83.749 |
| Anlamlılık | p= 0.000** | p= 0.000** | p= 0.000** |

** $p<0.001$

Araştırmaya katılan hastaların NYHA sınıflamasına göre MLHFQ tüm alt boyutlarında ve toplamda aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Sınıf IV'lerin puanları Sınıf II ve Sınıf III'den yüksek bulundu. Gruplar arası farkın tüm alt boyutlarda ve toplamda istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p<0.001$). Yapılan

Tukey HSD analizinde MLHFQ toplam farklılığın sınıf II, sınıf III, sınıf IV olanlardan dolayı kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların BKİ İle MLHFQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Fiziksel alt boyutu | Emosyonel alt boyutu | Toplam |
| <u>Beden Kitle İndeksi</u> | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Zayıf | 17.38±9.02 | 11.00±5.38 | 42.38±20.72 |
| Normal | 20.80±8.96 | 13.17±6.28 | 54.17±22.22 |
| Fazla kilolu | 24.65±8.26 | 12.10±6.53 | 59.10±20.00 |
| Obez | 26.06±9.87 | 13.38±7.26 | 62.25±24.20 |
| Aşırı şişman | 33.12±2.10 | 15.37±4.86 | 74.25±8.03 |
| Test | F: 7.953 | F: 1.019 | F: 4.063 |
| Anlamlılık | p= 0.000** | p= 0.398 | p= 0.003* |

*p<0.05 **p<0.001

Hastaların BKİ'ye göre MLHFQ tüm alt boyutlarında ve toplamda aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında aşırı şişman hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Gruplar arası farkın fiziksel alt boyutta ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0.001, p<0.05), emosyonel alt boyutta ise istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (p>0.05). Yapılan Tukey HSD analizinde MLHFQ toplam farklılığın zayıflar ve aşırı şişmanlardan dolayı kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Teşhis Süresi İle MLHFQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Fiziksel alt boyutu | Emosyonel alt boyutu | Toplam |
| <u>Hastalık Teşhis Süresi</u> | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| 6-12 ay | 17.31±8.79 | 9.76±6.14 | 43.60±21.17 |
| 13-24 ay | 25.35±7.40 | 15.48±5.29 | 64.37±17.35 |
| 25 ay ve üstü | 26.90±7.83 | 14.17±6.14 | 65.18±18.97 |
| Test | F: 40.870 | F: 25.421 | F: 40.053 |
| Anlamlılık | p= 0.000** | p= 0.000** | p= 0.000** |

**p<0.001

Araştırmaya katılan hastaların hastalık teşhis süresine göre MLHFQ fiziksel alt boyut ve toplam aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında 25 ay ve üstü olan hastaların, emosyonel alt boyutta aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise 13-24 ay olan hastaların puanlarının yüksek olduğu saptandı. Gruplar arası farkın tüm alt boyutlarında ve toplamda istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p<0.001$). Yapılan Tukey HSD analizinde MLHFQ toplam farklılığının; teşhis süreleri 6-12 ay ile 25 ay ve üzeri olanlardan dolayı kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hastaların Yatış Sayısı İle MLHFQ'den Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği | | | |
|--|---------------------|----------------------|-------------------|
| | Fiziksel alt boyutu | Emosyonel alt boyutu | Toplam |
| Yatış Sayısı | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| 2-4 kez | 18.93±8.71 | 10.79±6.36 | 47.15±20.54 |
| 5-7 kez | 25.44±7.68 | 14.62±5.77 | 63.86±18.48 |
| 8 ve üstü | 30.77±5.79 | 16.60±4.87 | 75.51±13.93 |
| Test | F: 44.779 | F: 21.656 | F: 47.266 |
| Anlamlılık | p= 0.000** | p= 0.000** | p= 0.000** |

**p<0.001

Hastaların yatış sayısına göre MLHFQ tüm alt boyutlarda ve toplamda aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında yatış sayısı 8 ve üstü olan hastaların diğerlerine göre yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p<0.001$). Yapılan Tukey HSD analizinde MLHFQ toplam farklılığının yatış sayısı 2-4 kez, 5-7 kez, 8 ve üstü olanlardan dolayı kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hastaların İlave Hastalıkları İle MLHFQ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği | | | |
|--|---------------------|----------------------|-------------------|
| | Fiziksel alt boyutu | Emosyonel alt boyutu | Toplam |
| İlave Hastalık | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ | $\bar{X}\pm SS$ |
| Var | 25.71±8.17 | 14.46±5.84 | 63.83±18.74 |
| Yok | 19.21±9.07 | 10.93±6.52 | 48.00±22.42 |
| Test | t: 6.33 | t: 4.80 | t: 6.46 |
| Anlamlılık | p= 0.000** | p= 0.000** | p= 0.000** |

**p<0.001

Araştırmaya katılan hastaların ilave hastalıklarına göre MLHFQ tüm alt boyutlarda ve toplamda aldıkları puan ortalamaları; ilave hastalıkları var olanlarda daha yüksek olduğu saptandı. Gruplar arası farkın tüm alt boyutlarında ve toplamda istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p<0.001$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| Tanımlayıcı Özellikler | Beck Umutsuzluk Ölçeği | Test | Anlamlılık |
|-----------------------------|------------------------|----------|-------------------|
| <u>Yaş</u> | | | |
| | $\bar{X}\pm SS$ | | |
| 18-39 yaş | 8.18±4.66 | F: 6.793 | p= 0.001** |
| 40-60 yaş | 9.83±3.40 | | |
| 61 yaş ve üstü | 10.76±3.92 | | |
| <u>Cinsiyet</u> | | | |
| Kadın | 10.39±3.88 | t: 1.73 | p= 0.08 |
| Erkek | 9.58±3.88 | | |
| <u>Medeni Durum</u> | | | |
| Evli | 10.35±3.93 | t: 2.57 | p= 0.01* |
| Bekar | 8.95±3.61 | | |
| <u>Eğitim Durumu</u> | | | |
| Okuryazar değil | 12.12±3.35 | F: 3.131 | p= 0.01* |
| Okur yazar | 10.25±3.72 | | |
| İlkokul | 9.49±3.68 | | |
| Ortaokul | 10.34±3.38 | | |
| Lise ve üstü | 9.57±4.29 | | |
| <u>Meslek</u> | | | |
| Ev hanımı | 10.06±3.94 | F: 2.687 | p= 0.02* |
| İşçi | 11.14±2.82 | | |
| Memur | 8.75±3.84 | | |
| Emekli | 10.78±3.90 | | |
| Serbest meslek | 10.20±2.56 | | |
| Diğer | 8.41±5.06 | | |
| <u>Gelir Durumu</u> | | | |
| Gelir giderden yüksek | 9.59±4.07 | F: 0.663 | p= 0.51 |
| Gelir gidere denk | 9.95±4.04 | | |
| Gelir giderden düşük | 10.46±3.40 | | |

* $p<0.05$ ** $p<0.001$

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş aralıklarının BUÖ'ne göre puan ortalaması hesaplandığında 61 yaş ve üstü olan hastalarının puan ortalaması daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.001$). Araştırmaya katılan kadınların BUÖ'ne göre puan ortalamasının erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilip gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Evli hastaların BUÖ'ne göre bekarlardan daha fazla puan ortalaması aldığı tespit edilip gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$). Araştırmadaki okuryazar olmayan hastaların BUÖ'ne göre okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üzeri olanlardan daha fazla puan ortalaması aldığı tespit edildi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli saptandı ($p<0.05$). Yapılan Tukey HSD analizinde BUÖ farklılığının okuryazar olmayan, ilkokul, lise ve üzeri olanlardan kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.10).

Araştırmadaki işçi hastaların BUÖ'ne göre karşılaştırılmasında diğer meslek gruplarından daha fazla puan ortalaması aldığı tespit edilip gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Araştırmaya katılan hastalardan geliri giderinden düşük olan hastaların BUÖ'nde geliri giderinden yüksek ve denk olan hastalara göre fazla puan ortalaması aldığı tespit edildi. Fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Hastaların NYHA Sınıflaması İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| | Beck Umutsuzluk Ölçeği | Test | Anlamlılık |
|--------------------------------|------------------------|-----------|-------------------|
| <u>NYHA Sınıflaması</u> | $\bar{X}\pm SS$ | | |
| Sınıf II | 8.74±3.76 | F: 11.343 | p= 0.000** |
| Sınıf III | 10.94±3.94 | | |
| Sınıf IV | 10.86±3.28 | | |

** $p<0.001$

Araştırmaya katılan hastaların NYHA sınıflamasına göre BUÖ'de aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Sınıf III'lerin puanları Sınıf II ve Sınıf IV'den daha yüksek bulundu. Gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p<0.001$). Yapılan Tukey HSD analizinde BUÖ farklılığının sınıf II, sınıf III ve sınıf IV'den dolayı kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Hastaların BKİ İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| | Beck Umutsuzluk Ölçeği | Test | Anlamlılık |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------|-------------------|
| <u>Beden Kitle İndeksi</u> | $\bar{X} \pm SS$ | | |
| Zayıf | 10.07±4.11 | | |
| Normal | 9.86±3.81 | | |
| Fazla kilolu | 10.40±4.15 | F: 0.427 | p= 0.78 |
| Obez | 10.09±3.83 | | |
| Aşırı şişman | 8.87±2.85 | | |

Hastaların BKİ'ne göre BUÖ'de aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırmasında fazla kilolu hastaların daha yüksek olduğu saptandı. Fakat gruplar arası farkın önemsiz olduğu görüldü ($p > 0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Hastaların Hastalık Teşhis Süresi İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| | Beck Umutsuzluk Ölçeği | Test | Anlamlılık |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------------|-------------------|
| <u>Hastalık Teşhis Süresi</u> | $\bar{X} \pm SS$ | | |
| 6-12 ay | 8.97±4.25 | | |
| 13-24 ay | 10.50±3.20 | F: 7.214 | p= 0.001** |
| 25 ay ve üzeri | 10.90±3.75 | | |

**p<0.001

Hastaların hastalık teşhis süresine göre BUÖ'de aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında 25 ay ve üstü olan hastaların yüksek olduğu saptandı. Gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p < 0.001$). Yapılan Tukey HSD analizinde BUÖ farklılığının teşhis süresi 6-12 ay ile 25 ay ve üzeri olanlardan dolayı kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.13).

Hastaların yatış sayısına göre BUÖ'de aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında yatış sayısı 5-7 kez olan hastaların diğerlerine göre yüksek olduğu saptandı. Gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p < 0.001$). Yapılan Tukey HSD analizinde BUÖ farklılığının yatış sayısı 2-4 kez ve 5-7 kez olanlardan dolayı kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hastaların Yatış Sayısı İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| | Beck Umutsuzluk Ölçeği | Test | Anlamlılık |
|----------------------------|------------------------------------|-------------|-------------------|
| <u>Yatış Sayısı</u> | $\bar{X} \pm SS$ | | |
| 2-4 kez | 9.20±3.86 | F: 8.682 | p= 0.000** |
| 5-7 kez | 11.26±3.78 | | |
| 8 ve üzeri | 10.64±3.57 | | |

****p<0.001**

Tablo 4.15. Hastaların İlave Hastalık İle BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 283)

| | Beck Umutsuzluk Ölçeği | Test | Anlamlılık |
|------------------------------|------------------------------------|-------------|-------------------|
| <u>İlave Hastalık</u> | $\bar{X} \pm SS$ | | |
| Var | 10.41±3.71 | t: 1.76 | p= 0.07 |
| Yok | 9.59±4.07 | | |

Hastaların ilave hastalıklarına göre BUÖ'de aldıkları puan ortalamalarının ilave hastalıkları var olanlarda daha yüksek olduğu saptandı. Gruplar arası farkın ise istatistiksel olarak önemsiz olduğu görüldü ($p>0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Hastaların MLHFQ ve BUÖ Arasındaki İlişki (n: 283)

| | Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Kalitesi Ölçeği | | | Beck Umutsuzluk Ölçeği |
|---|---|----------------------------|---------------|-------------------------------|
| | Fiziksel alt boyut | Emosyonel alt boyut | Toplam | |
| Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Kalitesi Ölçeği | r | r | r | r |
| Fiziksel alt boyut | 1 | .651** | .944** | .338** |
| Emosyonel alt boyut | .651** | 1 | .829** | .341** |
| Toplam | .944** | .829** | 1 | .375** |
| Beck Umutsuzluk Ölçeği | .338** | .341** | .375** | 1 |

**** p<0.001**

Hastaların MLHFQ toplam ve tüm ve alt boyutları ile BUÖ arasında istatistiksel olarak negatif yönde önemli ilişki saptandı (Tablo 4.16).

5. TARTIŞMA

KY'li hastaların yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların yaşam kalitelerinin puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptandı (56.56 ± 21.95) (Tablo 4.3). Son ve arkadaşlarının KY'li hastalarda yaptığı araştırmada yaşam kalitesi orta seviyede olduğu belirlenmiştir (21). Yapılan diğer çalışmalarda da araştırmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (61, 117). Özdemir'in çalışmasında yaşam kalitesi daha kötü gözlemlenmiştir (115). Kaya'nın çalışmasında yaşam kalitesi düzeyi daha düşük çıkmıştır. (118) Kınıcı'nın çalışmasında farklı olarak yaşam kalitesi yüksek çıkmıştır (119). Saccoman'ın çalışmasında ise yaşam kalitesi seviyesi daha yüksek çıkmış çalışmamızın sonucuna benzerlik göstermemiştir (120). Hastaların KY hastalığına bağlı semptomlardan dolayı fiziksel aktivite kapasitesi azalır, yaşamsal fonksiyonları yerine getirmekte zorluk yaşar ve bunun sonucunda yaşam kalitesi düşebilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaşları ilerledikçe yaşam kalitelerinin düştüğü saptandı (Tablo 4.4). Küçükberber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmamıza benzer bir sonuç göstermektedir (121). Yapılan diğer çalışmalarda da araştırmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (122, 123). Hastalar yaşlandıkça fiziksel fonksiyonlarını yerine getirebilme enerjilerinin azalması sonucu yaşamdan alacakları doyumun azalacağı düşünülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların MLHFQ emosyonel alt boyutu ve toplam puanları da daha yüksek saptanmış olup yaşam kaliteleri erkeklere göre daha düşük olduğu saptandı. Fiziksel fonksiyon olarak yaşam kalitesinin kadınlarda erkeklere oranla daha düşük olduğu saptandı fakat istatistiksel olarak önemsiz olduğu görüldü (Tablo 4.4). Literatürde yapılan çalışmalarda araştırmamıza benzer sonuçlar vermektedir (21, 70, 119, 124). Kadınların çalışma hayatına ve sosyal yaşama katılımlarının daha kısıtlı olmasından dolayı yaşam kalitelerinin azalacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda evli olan hastaların MLHFQ fiziksel alt boyutunda ve toplamda bekarlardan daha yüksek puan aldıkları ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptandı. Yaşam kalitesinin emosyonel olarak evlilerde daha yüksek puan olmasına rağmen istatistiksel olarak önemli olmadığı görüldü (Tablo 4.4). Yapılan bazı çalışmalar araştırmamıza uyumsuz sonuçlar vermekte ve evlilerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (121, 125). Araştırmaya katılan kişilerin anne, baba, eş gibi

rolleri ön plana çıkmış ve kişinin sorumluluklarını yerine getirirken kendi yaşam doyumunu geri plana koymasından dolayı yaşam kalitesinin evlilerde düşük olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe yaşam kalitelerinin yükseldiği saptandı (Tablo 4.4). Literatürdeki araştırmalar çalışmamıza uyumlu sonuçlar göstermektedir (121, 126). Hastanın eğitim seviyesi yükseldikçe daha donanımlı olmasından dolayı dış etkenlerden daha az etkilenir ve yaşam kalitesi daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Çalışmaya katılan emekli hastaların yaşam kalitesi daha düşük tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Özer'in yaptığı araştırmaya göre çalışanların yaşam kalitesi daha iyi çalışmayanların (emekli, ev hanımı) ise daha kötü çıkmıştır (127). Çalışan kişilerin sürekli olarak fonksiyonel kapasitesini kullanması ve çalışmanın manevi destek vermesinden dolayı yaşam kalitesi daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Çalışmaya katılan hastalardan geliri giderinden düşük olanların MLHFQ fiziksel alt boyutunda ve toplamda puanı daha yüksek bulunup ve yaşam kaliteleri daha düşük olduğu saptandı. Geliri düşük olanların emosyonel olarak puanları yüksek olsa da istatistiksel olarak önemsiz bulundu (Tablo 4.4). Yapılan bazı çalışmalar araştırmamıza benzer sonuçlar vermiştir (121, 128). KY hastalarının fonksiyonel olarak yetersiz olmalarından dolayı yetersiz olan ekonomik durumlarını iyileştirememeleri yaşam kalitelerini düşüreceği düşünülmektedir.

Hastaların NYHA sınıflaması kötüleştikçe yaşam kalitelerinin de kötüleştiği görüldü (Tablo 4.5). Kınıcı'nın araştırmasında NYHA sınıflaması ağırlaşan hastaların yaşam kaliteleri de düştüğü görülmüştür (119). Kaya'nın yaptığı çalışmada NYHA sınıflaması kötüleştikçe yaşam kalitesinin de kötüleştiği görülmektedir (118). Literatürdeki başka çalışmalarda araştırmamız gibi NYHA sınıflaması kötüleştikçe yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (41, 50, 59, 74, 117, 129, 130). Çalışmamızdaki sonuç literatürdeki bu çalışmalara uyumlu olmakla beraber Argon'un yaptığı araştırmayla farklılık göstermiştir. Argon ve arkadaşları yaptıkları araştırmada NYHA sınıflaması yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiğini bulmuştur (127). NYHA sınıflaması ilerlemesi ile birlikte hastanın yaşadığı semptomlar ağırlaşması ve fonksiyonel kapasitenin daha da düşmesi yetersiz öz bakım ve kişiler arası iletişimden dolayı yaşam kalitesi azalacağı düşünülmektedir.

Araştırmadaki hastaların beden kitle indeksi yüksek olanların MLHFQ fiziksel ve toplamda daha yüksek puan aldıkları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptandı. Yüksek BKİ'li hastaların emosyonel alt boyutta yaşam kaliteleri düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (Tablo 4.6). Yapılan araştırmalarda sağlıksız fazla kilonun yaşam kalitesinde olumsuz etkisi görülmüştür (97, 131). Literatürdeki bazı çalışmalarda ise BKİ ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel ilişki olmadığını göstermektedir (117, 130, 132). Araştırma sonucuna göre hastalarda kilo alımı fonksiyonel kapasitede azalmaya yol açması ve semptomların daha ağır seyretmesine bununda yaşam kalitesini azaltacağı düşünülebilir.

Araştırma sonucunda hastaların hastalık teşhis süreleri ne kadar uzun ise yaşam kaliteleri o kadar düşük olduğu saptandı (Tablo 4.7). Fakat hastaların emosyonel olarak yaşam kaliteleri, teşhis süresi 12-24 ay arası olanların 25 ay ve üstü olanlardan daha düşük çıktı. Yapılan çalışmalarda ise hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak ilişki bulunamamıştır (53, 117, 127). Bunun sebebi olarak hastaların KY tanısının geç konulması ve ilerlemiş evrede bu hastalığı öğrenmesi ve zaman geçtikçe hastalıkla baş etmeyi öğrenmesi gösterilebilir.

Araştırma sonucu hastaların hastaneye yatış sayıları ile yaşam kaliteleri arasında negatif bir ilişki olduğu saptandı. Hastaneye yatış sayısı arttıkça yaşam kalitesinde düşüş yaşanmaktadır (Tablo 4.8). Özdemir'in çalışmasına göre hastaneye yatış sayısı arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır (115). Zengin ve arkadaşlarının yaptığı araştırma hastalıktan dolayı hastaneye yeniden yatış sayısı arttıkça hastanın yaşam kalitesinde düşüş yaşandığı gözlemlenmiştir (74). Literatürdeki bazı çalışmalarda araştırmamızla benzer sonuçlar bulmuşlardır (53, 129, 133). Çalışmamızın sonucuna göre tedavi için yeniden yatış sayısının artışı, hastanın maddi manevi durumunda olumsuz etkiler yaratacak ve dolayısıyla yaşam kalitesinde düşüşe yol açacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonucu hastaların KY'ye ilave bir hastalığının varlığı yaşam kalitesinde düşüklüğe yol açtığı saptandı (Tablo 4.9). Literatürdeki çalışmalarda mevcut hastalık haricinde ilave sekonder bir hastalığın hastanın yaşam kalitesinde daha fazla düşüşe yol açtığı gözlemlenmiştir (121, 122, 134, 135). Mevcut hastalığın üstüne sekonder hastalığın varlığı hastalarda yaşadığı semptomların artışına dolayısıyla yaşam kalitesinde düşüşe yol açacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların BUÖ puan ortalamasının orta seviyede olduğu saptandı. BUÖ alınan yüksek puan yüksek düzeyde umutsuzluk belirtisi olup çalışmamızda KY hastalarının orta düzey umutsuzluk seviyeleri olduğu tespit edildi (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalar araştırmamıza benzer sonuçlar göstermektedir (22, 25, 136). Eslami ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada hastaların %28'i yüksek düzeyde umutsuzluk yaşadığı gözlenmiştir (32). KY hastalarının iyileşmenin gecikmesi ve ölüm korkusunun artması, sürekli semptomlarla yaşaması ve hastalığın tümünden hayatı etkilemesine bağlı olarak umutsuzluk yaşamaktadır. Kınıcı'nın yaptığı çalışmaya göre araştırmamızdan farklı olarak KY hastalarında umutsuzluk düzeyi düşük bulunmuştur (119). Tedavi süresinin uzun, prognozun belirsiz olması hastalarda umutsuzluğa yol açacağı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların yaşları ilerledikçe umutsuzluk düzeylerinin arttığı saptandı (Tablo 4.10). Gündoğan'ın yaptığı çalışmada KY hastalarının yaşı ilerledikçe umutsuzluk düzeylerinin yükseldiği görülmüştür (136). Literatürdeki çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (25, 137-140). Fakat Kınıcı'nın yaptığı çalışmada yaş ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel ilişki bulunmamıştır (119). Yaş ilerledikçe bu hastalıktan kurtulamayacaklarını anlayarak umutsuzluk yaşayabilecekleri düşünülebilir. Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalite puanlamaları erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmış fakat istatistiksel olarak önemsiz olduğu görüldü (Tablo 4.10). Kurt'un yaptığı çalışmada kadınların puanının yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak önemsiz olduğunu saptamıştır (141). Araştırma sonucumuzdan farklı olarak yapılan bazı araştırmalarda kadınlarda umutsuzluk düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (136, 142, 143). Bunun kaynağının kadınların ekonomik özgürlükleri daha kısıtlı, ev içine sınırlandırılmış, sosyal yaşamının kısıtlı olması olarak düşünülmektedir. Araştırmamızda evli olan hastaların umutsuzluk düzeylerinin daha kötü olduğu saptandı (Tablo 4.10). Yapılan çalışmalarda ise medeni durum ile umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel ilişki bulunmamaktadır (22, 136). Eşlerin birbirlerinin hastalık semptomlarının artmasıyla iyileşme umutları azaltmakta ve umutsuzluk yaşayabilecekleri düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe umutsuzluk düzeyleri düşmekte ve umut seviyeleri yükseldiği saptandı (Tablo 4.10). Literatürdeki çalışmalar araştırmamıza uyumlu sonuçlar göstermektedir (25, 136, 137, 142, 144-146). Hastanın eğitim seviyesi yükseldikçe baş etme davranışları olumlu etkilenir ve umutsuzluk

düzeylerinde azalma olacağı düşünülmektedir. Araştırmaya katılan işçi hastaların umutsuzluk düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.10). Yapılan araştırmalarda çalışan kişilerde umutsuzluk düzeyi düşük çalışmayan kişilerde umutsuzluk düzeyi yüksek çıkmaktadır (29, 136, 142, 147). Arslantaş'ın yaptığı araştırmada ise çalışanlarda umutsuzluk düzeyi daha yüksek bulunmuştur (137). Çalışmaya katılan hastalardan geliri giderinden düşük olanların umutsuzluk düzeyi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş fakat gelir düzeyi ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak bir önem saptanmadı (Tablo 4.10). Akgül'ün yaptığı çalışmada gelir seviyesi arttıkça umutsuzluğun azaldığı görülmüştür (102). Literatürdeki diğer araştırmalarda gelir düzeyinin artışı ile umutsuzluğun azaldığı görülmüştür (29, 145, 148). Bu farklılığın sebebi hastaların sosyo-demografik farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların NYHA sınıflaması kötüleştikçe umutsuzluk düzeylerinin kötüleştiği görülmekle beraber en fazla umutsuzluk yaşayanlar sınıf III'dür (Tablo 4.11). Kınıcı'nın araştırmasında NYHA sınıflaması ağırlaşan hastaların umutsuzluk düzeylerinin de düştüğü görülmüştür (119). Literatürdeki diğer araştırmalarda NYHA sınıflaması ağırlaştıkça umutsuzluk seviyesinin kötüleştiğini göstermektedir (136, 147). NYHA sınıflaması ilerlemesi ile birlikte hastanın yaşadığı semptomlar ağırlaşması ve fonksiyonel kapasitenin daha da düşmesi, yatış olasılığının artması, motivasyonun azalması, yetersiz öz bakım ve yetersiz kişiler arası iletişimden dolayı umutsuzluk düzeyinde artış olduğu düşünülmektedir.

Araştırmadaki hastaların BKİ yüksek olanların umutsuzluk puan ortalamalarının daha düşük olduğu fakat istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (Tablo 4.12). Yapılan araştırmalarda sağlıksız fazla kilonun umutsuzluk seviyesini yükselttiği görülmüştür (149, 150). Hastalarda kilo alımı fonksiyonel kapasitede azalmaya yol açması ve semptomların daha ağır seyretmesine bununda umutsuzluğun arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların hastalık teşhis süreleri ne kadar uzun ise umutsuzluk düzeyleri o kadar yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.13). Arslantaş ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada hastalık süresinin uzunluğu umutsuzluk düzeyinde de yüksekliğe neden olmaktadır (137). Yapılan diğer çalışmalarda ise hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak ilişki bulunamamıştır (145, 151). Hastalığın

süresinin uzaması ile semptomların ağırlaşmasından dolayı umutsuzluğun artacağı düşünülebilir.

Araştırma sonucu hastaların hastaneye 5-7 kez yatışlarında en yüksek düzeyde umutsuzluğa sahip olduğu saptandı (Tablo 4.14). Yapılan bazı çalışmalarda hastaneye yeniden yatış sayısı artıkça umutsuzluk seviyesinin yükseldiği gözlemlenmiştir (22, 152). Hastaneye yatış sayısındaki artma ile yaşama ümitlerini kaybederek umutsuzluk yaşadıkları düşünülebilir.

Araştırma sonucu hastaların KY'ye ilave bir hastalığının varlığında umutsuzluk puan ortalamasının yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (Tablo 4.15). Kınıcı'nın yaptığı çalışmada araştırmamızın sonucu gibi ilave hastalığın umutsuzlukla ilişkisini olmadığı gözlemlenmiştir (119). Literatürdeki çalışmalarda mevcut hastalık haricinde ilave sekonder bir hastalığın hastanın umutsuzluk düzeyinde daha fazla artışa yol açtığı gözlemlenmiştir (136, 147, 153). Bizim çalışma sonucumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KY'li hastaların yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibidir.

- Hastaların yaş ortalamasının 55.62 ± 12.19 , çoğunluğunun kadın, evli, lise ve üstü eğitime sahip, ev hanımı ve gelirin gidere denk olduğu saptandı.
- Hastaların çoğunluğunun NYHA sınıflamasının sınıf III, normal kilolu, hastalık süresinin 6-12 ay, hastaneye yatış sayılarının 2-4 kez ve ilave bir hastalığa sahip olduğu saptandı.
- Hastaların yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptandı.
- Hastaların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi gibi tanıtıcı özelliklerinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu belirlendi.
- Hastaların; NYHA sınıflaması, beden kitle indeksi, hastalık teşhis süresi, hastaneye yeniden yatış sayısı ve ilave hastalık gibi hastalık özelliklerinin yaşam kalitesini etkilediği bulundu.
- Hastaların; yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek gibi tanıtıcı özelliklerinin umutsuzluk düzeyleri üzerinde etkili olduğu fakat cinsiyetin ve gelir düzeyinin etkisi olmadığı belirlendi.
- Hastaların; NYHA sınıflaması, hastalık teşhis süresi, hastaneye yeniden yatış sayısı gibi hastalık özelliklerinin umutsuzluk düzeyini etkilediği beden kitle indeksi ve ilave hastalığın etkisi olmadığı belirlendi.
- Hastaların yaşam kaliteleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif bir ilişki bulundu.

Elde edilen sonuçlara göre şu öneriler yapılabilir.

- KY hastalarına semptom yönetimini içeren eğitim programlarının planlanması,
- Eğitim programlarının bireye özgü olarak, yaşam şekilleri dikkate alınarak ve hastanın ailesinde dahil edilerek hazırlanması,
- Hemşirelerin klinikteki hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik farkındalıklarını artırmak amacıyla hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Farklı bölgelerde daha büyük örneklem grupları ile çalışmanın tekrarı önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sari I, Çavuşoğlu Y, Temizhan A, Yılmaz MB, Eren M. 2016 ESC and ACC/AHA/HFSA heart failure guideline updates: Changes, similarities, differences, and unresolved issues. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2016, 44(8): 625-36.
2. Bowers MT. Managing patients with heart failure. *J Nurse Pract* 2013, 9(10): 634-40.
3. Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. *Int J Cardiol* 2011, 149(1): 4-9.
4. Liu, MH, Wang CH, Huang YY, Cherng WJ, Wang KWK. A correlational study of illness knowledge, self-care behaviors, and quality of life in elderly patients with heart failure. *The Journal of Nursing Research* 2014, 22(2): 136-145.
5. Muiesan ML, Paini A, Agabiti Rosei C, Bertacchini F, Stassaldi D, Salvetti M. Current pharmacological therapies in heart failure patients. *High Blood Press Cardiovasc Prev* 2017, 24(2): 107-14.
6. O'Loughlin C, Murphy NF, Conlon C, O'Donovan A, Ledwidge M, McDonald K. Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program. *Int J Cardiol* 2010, 139: 60-7.
7. DiNicolantonio JJ, Chatterjee S, O'Keefe JH. Dietary salt restriction in heart failure: Where is the evidence? *Prog Cardiovasc Dis* 2016, 58: 401-6.
8. Ditewig JB, Blok H, Havers J, Veenendaal H. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2010, 78: 297-315.
9. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Educ Couns* 2018, 101(3): 363-74.
10. Nieminen MS, Dickstein K, Fonseca C, Serrano JM, Parissis J, Fedele F, Wilkström G, Agostoni P, Atar S, Baholli L, Brito D, Colet JC, Edes I, Mesa JE, Gorjup V, Garza EH, Juanatery JRG, Karanovic N, Karavidas A, Katsytadze I, Kivikko M, Matskeplishvili S, Merkely B, Morandi F, Novoa A, Oliva F, Ostadal P, Pereira-Barretto A, Pollesello P, Rudiger A, Schwinger RHG, Wieser M,

- Yavelov I, Zymlinski R. The patient perspective: Quality of life in advanced heart failure with frequent hospitalisations. *Int J Cardiol* 2015, 191: 256-64.
11. Zhang J, Hobkirk J, Carroll S, Pellicori P, Clark AI, Cleland JGF. Exploring quality of life in patients with and without heart failure. *Int J Cardiol* 2016, 202: 676-84.
 12. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, Eren M, Şahin M, Eroğlu E, Mutlu B, Kozan Ö. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördüğüleri: happy çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2012, 40(4): 298-308.
 13. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung* 2009, 38(2): 100-8.
 14. Tanai E, Frantz S. Pathophysiology of Heart Failure. *Compr Physiol* 2015, 6(1): 187-214.
 15. Verma AK, Schulte PJ, Bittner V, Keteyian SJ, Fleg JL, Pina IL, Swank AM, Fitzgerald M, Ellis SJ, Kraus WE, Whellan DJ, O'Connor CM, Mentz RJ. Socioeconomic and partner status in chronic heart failure: Relationship to exercise capacity, quality of life, and clinical outcomes. *Am Heart J* 2017, 183: 54-61.
 16. Comin-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Manzano L, Muniz J, Chaves J, de Frutos T, Enjuanes C. Health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in Spain. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2015, 69(3): 256-81.
 17. Hallas CN, Wray J, Andreou P, Banner NR. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart Lung* 2011, 40: 111-21.
 18. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014, 7(2): 98-108.
 19. Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005, 4: 198-206.
 20. Krueger K, Botermann L, Schorr SG, Griese-Mammen N, Laufs U, Schulz M. Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure. *Int J Cardiol* 2015, 184: 728-35.

21. Son Y, Song Y, Nam S, Shin W, Lee S, Jin D. Factors associated with health-related quality of life in elderly Korean patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2012, 27(6): 528-38.
22. Kılınç G, Yılmaz E, Kavak F. Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. *J Cardiovasc Nurs* 2016, 7(13): 114-126.
23. Kavradım ST, Özer ZC. Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014, 6(2): 154-164.
24. Sokoreli I, De Vries JGG, Pauws SC, Steyerberg EW. Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev.* 2016, 21(1): 49-63.
25. Yılmaz EB, Ergun A. Kalp yetmezliği olan hastaların algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ve ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010, 26(3): 1-10.
26. Loomba RS, Aggarwal S, Arora R. Depressive symptom frequency and prevalence of cardiovascular diseases-analysis of patients in the national health and nutrition examination survey. *Am J Ther* 2015, 22: 382-87.
27. Conley S, Feder S, Redeker NS. The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. *Heart Lung* 2015, 44: 107-12.
28. Moraska AR, Chamberlain AM, Shah ND, Vickers KS, Rummins TA, Dunlay SM, Spertus JA, Weston SA, McNallan SM, Redfield MM, Roger VL. Depression, healthcare utilization, and death in heart failure: a community study. *Circ Heart Fail* 2013, 6: 387-94.
29. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner arter hastalıklarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013, 4(1): 1-6
30. Kalender C. Kalp ve Damar Hastalarının Endişe, Yaşam Kalitesi ve Hastalık Algısının Diğer Hastalardan Ayrılan Yönleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2016.
31. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Pathiaki M, Galanos A, Vlahos L. The relationship between quality of life and levels of hopelessness and depression in palliative care. *Depress Anxiety* 2008, 25: 730-6.

32. Eslami B, Kovacs AH, Moons P, Abbasi K, Jackson JL. Hopelessness among adults with congenital heart disease: Cause for despair or hope? *Int J Cardiol* 2017, 230: 64-9.
33. MacIver J, Wentlandt K, Ross HJ. Measuring quality of life in advanced heart failure. *Curr Opin Support Palliat Care* 2017, 11(1): 12-6.
34. Frankenstein L, Fröhlich H, Cleland JGF. Multidisciplinary approach for patients hospitalized with heart failure. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2015, 68(10): 885-91.
35. Sato Y. Multidisciplinary management of heart failure just beginning in Japan. *J Cardiol* 2015, 66: 181-8.
36. Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Heart failure family-based education: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2016, 99: 326-38.
37. Rogers C, Bush N. Heart Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Medical Treatment Guidelines, and Nursing Management. *Nurs Clin North Am* 2015, 50(4): 787-99.
38. Zoghi M. Kalp yetersizliği tanısı, evreleri ve sınıflandırması. *Klinik Gelişim* 2011, 24: 1-5.
39. Dharmarajan K, Rich MW. Epidemiology, pathophysiology, and prognosis of heart failure in older adults. *Heart Fail Clin* 2017, 13(3): 417-26.
40. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res* 2013, 113(6): 646-59.
41. Özen B. Sistolik Sol Ventrikül Disfonksiyonuna Bağlı Kalp Yetersizliğinde Sağlık Davranışları Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2011.
42. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Flippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA, Jaarsma T, Kober L, Lip GYH, Maggioni AP, Parkhomenk A, Pieske BM, Popescu BA, Ronnevik PK, Rutten FH, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindada PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 esc kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2012, 3: 77-137.
43. Enç N. Kalp Yetersizliği. İçinde: Enç N (editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017: 103-109.
44. Gardner RS, McDonagh TA, Walker NL. *Oxford Specialist Handbooks In Cardiology: Heart Failure*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2014: 3-15.

45. Maggioni AP. Epidemiology of heart failure in europe. *Heart Fail Clin* 2015, 11(4): 625-35.
46. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri, 2018. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>. Erişim tarihi: 04.08.2019.
47. Polat S. Kalp Yetersizliği Nedeniyle Kardiyoloji Kliniği'nde Tedavi Gören Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Sorun Çözme Becerilerine Yaşam Kalitesine Ve Depresyon Puanlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tez, Kayseri: Erciyes Üniversitesi 2018.
48. Alvarez P, Hannawi B, Guha A. Exercise and heart failure: advancing knowledge and improving care. *Methodist Deakey Cardiovasc J* 2016, 12(2): 110–115.
49. Jurgens CY, Goodlin S, Dolansky M, Ahmed A, Fonarow GC, MD, Boxer R, Arena R, Blank L, Buck HG, Cranmer K, Fleg JL, Lampert RJ, Lennie TA, Lindenfeld J, Piña I, MD, Semla TP, Trebbien P, Rich MW. Heart failure management in skilled nursing facilities. *J Card Fail* 2015, 21(4): 263-99.
50. Solmaz G. Kalp Yetmezliğinde Hemşirelik Yaklaşımının Dispne Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi 2011.
51. Sezgin D, Mert H. Kalp yetersizliği olan bireylerin hemşirelik bakımında kanıta dayalı yaklaşımlar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015, 8(2): 108-18.
52. Badır A. Kalp Hastalıklarına Bağlı Komplikasyonlar. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* 4. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2017: 499-512.
53. Çaloğlu A. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Servisinde Kalp Yetmezliği Nedeniyle Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 2012.
54. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 3.Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2011: 457-463.
55. Van Der Wal MH, Stromberg A, Van Veldhuisen DJ, Jaarsma T. Heart failure patients' future expectations and their association with disease severity, quality of

- life, depressive symptoms and clinical outcomes. *Int J Clin Pract* 2016, 70(6): 469-76.
56. Ceyhan Ö. Kardiyovasküler Fonksiyonlar. İçinde: *Patofizyoloji: Bir Pratik Yaklaşım*, Ovayolu N, Ovayolu Ö, (Çeviri editörleri). Pathophysiology: A Practical Approach, Story L. 2. Baskı, Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2016: 85-91.
57. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, de Ferranti SD, Floyd J, Fornage M, Gillespie C, Isasi CR, Jiménez MC, Jordan LC, Judd SE, Lackland D, Lichtman JH, Lisabeth L, Liu S, Longenecker CT, Mackey RH, Matsushita K, Mozaffarian D, Mussolino ME, Nasir K, Neumar RW, Palaniappan L, Pandey DK, Thiagarajan RR, Reeves MJ, Ritchey M, Rodriguez CJ, Roth GA, Rosamond WD, Sasson C, Towfighi A, Tsao CW, Turner MB, Virani SS, Voeks JH, Willey JZ, Wilkins JT, Wu JH, Alger HM, Wong SS, Muntner P. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2017, 135(10): 146-603.
58. Scherbakov N, Haeusler KG, Doehner W. Ischemic stroke and heart failure. *ESC Heart Fail* 2015, 2: 1-4.
59. Karapolat H, Engin C, Eroğlu M, Yagdi T, Zoghi M, Nalbantgil S, Durmaz B, Kirazlı Y, Özbaran M. Efficacy of the cardiac rehabilitation program in patients with end-stage heart failure, heart transplant patients and left ventricular assist device recipients. *Transplant Proc* 2013, 45: 3381-85.
60. Basuray A, Dolansky M, Josephson R, Sattar A, Grady EM, Vehovec A, Gunstad J, Redle J, Fang J, Hughes JW. Dietary sodium adherence is poor in chronic heart failure patients. *J Card Fail* 2015, 21(4): 323-9.
61. Barutçu CD. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Destek Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2011.
62. Rifai L, Silver MA. A Review of the dash diet as an optimal dietary plan for symptomatic heart failure. *Prog Cardiovasc Dis* 2016, 58: 548-54.
63. Orso F, Fabbri G, Maggioni AP. Epidemiology of Heart Failure. *Handb Exp Pharmacol* 2017, 243: 15-33.
64. Okay T, Erdoğan I. Kalp yetersizliği. İçinde: Erol Ç (editör). *İç Hastalıkları Kardiyoloji*, 1. Baskı. İstanbul, MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevleri 2008: 231-244.

65. Kao CW, Chen TY, Cheng SM, Lin WS, Friedmann E, Thomas SA. Gender differences in the predictors of depression among patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014, 13(4): 320-8.
66. Sankaralingam S, Lopaschuk GD. Cardiac energy metabolic alterations in pressure overload-induced left and right heart failure. *Pulm Circ* 2015, 1: 15-28.
67. Son YJ, Lee Y, Song EK. Adherence to a sodium-restricted diet is associated with lower symptom burden and longer cardiac event-free survival in patients with heart failure. *J Clin Nurs* 2011, 20: 3029-38.
68. Harrison JM, Davis MA, Barton DL, Janz NK, Pressler SJ, Friese CR. Functional status and quality of life among breast cancer survivors with heart failure: results of the medicare health outcomes survey. *Support Care Cancer* 2017, 25(8): 2463-73.
69. Song EK, Moser DK, Rayens MK, Lennie TA. Symptom clusters predict event-free survival in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2010, 25(4): 284-91.
70. Alaloul F, AbuRuz ME, Moser DK, Hall LA, Al-Sadi A. Factors associated with quality of life in Arab patients with heart failure. *Scand J Caring Sci* 2017, 31(1): 104-11.
71. Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016, 37: 2129–200.
72. Whitaker-Brown CD, Woods SJ, Cornelius JB, Southard E, Gulati SK. Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic. *Heart Lung* 2017, 46(2): 79-84.
73. Nasir U, Shahid H, Shabbir MO. Sleep quality and depression in hospitalized congestive heart failure patients. *J Pak Med Assoc* 2015;65(3):264-9.
74. Zengin N, Ören B, Yıldız H, Çil A. Kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2012, 16(2): 41-9.
75. Enar R. Pratikte kalp yetersizliği: kılavuzlar ve klinik kanıtlarla: akut/kronik KY'de teşhis, tedavi, ayırıcı tanı, koruma ve tedavi sorunları. İçinde: Enar R (editör). *Kanıt Dayalı Kalp Yetersizliği*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2010: 305-447.

76. Bakan G. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Yaşam Deneyimleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2013.
77. Hagglund E, Hagerman I, Dencker K, Stromberg A. Effects of yoga versus hydrotherapy training on health-related quality of life and exercise capacity in patients with heart failure: A randomized controlled study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2017, 16(5): 381-89.
78. Lee H, Boo S, Yu J, Suh SR, Chun KJ, Kim JH. Physical functioning, physical activity, exercise self-efficacy, and quality of life among individuals with chronic heart failure in korea: a cross-sectional descriptive study. *J Nurs Res* 2017, 25(2): 131-9.
79. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, Vellone E. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure. *Int J Nurs Stud* 2015, 52: 1714-22.
80. Garin O, Herdman M, Vilagut G, Ferrer M, Ribera A, Rajmil L, Valderas JM, Guillemin F, Revicki D, Alonso J. Assessing health-related quality of life in patients with heart failure: a systematic, standardized comparison of available measures. *Heart Fail Rev* 2014, 19(3): 359-67.
81. İlerigelen B. Yaşlılarda kalp yetersizliği. *Türk Geriatri Dergisi* 2010, 2: 21-32.
82. Doğru BV, Karadakovan A. Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda psikososyal uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *J Cardiovasc Nurs* 2016, 7(13): 88-104.
83. Olseng MW, Olsen BF, Hetland A, Fagermoen MS, Jacobsen M. Quality of life improves in patients with chronic heart failure and Cheyne-Stokes respiration treated with adaptive servo-ventilation in a nurse-led heart failure clinic. *J Clin Nurs* 2017, 26(9-10): 1226-33.
84. Akıncı AÇ, Zengin N, Buğu Y. Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2014, 18(2): 52-61.
85. Young KA, Redfield MM, Strand JJ, Dunlay SM. End-of-Life Discussions in Patients With Heart Failure. *J Card Fail* 2017, 23(11): 821-5.
86. Lombardi C, Carubelli V, Lazzarini V, Vizzardi E, Bordonali T, Ciccarese C, Castrini AI, Cas AD, Noderi S, Metra M. Effects of oral administration of orodispersible levo-carnosine on quality of life and exercise performance in patients with chronic heart failure. *Nutrition* 2015, 31: 72-8.

87. Benda NM, Seeger JP, Stevens GG, Hijmans-Kersten BT, van Dijk AP, Bellersen L, Lamfers EJ, Hopman MT, Thijssen DH. Effects of high-intensity interval training versus continuous training on physical fitness, cardiovascular function and quality of life in heart failure patients. *PLoS One* 2015, 10(10).
88. Colin-Ramirez E, McAlister FA, Zheng Y, Sharma S, Ezekowitz JA. Changes in dietary intake and nutritional status associated with a significant reduction in sodium intake in patients with heart failure. *Clin Nutr ESPEN* 2016, 11: 26-32.
89. Meseri R. Nutrition in Heart Failure. *J Clin Anal Med* 2014, 5(5): 438-43.
90. Philipson H, Ekman I, Forslund HB, Swedberg K, Schçufelberger M. Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2013, 15(11): 1304-10.
91. Lennie TA, Son EK, Wu JR, Chung ML, Dunbar SB, Pressler SJ, Moser DK. Three gram sodium intake is associated with longer event-free survival only in patients with advanced heart failure. *J Card Fail* 2011, 17(4): 325-30.
92. Giuliano C, Karahalios A, Neil C, Allen J, Levinger I. The effects of resistance training on muscle strength, quality of life and aerobic capacity in patients with chronic heart failure-A meta-analysis. *Int J Cardiol* 2017, 227: 413-23.
93. Musekamp G, Schuler M, Seekatz B, Bengel J, Faller H, Meng K. Does improvement in self-management skills predict improvement in quality of life and depressive symptoms? A prospective study in patients with heart failure up to one year after self-management education. *BMC Cardiovasc Disord* 2017, 17(1): 51.
94. Amakali K. Clinical care for the patients with heart failure: a nursing care perspective. *Cardiol Pharmacol* 2015, 4(2): 1-5.
95. Annema C, Luttik ML, Jaarsma T. Reasons for readmission in heart failure: perspectives of patients, caregivers, cardiologists and heart failure nurses. *Heart Lung* 2009, 38(5): 427-34.
96. Ruppert TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacop M. Medication adherence interventions improve heart failure mortality and readmission rates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *J Am Heart Assoc* 2016, 5(6): 1-19.
97. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 3(4): 223-31.

98. Barnason S, Zimmerman L, Young, L. An integrative of interventions promoting selfcare of patients with heart failure. *J Clin Nurs* 2011, 21: 448-75.
99. Koberich S, Lohrmann C, Mittag O, Dassen T. Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure-a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2015, 24(11-12): 1643-55.
100. Prasun MA. New heart failure treatment and nursing care. *Heart Lung* 2015, 44: 367.
101. Dural G, Sarıtaş SÇ. Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *J Cardiovasc Nurs* 2017, 8(17): 131-141.
102. Akgül PK. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2014.
103. Heo S, Lennie TA, Pressler SJ, Dunbar SB, Chung ML, Moser DK. Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014: 1-8.
104. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> Erişim tarihi: 25.07.2019.
105. Demir Ş, Özer Z. Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *MN Cardiol* 2014, 21: 182-91.
106. Aggelopoulou Z, Fotos NV, Chatziefstratiou AA, Giakoumidakis K, Elefsiniotis I, Brokalaki H. The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. *Appl Nurs Res* 2017, 34: 52-6.
107. Johansson P, Dahlström U, Broström A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006, 5: 5-15.
108. Ostman C, Jewiss D, Smart NA. The effect of exercise training intensity on quality of life in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Cardiology* 2017, 136(2): 79-89.
109. Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure a randomised, controlled, multicentre trial of the effects

- on knowlewdge, compliance and quality of life. *Patient Educ Couns* 2006, 64: 128-35.
110. Graven LJ, Martorella G, Gordon G, Grant Keltner JS, Higgins MK. Predictors of depression in outpatients with heart failure: An observational study. *Int J Nurs Stud* 2017, 69: 57-65.
111. Gustavsson-Lilius M, Julkunen J, Hietanen P. Quality of life in cancer patients: the role of optimism, hopelessness, and partner support. *Qual Life Res* 2007, 16: 75-87.
112. Byrne CJ, Toukhsati SR, Toia D, O'Halloran PD, Hare DL. Hopelessness and cognitive impairment are risk markers for mortality in systolic heart failure patients. *J Psychosom Res* 2018, 109: 12-8.
113. Dunn SL, Dunn LM, Rieth NP, Olamijulo GB, Swieringa LL, Holden TP, Clark JA, DeVon HA, and Tintle NL. Impact of home-and hospital-based exercise in cardiac rehabilitation on hopelessness in patients with coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil* 2017, 37(1): 39-48.
114. Öden TN. Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Algılanan Sosyal Destek İle Umutsuzluk Ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi 2016.
115. Özdemir VA. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2009.
116. Durak A, Palabıyıklıoğlu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği: geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi* 1993, 2(2): 311-19.
117. Iqbal J, Francis L, Reid J, Murray S, Denvir M. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *Eur J Heart Fail* 2010, 12(9): 1002-8.
118. Kaya G. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç Ve Diyete Uyumlarının Hastaneye Yeniden Yatışa Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi 2016.
119. Kınıcı E. Kalp Yetersizliği Hastalarının Umutsuzluk Düzeyi, Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2018.

120. Saccomann ICR, Cintra FA, Gallani MCBJ. Quality of life in older adults with heart failure: assessment with a specific instrument. *Acta Paul Enferm* 2011, 24(2): 179-84.
121. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011, 11: 619-26.
122. Stojanovic M, Stefanovic V. Assessment of health-related quality of life in patients treated with hemodialysis in Serbia: influence of comorbidity, age and income. *Artif Organs* 2007; 31: 53-60.
123. Rebollo P, Ortega F, Batlar JM, Alvarez-Ude F, Alvarez Navascues R, Alvarez-Grande J. Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients? *Nephrol Dial Transplant* 2001, 16: 1675-80.
124. Loo DWY, Jiang Y, Koh KWL, Lim FP, Wang W. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. *Applied Nursing Research* 2016, 32: 148-55.
125. Durmaz T, Özdemir Ö, Akyunak Özdemir B, Keleş T, Akar Bayram N, Bozkurt E. Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease. *Turk J Med Sci* 2009, 39: 1-8.
126. Westin L, Carlsson R, Erhardt L, Cantor-Graae E, McNeil T. Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease. A prospective controlled study. *Scand Cardiovasc J* 1999, 33: 160-5.
127. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 21(1): 63-67.
128. Pala V, Sieri S, Masala G, Palli D, Panico S, Vineis P, et al. Associations between dietary pattern and lifestyle, anthropometry and other health indicators in the elderly participants of the EPICItaly cohort. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2006, 16: 186-201.
129. Naveiro-Riloa JC, Diez-Juárez DM, Blanco AR, Rebollo-Gutiérrez F, Rodríguez-Martínez A, Rodríguez-García MA. Validation of the minnesota living with heart failure questionnaire in primary care. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2010, 63(12): 1419-27.

130. Chu SH, Lee WH, Yoo JS, Kim SS, Ko IS, Oh EG, Lee JH, Choi M, Cheon JY, Shim CY, Kang SM. Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure. *Jpn J Nurs Sci* 2014, 11: 54-64.
131. Gönenç I, Vural EZT, Kayataş K. Obezite ve yaşam kalitesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics* 2014, 5(3): 83-7.
132. Dilek F. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2008.
133. Kim SM, Han H. Evidence-based strategies to reduce readmission in patients with heart failure. *J Nurse Pract* 2013, 9(4): 224-32.
134. Bennett S, Baker SL, Huster GA. Quality of life in women with heart failure. *Health Care Women Int* 1998, 19: 217-29.
135. Lalonde L, O'connor A, Joseph L, Grover SA; Canadian Collaborative Cardiac Assesment Group. Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. *Qual Life Res* 2004, 13: 793-804.
136. Gündoğan Gelik M. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri ve Öz Bakım Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2019.
137. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2010, 18(2): 87-97.
138. Erci B, Yılmaz D, Budak F. Yaşlı bireylerde özbakım gücü ve yaşam doyumunun umut düzeylerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017, 8(2): 72-76.
139. Fadiloğlu Ç, Cantilav Ş, Yıldırım YK, Tokem Y. Meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve başatme davranışları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006, 22(2): 147-60.
140. Şahin S. Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut-Umutsuzluk Ve Sosyal Destek Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Kayseri: Kayseri Üniversitesi 2007.
141. Kurt B. Kök Hücre Nakli Yapılan Hastalarda Öz Bakım Gücü İle Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Medipol Üniversitesi 2018.
142. Erşan EE, Kelleci M, Baysal B. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 2013, 16: 214-24.

143. Thomas JR, Clark AM. Women with heart failure are at high psychosocial risk: a systematic review of how sex and gender influence heart failure self-care. *Cardiol Res Pract* 2011, 2011: 1-6.
144. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu. *İnsan Bilimleri Dergisi* 2004, 1: 2.
145. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004, 7: 2.
146. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. Kanserli hastalarda umut. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 11(2): 18-24.
147. Uslu H. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların ve Bakımverenlerin Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi 2011.
148. Denton ED, Rieckmann N, Davidson KW, Chaplin F. Psychosocial vulnerabilities to depression after acute coronary syndrome: the pivotal role of rumination in predicting and maintaining depression. *Front psychol* 2012, 3(288): 1-9.
149. Babayigit Z, Alçalar N, Bahadır G. Obez Kadınlarda Tıkanırçasına Yeme Bozukluğunun Psikopatoloji ve Bilişsel Açıdan İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri* 2013, 33(4): 1077-78.
150. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Stawbridge WJ. Are the obese, at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000, 152: 163-70.
151. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 8(2): 32-33.
152. Fan H, Yu W, Zhang Q, Cao H, Li J, Wang J. Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis. *Prev Med* 2014, 63: 36-42.
153. Babur S. Hemodiyaliz Hastalarının Manevi Yönelimleri ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 2019.

EKLER

Ek-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Serbülent SALIK

Doğum Tarihi: 23.06.1990

Öğrenim Durumu: Lisans

| Derece | Alan | Üniversite | Yıl |
|---------------|-----------------------------|--------------------|-----------|
| Yüksek Lisans | İç Hastalıkları Hemşireliği | İnönü Üniversitesi | 2017-... |
| Lisans | Hemşirelik | İnönü Üniversitesi | 2010-2014 |

Görevler

| Görev Unvanı | Görev Yeri | Yıl |
|--------------|--|-----------|
| Hemşire | Arapgir Ali Özge Devlet Hastanesi | 2015-... |
| Hemşire | İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi | 2014-2015 |

Ek-2. Veri Toplama Anketi

Sayın katılımcı;

Bu çalışma kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmak veya katılmamak gönüllülük esasına bağlıdır. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Anketteki tüm bilgileriniz saklı tutulup sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Soruların doğru bir şekilde yanıtlanması çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Serbüent SALIK

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Tarih: .../.../.....

1. Yaşınız: 1) 18-39 yaş
 2) 40-60 yaş
 3) 61 ve üzeri yaş
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. Medeni Durumunuz:
 Evli Bekar
4. Eğitim Durumunuz:
 Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul
 Lise ve üstü
5. Mesleğiniz:
 Ev hanımı İşçi Memur Emekli Serbest meslek
 Diğer.....
6. Gelir durumunuz:
 Gelir giderden yüksek
 Gelir gidere denk
 Gelir giderden düşük

7. Fiziksel aktiviteye göre kalp yetersizliği sınıflandırmasında hastanın durumu:
.....(araştırmacı tarafından hastanın hastalık durumuna göre belirlenecek)

8. Boy: Kilo:

BKİ:..... (Bu kısım araştırmacı tarafından hesaplanacaktır.)

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 1) Zayıf | <18.50 |
| 2) Normal | ≥ 18.50 <24.99 |
| 3) Fazla kilolu | ≥ 25.00 <29.00 |
| 4) Obez | ≥ 30.00 <39.99 |
| 5) Aşırı şişman | ≥ 40.00 |

9. Kalp yetersizliği hastalığı ne kadar süredir teşhis edildi?

6-12 ay 13-24 ay 25 ay ve üzeri

10. Kalp yetersizliği tanısı ile hastaneye kaç kez yattınız?

2-4 kez 5-7 kez 8 ve üstü

11. Başka kronik hastalığınız var mı?

Var Yok

Ek-3. Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği (MLHFQ)

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

Son bir aydır (4 haftadır) yaşamımı

istediğim gibi sürdüremiyorum

Çünkü kalp yetersizliğine bağlı;

| | Hayır | Çok az | Az | Orta | Fazla | Çok fazla |
|--|-------|--------|----|------|-------|-----------|
| 1. Bacak ve ayak bileklerim şişiyor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Gün içinde dinlenmek için oturmak ya da uzanmak zorunda kalıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Yürürken ya da merdiven çıkarken zorlanıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ev ya da bahçe işleri yaparken zorlanıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Evden uzak yerlere gitmekte zorlanıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Geceleri iyi uyuyamıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Arkadaş ya da aile ilişkilerimde ya da onlarla birlikte olmak güçlük çekiyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Hayatımı kazanmak için yaptığım işleri gerçekleştirmede zorlanıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |


| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. Eğlence, spor aktiviteleri ya da hobilerimi yapmakta zorlanıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.Cinsel aktivitelerimi gerçekleştirirken zorlanıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.Sevdiğim yiyeceklerden daha az yemek zorunda kalıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Nefes almakta zorlanıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Yorgun, bitkin ya da enerjimin azaldığını hissediyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Hastaneye yatmak zorunda kalıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Tedavi masrafları için para harcamak zorunda kalıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Tedaviye bağlıyan etkiler yaşıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Aileme ya da arkadaşlarıma yük olduğumu hissediyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Hayatımın kontrolünü kaybetmiş gibi hissediyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Endişeleniyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Dikkatimi toplamada ya da hatırlamada güçlük çekiyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Kendimi kederli, üzgün hissediyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |


Ek-4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “evet” uygun değilse “hayır” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

| | | EVET | HAYIR |
|----|--|------|-------|
| 1 | Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum. | | |
| 2 | Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur. | | |
| 3 | İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor. | | |
| 4 | Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum. | | |
| 5 | Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var. | | |
| 6 | Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum. | | |
| 7 | Geleceğimi karanlık görüyorum. | | |
| 8 | Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yaralanacağımı umuyorum. | | |
| 9 | İyi fırsatlar yakalayamıyorum, gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok. | | |
| 10 | Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı. | | |
| 11 | Gelecek benim için hoş şeylerden çok, tatsızlıklarla dolu görünüyor. | | |
| 12 | Özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum. | | |
| 13 | Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum. | | |
| 14 | İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor. | | |
| 15 | Geleceğe büyük inancım var. | | |
| 16 | Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur. | | |
| 17 | Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi. | | |
| 18 | Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor. | | |
| 19 | Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum. | | |
| 20 | İstediğim her şeyi elde etmek için, çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim. | | |

Ek-5. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği İzni


T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
Başhekimliği


BELM3TH10

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/03/2018-E.6226

Sayı : 68636013-770
Konu : Tez Çalışması

Sayın Serbülent SALIK
İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı

İlgi : 01/03/2018 tarihli dilekçeniz.

Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi konulu tez çalışması ile ilgili Başhekimliğimize vermiş olduğunuz ilgi tarihli dilekçenize istinaden;

Hastanemiz Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığının konu ile ilgili cevabi yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.


Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ediz SARIHAN
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek:Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı yazısı
(1 sayfa)

Evrakı Doğrulamak İçin: https://ebys.inonu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BELM3TH10 Pin Code: 99781
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Bilgi İçin: Sinem Taşkaya
Telefon No: 0 422 3410660 Faks No: 422 3410728 Unvan: Yazı İşleri Memuru
E-Posta: insankaynaklari@inonu.edu.tr İnternet Adresi: <http://totm.inonu.edu.tr/>

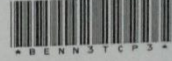
Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması https://ebys.inonu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BELM3TH10 adresinden yapılabilir.



Evrak Tarih ve Sayısı: 15/03/2018-E.22351

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Tıp Fakültesi Dekanlığı
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 58606022-770
Konu : Tez Çalışması

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 06/03/2018 tarihli ve 19405 sayılı yazınız,

İlgi yazınıza istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıklar Hemşireliği Bölümünde Yüksek Lisans Öğrencisi olarak görev yapan Serbülent SALIK' ın, "Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını yapması uygundur.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hasan PEKDEMİR
Anabilim Dalı Başkanı

Tötm
Telefon No: 3410660 Faks No: 3410036
E-Posta: kardiyoloji@inonu.edu.tr İnternet Adresi:
<https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/kardiyoloji>

Bilgi İçin: Burak SARIKAYA
Unvan: Sekreter

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek-6. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan Etik Onay

| T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu) | | | |
|--|---------------|---|---------|
| Oturum Tarihi | Oturum Sayısı | Karar Sayısı | |
| 24.04.2018 | 9 | 2018/9-10 | |
| <p>Karar No: 2018/9-10: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 24.04.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Arapgir Ali Özge Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım Servis Hemşiresi Serbülent SALIK'ın; "Kalp Yetersizlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p> | | | |
| Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd. | | | |
| Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı | KATILMADI | Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi | KATILDI |
| Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi | KATILDI | Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi | KATILDI |
| Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi | KATILDI | Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi | KATILDI |

Ek-7. Ölçek İzni-1

↩ Yanıtla ↶ Tümünü yanıtla → İlet 📁 Arşivle 🗑 Sil 🚩 Bayrak ekle ⋮

Fw: ÖLÇEK İZNI



vacide asik <vacide2001@hotmail.com>

27.12.2018 12:35



Kime: serbulentsalik@gmail.com



Minnesota Kalp Yetmezliği ile...
İptal

Sayın Salık,

2009 yılı yüksek lisans tez çalışmamda, kültürel uyarlaması-dil eşdeğerliği ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketini çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ekte anketin türkçe versiyonu ile ankete ilişkin değerlendirme yer almaktadır. Kolaylıklar dilerim.

Vacide AŞIK ÖZDEMİR

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Rize

From: Serbülent Salık <serbulentsalik@gmail.com>

Sent: Monday, December 24, 2018 12:50 PM

To: vacide2001@hotmail.com

Subject: ÖLÇEK İZNI

Merhabalar Vacide hocam. İsmim Serbülent SALIK. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tez çalışmamda geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız Minnesota Kalp Yetersizliği İle Birlikte Yaşam Ölçeği'ni kullanmak için izninizi istiyorum. Teşekkür ederim.

SAYGILAR..

Ek-8. Ölçek İzni-2

↩ Yanıtla ↶ Tümünü yanıtla → İlet 📁 Arşivle 🗑 Sil 📌 Bayrak ekle ...

Re: ölçek izni



aysegul durak <ayseguldurak@yahoo.com>

2.01.2019 08:38



Kime: Serbülent Salık

Sayın Salık,
söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...
Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

On Tuesday, January 1, 2019 6:01 PM, Serbülent Salık <serbulentsalik@gmail.com> wrote:

Sayın Ayşegül DURAK BATIGÜN Hocam,

Merhabalar, İsmim Serbülent SALIK. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tez çalışmamda geçerlik ve güvenilirliğini çalışmış olduğunuz Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)'ni kullanmak için izninizi istiyorum. Bu konu ile ilgili geri bildirimde bulunursanız sevinirim. Teşekkür ederim.

SAYGILARIMLA.